

# **Inteligencia, neurosis y conducta suicida.**

**Por: Dra. Miriam Hume Figueroa**  
**Profesora Titular de la UCLM**  
**Departamento de Psicología**  
**Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo**  
**Correo electrónico: [Miriam.Hume@uclm.es](mailto:Miriam.Hume@uclm.es)**

## **RESUMEN:**

Este artículo trata acerca de la neurosis y de los factores de riesgo en el comportamiento suicida de adolescentes y jóvenes intelectualmente bien dotados. Nuestra intención no es vincular elevada inteligencia con alguna patología psíquica, aunque reconocemos que existen algunos bien dotados que padecen problemas y tensiones que no son capaces de asumir y de solucionar por sí mismos y que requieren cierta ayuda para conseguirlo. Aún así, en estudios longitudinales a lo largo de veinte años, hemos encontrado un porcentaje inferior, al de los sujetos de la población normal, que manifiesta alguna alteración o trastorno psíquico. Por tanto, se sigue manteniendo la imagen psíquica saludable del bien dotado como grupo, aunque sabemos que detrás de la misma se ocultan sujetos problemáticos. Se ilustra este estudio con el caso de un joven bien dotado que padece depresión, ansiedad y “crisis existenciales” y que a los veinte años realiza un intento de suicidio.

<p><b>PALABRAS CLAVE:</b> inteligencia, personalidad, neurosis, ansiedad, depresión, suicidio, adolescentes bien dotados.</p>
---

**ABSTRACT:**

This article deals with neurosis and risk factor suicidal behaviour in gifted adolescents and young. We do not try to associate high intelligence with any psychical pathology, although we recognize that there are some gifted adolescents who have problems and suffer stress because of their impossibility of assuming and resolving their own problems by themselves so that they need some help to achieve this. Even so, studies done on a sample gifted student during twenty years have shown a lower percentage of adolescents with evident disturbance and psychological disorder in comparison with the normal population. Therefore, the gifted psychical appearance as a group is being maintained, even though, problematic subject are hidden behind that image. This study can be shown with a gifted adolescent who suffering depression, anxiety and existential crisis and who attempts to commit suicide at the age of twenty years old.

<b>KEY WORDS:</b> Intelligence, personality, neurosis, anxiety, depression, suicide, gifted adolescents.
--

## 1. INTRODUCCIÓN

En este artículo no pretendo vincular la elevada inteligencia con inadaptación, inestabilidad emocional o neurosis como lo han hecho algunos investigadores, que a partir de casos puntuales han establecido una generalización dando una imagen enfermiza y distorsionada de este colectivo. Más bien sostengo la postura contraria basándome en los resultados tanto de mis investigaciones como en los de otras investigaciones españolas. Sin embargo, a pesar de rechazar la existencia de relación directa entre elevada inteligencia y enfermedades mentales o desórdenes afectivos, me inclino a pensar que algunos alumnos bien dotados, al igual que muchas personas, podrían manifestar ciertos bloqueos neuróticos en su personalidad.

En relación con su personalidad se ha venido investigando durante muchos años sobre si el grado de inadaptación social y emocional de los bien dotados es mayor o no que el de las personas con inteligencia media. El estereotipo de que el niño superdotado es socialmente inmaduro y emocionalmente desadaptado fue propugnado por Lombroso y Nisbet quienes en 1895 establecieron una íntima conexión entre el ingenio y la demencia. En síntesis Lombroso sostenía que "siempre una gran evolución en una dirección va acompañada de una paralización en otras direcciones" y que existían muchos puntos de coincidencia entre el hombre genial y el alienado mental, lo que lo llevó a pensar que "el genio es una psicosis degenerativa del grupo epiléptico".

Esas afirmaciones se transformaron en tenaces prejuicios contra los bien dotados, hasta que Terman en 1925 comprueba, por una parte, que no se cumple aquella ley de compensación de la que hablaba Lombroso y, por otra, que la frecuencia de aparición de perturbaciones mentales y emocionales en los bien dotados es inferior a la media de la población general. En un posterior estudio de seguimiento hasta la edad adulta (Terman y Oden, 1947) confirmaron que los bien dotados eran menos inestables emocionalmente, demostraban una mayor adaptación personal y había menos casos de demencia y delincuencia que en la población general. En términos grupales no presentaban tendencias psicopáticas y daban una mejor imagen de equilibrio, adaptación y popularidad en comparación con el grupo control.

Investigaciones ulteriores (Warren y Heist, 1960; Lessinger y Martinson, 1961; Kennedy, 1962; Weiss et al., 1974; Haier y Denham, 1976; Hogan *et al.*, 1977; Lehman y Erdwin, 1981; Pollins, 1983) han demostrado que los superdotados como grupo muestran un alto nivel de madurez personal y social, sin incidencias inusuales de problemas emocionales y de desadaptación (Brody y Benbow, 1986).

No obstante, Hollingworth en los años 1929 y 1942 había sustentado la idea de que los alumnos que obtienen puntuaciones dentro de los rangos de inteligencia más altos podían experimentar mayores dificultades de adaptación que los menos superdotados.

Burks *et al.* en 1930 ya habían estudiado una submuestra de los sujetos investigados por Terman que alcanzaron puntuaciones de 170 o más en el test de inteligencia Stanford-Binet y encontraron chicos que presentaban dificultades de adaptación. Hollingworth observó chicos superdotados con un cociente intelectual de más de 180 según el mismo test y halló evidencias de dificultad en la adaptación escolar y social, sugiriendo que un alumno para ser líder debe ser inteligente pero no extremadamente. Esta investigadora sostuvo que un alumno con un C.I. superior a 160 no será popular a menos que se le sitúe entre compañeros con cocientes intelectuales superiores a la media. Posteriormente otros autores tales como Gallagher en 1958; Freeman en 1979; Austin y Draper en 1981, coinciden en que los alumnos con C.I. muy altos serán poco populares entre compañeros de capacidad media.

Con objeto de delimitar el marco de nuestro trabajo dejaremos de lado esa franja de sujetos con altos cocientes intelectuales, debido a que estamos estudiando adolescentes intelectualmente bien dotados situados en una zona por encima de la media, no empleando un criterio exclusivamente psicométrico. Además nuestro enfoque pluridimensional es tanto cuantitativo como cualitativo.

Los estudios que se han realizado en España con niños intelectualmente bien dotados coinciden en que la buena dotación en términos generales no está relacionada con factores de inadaptación ni de predisposición psicopática en estos sujetos. Blasco, Roca y Tabera (1983) estudiaron algo más de un millar de niños intelectualmente bien dotados en dieciséis provincias españolas a través de encuestas y entrevistas a padres y profesores, comprobando que las conductas absurdas e incoherentes no aparecen en estos alumnos, la frecuencia de conductas de ensoñación y falta de comunicación es menor en el grupo de bien dotados en comparación con el grupo de sujetos de nivel intelectual medio.

El investigador García Yagüe (1986) sostiene que niños bien dotados de seis y ocho años presentan menos trastornos de conducta, dando una favorable impresión de desarrollo, adaptación, apertura, madurez, autonomía, autocontrol, sociabilidad y popularidad. Estos investigadores concluyen que existe menor tendencia a la psicosis en los niños bien dotados que en el grupo de referencia. Actualmente a la vista de los resultados de distintas investigaciones no podemos relacionar la elevada inteligencia con desórdenes afectivos e intelectuales. Sin embargo, debemos considerar que algunos casos que manifiestan problemas quedan ocultos detrás de esa imagen saludable y positiva de este colectivo.

## **2. ELEVADA INTELIGENCIA Y NEUROSIS EN ADOLESCENTES**

La cuestión que planteo en este artículo es si están libres de neurosis los alumnos intelectualmente bien dotados. El concepto neurosis es genérico y depende de la óptica con que se enfoque. La neurosis se ha considerado una enfermedad psíquica y ha sido definida como inestabilidad emocional producida por un conflicto en la que se manifiestan una serie de síntomas psíquicos y emocionales que entorpecen la actividad del individuo, aunque no existen alteraciones relevantes del pensamiento, de la percepción y del sentido de la realidad. El tratamiento o psicoterapia pretendería en este sentido curar los síntomas.

Desde el enfoque humanista, al que me adhiero, se prefiere no definirla como enfermedad sino más bien como privación y trastorno de crecimiento que conduce al empequeñecimiento y menoscabo del ser humano. Sabemos que éste se halla en un proceso constante de llegar a ser él mismo en lo que tiene de específico y de singular, y que este proceso puede verse interrumpido por factores externos o internos. En este enfoque se pretende que el individuo tome consciencia de los obstáculos que no le permiten crecer, removerlos y utilizando esa energía logre transformarse en lo que es. Con su experiencia de vida pueda conseguir realizarse por lo que es, encontrándose consigo mismo y con el mundo, lo que trae aparejado grandes dosis de bienestar psicológico y salud.

Cuando cualquier obstáculo impide el tránsito hacia la actualización o realización de las capacidades, necesidades y valores del ser humano surge entonces el desequilibrio o crisis existencial manifestada en un quiebro de la persona que se siente deprimida, incompleta e insatisfecha consigo misma. Ser consciente de esta situación es un paso muy positivo para descubrir el nivel de desarrollo en el que se halla y desde allí pueda replantearse hacia dónde quiere encaminar su vida, teniendo en cuenta sus limitaciones y fortalezas. Asumo la hipótesis de que el hombre tiende en forma natural hacia su autorrealización y que el surgimiento de la neurosis es un mecanismo de autocorrección y autorregulación de la psiquis en busca de la satisfacción de sus necesidades y del equilibrio consiguiente.

Si bien es cierto que el estancamiento en el crecimiento provoca depresión y angustia, el avance también comporta sufrimiento debido a que cada paso hacia adelante representa una renuncia a lo familiar y un salto a lo desconocido que se vive con miedo e incertidumbre.

Coincido con Mazurkiewicz, Dabrowski, Maslow y otros autores en que la evolución del ser humano, no sólo estriba en la satisfacción de necesidades y en la actualización de capacidades, sino que también reviste un carácter axiológico consistente en el tránsito desde valores egocéntricos a universales.

Según la visión humanista gestáltica el sujeto es considerado como un individuo en proceso de crecimiento cuya meta es lograr la auto actualización y plenitud humana. Desde esta perspectiva la neurosis es un trastorno de crecimiento, que impide al sujeto consolidar su propio apoyo y movilizar todos sus recursos y potencialidades.

El neurótico al no poder satisfacer adecuadamente sus necesidades manipula el medio para que éste haga el trabajo que le corresponde hacer sólo a él, fracasando al intentar lograr el apoyo que requiere. El neurótico es un individuo incompleto y desintegrado que se impide ser él mismo mediante un proceso insatisfactorio de "auto-interrupción". No se da cuenta de una serie de aspectos y asuntos inconclusos en su personalidad que claman atención y resolución en el presente, restándole energías para su crecimiento e integración.

Resulta alarmante que la neurosis, al estar tan extendida, sea para la mayor parte de las personas algo tan común que ni siquiera la perciben. La gran cantidad de personas neuróticas que conforman nuestra sociedad hacen que la neurosis sea la norma y que a los individuos no neuróticos se los considere casi como casos anormales.

En los últimos años estamos asistiendo a un florecimiento del enfoque gestáltico en la comprensión de la neurosis y del interés por el desarrollo personal de los que Jorge Bucay denomina “neuróticos sanos”.

En la mayoría de las personas podemos observar dos características típicas del neurótico: una es el abismo existente entre las potencialidades del individuo y sus realizaciones; y otra es el comportamiento esquematizado, estereotipado, rígido, que le lleva a repetir los mismos roles una y otra vez sin tener en cuenta que el ambiente es cambiante y la persona también. Respecto a la primera Perls (1982) opinaba que el sujeto corriente de nuestro tiempo utiliza entre un 5% y un 15% de su potencial y el que pone en marcha un porcentaje mayor es considerado un genio. En relación a la segunda constatamos a menudo que la falta de flexibilidad y creatividad para afrontar nuevas situaciones es lo que abunda en nuestro entorno.

Para Frederick Perls (1982), creador de la terapia gestáltica, vivimos en una sociedad enajenada y enferma que conduce a los sujetos a la neurosis al interferir en el proceso de desarrollo y crecimiento personal auténtico que lo llevaría a su auto-actualización. De ahí que la Terapia Gestalt no insista en la adaptación del individuo a la sociedad sino en que éste sea lo que es.

Es evidente que la sociedad actual ha contribuido enormemente a la instauración de la neurosis de tal modo que podríamos afirmar sin temor a equivocarnos que la personalidad básica de nuestro tiempo es la personalidad neurótica, haciendo alusión al título de la obra de Karen Horney. Desde esta perspectiva el neurótico no es un enfermo muy distinto a nosotros, ya que, siguiendo a Watts (1987), las personas corrientes sufren distintos grados de neurosis, tolerables en la medida en que logran olvidarse de sí mismas, dejándose absorber por *hobbies*, novelas detectivescas, obras sociales, programas de televisión, negocios o acciones bélicas.

En este artículo no entraré a analizar la neurosis específicamente desde el punto de vista de la sociedad sino desde la óptica del individuo en interacción con su medio y la manera como éste bloquea de forma neurótica la satisfacción de sus necesidades, no logrando el equilibrio dinámico que le es indispensable para su proceso de crecimiento. Según Perls la acumulación de asuntos o *Gestalts* inacabados o inconclusos sería una de las causas de la neurosis.

Pretendo refutar la visión exageradamente optimista basada en la confianza en el poder de los alumnos intelectualmente bien dotados para hacer frente a sus dificultades personales, esperando demostrar que éstos sí manifiestan algunos bloqueos neuróticos en su proceso de crecimiento al igual que muchas personas, lo que no implica necesariamente que estén enfermos. Y cito a Meckstroth (1983), quien llega incluso a sostener que éstos tienen una especie de “antena emocional extra”, que los hace más susceptibles que los normalmente dotados, de ser afectados por las frustraciones que experimentan. Este tipo de alumnos indagan intensamente sobre el sentido de la vida, mientras que los alumnos medios se conforman con lo que ésta les ofrece.

A pesar de la imagen favorable que durante la niñez y adolescencia presentaban en su conjunto las muestras estudiadas de alumnos bien dotados (Blasco, Roca y Tabera, 1983; Fernández y Vera, 1983; García Yagüe, 1986; Hume, 1989; López Andrada, 1990; y García Artal, 1990), en la adolescencia podemos encontrar algunos índices de

inmadurez y de rasgos neuróticos que, como ya señalaron algunos de los investigadores mencionados, se hallaban ya presentes en la niñez en una parte de los sujetos de las muestras analizadas.

### 3. BLOQUEOS NEURÓTICOS EN EL CICLO DE LA EXPERIENCIA

Tiempo atrás con objeto de averiguar si los alumnos bien dotados presentan ciertos niveles de neurosis apliqué otro instrumento: el Test de Psicodiagnóstico Gestalt con el fin de corroborar o descartar mi hipótesis consistente en que los alumnos intelectualmente bien dotados manifiestan ciertos bloqueos neuróticos, no diferenciándose significativamente de los alumnos medios.

A continuación presento resultados de una investigación española en la que empleo el Test de Psicodiagnóstico Gestalt sobre una muestra de cuarenta adolescentes bien dotados para medir este aspecto de su personalidad.

Del análisis de los resultados arrojados por el Test de Psicodiagnóstico Gestalt se desprende que estos adolescentes manifiestan algunos bloqueos o autointerrupciones de la energía. Dichos bloqueos evitan alcanzar el objetivo de satisfacción de la necesidad o cierre, que corresponden a las distintas etapas del ciclo de la experiencia, definido por Salama (1992) como el camino que recorre la energía a través de sucesivas fases partiendo de un punto de equilibrio dinámico o fase de reposo y siguiendo por las de sensación, formación de la figura, movilización de la energía, acción, pre-contacto, contacto y finalmente post-contacto.

Etapas o fases dentro del ciclo de la experiencia (Salama y Ramos, 1992.)

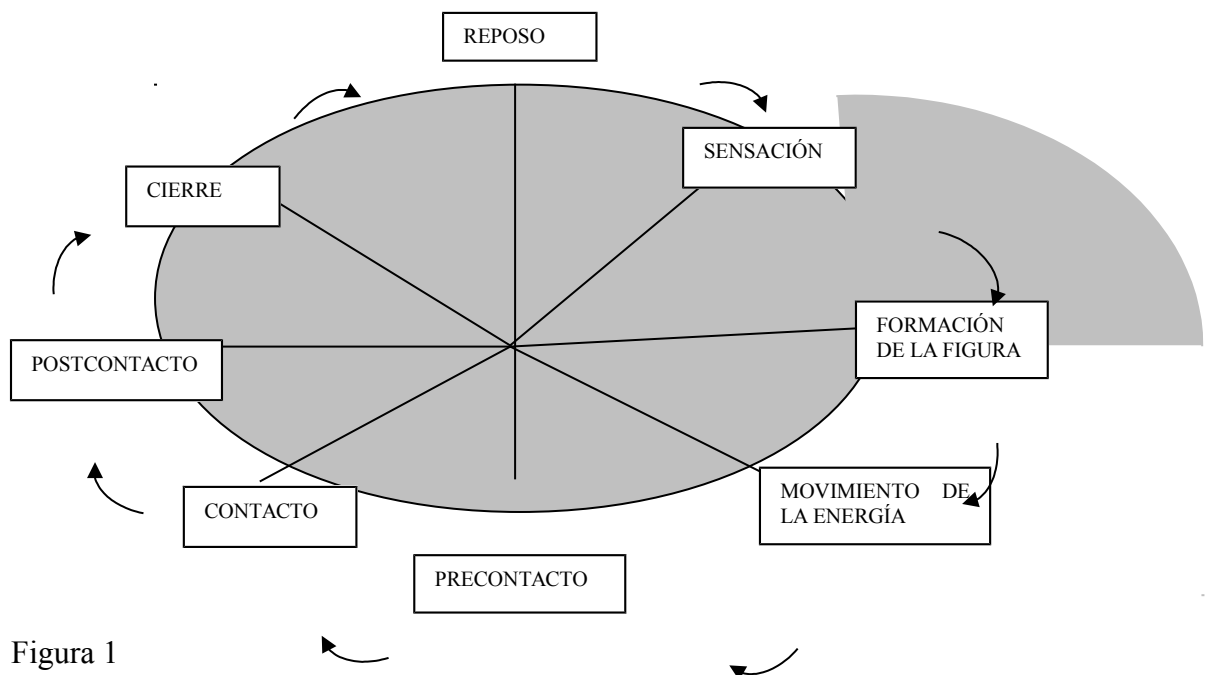


Figura 1

En este recorrido pueden presentarse los siguientes bloqueos neuróticos: retención, desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia y fijación, que se manifiestan en distintos grados. Salama propone cinco



niveles que van desde la fase sin bloqueos hasta la totalmente bloqueada, distinguiendo tres niveles intermedios: funcional, ambivalente y disfuncional.

Bloqueos neuróticos (Ginger, 2005)	
1.	Retención: impedir el flujo de la energía y la continuidad de cada momento
2.	Desensibilización: no ser consciente, no sentir o no percibir con claridad las necesidades orgánicas, psicológicas, sociales o espirituales
3.	Proyección: atribuir a otro aquello que nos concierne
4.	Introyección: creer en las ideas o principios de los demás, sin haberlos digerido y asimilado personalmente
5.	Retroflexión: consiste en volver contra uno mismo la energía movilizada o hacerse a uno mismo lo que desearíamos que nos hicieran los demás
6.	Deflexión: consiste en evitar el contacto desviando la sensación hacia una zona mental (intelectualización) o camuflando la agresividad (humor o ironía)
7.	Confluencia: disminución del <i>self</i> , el sujeto no es consciente de la frontera entre sí mismo y su entorno
8.	Fijación: incapacidad para desconectar, para retirarse. Una retirada demasiado brusca o demasiado lenta (confluencia) indica una disfunción que impide la asimilación de la experiencia

Tabla 1

En la muestra estudiada detecté bloqueos en las ocho fases. La fase de sensación donde se presenta el bloqueo *desensibilización* es el área con menos índice de conflicto en este grupo, es decir, los sujetos analizados no presentan problemas de contacto sensorial entre su organismo y las necesidades que les surgen. Pueden sentir y ser conscientes de cuáles son sus necesidades.

Tuve sólo en cuenta los niveles ambivalente, disfuncional y de fase completamente bloqueada. En la fase de formación de la figura se halla el bloqueo *proyección* que consiste en atribuir a algo externo lo que le pertenece al individuo, negándolo en él, sólo cinco sujetos aparecen como ambivalentes. En la fase de movilización de la energía se encuentra el bloqueo *introyección* que implica la incorporación de ideas, creencias y actitudes que no fueron asimiladas por el organismo y que son inarmónicas con el yo, nueve sujetos puntúan ambivalente y uno disfuncional no apareciendo ningún sujeto con la fase totalmente bloqueada. En la fase de contacto se localiza el bloqueo *confluencia*, definido como la no distinción por parte del sujeto de los límites entre sí mismo y el medio, tres sujetos puntúan ambivalente y sólo uno disfuncional. En la fase de la acción se halla el bloqueo *retroflexión*, que consiste en hacerse a sí mismo aquello que le gustaría hacerle a los demás, presentan bloqueos seis sujetos a nivel disfuncional y de área bloqueada y uno a nivel ambivalente. En la fase de pre-contacto se encuentra el bloqueo *deflexión* consistente en evitar enfrentar al objeto relacional y dirigir la energía a objetos alternativos y no significativos, presentan claros bloqueos siete sujetos y doce a nivel ambivalente.

La mayor frecuencia de aparición de bloqueos a nivel disfuncional y/o de fase bloqueada los hallé en los de retención, fijación y deflexión. La cuarta parte de la muestra presenta los dos primeros bloqueados a nivel disfuncional y/o totalmente bloqueado. De toda la muestra analizada tres adolescentes presentan bloqueos solamente a nivel funcional.

Para interpretar los resultados focalicé mi atención en las fases de post-contacto y de reposo, por concentrarse en éstas el mayor número de sujetos de esta muestra que presentan bloqueos a niveles disfuncional y de área totalmente bloqueada. En la primera hallé el bloqueo de *fijación* que consiste en la necesidad de no retirarse del contacto, lo que lleva a rigidizar los patrones de conducta y en la segunda el de *retención* que impide la continuidad natural de cada momento, evitando el proceso de asimilación/alienación de la experiencia e impidiendo el descanso (no acción).

Los individuos están constantemente expuestos a la decisión, a tomar opciones respecto a aspectos centrales de su existencia. En la dimensión temporal muchas personas viven el presente orientado hacia el pasado, experimentando vivencias, conflictos y relaciones que se reactualizan en vez de vivir el "aquí" y "ahora" y actualizarse y adaptarse a las modificaciones del contexto en que vive (Brenes, 1993).

En el bloqueo de fijación pude detectar los impedimentos que pone el sujeto en el fluir natural de sus necesidades, mostrándose rígido y atrapado en sentimientos, pensamientos u acciones que ya han pasado. Salama y Ramos (1992) lo identifican con la frase "no puedo dejar de...". Esta auto-interrupción detiene el proceso de crecimiento al no permitirle ser libre, arriesgarse y comprometerse a iniciar experiencias nuevas y creativas.

El individuo teme ser libre y la libertad es uno de los rasgos más importantes de la existencia que lo conduce a tomar decisiones y a hacerse responsable de éstas, al tener que decidir entre varias posibilidades y evaluar cada una de ellas. Le asusta el compromiso y el riesgo que supone tener que decidir vivir en el presente y ser lo suficientemente flexible para poder asumir nuevas experiencias.

Los sujetos que manifiestan el bloqueo de retención demuestran una actitud perezosa y resistente a terminar lo que empiezan, autofrustrándose en la posibilidad de acabar la tarea y conseguir el éxito, con lo que impiden completar la experiencia y así poder integrarla permitiendo el reposo y el surgimiento de una nueva necesidad. La frase que caracteriza este bloqueo, según Salama y Ramos es "luego lo hago..." con lo que el individuo deja inconcluso y pendiente sus asuntos. Esta disposición del individuo a no ser tenaz cuando se enfrenta a tareas incómodas y a no superar los obstáculos que de éstas se derivan lo lleva a no alcanzar los niveles superiores de realización de que podría ser capaz si se esforzara y trabajara con mayor aplicación y sin postergar ningún asunto por pesado o desagradable que resultase. Al posponer los asuntos no permite el cierre natural de una gestalt imposibilitando alcanzar el punto de equilibrio inestable de donde nace otra gestalt.

Esta misma situación la vuelvo a encontrar en ciento treinta siete adolescentes bien dotados de centros educativos de Toledo y Talavera de la Reina en 2005. La mayoría no se esfuerza lo suficiente, posterga tareas y asuntos por flojera, carece de buenos hábitos de trabajo, depende del estímulo y apoyo de los demás y, en definitiva, no moviliza sus energías para poner en funcionamiento todos sus recursos.

Casi dos tercios de estos alumnos presentan déficit en alguna de las estrategias de estudio que figuran en la tabla 2 medidas a través del instrumento DIE – 2. Diagnóstico Integral del Estudio. Tan sólo un tercio no presenta fallos en ninguna de las estrategias de estudio que aparecen en la tabla siguiente (Hume y Sánchez, 2004).

DIAGNÓSTICO INTEGRAL DEL ESTUDIO NIVEL 2 (Avellaneda <i>et al.</i> , 2002)					
Estrategias antes, durante y después del estudio medidas en los alumnos bien dotados de Toledo y Talavera de la Reina (N=137)					
<b>Estrategias de apoyo:</b> motivación, relajación, concentración y lectura.	<b>Estrategias primarias:</b> Prelectura, anotaciones marginales, subrayado, esquemas, diagramas, mapas conceptuales, resumen y cuadro sinóptico.	<b>Estrategias de seguimiento:</b> Repasos, retener en la memoria, refuerzo.	<b>Estrategias complementarias:</b> Toma de apuntes, trabajos monográficos, comentario de texto, uso de la biblioteca, actividades extraescolares y trabajo en grupo.	68,6% de alumnos con déficits en una o más estrategias	31,3% de alumnos sin fallos en ninguna de las estrategias

Tabla 2

A pesar de lo expuesto la situación de este grupo no es tan desfavorable como podría parecer en principio. Quiero hacer notar que los bloqueos neuróticos a niveles disfuncional y de área bloqueada se presentan en seis fases de las ocho descritas, siendo el 35%, 22,5%, 10% y 2,5% de la muestra que manifiesta respectivamente de uno a cuatro bloqueos en estos niveles.

Quisiera resaltar que si bien es cierto que estos adolescentes se encuentran todavía en proceso de maduración, por lo que es posible esperar un cambio favorable en este sentido, es también indudable que el grado de neurosis observado en este grupo es bajo y llevadero, permitiéndoles un funcionamiento y adaptación social aceptable.

Aunque he detectado en algunos de estos sujetos bloqueos de tipo neurótico en las distintas fases dentro del ciclo de la experiencia, se trata en su mayoría de jóvenes adaptados que no han sentido necesidad, hasta el momento del control de seguimiento, de ninguna ayuda psicológica. Por lo que deduzco que estos adolescentes presentan un nivel de neurosis tolerable que nos les impide funcionar en su medio de forma integrada y con cierto éxito.

Aún así, sugiero poner en marcha una intervención psicoterapéutica profiláctica de corte humanista, o de otro tipo, que persiga la consecución de los siguientes objetivos: a) ayudar a los sujetos en su trabajo de autoconocimiento, b) explorar, profundizar y ampliar su capacidad de darse cuenta, c) lograr que sean responsables de sus actos y elecciones, d) conseguir que creen su propio centro de gravedad y autoapoyo, e) lograr que sean auténticos y que alcancen un alto grado de unidad interna, d) descubrir valores y el modo como alcanzarlos en la vida diaria y, en definitiva, ayudarles a alcanzar la autorrealización en los niveles de las necesidades más elevadas y profundas del hombre.

Me atrevería a sostener que este enfoque de psicoterapia es uno de los caminos más idóneos para conseguir los objetivos propuestos de crecimiento y autoactualización, y creo que éstos coinciden plenamente con la definición de buena dotación que subyace en nuestro planteamiento humanista y holístico.

Soy consciente de que las personas somos actualidad y potencialidad simultáneamente. La actualización completa o realización total es una meta a la cual se tiende, pero a la que nunca se llega. El ser humano está en un constante proceso de crecimiento y actualización continua que dura toda la vida.

No se puede predecir los efectos y el alcance de los posibles cambios operados al desbloquear las áreas "no sanas" de la personalidad de estos adolescentes y al trabajar con herramientas y técnicas que posibilitan alcanzar grados de auto-actualización del potencial humano.

#### **4. PERSONALIDAD DE LOS ALUMNOS INTELECTUALMENTE BIEN DOTADOS**

Los resultados del Cuestionario de Personalidad 16PF de Cattell en el estudio de seguimiento de la muestra andaluza que efectué 1985, evidencian que un mayor porcentaje de chicos intelectualmente bien dotados en comparación con el grupo control aparecía como dependiente, prefería trabajar y tomar decisiones con los demás y tendía a seguir las directrices del grupo demostrando falta de decisión personal. Necesitaba el apoyo del grupo y dependía de la aprobación social, aunque no hallé ninguna chica intelectualmente bien dotada dependiente.

Como en el Manual DSM-IV la neurosis queda englobada dentro de los trastornos de ansiedad de evolución crónica que provocan inadaptación, focalizaré mi atención sobre estos aspectos dentro del estudio de la personalidad de los bien dotados.

Un dato que llamó mi atención fue haber encontrado un mayor porcentaje de chicos intelectualmente bien dotados que puntuaban en el polo de ansiedad alta en relación con los normalmente dotados. Este rasgo puede indicar cierto desajuste personal e insatisfacción por no poder alcanzar el éxito en todo lo que desean. Sin embargo, me sorprendió no encontrar ninguna chica intelectualmente bien dotada con alto nivel de ansiedad.

Empero al comparar esos resultados con los hallados en adolescentes intelectualmente bien dotados de las ciudades de Toledo y Talavera de la Reina, a quienes se les aplicó el Cuestionario STAIC de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo y el Cuestionario de Personalidad HSPQ, encuentro por una parte, que el 20,4% de alumnos manifiesta ansiedad estado elevada. De este porcentaje una mitad corresponde a chicos y la otra a chicas. Esta proporción de alumnos suele experimentar un nivel elevado de ansiedad transitoria, por ejemplo en situaciones de examen. Y por otra, que el 13,1% de los alumnos distribuido en la misma proporción entre los sexos, manifiesta un nivel elevado de ansiedad rasgo, lo que indica en estos alumnos presentan una tendencia comportamental neurótica con un porcentaje muy significativo de conductas ansiosas socio-compulsivas, que sería preciso tratar para reducir esa ansiedad neurótica.

No se corroboran los resultados del estudio anterior, pero en contra de lo que se suele afirmar, en este grupo de adolescentes no he hallado una mayor proporción de chicas que se inclinen más por las conductas ansiosas. El reparto está equiparado entre los chicos y las chicas.

Con respecto al estudio de su personalidad centré mi atención en los factores que guardan una mayor relación con aspectos neuróticos de la personalidad como los factores C- y O+. En el factor C-, encontramos un 9,4% de adolescentes emocionalmente poco estables, afectados por los sentimientos, con menor tolerancia a la frustración y más propensos a perder el control emocional. Dentro de este porcentaje hay una mayor proporción de chicos (69,2%) que de chicas (30,4%) en el polo negativo

del factor C de personalidad. En el factor O+ hallé un porcentaje mayor de adolescentes (13,8%) aprensivos, con sensación de culpabilidad, inseguros, preocupados y con autorreproches. Según Cattell y Cattell (1989) es el factor que se relaciona más directamente con “una zozobra subjetiva manifiesta” y es el que “mejor diferencia a los neuróticos de los normales”. He hallado casi igual proporción de chicos (52,6%) que de chicas (47,3%) en el polo positivo del factor O de personalidad.

En los estudios llevados cabo sobre este tema se ha descubierto que existen una serie de rasgos de personalidad asociados a suicidios consumados y parasuicidios. Estos factores son, entre otros, baja autoestima, falta de control, desesperanza, introversión, neuroticismo, impulsividad, imprudencia, agresividad, pasividad, dependencia, obsesión y rasgos histéricos, elevada ansiedad estado y rasgo, ira, hostilidad, susceptibilidad, inadecuación social, disminución de habilidades cognitivas para evaluar las consecuencias de una acción.

Aunque es muy difícil determinar la contribución de esos rasgos de personalidad a la conducta suicida (Medina y Hernández, 2004). En investigaciones sobre suicidio en áreas asistenciales se ha estimado que el riesgo de suicidio en pacientes con neurosis es hasta treinta veces superior al de la población general.

## **5. FACTORES DE RIESGO DE COMPORTAMIENTO AUTOLÍTICO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES INTELECTUALMENTE BIEN DOTADOS**

Jung sostuvo que los individuos más inteligentes cuelgan de las ramas más vulnerables del árbol de la humanidad. Esa vulnerabilidad está relacionada no sólo con su elevada inteligencia sino también con su hipersensibilidad. Así los sujetos de la muestra del estudio de Gulbenkian, que se situaron en el percentil 99 del test Matrices Progresivas de Raven, se describieron a sí mismos como muy sensibles, dotados de empatía y capaces de atender simultáneamente a más de una fuente de información (Freeman, 1987).

Someramente destacaremos alguno de los factores que pueden darse en sujetos intelectualmente bien dotados y que podrían llegar a conformar el grupo de riesgo de suicidio como el perfeccionismo, sensibilidad, intensidad de las emociones, depresión, impulsividad y agresividad, ansiedad y rasgos obsesivos, bajo autoconcepto y autoestima, entre otros.

### **El perfeccionismo**

El perfeccionismo puede ser una cualidad a desarrollar o, por el contrario, convertirse en la persecución de un ideal de perfección inalcanzable que conduzca al individuo a la depresión (Hewitt y Dyck, 1986), a desórdenes alimenticios (Axtell y Newton, 1993), a trastornos de tipo obsesivo-compulsivo (Rasmussen y Eisen, 1992) e incluso al suicidio (Callahan, 1993).

Muchos alumnos bien dotados pretenden realizar cualquier tarea en el ámbito académico y en su vida diaria de manera perfecta. Su vida tiende a orientarse por el ideal de la perfección que intentan conseguir a toda costa, a base de esfuerzo y de invertir mucha energía para lograrlo.

El perfeccionismo puede ser un arma de doble filo. No siempre el perfeccionismo es una característica negativa. Algunos autores como Hamachek (1978) distingue entre perfeccionismo normal y perfeccionismo neurótico. El primero puede ser una cualidad, un rasgo positivo digno de inculcar a nuestros alumnos en sentido de realizar las tareas y trabajos académicos lo mejor posible buscando alcanzar la excelencia, pero siempre siendo consciente de que la perfección escapa a las posibilidades del ser humano. El alumno con un perfeccionismo normal admite que puede cometer fallos y ser imperfecto sin angustiarse demasiado por ello. La otra cara es el perfeccionismo neurótico (Orange, 1997).

En sentido negativo, el individuo con un perfeccionismo enfermizo, neurótico, persigue elevadas metas no realistas y siente por tanto que sus esfuerzos nunca son suficientes. Desarrolla una personalidad caracterizada por una conducta obsesiva compulsiva. Es muy exigente consigo mismo y no se perdona cometer fallos. Sufre porque no consigue alcanzar sus metas y se deprime cuando no logra que las cosas le salgan de forma perfecta. Ha introyectado el mandato “debería ser perfecto”, que inculcado por padres y profesores y en menor medida por el grupo de pares, puede llegar a transformarse en una persecución obsesiva y neurótica de la perfección.

Según Warschaw la búsqueda de la perfección al parecer afecta de manera diferente a varones y mujeres. En las chicas bien dotadas esa incesante búsqueda de la perfección puede hacer que no se planteen objetivos razonables y realistas, lo que a largo plazo les lleva a generar sentimientos de frustración y de autoestima bajos, debido a que tienden a atribuir su éxito a factores azarosos y su fracaso a factores distintos a sus propios esfuerzos. Sin embargo, los resultados de la investigación llevada a cabo en Toledo y Talavera de la Reina contradicen lo que sostiene Warschaw, ya que he hallado que la mayoría de las chicas bien dotadas (94,2%) poseen *locus* de control interno, es decir, atribuyen tanto el éxito como el fracaso a factores internos. Cuando alcanzan el éxito lo atribuyen a su esfuerzo y trabajo (92,8%), y en caso de fracaso lo imputan a que no se han esforzado lo suficiente (95,7%).

Se cita muchas veces el estudio de Horner (1972) quien demostró que algunas chicas bien dotadas no desean alcanzar el éxito, porque si se muestran demasiado competentes podrían ser rechazadas por sus compañeras y por los varones. Nuestra opinión es que no se pueden generalizar estos resultados y creer que todas las mujeres bien dotadas padecen ese problema.

Algunos investigadores sostienen que a los chicos bien dotados pareciera que tanto el éxito como el fracaso no les afectan de manera negativa, ya que atribuyen sus logros a sus propios esfuerzos. En nuestra investigación el 85,8% de los chicos posee lugar de control interno. El 85% atribuye las causas del éxito a su esfuerzo y trabajo y la razón del fracaso a que no se ha esforzado bastante (86,5%).

Tampoco creemos que esa opinión se puede generalizar puesto que los bien dotados conforman un grupo heterogéneo, donde podemos hallar tanto chicos como chicas con lugar de control interno como se ha comprobado en nuestra investigación, con fuerza de voluntad, perseverancia y tolerancia a la frustración que no se dejan afectar negativamente por sus fracasos y son capaces de persistir en la tarea hasta lograr el éxito.

Una serie de desórdenes psicológicos y fisiológicos como estrés, depresión, trastornos de la alimentación, trastorno obsesivo-compulsivo, alcoholismo, colitis ulcerosa y suicidio, entre otros, están asociados al perfeccionismo negativo. Los alumnos con altas capacidades con este tipo de perfeccionismo son vulnerables a padecer algunos de los trastornos mencionados.

No es sólo el hecho de que el alumno bien dotado persiga metas inalcanzables lo que lo puede llevar a padecer algún trastorno, sino la constatación de que sus altas habilidades intelectuales, a veces no van acompañadas de un desarrollo emocional y social igualmente elevado. Podríamos decir que su desarrollo no es parejo y que en un momento dado puede haber desarrollado más recursos intelectuales que personales, por lo que no puede hacer frente exitosamente a los objetivos que se ha planteado ni soportar la frustración por no lograrlos.

El mandato introyectado “sé perfecto” que hemos mencionado es algo que puede llevar a estos adolescentes a conductas autodestructivas o incluso al suicidio. La forma de razonar es más o menos la siguiente: “lo valioso y deseable es ser perfecto. Si soy perfecto, entonces soy valioso. Y si soy valioso me querrán”. Escuchar al superego diciendo constantemente “Deberías ser perfecto” es una presión difícil de soportar para un adolescente, o lo que es lo mismo decir, para un individuo que se está auto construyendo.

Una importante sugerencia para los padres de este tipo de alumno es que le demuestren a su hijo o hija que lo/la quieren y valoran incondicionalmente, independientemente de sus logros. Pero tampoco deben situarse en el extremo opuesto y no exigirle nada por miedo a que su hijo/a se traumatice o neurotice.

## **La depresión**

Hace unas décadas se creía erróneamente que la depresión era una enfermedad que sólo afectaba a los adultos. Actualmente sabemos que niños y adolescentes también la padecen. Y tal como asevera Méndez (1999) *la evidencia empírica refuta una y otra vez el mito forjado por los adultos de la infancia feliz.*

La depresión en niños y adolescentes se caracteriza por un estado de ánimo bajo, triste y abatido, así como por la incapacidad de disfrutar, de obtener placer o de manifestar entusiasmo. Este estado suele ir acompañado de alteraciones del sueño, del apetito, de la actividad motora, de la vitalidad y frecuentes quejas somáticas (dolor de estómago, de cabeza, y otras). Otras características son el cansancio, sobre todo por las mañanas, bajo autoconcepto y autoestima, sentimientos de culpa, dificultad de concentración, problemas de memoria, indecisión, ideas de muerte y/o de suicidio e intentos de suicidio. Suele producir deterioro personal (malestar físico, sufrimiento psicológico), familiar (deterioro en las relaciones con los padres), social (aislamiento), escolar (bajo rendimiento académico) o de otras áreas importantes de la actividad del niño o del adolescente.

A continuación solamente mencionaremos las clasificaciones que se han realizado sobre esta enfermedad ya que no es objeto de nuestro trabajo. La depresión se manifiesta de diferentes formas y en distintos grados. Así el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1994) clasifica los trastornos del estado de

ánimo en tres categorías: a) trastornos depresivos, b) trastornos bipolares y c) otros trastornos del estado de ánimo basados en la etiología. Otras clasificaciones que suelen utilizarse son: a) depresión primaria o depresión secundaria, b) depresión unipolar o depresión bipolar y c) depresión endógena o depresión exógena.

Según el DSM-IV, dentro de los trastornos del estado de ánimo se encuentra la depresión conjuntamente con el trastorno depresivo mayor, episodio único y recidivante. Centraré mi atención en el cuadro clínico denominado depresión mayor, debido a que datos aportados por la American Suicide Foundation ponen de manifiesto que casi el 60% de personas que se suicidan padecían depresión mayor y que aproximadamente el 30% de todos los pacientes clínicamente deprimidos intentarían cometer suicidio y la mitad de ellos lo consuman.

No existe acuerdo al respecto ya que estos porcentajes son inferiores a los que aporta la American Suicide Foundation. Según la opinión de otros autores sólo un pequeño porcentaje de las tentativas de suicidio o parasuicidios corresponden a trastornos psiquiátricos mayores (García-Maciá y cols., 1984). El 10-20% de los pacientes con un trastorno mental grave, como un trastorno afectivo unipolar o bipolar o esquizofrenia, fallecen por suicidio (Ceverino, M.A. y cols., 2004).

Según el DSM-IV los criterios para el episodio depresivo mayor son los que figuran en la tabla siguiente.

*A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.*

*Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.*

- 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable*
- 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)*
- 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables*
- 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día*
- 5. Agitación o entecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar entecido)*
- 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día*
- 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)*
- 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)*
- 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse*

*B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.*

*C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.*

*D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).*

*E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entecimiento psicomotor.*

Tabla 3



Se ha constatado que el comportamiento suicida es multicausal y se da en sujetos en los que confluyen una serie de problemas, entre otros, trastornos del estado de ánimo, crisis personales y problemas existenciales que traen aparejado una desmotivación ante la vida. Hay consenso en que el sujeto que manifiesta comportamiento autolítico padece algún trastorno del estado de ánimo, junto con otros factores de riesgo. Habría que matizar diciendo que no se puede establecer una relación causa-efecto entre enfermedad mental e intento de suicidio, más bien habría que contemplar otros factores como por ejemplo, la vulnerabilidad ante los conflictos, la escasa tolerancia a la frustración, la incapacidad de resolución de problemas, la debilidad vital, insuficientes recursos personales y carencia de estrategias de afrontamiento.

### **La ansiedad**

Según el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) dentro de los trastornos de ansiedad se encuentran, entre otros, la crisis de angustia o ataque de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el trastorno por estrés agudo.

Se ha comprobado que la ansiedad es un síntoma presente en gran número de intentos de suicidio, pero si se manifiesta asociada a agresividad e impulsividad facilita el comportamiento autolítico. La ansiedad aumenta el riesgo de suicidio en sujetos que presentan otros trastornos, en concreto el trastorno de angustia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Khan y cols. (2002) sostienen que el riesgo de suicidio en las personas con trastornos de ansiedad es mayor que en la población general, aunque no tanto como en otras enfermedades psiquiátricas.

Los resultados de las investigaciones apuntan a que el comportamiento suicida está multideterminado y es el resultado de la interacción de varios factores. La ansiedad es un elemento más a considerar de cara a la intervención para la prevención del suicidio en pacientes con algún trastorno de ansiedad (Baca, E. y cols., 2004).

### **La impulsividad y agresividad**

Son dos factores que en combinación con otros, elevan el riesgo de suicidio. Los adolescentes que experimentan estados de desesperación y comportamientos impulsivos, incluyendo dentro de éstos agresiones impulsivas o imprudentes, tienen mayor riesgo de conductas autolíticas. La agresividad dirigida hacia sí mismo, la ira interiorizada de los sujetos que utilizan el mecanismo neurótico de la retroflexión los puede llevar a un comportamiento suicida.

### **Ideación suicida y suicidio**

Villardón (1993) intenta averiguar cómo los sujetos llegan a la ideación suicida y a la admisión de esos pensamientos acerca de la propia destrucción. Arriba a la conclusión de que el estado mental del suicida está caracterizado por la desesperanza, bajo autoconcepto y deteriorada autoestima, baja expectativas de autoeficacia, depresión, falta de motivación y razón para vivir, estrés, acontecimientos vitales y carencia de estrategias de afrontamiento, soledad, e instrumentalización del suicidio como medio para resolver los problemas que le afectan. De entre todas estas características es la depresión, según unos, y la desesperanza, según otros, el aspecto

que mejor predice el proceso de ideación suicida. Según muchos autores, la gran mayoría de las depresiones, en torno al 80%, cursan con ideación suicida y ésta a su vez proporciona un buen indicador de la intensidad del trastorno. Sin embargo, es el intento autolítico el que se relaciona mejor con la desesperanza (Ceverino, M.A. y cols., 2004).

En la literatura sobre el tema hallamos que las enfermedades y trastornos mentales con riesgo de suicidio son fundamentalmente la depresión, ansiedad, desesperanza y los trastornos afectivos, la esquizofrenia, el alcoholismo, la neurosis y los trastornos de angustia. Entre los mencionados trastornos afectivos son la depresión y la angustia los que conllevan mayor probabilidad de conducta suicida (Clemente y González, 1996).

Como ya se ha expuesto algunos autores coinciden en que es la depresión el factor que mejor predice el proceso de ideación suicida. Aunque no se puede establecer una relación directa entre intento de suicidio y enfermedad mental, ya que se ha comprobado que muchas personas que padecen depresión no han intentado nunca suicidarse y viceversa. Sin embargo, habría que considerar los efectos que produce la depresión en un individuo.

Según Villardón (1993) en la ideación suicida influyen aspectos psicológicos, biológicos y sociales. Surge no sólo del desarrollo personal del individuo sino de las relaciones sociales y de su situación social. Cada sujeto representa un caso único de ahí que resulte importante la valoración de las características y circunstancias personales de éste.

Si al parecer la depresión y la desesperanza son las características que están detrás de toda ideación suicida, por sí solas no son la causa de la conducta suicida, habría que hallar otros factores que asociados a la depresión y desesperanza conducen al sujeto a la autolisis.

Autores como Plutchik y VanPraag (1990) barajan dos hipótesis explicativas. La primera explica la depresión y la conducta suicida basándose en los desajustes bioquímicos que padecería el sujeto. Existen datos que apoyan la existencia de una asociación entre alteración del sistema serotoninérgico y la manifestación de comportamientos suicidas, aunque hasta el momento no queda claro el significado exacto de dicha asociación. Y la segunda, es que la depresión no es causa suficiente para producir el acto suicida sino que necesitaría la presencia de una tendencia al comportamiento agresivo, impulsivo y vulnerabilidad para la realización de la conducta suicida (Sáiz y cols. 2004).

Estos autores descubren, al recabar información sobre veinte adolescentes que se habían suicidado, una covariación clara entre el hecho de suicidarse y conductas antisociales, agresividad, consumo de alcohol y drogas, malos tratos paternos recibidos, tratamiento psiquiátrico previo y conocimiento de casos de suicidio de familiares o amigos.

Podemos distinguir entre los sujetos que realmente quieren morir y los que no quieren morir sino sólo ser ayudados a resolver sus problemas para seguir viviendo sin padecer un sufrimiento intolerable. Se suele diferenciar entre suicidio consumado y parasuicidio. Aunque si tenemos en cuenta la clasificación más asumida, la de la OMS,

se incluye en la categoría de suicida tanto el suicidio consumado como la tentativa. En el suicidio consumado el sujeto se autoagrede con el fin de provocar su muerte. El suicidio se define como el acto o la instancia de intencionalmente matarse a sí mismo.

La tentativa de suicidio o parasuicidio muchas veces es un medio de llamar la atención, pero otras veces, es un ensayo o paso previo al suicidio consumado. Al parecer algunos accidentes de coches, entre otros, no son realmente accidentes sino que son suicidios encubiertos. Buena parte de los intentos de suicidio de jóvenes no quedan registrados como tales en los archivos policiales ni en servicios médicos de urgencia.

Estamos de acuerdo con Sarró (1985) en que no es conveniente restarle importancia a esas conductas de riesgo ya que suponen una forma de comunicación grave que es preciso tratar. Los intentos de suicidio muchas veces constituyen una desesperada llamada de auxilio que realiza el individuo. En tales casos el adolescente o el joven no quería realmente quitarse la vida sino sólo pedir ayuda es consciente que con sus recursos personales no puede afrontar exitosamente la solución de sus problemas.

Según el estudio internacional llevado a cabo en trece países europeos por el *Who Multicentre Study on Parasuicide* las tasas más altas de comportamiento parasuicida se dan en adolescentes y adultos jóvenes. En un alto porcentaje estos sujetos repiten las conductas parasuicidas, razón suficiente como para no desestimarlas puesto que las tentativas de suicidio son uno de los predictores más potentes de comisión de posteriores tentativas y de suicidio consumado (Bobes, J. y cols., 2004).

Existe una serie de dificultades metodológicas para recabar datos de forma fiable acerca del porcentaje de suicidios y parasuicidios. Como se ha dicho algunas tentativas de suicidio y suicidios consumados se enmascaran como accidentes no quedando registrados ni en los centros asistenciales de urgencia ni en los registros policiales. De manera que debemos suponer que el porcentaje es mayor del que se conoce. Se estima que se ha producido un aumento notable de suicidios y parasuicidios desde la década de 1950 hasta el comienzo de 1980, especialmente entre los adolescentes y jóvenes adultos de Europa y Estados Unidos, aunque afortunadamente las tasas de ambos fenómenos se han estabilizado. Pero debido a la baja mortalidad general en estas edades el suicidio pasa a ser una de las cinco primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes.

En la publicación del Instituto Nacional de Estadística de 2003, la tasa promedio de suicidio en España entre los años 1997 y 2001 se sitúa en 5,51/100.000 habitantes/año. En Lugo se encuentra la tasa más elevada (15,7) y en Las Palmas la más baja (2,4). Según la OMS sólo Lugo presenta una tasa alta; Almería, Badajoz, Cantabria, Huelva, Madrid y Zaragoza presentan tasas medias y el resto de las provincias tasas bajas. Las tasas de parasuicidios son más difícil de determinar, aunque se estima que existe una incidencia aproximada de conductas parasuicidas de entre 30.000 y 40.000 personas/año, lo que supone tasas que oscilarían entre 50 y 90/100.000 habitantes/año. Las tentativas de suicidio son un fenómeno poco estudiado por lo que posiblemente las tasas sean mucho más altas que las referidas.

Con respecto a los bien dotados los profesores Willings y Arseneault de la Universidad de New Bruswick de Canadá, han estudiado el problema del suicidio en

este tipo de jóvenes, llegando a la conclusión de que, para algunos de éstos, sus altas capacidades pueden llegar a convertirse en su propio enemigo.

El aburrimiento, la falta de estimulación, la poca satisfacción, la presión de los familiares, la baja tolerancia a la frustración, el no poder cumplir con las expectativas de los demás ni alcanzar las elevadas metas planteadas por ellos mismos, el aislamiento, la soledad, el perfeccionismo neurótico, la desesperanza y la depresión los pueden llevar a realizar intentos de suicidio.

Algunos no consiguen soportar todos esos problemas y presiones y deciden acabar con su vida. A veces no son conscientes de ello, pero comienzan a realizar una serie de conductas autodestructivas. Otras veces, son conscientes y planean fríamente qué medios van a utilizar y cuándo llevarán a cabo el plan de acabar con su vida.

## **6. ESTUDIO DE UN CASO DE BIEN DOTADO CON CONDUCTA AUTOLÍTICA**

El caso que nos ocupa es un joven que fue identificado como bien dotado y corroborado como tal en sucesivos estudios de seguimiento. Forma parte de la muestra andaluza de la investigación llevada a cabo en dieciséis provincias españolas por el profesor Dr. Juan García Yagüe (García Yagüe y cols., 1986). No se ha beneficiado de ningún programa de intervención psicopedagógica.

Roberto, nombre ficticio, nace en el seno de una familia conservadora y acomodada de una ciudad de Andalucía. Crece dentro de un medio ambiente culturalmente rico y lingüísticamente vasto. Es el tercero de cuatro hermanos.

Desde la adolescencia viene padeciendo depresiones, se angustia mucho, se cuestiona todo y no encuentra aliciente para ilusionarse y querer vivir. Repite tres veces el último curso de bachillerato. Roberto recuerda lo que le ocurría en esa época ... *tardé tres años más que la mayoría de mis amigos en salir de él (Instituto). Fue en esa época de atípicos e inesperados malos resultados académicos cuando empecé a notar que necesitaba romper la estereotipada imagen que llevaba diecisiete años dando al mundo. Sentí que había mucho más en alguna parte de mi interior que lo que había sido capaz de exteriorizar (a pesar de las “buenas notas” y de la opinión, más o menos generalizada, de que yo era un chico inteligente, sensible... buena persona). Yo recuerdo haber dicho a un profesor de química que no podía estudiar aquello si no veía qué sentido tenía en mi vida; el me contestó que dejara de comerme el coco con eso, que intentara sacar la asignatura y que luego ya tendría tiempo de filosofar. Mis amigos intentaban echarme una mano, y los profesores hablaban conmigo extrañados, preguntando cuál era el problema y mostrándose convencidos de que yo era capaz de sacarlo si hacía un mínimo esfuerzo.*

Sus compañeros al completar los estudios en el instituto se fueron a estudiar carreras a otras ciudades. Roberto expresa *me sentí “descolgado”, inferior, solo...y empecé a tratar de encontrar justificación a mis crisis depresivas (que se habían ido convirtiendo en habituales durante el curso) en esta situación... Durante esas crisis lo pasaba muy mal. Sentía que las cosas perdían todo el sentido para mí sin yo saber por qué; buscaba en vano posibles causas externas, y al no encontrarlas me sentía aún*

*peor. Todo se volvía oscuro, confuso, hostil, y yo me sentía muy desgraciado, muy solo, muy incomprendido.*

Aunque es consciente de que era más inteligente y capaz que la mayoría no entiende lo que le estaba pasando. Lo expresa así... *había una especie de doble cuchilla en el intento de expresión de mis atormentados sentimientos, porque de una parte se suponía (yo era el primero en suponerlo) que era capaz (más capaz incluso que los demás) de expresarme con cierta corrección y precisión, pero de otra era absolutamente incapaz de comprender lo que me estaba pasando, y al ser preguntado, o querer contarle o pedir ayuda me hacía aún más daño.*

La situación de este joven era en sus palabras *como una toma de conciencia de un montón de asuntos que de repente me parecieron importantísimos frente a lo absurdo y despersonalizado de seguir si más la corriente de lo que todo el mundo hacía, sin saber muy bien por qué.* Explica sus crisis existenciales *en aquel "redescubrirme" empecé a estar muy preocupado por el sentido de la vida, el valor de las relaciones personales, "lo auténtico" de la vida y el "cómo diferenciarlo de lo que no merecía la pena", la soledad (como algo impuesto al ser humano), las necesidades expresivas (y su relación con la expresión creativa/artística), el medio ambiente (como fuente de serenidad en momentos de ansiedad, de sabiduría y reinspiración), etc.*

Roberto es consciente de la preocupación que provocaba su estado en su madre. Y *relata en mi casa la situación se vivía con una preocupación no mostrada, con un excesivo tacto que, por no molestar, no llegaba a ayudar. Las tímidas sugerencias de acudir a un psiquiatra ...carecían de toda solidez y eficiencia real. Y yo quería ser ayudado, y veía que no sabía cómo pedir esa ayuda y que ellos seguían dando palos de ciego. A veces, durante mis depresiones fantaseaba con la idea del suicidio.*

A los veinte años, después de haber accedido a visitar a un psiquiatra y de que éste le recetara un ansiolítico y un antidepresivo, sufrió una crisis más fuerte aún y pocas semanas después realizó un intento de suicidio *no violento*, tomando una sobredosis de los psicofármacos que le había recetado dicho psiquiatra. Roberto escribe *...al llegar a mi casa llevé a cabo lo que había pensado reiteradamente en aquellas últimas semanas: me tomé todas las pastillas que me quedaban. Tras hacerlo me sentí repentinamente asustado, y acudí a pedir ayuda a mi madre. Fuimos al hospital y me hicieron un lavado de estómago; aparentemente la cosa no había sido grave.* Según la literatura consultada este método es frecuentemente utilizado por los adolescentes y jóvenes en la mayoría de los países. Los psicofármacos recetados por psiquiatras, en particular los antidepresivos, son los más utilizados por los pacientes en las tentativas suicidas.

Esto lleva a pensar que algunos de los sujetos que eligen este método no tienen una intención real de acabar con su vida, ya que la intoxicación por fármacos requiere un lapso de tiempo prolongado para provocar la muerte, incluso cuando se toman dosis letales, circunstancia que posibilita la intervención a tiempo. Algunos años después, en una visión retrospectiva, Roberto reconoce que en ese tramo de su vida necesitaba ayuda, que tenía dificultades para pedirla y que no quería morir sino sólo dejar de sufrir.

Podría decirse que se trata claramente de un parasuicidio ya que este joven a través de ese acto desesperado intenta llamar la atención de sus padres para que lo

ayuden. Manifiesta sentimientos de miedo y arrepentimiento tras la realización del acto y recurre a su madre. Era de madrugada. Su hermano mayor lo lleva a urgencias de un centro sanitario donde es asistido. Se lo comunican con posterioridad al padre. A partir de ese momento se convierte en un tema tabú en su familia. Nunca más se mencionó el suceso en casa. Roberto narra *desde aquel momento el problema empezó a tomarse con más seriedad, pero sobre todo con muchísimo miedo por parte de mis padres.*

Después de ese intento de suicidio su madre y hermano mayor toman cartas sobre el asunto y lo llevan a otro psiquiatra para inicie un tratamiento psicoterapéutico. Su familia, que en un principio se hallaba muy alarmada, comienza a tranquilizarse cuando observa que Roberto va poco a poco estabilizándose mediante el tratamiento psicoterapéutico al que se somete durante largo tiempo.

Retoma sus estudios de último curso de bachillerato y refiere *fui sacando el curso, con algo de esfuerzo y algunos bajones, que ahora mi terapeuta vigilaba de cerca. Y al final lo terminé con Matrícula de Honor (lo hice bien, pero francamente no creo que fuese para tanto).*

Inicia la carrera de Psicología. Se la plantea como un enorme reto al que debía enfrentarse en solitario. El primer cuatrimestre se dio cuenta de que no era capaz de disciplinarse para estudiar la gran cantidad de materia que se le iba acumulando. Deja la carrera a principios del segundo cuatrimestre. Tenía miedo a no dar los resultados que se esperaban de él, que tendrían que ser mejores que los de la mayoría. Roberto declara *era como un “si no voy a hacerlo muy bien, es mejor que no haga nada”.*

Se matricula en una segunda carrera Traducción e Interpretación en otra universidad que también abandona a principios del segundo cuatrimestre. Relata *de todas formas, creo que no me llegué a sentir realmente motivado, a desear que aquello fuera mi proyecto personal, que yo llevaría a buen fin de un modo u otro; no me sentí convencido.*

Comienza a preparar oposiciones a correos como un medio para conseguir algo que le interesara más. Pero no consigue disciplinarse y *lleno mi agenda de diversas actividades, que no tenían otra utilidad que desviar la atención, que tanto trabajo me costaba orientar, hacia el temario de Correos.* Esas actividades son los idiomas, la música, la fotografía y obtener el carnet de conducir.

Mientras tanto continúan sus “crisis existenciales” acompañadas de alteraciones de su estado de ánimo e insomnio. Hasta que a los 24 años padece una depresión mayor que lo lleva de nuevo a pensar en suicidarse. Escribe lo siguiente: *Perdón por mi egoísmo al hacer esto, pero la vida no tiene sentido para mí. No puedo comprender que “hayamos sido hechos” capaces de percibir y concebir cosas tan bellas y que éstas tengan que quedar sepultadas una y otra vez bajo tanto sufrimiento como genera nuestra existencia, tan sórdida y cruel si se mira fríamente. Siempre me ha llamado la atención la capacidad psicológica del hombre para asimilar y sobrevivir a tan desconcertante cúmulo de sinsabores y seguir encontrando en las pequeñas cosas cotidianas una compensación válida. Me sigue sorprendiendo cada día y aún en mí mismo, porque al fin y al cabo en la medida en que sigo vivo soy partícipe de este instinto de supervivencia, pero realmente nunca lo he comprendido, ni tal compensación me ha parecido real. Sospecho que es mucha la gente que, en realidad,*

*tampoco lo comprende, pero todos parecen poder cerrar la puerta a esas consideraciones y quedarse en ese relativo equilibrio, que desde luego es mucho más práctico... Pero yo no puedo cerrar la puerta a lo que para mí es tan obvio. No puedo sentir que la balanza está equilibrada, que esto merece la pena... ni siquiera puedo fingirlo con aceptable credibilidad. Pero el problema es que no tengo alternativa. El suicidio, tras ser considerado como tal alternativa, siempre plantea el gran inconveniente del sentimiento de culpa hacia mi familia; y entonces, eso, me quedo sin alternativa. Todos los esfuerzos que llevo hechos y sigo haciendo por que mi vida marche mejor son insatisfactorios. Ni mi familia, ni mis amigos, ni la psicoterapia me han podido ayudar como yo necesito. De lo que ocurre del “umbral de las consideraciones” hacia adentro todo han sido interpretaciones externas, más o menos convencionales, más o menos afectuosas, más o menos científicas; pero siempre externas, y en la misma medida ajenas e insuficientes. No he podido sacar en claro acerca del origen de mi modo de ver la vida más que el que procede de mis años infantiles, principalmente de la parte familiar de mi formación, que es lo mismo que decir “nada”. Además, yo tengo mis dudas sobre cuánto del asunto podría proceder de caracteres genéticos (que eso, caso de tener algún indicio al respecto los psicólogos y terapeutas, tampoco te lo dicen, para que no te hundas en la miseria y les sigas pagando sesiones con la esperanza de conseguir algo) y también me pregunto qué parte pudo jugar la educación escolar. En fin, que nunca llego a ningún sitio.*

*Todo esto ha surgido a raíz de la ansiedad que en una madrugada como la de hoy, es sin embargo la misma que lleva demasiado tiempo de mi vida (acaso todo) siendo el último eslabón del sufrimiento, sin sentido y la infelicidad que éste produce.*

En esta crisis el psiquiatra que lo estaba tratando pone en marcha una intervención combinada: fármacos y psicoterapia. Cuando remite la depresión Roberto deja de tomar fármacos y continúa su tratamiento psicoterapéutico.

Pero nos preguntamos cuándo se inició en este joven el proceso de desvinculación con su propia vida y cómo llegó este joven al límite de decidir quitarse la vida y de llevar a cabo su plan. Roberto había iniciado desde la adolescencia un camino de fracaso, desilusión, insatisfacción vital, crisis existencial y depresión. Desde hacía años que tenía ideación suicida, pero sin concretar nada.

No hubo intentos previos de autolisis ni ha habido intentos posteriores, según ha manifestado en la entrevista de seguimiento mantenida con él. Roberto reconoce que aún soporta crisis existenciales, pero también es consciente de que posee recursos personales para afrontar esas crisis. Actualmente a sus treinta y dos años, no ingiere fármacos, pero se halla en terapia de corte humanista *Gestalt* para el desarrollo y crecimiento personal.

Afortunadamente en este caso no se consumó el suicidio, quedando sólo en un intento del cual el autor se arrepintió y logró pedir auxilio después de haber ingerido una ingente cantidad de fármacos antidepresivos y ansiolíticos. Fue socorrido a tiempo, se le practicó un lavado de estómago y no llegó a ser más que un susto para él y para su familia. En este caso fue un aviso o una llamada de auxilio para que las cosas en su vida cambiaran, para poder hallarle sentido y sobre todo evitar seguir sufriendo. Para este joven vivir era tremendamente insatisfactorio y doloroso. No ve posibilidad de autorrealización. Debía inventar un sentido para vivir, pero no era capaz de hacerlo.

Es un joven que manifiesta problemas académicos, no se adapta al sistema, se halla desorientado, no sabe qué hacer, se agobia porque no ha desarrollado unos hábitos, una disciplina ni puede hacerse cargo de sí mismo. No asume sus responsabilidades como estudiante. Inicia diferentes carreras en la Universidad, pero las abandona porque no termina de encajar en ninguna. Sus actuaciones son poco coherentes con sus expectativas de éxito. Es incapaz de ver alguna posibilidad de cambio favorable. Se siente fracasado y deprimido. Roberto expresa *sentía que había perdido demasiado tiempo, y que ya no podría emprender ningún proyecto sin el presentimiento de fracaso.*

Además existen elementos familiares que refuerzan su deterioro personal. Este sujeto no obtiene motivación ni refuerzo de la necesidad de vivir mediante la interacción familiar. Roberto manifiesta que existe una deteriorada relación con sus padres. En relación con el padre existe poca accesibilidad y escasa comunicación. La madre acostumbraba a actuar de mediadora para hablar con éste. Roberto siempre sintió lejanía afectiva con su padre, que aunque se hallaba presente solía estar ausente y nunca jugaba con sus hijos. Con respecto a su madre, Roberto reconoce que si bien siempre le dio mucho cariño, era algo que le impedía crecer y hacerse cargo de sí mismo. Ésta lo apoyaba como niño, pero no lo escuchaba cuando tenía problemas, lo cual le impedía asumir su lado adulto y crecer. Confiesa que fue mal criado, dependiente, que se le dieron muchas facilidades, un apoyo incondicional y que no se le exigió nada.

Una serie de factores sociales coadyuvan al deterioro de este joven que no logra obtener motivación ni refuerzo para aferrarse a la vida mediante la interacción con el grupo de pares. Se halla aislado, pues todos sus compañeros y sujetos de su edad estaban estudiando carreras universitarias. Mientras que él se había quedado atrás. No posee una adecuada red de relaciones sociales que actúe como amortiguadora de los conflictos que padece. Por el contrario, al compararse con sus amigos se deprime, al observar cómo los demás tienen éxito en lo que emprenden y él no. Tiene la sensación de no calzar en nada, de no estar a la altura de las expectativas no sólo de las que él se ha planteado para sí mismo sino también de las de su familia, que aunque no se lo dicen abiertamente él cree intuir.

En el plano personal es un joven muy sensible, siente intensamente las emociones, pero no tiene manejo sobre ellas. Carece de técnicas de afrontamiento adecuadas para sobrellevar las situaciones que en su vida le estaban provocando estrés, en especial los problemas existenciales, académicos y familiares. Los conflictos que se le presentan le producen tal agobio y frustración que empieza a utilizar el mecanismo neurótico de la retroflexión, es decir, comienza a dirigir hacia sí mismo la ira que le provocan situaciones que vive como rotundos fracasos.

Este cúmulo de componentes académicos, familiares, sociales y personales constituyen factores de riesgo de comportamiento suicida que van minando su autoestima y autoconcepto y provocan en él un estado de desesperanza ante la vida que lo conduce a la depresión. Se enfrenta a una crisis existencial y no encuentra razones válidas para continuar viviendo. Cuando evalúa si la vida vale o no la pena de ser vivida, llega a la dramática y desesperada conclusión de que no tiene sentido vivir si sólo siente el dolor de vivir y mucho sufrimiento.

En este caso había habido consulta psiquiátrica previa donde sólo le recetan psicofármacos. Después del parasuicidio, su familia lo lleva a consulta a otro psiquiatra,



el cual propone un tratamiento psicoterapéutico al que Roberto accede y que dura aproximadamente seis años. Allí comienza la búsqueda del sentido de su vida. Acompañado por su psicoterapeuta se da cuenta de que no puede esperar que desde fuera le proporcionen sentido a su vida. Tendrá que ser él quien cree o invente un sentido para vivir.

En la entrevista mantenida con él doce años después del intento de suicidio manifiesta sentirse bien, y que no volvería a intentar suicidarse. Aunque continúan sus crisis existenciales, ya maneja ciertas estrategias para superarlas. Si bien no ha terminado ninguna carrera universitaria, estudia idiomas que le sirven para abrirse paso en el mundo laboral. También desarrolla su inteligencia musical, pero más como *hobbie*. Ha intentado infructuosamente trabajar en ese ámbito, hasta que lo ha dejado.

A los 26 años se emancipa de su hogar y forma su propia familia. Actualmente a sus casi 32 años se halla en un puesto de trabajo poco cualificado, vive con su pareja desde hace seis años y tiene un hijo de tres. Hace un par de años que ha retomado la psicoterapia para el crecimiento personal y va poco a poco desbloqueando los puntos negros y agujeros neuróticos de su personalidad, lo que le va permitiendo integrarse cada vez más.

Como he mencionado se trata de un sujeto intelectualmente bien dotado con problemas emocionales y falta de crecimiento personal que no logra actualizar sus potencialidades. Ha encontrado obstáculos en el medio, su familia, y en sí mismo, carencia de estrategias, para conseguir su expansión personal y el desarrollo de su potencial. La depresión, la ansiedad, las crisis existenciales que padece desde la adolescencia le consumen gran parte de su energía, siendo incapaz de realizarse.

Haber sido identificado como bien dotado y corroborado como tal en estudios de seguimiento no entraña, como ejemplifica este caso, el éxito académico, profesional, económico, social y personal, pero tampoco implica lo contrario. El lector debe tener presente que este sujeto representa sólo el 2,6% de la muestra estudiada a lo largo de dos décadas.

Roberto fue un niño mimado por su madre, sensible, con poca tolerancia a la frustración, escaso desarrollo de estrategias para afrontar y resolver sus problemas. No ha podido desarrollarse personal ni profesionalmente. A nivel personal, sus bloqueos neuróticos le han impedido alcanzar la madurez, ha sufrido una detención en su evolución personal. En lo que concierne al desarrollo de sus inteligencias, ha desarrollado de manera casi autodidacta sus inteligencias lingüística y musical. Sin embargo, a pesar de poseer un gran caudal de conocimientos no los ha podido canalizar hacia la obtención de un título universitario que le hubiera permitido el acceso a un trabajo más acorde con sus posibilidades intelectuales.

Este joven ilustra el caso de sujeto bien dotado frustrado en sus posibilidades de crecimiento personal y de actualización de sus potencialidades. Actualmente es posible prevenir este tipo de situaciones en sujetos con altas capacidades e influir para que obtengan un desarrollo equilibrado, aplicando una oportuna y adecuada intervención psicoterapéutica y psicopedagógica paralela.

## 7. CONCLUSIONES

Sintetizamos las conclusiones en los puntos que siguen:

1. Los alumnos intelectualmente bien dotados como grupo presentan una imagen positiva y psicológicamente saludable.
2. Un porcentaje inferior al de la población normal manifiesta problemas afectivos y sociales.
3. Desde un planteamiento humanista la neurosis no es propiamente una enfermedad sino una falta de crecimiento personal y de actualización de potencialidades.
4. Hemos hallado un porcentaje que oscila desde el 2,5% al 35% de jóvenes que manifiestan de uno a cuatro bloqueos neuróticos a nivel disfuncional y de área bloqueada. Sin embargo, dichos bloqueos no representan un problema insalvable en sus vidas. Hasta el momento del último control de seguimiento no habían requerido ninguna ayuda psicológica.
5. En el factor de ansiedad no coinciden los resultados de diferentes investigaciones españolas. En Castilla - La Mancha una quinta parte de los alumnos de Toledo y de Talavera de la Reina manifiesta ansiedad-estado elevada y un porcentaje menor (13,1%) ansiedad-rasgo alta. La proporción de chicos y chicas es similar.
6. Al estudiar los factores de personalidad encontramos casi el doble de chicos que de chicas, emocionalmente poco estables. Y una proporción pareja de chicos y chicas, aprensivos, inseguros y preocupados.
7. Se ha asociado la conducta suicida al autoconcepto y autoestima bajo, falta de control de los impulsos y de las emociones, desesperanza, neuroticismo, agresividad, dependencia, obsesión, ira, susceptibilidad, introversión, histeria, ansiedad elevada, hipersensibilidad, intensidad emocional, depresión, baja expectativas de autoeficacia, etc. Sin embargo, es difícil determinar la contribución de los rasgos de personalidad a la conducta suicida.
8. Solamente el perfeccionismo neurótico es negativo y trae aparejado daños a nivel psicológico y fisiológico. El perfeccionismo normal es recomendable de ser inculcado, no sólo a los alumnos bien dotados sino a todos los estudiantes. Sería conveniente que todos pudieran experimentar ese refuerzo intrínseco de sentir la satisfacción por el trabajo bien hecho.
9. La mayoría de las chicas y chicos bien dotados de centros educativos de Toledo y Talavera de la Reina poseen lugar de control interno, es decir, atribuye el éxito a su esfuerzo y trabajo y la causa de su fracaso a que no se esfuerza lo suficiente.
10. Los niños y adolescentes también padecen depresión. La depresión mayor es similar a la del adulto y va acompañada, entre otros síntomas, de ideación suicida.
11. Existen diferentes opiniones entre los investigadores. Mientras que unos estiman que casi el 60% de los que se suicidan padecían depresión mayor, otros afirman que las conductas suicidas afectan sólo al 10% ó 20% de los sujetos con trastornos afectivos graves.
12. Prevalece el consenso acerca de que el sujeto que manifiesta comportamiento autolítico padece algún trastorno del estado de ánimo, aunque no se puede establecer relación causa-efecto entre enfermedad mental e intento de suicidio. Para ello es preciso contemplar la confluencia de factores personales que contribuyen a dicho comportamiento.

13. La ansiedad aumenta el riesgo suicida si va asociada a agresividad, impulsividad, trastorno de angustia y trastorno obsesivo-compulsivo.
14. Para unos es la depresión, y para otros, la desesperanza el aspecto que mejor predice el proceso de ideación suicida.
15. Se suele realizar la distinción entre suicidio y parasuicidio. En el primero el sujeto se autoagrede con el fin de provocar su muerte y en el segundo, el individuo no tiene verdadera intención de morir, sino de llamar la atención y pedir ayuda.
16. No hay que quitar importancia a las tentativas de suicidio, puesto que constituyen uno de los predictores más potentes de reincidencia en el acto suicida.
17. Para algunos bien dotados sus altas capacidades pueden llegar a transformarse en su propio enemigo. El aburrimiento, escasa estimulación, aislamiento, intensidad emocional, perfeccionismo neurótico, imposibilidad de cumplir con sus elevadas expectativas, presiones sociales, ansiedad, desesperanza y depresión los pueden llevar a realizar intentos de suicidio.
18. El caso que presentamos representa sólo el 2,6% de la muestra de bien dotados seguida a lo largo de veinte años. La mayoría no padece alteraciones del estado de ánimo ni otros trastornos psíquicos.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- BACA, E.; DÍAZ, C.; BLASCO, H.; JIMÉNEZ, L.; NAVÍO, M. Y SÁIZ, J. (2004). Comportamientos suicidas y trastornos de ansiedad. En J. BOBES; P. SÁIZ; M.P. GARCÍA-PORTILLA.; M.T. BASCARÁN Y M. BOUSOÑO. *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- BLASCO, V.; ROCA, J.J. Y TABERA, M.V. (1983). La personalidad de los niños bien dotados. *Psicodeia*, dossier núm. 5, 69 - 76.
- BOBES, J; SÁIZ, P.; GARCÍA-PORTILLA, M.P.; BASCARÁN, M.T. Y BOUSOÑO, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- BRENES, A. (1993). Psicodrama. En *Seis Enfoques Terapéuticos*. México: El Manual Moderno.
- BRODY, L. y BENBOW, C. (1986). Social and Emotional Adjustment of Adolescents Extremely Talented in Verbal or Mathematical Reasoning. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 15, 1, 1-18.
- BUENDÍA, J., RIQUELME, A. Y RUIZ, J.A. (2004). *El suicidio en adolescentes*. Murcia: Universidad de Murcia Servicio de Publicaciones.
- CATTELL, R.B. y CATTELL, M.D. (1989) HSPQ. *Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (12-18 años)*. Madrid: TEA.
- CEVERINO, M.A.; BACA, E.; DÍAZ, C. y SÁIZ, J. (2004). Comportamientos suicidas y trastornos depresivos. En J. BOBES; P. SÁIZ; M.P. GARCÍA-PORTILLA; M.T. BASCARÁN Y BOUSOÑO, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- CLEMENTE, M. Y GONZÁLEZ, A. (1996). *Suicidio. Una alternativa social*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- FERNÁNDEZ LOZANO, P.; VERA DURÁN, V. (1983). Adaptación, popularidad y autoimagen en el bien dotado: estudio diferencial en 3º de E.G.B. *Psicodeia*, dossier núm. 5, 61 - 68.
- FREEMAN, J. (1987) (Dir.). Aspectos emocionales de la sobredotación. En J.

- FREEMAN *Los niños superdotados. Aspectos psicológicos y pedagógicos*. Madrid: Santillana.
- GARCÍA ARTAL, M.V. (1990). El niño bien dotado en la E.G.B. *Seguimiento y estudio psicopedagógico de una muestra de alumnos de primero de la zona centro (Madrid, Ávila y Guadalajara)*. Tesis doctoral, Universidad Complutense, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Madrid.
- GARCÍA-MACIÁ, R.; SARRÓ, B; GIRÓ, M Y OTIN, M. (1984). Estudio descriptivo-estadístico de las tentativas de suicidio atendidas en un Servicio de Urgencias de un Hospital General. *Revista del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica*, XVI (8), 530-538.
- GARCÍA YAGÜE, J.; GIL MUÑOZ, C.; ORTIZ, C.; DE PABLO, C. Y LÁZARO, A. (1986). *El niño bien dotado y sus problemas. Perspectivas de una investigación española en el primer ciclo de E.G.B.* Madrid: Cepe.
- GINGER, S. (2005). *Gestalt. El arte del contacto*. Barcelona: RBA Integral.  
<http://www.who.int>
- HAMACHEK, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- HORNER, M. S. (1982). Toward an understanding of achievement related conflicts in woman. *Journal of Social Issues*, 28, 157-175
- HORNEY, K. (1984). *La personalidad neurótica de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós, 2ª reimpresión.
- HUME, M. (2000). *Los alumnos intelectualmente bien dotados*. Barcelona: Edebé.
- HUME, M. y SÁNCHEZ, T. (2004). “Adolescentes intelectualmente bien dotados. Una investigación en la provincia de Toledo”. *Docencia e Investigación*. Toledo: Publicaciones de la Escuela de Magisterio de Toledo, pp.111-166.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). *Estadística del suicidio en España 2003*. <http://www.ine.es>
- JIMÉNEZ, L.; SÁIZ, P.A.; PAREDES, B. Y BOBES, J. (2004). Epidemiología de los comportamientos suicidas. En J. BOBES *et al.* *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- KHAN, A.; LEVENTHAL, R.M.; KHAN, S. Y BROWN, W.A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J. Affect Disord*, 68, 183-190.
- LOMBROSO, C. (1897). *Genio e degenerazione*. Palermo: Romo Sandron.
- LÓPEZ ANDRADA, B. (1990). *Análisis de una muestra de alumnos bien dotados. Seguimiento y estudio de un grupo de alumnos de tercero de E.G.B. de la zona centro (Madrid, Ávila y Guadalajara)*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Madrid: Universidad Complutense.
- MASLOW, A.H. (1993). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós, 10ª ed.
- MECHSTROTH, E. (1983). The Gap Between Potencial and Performance. *Paper presented to the Atlantic Association for Gifted Children and Adults*.
- MEDINA, M.L. y HERNÁNDEZ, J. (2004). Factores personales y familiares. En J. BOBES *et al.* *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- MÉNDEZ, F.X. (1999). *Depresión en la infancia y adolescencia*. Madrid: UNED-FUE.
- ORANGE, C. (1997). Gifted Students and Perfectionism. *Roeper Review*, 20, Issue 1.
- PÉREZ AVELLANEDA, M. *et al.* (2002). *DIE. Diagnóstico integral del estudio (Niveles 1,2,3)* (2ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- PERLS, F. (1982). *Sueños y existencia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 4ª ed.

- PUTCHIK, R. Y VAN PRAAG, H.M. (1990). Psychosocial correlates of suicide and violence risk. En H.M. VANPRAAG, R. PLUTCHIK Y A. APTER (Eds.). *Violence and Suicidality. Perspectives in Clinical and Psychobiological Research*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- SÁIZ, P.A.; GARCÍA-PORTILLA, M.P.; BOUSOÑO, M. y BOBES, J. (2004). Programas para grupos de alto riesgo. En J. BOBES; P. SÁIZ; M.P. GARCÍA-PORTILLA; M.T. BASCARÁN Y BOUSOÑO, M. *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.
- SALAMA PENHOS, H. (1992). *Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama (TPG)*. Centro Gestalt de México, 1ª ed.
- SARRÓ, B. (1985). Experiencia en una unidad de suicidología. *Psicopatología*, 5 (3), 185-189.
- SILVERMAN, L.K. (1992). El desarrollo emocional de los superdotados a través del ciclo vital. En Y. DE BENITO *Desarrollo y educación de los niños superdotados*. Salamanca: Amarú.
- TERMAN ODEN (1947). *The Gifted Child Grows Up: Twenty-Five Year's Followp-Up a Superior Group*. California: Stanford University Press.
- VILLARDÓN, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- WATTS, A. (1987). *Psicoterapia del Este psicoterapia del Oeste*. Barcelona: Kairós. 5ª ed.
- WILLINGS, D. Y ARSENEAULT, M. (1986). Attempted Suicide and Creative Promise. *Gifted Education International*. Vol. 4, 10-13.