

UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO

EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INC. UNAM

CLAVE DE INC. 8852-25

**“IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA: ESTUDIO COMPARATIVO
DE
RASGOS DE PERSONALIDAD ENTRE DOS GRUPOS DE
ADOLESCENTES”.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

IRMA BERENICE VEGA FERRUSCA

DIRECTOR DE TESIS: JOSÉ RAMÓN COMÁS VIÑAS



ACAPULCO, GUERRERO.

DICIEMBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Principalmente, dedico este trabajo de investigación a Dios que más que una Tesis fue una experiencia de vida. Gracias Señor, por tus bendiciones estando lejos de casa.

Con todo mi amor y gratitud dedico este trabajo y todos mis logros a mis padres, en especial a ti mamá por tu infinito amor, tu apoyo y tu dedicación. Que con el esfuerzo y el ejemplo diario has sido mi mejor escuela.

*A mis hermanos Carlos y Carolina.
Son mis mejores amigos, mi mejor compañía, porque ustedes son para mí una bendición más de la vida.
¡Los amo!*

A la Familia Carpio Ferrusca, Tío Marce y Tía Lulu gracias por siempre estar al pendiente de mí, de mis logros y de mostrar un continuo interés en la realización de este trabajo. A mis primos Nay y Omar los quiero mucho.

A mi abuelita y a mi tía Juana gracias por estar presentes y brindarme su cariño.

A mis compañeras (os) de clase por todas las experiencias que compartimos juntos, la amistad y cariño que me brindaron fue pilar importante en este recorrido. A mis amigas Dulce Angelina, Tania Rentería, ,Adry Jarquín, Adry Ríos, Tania Vargas y muy en especial a ti Tanya Karina (Tk) porque además de compartir sonrisas y una amistad inquebrantable, has traído a mi corazón la paz espiritual en momentos difíciles.

A Blanca E. Noguera. Comita, gracias por tu amistad y tu cariño. Tqm

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Americana de Acapulco, en particular a la Facultad de Psicología por haberme brindado las herramientas, conocimientos y valores necesarios para mi formación como profesional y mi fortalecimiento personal.

De igual forma, agradezco al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" principalmente a la Unidad de Adolescentes Mujeres y al Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM plantel Sur (Bachilleratos de Psicología y Biología) por haberme brindado la oportunidad de complementar y aplicar mis conocimientos en la realización de este trabajo de investigación, el cual fue una experiencia única y enriquecedora.

Al Dr. José Ramón Comás por sus sugerencias y aportaciones que enriquecieron esta investigación y por brindarme a lo largo de mi formación profesional conocimientos inquebrantables.

A la Psic. Silvia García Estrada, mi más sincero y eterno agradecimiento por toda la dedicación y especial interés en este proyecto de investigación. Por enseñarme el gran compromiso social que implica esta profesión.

A mi Directora de Facultad Adriana Gómez y a mis profesores, en especial a Jorge Álvarez, Luzma González, Laura Martínez y José Ramón Comás por su profesionalismo, dedicación y por dejar un legado importante en mí como persona y profesional.

Con profundo agradecimiento al profesor Marcos Verdejo Manzano, por su apoyo incondicional como revisor estadístico en el presente trabajo.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo y Mtra. Consuelo Durán, gracias por compartirme sus conocimientos y apoyo en la elaboración de este proyecto.

A la Psic. Maviel Gaitán García por su apoyo fundamental en la parte inicial de esta trabajo de investigación dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

ÍNDICE

	Páginas
RESUMEN.....	I
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1. ADOLESCENCIA.	
1.1 Definición.....	4
1.2 Efectos psicológicos en la adolescencia.....	8
1.3 Normalidad y patología en la adolescencia.....	11
CAPITULO 2. SUICIDIO: INTENTO E IDEACIÓN.	
2.1 Definición.....	17
2.2 Antecedentes de estudios en conducta suicida.....	21
2.3 Suicidio en adolescentes.....	24
2.4 La depresión como aspecto de vulnerabilidad al suicidio.....	27
2.5 La familia con hijos adolescentes suicidas.....	29
2.6 Factores de riesgo.....	34
2.7 Prevención, factores protectores e intervención.....	37
CAPITULO 3. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.	
3.1 Estudio histórico y definición.....	41
3.2 Teorías de la personalidad según diversos autores.....	43
3.2.1 Sigmund Freud.....	45
3.2.2 Carl Jung.....	47
3.2.3 Alfred Adler.....	49
3.2.4 Erik Erikson.....	51
3.2.5 Karen Horney.....	52
3.2.6 Melanie Klein.....	54
3.2.7 Abraham Maslow.....	55
3.2.8 Hans J. Eysenck.....	57
3.2.9 Gordon W. Allport.....	59
3.2.10 Raymond B. Cattell.....	61
CAPÍTULO 4. INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA PARA ADOLESCENTES MMPI-A.	
4.1 Breve Historia del MMPI.....	66
4.2 Utilización del MMPI original con adolescentes.....	67

4.2.1	Limites.....	68
4.3	Desarrollo del MMPI-A.....	68
4.4	Elaboración de la versión en español para México del MMPI-A.....	69
4.5	Características de aplicación del instrumento.....	71
4.6	Interpretación del perfil del MMPI-A.....	72
4.7	Escalas del MMPI-A.....	73
4.8	Ventajas del MMPI-A.....	81
CAPTULO 5. METODOLOGÍA.		
5.1	Planteamiento del problema.....	83
5.2	Justificación.....	84
5.3	Objetivos.....	85
5.4	Hipótesis.....	86
5.5	Método.....	88
5.5.1	Sujeto.....	88
5.5.2	Instrumento.....	89
5.5.3	Tipo de estudio.....	90
5.5.4	Diseño experimental.....	91
5.5.5	Tipo de muestra.....	91
5.5.6	Definición de variables.....	91
5.5.7	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	93
5.5.8	Procedimiento.....	95
5.5.9	Análisis estadístico.....	96
CAPITULO 6. ANÁLISIS Y RESULTADOS.....		
CAPITULO 7. CONCLUSIONES.....		
POPROPUESTA.....		
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....		
BIBLIOGRAFÍA.....		
ANEXOS.....		

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad identificar, describir y comparar aquellos rasgos de personalidad que predominan en adolescentes que han presentado ideación o intento suicida con adolescentes estudiantes que no han presentado ideación o intentos suicidas previos. El objetivo es contar con un patrón que podamos identificar en adolescentes que estén en riesgo de presentar esta conducta evitando así el aumento de este alarmante suceso en nuestra población.

En la primera etapa se describe qué es la adolescencia, cuáles son los efectos psicológicos que se producen en esta etapa y qué se puede considerar como normal o anormal en este proceso del desarrollo caracterizado por una serie de cambios.

En seguida, se describe y define al suicidio en la población en general y en los adolescentes, los antecedentes en estudios sobre suicidio, se aborda a la depresión como un factor de vulnerabilidad de esta conducta, la dinámica familiar de un adolescente suicida, cuáles son los factores de riesgo para que pueda darse esta conducta y como prevenirla.

Posteriormente, se aborda el estudio de la personalidad con la finalidad de brindar un panorama de los intentos y formas que han existido a través de la historia de la psicología de conceptualizar, analizar,

describir y medir a la personalidad a fin de detectar anomalías que pudieran conducir al intento suicida.

Además, se describe la prueba utilizada en esta investigación, en este caso el Inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes Minnesota (MMPI-A). Es una prueba óptima en la evaluación psicológica de los adolescentes, ya que está validada en escenarios propios de adolescentes mexicanos. Evalúa áreas de interés específicos para el adolescente como: problemas escolares, problemas familiares, fármaco dependencia y alta incidencia en suicidio.

Por último, se describe la metodología utilizada en el presente trabajo de investigación, se presentan los resultados obtenidos a través de gráficas y tablas, analizando dichos resultados obtenidos a través del MMPI-A. Se establece un perfil de personalidad en ambos grupos considerando las diferencias significativas entre cada uno de ellos.

En este estudio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la muestra psiquiátrica en comparación a la muestra no psiquiátrica; en las escalas de Desviación psicopática (Dp), Masculinidad-Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es) e Hipomanía (Ma). No habiendo ninguna escala estadísticamente significativa en la muestra no psiquiátrica en lo que respecta a escalas básicas.

INTRODUCCIÓN

Históricamente, todas las sociedades y religiones se han pronunciado explícitamente por la vida como el valor fundamental del ser humano y han restringido legalmente (eutanasia), castigado (aborto) y condenado el suicidio a quienes atenta contra ella, aún cuando en ocasiones se argumentan razonablemente, apelando a la libertad y el derecho de decidir, por parte de los protagonistas y los directamente afectados por estos actos.

En el caso de los adolescentes, muchos de los factores causales y precipitantes de la conducta, intentos y consumación del suicidio, han estado presentes en todas las épocas y sociedades. Sin embargo, algo grave, digno de preocupación y de atención debe estar pasando en nuestro mundo contemporáneo que paradójicamente una sociedad que ha avanzado, se ha tecnificado y ha incrementado los estándares de salud, longevidad y calidad de vida en general, tiene una mayor proporción de jóvenes que deciden abandonarla por propia mano.¹

Por todas las formas de medir el suicidio, por años, por meses, por días, por horas, por edad, por sexos, por países, desarrollados o no, de oriente o de occidente las tasas (números de casos por 100 000) de suicidio en el mundo aumenta de forma importante, particularmente en adolescentes, en los últimos 30 años. En México, la tasa se incremento para esta etapa en un 70% en 20 años.

¹ Madrigal Eduardo. "Suicidio. Adolescencia" Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. Ed. Revista Medica. México: Enero-Junio 2004.

Algunos datos acerca de la Republica Mexicana refieren que durante 2003 se registraron el total de 3327 suicidios consumados y 222 intentos de suicidio, siendo el Distrito Federal el de mayor porcentaje. De estos suicidios consumados se reporta como causa principal disgustos familiares, 60% fueron hombres y 40% mujeres. Lo cual se debe a que el grado de letalidad de los métodos utilizados en hombres es mayor en comparación al de las mujeres.²

Las causas conocidas o posibles del suicidio o intento suicida son: disgustos familiares, amorosos, depresión, ansiedad, enfermedades graves, psicosis, personalidad limite, personalidad antisocial, consumo de alcohol y drogas ilegales, falta de habilidades o incapacidad para enfrentarse y resolver problemas personales. La pobre tolerancia a la frustración, la desesperanza, la soledad, un mal concepto de sí mismos, la negativa a buscar ayuda, las experiencias humillantes, el sufrimiento infantil, el fracaso escolar o laboral, el rechazo, el maltrato físico y el abuso sexual, son causas principales de la conducta suicida en la adolescencia. Además, de encontrar como factor importante para cometer un intento suicida dentro de esta etapa de desarrollo a la impulsividad propia de la edad que muchas veces lleva a intentar el suicidio sin fines de morir, sino de llamar la atención y consumarlo por accidente o por el grado de letalidad del método usado. Entre más factores de riesgo ocurren en un adolescente las posibilidades aumentan de manera exponencial.

² INEGI, Estadísticas de intentos de suicidio y suicidio. Cuaderno 10. México: 2004.

La presente investigación está destinada a investigar los rasgos de personalidad que pueden influir en esta conducta, además de factores psicosociales que predisponen un intento de suicidio, a través de instrumentos de los que el psicólogo puede echar mano para detectar estos factores. En este caso, del Inventario Multifásico de la personalidad para Adolescentes Minnesota (MMPI-A).

De acuerdo a García Estrada, ante la conducta suicida debe efectuarse una correcta exploración, tanto psicológica, clínica y psiquiátrica. El antecedente de un intento previo de ser considerado como uno de los factores de mayor riesgo. Por su parte, el tratamiento debe ser realizado por un equipo multidisciplinario, enfocándose al adolescente, a la familia, al entorno y a la modificación de los factores, desencadenantes, de forma integral.³

³ García E. “Estudio descriptivo de pacientes hospitalizados en la Unidad de Adolescentes Varones del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr., Juan N, Navarro” a través del Servicio de Psicología. Trabajo presentado en las Jornadas Académicas y de Investigación XXXVIII. México: 2004.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA

1.1 DEFINICIÓN.

Uno de los principales objetivos de la psicología ha sido ocuparse del estudio del hombre desde su origen hasta el final de vida. Para ello se identifican cada una de sus características y comportamientos de un modo particular, como es el caso de la adolescencia.

Sociológicamente, la adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. Psicológicamente, es una situación en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones, aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto.⁴

La palabra *adolescencia* se deriva de la voz latina “adolecere” que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. También agrega que la palabra “adolescente” se refiere al periodo de crecimiento que se extiende aproximadamente de los 12 a los 13 años hasta llegar a los 23 años.⁵

La adolescencia se considera un estado trascendente en la vida de todo ser humano, ya que, es una etapa en donde se define la identidad afectiva, psicológica y social. Puede considerarse dentro del periodo de

⁴Lucio G. Emilia. “Adolescencia y Estrategia del MMPI-A”.Adolescencia Normal Curso-Taller. UNAM. Facultad de Psicología. México: 2006 p.1

⁵ Ibidem p.1

evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento hasta la madurez y en el cual se presenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que se manifiestan en diferente intensidad en cada persona.⁶

Peter Bloss (1971) refirió que la adolescencia es la suma total de todos los intentos para adaptarse a la etapa de la pubertad, a condiciones nuevas internas y externas que confronta el individuo. El enfrentarse a la pubertad origina que se pongan en movimientos patrones reactivos anteriores como la tensión, defensa, excitación y gratificación. Por lo que, el adolescente puede mostrarse regresivo, ya que primero se tienen que resolver los conflictos de la niñez temprana. En la adolescencia se recapitulan antes de encontrar nuevas metas instintivas y que cualitativamente son diferentes, por tal motivo, es que a la adolescencia se le llama segunda edición de la infancia, porque en ambos periodos sucede lo mismo: Ello fuerte contra Yo débil. Bloss hace también una diferenciación entre pubertad y adolescencia, empleando el término *pubertad* para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual, refiriéndose así al periodo que antecede al desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios, y utilizando el término de adolescencia para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad.⁷ Este autor, considera que no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino de evolución, donde cada una de ellas constituye un prerrequisito de madurez para la siguiente, las cuales clasificó como:

⁶ Ballesteros, U.A. "Concepto actual de la adolescencia". Ed. Porrúa. México: 1984. p. 261.

⁷ Bloss, Peter. "Psicoanálisis de la adolescencia". Ed. Joaquín Mortiz. México:1971.

- Latencia.
- Preadolescencia.
- Adolescencia temprana.
- Adolescencia propiamente.
- Adolescencia tardía.
- Postadolescencia.

Así mismo, indicó que los brotes de crecimiento, en relación con el peso, la musculatura y el desarrollo de las características sexuales, pueden ser acompañados por importantes cambios en los estados emocionales. También menciona que la mayoría de los adolescentes están interesados en un momento o en otro por la normalidad de sus estados físicos. Por lo que, la ausencia de normas de edad definidas respecto a la fisiología de los adolescentes, contribuye sólo a la incertidumbre.⁸

Es importante, reconocer dentro de este estudio las aportaciones de Peter Bloss al campo de la psicología del adolescente, sin embargo, es de considerar la antigüedad de dichas aportaciones como parámetro de tiempo en una sociedad cambiante y diversa como la actual, ya que dichas investigaciones realizadas por este autor datan del año 1967.

Para McClintic (1989), la adolescencia es un periodo de crecimiento que inicia en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta; la cual

⁸ Bloss, Peter. "The second individuation Process of Adolescence" Psychoanalytic Study of Child. pp. 162-186. 1967.

se caracteriza principalmente por el desarrollo de los órganos sexuales, y del crecimiento esquelético y muscular.⁹

Para Papalia (1995) la adolescencia se inicia con un periodo denominado pubescencia que es una etapa de crecimiento rápido y de maduración de las funciones reproductivas.¹⁰

En esta etapa del desarrollo existe una irregularidad en la aparición, duración y terminación de la pubertad, ya que la edad cronológica no es un criterio válido para la madurez física, esto se debe al ritmo variable en los cambios fisiológicos. Por ejemplo, hay casos en que las niñas que presentan su menarca a los 11 años y otras a los 16 años de edad. Es bien sabido también, que las niñas se desarrollan antes que los niños. El problema de este desarrollo individual disperejo entre jóvenes de la misma edad, es lo que los pone ante situaciones competitivas que requieren cooperación social y mental y no todos han llegado al desarrollo adecuado de sus capacidades, por lo que el adolescente tiende a agruparse con adolescentes de la misma edad cronológica, pero hay diferencias en el desarrollo físico, intelectual e intereses.¹¹

Con el desarrollo físico y los cambios hormonales en los adolescentes se inicia el desarrollo sexual, al hablar de éste es necesario involucrar la moral, las creencias religiosas y/o culturales, aspectos legales y la ideología del individuo.

⁹ McClintic, J. R. "Fisiología del Cuerpo Humano". Ed. Limusa. México: 1989.

¹⁰ Papalia, Diane. "Desarrollo Humano". Ed. McGraw-Hill Interamericana. México:1995.

¹¹ Mancilla G. "Análisis y/o comparación de la teoría de Peter Bloss en una población Mexicana" Tesis de maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM. México: 2001

Knobel considera que los adolescentes pueden pasar por periodos de ansiedad, debido a los cambios corporales, los cuales, pueden producir sentimientos de extrañeza e insatisfacción, ambos producen despersonalización, porque se presenta una incoordinación muscular, su aspecto es desmarañado, se percibe diferente a los familiares que lo rodean.¹²

Hurlock (Cit. Lucio, 2006) considera que el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta se ha convertido en una pequeña subcultura cuyos intereses y actitudes están muy alejados de la responsabilidad del adulto, advierte a los padres que se preocupan por los esfuerzos académicos a que se ven sometidos sus hijos, que la carga emotiva producida por la competencia social por estar “in” y no “out” puede ser mucho más seria de los que ellos creen.¹³

En la actualidad, el periodo de la adolescencia en nuestra sociedad aparece como una serie de dificultades para el individuo. Algunos de estos problemas o dificultades a los que se enfrentan los adolescentes en nuestra sociedad, se deben a la índole misma de la situación de cambio de la niñez a la edad adulta.

1.2 EFECTOS PSICOLOGICOS EN LA ADOLESCENCIA.

Psicológicamente, la adolescencia es la edad en la que el individuo se integra dentro de la sociedad de los adultos, la edad en la que ya no se

¹² Mancilla, G. Op cit.

¹³ Lucio, Emilia. Op cit. p.3

siente por debajo del nivel de sus mayores, sino al igual que el adulto, por lo menos en cuanto a los derechos y, más frecuentemente por encima de él, de acuerdo al narcisismo propio de la etapa.¹⁴

La crisis de identidad es una compleja situación interpsíquica, la mayor parte inconsciente y por lo tanto debe ser visualizada de manera teórica y psicológica. La identidad es la vivencia o sensación que tenemos los seres humanos de ser nosotros mismos, así como de todo lo que nos permite ser distintos ante los ojos de otros. La dependencia comienza a romperse y se genera un complejo proceso en la identidad que consiste en la aparición de un doble modelo de referencia; infantil y el nuevo y necesario “anti adulto” ya que lo infantil y lo adulto se confunden en un solo bloque para ser rechazados. En la primera etapa de la crisis de identidad predomina la lucha del rompimiento con las figuras parentales y el intento por lo menos consciente, de separarse de ellas dentro de su psique.¹⁵

Una serie de tareas emocionales y psicológicas, incluyendo los procesos de individualización, la formación de la identidad del yo y la maduración del yo, son finalizados durante la adolescencia. Bloss (1967) discutía que la individualización es un proceso que involucra el desarrollo de la relativa independencia de las relaciones familiares, el debilitamiento de los lazos infantiles y un incremento para asumir un rol funcional como miembro adulto. Este autor describió esta tarea como similar al esfuerzo primordial para la individualización y mantenimiento

¹⁴ Piaget. “Psicología de las edades”. Ed. Morata. Madrid: 1980.

¹⁵ Carvajal, C. “Adolecer: La aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica de la Adolescencia”. Ed. Tiresias. Colombia: 1993.

de la constancia del objeto que ocurre cerca del final del tercer año de vida. Entonces, la adolescencia temprana tiene una ambivalencia marcada como resultado de la independencia en contra de la dependencia, particularmente en términos de la propia relación con los padres. Es posible que esta ambivalencia se de en cambios rápidos tanto conductuales como actitudinales. Por su parte, el concepto del desarrollo del yo es una dimensión de diferencias individuales, así como una consecuencia de desarrollo secuencial de funcionamientos cada vez más complejos en términos del control de impulsos, desarrollo de carácter, relaciones interpersonales y complejidad cognitiva.¹⁶

Por su parte, Sullivan (cit. en Mc Kinney, 1992) relata que la preadolescencia se caracteriza por una necesidad de intimidad, que se considera un intento inicial por definir su identidad propia, así el adolescente ofrece su identidad propia, la ve reflejada en la persona amada y es más capaz de conocerse así mismo.¹⁷

Con el conjunto de elementos psicológicos que se transforman y adquieren peculiaridades individuales a lo largo de esta etapa, los jóvenes: conformar su propio estilo de vida, definen sus roles, adquieren aptitudes sociales, percepción de si mismo, todo lo cual queda integrado en la identidad, que de acuerdo a Erikson, ese es el mayor logro del desarrollo psicosocial del adolescente, además éste autor utiliza el término *identidad* para referirse a la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han

¹⁶ Lucio, Emilia, op cit. p. 6-7

¹⁷ Mc Kinney, J. "Psicología del desarrollo: edad adolescente". Ed. Manual Moderno. México: 1982.

preparado en el pasado, correspondan a la realidad y continuidad de significado que uno tiene de los demás.¹⁸

En la adolescencia, las relaciones sociales tienen un lugar muy importante en la formación de la identidad del adolescente, la búsqueda de patrones que logren integrar al adolescente en uno sólo, como son las decisiones sobre la forma de vestir, resolver situaciones escolares o algunos otros problemas y están más influenciados por la opinión de los compañeros. La conformidad aumenta en los adolescentes ya que existe una necesidad de sentirse queridos y no ser rechazados en el núcleo de amigos.¹⁹

1.3 NORMALIDAD Y PATOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA.

Para fines de esta investigación es importante señalar la línea divisoria entre lo “normal” y “anormal o patológico” dentro de la adolescencia. Sin embargo, esto resulta paradójico en una etapa considerada, por la aparición de cambios bruscos y fluctuantes en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

Esta línea, entre lo normal y lo patológico, se relaciona con la intensidad y frecuencia con la que aparecen ciertas conductas, sentimientos,

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Ídem.

pensamientos o eventos, que puedan ser parte del proceso normal del desarrollo.²⁰

El concepto de normalidad varia en relación con el medio sociopolítico y cultural. Ahora bien, la normalidad se establece sobre las pautas de adaptación al medio y no significa sometimiento al mismo sino a la capacidad de utilizar los dispositivos existentes para el logro de las satisfacciones básicas del individuo en una interacción permanente que busca modificar lo displacentero o inútil a través del logro de sustituciones para el individuo y la comunidad.²¹

Desde una perspectiva psicoanalítica, Anna Freud señala que es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia y considera que, toda la conmoción de este periodo de vida debe ser estimada como normal, señalado que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente. Las luchas y rebeldías externas del adolescentes no son más que reflejos de los conflictos de dependencia infantil que íntimamente aún persisten. Los procesos de duelo obligan a actuaciones que tienen características defensivas, de tipo psicopático, fóbico, maníaco, esquizoparanoide, según el individuo y sus circunstancias. Por lo que, Knobel señala la existencia de una “patología normal” del adolescente, en el sentido de que éste exterioriza sus conflictos de acuerdo con su estructura y sus experiencias.

²⁰ Del Bosque, Suárez C, Arrollo E. Higareda F, Rodríguez H. "Psiquiatria-4" Adolescencia: límites entre la normalidad y la anormalidad. Asociación Psiquiátrica Mexicana Ed. Intersistemas. México: 2004.

²¹ Ibidem.

En la medida en que el adolescente elabore sus duelos, que son los que lo llevan a la identificación, tendrá una estructura interna mayor fortificada y entonces, esta “normal anormalidad” será menos conflictiva y menos perturbadora.²²

La adolescencia normal se caracteriza por múltiples cambios de la personalidad, que en algunas ocasiones constituyen evidencia de alteración emocional. La mayor parte de los adolescentes superan esta etapa difícil del desarrollo como parte de una reestructuración de todos estos cambios drásticos en un periodo relativamente corto.

En el Síndrome de Adolescencia Normal postulado por Aberastury A. y Mauricio Knobel, refieren que el proceso de duelo (por la pérdida de la niñez, la reestructuración cognitiva y los constantes cambios en su estructura corporal) es básico y fundamental, por lo cual, la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por cierto grado de conducta patológica, el cual de acuerdo a Knobel debemos considerar inherente a la evolución normal de esta etapa de la vida.

Estos mismos autores señalan que las características del síndrome de la adolescencia normal son las siguientes:

- Búsqueda de si mismo y de la identidad.
- Constantes fluctuaciones del humor y el estado de ánimo.
- Tendencia grupal.

²² Aberastury A., Knobel M. “La Adolescencia Normal” Un enfoque Psicoanalítico. Ed. Paidós Ecuador. México: 1999.

- Crisis religiosas que van desde el ateísmo hasta el misticismo más fervoroso.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Desubicación temporal.
- Evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
- Actitud social reivindicadora con tendencias antisociales.
- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta.
- Una separación progresiva de los padres.

Los adolescentes tienen que enfrentar cambios esenciales en todos los aspectos de su vida: su habilidad para enfrentar estos problemas depende no sólo de su fuerza intrínseca ni sólo del apoyo externo, sino también del momento en que se den los estresores.²³

Dentro de la adolescencia, mencionar la posibilidad de presentar alteraciones se hace mayor debido a que una de las características del adolescente es que le gusta correr riesgos y tiende a minimizar las consecuencias de ellos.

Ortiz (1987) considera que la naturaleza de la adolescencia es como una efervescencia, en la que se encuentran diversas patologías. Sin embargo, afirma que es en la adolescencia donde se pueden identificar rasgos precursores de psicopatía: por ejemplo, recurrentes quiebres o

²³ Lucio, Emilia. Op cit, p. 9

periodos de ansiedad, o episodios recurrentes de estados que pueden ser llamados esquizoafectivos, a veces hay reacciones depresivas, si el sujeto es vulnerable a la tensión proveniente del interior y exterior. Toda esta serie de características hace que el individuo tienda en la adolescencia a buscar una nueva integración, pero también está propenso a periodos o etapas de desintegración, ya que oscila entre periodos en los que busca organizarse y periodos en los que es abrumado por los impulsos y se desorganiza.²⁴

De acuerdo a Lucio (2006), entre las alteraciones más importantes que se pueden presentar en esta etapa del desarrollo y que se basan en la incidencia de problemas emocionales o psicopatología del adolescente son:²⁵

- Depresión.
- Problemas de conducta.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Intentos de suicidio.
- Embarazo.
- Conducta antisocial. (robo, pandillerismo)
- Psicosis. (Esquizofrenia)
- Trastornos de la alimentación.(Anorexia y Bulimia).

La psicopatología clínica de la adolescencia debe proceder reconociendo los aspectos biológicos, cognitivos, psicosociales y

²⁴ Ortiz A. "Psicología de lo masculino. Aspectos psicológicos de la masculinidad." Instituto de Investigación Psicología Clínica y Social. A. C, México: 1987. p.p 146-160

²⁵ Lucio, Emilia op cit. p. 10

contextuales como únicos y que definen a la adolescencia como una etapa del desarrollo.²⁶

²⁶ Del Bosque, et al. Op cit.

CAPÍTULO 2

SUICIDIO: INTENTO E IDEACIÓN.

2.1 Definición.

El concepto *suicidio* lo utilizó por primera vez el clérigo Desfontaines en 1937, (Cit. Sánchez, 1994). Anteriormente a los suicidas se les llamaba “desesperados”. La palabra suicidio procede del latín y se compone de dos términos: ***sui*** si mismos y ***caedere*** matar, es decir, matarse a sí mismo o atentar contra la propia vida.²⁷

Para entender la conducta suicida, hay dos índices importantes: los intentos de suicidio (tentativas desafortunadas por quitarse la vida) y la ideación suicida (consideraciones serias de segarse la vida).²⁸

De acuerdo al INEGI, el suicido puede definirse como: “el acto o conducta de las personas que destruye su propia existencia.”²⁹

Ahora bien, la conducta suicida puede manifestarse en formas como: ideación, planeación e intento, lo que puede concluir en el suicidio consumado.

En el suicidio hay un deseo de muerte real, autodestrucción y autoaniquilamiento efectivo, por lo que se eligen métodos “más

²⁷ Sánchez B. Suicidio un marco de referencia general en Jalisco. Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio y Primer Simposio Internacional. México: 1994.

²⁸ Barlow, David. Durand, V Mark. Psicología anormal. Un enfoque integral., 2da ed, Ed. Thomson. México: 2001, p.p. 253- 260.

²⁹ INEGI op cit. pág 1.

peligrosos”, es decir, que son efectivos, rápidos y activos para conseguir dicho propósito.

De acuerdo a Sengel, cit en Loza, 1998, el intento de suicidio es un acto de autoperjuicio con intención destructiva, aunque esta intención sea ambigua, es decir, existe el deseo de muerte pero no se consigue, ya que es algo que no se pretende. Sánchez, cit en Loza, 1998, hace referencia del intento de suicidio como el hecho de vivir con una conducta autodestructiva y no morir. Coleman, cit en Loza, 1998, por su parte, aseguró que el 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático de su malestar; aunque en base a lo anterior esto pueda considerarse como una llamada de atención o un grito de auxilio, es necesario prestar atención a cualquier gesto suicida.³⁰

La ideación suicida es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el grado de conflicto interno: se asocia con la desesperanza y la pobre autoestima, con el intento de suicidio, la represión y el abuso de sustancias.³¹

La valoración de la ideación o tentativa de suicidio debe tener en cuenta el hecho de que estos síntomas suelen ser fingidos con el objetivo de lograr un ingreso en el hospital o para solucionar problemas vitales. Los pacientes aprenden rápidamente el poder de la frase “quiero

³⁰ Loza C, Susana “Factores de la personalidad y sucesos de vida estresantes en adolescentes con intento suicida”. Facultad de Psicología, UNAM, México: 1998 Biblioteca Central. p. 21-23

³¹ López, L. E y Cols. “La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias toxicas” Resultados de una encuesta en la población femenina. Salud Mental. Vol.18 Núm. 4. México: 1995. pp. 25-32

suicidarme” como una manera de influir en los médicos, familiares y otros individuos importantes en sus vidas.³²

El riesgo suicida aumenta enormemente cuando el individuo presenta más de un trastorno, pues cada uno de éstos contribuye por separado al incremento de riesgo (p.ej., una de las combinaciones particularmente frecuentes y peligrosas es la de trastorno depresivo mayor, dependencia del alcohol y trastorno límite de la personalidad). Además, algunos pacientes pueden considerar el suicidio como una solución a lo que para ellos es un síntoma intratable (p.ej., dolor y angustia) o un problema vital (p.ej., desempleo y divorcio en caso de adulto, y problemas escolares y familiares en el caso de los adolescentes).³³

Cuando se evalúa el comportamiento suicida, es importante determinar la urgencia de los pensamientos de suicidio actuales, el grado en el que el paciente formula y lleva acabo planes definidos, la disponibilidad de medios para lograr el suicidio, la letalidad del método, la urgencia de impulso, la presencia de síntomas psicóticos, los antecedentes de ideación y tentativas de suicidio, la historia familiar de conducta suicida y el consumo actual o pasado de sustancias. El riesgo de suicidio puede valorarse desde deseos recurrentes de estar muerto pasando por sentimientos de que los demás estarían mejor si uno muriera

³² Lucio G, Emilia. “Un modelo integral en la evaluación y tratamiento del Adolescente”. Facultad de Psicología. UNAM., Ed. División de Educación Continua.,Curso-Taller. México: 2000, p. 14

³³ Ibid.

(pensamientos pasivos de suicidio) hasta la formulación de planes de suicidio y conductas manifiestas.³⁴

De acuerdo a González- Forteza (2000), se pueden identificar varias etapas en el proceso suicida:

- Ideación suicida pasiva.
- Contemplación activa del propio suicidio.
- Planeación.
- Preparación.
- Ejecución del intento suicida.
- Suicidio consumado.

Sin embargo, ésta autora enfatiza dos aspectos: el primero, es que estas etapas pueden o no ser secuenciales; y el segundo, es que pasar por una o varias etapas no significa que tenga que pasar por las demás, ni que forzosamente se vaya a cometer el acto suicida.³⁵

De acuerdo a Uriarte (1997), para reconocer la graduación y profundidad del riesgo de suicidio, éste puede dividirse en las siguientes fases:

Fase I: Solo se piensa que la muerte podría ser una solución a su penosa vida.

Fase II: Aparecen pensamientos recurrentes de quitarse la vida y puede idear la forma de hacerlo.

³⁴ First, Michael. Frances, Allen. Pincus H. Alan. Manual de diagnóstico diferencial. DSM-IV-TR. Ed. Masson., Barcelona: 2002

³⁵ González-Forteza. "Violencia Familiar e Intento de Suicidio" seminario Niñez, Adolescencia y Género. Una propuesta desde la educación y la Salud por la no violencia. Memorias pp.186- 190.

Fase III: Es la más profunda, el paciente decide quitarse la vida independientemente de las circunstancias externas y de las opiniones de los demás: en esta fase el sujeto se considera desahuciado, con un sufrimiento inaguantable y cree que nadie lo puede ayudar.³⁶

Estas fases se consideran de suma importancia para detectar el riesgo y evolución de la patología para intentar o consumar un suicidio.

2.2 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS EN CONDUCTA SUICIDA.

En México, no abundan los estudios acerca del suicidio en los adolescentes, sin embargo es evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema , pues por otra parte, se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener mayor tendencia a intentar suicidarse, y quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales.³⁷

La mayoría de los estudios acerca de la conducta suicida se han hecho en otros países, como p. Ej., Estados Unidos, España, Hungría e Irlanda.³⁸ Algunos datos acerca de la República Mexicana refieren que durante 2003 se registraron el total de 3327 suicidios consumados y 222 intentos de suicidio, siendo el Distrito Federal el de mayor porcentaje. De estos suicidios consumados se reporta como causa

³⁶ Uriarte, Víctor. *Psicopatología*, 2da ed, Ed. Independiente. México: 1997, p. 127.

³⁷ González –Forteza y cols. “Indicadores Psicosociales Predictores de Ideación Suicida en dos Generaciones de Estudiantes Universitarios”. Salud mental. Vol. 21 Núm. 3. México: 1998

³⁸ Campillo Carlos. Álvarez, Juan. Castillo, Alfredo y De la Fuente. Psicología. Revista. México: Marzo-Abril

principal disgustos familiares, 60% fueron hombres y 40% mujeres, la mayor parte casados sin hijos y muchos utilizaron como método el envenenamiento.³⁹

Otra parte importante de la población que ha presentado un alarmante crecimiento en las tasas de suicidios es la población adolescente de nuestro país, ya que, la adolescencia es una época de riesgo para cometer un intento suicida, debido a los cambios que experimenta el muchacho, pues representa un tiempo difícil lleno de desafíos, así como el momento para adquirir habilidades que le permitan enfrentar la vida.⁴⁰ Sin embargo, este incremento en la población adolescente resulta paradójico en una época de tecnología, debido a que los “medios de comunicación” ya sean televisión, radio, Internet y telefonía celular están a la vanguardia, no obstante queda al descubierto la carencia de comunicación entre los adolescentes y sus pares, así como con los miembros de sus familias, en especial con los padres. Esto puede deberse a que nos encontramos inmersos en una sociedad económicamente más demandante en donde en la actualidad ambos padres necesitan salir de casa para proveer sustentos a sus familias quedando los hijos por horas a merced de los medios masivos de comunicación o con sus pares quienes presentan las mismas necesidades e inquietudes.

Por su parte, González-Forteza, cit. en Lucio, 2000, afirma que es notorio que en los grupos de adolescentes, los suicidios consumados

³⁹ INEGI, op cit p. 19

⁴⁰ Lucio G, Emilia. op. cit , p. 14.

son más frecuentes en los hombres mientras que en las mujeres presentan más intentos de suicidio (al igual que los datos presentados en la población adulta), ya que el grado de letalidad en los métodos utilizados por los varones es mucho más alta que en el caso de las mujeres. Así mismo, reporta que los métodos más frecuentes utilizados por las mujeres en los intentos de suicidio son: 1) envenenamiento, 2) consumo de sustancias tóxicas.⁴¹

Marttunen (1994) y Adams y Adams (1996), señalan que la interacción de los sucesos negativos con la psicopatología se relacionan con el intento de suicidio. Con respecto a México, en otro estudio realizado por González-Forteza y cols. (1996) señalaron que algunos indicadores de riesgo más frecuentes en los intentos de suicidio de los adolescentes, son los trastornos psiquiátricos, intentos previos, la desesperanza, falta de habilidades de enfrentamiento y el consumo de sustancias. Así mismo, afirman que algunos de los factores precipitantes en los hombres son las experiencias humillantes, los arrestos policíacos, el fracaso escolar, problemas con la pareja o con los padres, y la frustración por los conflictos en las preferencias sexuales, mientras que las más importantes en el caso de las mujeres son las discusiones con el novio, con los padres, las dificultades escolares y el abuso físico y sexual, por lo que es importante considerar la perspectiva del género en los estudios con los adolescentes. Es decir, las adolescentes con pensamientos suicidas se caracterizan por manifestar tendencia a sentirse en desventaja con sus amigas, a preferir no buscar ayuda cuando tenían algún problema, les agradaba hacer cosas

⁴¹ Lucio, Emilia. Op., cit. p. 15

impulsivamente, consideran que la madre no establecía lazos facilitadores para comunicarles sus experiencias e inquietudes, y se perciben con características de autoestima negativa. Además de encontrarse que los adolescentes con pensamientos suicidas fueron quienes se sentían más estresados por la violencia de sus padres.⁴²

De acuerdo a estas investigaciones se encuentra de suma importancia la evaluación de la personalidad a este sector de la población, como aportación al campo clínico de la psicología, en la prevención de conductas suicidas en la población mexicana.

2.3 SUICIDIO EN ADOLESCENTES

La adolescencia además de considerarse una etapa de cambios físicos, emocionales y sociales, es la fase del desarrollo en donde el individuo reacomoda el mundo interno, es decir, “reedita” la parte psíquica y lo que no logró repararse se dispara en ese momento, por lo tanto, es la etapa en donde los conflictos se detonan.

La adolescencia es una época de riesgo para cometer un intento suicida, debido a los cambios del joven, pues representa un tiempo lleno de desafíos, así como el momento para adquirir habilidades que le permitan enfrentar la vida.⁴³

Resulta difícil interpretar en el adolescente y sobretodo en el niño la intencionalidad respecto a la muerte, ya que frecuentemente no

⁴² Lucio, Emilia. Op., cit. P. 16

⁴³ Ibidem. p. 14

consideran la muerte como punto final de la conducta suicida. El concepto de muerte es un proceso lento y progresivo que generalmente no se ha desarrollado en forma completa en la adolescencia.⁴⁴

Capuzzi y Golden (1988) aseguran que para los adolescentes entregarse a las fantasías suicidas es normal, además de ser altamente influenciados cuando una persona de su comunidad se suicida es posible que surjan conductas imitativas.⁴⁵

Pinzón y Bonilla (1971) consideran que “los adolescentes algunas veces tienen que sufrir rápidos cambios durante el curso de su desarrollo y el disturbio resultante en la homeostasis puede combinarse con otros factores para inducir a la conducta suicida”.⁴⁶

De acuerdo a González-Forteza (2002), la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México es la siguiente:

- La prevalencia del intento en 1997 fue de 8.3% (N = 849) y en el 2000 se incrementó 9.5% (N = 1009).
- En el nivel bachillerato, las prevalencias del intento fueron mayores; sin embargo, las edades del único y/o último reportado señalan que en su mayoría ocurrieron en los años finales de la escuela primaria y/o secundaria.

⁴⁴ Villar A. “Suicidio en niños y adolescentes” Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente. México: 2002.

⁴⁵ Ibidem p. 24

⁴⁶ Ibidem p. 24

- Hubo mayor predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas, en especial a nivel bachillerato.

De todos los autores mencionados se puede concluir que:⁴⁷

- El suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, su problemática es compleja y en México va en aumento.
- Aunque las tasas de suicidio e intento suicida de adolescentes en el país (5.7) no sean de las más altas en comparación con las de otros países, no deja de ser el comportamiento suicida un problema importante de salud pública.
- A pesar de las discrepancias y deficiencias de las diferentes fuentes de información al igual que del sub-registro de las estadísticas oficiales, se ha identificado al grupo poblacional de 15 a 24 años residente en zonas urbanas de México como el de mayor riesgo suicida.

Existen diversas causas sobre la alta incidencia de comportamientos suicidas en los adolescentes, sin embargo, estas cifras son alarmantes dentro de la población, debido a que, ya sea por imitación, por instintividad, por diversas patologías biopsicológicas, la mortandad y riesgo por suicidio en los jóvenes puede considerarse un factor de salud pública dentro de nuestro país.

⁴⁷ Lucio, op cit. pp. 15-16

2.4 LA DEPRESIÓN COMO ASPECTO DE VULNERABILIDAD AL SUICIDIO.

Una descripción de las características de los niños y adolescentes que amenazan, intentan o cometen suicidio indica que los síntomas afectivos o depresivos y las circunstancias familiares adversas son los dos aspectos que mejor describen a este grupo de población suicida.⁴⁸

En la actualidad, puede considerarse que la depresión tiene una relación privilegiada con el suicidio, ya que, debido a la sintomatología de ésta la conducta suicida aparece como una probable solución. Por lo que, la importancia del tema estriba en que este tipo conductas se está volviendo “el modo preferencial de morir”, por lo que día a día, crecen las tasas estadísticas de mortalidad que por suicidio hay en el mundo.

Beck (1973,1983) conceptualiza los deseos suicidas como manifestaciones motivacionales de la depresión que se correlacionan con la intensidad y severidad de ésta.⁴⁹

Linehan *et al.* (1986) confirman que en una muestra de pacientes psiquiátricos, que los sujetos parasuicidas, es decir, que han presentado algún intento suicida, experimentan más problemas interpersonales que los sujetos con pensamientos de suicidio y los sujetos no suicidas.⁵⁰

⁴⁸ Villagordon G, Lourdes. El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Ed. Universidad de Deusto. España: 1993.p 160

⁴⁹ *Ibid.* p.154

⁵⁰ *ídem* p. 159

Además de la importancia de la depresión en la explicación de la conducta suicida, se pueden añadir otros aspectos explicativos de esta conducta tales como la desesperanza y las actitudes disfuncionales, las cogniciones y las características adaptativas, la conducta suicida anterior, y la percepción de la familia.⁵¹

Brent *et al.* (1990) comprueban que la intención suicida en pacientes adolescentes diagnosticados con desórdenes afectivos se relaciona con falta de asertividad, conflictos familiares e historia familiar de conducta suicida.⁵²

Bonner y Rich (1989) en un estudio realizado en jóvenes universitarios, encuentran que la depresión, la autovaloración de sí mismos como ineficaz en la resolución de problemas interpersonales, la soledad y la desesperanza se combinan para formar un componente de alienación socio-emocional del individuo suicida. En otra investigación realizada por estos autores se descubre que la alienación socio-emocional, las deficientes razones para vivir y el estrés pueden, por si mismos predecir la inclinación suicida.

Por lo que, con esta afirmación se entienden estos factores más como factores de riesgo que como factores de vulnerabilidad. Sin embargo, la presencia de un número mayor de factores de riesgo, aumentan la probabilidad de aparición de la conducta suicida. La combinación lineal

⁵¹ *Ibid.* p 160

⁵² *Ibidem* p. 160

del estrés, la depresión, la soledad y las pocas razones para vivir explica el 30% de la varianza de la puntuación en ideas de suicidio en una población joven universitaria. Entre adolescentes, la combinación lineal de depresión, desesperanza, pocas razones para vivir, la presencia de problemas de abuso de sustancias explica un 52% de la varianza en las puntuaciones de pensamientos de suicidio.

Los resultados de éstas investigaciones llegan a la conclusión de que la depresión es un aspecto reincidente en la aparición de conductas suicidas tanto en adolescentes como en adultos. No obstante, se debe afirmar la existencia de otras variables que pueden influir en la relación de la depresión con el suicidio. En población adolescente, el abuso de drogas y sobre todo, las relaciones familiares, son aspectos que pueden aminorar o acrecentar la relación entre la depresión y el suicidio. Por otra parte, la situación ambiental puede actuar como factor precipitante que desencadene distintos tipos de comportamientos autodestructivos en personas deprimidas.⁵³

2.5 LA FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES SUICIDAS.

Es importante, para la presente investigación, considerar a la familia como un sistema vivo cuyos miembros interactúan regularmente y en diversos grupos de dependencia uno del otro. Por lo que, cualquier

⁵³ Ibidem. p. 162.

acontecimiento que afecta a un miembro extiende su efecto a los demás.⁵⁴

Es un grupo de crianza y desarrollo, con funciones nutrientes, normativas y socializantes. Una institución presente en todas las sociedades humanas que se manifiesta en cada una de ellas con diferentes características que dependen de factores históricos, sociales y culturales.⁵⁵

De acuerdo a Minuchin, una familia es una matriz psicosocial del individuo, que le aporta apoyo, educación y guía, donde aprende la cercanía y la distancia en el afecto y establece su individualización y pertinencia⁵⁶

La familia es el grupo natural del ser humano. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal y que es en ella donde se adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional.⁵⁷

Además, la familia puede ser definida desde una gran variedad de marcos conceptuales:

- El biológico: como sede de la transmisión genética.

⁵⁴Cárdenas G. "Diferencias en adolescentes con y sin intento de suicidio en la relación emocional con sus padres". Ed. Asociación Mexicana de Psicología Social. La Psicología Social en México. Vol.9 pp. 541-545

⁵⁵ Fuentes M. Et al. "Ámbitos de la Familia. Nuevas estructuras. Jefatura femenina. Intolerancia y Violencia. Políticas Públicas .Día Internacional de la Familia". DIF. Colegio de México. UNICEF. México:1997.

⁵⁶ Minuchin S. "Familias y Terapia Familiar". Ed. Gedisa. México:1994.

⁵⁷ Delgado C. "Análisis de la estructura, el ciclo vital y la crisis de la familias de una comunidad". Revista Cubana Medicina Integral 4. Cuba:2002.

- El sociológico: como grupo social estable con tareas comunes.
- El psicológico: como grupo facilitador de la construcción de un self estable y con características y límites definidos.

Siguiendo con el eje de clasificación y conceptualización de la familia podría clasificarse de acuerdo a la consanguinidad, refiriéndose a:

- La familia nuclear: constituida por padres e hijos.
- La familia extendida o ampliada: donde se incluyen más de 2 generaciones y otros miembros.

El tamaño es otro factor en el estudio de la familia, ya que existen familias clasificadas como:

- Grandes: 7 o más miembros.
- Medianas: 4 a 6 miembros.
- Pequeñas: 2 y 3 miembros.

A su vez, cada una de estas familias pueden ser clasificadas a su vez en:

- Completas: presencia de padres consanguíneos.
- Incompletas: ausencia de padres consanguíneos.

Es importante considerar que en el caso de ser incompleta, otro eje utilizado puede ser:

- Reconstruida: que es aquella que ésta formada por un matrimonio donde el o los hijos son solo de uno de los cónyuges y el otro cónyuge cumple el rol de madrastra o padrastro.

- Monoparental: formado por uno de los padres o tutor y el (los) hijo (s).

Es de significar que la composición y el tamaño familiar pueden ser indicadores de salud de importancia al momento de estudiar a la familia de riesgo o a sus miembros, y especialmente a aquellas que no cumplen el desempeño de sus funciones en tanto pueda generar disfunciones hacia su interior.⁵⁸

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en el que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos , sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.⁵⁹

Sin embargo, una familia disfuncional debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros. Siempre que aparece un síntoma puede ser tomado como indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente como el portador de las problemáticas familiares.⁶⁰

El mal funcionamiento familiar influye en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, en la aparición y descompensación de las enfermedades,

⁵⁸ Ortiz Gómez. "La Salud Familiar" Revista Cubana Medicina Integral 15. Cuba:1999.

⁵⁹ Villatorio V. " La relación padre- hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes" Salud Mental. Vol 20. Núm. 2. México:1997.

⁶⁰ Herrera Santi y cols. "La familia funcional y disfuncional. Un indicador de Salud". Revista Cubana Medicina Integral 13. Cuba:1997

en las conductas de riesgo de la salud, pudiéndose mencionar que de ellas depende la estabilidad y el equilibrio de la salud-enfermedad.⁶¹

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional , pues se ha encontrado como factores comunes⁶².

- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros (Incluyendo abuso físico y sexual).
- Pobre comunicación y apoyo entre los integrantes de la familia. Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, selección vocal y las necesidades de independencia.
- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Frecuentes riñas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con generaciones más jóvenes.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Hacinamientos.

⁶¹ Ortiz. Op cit.

⁶² Pérez , op cit.

- Dificultad para demostrar afecto (caricias, abrazos, besos).
- Autoritarismo o pérdida de autoridad por parte de los padres.

2.6 FACTORES DE RIESGO.

Los seres humanos somos vulnerables al medio ambiente que nos rodea. Sin embargo, los adolescentes son más vulnerables a éste ya que, la estructura de la psique en éstos esta en pleno desarrollo.

Los denominados factores de riesgo son un concepto estadístico que relaciona determinadas variables de la persona y del ambiente con la frecuencia de aparición de un trastorno. Si esta relación es significativa, entonces se valora como factor de riesgo.⁶³

Hodgman y MacAnarney sugieren que, además de la enfermedad depresiva como factor de riesgo relacionado con el suicidio, deben considerarse factores biológicos como la edad (ya que se consideraba que el anciano, se suicidaba más que el joven, sin embargo, en las últimas décadas se ha visto un incremento considerable de suicidio en los adolescentes), el sexo, esto se debe a que los varones intentan menos el suicidio, sin embargo, lo completan ya que utilizan métodos más letales. De igual forma, estos autores sugieren que, deben considerarse los factores sociofamiliares, como el estado civil (viudez, divorcio, separación o unión libre), la pérdida del trabajo (en adultos), los problemas escolares (en el caso de los niños y adolescentes), el

⁶³ Sarró B., De la Cruz. “Los Suicidios”. Ed. Martínez Roca .S.A. Barcelona: 1991

aislamiento social (especialmente en las grandes ciudades aunque esto parezca paradójico), y la religión (por considerarse que el ser creyente es un factor de protección) influyen en el potencial suicida del paciente deprimido.⁶⁴

De acuerdo a Loza, los factores de riesgo que debemos tomar en cuenta en los adolescentes suicidas son:⁶⁵

- Pobre autoestima y sentimientos de inadecuación: la baja autoestima implica el rechazo, no hay autosatisfacción y esto produce, por consecuencia, sentimientos de inadecuación.
- Hipersensibilidad: los adolescentes hipersensitivos tienen riesgo de cometer suicidio.
- Perfeccionismo: existe una conexión entre suicidio y “dotes” la cual es manifestada frecuentemente como el deseo abrumador de lograr la perfección, la cual, puede generar un gran estrés o frustración ante las expectativas no cumplidas.
- Deterioro académico: reprobado en la escuela conduce a la soledad y a sentirse fracasado.
- Desintegración familiar: un significativo número de casos tienen una historia de hogar roto.
- Factores estresantes: en las familias de los adolescentes suicidas se ha encontrado desempleo, enfermedades y alcoholismo, entre otros, por lo que el adolescente se enfrenta sólo con sus problemas, eso puede colocarlo en un precario estado emocional y constante estrés.

⁶⁴ Vallejo, Ruiloba J. Gastó, Ferrer C. “Trastornos afectivos: ansiedad y depresión” Ed, Masson, Barcelona: 1999, pp. 678-679.

⁶⁵ Loza C, Susana, op cit. pp. 27-29.

- Abuso sexual: existe un alto porcentaje de adolescentes suicidas que han sido dañados por abuso sexual.
- Ambivalencia entre dependencia e independencia: para la familia de los suicidas la idea de separación se convierte en una posibilidad muy amenazante, ya que la mayoría de éstas han experimentado incidentes de pérdidas o de separación.
- Historia familiar de comportamiento suicida: la probabilidad de suicidio se incrementa en adolescentes con familiares que lo han llevado a cabo. Algunos teóricos mencionan el “efecto de contagio” ya que se ha comprobado que al tener un modelo suicida se incrementa el número de los mismos, teniendo como resultado “epidemias”.
- Intento previo de suicidio: este puede ser uno de los signos más relevantes en el riesgo del mismo, debido a que la mayoría de los suicidios consumados han sido precedidos por varios intentos.
- Señales de desórdenes mentales: algunos investigadores reportan que una pequeña parte de los adolescentes sufren de enfermedades mentales (p. Ej., esquizofrenia).
- Inestabilidad emocional: se ha encontrado una relación significativa entre el enojo, las conductas destructivas y el riesgo suicida.

Como se puede observar, la lista de factores de riesgo que pueden ayudar a detectar a jóvenes con riesgos suicidas es diversa, es decir, existe una diversidad de factores que pueden afectar a este grupo tan vulnerable de la población. Sin embargo, existe la ventaja de que al detectar algunos de éstos podrían utilizarse medidas preventivas

evitando así graves consecuencias o un tratamiento post-intento suicida.

2.7 PREVENCIÓN, FACTORES PROTECTORES E INTERVENCIÓN.

En lo que respecta a la prevención del suicidio existe un modelo médico clásico, aplicado al campo de la Salud Pública, que propone una concepción tripartita de las actividades preventivas, denominadas prevenciones primarias, secundarias y terciarias.⁶⁶

La prevención primaria: incluye todos los esfuerzos que se concretan con el objetivo de reducir la incidencia de nuevos casos en sujetos que aún no presentan algún tipo de trastorno, a nivel poblacional o comunitario. Le compete brindar una definición epidemiológica de los factores o condiciones de riesgos.

La prevención secundaria: ubica a los sujetos en riesgo a través del estudio de la presencia de síntomas y signos específicos relacionados con determinada patología. Su objetivo central es reducir la intensidad, duración y severidad de la incidencia en una población general o subpoblación específica.

La prevención terciaria: incluye los distintos tipos de intervenciones con las personas que ya padecen una enfermedad o trastorno, por lo que no

⁶⁶ Casullo Ma. Marthina. Bonaldi Pablo D. Fernández L, Mercedes. Comportamientos suicidas en la adolescencia. Ed: Lugar. Argentina: 2000. p. 131.

corresponde referirse en este caso a la prevención sino más bien a tareas de rehabilitación; sólo es posible prevenir las secuelas derivadas de la presencia de esos malestares.

En un estudio realizado por psicólogos en Argentina, en el año 2000, con grupos de reflexión, integrados por estudiantes adolescentes, encontraron que las posibles formas de resolver los problemas planteados por éstos son:⁶⁷

1. Hablar con alguien. (Tener habilidades sociales y criterio de pertenencia)
2. Enfrentar los problemas y no escaparles.
3. Evaluar todas las posibles alternativas.
4. Confiar en sí mismos.
5. Tener metas y proyectos derivados para el futuro.
6. Buscar otras alternativas de solución tal vez desconocidas.
7. “Tener” personalidad. (Autoafirmación e identidad).
8. Hablar con los amigos.
9. Hablar con los padres.
10. Confiar en el amor y los amigos.
11. No tener al dinero como valor único en la vida.

De acuerdo a Pérez, además de los factores protectores habría que añadir la capacidad de hacer utilización de las fuentes que brindan salud mental, como consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de

⁶⁷ *Ibíd.*, p104

urgencia, los médicos de familia, agencia de voluntarios en la prevención del suicidio, etc. Este autor sugiere además, educar a los adolescentes y niños en el aprovechamiento de las fuentes de salud mental, cuando hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga uso racional de las mismas.⁶⁸

En lo que respecta al manejo de una crisis suicida en la adolescencia, es necesaria la participación de los padres en la terapia, lo cual no se logra en muchas ocasiones, ya que el adolescente proviene de hogares disfuncionales y éstos son en su mayoría hostiles y no promueven el desarrollo de los recursos propios de cada adolescente, existe poco o nula comunicación entre los miembros de la familia.

La actitud de la familia ante el intento suicida constituye un dato de suma importancia y cuando sea posible se debe evaluar la capacidad que tienen los padres para comprender y modificar los factores que han predisposto o precipitado el intento de suicidio. Es necesario que la familia comprenda que la conducta suicida siempre indica una adaptación inadecuada y requiere tratamiento psicológico, psiquiátrico o ambos, según sea la gravedad del caso y nunca limitarlo a la resolución de la crisis suicida.

En un trabajo realizado, con pacientes de la Unidad de Adolescentes Varones del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, por

⁶⁸ Pérez.. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?. Organización Mundial de la Salud. México: 2002.

García Estrada, en el año 2003, se destacó la importancia de llevar a cabo investigaciones al respecto, que permitan replantear el trabajo interdisciplinario y terapéutico, así como de hacer propuestas específicas respecto a las políticas de salud en el área de psicología y psiquiatría como:⁶⁹

- Programas de prevención y orientación en escuelas y a la comunidad en general.
- Escuelas para padres.
- La existencia de profesionales (psicólogos) en las escuelas para detección oportuna de enfermedades, trastornos, factores de riesgo.
- Creación o reforzamiento de Instituciones especializadas en el manejo de este tipo de pacientes.
- Información en la comunidad.
- Investigaciones que aporten nuevos esquemas de manejo y tratamiento.

De acuerdo a esta misma autora, el compromiso que se debe tener hacia la salud mental no debe limitarse únicamente hacia los profesionales de la misma. Se debe hacer conciencia a la sociedad en general, para hacer en conjunto un frente común para enfrentar la enfermedad psiquiátrica de los adolescentes y puedan lograrse cambios más duraderos.⁷⁰

⁶⁹ García E. Op cit. pág 2.

⁷⁰ Ibidem.

CAPÍTULO 3

TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.

3.1 ESTUDIO HISTÓRICO Y DEFINICIÓN.

El estudio de la personalidad es un tema de mucho interés dentro de la Psicología, desde los orígenes de ésta, por los múltiples y diversos intentos por conocer como pensamos, sentimos y actuamos ante diversas circunstancias que se presentan en nuestra vida cotidiana.

Históricamente, la personalidad tiene su origen filológico en el vocablo latino *persona*, cualquiera de las muchas máscaras teatrales ostentosas que se ponían los actores de la Grecia antigua. La palabra *persona* se compone de *per* (a través) y *sonare* (sonar), pues el actor hablaba al público a través de la boca abierta y perforada de la máscara. En su evolución, *persona* designaba inicialmente al personaje teatral asociado con la máscara; después, al personaje teatral mismo sin referencia a la máscara y, por último, al actor que representaba el papel; esta confusión se refleja en el lenguaje, pues la frase *dramatis personae*, se refiere a los actores dramáticos, o bien a los actores que representaban a los personajes. En el lenguaje moderno, personalidad significa la “persona interior” que actúa en papeles externos; el idioma apoya este uso, pues hay un sustantivo que describe la atribución de características personales: *personificación*.⁷¹

⁷¹ Cohen, Jozef. Evaluación de la personalidad. 2da, ed. Ed. Trillas. México: 1989. .p. p 9 -10.

La personalidad puede ser definida como “la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y sus pensamientos característicos”.⁷²

Otra definición dice que la personalidad es la “organización única y dinámica de las características de una persona particular, físicas y psicológicas, que influyen en la conducta y las respuestas al ambiente social y físico”. Algunas de estas características serán únicas de la persona específica; sus recuerdos, hábitos, etc., y otras las compartirá con las demás personas.⁷³

Es importante mencionar que en ambas definiciones se maneja el término de “organización dinámica”, lo que hace suponer la existencia de una integración mental de todos aquellos procesos de organización que contribuyen e intervienen en el “sano” desarrollo y estructura de la personalidad.

La importancia que el estudio de la personalidad tiene dentro de la psicología, puede explicarse en función de varias razones:

Primero, nos permite entender de forma aproximada los motivos que llevan al hombre a opinar, ser, sentir, etc., en determinada manera.

⁷² Allport, Gordon W. Personalidad. Su configuración y desarrollo. 8tva ed. Ed Herder, Barcelona: 1966, p.47

⁷³ Libert, Robert. Personalidad, Temas y estrategias. 8tva ed., Ed Thomson, México: 1999, p.5.

Segundo, integra en un sólo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado de aquellas facetas que didácticamente son abstraídas de una totalidad (la persona), como son la percepción, la motivación, el aprendizaje, etc.

Tercero, aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta del individuo.

Cuatro, nos ayuda a conocer cómo son todos aquellos factores que integran la personalidad.⁷⁴

3.2 TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD SEGÚN DIVERSOS AUTORES.

Las teorías juegan un papel importante en la psicología de la personalidad, ya que, muchas surgieron en ambientes clínicos a partir de esfuerzos por tratar de comprender y tratar a las personas con problemas psicológicos. También provienen de observaciones controladas y experimentos en el laboratorio.⁷⁵

Ahora bien, una teoría de personalidad “es un sistema de conceptos, suposiciones, ideas y principios propuestos para explicar la personalidad”.⁷⁶

⁷⁴ Cueli, José y col. Teorías de la personalidad. 3era ed, Ed. Trillas, México: 1999. p.13

⁷⁵ Davidoff, Linda, Introducción a la Psicología. 3era ed, Ed. McGraw-Hill, México: 1999. p. 513.

⁷⁶ Coon, Dennis. Psicología. Exploración y Aplicaciones. 8tva ed, Ed. Thomson Editores, México: 1999. p. 522

Existe una colección deslumbrante de teorías de la personalidad, por lo cual, sólo presentaremos los enfoques más influyentes en dicho estudio, así como sus principales exponentes. Para una clasificación más precisa de esta diversidad de teorías existen cuatro categorías principales:⁷⁷

- **Teorías psicodinámicas:** identifican los orígenes de la personalidad en los motivos y en los conflictos inconscientes, frecuentemente de índole sexual.
- **Teorías humanistas:** destacan los motivos positivos del crecimiento y la realización del potencial en el moldeamiento de la personalidad.
- **Teoría cognitivo-sociales del aprendizaje:** encuentran su origen en la forma en que concebimos, operamos y respondemos al ambiente.
- **Teorías de los rasgos:** clasifican y describen las formas en que difiere la personalidad. Además, tratan de identificar conjuntos de características que sirvan de base para evaluar, clasificar e identificar a la personalidad. Posteriormente se analizará de fondo esta teoría así como a sus teóricos, ya que es parte primordial en el desarrollo de dicha investigación.

⁷⁷ Morris, Charles. Maisto, Albert. Introducción a la Psicología. 10ma.ed, Ed Pearson Educación, México: 2001.p 407.

A continuación se enlista a los principales exponentes de estas teorías de personalidad:

3.2.1 SIGMUND FREUD.

Sigmund Freud (1856-1939), médico vienés, se dedicó a estudiar seriamente las alteraciones de sus pacientes neuróticos, buscando claves en el funcionamiento de la personalidad humana. También se basó en la auto-observación y en las teorías biológicas de sus días; siendo éstos una base importante para la construcción de la *Teoría psicoanalítica*; la cual explicaba la personalidad normal y anormal, y describía cómo atender a los individuos con problemas psicológicos, haciendo hincapié en la importancia de los motivos, emociones y otras fuerzas internas, suponiendo que la personalidad se desarrolla a medida que los conflictos psicológicos se resuelven, por lo general, en la niñez.

Para Freud, la personalidad era conformada por sistemas opuestos en continuo conflicto entre sí. Estos componentes estructurales de la psique son: el id, el ego y el superego. El id o yo inferior representa los impulsos psicobiológicos. Es la estructura original, básica y más dominante de la personalidad ya que contiene todo lo que se hereda, lo que esta presente al nacer, sobre todo los instintos que originan la organización somática. Casi todo el contenido del ello o id es inconsciente e incluye formas mentales que nunca han sido conscientes. El ego o yo controlador procura ser racional y realista, es aquella parte del mecanismo psíquico que está en contacto con la realidad externa. Su función es encargarse de satisfacer las

necesidades. Podría suponerse que el ego es originalmente creado por el id al tratar de hacer frente a la necesidad de reducir la tensión y aumentar el placer. Por su parte, el superego busca eliminar los impulsos y se esfuerza por alcanzar objetivos morales o ideales. Freud descubrió tres funciones principales del superego: la conciencia, la auto observación y la formación de ideales.⁷⁸

Por otro lado, Freud opinaba que el desarrollo de la personalidad era el despliegue de los instintos sexuales. Para Freud, existen diversas zonas del cuerpo que son los puntos de estimulación placentera al principio de la vida. Delineó cinco etapas del desarrollo psicosexual: la oral, la anal, la fálica, latencia y la genital. Cada etapa psicosexual tiene necesidades y satisfacciones específicas. La satisfacción o frustración excesiva de estas etapas provocan fijación, que debe entenderse como la detención del desarrollo.⁷⁹

En esa época a Freud se le criticó por considerar que el sexo era una fuerza principal de la conducta humana y por insistir que este impulso aparece por primera vez durante la infancia, así como asignar la base del desarrollo de la personalidad a la niñez temprana.⁸⁰

Lo anterior, debido a que Freud postuló que los poderosos impulsos biológicos subconscientes, en su mayoría sexuales y también agresivos, motivan la conducta humana y estos impulsos naturales

⁷⁸ Fadiman, James. Franger, Robert. Teorías de la personalidad. Ed. Harla , México:1979 p. 61

⁷⁹ Dicaprio, Nicolás, S. Teorías de la personalidad. 2da ed, Ed. McGraw-Hill, México: 1989 p. 80

⁸⁰ Davidoff, Linda L. op cit, p. 514.

colocan a las personas en conflicto con las restricciones de la sociedad y provocan ansiedad.⁸¹

3.2.2 CARL GUSTAV JUNG

Carl Gustav Jung (1875-1961) nació en Kesswyl, a orillas del lago Contance, en Suiza. Obtuvo su doctorado en medicina en la Universidad de Basel e inicio su labor psiquiátrica como asistente del afamado Burghölzli Mental Hospital, en Zurich. Más tarde trabajó con Eugen Bleuler y también con Pierre Jenea en Paris. Apenas terminada la segunda Guerra Mundial, aceptó la cátedra de psicología médica, creada especialmente para él en la Universidad de Basel. Jung viajó por todo el mundo, investigando la historia del hombre desde los puntos de vista de las culturas orientales y occidentales.

La asociación de Jung con Freud se inició en 1906, gracias a la correspondencia dedicada a las validaciones que hizo el primero de las técnicas freudianas para analizar los sueños. Al fundarse la International Psychoanalytic Association, en 1910, Jung fue elegido primer presidente.

Jung difirió de Freud en su concepción del inconsciente como molde original de la personalidad y no simplemente como una parte reprimida. Jung consideró el enfoque simbólico de los sueños y otras manifestaciones inconscientes como el medio más exacto para

⁸¹ Papalia, Diane op. Cit . 14

comprender el lenguaje de la *psique* y para describir su dinámica. Considera que la psique se comunica por medio de imágenes en vez de conceptos, y que estas imágenes toman la forma de analogías y parábolas que representan una determinada situación.⁸²

Sin embargo, Jung reconoció el valor de los logros de Freud en el campo de la psicología y, en consecuencia, pensó que sus propios esfuerzos teóricos podrían dedicarse a problemas concernientes al desarrollo y a la individualización positivos.

Para Jung, la persona “es la máscara que cubre la personalidad del individuo; es la cara que presenta al mundo exterior”. Según él, en los sueños la persona se representa en forma de imágenes.

La identificación excesiva con la persona determina una personalidad estereotipada y falsa basada en primitivos valores y estándares de rendimiento que subrayan la necesidad de conformarse con las situaciones. Ya que la persona está determinada en gran medida por las expectativas culturales.⁸³

Es decir, Jung consideraba que la gente debe volverse consciente de sus papeles sociales y hacer un buen uso de ellos más que ser dominados por ellos o tomarlos demasiado en serio.⁸⁴

⁸² Kaplan, Harold I. Sadock, Benjamin J. Compendio de Psiquiatría. 2da ed, Ed, Salvat, México: 1993. p.106.

⁸³ Ibidem p. 107

⁸⁴ Dicaprio, Nicolás, S. op cit, p.111

Otra aportación de Jung fue la formulación del *inconsciente colectivo* conocido también como *inconsciente impersonal* o *transpersonal*. Su contenido es universal y no está arraigado en nuestra experiencia personal. Este concepto podría ser su distanciamiento de Freud, así como, su principal contribución a la Psicología.⁸⁵

3.2.3 ALFRED ADLER.

Alfred Adler, nació en Viena, el 7 de febrero de 1870, muere súbitamente a los 67 años, el 28 de mayo de 1937, mientras realizaba una gira de conferencias. Fue fundador del sistema holístico de la psicología individual, el cual, consiste en un método para entender a cada persona como una totalidad integral dentro de un sistema social.

Adler fue el primer teórico que describió el funcionamiento psicológico del hombre como el producto combinado de factores orgánicos e impulsos psicológicos dirigidos hacia un fin. El individuo y su conducta son el resultado de procesos somáticos, psicológicos y sociales relacionados entre sí. También tiene una necesidad de percibirse así mismo como una unidad. Esta sensación de unidad y continuidad es la base de su sentido de identidad, autoestima y autoconcepción.⁸⁶

Al fundar la Escuela de la Psicología Individual, Adler se basa principalmente en las siguientes premisas: los seres humanos estamos más motivados por los impulsos sociales que los sexuales; los seres

⁸⁵ Fadiman, James. Franger, Robert. op. cit, p. 61

⁸⁶ Kaplan, Harold I. Sadock, Benjamin J. op. cit. 108

humanos se conocen así mismos; son capaces de sacar provecho de sus errores y de cambiarse así mismos; los conflictos son el resultado de condiciones de vida defectuosos y no son inherentes a los seres humanos.⁸⁷

Además, Adler sostenía que las metas y las expectativas tienen mayor influencia sobre la conducta que las experiencias pasadas y creía que cada una era motivada principalmente por la meta de la superioridad o la conquista del medio ambiente.⁸⁸

Para Adler cada persona desarrolla un estilo de vida que se fija durante los primeros años de vida, y se refiere a la configuración singular de las características que constituyen nuestra identidad personal. Éste es la adaptación activa de un individuo al medio social cuyo centro es una meta de superioridad, que le presta coherencia y superioridad.

Adler consideraba que el valor es la marca de una personalidad sana. La persona sana es activa al afrontar las exigencias de la vida y esta motivada por un interés y sentimientos sociales bien desarrollados. El problema principal de vivir, la vocación, la comunidad y la familia, se enfrentan sin temor y con consideración de los derechos y las necesidades de los demás.

Sin embargo, Adler también relacionó la anormalidad del desarrollo de la personalidad y del funcionamiento a los varios constructos de su

⁸⁷ Dicaprio, Nicolás, S. op cit, p. 246

⁸⁸ Fadiman, James. Franger, Robert. op. cit, p. 95

teoría de la personalidad; sentimiento de inferioridad (sentimiento de ineptitud e insuficiencia), compensaciones defectuosas y sobrecompensaciones, luchas anormales por alcanzar la superioridad, estilo de vida erróneo, el cual, se da como resultado de circunstancias agobiantes en los primeros años de vida; ficciones inútiles, preocupaciones propias, interés social inadecuado y bajos nivel de actividad.⁸⁹

3.2.4 ERIK ERIKSON.

Erik Erikson, nacido en Frankfurt Alemania el 15 de junio de 1902, añadió nuevos elementos a la teoría de la sexualidad infantil de Freud centrándose en el desarrollo del niño más allá de la pubertad. Propone que el desarrollo de la personalidad consiste principalmente en el crecimiento del ego conforme la persona afronta las principales tareas de la vida.

A diferencia de Freud, Erikson no ve al ego como el indefenso sirviente de impulsos básicos, sino más bien como un agente activo dentro de la personalidad que coordina las demandas del ambiente.

Existen tres rasgos significativos de la contribución de Erikson:

- a) El desarrollo de una personalidad sana, en contraste con el hincapié de Freud en el tratamiento de conductas neuróticas.
- b) El proceso de socialización del niño dentro de una cultura particular, en la cual atraviesa por una serie innata de etapas psicosociales.

⁸⁹ Dicaprio, Nicolás, S. op cit, p.247-249.

c) El trabajo individual de lograr una identidad del yo mediante la solución de crisis de identidad específicas en cada etapa psicosocial.⁹⁰

Erikson divide el ciclo de la vida en ocho etapas cada una de las cuales pone ante el individuo una tarea importante del desarrollo. Las tareas principales son conflictos; la resolución acertada favorece el ego; cualquier fracaso lo debilita.⁹¹

Además, Erikson introdujo el término *principio epigenético* para hacer referencia a los estadios del yo y el desarrollo social, proponiendo que la personalidad aparenta desarrollarse de acuerdo con pasos predeterminados en el organismo.⁹²

3.2.5 KAREN HORNEY.

Karen Horney, nació en Hamburgo, al norte de Alemania, el 16 de septiembre de 1885. Estudio medicina en la Universidad de Berlín, y en ese mismo lugar empezó a interesarse por el psicoanálisis. Al igual que muchos teóricos de la época Horney estuvo muy influenciada por Freud. Sin embargo, no pudo aceptar todos los principios Freudianos y consideró que la obra de Freud era una base sobre la cual se podían elaborar otros conceptos, haciendo hincapié en los factores culturales y su influencia sobre la personalidad.

⁹⁰ Cueli, José y Col. op cit, p. 173

⁹¹ Dicaprio, Nicolás, S. op cit, p.211.

⁹² Kaplan, Harold I. op cit., p. 93

De acuerdo a Horney, existía la necesidad de una teoría diferente a la de Freud basada en: 1) las diferencias de los síntomas de las neurosis características del siglo XIX, en comparación con los predominantes durante el siglo XX, y las diferencias de los síntomas típicos de Europa y los de Estados Unidos; 2) el hecho de la variación de los síntomas de un paciente a otro paciente no podía explicarse adecuadamente sobre una base puramente biológica; y 3) la insatisfacción con los resultados terapéuticos del psicoanálisis clásico.⁹³

Según la teoría de Horney, los factores motivacionales derivan de los actuales atributos de la personalidad más que de esfuerzos libidinales infantiles conservados desde la infancia por compulsión a la repetición.

La comprensión del triple concepto de sí mismo (el actual, el real, el idealizado) es de importancia crucial para la comprensión de la teoría de Horney. El sí mismo actual se refiere al individuo considerado como la suma de su experiencia. El sí mismo real es una fuerza interna central o principio común a todos, único en cada individuo. Se identifica con la integración normal y el sentido de totalidad armónica. Para Horney una personalidad sana se desarrollará dadas las circunstancias ambientales óptimas, como el afecto y la aceptación de los padres, y una cantidad de fricción normal. Además, Horney se opuso a la idea de instinto de muerte, y consideró las tendencias destructivas del individuo como neuróticas más que innatas. El sí mismo idealizado es exclusivamente una manifestación neurótica.

⁹³ Kaplan, Harold I. op cit., p. 97

Horney concibió a la neurosis como una alteración global de la personalidad que: 1) tiene su origen en la alteración de las relaciones padre-hijo y que posteriormente se autoperpetúa; 2) se caracteriza por distorsiones de las relaciones del individuo con los demás y consigo mismo, que derivan de los conflictos emocionales y la ansiedad, 3) determinan una discrepancia entre el potencial y el rendimiento, rigidez y sufrimiento, y una alteración del funcionamiento en la mayoría de las áreas de la vida. La formación de una personalidad neurótica implica factores intrapsíquicos e interpersonales.⁹⁴

3.2.6. MELANIE KLEIN.

Melanie Klein, a diferencia de la teoría psicoanalítica ortodoxa, sostuvo la formación de un superyó primitivo durante el primero y segundo año de la vida. Creía que durante los primeros estadios del desarrollo predominan los impulsos agresivos más que los sexuales.

Trabajó directamente con niños, ya que llegó a la conclusión de que éstos están mucho más interesados en crear relaciones sociales que en controlar los impulsos libidinales. Además, fundó la teoría de las relaciones objetales centrando la atención en las representaciones del yo.⁹⁵

Desde la perspectiva psicoanalítica de Melanie Klein, el desarrollo personal se concibe como el enriquecimiento de la personalidad que se refiere a la superación de etapas tempranas de la niñez (que pueden

⁹⁴ Kaplan, Harold I. op cit., p. p 97-98

⁹⁵ Libert, Robert M. op cit., p 127

volver a surgir en la vida adulta), la superación de los conflictos de estas etapas conllevan, como la ansiedad, culpa, envidia y logro de la gratitud, alcanzar el equilibrio con el mundo psíquico interno y el mundo externo, y a desarrollar la capacidad de disfrutar de las cosas y llevar relaciones gratificantes de amor con los otros.

De acuerdo a Klein el desarrollo personal estaría estrechamente vinculado con la gratitud, pues ésta permite desarrollar la generosidad que según Klein es la base para el enriquecimiento personal "la riqueza interna deriva de hacer asimilado el objeto bueno, de modo que el individuo se hace capaz de compartir sus dones con otros. Así es posible introyectar un mundo externo más propicio y como consecuencia se crea una sensación de enriquecimiento". Sin esta gratitud, el sentimiento de envidia, o sea haber dañado el objeto amado, destruye la confianza del individuo y la sinceridad de las relaciones y su propia capacidad de amor y ser bondadoso.⁹⁶

3.2.7 ABRAHAM MASLOW.

Abraham Maslow, nació en la ciudad de Nueva York en 1908. Recibió sus títulos de licenciatura, maestría y doctorado en la universidad de Wisconsin, terminando su educación formal en 1934. Murió en 1970. Fue pionero y de los principales contribuyentes de la llamada *Tercera Fuerza* en psicología. Esta fuerza representaba un método humanista de la ciencia de la personalidad, en contraste como los otros dos

⁹⁶ Klein, M. Envidia y gratitud y otros trabajos. Vol. 3, Ed. Paidós. Barcelona: 1988, p. 194.

sistemas; el del comportamiento y el del psicoanálisis. Maslow da mucho énfasis a la motivación pero se preocupa principalmente por las necesidades y motivos más elevados, los que él consideraba claramente humanos.⁹⁷

Maslow consideraba que la motivación humana estaba compuesta por diferentes niveles, cuya base jerárquica de necesidad varía en cuanto a grado de potencia. Hizo distinciones entre las necesidades deficitarias (inferiores) y las necesidades de desarrollo o necesidades meta (superiores). Las necesidades deficitarias incluyen necesidades psicológicas, necesidades de seguridad, necesidades de amor y de pertenencia, y necesidades de estimación. Las necesidades de desarrollo se comprenden en el término de autoactualización, las cuales se refieren a los requerimientos de desarrollo. La actualización es personal, y es posible si las necesidades inferiores se satisfacen sin consumir todas las energías posibles.

Todas las necesidades están sujetas a distorsión, las necesidades superiores y más útiles se distorsionan y se dirigen mal debido a experiencias inapropiadas. De acuerdo a Maslow, la privación de las necesidades es la base de la patología. La patología resultante de la privación de las necesidades deficitarias encaja en las categorías de neurosis, psicosis y trastornos de la personalidad.

Además, Maslow se interesó profundamente por el estudio del crecimiento y del desarrollo personal, así como por la utilización de la

⁹⁷ Dicaprio, Nicolás, S. op cit, p. 357.

Psicología como herramienta para promover el bienestar psicológico y social. Insistía en que una teoría de la personalidad exacta y con posibilidades de perdurar debía incluir no solamente el abismo, sino también la cima a donde todo individuo puede llegar.⁹⁸

En contraste con Freud, Maslow mantenía que los procesos primarios primitivos pueden dar cabida a la creatividad, espontaneidad y libre expresión. El suprimir o negar las fuerzas primitivas disminuye a la personalidad, la cual, muere si se domina el super ego, si el ego mantiene un control completo o si el ello es inmoderado.

Para Maslow, la persona que se comporta racionalmente y en forma creativa y espontánea, vive de forma más eficiente que la persona que sufre desarrollo unilateral.

Al igual que Jung, Maslow cree que la persona equilibrada permite que se expresen todos los aspectos de la personalidad. La conciencia, los impulsos y el razonamiento juegan cada uno una parte para fomentar la salud.⁹⁹

3.2.8 HANS J. EYSENCK.

Hans Eysenck nació en Alemania el 4 de marzo de 1916. Sus padres eran actores y se divorciaron cuando sólo tenía dos años de edad, por lo que fue criado por su abuela. Abandonó su hogar a la edad de 18

⁹⁸ Fadiman, James. Franger, Robert. op. cit.

⁹⁹ Dicaprio, Nicolás, S. op cit, p. 381.

años, tiempo en el que los nazis llegaban al poder, ya que era simpatizante de los judíos y su vida corría peligro. En Inglaterra continuó su educación y recibió su licenciatura en psicología en la Universidad de Londres en 1940. Después de la Segunda Guerra Mundial empezó a impartir clases en esa universidad además de compaginarlo con su inclusión como director en el departamento de psicología del Instituto de Psiquiatría, asociado al Bethlehem Royal Hospital. Eysenck había escrito 75 libros y 700 artículos, hasta su muerte en septiembre de 1997.

Eysenck propuso que la personalidad podía dividirse a tres dimensiones básicas: estabilidad emocional, introversión-extroversión y psicoticismo.

Según Eysenck, la dimensión de la estabilidad emocional indica la eficacia con que se controlan las emociones. Los individuos situados en un extremo de este rasgo parecerán serenos, tranquilos y con gran compostura; en cambio, los situados en el otro extremo mostrarán ansiedad, nerviosismo y excitabilidad. La segunda dimensión, introversión-extroversión, designa el grado de orientación hacia el mundo exterior. En un extremo de esta dimensión encontraremos a las personas francas, "locuaces" y afectuosas denominadas extrovertidas. En el otro extremo se encuentran los introvertidos, a quienes suele describirse como personas reservadas, calladas, tímidas y retraídas. Eysenck utilizó el término psicoticismo para describir a las personas que

se caracterizan por la insensibilidad y la falta de cooperación en un extremo y, en el otro, a las personas cálidas, tiernas y superficiales.¹⁰⁰

3.2.9 GORDON W. ALLPORT

Allport, nació el 11 de noviembre de 1897 en Indiana, realizó sus estudios en Filosofía y economía en Harvard en 1919 y en 1922 realizó su doctorado en Psicología. Fue profesor de psicología en dicha universidad desde 1930 hasta su muerte.

Allport ha sido considerado un psicólogo humanista por considerar que los seres humanos son el objeto apropiado de la psicología además de considerar la necesidad de formar una teoría de la personalidad con atributos humanos característicos.¹⁰¹

Este teórico, era también insistente de una diferenciación estricta entre lo normal y anormal, entre el niño y el adulto. Se opuso al papel preponderante del inconsciente en la vida de la persona normal, ya que él sostenía que las personas normales saben con claridad lo que hacen y lo que desean hacer.¹⁰²

Allport enfocó la evolución del yo por medio del estudio de experiencias propias. Mantenía que cambios significativos también ocurren desde la

¹⁰⁰ Dicaprio, Nicolás, S. op cit, p. 282

¹⁰¹ Ibid. p. 282

¹⁰² Ibidem p. 283

niñez hasta la edad adulta en el aprendizaje, la cognición y la motivación.

Para él, una personalidad ideal es la madurez. Lo que significa lograr el pleno funcionamiento. La personalidad madura se caracteriza por un yo central bien desarrollado que incluye una conciencia de “debiera” y un sistema de intenciones.

Pone especial hincapié en elementos positivos y conscientes de la motivación y destacando la conducta como internamente consciente y determinada por factores contemporáneos, ya que para él el hombre no es una criatura del pasado y sino del presente.

Allport considera que las “personas que tienen semejanzas en medios biológicos, culturales y ambientales tienden a luchar por metas semejantes en formas más o menos semejantes”. Por ello, acepta la existencia de rasgos comunes, de los cuales participan en mayor o menor cuantía todos los individuos de una sociedad determinada.¹⁰³

Para lograr una definición de la personalidad en la teoría de Allport, conocida también como “*Teoría de los rasgos*”, es importante considerar elementos como: hábitos, actitudes, persona, temperamento y rasgos.

¹⁰³ Allport, op cit. p. 354

Allport define a los rasgos como “un sistema neuropsíquico generalizado y localizado, con la capacidad de convertir muchos estímulos en equivalentes de conducta expresiva y adaptativa”.¹⁰⁴

El rasgo es la manera en que una persona se comporta. Para Allport, los rasgos o disposiciones están literalmente “codificados” en el sistema nervioso como estructuras que guían una conducta uniforme en muy diversas situaciones.

Otra estructura importante de la personalidad es el temperamento considerado por Allport como las disposiciones que están ligadas a determinantes biológicos o psicológicos que, por consiguiente, muestran pocas modificaciones con el desarrollo.

3.2.10 ¹⁰⁵ RAYMOND B. CATTELL.

Raymond B. Cattell, nació en Staffordshire, Inglaterra en 1905. Obtuvo su licenciatura en ciencias, su maestría y doctorado en el Kings College, de la Universidad de Londres.

La teoría de la personalidad de Raymond B. Cattell está fundada en la técnica estadística del análisis factorial, además, sirve como puente en la unión entre las teorías clínicas y experimentales.

¹⁰⁴ Dicaprio, Nicolás, S. op cit, p. 285

¹⁰⁵

Por su parte, Cattell define a la personalidad como “aquello que permite la predicción de lo que una persona va a hacer en una situación determinada”.¹⁰⁶

El elemento estructural básico en su teoría es el rasgo. De acuerdo a Cattell, los rasgos “son estructuras mentales”, están determinados por la influencia de la herencia y del ambiente, y éstos pueden ser comunes y únicos. Los comunes son aquellos que predominan en los individuos que han tenido un medio social semejante, y los rasgos únicos son aquellos que se aplican solo a un individuo en particular.

Además considera que un rasgo puede ser algo físico, fisiológico, psicológico o sociológico, producido y moldeado por la herencia, constitución, el ambiente o por mezcla de éstos.¹⁰⁷

Cattell consideraba que los rasgos pueden dividirse a través de la modalidad de la cual se expresan en: habilidades, rasgos temperamentales y rasgos dinámicos. Una habilidad se demuestra en la forma de responder ante la complejidad de una situación cuando un individuo conoce la meta que quiere alcanzar, es decir, se refiere a la efectividad como que un individuo alcanza una meta.

Un rasgo temperamental es aquel que se refiere a los aspectos constitucionales de la respuesta, tales como la velocidad, energía o reactividad emocional. Un rasgo dinámico tiene que ver con las

¹⁰⁶ Dicaprio, Nicolás, S. op cit, p. 300

¹⁰⁷ Ocampo A, Gloria. Tejeda G. Alicia. “Estudio comparativo de algunos rasgos de personalidad (...)”. Facultad de Psicología, Biblioteca Central, UNAM, México: 1998 p. 44.

motivaciones e intereses; es aquel que se refiere al hecho de situar al individuo listo para la acción en la consecución de una cierta meta.¹⁰⁸

Una aportación esencial de la teoría de Cattell, es la clasificación de las personas en 200 características de la personalidad, encontrando que los rasgos tienden a acumularse en grupos. Sin embargo, a partir de una investigación exhaustiva, Cattell llegó a la conclusión de que solo 16 rasgos explicaban lo complejo de la personalidad. Según este autor, cada personalidad consta de una constelación relativamente singular de estos rasgos básicos.¹⁰⁹

Estos 16 rasgos básicos utilizados por Cattell quedan enlistados de la siguiente forma:

- Factor A: Ciclotimia-esquizotimia. En su polo positivo este rasgo representa a las personas abiertas, adaptables, atentas y generosas. En el polo negativo esta personalidad se caracteriza por ser personas reservadas, indiferentes, rígidas y ansiosas.
- Factor B: Inteligencia. En el polo positivo personas con pensamiento abstracto, cultas, perseverantes y asertivos. En el polo negativo se encuentra el pensamiento concreto, irreflexivo, no concienzudo.
- Factor C: Fuerza del yo-propensión a la neoroticidad. Polo positivo: Estabilidad emocional. Polo negativo. Inestabilidad emocional.
- Factor D: Excitabilidad-inseguridad. Polo positivo: demandante impaciente. Polo negativo: autosuficiente, deliberado.

¹⁰⁸ Ibidem, p. 45.

¹⁰⁹ Ibíd. 48

- Factor E: Dominación-sumisión. Polo positivo: dominante. Polo negativo: sumiso e inseguro.
- Factor F: Ligereza-lentitud. Polo positivo: impulsivo. Polo negativo: prudente.
- Factor G: Fuerza del super-yo. Polo positivo: escrupuloso, determinado y perseverante. Polo negativo: despreocupado e indolente.
- Factor H: Parmia-Therectia. Polo positivo: espontáneo. Polo negativo: tímido.
- Factor I: Permisa-harria. Polo positivo: emocional. Polo negativo: racional.
- Factor J: Coastenia. Polo positivo: inactivo y callado. Polo negativo: activo y decisivo en pensamiento.
- Factor K: Comección-abcultio. Polo positivo: intelectual y analítico. Polo negativo: cerrado y torpe.
- Factor L: Propensión-relajación interna. Polo positivo: suspicaz. Polo negativo: confiada.
- Factor M: Autia-praxernia. Polo positivo: soñador. Polo negativo: practico.
- Factor N: Susplicacia-naivete. Polo positivo: Astuto. Polo negativo: sencillo.
- Factor O: propensión a la culpa-confianza. Polo positivo: inseguro. Polo negativo: seguro.
- Factor Q₁: Polo positivo: innovador. Polo negativo: tradicionalista.
- Factor Q₂: Polo positivo: autosuficiente. Polo negativo: dependiente.
- Factor Q₃: Polo positivo: controlado. Polo negativo: desinhibido.
- Factor Q₄: Polo positivo: tensionado. Polo negativo: tranquilo

La finalidad de involucrar este tema en dicha investigación, es identificar las diversas teorías y a sus exponentes en el estudio de la personalidad y de cómo ésta puede ser codificada, cuantificable y conceptualizada. Para fines de este estudio ha sido base lo que promueven los psicólogos. El abordaje de la personalidad y de sus componentes, la formación “normal” y “anormal” de salud y de patología, los predictores hacia ciertas conductas o pensamientos y acciones como el intento suicida y el suicidio consumado.

CAPÍTULO 4

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA PARA ADOLESCENTES MMPI-A.

Evaluar la personalidad, los síntomas psicológicos y los problemas de conducta adolescentes es una tarea difícil. Sin embargo, dentro de la Psicología, existen instrumentos objetivos que permiten evaluar la personalidad. Afortunadamente, el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-A) es un instrumento diseñado para evaluar diversas áreas de la personalidad en los adolescentes.

4.1 BREVE HISTORIA DEL MMPI.

A fines de 1938 los doctores Hathaway y Mckinley reunieron datos para crear una prueba objetiva para evaluar la personalidad por medio de escalas o perfiles que fueran útiles tanto para la práctica clínica como para la investigación.¹⁰⁹

En 1940 apareció la prueba con el nombre de “Registro Multifásico de la personalidad”, y constaba de 504 frases impresas en tarjetas y el sujeto debía leer y colocar en una caja con 3 divisiones: “Cierto”, “Falso” y “No puedo decir”.

¹⁰⁹ Benavides Josette. Di Castro Francesca. “Técnicas de Evaluación de la Personalidad”. Fac. de Psicología. UNAM, México: 1981.

Posteriormente, en 1942 la Universidad de Minnesota publica el material de la prueba y el relativo manual. La lista original de frases constaba de 1200 ítems que se habían obtenido en un principio de la experiencia clínica, textos de psiquiatría, etc. e incluían además preguntas que se utilizan en la elaboración de historias clínicas en pacientes en general, pacientes psiquiátricos, neurológicos, etc.

Actualmente existe traducido al español un folleto con 566 frases que es la adaptación de la prueba para América Latina. Existe también una versión abreviada, de 366 frases, seleccionadas de tal manera que se mantienen la validez y confiabilidad de la prueba.

4.2 UTILIZACIÓN DEL MMPI ORIGINAL CON ADOLESCENTES.

El MMPI se consideraba como la medida objetiva de evaluación más empleada en grupos adolescentes a pesar de su orientación para adultos. Las poblaciones clínicas han sido en las cuales se ha utilizado con mayor frecuencia el MMPI original. Además, de la aplicación del MMPI en los diversos escenarios de investigación y clínicos con adolescentes existe un número específico de condiciones y problemas de la de los adolescentes que han sido objeto de investigación con el MMPI original: problemas de conducta, trastornos limítrofes, depresión, trastornos de alimentación, conducta homicida, víctimas de incesto y

abuso sexual, trastorno del sueño, discapacidades físicas, esquizofrenia y suicidio.¹¹⁰

4.2.1 LIMITES DEL MMPI ORIGINAL.

Algunos de los reactivos del MMPI original son inapropiados para adolescentes, puesto que están escritos desde la perspectiva adulta (p. Ej. “algunas veces cuando era joven, robé cosas” o “Me gustaba leer en la escuela”). Otros como “Mi vida sexual es satisfactoria” no tienen la misma connotación psicológica a los 14 que los 55 años de edad. Por lo que, resultaban inconvenientes en escenarios escolares y pueden desalentar el uso del MMPI en estos contextos, resultando reactivos innecesariamente complicados, a pesar de que muchos adolescentes pueden ser capaces de ignorar la complejidad de éstos. Otra limitante importante es la falta de desarrollo de escalas para adolescentes. Por lo que, la escasa cantidad de reactivos pertinentes para adolescentes en el MMPI puede explicar la relativa falta de desarrollo de escalas específicas para evaluar conductas y síntomas de adolescentes, en comparación con el desarrollo sustancial para adultos.¹¹¹

4.3 DESARROLLO DEL MMPI-A.

En 1989, se instaló el Comité de Proyectos del MMPI para adolescentes por Beverly Kaemmer de la editorial de la Universidad de Minnesota para desarrollar el MMPI-A. A principios de 1990, el comité se reunió, revisó los datos disponibles y recomendó que la Editorial de la

¹¹⁰ Lucio, Emilia y col. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para adolescentes. Manual para la aplicación y calificación. Ed. Manual Moderno. México: 1998. p.p 1-2

¹¹¹ *Ibidem* p. 2

Universidad de Minnesota publicara un cuadernillo y normas independientes de la prueba para adolescentes. También sugirió que la mayor parte de las escalas estándar del MMPI deberían ser conservadas en el MMPI-A, en virtud de la validez demostrada.¹¹²

Se revisaron 82 reactivos para eliminar una redacción confusa, expresiones caducas o lenguaje sexista. En la forma experimental para adolescentes (Forma Adol Ex) contenía 58 reactivos que evaluaban el seguimiento del tratamiento, las actitudes hacia el propio cambio, aceptación a la terapia, uso de drogas y alcohol, problemas de alimentación y tendencias suicidas. Después de una revisión de la investigación sobre el desarrollo de la patología de los adolescentes y de haber considerado las áreas de contenido pertinentes que se encontraban en el MMPI original. Los nuevos reactivos se desarrollaron para evaluar problemas, conductas y actitudes de los adolescentes en áreas relacionadas con la formación de identidad, la influencia negativa de los compañeros, así como con la escuela y los maestros, las relaciones con los padres y familiares, y también con la sexualidad.¹¹³

4.4 ELABORACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL PARA MÉXICO DEL MMPI-A

La versión en español es producto de una investigación que se llevó a cabo en la Facultad de Psicología gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Innovación Tecnológica de la Dirección de Asuntos del

¹¹² *Ibíd.* p. 3

¹¹³ *Ibidem.* p. 4

Personal Académico de la UNAM, bajo la dirección de la Dra. Emilia Lucio, con la participación de la Dra. Amada Ampudia y la Maestra Consuelo Durán.¹¹⁴

Las autoras consideraron que al contar con normas específicas para los adolescentes mexicanos era esencial, ya que muchas veces debido las características de nuestra población, muchos perfiles resultaban sin validez o con puntuaciones muy exageradas. El trabajo de la elaboración de la versión en español implicó un proceso de traducción inversa (back-up). Por medio de ésta, se obtuvo un acuerdo aproximado de un 90% de los reactivos. Se incluyó también la validación a través de jueces clínicos.

Una vez que se obtuvo versión final del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A), se validó en México con adolescentes mexicanos pertenecientes a las diversas zonas demográficas del Distrito Federal y provenientes de diferentes tipos de escuelas. Se eligió el D.F., dado que la población de la Ciudad de México, es suficientemente heterogénea para ser representativa de una buena parte de la población mexicana. Así la prueba se aplicó a un total de 4050 adolescentes, de escuelas públicas y privadas.¹¹⁵

Por lo tanto, se considera de suma importancia dicha prueba en la presente investigación, por el tipo de población utilizada.

¹¹⁴ Ídem. P. 17

¹¹⁵ Ibidem pp. 17-18

4.5 CARACTERÍSTICAS DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

El MMPI-A es un instrumento diseñado para evaluar ciertas psicopatologías en el adolescente con edades entre 14 y 18 años de edad. Los adolescentes de 18 años deber ser evaluados con el MMPI-A si se encuentran viviendo con sus padres en un ambiente de dependencia, pero deben ser evaluado con el MMPI-2, si viven independientemente.

El nivel de lectura que deben de tener los sujetos a los que se les aplicará este instrumento deber ser mínimo de primero de secundaria; esto es para que la prueba no se invalida por un nivel de comprensión de lectura deficiente.

La aplicación del instrumento puede ser en forma individual o grupal. A los adolescentes se les proporciona el cuadernillo, hojas de respuestas, un lápiz y borrador, y posteriormente se leen las instrucciones, ubicadas en la primera hoja de cuadernillo, y se les indica al (los) sujetos (s) que pueden iniciar.

Las hojas de respuestas pueden ser calificadas manualmente con las plantillas de calificación o través de un programa de computo con lector óptico, el cual se encuentra en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Es recomendable que un profesional de la Psicología sea quien aplique el instrumento y que sea quien supervise y capacite al personal que estará a cargo de la aplicación y calificación de dicho Inventario.

4.6 INTERPRETACIÓN DEL MMPI-A.

De acuerdo a Lucio E, 2000, para la interpretación del cuestionario Multifásico deben considerarse los siguientes pasos:

- A. Considerar el contexto en el cual fue aplicado el MMPI-A, así como, la información sobre la historia y antecedentes del adolescente.
- B. Analizar las hipótesis interpretativas generadas a partir de los hallazgos del MMPI-A más los datos del paciente que se obtuvieron en fuentes diferentes a la prueba.
- C. Evaluar la validez técnica del perfil del MMPI-A. Este proceso incluye una revisión de la cantidad de reactivos omitidos y una evaluación de la consistencia y precisión de las respuestas. La evaluación de la validez se analiza a través de las escalas Invar, Inver, F1, F2, F, L y K.
- D. Examen de las escalas básicas o estándar:
 - Evaluación del código del adolescente, asignado con base a las escalas clínicas más elevadas. A mayor elevación en las escalas básicas, es más probable que el adolescente esté presentando más síntomas o características asociadas con alguna clasificación por código. También puede ser de utilidad examinar las características de los puntajes bajos en el perfil.
 - Una revisión específica de las escalas 2 y 7 aportarán información del grado de alteración afectiva que el adolescente experimenta en

ese momento, lo que permite inferir sobre su motivación para iniciar una psicoterapia.

- E. Revisar las escalas suplementarias, para obtener información y, así poder, apoyar y afinar la interpretación de las escalas básicas.
- F. Revisión de las escalas de contenido para la complementación de las escalas básicas.

4.7 ESCALAS DEL MMPI-A

El cuadernillo del MMPI-A contiene un total de 478 reactivos dispuestos de tal forma que todos los reactivos de las escalas básicas aparecen en los primeros 350 reactivos. Los puntajes de las escalas contenido, suplementarias, así como F2, F, INVAR e INVER se obtiene solamente si se administra todo el instrumento.

El MMPI-A incluye 13 escalas estándar originales combinadas con 4 escalas de validez nuevas, 15 escalas de contenido y 6 suplementarias.

ESCALAS DE VALIDEZ

1) **No podría decir. (?)** Se compone del número total de reactivos que no fueron contestados o que se indicaron como verdadero o falso a la vez. Si 30 o más reactivos quedan sin contestar y están distribuidos en forma regular a lo largo del las preguntas del cuadernillo, el protocolo de la prueba debe considerarse como inválido. Si la mayoría de las respuestas de No Podría Decir ocurre después del reactivo 350, las escalas F1, L, K y la O pueden ser interpretadas. Los indicadores de

validez INVAR, INVER y F2 y las escalas de contenido y suplementarias no deberán interpretarse si existen omisiones substanciales.

2) **Mentira (L)**. Esta escala se compone de 14 reactivos. Hathaway y Manachesi (1953) señalaron que la L fue destinada para detectar intentos inocentes de los adolescentes para mostrarse en una posición favorable, en particular lo concerniente a ética personal o conducta social.

3) **Infrecuencia (F)**. Hathaway y Manachesi (1953) sugirieron que esta escala era hasta cierto punto lo opuesto de la escala L. las personas con puntuaciones altas de F se presentaban a si mismas, quizá inconscientemente, en una situación desfavorable. Muchos factores pueden contribuir a las puntuaciones altas de F, incluyendo la presencia de un desajuste grave o una tendencia a ser exageradamente ingenuo, a responder descuidadamente o de forma inconsciente (por ejemplo, debido a una comprensión de lectura deficiente), o a responder falsamente, exagerando los síntomas.

4) **Defensividad (K)**. Consta de 30 reactivos. Esta escala no sufrió aumento o sustracciones de reactivos en el desarrollo del MMPI-A. Tiene un propósito similar a la escala L, en términos de identificar individuos quienes responden defensivamente y sin espontaneidad. La escala K puede utilizarse como un indicador básico de validez en el MMPPI-A.

ESCALAS ADICIONALES EN EL MMPI-A.

5) **Infrecuencia 1 (F1).** Esta medida provee un método para evaluar el grado de aceptabilidad de los patrones de respuesta para las escalas básicas.

6) **Infrecuencia 2(F2).** Como ocupa la segunda mitad del cuadernillo de la prueba, ofrece un medio para evaluar el grado de aceptabilidad de un registro en relación a las escalas de contenido y suplementarias.

7) **Inconsistencia de respuesta variable (INVAR) e Inconsistencia de respuesta verdadera (INVER).** Estas escalas son nuevos tipos de escalas de validez (Tellegan, 1998, 1991) diseñadas con el fin de complementar los indicadores tradicionales de validez. Como estas escalas nos reflejan un contenido particular de los reactivos, son bastante diferentes de L, F, K. Las puntuaciones de INVAR e INVER indican la tendencia de un sujeto a responder los reactivos en formas inconsistentes y contradictorias.

ESCALAS CLÍNICAS:

1) **Escala 1 (Hs: Hipocondriasis).** Consta de 32 reactivos. Los reactivos de esta escala presentan quejas diversas sobre lo físico, que van desde síntomas específicos, hasta quejas generales o vagas. Elevaciones en esta escala indican preocupación por la salud.

2) **Escala 2 (D: Depresión).** Compuesta por 57 reactivos. Incluye contenidos relacionados con el abatimiento y la apatía, sensibilidad excesiva, así como molestias y quejas físicas incluyendo retardo en la actividad psicomotora.

- 3) **Escala 3 (Hi: Histeria)**. Consta de 66 reactivos. Contenidos relacionados con preocupaciones somáticas, así como la negación de problemas y la necesidad de aceptación y aprobación social.
- 4) **Escala 4 (Dp: Desviación psicopática)**: Consta de 49 reactivos. Incluye patrones como mentir, el robo, la promiscuidad sexual y el abuso con el alcohol. Esta escala también se asocia con problemas relacionados con la agresión e impulsividad, problemas escolares, familiares y legales.
- 5) **Escala 5 (Mf: Masculinidad-Femineidad)**. Constituida por 28 reactivos. En varones las elevaciones en esta escala indican a la aprobación de patrones inusuales de intereses típicamente femeninos. En mujeres avalan intereses inusuales, típicamente masculinos.
- 6) **Escala 6 (Pa: Paranoia)**. Consta de 40 reactivos. Incluye contenidos relacionados con ideas de referencia, suspicacia, sentimientos de persecución, rigidez y rectitud moral personal.
- 7) **Escala 7 (Pt: Psicastenia)**: Consta de 48 reactivos. Esta escala abarca una amplia variedad de sintomatología, incluyendo quejas físicas, infelicidad, problemas para concentrarse, pensamientos obsesivos, ansiedad y sentimientos de inferioridad.
- 8) **Escala 8 (Es: Esquizofrenia)**: Consta de 77 reactivos. Incluye procesos de pensamiento delirante percepciones peculiares (alucinaciones), aislamiento social, trastornos del afecto y la conducta, dificultades para concentrarse e impulsividad.
- 9) **Escala 9 (Ma: Hipomanía)**. Comprende 46 reactivos. Incluye las áreas de contenido como son grandiosidad, irritabilidad, fuga de ideas, egocentrismo, estado de ánimo elevado e hiperactividad cognoscitiva e conductual.

10) **Escala 0 (Is: Introversión social)**. Consta de 62 reactivos. Escala asociada con los problemas en las relaciones sociales. En ambos géneros las puntuaciones elevadas de esta escala se asocian con retraimiento social y baja autoestima.

ESCALAS DE CONTENIDO:

1) **ANS-A: ansiedad-adolescente**. Consta de 21 reactivos. Esta escala evalúa tanto la desadaptación general, como síntomas específicos tales como la depresión y problemas somáticos.

2) **OBS-A: Obsesividad-adolescentes**. Esta escala esta constituida por 15 reactivos, los cuales indican preocupaciones desproporcionadas, frecuentemente relacionadas con asuntos triviales; así como, la marcada dificultad para tomar decisiones.

3) **DEP-A: Depresión-adolescentes**. Compuesta por 26 reactivos, los cuales representan conductas y síntomas de disforia y depresión; en los sujetos de los grupos clínicos indica además la presencia de ideaciones y conductas suicidas.

4) **SAU-A: Preocupación por la salud-adolescente**. Esta escala esta constituida de 37 reactivos, los cuales se refieren a problemas físicos que interfieren con el disfrute de actividades extraescolares y contribuyen a ausencias escolares significativas. Los adolescentes con puntuaciones elevadas en esta escala indican preocupaciones por su salud y la sensación de que sus problemas desaparecerían si estuvieran mejor de salud.

5) **ENA-A: Enajenación-adolescentes**. Esta compuesta por 20 reactivos. Los adolescentes con puntuaciones elevadas manifiestan una

considerable distancia emocional con respecto a los demás. Creen que tienen una vida difícil y que no le importan a nadie.

6) **DEL-A: Pensamiento delirante-adolescente.** Constan de 19 reactivos, los cuales indican pensamientos y experiencias peculiares y extrañas, incluyendo posibles alucinaciones auditivas, visuales y olfativas. Esta escala mide desadaptación generalizada.

7) **ENJ-A: Enojo-adolescente.** Esta escala consta de 17 reactivos, los cuales evalúan los problemas importantes con el control del enojo. En adolescentes de grupos clínicos con calificaciones elevadas en esta escala tiene antecedentes de haber cometido asaltos y otras conductas acting-out.

8) **CIN-A: Cinismo-adolescente.** Constan de 22 reactivos, los cuales arrojan información acerca de alerta que adoptan los adolescentes al sentirse incomprendidos y pensar que los demás están celosos de ellos.

9) **PCO-A: Problemas de conducta-adolescentes.** Compuesta de 23 reactivos. Los adolescentes con puntuaciones elevadas en esta escala están asociados con problemas importantes; como robo, oposicionismo, mentiras, etc.

10) **BAE-A: Baja autoestima-adolescentes.** Cuenta con 18 reactivos, los que nos dan información de las opiniones negativa que tienen los adolescentes acerca de si mismos, así como un pobre desempeño escolar.

11) **ASL-A: Aspiraciones limitadas-adolescentes.** Tiene 16 reactivos que evalúan los logros y la participación limitada en las actividades, además de tendencias antisociales como fugas de casa, dedicarse a la

vagancia, actings-out en el área sexual, suelen ser adolescentes a los que no les interesa tener éxito.

12) **ISO-A: Incomodidad en situaciones sociales.** Formada por 24 reactivos. Es una medida de inconformidad y alejamiento social. Se presenta de forma elevada en adolescentes tímidos, con dificultades para dar opiniones y para hacer amigos.

13) **FAM-A: Problemas familiares-adolescentes.** Constituida por 35 reactivos, los cuales evalúan desacuerdos con y entre los padres, así como con otros miembros de la familia. En puntuaciones elevadas nos determinan adolescentes con falta de amor e incomprensión, que tienen la creencia de no contar con su familia para problemas serios.

14) **ESC-A: Problemas escolares- adolescentes.** Conformada por 20 reactivos, evalúa numerosas dificultades en la escuela como actitudes negativas hacia los profesores y al ambiente escolar. Los adolescentes con puntuaciones altas en esta escala presentan constantes suspensiones, consideran que la escuela es una pérdida de tiempo.

15) **RTR-A: rechazo al tratamiento-adolescentes.** Esta escala esta constituida de 20 reactivos, y mide las actitudes negativas hacia los médicos y profesionales de la salud mental. En calificaciones elevadas nos arrojan la resistencia a compartir o discutir sus problemas con los demás.

ESCALAS SUPLEMENTARIAS:

1) **MAC-A: Alcoholismo de MacAdrew-revisada.** Esta escala consta de 49 reactivos. Una elevación de esta escala sugiere la posibilidad de que el adolescente presente problemas con el alcohol y las drogas,

también se refiere a personas que son socialmente extravertidas, exhibicionistas y que les gusta correr riesgos.

2) **RPAD-A: Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas.** Consta de 13 reactivos. Esta escala fue desarrollada para determinar la buena voluntad de los adolescentes para reconocer su problemática con respecto al uso de alcohol y otras drogas, así como, los síntomas asociados a dicho uso.

3) **TPAD: Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas.** Escala constituida por 36 reactivos. Es una medida derivada empíricamente, desarrollada para determinar que los adolescentes presenten problemas en el uso de alcohol y drogas.

4) **INM-A: Inmadurez-adolescentes.** Son 43 reactivos los que conforma esta escala, la cual determina el grado en el cual el adolescente refiere conductas, actitudes y percepciones de él mismo y de otros que reflejan inmadurez en términos de estilo interpersonal, complejidad cognoscitiva, conciencia de si mismo, capacidad de reflexión, juicio adecuado y control de impulsos.

5) **A-A: Ansiedad-adolescentes.** Esta escala cuenta con 35 reactivos. Las puntuaciones elevadas indican angustia, ansiedad, molestias y trastornos emocionales generales, así como, incapacidad para adaptarse. Suelen ser sujetos inhibidos y sobrecontrolados.

6) **R-A: Represión-adolescentes.** Son 33 reactivos los que conforma esta escala. Los adolescentes que obtiene puntuaciones elevadas se caracterizan por ser convencionales, gente sumisa que evitan situaciones desagradables.

4.8 VENTAJAS DEL MPPI-A.

Además de considerar al MMPI-A como una prueba óptima en la evaluación psicológica de los adolescentes, ya que esta validada en escenarios propios de adolescentes mexicanos, es importante considerar las siguientes ventajas por el que la elección de dicha prueba para esta investigación se justifica :

1. Permite explorar una cantidad importante de áreas de personalidad.
2. Pretende plantear una posible intervención con el adolescente, es decir, permite incidir en el ámbito preventivo.
3. Evalúa áreas de interés específicos para el adolescente como:
 - a) problemas escolares.
 - b) problemas familiares.
 - c) fármaco dependencia.
 - d) alta incidencia en suicidio.
4. Proporciona 3 perfiles, en el primero se obtienen las escalas básicas, lo cual, permite comparar los resultados del instrumento de los adolescentes con el de los adultos. El segundo perfil incluye escalas de contenido las cuales fueron desarrolladas específicamente para adolescentes. El tercer perfil incluye medidas adicionales desarrolladas con el MMPI original adecuadas a adolescentes como la escala de alcoholismo de MacAdrew, así como, la aceptación de este como una enfermedad y la disposición al tratamiento.

5. Por su adaptación a los adolescentes es una versión más corta que el MMPI original lo que la hace más aceptable.¹¹⁶

¹¹⁶ Lucio, Emilia. Op., cit..., pp. 26 y 27

CAPÍTULO 5

METODOLOGÍA

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Con la presente investigación se pretende dar a conocer aquellos rasgos de la personalidad que predominan en pacientes adolescentes que, en patologías como el trastorno depresivo, presentan intento de suicidio, siendo éstos comparados con una muestra de estudiantes de educación media superior que no presentan intención suicida actual o pasada. Definiendo el intento suicidio, de acuerdo al INEGI en el año 2004, como “todo acto o conducta que realiza una persona con el objeto de atentar contra su propia existencia, sin lograrlo”. Además se tiene como principal objetivo identificar los rasgos de la personalidad y factores de riesgo que determinan que un paciente pueda autoagredirse o no. Ya que en diversas investigaciones sobre el tema, como la realizada por Brent en 1990, y la de González- Forteza en 1996, se demuestra que la intención suicida en pacientes adolescentes diagnosticados con desordenes afectivos se relaciona con conflictos familiares, problemas con las drogas y/o alcohol e historia familiar de conducta suicida. A partir de la detección de estos factores en los pacientes adolescentes se podría así otorgar un diagnóstico y tratamiento psicológico oportunos (p.ej la Terapia Cognitivo-conductual (TCC), Terapia Interpersonal (TIP), etc.) que mejore el manejo y calidad en la intervención de este tipo de pacientes.

Se determina para dicha investigación los siguientes planteamientos:

- ¿Existen diferencias significativas entre los perfiles de personalidad obtenidos a través del MMPI-A en los adolescentes de la muestra psiquiátrica con intento de suicidio comparada con la muestra no psiquiátrica?
- ¿Hay factores de personalidad en común en la muestra psiquiátrica de pacientes con trastorno depresivo que pudieran conducirlos a presentar intento de suicidio en comparación con la muestra no psiquiátrica conformada por estudiantes de nivel medio superior?
- ¿En la muestra psiquiátrica existe predominancia en las puntuaciones de T mayor o igual a 65 en las escalas FAM-A (Problemas familiares-adolescentes) y TPAD (Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas) del MMPI-A comparadas con las puntuaciones T de la muestra no psiquiátrica?

5.2 JUSTIFICACIÓN.

Los alarmantes incrementos en la tasas de suicidio en la población en general, reflejo de la crisis social que presenta nuestro país, es sólo un síntoma del desajuste emocional que presenta nuestra sociedad afectando de forma directa a los adolescentes, que son un blanco fácil de dichas alteraciones desencadenadas en pandillerismo, abuso de sustancias y alcohol, indisciplina familiar y escolar.

Por lo anterior, el presente trabajo de investigación se ha destinado para identificar la existencia de un patrón específico de la personalidad en pacientes psiquiátricos adolescentes con trastorno depresivo que se autoagreden como un intento suicida y compararlo con el grupo de adolescentes que no presentan intención suicida actual o pasada, a través de una muestra de estudiantes de nivel medio superior. Todo esto tiene como finalidad que sea del conocimiento de psicólogos y médicos, para proporcionar la contención y manejo adecuados a las necesidades psicosociales de este tipo de pacientes; es decir, incentivar con esta investigación al reconocimiento oportuno de los rasgos de la personalidad y/o aquellas causas psicosociales (como problemas escolares, problemas familiares, problemas con drogas y/ alcohol) por los que estos pacientes se autoagreden.

5.3 OBJETIVOS.

Con esta investigación se pretende detectar y analizar todas aquellas dimensiones preponderantes de la personalidad que en pacientes psiquiátricos con determinado trastorno, en este caso, el trastorno depresivo sin síntomas psicóticos, presentan un factor común de comportamiento, el intento o ideación suicida, comparándose con aquellos adolescentes de una muestra no psiquiátrica que no han presentado intento suicida previo. Además, de conocer si existe la influencia de factores psicosociales, como problemas familiares y tendencias de problemas con el alcohol y/o drogas que pudieran intervenir en el padecimiento de estos pacientes y poder así establecer un patrón de reconocimiento oportuno de los rasgos de personalidad en pacientes con este tipo de patologías.

- Comparar los rasgos de personalidad de una muestra psiquiátrica de adolescentes que han intentado suicidarse con una muestra no psiquiátrica de adolescentes estudiantes que no han intentado suicidarse.
- Identificar si existen factores de personalidad en común en la muestra psiquiátrica que pudieran conducirlos a presentar intento de suicidio en comparación con la muestra no psiquiátrica de adolescentes estudiantes de nivel medio superior que no presenta intención suicida.
- Identificar si en la muestra psiquiátrica de adolescentes con intento suicida existe predominancia en las puntuaciones de T mayor o igual a 65 en las escalas FAM-A (Problemas familiares-adolescentes) y TPAD (Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas) del MMPI-A comparadas con las puntuaciones muestra no psiquiátrica de adolescentes sin intento de suicidio.

5.4 HIPOTESIS.

Hipótesis de Investigación: Existen rasgos de la personalidad comunes, obtenidos a través del MMPI-A, en una muestra psiquiátrica que presentan intento suicida en comparación con los adolescentes de la muestra no psiquiátrica que no presenta intentos o ideación suicida actual o previo a la investigación.

Hipótesis nula (Ho)1: No existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de personalidad, obtenidos a través del MMPI-A, en una muestra psiquiátrica con intento de suicidio y los perfiles de los adolescentes de la muestra no psiquiátrica que no presentan intento o ideación suicida.

Hipótesis alternativa (Ha)1: Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de personalidad, obtenidos a través del MMPI-A, en la muestra psiquiátrica y los perfiles de los adolescentes de la muestra no psiquiátrica que no presentan intento o ideación suicida.

Hipótesis nula (Ho)2: En la muestra psiquiátrica con intento suicida no existe predominancia en las puntuaciones de T mayor o igual a 65 en las escalas FAM-A (Problemas familiares-adolescentes) y TPAD (Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas) del MMPI-A comparadas con las puntuaciones de los adolescentes de la muestra no psiquiátrica que no presentan intento o ideación suicida.

Hipótesis alternativa (Ha)2: En la muestra de pacientes adolescentes con intento suicida si existe predominancia en las puntuaciones de T mayor o igual a 65 en las escalas FAM-A (Problemas familiares-adolescentes) y TPAD (Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas) del MMPI-A comparadas con las puntuaciones de los adolescentes estudiantes de nivel medio superior que no presentan intento o ideación suicida.

5.5 MÉTODO.

5.5.1. SUJETOS.

Dado que una investigación es una estrategia para determinar la relación existente entre la variable independiente y la variable dependiente, se cree conveniente la formación de dos grupos. Uno conformado por pacientes mujeres de entre 14 y 18 años de edad, hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” que presenten intento o ideación suicida al momento de la hospitalización. Y otro por estudiantes de educación media superior pertenecientes al Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM, de los bachilleratos de psicología y ciencias biológicas sin intención suicida actual o pasado. Quedando los sujetos delimitados de la siguiente manera:

N = 20	N = 21
Pacientes femeninas de entre 14 y 18 años, con intento suicida, hospitalizadas en el Hosp. Psiquiátrico Infantil. “Dr. Juan N. Navarro”.	Adolescentes femeninas de entre 14 y 18 años, estudiantes de educación media superior pertenecientes al Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM, de los bachilleratos de psicología y ciencias biológicas que no presentan intención o ideación suicida actual o pasada.

5.5.2 INSTRUMENTOS.

- Entrevista clínica semi-estructurada.
- Cuestionario de Riesgo de Ideación o Intento suicida, el cual, se aplico a la muestra no psiquiátrica. (Ver anexo).
- Para la obtención de los rasgos de personalidad de ambas muestras se aplicó Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota para Adolescentes MMPI-A, el cual, tiene un intervalo de aplicación de 60 minutos.

Dicho instrumento se considera el más idóneo para la presente investigación ya que presenta las siguientes ventajas:

1. Permite explorar una cantidad importante de áreas de personalidad.
2. Pretende plantear una posible intervención con el adolescente, es decir, permite incidir en el ámbito preventivo.
3. Evalúa áreas de interés específicos para el adolescente como:
 - a) problemas escolares.
 - b) problemas familiares.
 - c) farmacodependencia.
 - d) Incidencia en suicidio.
4. Proporciona 3 perfiles, en el primero se obtienen las escalas básicas, lo cual permite comparar los resultados del instrumento de los adolescentes con el de los adultos. El segundo perfil incluye escalas de

contenido las cuales fueron desarrolladas específicamente para adolescentes. El tercer perfil incluye medidas adicionales desarrolladas con el MMPI original adecuadas a adolescentes como la escala de alcoholismo de MacAdrew.

5. Por su adaptación a los adolescentes es una versión más corta que el MMPI original lo que la hace más aceptable.

Además, de que el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A), se encuentra validado en México con adolescentes mexicanos pertenecientes a las diversas zonas demográficas del Distrito Federal y provenientes de diferentes tipos de escuelas. Se eligió el D.F. dado que la población de la Ciudad de México, es suficientemente heterogénea para ser representativa de una buena parte de la población mexicana. Así la prueba se aplicó a un total de 4050 adolescentes, de escuelas públicas y privadas. Por lo tanto se considera de suma importancia la consideración de esta prueba en la presente investigación.

5.5.3.TIPO DE ESTUDIO.

DESCRIPTIVO: ya que busca especificar la propiedades predominantes entre ambos grupos de adolescentes, con y sin intento e ideación suicida.

EXPLORATORIO: ya que el objetivo fue un tema que ha sido poco abordado con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A).

5.5.4 DISEÑO EXPERIMENTAL.

Se trata de un estudio de campo de tipo Expost-facto comparativo, ya que es una búsqueda sistemática de las relaciones ya existentes entre dos grupos, no provocadas por el investigador, por lo que no se tiene control sobre las variables independientes. Cuasiexperimental ya que las dos muestras existen independientemente del experimento. Así mismo confirmatorio, debido a que se establecieron hipótesis con el fin de ser aceptadas o rechazadas.

5.5.5 TIPO DE MUESTRA.

No probabilística estratificada: ya que la elección de los sujetos depende del criterio del investigador, además fue de tipo incidental ya que el grupo a investigar constituye una muestra completa, debido a que pertenecen a una población en donde el investigador se interesa por realizar un estudio.

5.5.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

- Variables independientes:

A) Pacientes adolescentes mujeres hospitalizadas con intento o ideación suicida.

B) Adolescentes mujeres, de entre 14 y 18 años, estudiantes de educación media superior pertenecientes al Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM, de los bachilleratos de psicología y ciencias biológicas que no presentan intención o ideación suicida actual o pasada.

VARIABLES ORGANISMICAS

- Variable Dependiente:

Rasgos de personalidad obtenidos a través las escalas clínicas del Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota para Adolescentes MMPI-A.

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES.

- Variable independientes:

Conceptual.

Intento suicida: Todo acto de agresión fallido con la única intención de morir por propia mano.

Ideación suicida: Pensamientos acerca de que desea matarse, hacer planes sobre cuándo, cómo y dónde llevar acabo el suicidio, así como acerca del impacto del suicidio en otros.

Operacional.

Intento suicida: se considera como los comportamientos de las adolescentes destinados a terminar con su propia vida obtenidos a través del Diagnóstico del Expediente Clínico y la entrevista directa con las pacientes:

- Sobremedicación: cuando la paciente ingiere grandes cantidades de medicamentos que le provocan daño a la salud con la finalidad de matarse.
- Ahorcamiento: Colocarse alrededor del cuello objetos con la finalidad de obstruir el oxígeno con la intención de quitarse la vida.
- Lesiones con armas punzo cortantes: Cualquier acto de autolesión con objetos punzo cortantes en el cuerpo (muñecas y cuello) con la intención de quitarse la vida.

- Lanzarse al vacío: Conducta de lanzarse al vacío (puentes, azoteas, etc.) con la intención de quitarse la vida.

Ideación suicida: Verbalizaciones y pensamientos persistentes que hace el paciente sobre el deseo de muerte y los planes que han realizado sobre el tiempo, lugar y forma para cometer un suicidio, obtenidos a través de la entrevista y expediente clínico.

- Variables dependientes:

Conceptual.

Rasgos de personalidad: son inclinaciones o cualidades perdurables de una persona que explica la relativa coherencia de su conducta emocional, temperamental y social.

Operacional.

Rasgos de personalidad obtenidos a través las escalas clínicas del Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota para Adolescentes MMPI-A.

5.5.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- a. Pacientes de Hospitalización, con intento e ideación suicida ..
- b. Edad comprendida entre los 14 y 18 años.
- c. Sujetos que sepan leer y escribir.
- d. Sujetos sin ningún problema para comunicarse verbalmente.
- e. Sin síntomas psicóticos.

- f. Así como de padecimientos médicos que pudieran estar generando las características del cuadro afectivo actual. (p.ej. Hipotiroidismo).
- g. Que acepten contestar el cuestionario MMPI-A y la entrevista clínica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- a. Se excluirán de la investigación aquellos pacientes que, de acuerdo al CIE-10 Y DSM-IV-TR cumplan criterios actuales para un proceso demencial, delirium o cuadro psicótico o cualquier otro diagnóstico en el Eje 1.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- a. Se eliminarán aquellos pacientes que durante el estudio desarrollen un cuadro psicótico.
- b. Que de acuerdo a los criterios del MMPI-A se considere un inventario de personalidad no válido, es decir:
 - Los reactivos omitidos o con doble marca y considerarlos como reactivos No puedo decir (?). Si se tienen más de 30 reactivos de esta escala, por lo que, el protocolo se invalida y no se interpreta ninguna otra escala.
 - F con puntuación T mayor a 90. Se invalida el protocolo. Puede indicar que el paciente esta en desacuerdo o lo hace con una actitud prepositiva de hacer notar que esta mal.
 - K (Defensividad) puede utilizarse como un factor básico de validez para el MMPI-A. Se puede anotar que en pacientes que obtienen puntuaciones de T mayores de 65 tienen una actitud defensiva hacia la prueba, pero el perfil no se invalida solo por la puntuación

- Inconsistencia de respuestas verdaderas (INVER) $T > o = 65$.
- Inconsistencia de respuestas variable (INVAR) $T > o = 65$.

5.5.8 PROCEDIMIENTO.

La presente investigación fue llevada a cabo en el Distrito Federal, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, del cual, se obtuvo una muestra de 23 pacientes de la Unidad de Hospitalización de Adolescentes Mujeres (UAM), sin embargo, de acuerdo a los criterios de eliminación y eliminación de la investigación la muestra quedó comprendida por 20 pacientes.

De igual forma, la otra muestra fue recolectada en el Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México Plantel Sur (CCH, Sur), obteniéndose una muestra inicial de 48 sujetos de los Bachilleratos de Psicología y Biología, pero debido a los criterios de exclusión y eliminación, además de las limitantes de la investigación, la muestra quedó conformada por 21 estudiantes del sexo femenino, ya que, en la muestra inicial existían estudiantes hombres, pero en la muestra tomada del Psiquiátrico Infantil fue imposible y limitada la posibilidad de tomar una muestra masculina. En la muestra no psiquiátrica, los datos pertinentes a la investigación fueron recolectados de forma grupal a través de la aplicación de 2 cuestionarios, uno que exploró el riesgo de presentar ideación o intento suicida en el grupo de estudiantes, a fin de excluir los que habían presentado intentos o ideaciones previas para no sesgar la muestra (Ver Anexo) y el otro cuestionario aplicado fue el MMPI-A.

Para su aplicación en la muestra conformada por pacientes psiquiátricos fue necesario acudir al Hospital durante un periodo de 5

meses comprendido de Diciembre del 2005 a Abril del 2006, hasta complementar la muestra requerida de acuerdo a los criterios establecidos. Se realizaba la revisión de los expedientes clínicos y se solicitaba la autorización del padre o tutor de forma individual y personalizada mediante una carta compromiso, (Ver Anexo), a fin de permitir la evaluación y diagnóstico de los pacientes hospitalizados.

En lo que corresponde a la muestra no psiquiátrica, obtenida del CCH Sur de la UNAM, fue necesario acudir a la escuela y aplicar en grupos de 10 a 15 sujetos, a fin de tener cierto control. Primero, se le explicó la finalidad de la aplicación de los instrumentos, es decir, se les informó que sería para la realización de una tesis en comparación con una muestra psiquiátrica. Procediendo la aplicación del MMPI-A de forma completa por sesión para la muestra no psiquiátrica.

5.5.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se llevo a cabo el análisis de los datos a través del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS, utilizando medidas de tendencia central y distribución de variables como frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar. Así mismo, se aplicó la t de Student que permitió identificar los rasgos de personalidad en y entre los grupos, ya que, es una prueba estadística que evalúa si dos grupos difieren entre si de maneras significativas respecto a sus medias.

CAPÍTULO 6

ANÁLISIS Y RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue identificar diferencias entre dos grupos de adolescentes: un grupo que presenta intento y/o ideación suicida; siendo este una muestra de pacientes psiquiátricas hospitalizadas y otro que no ha presentado intento o ideación actual o pasado siendo un grupo de estudiantes de nivel bachillerato, con respecto a sus rasgos de personalidad medidos a través del MMPI-A.

En base a las escalas básicas del instrumento de medición, se pudo encontrar diferencias estadísticamente significativas en la muestra psiquiátrica en comparación a la muestra no psiquiátrica, en las escalas de Desviación psicopática (Dp), Masculinidad-Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia(Es) e Hipomanía (Ma). (Ver tablas 4, 5, 6, 7, 8, 9). Sin embargo, por criterios del instrumento, la media de la puntuación $T \geq 65$ para considerarse significativamente como patológica únicamente se consideró la escala de Desviación Psicopática (Dp) con una media de 67.20 en la muestra psiquiátrica. No encontrando ninguna media estadísticamente significativa en la muestra no psiquiátrica . (Ver tablas de la 1 a la 11).

De acuerdo a intereses del investigador para dar respuesta al planteamiento del problema: ¿En la muestra psiquiátrica con intento suicida existe predominancia en las puntuaciones de T mayor o igual a 65 en las escalas FAM-A (Problemas familiares-adolescentes) y TPAD (Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas) del MMPI-A

comparadas con las puntuaciones T de la muestra no psiquiátrica?. Por lo que, se consideraron estas escalas de forma independiente, encontrando que en la escala FAM-A si existe una diferencia estadísticamente significativa en la muestra psiquiátrica (pacientes hospitalizadas) con respecto a la muestra no psiquiátrica (estudiantes) (Ver Tabla 11). Además de que para los criterios del MMPI-A, la escala FAM-A de la muestra psiquiátrica, la media de la puntuación de T es mayor a 65 considerándose como una escala significativa. Sin embargo, la escala TPAD no es estadísticamente significativa entre ambas muestras. Ni de acuerdo a los criterios del MMPI-A, la media de la puntuación T de la escala TPAD no es mayor a 65 (Ver tabla 12).

En el resto de las escalas de contenido y suplementarias se encontró una diferencia estadísticamente significativa en las escalas ANS-A, OBS-A, DEP-A, ENA-A, ENJ-A, CIN-A, BAE-A, RTR-A, INM-A, A-A de la muestra psiquiátrica y en la escala R-A de la muestra no psiquiátrica. Sin embargo, la media de estas escalas no supera una puntuación de $T > 65$ del MMPI-A para considerarse una escala significativamente patológica en el instrumento. (Ver Tabla 13).

Tabla 1. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Hipocondriasis (Hs) de MMPI-A.

VARIABLE	HIPOCONDRIASIS (Hs)	
	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	62.53	58.14
DESVIACIÓN ESTANDAR	11.536	11.266
T	1.181	
SIGNIFICANCIA	0.245	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala de Hipocondriasis (Hs) del MMPI-A, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida y la muestra no psiquiátrica que no presenta intento o ideación suicida. De acuerdo también a los criterios del MMPI-A de la puntuación $T > 65$ no es considerada una escala significativa en ambas muestras.

Tabla 2. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Depresión (D) de MMPI-A.

VARIABLE	DEPRESION (D)	
	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	59.60	53.90
DESVIACIÓN ESTANDAR	11.052	12.860
T	1.517	
SIGNIFICANCIA	0.14	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala de Depresión (D) del MMPI-A, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. De acuerdo también a los criterios del MMPI-A de la puntuación $T \geq 65$ no es considerada una escala significativa en ambas muestras.

Tabla 3. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Histeria (Hi) de MMPI-A.

VARIABLE	HISTERIA (Hi)	
	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	60.20	57.05
DESVIACIÓN ESTANDAR	10.546	12.213
T	.883	
SIGNIFICANCIA	0.383	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala de Histeria (Hi) del MMPI-A, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida y la muestra no psiquiátrica que no presenta intento o ideación suicida. De acuerdo también a los criterios del MMPI-A de la puntuación $T > o = 65$ no se considerada una escala significativa en ambas muestras.

Tabla 4. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Desviación Psicopática (Dp) de MMPI-A.

VARIABLE	DESVIACIÓN PSICOPÁTICA (Dp)	
CONDICION	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	67.20	58.05
DESVIACIÓN ESTANDAR	9.540	13.455
T	2.501	
SIGNIFICANCIA	0.017	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala de Desviación Psicopática (Dp) del MMPI-A, existe una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida y la muestra estudiantil que no presenta intento o ideación suicida. Como se aprecia, las diferencias se hacen más evidentes en la muestra psiquiátrica que presenta intento suicida. De acuerdo también, a los criterios del MMPI-A de la puntuación $T > o = 65$ se considerada una escala significativa en la muestra psiquiátrica de pacientes con intento o ideación suicida.

Tabla 5. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Masculinidad-Femineidad (Mf) de MMPI-A.

VARIABLE	MASCULINIDAD-FEMINIDAD (Mf)	
CONDICION	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	56.00	45.57
DESVIACIÓN ESTANDAR	12.00	10.008
t	3.028	
SIGNIFICANCIA	0.004	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala de Masculinidad-Femineidad (Mf) del MMPI-A, existe una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida y la muestra no psiquiátrica que no presenta intento o ideación suicida. Como se aprecia en la escala Mf, las diferencias se hacen más evidentes en la muestra psiquiátrica que presenta intento suicida. Sin embargo, para los criterios del MMPI-A de la puntuación $T > 65$ no es considerada una escala significativa en ambas muestras.

Tabla 6. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Paranoia (Pa) de MMPI-A.

VARIABLE	PARANOIA (Pa)	
	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	62.00	51.62
DESVIACIÓN ESTANDAR	11.337	11.378
t	2.925	
SIGNIFICANCIA	0.006	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala de Paranoia (Pa) del MMPI-A, existe una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida y la muestra no psiquiátrica que no presenta intento o ideación suicida. Como se aprecia en la escala Pa, las diferencias se hacen más evidentes en la muestra psiquiátrica que presenta intento suicida. Sin embargo, para los criterios del MMPI-A de la puntuación $T \geq 65$ no es considerada una escala significativa en ambas muestras.

Tabla 7. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Psicastenia (Pt) de MMPI-A.

VARIABLE	PSICASTENIA (Pt)	
	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
CONDICION		
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	64.20	53.81
DESVIACIÓN ESTANDAR	11.115	11.982
t	2.875	
SIGNIFICANCIA	0.007	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala de Psicastenia (Pt) del MMPI-A, existe una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida y la muestra no psiquiátrica que no presenta intento o ideación suicida. Como se aprecia en la escala Pt, las diferencias se hacen más evidentes en la muestra psiquiátrica que presenta intento suicida. Sin embargo, para lo criterios del MMPI-A de la puntuación $T > o = 65$ no es considerada una escala significativa en ambas muestras, cabe mencionar que esta diferencia es menor en la muestra psiquiátrica.

Tabla 8. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Esquizofrenia (Es) de MMPI-A.

VARIABLE	ESQUIZOFRENIA (Es)	
	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	62.00	51.81
DESVIACIÓN ESTANDAR	11.192	12.937
t	2.691	
SIGNIFICANCIA	0.010	

En la tabla 8 se puede observar que, en cuanto a la escala de Esquizofrenia (Es) del MMPI-A, existe una diferencia estadísticamente significativa ambos grupos. Como se aprecia en la escala Es, las diferencias se hacen más evidentes en la muestra psiquiátrica que presenta intento suicida. Sin embargo, para lo criterios del MMPI-A de la puntuación $T > o = 65$ no es considerada una escala significativa en ambas muestras.

Tabla 9. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Hipomanía (Ma) de MMPI-A.

VARIABLE	HIPOMANIA (Ma)	
	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	61.25	54.29
DESVIACIÓN ESTANDAR	10.740	9.296
t	2.223	
SIGNIFICANCIA	0.032	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala de Hipomanía (Ma) del MMPI-A, existe una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida y la muestra no psiquiátrica que no presenta intento o ideación suicida. Como se aprecia en la escala Ma, las diferencias se hacen más evidentes en la muestra psiquiátrica que presenta intento suicida. Sin embargo, para lo criterios del MMPI-A de la puntuación $T > 65$ no es considerada una escala significativa en ambas muestras.

Tabla 10. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Introversión Social (Is) de MMPI-A.

VARIABLE	INTROVERSIÓN SOCIAL (Is)	
	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	54.00	48.43
DESVIACIÓN ESTANDAR	9.926	10.524
T	1.742	
SIGNIFICANCIA	0.089	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala de Introversión Social (Is) del MMPI-A, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida y la muestra no psiquiátrica que no presenta intento o ideación suicida. De acuerdo también a los criterios del MMPI-A de la puntuación $T > o = 65$ no es considerada una escala significativa en ambas muestras.

Tabla 11. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Problemas Familiares – adolescentes (FAM-A) del MMPI-A.

VARIABLE	PROBLEMAS FAMILIARES ADOLESCENTES (FAM-A)	
	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
CONDICION		
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	65.90	53.05
DESVIACIÓN ESTANDAR	8.220	11.923
T	3.999	
SIGNIFICANCIA	0.000	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala de Problemas Familiares -adolescentes (FAM-A) del MMPI-A, existe una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida y la muestra no psiquiátrica que no presenta intento o ideación suicida. Como se aprecia en la escala FAM-A, las diferencias se hacen más evidentes en la muestra psiquiátrica que presenta intento suicida. Por lo que, de acuerdo a los criterios del MMPI-A de la puntuación $T > o = 65$ se considerada una escala significativa en la muestra psiquiátrica de pacientes con intento o ideación suicida.

Tabla 12. Diferencias entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a la escala Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas (TPAD) de MMPI-A.

VARIABLE	TENDENCIA A PROBLEMAS CON EL ALCOHOL Y/O DROGAS (TPAD)	
	PSIQUIÁTRICA	NO PSIQUIÁTRICA
CONDICIÓN		
N	20	21
MEDIA DE PUNTUACIÓN T	63.25	58.14
DESVIACIÓN ESTANDAR	10.779	11.447
T	1.469	
SIGNIFICANCIA	0.150	

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la escala Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas (TPAD) del MMPI-A, no existe una diferencia entre la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida y la muestra no psiquiátrica que no presenta intento o ideación suicida. De acuerdo también a los criterios del MMPI-A de la puntuación $T > o = 65$ no es considerada una escala significativa en ambas muestras.

Tabla 13. Diferencias estadísticas entre la muestra psiquiátrica con ideación o intento suicida y la muestra no psiquiátrica sin ideación o intento suicida en relación a las Escalas de Contenido y Suplementarias del MMPI-A.

ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS

ESCALAS MMPI-A	GRUPO	N	MEDIA DE PUNTA-CIÓN T	DESVIACIÓN ESTANDAR	t	SIGNIFICAN-CIA
ANS-A	MUESTRA PSIQUIÁTRICA	20	61.75	11.7	2.07	0.04
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	53.95	12.34		
OBS-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	58.9	8.68	2	0.05
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	53	10.02		
DEP-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	65.6	9.9	3.22	0
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	53.61	13.5		
SAU-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	62	10.82	1.54	0.13
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	56.85	10.53		
ENA-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	57.05	7.91	2.14	0.03
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	50.52	11.22		
DEL-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	52.4	12.57	1.69	0.09
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	45.76	12.43		
ENJ-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	62.8	10.17	3.7	0
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	51.04	9.8		
CIN-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	57.7	9.09	4.16	0
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	45.95	8.98		
PCO-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	58.25	13.07	0.81	0.42
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	55.04	12.2		
BAE-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	57.2	11.386	2.13	0.03
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	49.61	11.34		
ASL-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	56.5	10.64	1.13	0.26
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	52.95	9.38		
ISO-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	50.2	9.37	0.39	0.69
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	48.9	11.22		

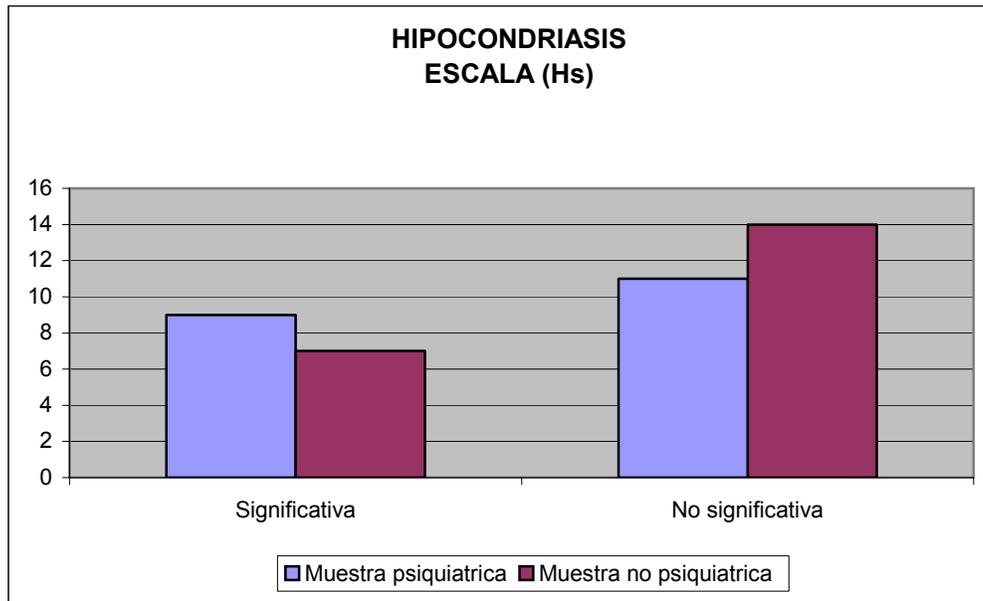
ESC-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	60.5	13.82	1.12	0.26
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	56.33	9.71		
RTR-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	60.15	12.34	2.36	0.02
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	51.14	12.06		
MAC-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	60.55	10.2	1.13	0.26
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	56.8	10.81		
RPAD	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	60.15	11.21	-0.14	0.88
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	60.71	13.88		
INM-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	59.25	11.24	2.21	0.03
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	51.38	11.51		
A-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	61.15	9.21	2.9	0.005
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	51.85	11.11		
R-A	MUESTRA PSIQUIATRICA	20	44.8	6.22	-2.3	0.023
	MUESTRA NO PSIQUIÁTRICA	21	50.85	9.73		

En esta tabla se puede observar que, en cuanto a las escalas de contenido y suplementarias, existe una diferencia estadísticamente significativa en las escalas ANS-A, OBS-A, DEP-A, ENA-A, ENJ-A, CIN-A, BAE-A, RTR-A, INM-A, A-A de la muestra psiquiátrica que presenta intento o ideación suicida en comparación con la muestra no psiquiátrica que no presenta intento o ideación suicida. De igual forma, la escala R-A es estadísticamente significativa pero en la muestra no psiquiátrica en comparación con la de la muestra psiquiátrica. Además, que la media de la escala DEP-A (Depresión en Adolescentes) cumple con los criterios del MMPI-A de puntuación $T \geq 65$ por lo que se consideran escala significativamente patológica en la muestra psiquiátrica.

Tabla 14. Frecuencias y porcentajes de la escala de Hipocondriasis en ambas muestras

HIPOCONDRIASIS (Hs)	Sujetos con Puntuación T > o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	9	45	11	55	20
Muestra no psiquiátrica	7	33	14	67	21
Total	16	39	25	61	41

Gráfica 1. Frecuencias de la Escala Hs en ambas muestras de adolescentes mujeres

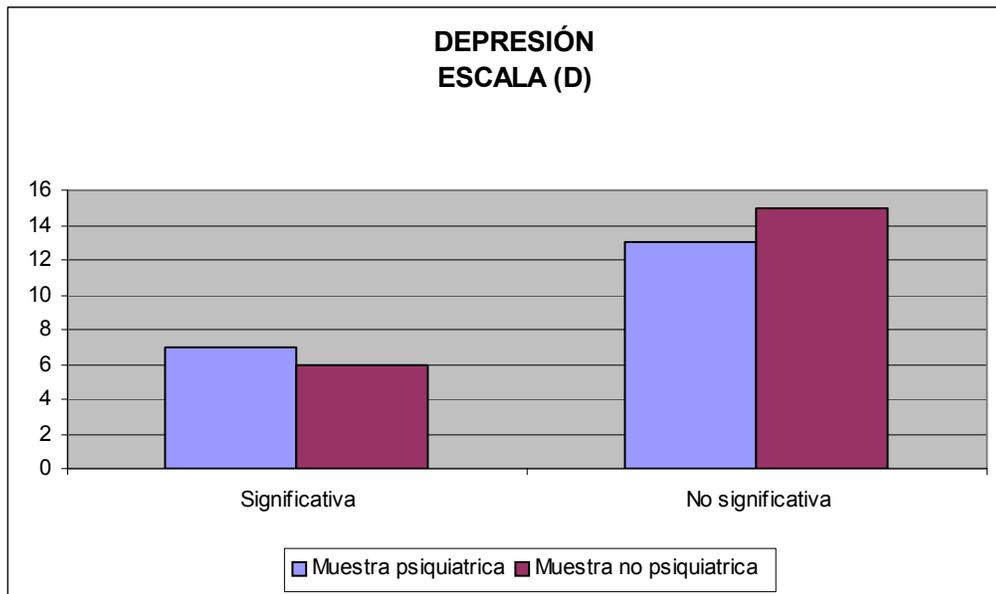


El 45 % (9 pacientes) de la muestra psiquiátrica presenta Hs como escala significativa dentro del perfil del MMPI-A. Sin embargo, en el 67% (14 estudiantes) de la muestra no psiquiátrica no es significativa.

Tabla 15. Frecuencias y porcentajes de la escala de Depresión en ambas muestras

DEPRESIÓN (D)	Sujetos con Puntuación T > o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiatrica	7	35	13	65	20
Muestra no psiquiátrica	6	29	15	71	21
Total	13	32	28	68	41

Gráfica 2. Frecuencias de la Escala D en ambas muestras de adolescentes mujeres

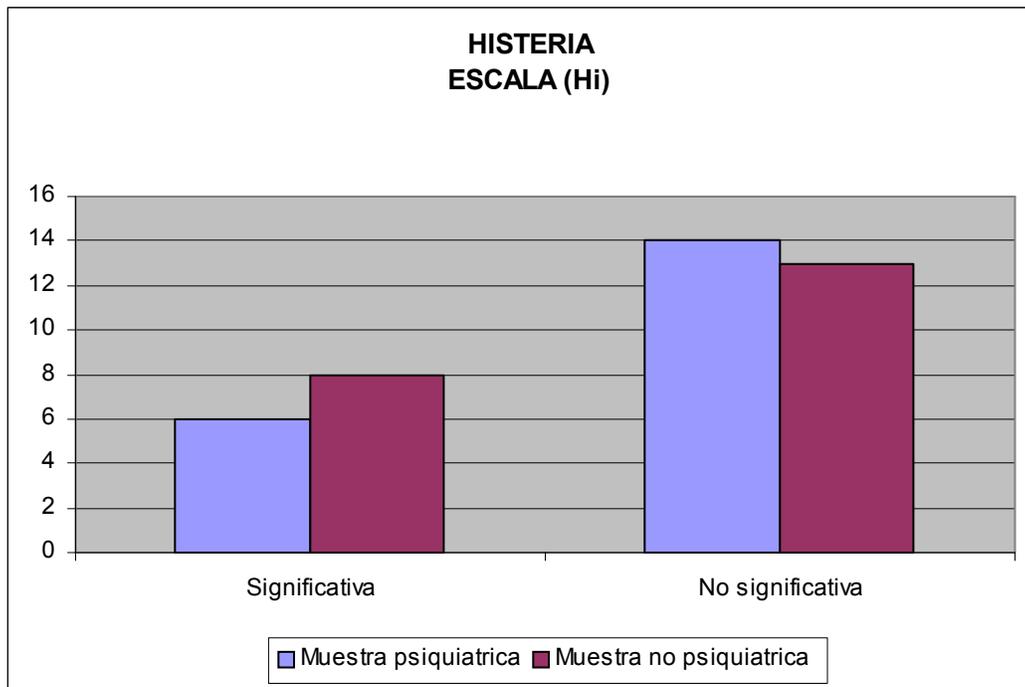


El 35% de la muestra psiquiátrica obtuvo una puntuación significativa de la escala D en el perfil del MMPI-A y sólo 29% de la muestra no psiquiátrica.

Tabla 16. Frecuencias y porcentajes de la escala de Histeria en ambas muestras.

HISTERIA (Hi)	Sujetos con Puntuación T > o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	6	30	14	70	20
Muestra no psiquiátrica	8	38	13	62	21
Total	14	34	27	66	41

Gráfica 3. Frecuencias de la Escala Hi en ambas muestras de adolescentes mujeres

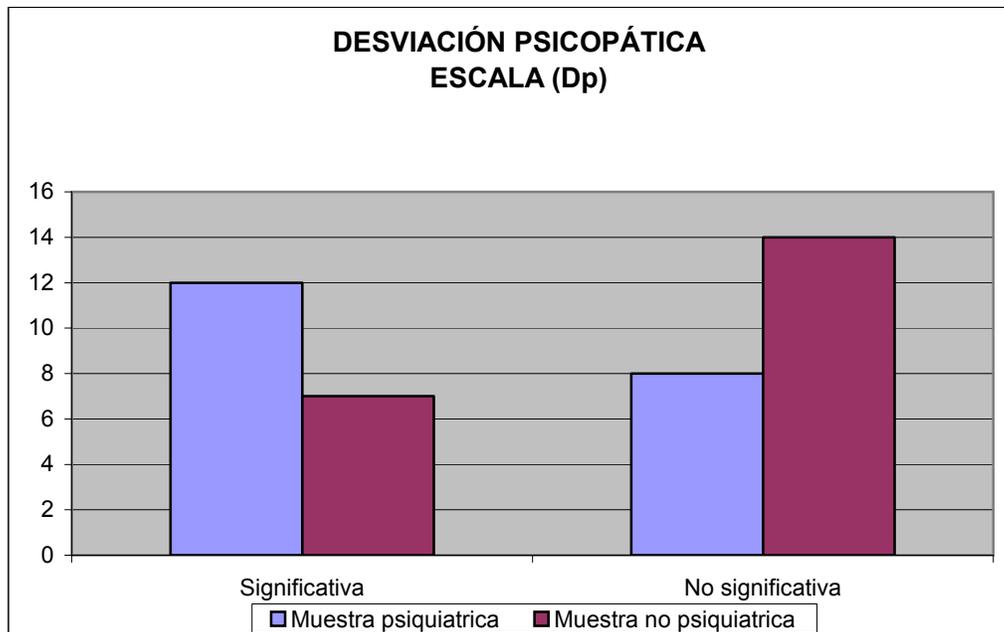


El 38% de la muestra no psiquiátrica presenta una puntuación T significativa de la escala (Hi) en el perfil de MMPI-A mientras que solo el 30% de la muestra psiquiátrica.

Tabla 17. Frecuencias y porcentajes de la escala de Desviación psicopática en ambas muestras.

DESVIACIÓN PSICOPÁTICA (Dp)	Sujetos con Puntuación T > o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	12	60	8	40	20
Muestra no psiquiátrica	7	33	14	67	21
Total	19	46	22	54	41

Gráfica 4. Frecuencias de la Escala (Dp) en ambas muestras de adolescentes mujeres

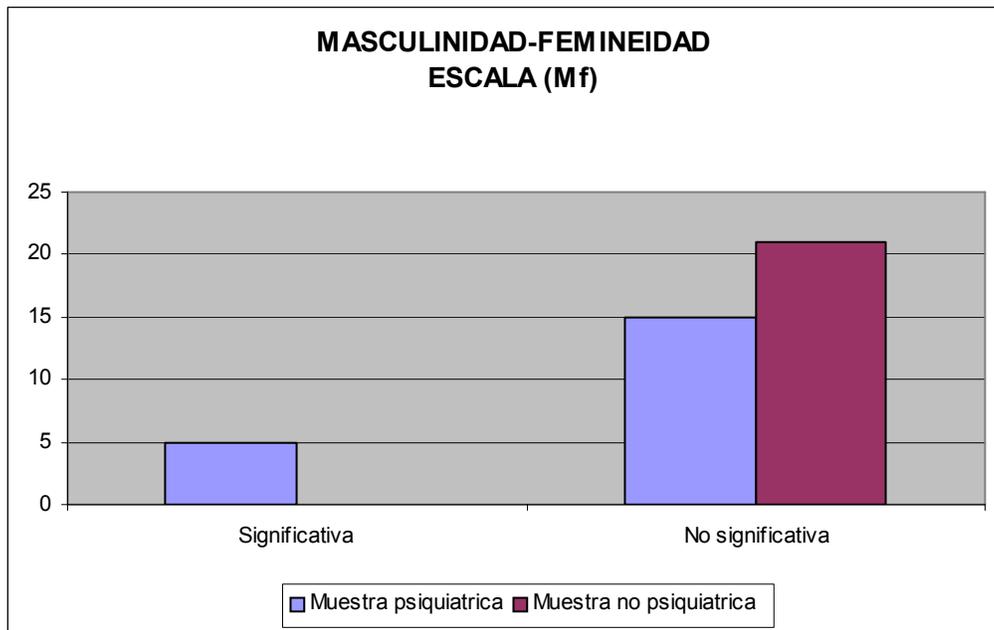


El 60% de la muestra psiquiátrica obtuvo una puntuación significativa de T de la escala Dp en el perfil del MMPI-A y mientras que solo el 33% de la muestra no psiquiátrica.

Tabla 18. Frecuencias y porcentajes de la escala de Masculinidad-Femineidad en ambas muestras

MASCULINIDAD FEMINEIDAD (Mf)	Sujetos con Puntuación T > o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	5	25	15	75	20
Muestra no psiquiátrica	0	0	21	100	21
Total	5	12	36	88	41

Gráfica 5. Frecuencias de la Escala (Mf) en ambas muestras de adolescentes mujeres

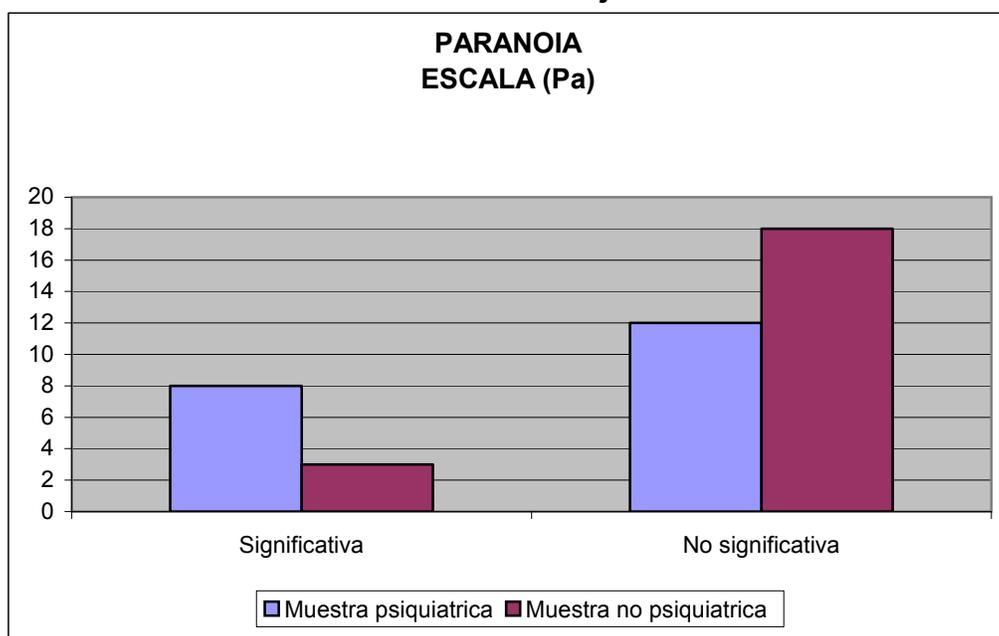


Solo en el 25% de la muestra psiquiátrica presenta una puntuación T significativa en la escala Mf de acuerdo al perfil de MMPI-A y ningún porcentaje en la muestra no psiquiátrica.

Tabla 19. Frecuencias y porcentajes de la escala de Paranoia en ambas muestras

PARONIA (Pa)	Sujetos con Puntuación T > o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	8	40	12	60	20
Muestra no psiquiátrica	3	14	18	86	21
Total	11	27	30	73	41

Gráfica 6. Frecuencias de la Escala (Pa) en ambas muestras de adolescentes mujeres

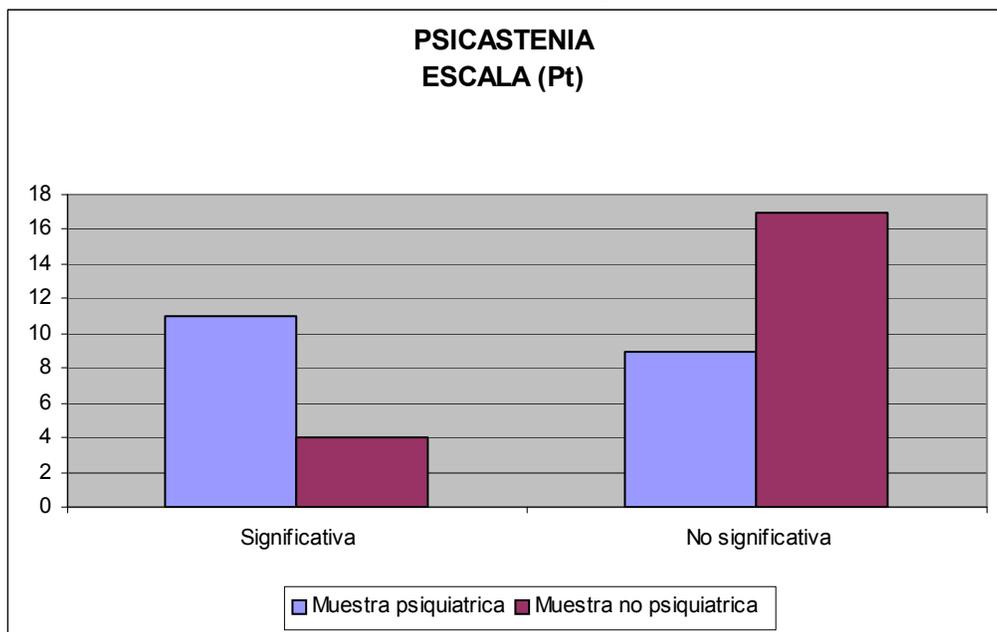


El 40% de la muestra psiquiátrica obtuvo una puntuación T significativa en la escala Pa mientras que en la muestra no psiquiátrica fue del 14%.

Tabla 20. Frecuencias y porcentajes de la escala de Psicastenia en ambas muestras

PSICASTENIA (Pt)	Sujetos con Puntuación T _o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	11	55	9	45	20
Muestra no psiquiátrica	4	19	17	81	21
Total	15	37	26	63	41

Gráfica 7. Frecuencias de la Escala (Pt) en ambas muestras de adolescentes mujeres

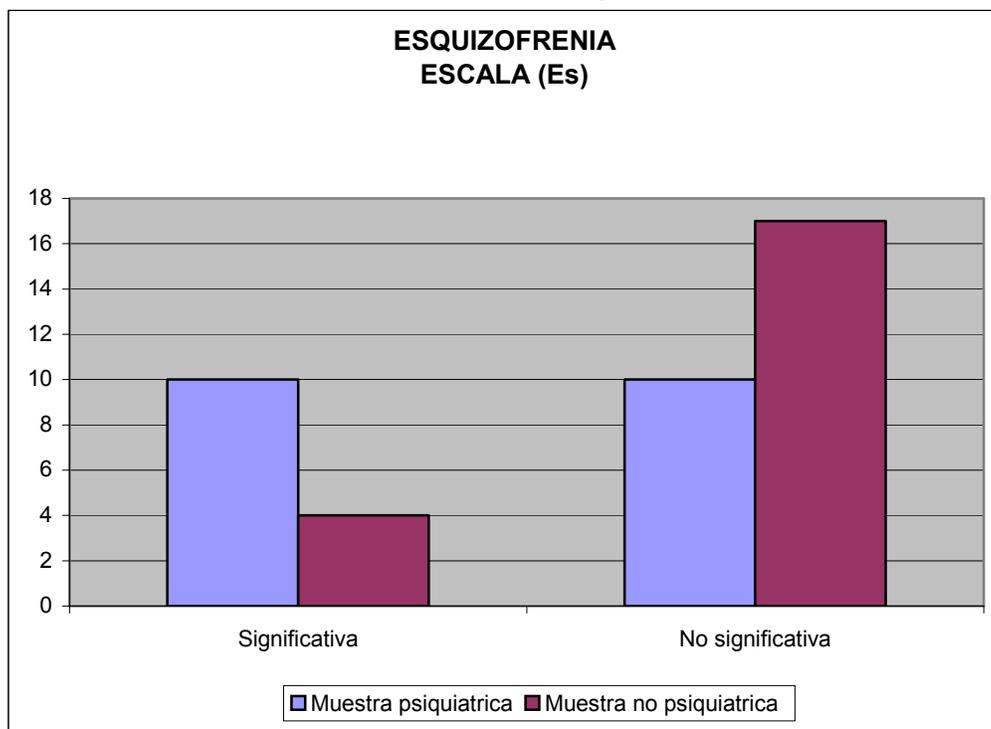


El 55% de la muestra psiquiátrica obtuvo una puntuación T significativa en la escala Pt mientras que en la muestra no psiquiátrica fue del 19%.

Tabla 21. Frecuencias y porcentajes de la escala de Esquizofrenia en ambas muestras

ESQUIZOFRENIA (Es)	Sujetos con Puntuación T > 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	10	50	10	50	20
Muestra no psiquiátrica	4	19	17	81	21
Total	14	34	27	66	41

Gráfica 8. Frecuencias de la Escala (Es) en ambas muestras de adolescentes mujeres

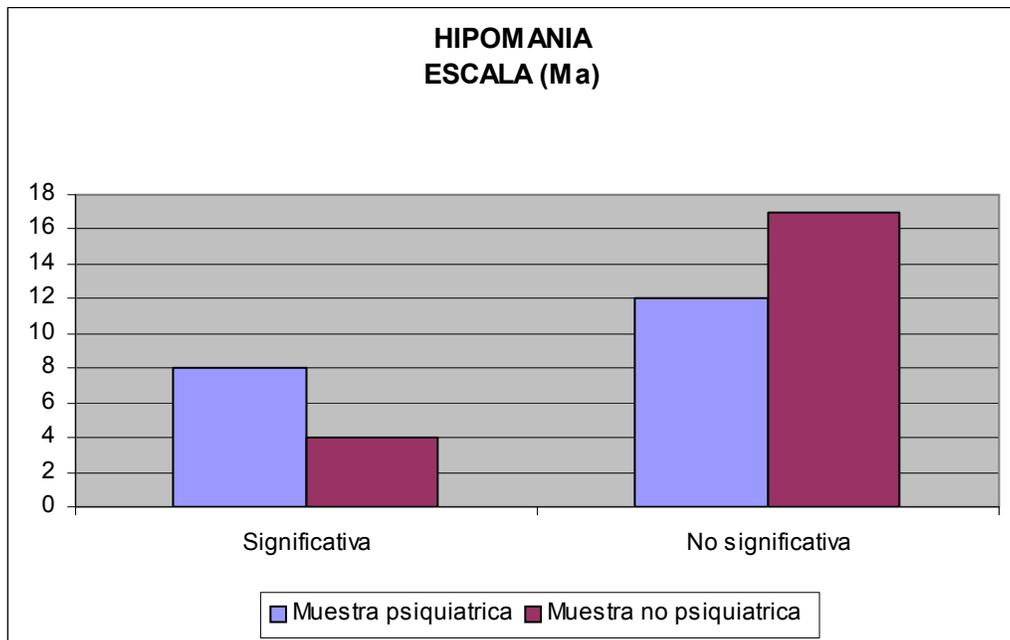


El 50% de la muestra psiquiátrica obtuvo una puntuación T significativa en la escala Es mientras que en la muestra no psiquiátrica fue del 19%.

Tabla 21. Frecuencias y porcentajes de la escala de Hipomanía en ambas muestras

HIPOMANIA (Ma)	Sujetos con Puntuación T > o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	8	40	12	60	20
Muestra no psiquiátrica	4	19	17	81	21
Total	12	29	29	71	41

Gráfica 9. Frecuencias de la Escala (Ma) en ambas muestras de adolescentes mujeres

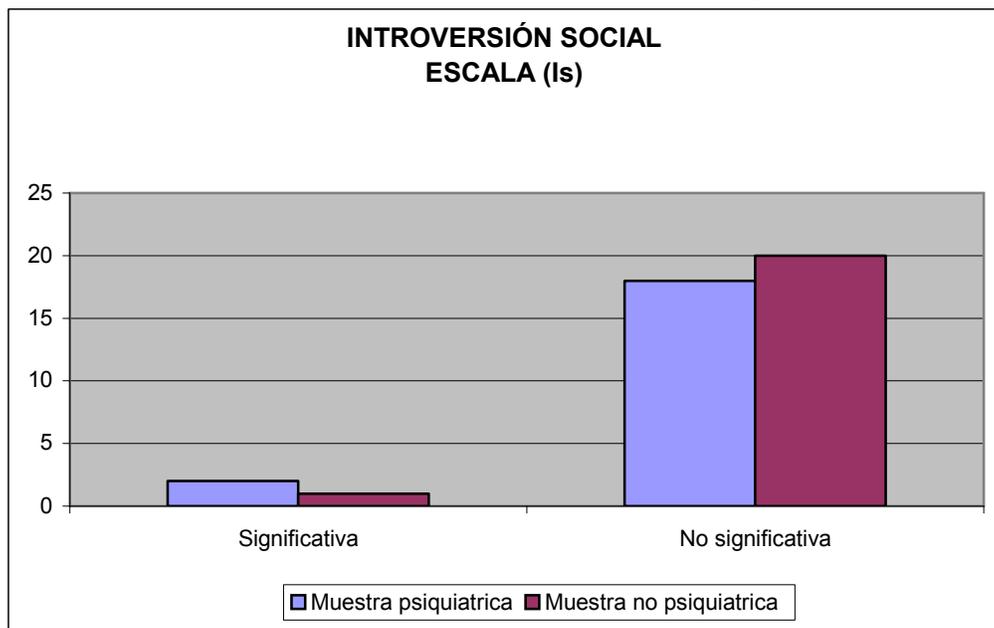


El 40% de la muestra psiquiátrica obtuvo una puntuación T significativa en la escala Hipomanía (Ma) mientras que en la muestra no psiquiátrica fue del 19%.

Tabla 22. Frecuencias y porcentajes de la escala de Introversión Social (Is) en ambas muestras

INTORVERSIÓN SOCIAL (Is)	Sujetos con Puntuación T > o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	2	10	18	90	20
Muestra no psiquiátrica	1	5	20	95	21
Total	3	7	38	93	41

Gráfica 10. Frecuencias de la Escala Introversión Social (Is) en ambas muestras de adolescentes mujeres

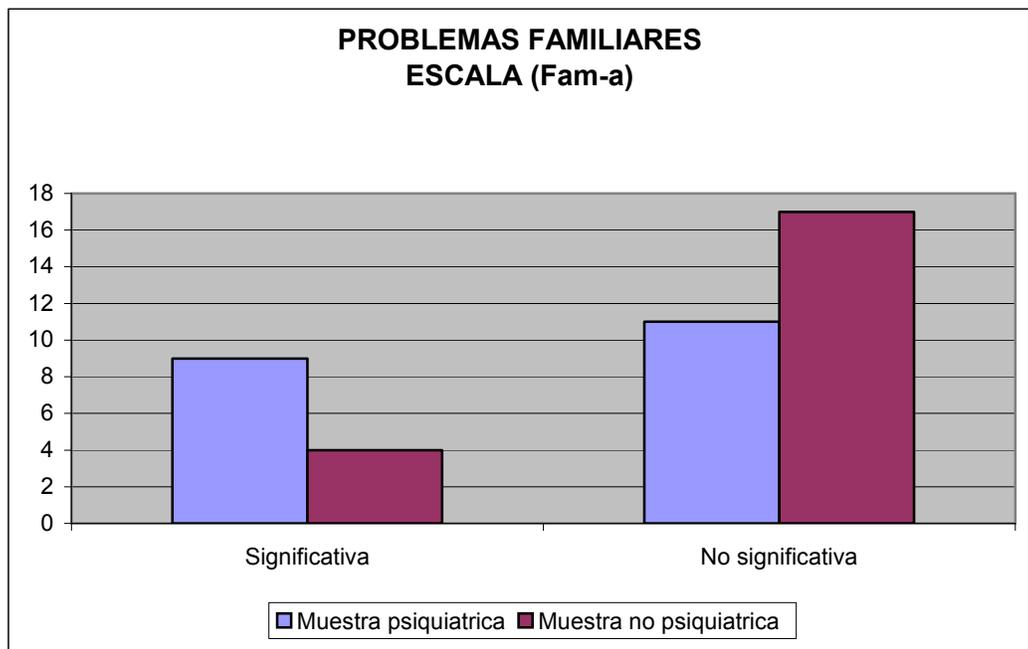


El 10% de la muestra psiquiátrica obtuvo una puntuación T significativa en la escala Introversión Social (Is) mientras que en la muestra no psiquiátrica fue del 5%.

Tabla 23. Frecuencias y porcentajes de la escala de Problemas Familiares en ambas muestras

PROBLEMAS FAMILIARES (Fam-a)	Sujetos con Puntuación T > o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	9	45	11	55	20
Muestra no psiquiátrica	4	19	17	81	21
Total	13	32	28	68	41

Gráfica 11. Frecuencias de la Escala (Fam-a) en ambas muestras de adolescentes mujeres

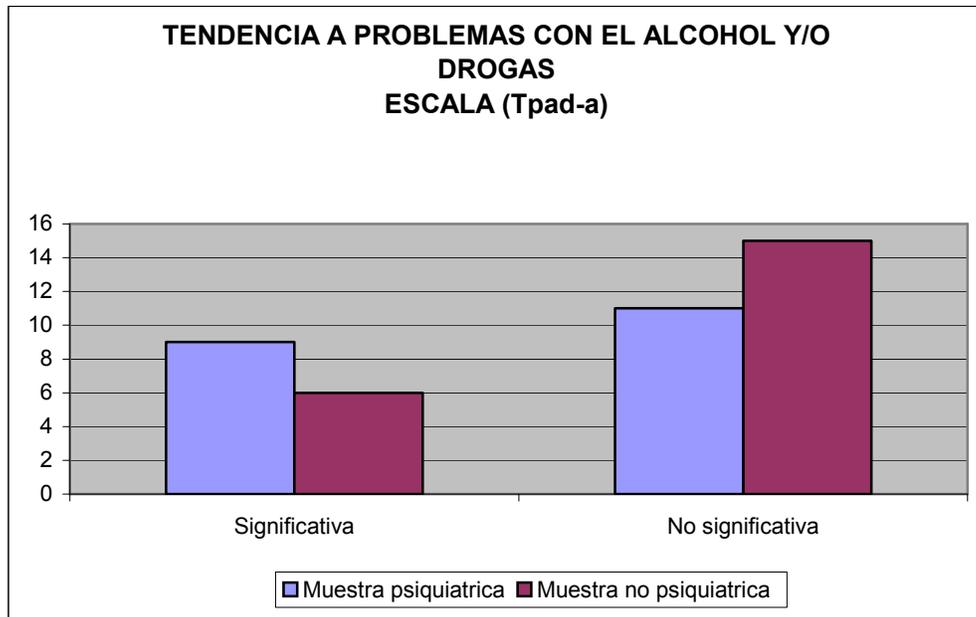


El 45% de la muestra psiquiátrica obtuvo una puntuación T significativa en la escala (Fam-a) mientras que en la muestra no psiquiátrica fue del 19%.

Tabla 24. Frecuencias y porcentajes de la escala de Tendencia a problemas con el alcohol y las drogas en ambas muestras

TENDENCIA A PROBLEMAS CON EL ALCOHOL Y/O DROGAS (Tpad-a)	Sujetos con Puntuación T > o = 65	%	Sujetos con Puntuación T < 65	%	N
Muestra psiquiátrica	9	45	11	65	20
Muestra no psiquiátrica	6	29	15	71	21
Total	15	37	26	63	41

Gráfica 12. Frecuencias de la Escala (Tpad-a) en ambas muestras de adolescentes mujeres

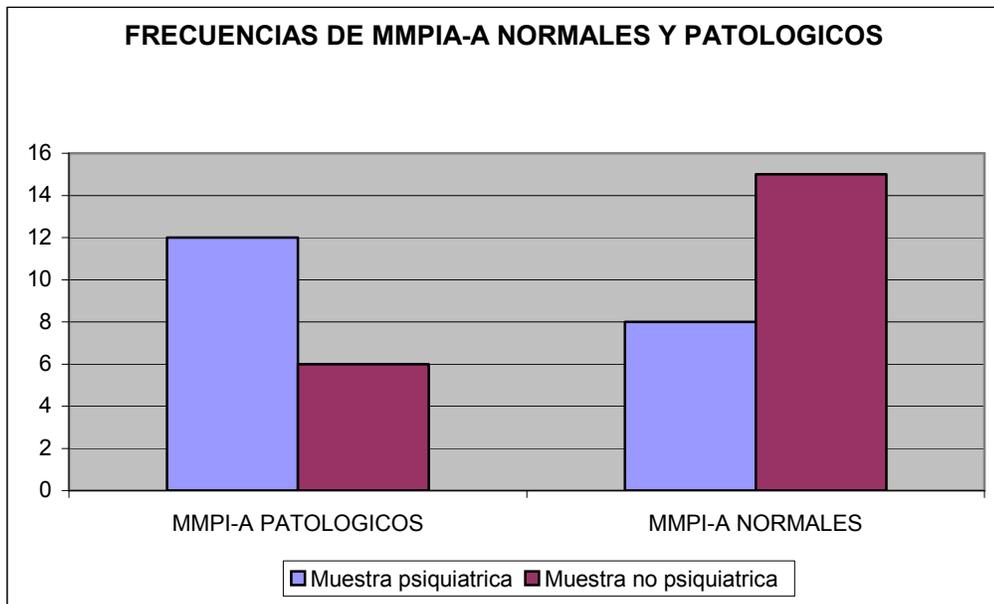


El 45% de la muestra psiquiátrica obtuvo una puntuación T significativa en la escala Tpad-a mientras que en la muestra no psiquiátrica fue del 19%.

Tabla 25. Frecuencias y porcentajes de los MMPI-A normales y patológicos de ambas muestras.

	MMPI-A PATOLOGICOS	%	MMPI-A NORMALES	%	total
Muestra psiquiatrica	12	60	8	40	20
Muestra no psiquiatrica	6	29	15	71	21
Total	18	44	23	56	41

Gráfica 13. Frecuencias de MMPI-A patológicos y normales en ambas muestras de adolescentes mujeres



De acuerdo a los criterios del MMPI-A de 2 o más escalas con puntuación $T \geq 65$ para ser poder considerarse como Inventario patológico en la muestra psiquiátrica se obtuvo un 60% de los perfiles patológicos, es decir, lo que equivale a 12 pacientes psiquiátricos de una muestra total de 20 y un 29% de la muestra no psiquiátrica, es decir, 6 estudiantes de una muestra total de 21.

Para dar respuesta al segundo objetivo de la investigación en el que se plantea “Identificar si existen rasgos de personalidad en común en la muestra psiquiátrica que pudieran conducirlos a presentar intento de suicidio en comparación con la muestra no psiquiátrica que no presenta intención suicida”, se encontró que en la muestra psiquiátrica el factor común de personalidad que predomina es en las escalas de Desviación Psicopática (Dp), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es), Hipomanía (Ma) e Histeria (Hi) siendo éstas las que predominan en todos los perfiles patológicos de la muestra psiquiátrica. Son perfiles homogéneos en cuanto escalas y puntuaciones. En lo que respecta a la muestra no psiquiátrica se encontró como factor común en todos los perfiles patológicos las escalas Histeria (Hs), Depresión (D), Hipocondriasis (Hi) y Desviación Psicopática (Dp). Sin embargo, es importante aclarar que en la muestra no psiquiátrica los perfiles son heterogéneos, ya que, las puntuaciones de T están muy dispersas y disparadas en el caso de las escalas patológicas. (Ver tablas 14-25 y gráficas 1-13)

DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS DEL MMPI-A

Como se comenta al inicio éste capítulo y a manera de resumen, con respecto a las escalas básicas del instrumento de medición, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la muestra psiquiátrica en comparación a la muestra no psiquiátrica; en las escalas de Desviación psicopática (Dp), Masculinidad-Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia(Es) e Hipomanía (Ma). No

habiendo ninguna escala estadísticamente significativa en la muestra no psiquiátrica en lo que respecta a escalas básicas.

En cuanto al resto de las escalas de contenido y suplementarias se encontró una diferencia estadísticamente significativa en las escalas ANS-A (Ansiedad-Adolescentes) , OBS-A (Obsesividad-adolescentes), DEP-A (Depresión-adolescentes), ENA-A (Enajenación-adolescente), ENJ-A (Enojo-Adolescentes), CIN-A(Cinismo-adolescentes), BAE-A (Baja autoestima-adolescentes), RTR-A(Rechazo al Tratamiento), INM-A (Inmadurez-adolescentes), A-A (Ansiedad-Adolescentes) de la muestra psiquiátrica y en la escala R-A (Represión-adolescentes) de la muestra no psiquiátrica. Además de ,que la media de la escala DEP-A (Depresión en Adolescentes) cumple con los criterios del MMPI-A de puntuación $T > 65$, por lo que, se consideran una escala significativamente patológica en la muestra psiquiátrica.

Cabe mencionar que para fines propios de la investigación se tomó de forma independiente las escalas FAM-A y TPAD. Encontrando que en la escala FAM-A si existe una diferencia estadísticamente significativa en la muestra psiquiátrica (pacientes hospitalizadas), con respecto a la muestra no psiquiátrica (estudiantes). Además, de que para los criterios del MMPI-A la escala FAM-A de la muestra psiquiátrica, la media de la puntuación de T es mayor a 65, considerándose como una escala significativa. Sin embargo, con lo que respecta a la escala TPAD no es estadísticamente significativa entre ambas muestras. Ni de acuerdo a

los criterios del MMPI-A de la media de la puntuación T de ésta escala es mayor a 65.

Estos resultados se obtuvieron a través de analizar las diferencias estadísticas de los perfiles entre ambas muestras; la psiquiátrica (pacientes hospitalizadas) y la muestra no psiquiátrica (estudiantes de Bachillerato de CCH), puntuaciones T, porcentajes, frecuencias y correlaciones de las escalas más significativas de los perfiles.

Por medio de estos resultados podemos aceptar las siguientes hipótesis:

Hipótesis de Investigación: Existen rasgos de la personalidad comunes, obtenidos a través del MMPI-A, en la muestra psiquiátrica que presentan intento suicida, en comparación con los adolescentes no hospitalizados, obtenidos a través de una muestra no psiquiátrica.

Hipótesis alternativa (Ha)1: Sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de personalidad, obtenidos a través del MMPI-A, en la muestra psiquiátrica y los perfiles de los adolescentes de la muestra no psiquiátrica que no presentan intento o ideación suicida.

Hipótesis alternativa (Ha)2: En la muestra psiquiátrica con intento suicida si existe predominancia en las puntuaciones de T mayor o igual a 65 en las escalas FAM-A (Problemas familiares-adolescentes) y TPAD (Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas) del MMPI-A

comparadas con las puntuaciones de los adolescentes de la muestra no psiquiátrica que no presentan intento o ideación suicida.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

El suicidio es una conducta multicausal, por lo que, no debemos limitarlo solamente al área de la salud, tiene que ver con el medio ambiente, la familia, normas, abuso de sustancias, influencia de los pares, entre otros; por lo que, se consideró para este estudio, las características más relevantes de los perfiles de las escalas básicas además de las de contenido y suplementarias del MMPI-A, en particular los problemas familiares y la tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas, por considerarse éstas últimas como factores precipitantes combinados con características personales para que los adolescentes

En el caso de los adolescentes, mucho de los factores causales y precipitantes de la conducta, intentos y consumación del suicidio, han estado presentes en todas las épocas y sociedades. Sin embargo, algo grave, digno de preocupación y de atención debe estar pasando en nuestro mundo contemporáneo que paradójicamente una sociedad que ha avanzado, se ha tecnificado y ha incrementado los estándares de salud, longevidad y calidad de vida en general, tiene una mayor proporción de jóvenes que deciden abandonarla por propia mano.

El suicidio es un suceso alarmante en nuestra sociedad. Por ello, los objetivos de esta tesis fueron determinar que características en común o factores de personalidad pudieran presentar aquellos adolescentes

que han tenido algún intento suicida o ideaciones suicidas persistentes, y poder establecer a través de su estudio un perfil común que pueda prevenir esta conducta, comparándose con aquellas poblaciones que no han presentado intentos suicida. Se busca una explicación o características en común.

Es importante mencionar que la muestra psiquiátrica presentó un índice superior de patología en los perfiles obtenidos a través de MMPI-A, es decir, un 60% la muestra psiquiátrica presenta un perfil de personalidad patológico y solo un 29% de la muestra no psiquiátrica presenta un perfil que de acuerdo a los criterios del MMPI-A es considerado patológico. Es decir, contar con dos o más escalas con una puntuación $T > a 65$. Sin embargo, es importante mencionar que de la muestra no psiquiátrica, 6 de los 21 perfiles son considerados patológicos a pesar de que es una muestra a aparentemente “normal”. Las escalas significativamente patológicas que conforma un perfil común en la muestra psiquiátrica son: Desviación Psicopática (Dp), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es), Hipomanía (Ma) Histeria (Hi) en algunos otros Paranoia (Pa). En lo que respecta a la muestra no psiquiátrica se puede observar como factor común en los perfiles patológicos: Histeria (Hs), Depresión (D), Hipocondriasis (Hi), Desviación Psicopática (Dp). Sin embargo, el “perfil común” dentro de la muestra no psiquiátrica se toma a reserva ya que solo el 29% de la muestra lo presentó.

De acuerdo, al patrón de perfiles patológicos de la muestra psiquiátrica se trata de adolescentes que debido a su consistente elevación de la **Desviación Psicopática** se comportan de forma más agresiva e

impulsiva, son adolescentes que corren más riesgos en búsqueda de constantes nuevas emociones correspondientes a la escala de **Hipomanía**, además de presentar preocupación excesiva, quejas somática y negación de problemas lo que corresponde a la escala de **Histeria**, ansiedad y dependencia, así como, ser personas menos convencionales, ya que, presentan dificultades para adaptarse a su realidad recurriendo de forma constante a la fantasía como forma de disociación al no poder enfrentar sus problemas, lo cual, se puede observar en las escalas de **Paranoia** y **Esquizofrenia**, además reportar pensamientos obsesivos y ansiedad. Se caracterizan por ser jóvenes inmaduras con estructura cognitiva frágil, con una capacidad limitada de reflexión, baja autoestima, presentan problemas de conducta, se encuentran enojadas y aisladas emocionalmente de los demás, suelen ser jóvenes arriesgadas y agresivas, lo que las conduce a conductas autodestructivas, en contraste con la muestra no psiquiátricas. Además de que, las adolescentes de la muestra psiquiátrica presentan serios desacuerdos con y entre los padres, así como con otros miembros de la familia, además de tener la auto percepción de que son adolescentes con falta de amor e incompreensión, tienen la creencia de no contar con su familia para problemas serios, esto se observa en la elevación de la escala de **Problemas Familiares**. De acuerdo, a las escalas de contenido, se observó que la escala Depresión en adolescentes (DEP-A) es significativa en este tipo de pacientes, se presentan síntomas de disforia y depresión, pueden percibir un futuro sin esperanzas, tanto en los sujetos de los grupos clínicos, como esta muestra, indica además la presencia de ideaciones y conductas suicidas

Por su parte, los perfiles de la muestra no psiquiátrica, es decir, de aquellas adolescentes que no presentan intento o ideación suicida, en general presentan un perfil dentro de la norma. Estas chicas suelen manifestar algunas quejas psicósomáticas y rasgos depresivos, debido a la transformación que están sufriendo, en ocasiones su autoestima es pobre, ya que, intentan descubrir quienes son, lo cual, puede ser justificable como normal, por considerarse una etapa de cambios físicos, psicológicos y emocionales en la búsqueda de una identidad, por lo que, suelen estar deprimidas sin llegar a una patología. De igual forma, se caracterizan por ser convencionales, gente sumisa que evitan situaciones desagradables, es decir, evitan problemas con los demás. Sin embargo, es importante mencionar que dentro de la muestra no psiquiátrica se obtuvieron 6 de los 21 perfiles, los cuales son perfiles anormales o patológicos, y que comparten como factor común con los perfiles patológicos de la muestra psiquiátrica, estas escalas en común son: Desviación Psicopática e Histeria además de Hipocondriasis. Esto debe ser considerado con cautela, ya que, aunque sólo se representa en un 29% de la muestra total de adolescentes de la muestra no psiquiátrica. En esta muestra no psiquiátrica; están presentes la impulsividad, la agresividad, la preocupación excesiva por la salud y continuas quejas psicósomáticas, características que están igualmente se encontraron en la muestra psiquiátrica y pudiera ser un factor de riesgo en adolescentes que aún no han presentado intento suicida, combinado con otros rasgos de personalidad, factores familiares o sociales que predispongan a esta parte de la población a presentar conductas o ideaciones suicidas.

PROPUESTAS

- Promover la intervención psicológica en los adolescentes con riesgo suicida (ideaciones o intentos), en donde se trabaje principalmente la agresión y el enojo, evitando así que esta carga violenta sea autodirigida e incentivar el adecuado control de impulsos y la tolerancia.
- Brindar tratamientos individual y grupal de orden multidisciplinarios a las familias de adolescentes que tengan antecedentes de intentos de suicidio, con el fin de promocionar un espacio para el manejo de las emociones y sentimientos de cada uno de los miembros de la familia, además de recibir ayuda a los padecimientos clínicos que estos miembros puedan presentar como puede ser el alcoholismo, drogadicción, depresión entre otras patologías y problemáticas propias de familias disfuncionales con antecedentes de miembros con intentos e ideaciones suicidas.
- La formación de escuelas para padres en donde, a través de talleres y conferencias, se brinden información sobre las características encontradas en adolescentes que presentan intentos o ideaciones suicidas, así como los factores desencadenantes de estas conductas y pensamientos, además de los tipos de prevención e intervención.

- A nivel de instituciones, promover los rasgos encontrados como factores de riesgo en adolescentes que presenta intentos suicidas y los que no a fin de identificar cuales son las características que pudieran ser desencadenantes en este tipo de sujetos a fin de conocerlas y prevenirlas.
- Promover centros especializados en conductas suicidas y parasuicidas nivel de tratamiento e investigación.
- Promover alternativas de tratamiento eficientes en la población adolescente, ya que se ha encontrado como característica de este tipo de población que presenta intención suicida que son personas que se rehúsan a buscar ayuda, que presentan altos grados de enojo e ira hacia los demás y que tienden a aislarse, lo que hace más difícil la intervención y manejo en jóvenes.
- Establecer un registro único a nivel estatal y nacional de este tipo de sucesos, ya que no existen fuentes suficientes ni especializadas en suicidios consumados, intentos e ideación, por el temor y vergüenza que existe por los familiares de dar parte de este tipo de conductas, además de que suele catalogarse en algunos casos por instituciones de salud como “accidentes” ya que resulta alarmante que esta parte de la población esté presentando alarmantes incrementos en suicidios consumados e intentos.
- En formación universitaria, primordialmente en las carreras de psicología, medicina, trabajo social y enfermería, incrementar en la

currícula información a los alumnos sobre el suicidio, las características que presentan los adolescentes que han presentado esta conducta, a fin de prevenir y crear conciencia de la gravedad de este problema.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- Se recomienda trasladar investigaciones de este tipo al Estado de Guerrero principalmente a la Ciudad de Acapulco, ya que existe escasa investigación sobre el tema en la sociedad acapulqueña y poder así identificar si existen diferencias sociodemográficas que pudieran ser un factor determinante, ya sea este un protector o un desencadenante, en el perfil de personalidad de adolescentes con intento o ideación suicida.
- Se recomienda la utilización de instrumentos específicos en la medición del riesgo o intento suicida al fin de no sesgar las muestras. En este caso se recomienda la utilización del Inventario de Riesgo de Intento Suicida (I.R.I.S), ya que es creado en la Facultad de Psicología de la UNAM, validado y estandarizado en la población mexicana.
- Para futuras investigaciones sobre el tema, se recomienda aumentar el número de las muestras a investigar.
- Además, es recomendable que se realicen investigaciones comparándose entre ambos géneros, a fin de tener un parámetro de estos perfiles en adolescentes masculinos y femeninos.

Las limitaciones que se encontraron para la realización de esta investigación fueron: la autorización para el acceso a la muestra psiquiátrica, ya que, se convierte en un trámite largo por todo el proceso

que conlleva que el proyecto de investigación sea aceptado por el hospital, ya que, es sometido a un comité de evaluación. La recolección de datos en la muestra psiquiátrica, se consigue de una forma muy lenta, ya que, se buscan características específicas en los participantes, por lo que, se amplió de forma considerable el periodo de recolección de datos en la muestra psiquiátrica. Sin embargo, la muestra quedó conformada por pocos pacientes. Otra importante limitante que presentó esta investigación fue que no se obtuvo la autorización de la unidad de adolescentes varones del hospital, por lo que, sólo quedó conformada por adolescentes mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury A., Knobel M. “La Adolescencia Normal” Un enfoque Psicoanalítico. Ed. Paidós Ecuador. México: 1999.
- Allport, Gordon W. Personalidad. Su configuración y desarrollo. 8ta ed. Ed Herder, Barcelona: 1966, p.47
- Ballesteros, U.A. “Concepto actual de la adolescencia”. Ed. Porrúa. México: 1984.
- Barlow, David. Durand, V Mark. Psicología anormal. Un enfoque integral. , 2da ed, Ed. Thomson. México: 2001.
- Benavides Josette. Di Castro Francesca. “Técnicas de Evaluación de la Personalidad”. Facultad de Psicología. UNAM, México: 1981
- Bloss, Peter. “Psicoanálisis de la adolescencia”. Ed. Joaquín Mortiz. México:1971.
- Bloss, Peter. “The second individuation Process of Adolescence” Psychoanalytic Study of Child.
- Campillo Carlos. Álvarez, Juan. Castillo, Alfredo y De la Fuente. Psicología. Revista. México: Marzo-Abril.
- Cárdenas G. “Diferencias en adolescentes con y sin intento de suicidio en la relación emocional con sus padres”. Ed. Asociación Mexicana de Psicología Social. La Psicología Social en México. Vol.9
- Carvajal, C. “Adolecer: La aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica de la Adolescencia”. Ed. Tiresias. Colombia: 1993.

- Casullo Ma. Marthina. Bonaldi Pablo D. Fernández L, Mercedes. Comportamientos suicidas en la adolescencia. Ed: Lugar. Argentina: 2000. p. 131.
- Cohen, Jozef. Evaluación de la personalidad. 2da, ed. Ed. Trillas. México: 1989.
- Coon, Dennis. Psicología. Exploración y Aplicaciones. 8tva ed, Ed. Thomson Editores, México: 1999.
- Cueli, José y col. Teorías de la personalidad. 3era ed, Ed. Trillas, México: 1999.
- Davidoff, Linda, Introducción a la Psicología. 3era ed, Ed. McGraw-Hill, México: 1999.
- Del Bosque, Suárez C, Arrollo E. Higareda F, Rodríguez H."Psiquiatria-4" Adolescencia: limites entre la normalidad y la anormalidad. Asociación Psiquiátrica Mexicana Ed. Intersistemas. México: 2004.
- Delgado C. "Análisis de la estructura, el ciclo vital y la crisis de las familias de una comunidad". Revista Cubana Medicina Integral 4. Cuba: 2002.
- Dicaprio, Nicolás, S. Teorías de la personalidad. 2da ed, Ed. McGraw-Hill, México: 1989
- Fadiman, James. Franger, Robert. Teorías de la personalidad. Ed. Harla, México: 1979.
- First, Michael. Frances, Allen. Pincus H. Alan. Manual de diagnóstico diferencial. DSM-IV-TR. Ed. Masson., Barcelona: 2002.
- Fuentes M. Et al. "Ámbitos de la Familia. Nuevas estructuras. Jefatura femenina. Intolerancia y Violencia. Políticas Publicas. Día Internacional de la Familia". DIF. Colegio de México. UNICEF. México:1997.

- García E. “Estudio descriptivo de pacientes hospitalizados en la Unidad de Adolescentes Varones del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr., Juan N, Navarro” a través del Servicio de Psicología. Trabajo presentado en las Jornadas Académicas y de Investigación XXXVIII. México: 2004.
- González –Forteza y Col. “Indicadores Psicosociales Predictores de Ideación Suicida en dos Generaciones de Estudiantes Universitarios”. Salud mental. Vol. 21 Núm. 3. México: 1998.
- González-Forteza. “Violencia Familiar e Intento de Suicidio”.Seminario Niñez, Adolescencia y Género. Una propuesta desde la educación y la Salud por la no violencia. Memorias.
- Herrera Santi y cols. “La familia funcional y disfuncional, Un indicador de Salud”. Revista Cubana Medicina Integral 13. Cuba:1997
- INEGI, Estadísticas de intentos de suicidio y suicidio. Cuaderno 10. México: 2004.
- Kaplan, Harold I. Sadock, Benjamin J. Compendio de Psiquiatría. 2da ed, Ed, Salvat, México: 1993.
- Klein, M. Envidia y gratitud y otros trabajos. Vol. 3, Ed. Paidós. Barcelona: 1988
- Mancilla G. “Análisis y/o comparación de la teoría de Peter Bloss en una población Mexicana” Tesis de maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM. México: 2001.
- Madrigal Eduardo. “Suicidio. Adolescencia” Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. Ed. Revista Medica. México: Enero-Junio 2004.
- McClintic, J. R. “Fisiología del Cuerpo Humano”. Ed. Limusa. México: 1989.

- Mc Kinney, J. “Psicología del desarrollo: edad adolescente”. Ed. Manual Moderno. México: 1982.
- Minuchin S. “Familias y Terapia Familiar”.Ed. Gedisa. México:1994.
- Morris, Charles. Maisto, Albert. Introducción a la Psicología. 10ma.ed, Ed Pearson Educación, México: 2001.
- Libert, Robert. Personalidad, Temas y estrategias. 8tva ed., Ed Thomson, México: 1999, p.5.
- Lucio G. Emilia. “Adolescencia y Estrategia del MMPI-A”.Adolescencia Normal Curso-Taller. UNAM. Facultad de Psicología. México: 2006.
- Lucio G, Emilia. “Un modelo integral en la evaluación y tratamiento del Adolescente”. Facultad de Psicología. UNAM., Ed. División de Educación Continua,.Curso-Taller. México: 2000.
- Lucio, Emilia y Col. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para adolescentes. Manual para la aplicación y calificación. Ed. Manual Moderno. México: 1998.
- López, L. E y Cols. “La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias toxicas” Resultados de una encuesta en la población femenina. Salud Mental. Vol.18 Núm. 4. México: 1995.
- Loza C, Susana “Factores de la personalidad y sucesos de vida estresantes en adolescentes con intento suicida”. Facultad de Psicología, UNAM, México: 1998 Biblioteca Central.
- Ocampo A, Gloria. Tejeda G. Alicia. “Estudio comparativo de algunos rasgos de personalidad (...)”. Facultad de Psicología, Biblioteca Central, UNAM, México: 1998
- Ortiz A. “Psicología de lo masculino. Aspectos psicológicos de la masculinidad. Instituto de Investigación Psicología Clínica y Social. A. C, México: 1987.

- Ortiz Gómez. “La Salud Familiar” Revista Cubana Medicina Integral 15. Cuba:1999.
- Papalia, Diane. “Desarrollo Humano”. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México:1995.
- Pérez.. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?. Organización Mundial de la Salud. México: 2002.
- Sánchez B. Suicidio un marco de referencia general en Jalisco. Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio y Primer Simposio Internacional. México: 1994.
- Sarró B., De la Cruz. “Los Suicidios”. Ed. Martínez Roca .S.A. Barcelona: 1991
- Uriarte, Víctor. Psicopatología, 2da ed, Ed. Independiente. México: 1997.
- Vallejo, Ruiloba J. Gastó, Ferrer C.”Trastornos afectivos: ansiedad y depresión” Ed, Masson, Barcelona: 1999, pp. 678-679.
- Villagordon G, Lourdes. El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Ed. Universidad de Deusto. España: 1993.p 160
- Villar A. “Suicidio en niños y adolescentes” Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente. México: 2002.
- Villatorio V. “ La relación padre- hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes” Salud Mental. Vol 20. Núm. 2. México:1997

ANEXOS

1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL

“Dr. Juan N. Navarro”

México. , D.F a ____de____del 2006

P. Psic. Irma Berenice Vega Ferrusca.
Responsable de la Investigación.
PRESENTE.

Por medio de la presente autorizo que el (la) paciente de nombre:_____sea evaluado (a) con los instrumentos psicológicos pertinentes. Así como de que a partir de los resultados obtenidos en dicha evaluación se establezca un diagnóstico y sea utilizado como información con fines clínicos de investigación.

Estoy informado (a) que mi paciente no corre ningún riesgo físico ni psicológico durante su proceso de evaluación y diagnóstico, de la misma forma estoy enterado (a) de que su identidad será protegida durante la investigación.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

2. CUESTIONARIO DE INDICADORES DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA (CIR)

Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida¹¹⁷

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: _____

Instrucción: Analiza cada pregunta y responde, con sinceridad, la alternativa que más se aproxime a tu situación real. GRACIAS.

1. ¿Te has sentido atormentado(a), angustiado(a), desesperanzado(a) con intensidad en estos últimos 8 meses?
Sí _____ No _____
2. ¿Has realizado algún intento suicida alguna vez en tu vida?
Sí _____ No _____
3. ¿Toda la vida he tenido dificultad para manejar la ira y una gran rapidez para estallar de furia?
Sí _____ No _____
4. ¿En tu familia alguien ha realizado un intento suicida?
Sí _____ No _____

¹¹⁷ Wilfredo Guibert Reyes Especialista en Psicología de la Salud. Policlínico Docente "Reina".
Master en Psicología Clínica.
Eloísa R. Del Cueto de Inastrilla: Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
Policlínico Docente "Reina".

5. ¿Has tenido ideas, fantasías o deseo de matarte o hacerte daño en este último año?
Sí _____ No _____
6. ¿Alguna vez has elaborado planes concretos para matarte en el último año?
Sí _____ No _____
7. ¿Con frecuencia piensas que los demás estarían mejor sin ti?
Sí _____ No _____
8. ¿Con frecuencia te dan impulsos emocionales?
Sí _____ No _____
9. ¿Te sientes desilusionado con tu vida actual y con dificultades para cambiarla?
Sí _____ No _____
10. ¿Te sientes solo(a) y aislado(a) en los últimos tiempos?
Sí _____ No _____
11. ¿Te has sentido triste, sin deseo de nada y pesimista durante varios días o más de una vez en este último año?
Sí _____ No _____
12. ¿Te sientes molesto(a) por no responder con igual intensidad a agresiones psicológicas y/o físicas que otras personas te hacen?
Sí _____ No _____
13. ¿Tienes alguna persona con la cual compartes tus problemas íntimos, tus conflictos y preocupaciones, al menos una vez al mes?
Sí _____ No _____

Este cuestionario recoge variables epidemiológicas generales como: sexo, edad, raza, estado civil y escolaridad, y variables indicadoras de los factores psicosociales esenciales de riesgo de la conducta suicida

como son: desesperanza y culpa (ítems 1 y 9), depresión mayor (ítems 7 y 11), impulsividad (ítems 2 y 8), hostilidad (ítem 12), falta de apoyo social y familiar (ítems 10 y 13), presagio, amenaza o proyecto suicida (ítems 5 y 6), antecedentes de suicidio familiar (ítem 4) y antecedente personal de intento suicida (ítem 2).

Las variables complejas fueron operacionalizadas de la manera siguiente:

- Persona sin apoyo social y familiar: Vivencia de soledad y de falta de apoyo emocional con independencia de la convivencia con otras personas.
- Sentimiento de desesperanza y culpa: Este sentimiento comprende sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa o de que ocurra algo que pudiera cambiar la realidad existente, con pasividad del sujeto.
- Intento suicida previo: Haber realizado un intento de matarse anterior al momento de la evaluación con el cuestionario, aunque no haya sido registrado en las estadísticas sanitarias.
- Presagio, amenaza o proyecto suicida: Sujeto que ha tenido y tiene deseos de matarse y ha presagiado, amenazado y preparado planes concretos para hacer realidad sus ideas.
- Impulsividad: Vivencia del sujeto de no tener control de la intensidad de sus emociones con desequilibrio entre sus procesos de excitación e inhibición ante la tensión psíquica mantenida.
- Hostilidad: Sentimientos de resentimientos hacia otros, producto de inhabilidad para expresar la agresión recibida.