

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ¹²

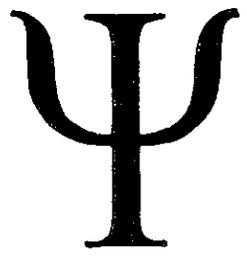
FACULTAD DE PSICOLOGIA ^{2ej}

FACTORES DE PERSONALIDAD Y SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A :
GEORGINA SUSANA LOZA CANALES

DIRECTOR DE TESIS: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO.

COMITE DE TESIS: DRA. AIDA RODRIGUEZ.
MTRA. CRISTINA HEREDIA.
MTRA. AMADA AMPUDIA.
MTRA. LIZBETH VEGA.



MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

265719



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

La realización de éste trabajo fue posible gracias al apoyo del proyecto **DGAPA/PAPIIT No. IN301397**; y del **Hospital General Centro Médico La Raza**, a través del Departamento de Investigación y Enseñanza, con la autorización del proyecto No. 45 (970465).

AGRADECIMIENTOS

...Enseñanos a ver lo que es la vida,
-para que así tengamos un corazón prudente-

Llévanos de tu amor por la mañana,
-para que así vivamos alegres y dichosos-...

Gracias por tu amor infinito

Salmo 90

Papá, Mamá y Clau:

Hoy he comprendido que la familia nos determina,
nos hace seres oscuros o brillantes, débiles o fuertes...

¡Gracias por hacerme feliz!
Este trabajo es para ustedes, LOS AMO!!

Fer:

Tu compañía a lo largo del camino fue un oasis de paz en los momentos
difíciles.

Te agradezco la constante entrega y comprensión
¡Cuentas con mi amor!

A mi **familia Canales**, especialmente a mis primos, porque sin saberlo
descubrimos que al estar unidos somos más fuertes.

¡Muchas gracias por tantos momentos de alegría!
Andy, Misseline, Erika, Carlos, Adriana, Dany, Mónica y Gerardo

**AGRADEZCO A USTEDES QUIENES ENRIQUECIERON CON SUS APORTACIONES ESTE TRABAJO
(T DE PASO A MI)**

**A la Dra. Emilia por su interés y apoyo, pero sobre todo por confiar en mí
!lo logramos!...**

**A ti Cristy que siempre me escuchaste, brindándome tu confianza y tus
conocimientos. ¡Mil gracias!**

**A la Dra. Aida, no cabe duda que la diversidad crea la riqueza.
¡Gracias por ser tan accesible!**

**A ti Amada porque has estado conmigo en muchos momentos,
especialmente en los difíciles y no sólo en esta tesis...
¡Muchas gracias, tienes mi cariño!**

**A la Mtra. Lizbeth por sus aportaciones metodológicas y sus palabras de
aliento, ¡Gracias!**

**Al Dr. Jesús Padilla. Has sido pieza fundamental para el desarrollo del
trabajo... Me enseñaste a transmitir optimismo a quienes lo necesitan.
¡Gracias por brindarte a ellos y a mí!**

**Al Dr. Carlos López Elizalde por su apoyo y por abrirme las puertas de esa
gran Institución, El Centro Médico la Raza.
¡Gracias!**

A Consuelo por tu GRAN ayuda y por compartir tu esperanza, ¡Gracias!

A TODOS MIS AMIGOS, PORQUE HAN ESTADO CONMIGO DEMOSTRANDOME EL SENTIDO DE LA VIDA

A Lupita, Becky, Iliana, Martha, Pily, Coco, Javier, Silvia, Claudia, Abraham, Gaby, Mirna, Fanny, Fito, Ale, Loren, Padre Agustin, Padre Mario y Padre Adelio. ¡Gracias a cada uno por su interés y cariño!

A Mariel, Lulú, Emilia, Rosaura y Vicky.

Porque juntas compartimos el esfuerzo por ser mejores mujeres y psicólogas.

¡Muchas gracias por tantos buenos momentos de compañía, reflexión y entusiasmo!

A mis compañeros de la Maestría Amparo, Eugenio, Nicolas, Ariadna, Cristina y Vicente.

¡Gracias por el intercambio de opiniones y de situaciones profundas!

A mis profesores:

¡Gracias Dr. Mario Cicero por abrirme la consciencia y por compartir su interés en la conducta humana!

Dr. Jorge Cappon bajo tu apoyo he despejado algunas incognitas. Has dejado huella. ¡Gracias por tu entrega!

ÍNDICE

Resumen

Introducción.....I-III

Capítulo I

Antecedentes.....1

Capítulo II

Intento De Suicidio.....17

- * ¿Qué es el suicidio?.....17
- * Diferencia entre intento y suicidio consumado.....22
- * Adolescentes suicidas.....24
- * Relaciones disfuncionales.....25
- * Indicadores psicosociales27
- * Previniendo suicidios adolescentes.....29

Capítulo III

Sucesos de vida estresantes.....32

- * Antecedentes.....32
- * Estrés.....33
- * Factores que predisponen al estrés.....35
- * Estrategias de enfrentamiento.....36
- * Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida....38

Capítulo IV

Personalidad.....40

- * Definición.....40
- * Teorías de la personalidad.....42
- * Modelo de los cinco factores47
- * Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A).....49

Capítulo V

Adolescencia	54
* Preadolescencia.....	56
* Adolescencia Temprana.....	56
* Adolescencia Propiamente dicha.....	57
* Adolescencia Tardía.....	58
* Post adolescencia.....	58
* Concepto de Normalidad y Patología en la adolescencia.....	59
* Área Sexual.....	61
* Área Cognoscitiva.....	61
* Área Social.....	62
* Área Familiar.....	63
* Destructividad en la adolescencia.....	65

Capítulo VI

Metodología	67
* Objetivos	67
* Planteamiento del problema.....	67
* Variables	67
* Estudio	68
* Diseño	68
* Sujetos	69
* Hipótesis	70
* Escenario	72
* Instrumentos	72
* Criterios de exclusión e inclusión	76
* Procedimiento	79
* Análisis de datos	81

Capítulo VII

Resultados	82
* Interpretación MMPI-A de la muestra clínica.....	82
* Interpretación MMPI-A de la muestra normal.....	83
* Ejemplo A (muestra clínica).....	85
* Ejemplo H (muestra normal).....	88
* Subescala Ideación Suicida	90
* Respuestas al área Sociodemográfica	93
* Sucesos de Vida Estresantes	97
* Entrevista Semi-estructurada	98
* Análisis Estadístico	99
* Prueba t	99
* Xi-Cuadrada	101
* Coeficiente de Correlación Spearman.....	102

Capítulo VIII	
Discusión	103
* Diferencias de personalidad.....	104
* Diferencias estadísticamente significativas MMPI-A.....	105
* Diferencias en los Sucesos de Vida Estresantes.....	106
* Prueba Xi-Cuadrada	107
* Respuestas al área sociodemográfica	108
* Correlación entre Sucesos de Vida Estresantes y MMPI-A.....	109
* Entrevista	113
 Capítulo IX	
Conclusiones, Limitaciones y Sugerencias	116
 Referencias	119
 Apéndice	120

RESUMEN

Los **objetivos** de la investigación fueron, primero identificar los factores de personalidad y sucesos de vida estresantes que pudieran conducir a los adolescentes a presentar un intento de suicidio, y segundo comparar una muestra de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, con una muestra de adolescentes que no han intentado suicidarse.

El estudio se realizó con **dos muestras**. La muestra clínica conformada por adolescentes que intentaron suicidarse y la muestra normal constituida por adolescentes que no presentaron antecedentes de intento suicida, ambas de 38 sujetos con edades que fluctuaron entre 14 y 18 años; todas las adolescentes fueron de sexo femenino; compartieron características sociodemográficas similares, así como el nivel socioeconómico.

Fue un estudio descriptivo, comparativo, *expost-facto*, de campo; realizado con dos muestras independientes. Como **instrumentos** se utilizaron el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A), El Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida y una Entrevista Semiestructurada.

En los resultados se encontraron **diferencias de personalidad entre las muestras**. Las chicas con intento suicida poseen rasgos de agresión y depresión, se sienten solas e incomprendidas, su estructura interna es frágil y sus recursos para enfrentar los conflictos son reducidos. Las jóvenes de la muestra normal, se encuentran preocupadas por su salud o incluso en ocasiones se entristecen, sin embargo se mantienen adaptadas y sus conductas son las esperadas para la etapa adolescente.

Las adolescentes de la muestra clínica reportaron más sucesos de vida estresantes que las adolescentes sin intento de suicidio, sobre todo los pertenecientes a las áreas de relaciones familiares y escolar, como son *"separación o divorcio de mis padres, tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos, me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela, reprobé o repetí año escolar"* entre otros; por lo tanto **las chicas que intentaron el suicidio manifestaron más indicadores de estrés**.

Se considera que la investigación generó **aportaciones** importantes; como la identificación del enojo en la dinámica suicida, sobre todo con adolescentes, ya que regularmente se asocia a la depresión con los suicidas, no obstante el enojo y su expresión juegan un papel determinante en el riesgo para cometer suicidio; otra contribución rescatable del estudio fue el análisis unificado de la personalidad y los indicadores de estrés, ya que no existen antecedentes al respecto.

Se **sugiere** una línea de intervención psicoterapéutica para los adolescentes con intento de suicidio, en la cual se deberá trabajar con el enojo, el control de impulsos, la depresión y por último, será fundamental promover en el adolescente la planeación de su proyecto de vida, a través del cual establezca y logre objetivos que le permitan reconocer sus capacidades, lo cual incrementará sus motivos para vivir.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la humanidad el suicidio ha estado presente en todas las culturas y en diversos personajes que han pasado a la historia; por mencionar solamente a algunos se recuerda el caso de Cleopatra, quien puso fin a sus días haciéndose picar por un áspid; Demóstenes al sentirse perdido, antes que dar a sus verdugos el placer de asesinarlo, se envenenó en el templo de Neptuno; también Vincent Van Gogh pintor holandés, a los 37 años y después de una tormentosa vida se dio un tiro con una pistola (Moron 1987).

El suicidio y el intento del mismo son conductas sumamente impactantes y las repercusiones no se hacen esperar en todas las áreas del individuo. Sin embargo desafortunadamente se ha investigado poco respecto al tema en nuestro país, en donde cada día se incrementa la conducta suicida. La mayoría de los estudios se han realizado en otros países y las características de la población difieren en grandes aspectos (Gómez y Borges, 1996). Existen algunos estudios epidemiológicos (González-Forteza, Jiménez y Gómez 1995; De Wilde, Kienhorst y cols. 1992; Nordström, Schalling y Asberg 1995; Kittler y Parker 1996; Levy, Jurkovic y Spirito 1995), no obstante es necesario realizar investigaciones de tipo clínico que nos permitan lograr otra percepción del problema.

Algunos datos en la República Mexicana refieren que durante 1994 se registraron el total de 2215 suicidios consumados y 153 intentos de suicidio, siendo el Distrito Federal el de mayor porcentaje. De estos intentos se reportó como causa principal disgustos familiares, la mayoría ocurrieron en el mes de julio, 81 fueron hombres y 72 mujeres, la mayor parte fueron casados sin hijos y casi todos utilizaron como método el envenenamiento. (INEGI, 1995 pp.66).

El suicidio y su intento son conductas de un continuo, sin embargo en el **suicidio** el sujeto busca la muerte, mientras que en el intento manipula con ella; *"el intento de suicidio hace referencia al hecho de vivir una conducta autodestructiva y no morir"*

(Sánchez, 1994) o bien en palabras de Stengel (1973) *"un intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio inflingido con intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga"*.

Coleman, Butcher y cols. (1980) aseguran que el 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto a su malestar; sus intentos tienen que ver con ingestión mínima de drogas o un corte leve, normalmente arreglan las cosas para que se pueda intervenir a tiempo, aunque algunas veces se sale de control; sin embargo es necesario prestar atención a cualquier gesto suicida.

Una época de riesgo para cometer un intento suicida es la adolescencia, debido a los cambios que experimenta el muchacho (Pinto, McCoy y Whisman 1997; González-Forteza, Jiménez y Gómez 1995; Capuzzi y Golden 1988), ya que representa un tiempo difícil lleno de desafíos. Blos (1971) afirma que existe cierta semejanza entre los trastornos adolescentes y los pacientes que atraviesan períodos de duelo por problemas amorosos, debido a que el equilibrio interno que se había alcanzado durante la niñez, se debe abandonar para permitir la integración de la personalidad adulta, lo cual establece una pérdida y con ello el desajuste, que a su vez puede conducir a la manifestación de múltiples alteraciones conductuales.

Es necesario puntualizar que en la literatura se menciona la influencia de los sucesos de vida estresantes como detonadores de la conducta suicida (Barrera, Gómez y cols. 1993; Farmer y Creed 1989; Gisper, Wheeler y cols. 1985). Se sabe que el estrés es una reacción de alarma, que ocurre cuando "algo" esta rompiendo el equilibrio, o saliendo de control; debido a ésto es que ante la presencia de un suceso de vida estresante, puede presentarse una reacción fatal por parte del individuo, por lo tanto resulta importante identificar ¿qué sucesos estresantes vive el adolescente? y ¿cómo influyen estos sucesos estresantes en la conducta del chico?.

Ahora bien, ¿de qué depende que ante el mismo acontecimiento cada persona responda en diferentes direcciones?... es probable que sea determinado por la

personalidad, ya que es la forma característica en que un individuo piensa y se comporta al irse ajustando a su medio ambiente; por lo tanto necesitamos averiguar los rasgos de personalidad de estos individuos.

Se puede describir la personalidad por su posición en un número determinado de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo, por lo cual necesitamos un instrumento psicológico que evalúe los rasgos en un grupo de sujetos que funcionen como norma estadística, de modo que al aplicarlo a una persona sea posible definir que tanto posee de algún rasgo en particular, es decir el individuo es descrito cuantitativamente en relación a ciertos rasgos comparados con otros sujetos (Pérez y Farías, 1995).

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) cubre los requisitos, mide rasgos de personalidad y nos indica que tanto posee un individuo dicho rasgo en comparación con otras personas. (Lucio, Ampudia y Durán en prensa).

Los objetivos del presente trabajo consistieron en identificar los factores de personalidad y sucesos de vida estresantes que pudieran conducir a los adolescentes a presentar un intento de suicidio y comparar una muestra de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, con una muestra de adolescentes que no han intentado suicidarse.

ANTECEDENTES

El intento de suicidio es una conducta sumamente impactante, y las repercusiones no se hacen esperar en todas las áreas del individuo, puesto que representa el nivel precedente al suicidio consumado. Dicho acto podría ser contrario a una parte importante de cada persona, debido a que por naturaleza deseamos permanecer vivos, participando de cada hora que poseemos.

En la República Mexicana durante 1991 se registraron 1826 suicidios consumados y 108 intentos de suicidio, para **1994** el total fue **de 2215 suicidios consumados y 153 intentos**, siendo el Distrito Federal el de mayor porcentaje.

De estos intentos se reporta como causa principal disgustos familiares, el mes en el que ocurrieron la mayoría fue en julio, respecto al sexo 81 fueron hombres y 72 mujeres, la mayor parte casados, sin hijos y casi todos se envenenaron. (INEGI, 1995 pp.66).

Cabe destacar que existen pocos estudios acerca del intento de suicidio en el país, la mayoría se realizan en el extranjero y obviamente las características de la población difieren en grandes aspectos. A continuación se presentan algunos trabajos que han desarrollado interesantes aproximaciones al intento suicida.

En la Ciudad de México Jiménez, Senties y Ortega (1997), investigaron la **asociación entre impulsividad y depresión** en 27 pacientes psiquiátricos hospitalizados por intento suicida y un grupo control de 17 sujetos sin intento.

La mayoría de los suicidas no tenían pareja, eran desempleados, el método más utilizado fue la sección de venas, el 70% de los pacientes tuvieron intentos previos, se ubicaron el 40% de los intentos suicidas como actos impulsivos, debido a que los pacientes presentaron niveles de impulsividad elevados.

Encontraron que el intento de suicidio es uno de los principales indicadores de riesgo para consumir el acto. En la mayoría de los pacientes se identificaron depresión y trastornos de la personalidad

Kittler y Parker (1996) evaluaron la *relación entre perfeccionismo e ideación suicida* en 129 estudiantes (84 mujeres y 45 hombres), la media de edad fue de 21 años. Usaron el Alabama Adolescent Health Survey (AAHS) y seleccionaron tarjetas del TAT, también administraron el MPS Multidimensional Perfectionism Scale, para medir tendencias perfeccionistas.

En el TAT no encontraron relación entre perfeccionismo y temas suicidas, sin embargo en el AAHS el suicidio se relacionó con el perfeccionismo. Se encontró que los perfeccionistas pasivos están predispuestos a la depresión e ideación suicida, ya que son más auto-críticos. Las mujeres reportan mayor estrés y desesperanza que los varones. El 12 % de los adolescentes manifestaron ideación suicida, el 10% planeación detallada, y el 4% de los estudiantes intentaron suicidarse durante el último año.

Hijar, Rascón y colaboradores (1996), investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública de México, se dieron a la tarea de **analizar los suicidios ocurridos en México de 1979 a 1993**. Durante el período estudiado se registraron en el país 23,669 suicidios.

Las variables revisadas fueron: edad, sexo, método, estado de la República y año. Los hombres mayores de 70 años presentaron el riesgo más alto, ellos preferían el ahorcamiento y las mujeres el envenenamiento por sustancias sólidas y líquidas, en su mayoría jóvenes entre 20 y 24 años. Los problemas desencadenantes fueron dificultades en el plano amoroso y familiar.

En cuanto a la entidad federativa, los estados que presentaron mayor riesgo de suicidio fueron: Tabasco, Campeche, Baja California Sur y Quintana Roo.

Gómez y Borges (1996) realizaron un trabajo semejante al anterior, ya que revisaron los **estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994**. La mayoría son sobre el suicidio consumado, menos sobre el intento y muy pocos sobre la ideación suicida.

Aseguran que es poca la información que se ha generado sobre el tema en nuestro país, reportan 20 estudios de tipo epidemiológico y 6 de revisión bibliográfica.

En suma, los resultados de los estudios indican que el suicidio consumado afecta principalmente a los hombres, quienes utilizan más los métodos violentos (arma de fuego y ahorcamiento), ellos se suicidan por enfermedades mentales e incurables y por consumir alcohol. El intento de suicidio se presenta más en las mujeres, quienes usan la intoxicación (sustancias tóxicas, psicofármacos y barbitúricos). Entre las causas desencadenantes se encontraron los disgustos familiares, enfermedades incurables, decepciones amorosas, enajenación mental, intoxicación con alcohol, problemas económicos, afectivos, sexuales, ansiedad, depresión y farmacodependencia.

Christman (1996) habla del **suicidio en los adolescentes**. Comenta que la forma en que el chico se relaciona con su medio ambiente y cómo afecta este último su personalidad, son causas que determinan que él intente suicidarse o no. Asegura que todos los suicidio o intentos de suicidio hablan de una crisis emocional, ya que la conducta suicida impulsiva se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.

Considera que el suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, entre ellos de **huida**, como intento de escapar de una situación dolorosa o estresante, de **duelo** después de la pérdida de un elemento importante y de **crimen**, cuando atenta contra su vida pero también desea llevar a otro a la muerte.

Afirma que el intento suicida involucra un debate interno entre el deseo de morir y el de seguir vivo, debido a que existe una relación entre la incapacidad del joven para manejar las situaciones angustiantes, la tendencia al suicidio y una preocupación excesiva con respecto al fracaso. Las familias de estos chicos se encuentran desequilibradas, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría reporta un estudio realizado en 1995 por González-Forteza, Jiménez y Gómez, **identificaron indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en adolescentes** (423 estudiantes de secundaria de la Ciudad de México, con un promedio de edad de 13 años). Se evaluaron los siguientes aspectos: estrés cotidiano familiar y social, autoestima, locus de control, impulsividad, relación con los padres, recursos de apoyo, sintomatología depresiva e ideación suicida. Los resultados obtenidos fueron diferentes por género; en las mujeres los predictores de ideación suicida están asociados al estrés social y a características de personalidad, mientras que en los varones se circunscribe a la esfera del estrés familiar.

Reportan que las chicas con pensamientos suicidas tienden a sentirse en desventaja con sus amigas, prefieren no buscar ayuda cuando tienen problemas, les gusta actuar impulsivamente, no creen que los logros se alcanzan por ser agradables con los demás, se perciben con pobre autoestima, la comunicación con su madre es pobre y el papá no se interesa por sus contactos sociales.

En Estocolmo Nordström, Schalling y Asberg (1995) **exploran y describen las características del temperamento suicida y los dominios psicológicos de la vulnerabilidad en el intento de suicidio.**

Los autores comparan dos grupos, uno de sujetos que han intentado suicidarse y el otro grupo sin intento suicida, ambos compuestos por 32 sujetos apareados en sexo y edad, con un media de 33 años, 50% de hombres y 50% de mujeres.

Los que intentaron quitarse la vida presentan puntuaciones altas en las escalas de neurosis, psicosis, animadversiones interpersonales, inconformidad, desesperanza, ansiedad somática, tensión muscular, agresión, desconfianza y dificultad para socializar.

Las principales razones para intentar suicidarse, fueron problemas interpersonales y depresión, el método más utilizado resultó ser la sobredosis de medicamentos; 16 pacientes tenían una historia de intentos de suicidio previos, 20 pacientes obtuvieron un diagnóstico de "episodio depresivo mayor" y 30 pacientes reportaron un historial psiquiátrico en base al DSM-IV.

Levy, Jurkovic y Spirito en 1995, realizaron un estudio, en el cual ***predecían la desesperanza, la disfunción familiar, y el nivel socioeconómico en conductas de intento e ideación suicida***, en una muestra de adolescentes con intento suicida.

Se incluyeron 76 adolescentes con edades de 12 a 18 años, el 80% mujeres y 20% varones; 92% de los sujetos intentaron el suicidio con una sobredosis de medicamentos.

Los eventos precipitantes más comunes fueron problemas con los padres (36%), y con el novio(a) (25%). Encontraron que la disfunción familiar predice la desesperanza y la desesperanza predice la ideación suicida. El nivel socioeconómico alto se relaciono con el intento de suicidio.

Mc Donald, Clyman y Culp (1995) investigaron acerca de ***adolescentes con humor depresivo, reportando intento de suicidio y petición de ayuda***. Los sujetos fueron 220 estudiantes, con una media de edad de 15 años; 64% de mujeres y 36% hombres.

Los resultados sugieren que 57% de los estudiantes con intento de suicidio tenían síntomas de humor depresivo, 33% manifestaron pensamientos de suicidio y 6% habían tenido intento de suicidio; 66% identificó a la soledad como problema y no se sentían bien

acerca de sí mismos; el 49% no buscaron ayuda, de éstos el 68% opinaba que podían hacerse cargo de sus problemas ellos mismos.

En Australia, se realizó un estudio con adolescentes que investigó la **asociación entre percepción de la dinámica familiar, depresión, ideación e intento de suicidio**. Martin, Rozanes, Pearce y Allison (1995) encontraron que la disfunción familiar está relacionada con pensamientos y planeación suicida, auto-daño deliberado e intento de suicidio, así como con depresión severa, sobre todo en las mujeres.

El 67% de las familias tenían matrimonios intactos, el 20% eran divorciados, el 9% separados y por último en el 4% de los sujetos uno de los padres había muerto. El nivel de depresión fue alto en adolescentes con padres separados y divorciados, y más alto aún en muchachos que habían perdido algún padre.

En 1993 se realizó en Chile otro estudio acerca del intento suicida, por Barrera, Gómez y colaboradores, quienes determinaron las relaciones de **apoyo social y sucesos vitales en 39 mujeres que habían cometido un intento suicida**.

Aseguran que los sujetos con intento suicida repiten la tentativa y reportan sufrir más sucesos vitales en el período previo al acto, experimentando mayor estrés y considerándose menos capaces que los demás para enfrentarlo.

Gómez citado por Barrera y cols. (1993), asegura que los individuos que intentan suicidarse tienen frecuente patología en su personalidad, y afirma que un elevado estrés, trastornos depresivos, desesperanza, impulsividad y deficiente capacidad para resolver problemas, harán emerger una conducta suicida.

La capacidad de atenuar el efecto estresante de los eventos, dependerá en medida significativa de poseer inicialmente y mantener durante una crisis, la percepción de sentirse inmerso en una red de relaciones interpersonales que proporcionen estimación

y sean de fácil acceso. Ya que la mayor parte de quienes intentan suicidarse presentan un mal funcionamiento en sus relaciones interpersonales.

La muestra consistió de 39 pacientes de sexo femenino, con una media de 30 años, el 58% eran casadas, el nivel social fue medio-bajo y bajo. Las pacientes fueron referidas al servicio de psiquiatría, por haber cometido en los 30 días previos un intento suicida.

Como instrumentos utilizaron la Escala de Apoyo Social Percibido de Sarason, la cual busca precisar cuántas personas son percibidas por el paciente como dispuestas a aceptarlo, ayudarlo y consolarlo ante situaciones adversas. También se usó la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe, es un instrumento que cuantifica la magnitud de readaptación que un sujeto ha debido efectuar en un período determinado, incluye sucesos vitales negativos y positivos los cuales abarcan ámbitos personal, familiar y laboral. Se aplicaron las Escalas de Desesperanza, Ideación Suicida, Intención Suicida y Depresividad, y también se realizó una entrevista semiestructurada sobre aspectos clínicos.

En las 24 horas previas al intento suicida, los resultados identificaron en el 52.5% dificultades con la pareja, el 12.5% discusión familiar, en el 30% ninguna causa aparente y por último en el 5% dificultad laboral u otra.

Las personas que intentan suicidarse experimentan previo al acto estrés alto. El efecto estresante es atenuado de manera insuficiente, por la deficitaria red de relaciones disponibles. Parece ser que no es la cantidad de estrés lo que predice el suicidio, sino más bien la forma en que éste es procesado internamente.

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría, Borges, Rosovsky y colaboradores (1993) llevaron a cabo una investigación, en la cual se presentan los *hallazgos sobre el consumo de alcohol, en una muestra de 40 personas lesionadas al intentar suicidarse.*

Los investigadores consideran que las personas con un diagnóstico clínico de dependencia al alcohol, tienen en muchos casos depresión y un mayor riesgo de cometer suicidio, debido a que el consumo de bebidas alcohólicas es determinante no sólo en el suicidio consumado, sino también en los intentos de suicidio.

El objetivo del estudio fue obtener estimaciones sobre el riesgo que corre el sujeto al intentar suicidarse cuando ha consumido bebidas alcohólicas.

La población estudiada fue conformada por pacientes mayores de 15 años, que acudieron al hospital por motivos de urgencias médicas, con un total de 2528 sujetos, de los cuales se integró una submuestra con 40 pacientes, que reportaron haber intentado suicidarse.

El 52.5% fueron de sexo masculino, la mayoría contaban con edades entre 20 y 34 años, el día de la semana en que ocurrió el suceso fueron días laborales, el nivel de escolaridad mayormente registrado fue entre primaria y preparatoria, la situación laboral de la mayoría de los pacientes era de empleo remunerado, el estado civil predominante resultó ser la soltería.

Los resultados indican que el consumo de alcohol precedente al intento suicida, es un predictor mucho más importante que el consumo habitual, ya que lo consideran un factor capaz de incrementar el riesgo de intento suicida hasta por 90 veces más.

En la Habana los doctores Calvo, De la Rosa y Villar (1989) estudiaron los **factores predisponentes de la conducta suicida**, relacionados con el hogar roto y las variables secundarias del mismo. En Cuba el suicidio es una de las diez primeras causas de muerte.

Sugieren que donde existe un hogar roto, el niño presentará dificultades en su adaptación, en la toma de decisiones y en el autodominio, y aseguran que las personas

que vivieron en la infancia la desestructuración de su hogar constituyen uno de los grupos de predisposición a la conducta suicida.

El trabajo consistió en demostrar que los pacientes con conductas suicidas (50 sujetos) muestran mayor número de sucesos vitales (situaciones que ponen en juego los mecanismos adaptativos de un individuo), que un grupo control.

En el grupo de pacientes suicidas predominaron las mujeres (84%); el rango de edad resultó entre los 15 y 34 años, respecto al estado civil el mayor porcentaje de pacientes fueron casados (48%) y la ocupación más citada resultó ser obrero.

En este grupo se presentó el divorcio entre los padres en un 56% antes de la adolescencia, y en el grupo control sólo ocurrió en el 20%. La mayoría se mantuvieron al lado de uno de sus progenitores, en ambos grupos. Se reveló que la relación posterior a la ruptura entre el padre conviviente y el no conviviente, fue mala con mayor porcentaje en el grupo de suicidas (52.2%); el 30% de los pacientes del mismo grupo tuvieron antecedentes de conductas suicidas en la familia, en el grupo control no ocurrió esta situación. En el 80% del grupo de suicidas, existieron más eventos precipitantes en cuanto a dificultades y rupturas de vínculos afectivos, amorosos y/o familiares.

En el D.F. Terroba, Saltijeral y Del Corral (1987), se dieron a la tarea de investigar **la relación existente entre la ingestión de alcohol y el suicidio**.

Analizaron 80 suicidios consumados por personas mayores de 14 años. Un gran porcentaje (59%) provenía de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, 42 hombres y 38 mujeres, la mayor parte de ellos tenía entre 25 y 34 años. El 43% eran casados y el 31% solteros, el 62% tenían alguna ocupación y la escolaridad de la mayoría (42.%) fue educación básica.

La información se obtuvo por medio de una entrevista personal con un familiar cercano o con algún amigo del suicida, de acuerdo al método de la "autopsia psicológica".

Los hallazgos más relevantes indican que el 55% habían ingerido bebidas alcohólicas y el 43% de ellos resultaron ser alcohólicos.

Comentan que en México es mayor la proporción de hombres que la de mujeres que se suicidan bajo los efectos del alcohol; y aseguran que su consumo es una de las tres primeras causas de suicidio. Asimismo afirman que cuando los niveles de alcohol son altos, los cambios anímicos que se observan en la etapa inicial, son un estado de euforia y posteriormente un estado de angustia e irritabilidad que puede desembocar en ideas o actos suicidas; y en una de las fases del consumo de alcohol, debido a los efectos desinhibidores, se intensifican los sentimientos de inadecuación y frustración.

Otro hallazgo interesante es el hecho de que el 58% de las personas que tenía alguna preocupación por su consumo de alcohol, presentaba tendencia al aislamiento, lo que puede predecir un elevado riesgo suicida.

Hawton (1987), realizó una *investigación bibliográfica acerca del riesgo de suicidio*. Comenta que de inicio es difícil investigar acerca de éste, ya que las muestras necesarias son de alto riesgo, además existen factores de riesgo generales e individuales, incluso los factores de riesgo no son universales, por lo tanto los reportes corresponderán sólo al área de estudio.

Reporta como factores de riesgo desórdenes psiquiátricos, afectivos y de personalidad; alcoholismo y otras adicciones; esquizofrenia, neurosis, desórdenes de personalidad, enfermedades físicas, historia familiar de suicidio, duelo, desempleo, factores biológicos, intentos de suicidio, y la severidad de éstos.

Gisper, Wheeler (1985) y colaboradores identificaron en 82 adolescentes que habían intentado suicidarse, los *factores relacionados con los intentos suicidas*. El promedio de la muestra fue de 15 años; 50 mujeres y 32 hombres; 9 del total tuvieron de 1 a 3 intentos suicidas previos.

Realizaron una observación directa al paciente, entrevistas, informes de los padres, pruebas psicológicas, reportes de la escuela, notas de las enfermeras y por último la revisión sistemática de los expedientes de cada paciente; reunieron información a cerca de la estructura familiar, su desempeño académico, el riesgo de suicidio, grado de depresión, método empleado, historia de intentos previos y sucesos de vida estresantes.

La mayoría resultaron ser moderadamente depresivos, sin embargo algunos eran disfóricos, es decir su afecto no correspondía a la situación.

Los investigadores aplicaron una lista de 65 sucesos estresantes. El 40% de los adolescentes habían tenido peleas con sus padres. Finalmente el riesgo de suicidio se correlacionó altamente con los estresores recientes. Del total de la muestra 40 de los adolescentes vivieron con un sólo padre, el 46% de las familias incluía más de 3 hermanos, la mayoría de estas familias dependían de la asistencia pública.

Respecto al área escolar el 80% de los pacientes estaban inscritos en la escuela, 45% usualmente se ausentaban de clases y únicamente 40% estaban en el grado adecuado. El método más empleado (71%) fue la sobredosis.

En el momento de la primera entrevista (dentro de las primeras 24 horas de la admisión), 30% admitieron su intento de suicidio y permanecieron ambivalentes acerca de repetirlo o no, 27% estaban conscientes de haber deseado matarse en el momento del intento, pero sintieron que no lo podrían repetir, el 24% de los pacientes negaron haber tenido deseos de suicidarse, mientras que 19% admitieron su intento suicida y permanecieron con el deseo de morir.

A continuación se presentaran otras investigaciones sobre el tema que vale la pena rescatar en resumen.

Autores / Año	Datos generales	Resultados
McCann y Gergelis, 1990	Comparación entre dos muestras de 40 pacientes psiquiátricos con ideación suicida e intento suicida, a través de la prueba MCMI-II.	Indican diferencias en las escalas de: lo deseable, lo que se podría evitar, pasivo-agresivo, autoderrotado, distimia y auto-devaluación.
Pearce y Martin, 1994. (Australia)	Investigación en estudiantes adolescentes, acerca del comportamiento de intento suicida (ideación, planeación, amenaza y autodaño deliberado) en la predicción de intento de suicidio y no intento.	La ideación, planeación, amenaza y autodaño deliberado están asociados con el intento de suicidio. Elaboraron una lista de características suicidas que identificó a los chicos que intentaron el suicidio y los que no lo intentaron.
Bukstein, Brent, Perper y cols; 1993. (Pensilvania)	Comparación entre 23 adolescentes víctimas de suicidio y 12 adolescentes control, con historia de abuso de sustancias.	Los adolescentes suicidas presentaron en mayor proporción abuso de sustancias, depresión, ideación suicida, historia familiar de depresión y abuso de sustancias, problemas legales y presencia de armas en el hogar.
Marttunen, Aro, Henriksson y Lönnquist, 1994. (Finlandia)	Fue investigada la conducta antisocial entre adolescentes (44 hombres y 9 mujeres) víctimas de suicidio, a través de la autopsia psicológica.	Se reportó la conducta antisocial en 43% de las víctimas, también separación de padres, abuso de alcohol en los padres, violencia familiar, ajuste psicosocial pobre, estrés severo,
Bucca, Ceppi, Peloso, Arcellaschi y cols; 1994. (Italia)	Relación entre condiciones sociodemográficas y riesgo suicida en 377 casos de suicidio.	Los análisis reportan un considerable incremento del riesgo suicida entre los solteros.

Autores / Año	Datos generales	Resultados
Suyemoto y McDonald, 1995.	Se revisó un modelo que sugiere explicaciones al acto de la automutilación en adolescentes.	El apoyo terapéutico en expresión y control de afecto, despersonalización y creación de límites, fue más útil en el tratamiento de adolescentes automutilados.
Morano, Cisler y Lemerond, 1993.	Comparación de factores de riesgo entre adolescentes (20 con intento suicida y 20 sin intento suicida)	Las pérdida o un limitado apoyo familiar son predictores de suicidio. Los suicidas reportaron más desesperanza y vulnerabilidad al estrés.
Allison, Pearce, Martin, Miller y Long, 1995. (Australia)	Detección temprana de conductas suicidas en adolescentes (307 estudiantes)	Cuando los padres presentaron desesperanza e ideas suicidas y los chicos lo percibían, había mayor riesgo de conductas suicidas.
Grosz, Lipschitz, Eldar, Finkelstein y cols; 1994.	Correlación entre adolescentes con historia de conducta violenta y sin ella. Con el mismo nivel sociodemográfico.	Los pacientes violentos presentaron mayor abuso de sustancias, impulsividad, y alto riesgo de suicidio.
Razo, 1997. (México)	Se investigó la relación entre enojo, estrés y conductas autodestructivas.	Se encontró una alta relación entre enojo, las conductas autodestructivas y el riesgo de suicidio, así como diferencias entre hombres y mujeres.
Chang, 1997.	Se examinó la relación entre la influencia cultural, resolución de problemas, perfeccionismo y riesgo suicida en 148 estudiantes de preparatoria.	El grupo étnico fue predictor en el potencial suicida y la desesperanza; y la resolución de problemas fue el predictor más útil en el potencial suicida.

Autores / Año	Datos generales	Resultados
Château, 1990. (Estocolmo)	Se revisó la tasa de mortalidad y agresividad en un hospital psiquiátrico infantil durante 30 años. De 2364 pacientes murieron 106 en ese período.	El 82% de las muertes fueron causadas por suicidio, accidentes o abuso de sustancias. En éstos se encontraron desórdenes mentales, criminalidad y actos agresivos en contra de sí mismo y de otros.
Castello, Verdugo y cols; 1988. (México)	En una clínica de salud mental se entrevistaron 156 personas que presentaron ideación suicida.	Los resultados mostraron una alta correlación entre depresión, desesperanza e ideación suicida.
Giraldo, 1988. (México)	Se comparó un grupo de 55 pacientes que intentaron el suicidio con un grupo control, se utilizó el MMPI-Original, la media de edad fue de 20 años. El muestreo se realizó en Hospitales Generales.	La mayoría resultaron mujeres, las escalas más altas fueron Infrecuencia (F), Depresión (D), Desviación psicopática (Dp) y Esquizofrenia (Es). En el grupo control, Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es) e Introversión social (Is).
Atme, 1998. (México)	Estudio de un caso, para conocer la dinámica de un paciente adolescente con intento de suicidio.	La paciente presentó actos suicidas (evidentes y disfrazados), uso de alcohol y droga, pérdidas, agresión, problemas escolares y de identidad.
Hawton y Fagg, 1988. (Inglaterra)	Investigaron las causa de muerte en un grupo de 1959 personas, del cual algunas habían intentado el suicidio. 67% de mujeres y 33% hombres.	De los que intentaron el suicidio el 2.8% lo consumaron, el tiempo de mayor riesgo de suicidio fueron 3 años después del intento, la tasa de muerte por suicidio fue de 26.9 veces mayor a la esperada.

Autores / Año	Datos generales	Resultados
Piersma y Boes, 1997	Aplicaron el Inventory of Suicide Orientation (ISO-30) a 139 adolescentes pacientes psiquiátricos, a su llegada al hospital y 6 días después de ésta.	El ISO-30 revela que el riesgo suicida es más alto al aplicarlo en la admisión (61%) que el retest (25%), por lo que aseguran es indispensable brindar programas de tratamiento.
Piacentini, Rotheram, Graade, Gillis, Trauman, Cantwell, García y Shaffer, 1995. (E.U.)	Estudiaron los predictores demográficos y la asistencia al tratamiento entre 143 adolescentes que intentaron suicidarse; el 89% fueron mujeres.	La edad y el género fueron predictores significativos en la asistencia al tratamiento. Los varones jóvenes tuvieron más sesiones de terapia. Sugieren que los adolescentes que no manifestaron adherencia al tratamiento tienen mayor riesgo de cometer suicidio.
López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, 1995. (México)	Analizaron la ideación suicida en 3459 jóvenes que recurren al uso de drogas y se describe la relación que existe entre el estado mental y el tipo de sustancia que utilizan.	47% presentaron por lo menos un síntoma de ideación suicida el año previo al estudio, 17% pensaron en quitarse la vida y 10% manifestaron varios síntomas de conducta suicida. La ideación suicida se presentó con más frecuencia entre los que tomaban drogas de uso médico.

Analizando las investigaciones presentadas se puede decir en resumen que la causa más señalada para manifestar conductas suicidas fue **disgustos familiares**, el método mayormente utilizado resulto ser el **envenenamiento**; el intento suicida lo realizan **más las mujeres**, a diferencia de los hombres que consuman el acto; como antecedentes encontramos **desestructuración familiar** y **enfrentamiento a más sucesos estresantes**; las conductas frecuentemente asociadas al suicidio en adolescentes fueron **agresión, perfeccionismo, estrés, desesperanza, ansiedad, dificultades interpersonales, soledad, abuso de alcohol y aislamiento**.

Como podemos observar las causas que motivan el intento de suicidio son diversas. Algunos resultados convergen, sin embargo otros se oponen entre sí. Por lo tanto es necesario investigar más a fondo la dinámica del intento suicida, puesto que es un acto muy delicado, que daña no sólo al sujeto que lo intenta sino todo su entorno. Debido a lo mencionado, es importante comprometernos en la búsqueda de respuestas a este acto destructivo cada día más frecuente en nuestra sociedad.

INTENTO DE SUICIDIO

Desde el inicio de la humanidad el suicidio ha estado presente en todas las culturas y en diversos personajes que han pasado a la historia. Por mencionar solamente a algunos, se recuerda el caso de **Cleopatra** quien puso fin a sus días, haciéndose picar por un áspid. **Demóstenes** al sentirse perdido, antes que darle a sus verdugos el placer de asesinarlo, se envenenó en el templo de Neptuno; también **Vincent Van Gogh**, pintor y artista holandés, a los 37 años, después de una tormentosa vida se dió un tiro con una pistola. (Moron 1987)

Asimismo, desde tiempos remotos en las diferentes culturas, se han manifestado actos de autodestrucción. En algunas regiones de **Centro América**, al morir el supremo jefe, la viuda, servidores, amigos y asistentes, voluntariamente se quitaban la vida y eran enterrados en el mismo sitio, lo cual se consideraba un orgullo. En **Japón** el "Harakiri" era todo un ritual señalado como un acto de honor. En el **Cañón del Sumidero en Chiapas**, toda una población de indígenas se arrojó a la boca del mismo, cuando los españoles querían dominarlos (Abadí 1973).

El concepto Suicidio lo utilizó por primera vez el clérigo Desfontaines en 1737 citado por Sánchez (1994). Anteriormente a los suicidas se les llamaba "**desesperados**". La palabra suicidio procede del latín y se compone de dos términos: **sui** sí mismo y **caedere** matar es decir **matarse a sí mismo**, atentar contra la propia vida.

¿Qué es el suicidio?

El suicidio es el **acto de privarse de la vida por mano propia**, ya sea como consecuencia de una situación a la que no se le ve salida, un estado afectivo de angustia y desesperación, o bien como señala Abadí (1973), debido a la imposibilidad de recuperar un objeto perdido, o incluso por un inadecuado manejo de la agresión.

También representa el defenderse de una situación intolerante, dolorosa o angustiante, sobre la cual el individuo siente que no puede enfrentar, ya sea porque es superior a sus deseos, sus defensas no le sirven, o para evadir la realidad que está resultando sumamente perturbadora.

Existen diferentes **enfoques teóricos** referentes a la dinámica del suicidio, mismos que intentan explicar como surgen las ideas de autodestrucción y su desarrollo, desde la ideación pasando por la planeación del acto, el o los intentos y la consumación del mismo, en la mayoría de los casos concluyendo con la invalidación de la vida.

A continuación se explican brevemente algunos argumentos referentes al suicidio que proporcionan los teóricos .

Dos de las obras de Sigmund **Freud** que contribuyen fundamentalmente como aportaciones teóricas del suicidio son: Duelo y Melancolía escrita en 1917 y Más allá del principio del placer de 1920.

En la primera explica como se lleva acabo el proceso de DUELO que es un estado psiquico comparable con el suicidio, en donde el sujeto reacciona ante la pérdida de un ser amado o de algo muy significativo como puede ser la libertad, el ideal, etc. Este es un proceso lento que conduce a algunas desviaciones de la conducta normal; implica un estado de ánimo doloroso, falta de interés hacia el mundo externo, el cual aparece desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto, y se pierde la capacidad para elegir un nuevo objeto amoroso.

En la MELANCOLÍA existe la pérdida, pero solamente en la psique del sujeto no en la realidad exterior; se presenta un profundo estado de empobrecimiento del yo y una severa disminución del amor propio, este delirio de empequeñecimiento se completa con insomnios y rechazo a alimentarse.

El melancólico ubica su Yo como indigno de estimación, sin valía alguna y merecedor de condena, ante lo cual se insulta y reprocha. Este individuo espera ser castigado, se humilla ante todos los demás y compadece a los suyos por hallarse ligados a una persona tan despreciable, asimismo se observa el deseo de comunicar a todo el mundo sus propios defectos; éste podría ser el momento preciso para que el sujeto recurriera a su propia destrucción a través del suicidio.

Rolla citado por **Farberow (1969)** confirma lo anterior: "el suicidio es un producto afectivo, es decir, el producto de una perturbación de la afectividad, que lleva a una perturbación en el juicio de realidad y finalmente a una perturbación del área de la sensopercepción. De modo que es un proceso melancólico, con el correspondiente autodesprecio y la denigración del objeto amado, el que conduce a la salida o solución psicótica de un crimen contra ese objeto internalizado y al mismo tiempo contra el propio self."

En los procesos mencionados hay una ambivalencia muy clara, que es la lucha entre el amor y el odio hacia el mismo objeto; la presencia de estas dos fuerzas antagónicas conduce a la reflexión sobre la dualidad instintiva, es decir la presencia del instinto de vida y de muerte en todo ser humano.

Freud asegura que el instinto de muerte es el que conduce al adolescente a matarse, impulso que se ve favorecido cuando dicho instinto no se encuentra amalgamado correctamente con el de vida.

Futterman citado en Farberow (1969), quien apoya la importancia del impulso agresivo, comenta que ningún impulso opera independientemente de otro, sino que están fundidos. Dice: "el instinto de muerte busca constantemente un reposo eterno y puede encontrar su expresión en el suicidio" (p. 323)

Otra reflexión importante es la de **Abadí (1973)**, quien afirma que cuando hay pérdidas, como la muerte de alguno de los padres, o el quebrantamiento económico, el individuo las siente como pérdidas irreparables, ya que para él la vida carece de interés, porque se considera incapaz de satisfacer gran parte de sus deseos.

Menninger citado por Farberow (1969), comenta que la autodestrucción es una consecuencia de la confusión entre sujeto y objeto.

El mismo autor menciona que **cuando existe una rápida afluencia de sentimientos que llevan a la desorganización, aumenta el peligro de un comportamiento suicida**. Por lo tanto la etapa de la adolescencia favorece este tipo de conductas autodestructivas, debido a que los muchachos se encuentran inmersos en la confusión y cambian de un estado de ánimo al opuesto en segundos; además, el yo se está reorganizando. Cabe mencionar que Horney (en Farberow 1969) menciona que el suicidio es un tipo de fracaso en el desarrollo del yo.

Otro punto de vista acerca del origen del suicidio, se refiere a que **el impulso para cometerlo puede relacionarse con un impulso para matar a alguien más**.

Matus (1990, p.78) comenta "**el suicidio es un medio de matar a otra persona que ha sido psicológicamente incorporada por el individuo suicida**". San Agustín diría: "**el suicidio es un homicidio**", también Freud define suicidio como "**el homicidio de un intruso, de un enemigo invasor en la personalidad del que mata**", citado por Castro (1991, p. 53).

Molina (1990, p. 32) nos dice: "**suicidarse no es matarse, sino asesinar al objeto dañino que lo habita es entonces antes que matarse a sí mismo matar a otro**". y por último Stengel (1973, p. 58) confirma esta idea con su señalamiento: "**el individuo al ser frustrado desea la muerte de los que siente son los causantes de su infortunio**".

Abadí (1973) opina que el origen de las ideas de suicidio puede encontrarse también en la agresión que el ambiente dirige hacia el individuo.

Erich Fromm (1974) refiere la existencia de un carácter destructivo en su definición de NECROFILIA que es la atracción apasionada por todo lo muerto y el deseo de destrozarse las estructuras vivas, cuya meta es transformar todo cuanto vive en materia inerte, querer destruir todo y a todos, con frecuencia incluso a sí mismo; es bajo estas circunstancias en donde podemos reconocer al suicida.

La concepción que tenga el individuo de la muerte, depende en gran medida de la sociedad y del vínculo que establezca con ella, debido a que será influjo en el sujeto respecto a que se sienta feliz o desdichado.

No cabe duda de que **una persona que vive aislada y con carencias afectivas tiene un mayor riesgo de cometer suicidio**, que aquella que se relaciona y satisface sus necesidades de afecto. Se dice que la vida no es tolerable hasta que se vislumbra en ella alguna razón de ser, y a menudo no tenemos más objetivo que nosotros mismos, no podemos escapar a la idea de que nuestros esfuerzos se pierdan en la nada, por lo anterior **Emile Durkheim (1987) propone la idea del SUICIDIO EGOÍSTA**, debido a que considera que el estado de egoísmo se encuentra en contradicción con la naturaleza humana, y es demasiado precario para tener probabilidades de existir.

Stengel (1973, p. 32) comenta al respecto "la influencia más alta sobre el suicidio en las comunidades urbanas ha sido atribuida al riesgo del aislamiento social y al anónimo de la vida en las grandes ciudades".

Bernard citado por Coleman (1980), asegura que la sociedad vive este acto negativamente porque siente que el suicida manifiesta un rechazo definitivo a los otros tomando la decisión de no vivir con ellos.

El suicidio altera en la mayoría de las ocasiones el contexto en el que se efectúa; entonces una función primaria del intento suicida consiste en atraer la atención del medio ambiente humano que rodea al sujeto, por lo tanto cuando una persona se quita la vida, no sólo está afectando su propia existencia, sino que está rompiendo toda una red psicosocial, en donde se involucran la familia, los amigos, los compañeros de estudio o de trabajo y en forma más amplia los grupos sociales que ven en la conducta autodestructiva un "germen" que los puede infectar.

Durkheim (1987) habla también del *SUICIDIO ALTRUISTA*, en el cual el individuo se mata porque cree que es su deber; incluso en algunos grupos sociales si falta a esa obligación se le castiga con el deshonor y con penas religiosas.

Diferencia entre intento y suicidio consumado

La conducta suicida se manifiesta de diversas formas. Ideación, planeación e intento, concluyendo algunas ocasiones con el suicidio consumado.

En el *SUICIDIO* hay un deseo de muerte, autodestrucción y autoaniquilamiento definitivo; para lo que se eligen los métodos más peligrosos y "seguros", en el sentido de que sean efectivos, rápidos y activos, para conseguir el propósito.

El *INTENTO DE SUICIDIO* se refiere al deseo de buscar la muerte pero que no se consigue, existen algunos intentos en los que la muerte no se ha consumado por verdadera casualidad; mientras que en otros la muerte es como un espejismo, como algo que ni se buscaba ni se pretendía remotamente.

En el suicidio el sujeto busca la muerte, mientras que en el intento manipula con ella. Sánchez (1994) señala que el intento de suicidio hace referencia al hecho de vivir una conducta autodestructiva y no morir, Stengel citado por Einsenberg (1978), asegura que

un intento suicida es cualquier **acto de autoperjuicio inflingido con intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga o ambigua.**

Estas dos conductas se consideran como puntos de un continuo, sin embargo existen diferencias entre los suicidios consumados y los no consumados, con una cifra superior por parte de los casos de intentos.

Coleman (1980) asegura que el 66% de los suicidas realmente no desean morir sino comunicar un mensaje dramático respecto a su malestar, ya que sus intentos tienen que ver con alguna ingestión mínima de drogas o un corte leve; normalmente arreglan las cosas para que se pueda intervenir a tiempo, aunque algunas veces se pierde el control. El autor considera que **en el 25% de los suicidios consumados el sujeto no tenía la real intención de morir**, sin embargo, afirma que ha sido una tentativa que le ha llevado a la muerte por error.

Pinzón (1971) encontró que, en la mayoría de los casos, el intento o amenaza de suicidio representa un síntoma grave de angustia aguda, lo que a menudo refleja problemas largamente existentes en la familia.

Lo cierto es que en los suicidios consumados, se utilizan métodos contundentes y normalmente mortales, mientras que los intentos del mismo, son realizados para obtener algún tipo de "ventaja" y tienen una remota posibilidad de morir, ya que se realizan mediante métodos de dudosa contundencia, a sabiendas de que tal acción no implica un peligro vital.

Otros aspecto que conduce a pensar en la fuerza de conductas suicidas durante la adolescencia es la agresión, puesto que en la adolescencia el individuo está cambiando y enfrentándose a una serie de retos y pérdidas, se siente ofuscado y es agresivo abiertamente, siendo comunes los comportamientos hostiles en esta etapa.

La agresión es un factor esencial en la dinámica suicida, ya que cuando el sujeto no la maneja adecuadamente puede volcarse en sí mismo, en vez de hacerlo en el elemento externo que la genera, dando como resultado el suicidio. Además la finalidad del suicidio es el castigo, propio y de los demás debido a sus actos, a la imagen que se tiene de él, o bien a que la forma en que lo tratan los otros no le agrada.

Por otra parte el intento o suicidio frustrado, predomina en las mujeres quienes realizan más de un intento, cabe señalar que las adolescentes se suicidan por intoxicación, el estado civil en el cual se registra mayor número de suicidios es el de la soltería por lo que el suicidio ocurre principalmente en la juventud y en la edad madura (Rodríguez 1963).

Adolescentes suicidas

La adolescencia sirve para reacomodar el mundo interno, es decir, "reedita" la parte psíquica del muchacho, y lo que no logró repararse se dispara justo en este momento, por lo tanto es la época en donde se acciona el detonador de los conflictos.

Respecto a las crisis Pinzón Bonilla (1971, p. 29) comenta: *"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"*; por esto Capuzzi y Golden (1988) asegura que para los adolescentes entregarse a fantasías suicidas no es anormal.

Asimismo y dado que los adolescentes son altamente influenciables, cuando una persona de su comunidad se suicida, especialmente en la escuela, es posible el surgimiento de imitadores (Capuzzi y Golden 1988).

Holinger y Offer citados por Capuzzi y Golden (1988), sugieren un modelo respecto a los adolescentes suicidas enfocado a la fragilidad y al aislamiento de éstos, ya que

poseen una ínfima valoración de su persona, y se repiten la frase constante "*nadie me quiere*", unido a un sentimiento de desesperación. Otra característica de muchos adolescentes suicidas es la pobre habilidad para resolver los problemas, teniendo como resultado el aumento de estrés, por lo que el suicidio se convierte en el medio para finalizar la crisis.

Relaciones disfuncionales

Es frecuente que los adolescentes suicidas manifiesten una inadecuada interpretación de las palabras y comportamiento de otros, lo cual provoca rechazos y en ocasiones culmina en un aislamiento severo.

De acuerdo con **McAnarney**, mencionado en Capuzzi y Golden (1988), los miembros de la familia comparten el ambiente emocional, copiándose entre sí la alta o baja autoestima; así mismo, las relaciones cercanas entre padres e hijos se encuentran inversamente relacionadas con la depresión de los adolescentes. El autor afirma que en sociedades donde la familia está unida la tasa de suicidio es baja, mientras que ocurre lo contrario en aquellas donde la familia se encuentra desunida. Por lo tanto la desorganización familiar está ampliamente implicada en el suicidio de adolescentes.

Se dice que frecuentemente las familias de adolescentes suicidas tienen problemas en cuanto a la comunicación, reportan gran dificultad en mantener un claro y constante diálogo, y es frecuente que los padres no hayan promovido un estilo positivo de comunicación para con sus hijos; por lo anterior estos adolescentes presentan dificultades en la comunicación con sus amigos, compañeros, hermanos y hablar con sus padres parece imposible, teniendo como consecuencia que muchos adolescentes suicidas posean poco soporte social.

Asimismo cabe mencionar que **los adolescentes suicidas provocan rechazos debido a su conducta y a la mala interpretación de las palabras y comportamiento de los otros**, incluyendo la violencia que está presente en las relaciones del joven.

El aislamiento social hace que los adolescentes sean vulnerables a la pérdida de cualquier objeto de amor; de hecho, es más factible que los adolescentes suicidas hayan experimentado la pérdida separación o divorcio de sus padres, como lo señala Capuzzi y Golden (1988). Por lo tanto, necesitan establecer una relación afectiva con otra persona que les sirva de representante de la realidad (Moron 1987).

En las edades juveniles los suicidas se ven impulsados por causas de tipo sentimental, que sin duda alguna constituyen un episodio terminal de toda una serie de trastornos. Por lo anterior las causas de suicidio en adolescentes son la decepción amorosa y el disgusto familiar.

La depresión juega un rol importante en el acto suicida, debido a que la mayoría de los individuos suicidas son básicamente depresivos, incluyendo que muchos adolescentes viven períodos con estos síntomas.

La depresión de los adolescentes se refiere a los sentimientos de tristeza, aislamiento, fatiga y aburrimiento; quizás tengan problemas para levantarse en las mañanas, lloran fácilmente y sueñan despiertos en exceso. Probablemente han perdido el placer por cualquier cosa, sienten que no obtienen ayuda de ninguna parte y que es imposible cambiar las circunstancias de su vida. También la depresión puede ser cubierta por una participación constante en actividades sociales en la escuela, promiscuidad sexual o abuso de drogas.

En la mayor parte de los casos la idea de muerte es fugaz, el sujeto puede alejarla enfrentándola mediante un sistema intelectual o filosófico, o bien, si no se produce el equilibrio dinámico de los afectos existirá un chantaje de suicidio, sobre todo en sujetos

intolerantes a la frustración. Asimismo, algunos comportamientos suicidas presentan una unión paradójica entre el deseo de vivir y la aceptación de la muerte, de ahí el surgimiento del "intento" suicida.

Indicadores psicosociales en adolescentes suicidas

El hombre está influenciado por su entorno y el desarrollo de la psique, por supuesto el adolescente no es la excepción, al contrario se encuentra vulnerable al medio, por lo que las situaciones sociales y los procesos psicológicos determinan el comportamiento individual.

Alguno autores señalan ciertos indicadores psicosociales en los adolescentes suicidas, mismos que a continuación se mencionan.

Pobre autoestima y sentimientos de inadecuación. De acuerdo con Martin, Rozanes y cols. 1995; Gómez y Borges 1996, la baja autoestima implica un autorechazo, no hay autosatisfacción, y ésto produce sentimientos de inadecuación.

Hipersensibilidad. Husain en Meléndez y cols. 1996, afirma que los adolescentes que son hipersensitivos tienen mayor riesgo de cometer suicidio.

Perfeccionismo. Existe una conexión entre suicidio y "dotes" la cual es manifestada frecuentemente con el deseo abrumador de lograr la perfección, lo cual puede generar un gran estrés o frustración ante las expectativas no cumplidas Chang 1997.

Deterioro académico. Reprobar en la escuela conduce a la soledad y a sentirse fracasado.

Desintegración familiar. Un significativo número de casos tienen una historia de hogar roto (Tishler, Toolan, Hawton en Capuzzi y Golden 1988; Calvo, De la Rosa y Villar 1989).

Factores estresantes. En las familias de los adolescentes suicidas se ha encontrado desempleo, enfermedades y alcoholismo entre otros, por lo que el adolescente regularmente se enfrenta sólo con sus problemas, ésto puede colocarlo en un precario estado emocional y en constante estrés.

Abuso sexual. Existe un alto porcentaje de adolescentes suicidas que han sido dañados por abuso sexual (Shafili, Egeland en Capuzzi y Golden 1989).

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 suicidas sufren de enfermedades mentales, por ejemplo la depresión, incluyendo signos como desesperanza, cambio de apetito, baja autoestima y apatía entre otros, Capuzzi y Golden (1988) afirman: "Un entendimiento de

la personalidad suicida comienza con un entendimiento de la depresión"; asimismo la esquizofrenia es un desorden asociado al suicidio.

La inestabilidad emocional juega un papel importante en los adolescentes suicidas y en algunos casos parece ser crónica, aunque existen otras patologías que forman parte del intento suicida como ansiedad, obsesión, compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad e impulsividad, asegura Capuzzi; también Razo (1997) encontró una relación entre el enojo, las conductas autodestructivas y el riesgo suicida. Es necesario hacer hincapié acerca del enojo debido a que es una pauta emocional típica de la adolescencia.

En conjunto, una anomalía de comportamiento del adolescente en particular dentro del marco escolar, una situación familiar patógena; una perturbación de salud física o un requerimiento a éste (por ejemplo el problema de elegir entre uno de los padres en caso de divorcio), son realidades que deben tomarse en cuenta, así como cualquier causa social suicidogena persistente (Moron 1987).

Previniendo suicidios adolescentes

Una forma de contribuir para prevenir el suicidio adolescente es disipando ciertos mitos acerca del mismo, ya que en muchas ocasiones, debido a esas falsas creencias, se pasan por alto signos de riesgo.

Mitos acerca del suicidio

* Los adolescentes que hablan de suicidio no tienen riesgo de cometerlo. Se ha comprobado que del 70 al 75% de los jóvenes que han amenazado verbalmente con suicidarse, lo han hecho Sherr 1992, citado en Meléndez y cols 1996.

* En los jóvenes el suicidio se utiliza para llamar la atención. Esta puede ser una causa, pero no la única (Meléndez, G y colaboradoras.1996).

* Considerar que el suicida está o estuvo deprimido. Es posible que la depresión no se presente, y que en su lugar aparezca una severa agresión (Meléndez, G y cols. 1996).

* El adolescente que quiere suicidarse lo hace sin advertencias. Muchos adolescentes suicidas dan numerosas pistas acerca del intento de suicidio, mismas que pueden ser verbales o no (Capuzzi y Golden 1988).

* Usar la palabra "suicidio" cuando se habla a los adolescentes promueve ideas en su cabeza. Esto no es cierto para quien no es suicida, pero cuando se es potencialmente, se logra un sentimiento de ansiedad que puede facilitar la petición de ayuda (Capuzzi y Golden 1988).

Es determinante considerar cualquier caso en el que se presente una amenaza suicida, ya que como los anteriores mitos existen muchos otros, acto que si no se toma en cuenta y con seriedad puede concluir en un suicidio consumado.

Otra manera de prevenir es **mantenerse al tanto de cambios en el comportamiento** es decir, *cualquier cambio decisivo debe ser notado*, por ejemplo cuando un adolescente ha tenido períodos de depresión y súbitamente mejora en forma radical, es probable que realice un intento de suicidio. También una *baja repentina de calificaciones, dificultad para concentrarse, pérdida de interés en sus pasatiempos, cambios de hábitos en la alimentación y el sueño, consumo de drogas, o promiscuidad sexual*, pueden ser signos de advertencia. Los cambios de comportamiento van acompañados de frases como *"no puedo continuar"*, o *"estoy cansado de vivir"*.

Capuzzi y Golden sugieren que la escuela es el lugar lógico para comenzar **programas preventivos de suicidio**, a través de las siguientes pautas:

- 1) Permitir a los niños crecer hacia el dominio de ellos mismos
- 2) Favorecer un punto de vista positivo acerca de ellos y del mundo
- 3) Aprender a manejar su estrés
- 4) Convertir los errores en oportunidades para aprender
- 5) Proporcionar un amplio rango de actividades extra curriculares para promover la socialización

Ahora bien, dentro de la familia existe un gran compromiso para inculcar a los adolescentes el amor a la vida. Lewis (citado en Capuzzi y Golden 1988) considera que si existen las siguientes características en el ámbito familiar se puede prevenir el acto autodestructivo.

- 1) La comunicación sea directa y clara
- 2) Incluir un estilo de vida espiritual
- 3) Enseñar habilidades para manejar situaciones de crisis
- 4) Expresar el aprecio entre sí y hacia los demás
- 5) Pasar tiempo juntos

Comentarios Finales

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal. El adolescente suicida se manifiesta de diversas maneras, ya que quizás lleve a cabo su destrucción por adaptarse, por querer "vivir", por enojo hacia alguien o hacia el mismo, por un inadecuado manejo de su agresión, por locura, por presiones sociales, por no darle valor a la vida; o tal vez aún hoy en día no sepamos la verdadera razón de su conducta...

Por último recordemos las palabras de Stengel (1965, p. 58):

"Todos los que tratan de explicar el suicidio, ponen el acento en la importancia de la falta de amor para la causa del mismo"...

SUCESOS DE VIDA ESTRESANTES

Antecedentes

A lo largo de la vida se presentan diversos acontecimientos causantes de estrés y dependiendo del grado de estrés que provoquen se manifestarán las consecuencias en cada individuo. A su vez tiende a ser diferente la forma de reacción en cada sujeto, dependiendo de múltiples factores, por ejemplo la personalidad, el aprendizaje, la historia personal, el tipo de enfrentamiento que utilice, la etapa de desarrollo en que se encuentre, y otros.

Uno de los pioneros en la evaluación de los sucesos estresantes es Dean Coddington(1972-I). En base a la literatura y a su experiencia con niños normales y anormales, elaboró una lista de sucesos provocadores de estrés, dividió los acontecimientos en cuatro partes de acuerdo a la edad (preescolar, primaria, secundaria y preparatoria) y pidió a 243 profesionistas que trabajaban con niños determinar la influencia de los sucesos de vida en el ajuste social de los pequeños. Los resultados indican que los sucesos varían en importancia de acuerdo a la edad de los niños.

Unos meses después (1972-II) el mismo investigador evaluó a 3526 estudiantes, agrupados de acuerdo a la edad como en el primer estudio, y les pidió que indicaran que sucesos de la lista les habían ocurrido en el último año.

En los resultados se obtuvieron diferencias entre grupos, debido a que las experiencias y la conceptualización de los eventos difería, por ejemplo el grupo de preescolar marcó el suceso "comenzar en el jardín de niños" como mayor causante de estrés y el grupo de secundaria identificó el "tener un logro personal sobresaliente" como estresante.

También se han relacionado ampliamente los sucesos estresantes con las conductas suicidas por ejemplo, De Wilde, Kienhorst y cols. (1992) compararon

adolescentes que intentaron suicidarse con adolescentes deprimidos y no deprimidos, aplicaron una entrevista semiestructurada y un cuestionario de sucesos de vida. Los resultados indican **diferencias en el grupo de adolescentes que intentaron suicidarse, quienes reportan más sucesos de vida** que los otros dos grupos de adolescentes, como son disgustos familiares, abuso sexual, aislamiento social y cambio de residencia teniendo que repetir año escolar.

Work, Parker y Cowen (1990) investigaron la **relación entre sucesos de vida estresantes y el ajuste**, en una muestra de 112 niños y niñas. Reportaron que dependiendo de la frecuencia de los sucesos estresantes se producía un adecuado o inadecuado ajuste.

Farmer y Creed (1989) estudiaron las **diferencias entre los sucesos de vida en 82 sujetos que se auto-envenenaron y dos grupos uno de individuos deprimidos y el otro no deprimidos**, con un rango de edad entre 17 y 35 años, la mayoría eran mujeres. Encontraron niveles de hostilidad altos en los sujetos parasuicidas, quienes también presentaron dificultades interpersonales, así como sucesos severos incrementados significativamente antes de la sobredosis (separación marital, un miembro de la familia se fue del hogar, serio rompimiento con novio), los sujetos deprimidos también presentaron más sucesos de vida crónicos como dificultades en sus relaciones de pareja y sociales y los sujetos no deprimidos reportan sucesos como pérdida de trabajo, problemas con la policía y cambio de residencia, eventos que ocasionan un período corto de amenaza.

Estrés

Según Valdés (1990) para definir estrés es necesario tener en consideración valores, modelos de vida, cultura y evaluaciones circunstanciales, debido a que es un concepto amplio que puede incluso ser filosófico, por lo tanto no representa exclusivamente una concepción relacionada con la salud.

Las primeras versiones del estrés se relacionaron con la idea de ruptura en el organismo, cuando éste es el encargado de mantener la homeostasis. No obstante se entiende al **estrés como reacción de alarma** (Valdés 1990).

En palabras de Levi, citado también por Valdés (1990) **el estrés tiene lugar cuando una estimulación incrementa la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla**

El potencial estresante de un acontecimiento varía de acuerdo a su relación con otros acontecimientos próximos es decir, la presencia de una experiencia estresante mayor podría aumentar el nivel estresante de otros sucesos, por lo tanto cuando la adolescente pelea con su familia, reprueba un curso y rompe con su novio, aumenta la probabilidad de manifestar trastornos psicológicos y severo estrés.

Es interesante identificar por qué el mismo suceso afecta de diversas formas a los individuos por ejemplo, si un adolescente reprueba un curso podría enojarse muchísimo, otro se deprimiría, alguno más adoptaría una actitud apática, lo cual nos conduce a cuestionarnos ¿qué ocasiona la diversidad de respuestas?...

La conducta y sus efectos son determinados por cogniciones, hipótesis y creencias, por lo tanto un proceso inherente a cada persona es que conceptualiza el estrés como proceso dependiente de los significados para el sujeto. Así el estrés es un proceso determinado por evaluaciones subjetivas, hasta el punto de ser factible una ruptura entre las cogniciones del sujeto y las amenazas objetivas. Lazarus y Folkman (1991) apoyan esta postura: *"Aún cuando el estímulo represente de forma clara una amenaza de tal magnitud que todo el mundo lo considere peligroso, todavía habrá variaciones individuales"* (p. 105).

Debido a lo mencionado es que acontecimientos como ruptura de noviazgo, problemas familiares, conflictos escolares y otros, tendrán un efecto traumático en base a la interpretación que el adolescente haga de éstos.

Factores que predisponen al estrés

Pero ¿cómo es que se considera estresante una situación?... para Lazarus y Folkman (1991) diversos factores determinan el grado de amenaza, a continuación se presentan algunos de ellos:

- 1.Novedad de la situación:** Resulta estresante sólo si existe una asociación previa con el daño, el peligro o el dominio.
- 2.Incertidumbre del acontecimiento:** Implica la probabilidad de que el suceso ocurra o no.
- 3.Inminencia:** El tiempo que transcurre antes de que ocurra un acontecimiento.
- 4.Duración:** Se refiere al tiempo que persiste un acontecimiento estresante.
- 5.Ambigüedad:** Cuando la información necesaria para la evaluación de una situación es poco clara o insuficiente.

Cuando enfrentamos una situación estresante, nos sumergimos en una batalla en la que debemos luchar y la mayoría de las personas lo hacen mediante defensas, por lo tanto el sujeto tiene la capacidad de intervenir para adaptarse, de ahí que el término adaptación haya sido gradualmente sustituido por el de "**estrategia de enfrentamiento**" (Valdés 1990), consideradas como conductas protectoras de daño psicológico hacia el individuo, éstas pueden ser cognitivas o conductuales y tienen la finalidad de reducir el significado estresante de un acontecimiento.

En Alemania Kavsek y Seiffge-Krenke (1996), investigaron acerca de las técnicas que usan los adolescentes al enfrentarse con los problemas cotidianos y los estresores menores. Aseguran que las dificultades diarias causan disfunciones psicológicas y físicas tanto como los sucesos de vida críticos, los adolescentes más jóvenes utilizan como enfrentamiento el acercamiento y la evitación, y los adolescentes mayores usan el acercamiento cognitivo y conductual. También las estrategias de enfrentamiento difieren por sexo, ya que las mujeres buscan consejo, simpatía o ayuda de otros más que los hombres.

Estrategias de enfrentamiento

Valdés (1990) propone algunas estrategias de enfrentamiento para encarar el estrés:

**Evitar la situación*

**Proceder a la acción para modificar el contexto*

**Aislamiento mental (distanciarse emocionalmente, manteniendo un alto nivel racional)*

**Recurriendo al apoyo social (grado de intimidad y solidaridad con otras personas)*

**Conductas sustitutivas (autoestimulándose y desplazando la agresión)*

Es necesario que el individuo utilice estrategias de enfrentamiento porque promueven el descenso del estrés y lo ayudan a recuperar el equilibrio. Existen pruebas de que tanto los animales como los seres humanos experimentan menos tensión cuando

sienten que pueden controlar la situación, cuando las tensiones son predecibles y ven la posibilidad de una solución Davidoff (1984).

Lucio (1996) considera que existen causas de tensión normales y ESPERADAS en el adolescente por ejemplo:

- Cambios físicos**
- Cambio de escuela**
- Presiones académicas**
- Expectativas sociales**
- Cambios en las relaciones familiares**
- Maduración sexual**
- Cambios intelectuales y cognoscitivos**
- Definición de género**

Así como causas de tensión INESPERADAS que se relacionan con aspectos sociales y estresantes:

- Enfermedades o accidentes**
- Deformaciones físicas**
- Retardo exagerado del desarrollo**
- Cambios de residencia**
- Divorcio o muerte de los padres**
- Muerte de amigo cercano**
- Maltrato físico o abuso sexual**
- Disfunciones sexuales**
- Presencia de patología en los padres (alcoholismo, enfermedad mental)**

Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida

Los sucesos de vida estresantes se relacionan con el desarrollo físico y la enfermedad mental, e influyen a lo largo del ciclo de vida en todas las áreas del individuo, por lo que en 1992 Lucio y colaboradores, se dieron a la tarea de realizar un cuestionario para evaluar los sucesos estresantes en adolescentes y adultos; tomando como referencia a Butcher, Williams y cols. (1992) quienes desarrollaron una forma de información biográfica y sucesos de vida para adolescentes, basada en los supuestos teóricos de Coddington.

Inicialmente se realizó un cuestionario piloto que se aplicó a estudiantes de diversas escuelas, también se llevó a cabo una encuesta a un grupo de adolescentes para investigar los sucesos que consideraban trascendentales; posteriormente, se eliminaron algunos reactivos que no aportaban la información necesaria y se modificaron otros, con la finalidad de crear una prueba para población adolescente que evaluara los sucesos estresantes.

Actualmente el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida en su forma para adolescentes (Lucio, Ampudia y Durán 1990) cuenta con 105 reactivos, de los cuales 34 pertenecen al área de datos sociodemográficos, a través de la cual obtenemos información acerca de la escolaridad y ocupación de los padres, número de hermanos, tipo de vivienda, estructura familiar entre otros. Los 71 reactivos restantes evalúan los sucesos de vida estresantes, que deberán reportar sólo si ocurrieron en los seis meses previos a la aplicación del cuestionario y calificar su efecto en las siguientes categorías:

- a) Me sucedió y fue bueno para mí*
- b) Me sucedió y fue malo para mí*
- c) Me sucedió y no tuvo importancia*
- d) No me sucedió (siempre que no ocurra dentro del lapso de seis meses)*

Los sucesos estresantes del Cuestionario evalúan las siguientes áreas:

- 1 Relaciones Familiares
- 2 Problemas de Conducta
- 3 Escolar
- 4 Sexual
- 5 Económica
- 6 Problemas de Salud
- 7 Social
- 8 Logros y Fracazos

Debido a lo mencionado, es necesario contar con herramientas que nos permitan realizar investigaciones acerca de la repercusión del estrés en los adolescentes, puesto que es una población altamente vulnerable que hoy en día manifiesta problemas de conducta graves como el suicidio y el abuso de sustancias adictivas, entre otras, los cuales podemos afirmar se relacionan con el nivel de estrés al que se enfrentan.

En suma el estudio del estrés ayudará a concientizar acerca de sus repercusiones, y en la práctica a crear un programa de prevención e intervención específicamente para adolescentes.

PERSONALIDAD

Actualmente existen muchas teorías para estudiar la personalidad, de hecho existen tantas definiciones como teóricos que la estudian, aun cuando hay cierto consenso respecto a lo que debe incluir la investigación de la misma.

Dentro de la psicología la personalidad es un campo de estudio más que un simple aspecto particular del individuo, por lo tanto los teóricos de la personalidad suelen enfrentarse a preguntas como ¿cuáles son las causas básicas que propician la conducta cotidiana de interacción personal?, ¿qué origina los trastornos psicológicos?, ¿cuáles son los tratamientos más eficientes para las enfermedades mentales?, o bien ¿cómo es una persona sana y cómo una enferma? entre otras.

Dadas las implicaciones de estas y otras preguntas al respecto, no es extraño que las teorías sobre personalidad sean tan variadas y controvertidas.

El término **PERSONALIDAD** es un vocablo derivado del griego persona, que significa "máscara"; y a pesar de que es una de las palabras más desgastadas de nuestra lengua, debido al uso excesivo, su extensión es amplia y su comprensión versátil.

No existe ninguna definición de personalidad que sea la única correcta, por lo que a continuación se mencionan varias definiciones del concepto, mismas que coinciden en lo esencial.

Definición de Personalidad

Para **Velázquez (1977)** personalidad es el conjunto de rasgos físicos, intelectuales, afectivos, volitivos y morales de un individuo, en constante interacción unos con otros, es decir organizados en sistemas.

Según **Sullivan** (1964), la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento de su nacimiento.

Para **Fromm** (1985), la personalidad es la totalidad de las cualidades psíquicas, heredadas y adquiridas, peculiares de un individuo que lo hacen único.

McClelland (1967) afirma que personalidad es "la conceptualización más adecuada de la conducta de una persona en todos sus detalles" (p.69).

Según **Allport** (1961) la personalidad es "la organización dinámica que tienen dentro del individuo los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamientos característicos" (p.28).

No obstante, algunos psicólogos prefieren describir la personalidad humana en términos de comportamientos observables, por ejemplo Bandura, Skinner, Dollard entre otros.

Finalmente, en el presente estudio **personalidad** se define como la forma característica en que un individuo piensa y se comporta al irse ajustando a su medio ambiente. Dicha definición *incluirá rasgos o características personales, como valores, motivos, herencia genética, actitudes, reacciones emocionales, aptitudes, imagen de sí mismo e inteligencia*. Cabe mencionar que todos estos rasgos se encuentran en constante interacción unos con otros, por lo que en este sentido la personalidad es un sello individual, *lo que el hombre es en realidad*.

Ante tantas definiciones, en los últimos años ha surgido una escuela denominada *Psicología de la Personalidad*, que estudia de manera exhaustiva a la persona, es decir al individuo humano en concreto, en cuanto constituye un fenómeno único que jamás se repite.

A su vez las teorías de la personalidad son la parte de la psicología que intentan explicar por qué la gente piensa, siente y actúa como lo hace; es decir, está dedicada a descubrir los principios globales que describen la conducta del hombre.

Teorías que explican la Personalidad

Debido a que se han desarrollado complejas teorías para explicar la personalidad, según Papalia (1988) las más importantes se agrupan en las categorías siguientes:

- 1) Psicodinámicas**
- 2) Del aprendizaje**
- 3) Humanistas**
- 4) Tipos y rasgos**

Las teorías Psicodinámicas suponen que la personalidad se forma al irse resolviendo los conflictos entre las fuerzas internas, es decir entre los instintos, las motivaciones y otras. Con frecuencia se hace especial hincapié en la niñez como período crítico para el desarrollo de la personalidad. Como principales autores de los conceptos psicodinámicos se consideran Sigmund Freud, Carl Jung, Alfred Adler, y Karen Horney entre otros (Davidoff 1984).

La teoría Del aprendizaje señala que la personalidad está determinada por las experiencias externas, por el ambiente; mientras que las otras tres la analizan a través de nuestro interior, surgiendo de necesidades, impulsos y características básicas e innatas.

Las teorías anteriores afirman que las diferencias conductuales entre los individuos se atribuyen en gran parte a la *historia única de aprendizaje* de cada persona y no a la llamada "enfermedad mental".

Se subraya la importancia de la conducta mensurable y se considera como objeto de estudio en la psicología clínica, dado que los mismos principios de aprendizaje determinan tanto la conducta problemática como la no problemática. Entre sus principales exponentes se encuentran John Dollard, Neal Miller, B.F. Skinner, A. Bandura, Joseph Wolpe y Hans Eysenck (Bernstein y Nietzel 1988).

Las teorías Humanistas acentúan los elementos positivos de los seres humanos, animando el desarrollo de su potencial. Como teóricos destacados se encuentran Carl Rogers, quien concibe a la niñez como período especialmente crucial para el desarrollo de la personalidad, así como Abraham Maslow y Erich Fromm entre otros.

El desarrollo de tan variadas teorías ha creado la necesidad de clasificarlas de acuerdo con sus orientaciones, estableciendo categorías ideográficas y nomotéticas.

Las teorías *ideográficas* enfatizan las regularidades intraindividuales, estableciendo postulados de los fenómenos posibles de observar y explicar en la conducta, con base en el estudio de casos únicos, los cuales se sustentan en la interpretación que dá el individuo a lo que internamente le sucede, de acuerdo con su autopercepción.

Por su parte las teorías *nomotéticas* también se basan en las regularidades interindividuales y estudian un número considerable de sujetos en un mismo momento histórico, procurando establecer los factores que les son comunes, así como las leyes que los rigen.

La clasificación nomotética resalta la posibilidad de comparar a las personas y la idiográfica pone de relieve la unicidad.

La teoría de los Rasgos pretende describir y clasificar a las personas según sus rasgos; reduciendola a componentes específicos (Bernstein y Nietzel 1988). Los Tipos concentran su atención sobre aquellos atributos que son peculiares del individuo, tanto en

el aspectos físicos como psicológicos, a lo que se refiere la teoría de William Sheldon. Otros exponentes son Raymond Catell y Gordon Allport.

Las teorías de los Rasgos utilizan métodos estadísticos para definir las características de la personalidad que son comunes o se comparten con un grupo social.

Los rasgos suelen connotar diversos aspectos de la personalidad, por ejemplo el temperamento, la motivación, adaptación, habilidades y los valores, entre otros. Para McConell (1981) el rasgo representa un talento, capacidad o una forma de actuar. Sin embargo dicho término es entendido como característica separada, por ejemplo al mencionar que alguien es "inteligente", "desaliñado", "ansioso", o "inmaduro", es posible que posea cada uno de estos adjetivos o varios de ellos.

Un rasgo es una **dimensión continua**, es decir admite grados y se puede concebir como algo que une dos características opuestas, por ejemplo introvertido y extrovertido, en donde el individuo ocupa un lugar específico entre los extremos de dicho rasgo; ejemplificando lo mencionado, cuando le piden a alguien su opinión acerca de la sociabilidad de un amigo, es probable que lo coloque en algún lugar entre "casi siempre dispuesto al trato social" y "casi siempre solitario", definitivamente ocupa un lugar en el continuo.

El psicólogo Raymond Cattell empezó a definir y medir los principales componentes de la personalidad desde los años 30's, considera que el hombre posee rasgos fundamentales, los cuales son relativamente estables durante toda la vida, aun cuando la parte hereditaria tiene mucho que ver; por lo anterior se cree que son el fundamento de los rasgos superficiales.

El autor está convencido de que una teoría de la personalidad debe permitir a los psicólogos predecir lo que una persona hará en una situación determinada; para lo cual Catell recurre a lo que llama una ecuación de especificación (Davidoff 1984), evaluando

los rasgos de acuerdo con la importancia en la situación que interesa; por ejemplo, en una oficina se puede contraponer la personalidad de un individuo con los requisitos del empleo.

Gordon Allport, figura importante en el desarrollo de la teoría de los rasgos, se interesó por la singularidad de cada individuo y buscó identificar los rasgos específicos que explican la conducta concreta de cada persona.

Estaba más preocupado por saber cómo es la gente que por saber cómo llegaron a ser así; es decir, intentó describir la personalidad más que explicarla, por lo que se ocupó mayormente del estudio de casos individuales que de los grandes grupos; le interesaba la personalidad normal, no le importaba la enfermedad, ni la psicopatología, por lo que animó los estudios sobre la relación entre la conducta y los rasgos de personalidad y contribuyó al desarrollo de las pruebas de personalidad.

Para **Allport** la personalidad es la organización dinámica de los rasgos de una persona, que determinan como se comportará, la cual se va desarrollando a través de las experiencias personales, de la historia y del tiempo, y ya que no es estática, se encuentra en continuo cambio y desarrollo, además considera que su estructura está influenciada por procesos psicológicos y por características orgánicas.

El autor afirma que la personalidad esta constituida por rasgos, de los cuales algunos son únicos y particulares, mientras que otros son comunes y se encuentran en mayor o menor grado en todos los seres humanos.

Para éste teórico de la personalidad un *rasgo* es un *sistema neurológico generalizado y localizado, con la capacidad de convertir funcionalmente muchos estímulos en equivalentes y de iniciar y guiar formas similares de conducta expresiva y adaptativa* (Cueli 1977), además señaló la diferencia entre rasgos individuales y comunes.

Los **rasgos comunes** son los que se presentan en mayores o menores cantidades en todos los individuos, por lo que el mismo autor afirma que el área sociocultural influye en el hombre considerablemente; es decir, la conducta también se ve influenciada por el contexto. Los **rasgos individuales**, son características propias de la conducta que no se encuentran en todas las personas. Además asegura que cada uno de nosotros tiene una disposición personal formada por rasgos cardinales, centrales y secundarios, los cuales se definen a continuación.

Rasgo Cardinal.- Rasgo dominante que influye virtualmente en todos los aspectos de la conducta y caracteriza la personalidad completa.

Rasgos Centrales.- Conjunto de tendencias características que usamos frecuentemente para describir a una persona.

Rasgos Secundarios.- Rasgos que aparecen sólo en situaciones esporádicas y que no son lo suficientemente representativos como para ser considerados parte característica de la personalidad.

Los rasgos más importantes son los que motivan y al mismo tiempo estructuran la personalidad del individuo; dicho autor estaba convencido de que no hay dos personas que sean exactamente iguales, por lo tanto todos los rasgos o características son individuales o únicos (Mc Connell 1981).

Allport escribió que los rasgos son a menudo expuestos en una situación pero no en otra; Catell mencionó algo similar, diciendo que el efecto de un rasgo sobre la conducta siempre es sopesado por su relevancia en la situación.

Otro autor que ha realizado grandes contribuciones al desarrollo de la psicología de los rasgos es Hans Eysenck. Su modelo inició al investigar los cuatro tipos identificados por Hipócrates y Galeno considerando que podrían ser el resultado de la combinación de

distintos niveles de dos rasgos de orden superior, que denominó introversi3n-extraversi3n y emocionalidad-estabilidad; sin embargo, aument3 a un tercer factor al que llam3 psicoticismo, que es la predisposici3n a volverse psic3tico o soci3pata. Este autor afirma que los rasgos definidos son los m3s importantes y que 3ste modelo es suficiente para evaluar la personalidad Carver y Scheier (1997).

A 3ltimas fechas se ha reforzado la idea de que la estructura de la personalidad est3 formada por cinco factores; por ejemplo John Digman citado en Carver y Scherier (1997), asegura que se est3 acumulando evidencia en su favor y apoya el **Modelo de los Cinco Factores**, considerando que 3stos son la base de la estructura y sus diferentes combinaciones hacen posible describir a cualquier individuo. Los factores mencionados son los siguientes:

- 1.- *Extraversi3n*
- 2.- *Cordialidad / Hostilidad*
- 3.- *Voluntad de Logro*
- 4.- *Desorganizaci3n Emocional*
- 5.- *Intelecto*

Este modelo ha surgido como una posibilidad para integrar los modelos conceptuales anteriores. Seg3n algunos te3ricos los datos de que ahora se dispone hacen que el conjunto de rasgos aparezcan representar 3reas universales de la personalidad. A criterio de Carver y Scheier (1997) en la actualidad el Modelo de los Cinco Factores constituye la mejor posibilidad de consenso sobre las dimensiones de la personalidad estudiadas en la psicología de los rasgos.

Un postulado fundamental es que las diferencias individuales son importantes en algunas situaciones pero no en otras; es decir, si entendemos que la susceptibilidad juega un papel importante ser3 m3s sencillo ejemplificarlo, lo cual se traduce cuando una persona es susceptible a un problema en particular, es m3s f3cil que se le presente a ella.

Al respecto se comenta que las situaciones en las cuales la susceptibilidad tiene mayor importancia, generalmente son aquellas en las que el individuo está bajo presión, por lo que a esta aproximación a los problemas se la conoce como **Modelo de Diátesis-Estrés** (*diátesis*: susceptibilidad o predisposición). Según este modelo, para que el problema se manifieste se requiere la existencia de una interacción entre la diátesis y cierto grado de estrés Carver y Scheier (1997).

Lo anterior apoya la propuesta del presente estudio, ya que existe relación entre los eventos estresantes y la detonación de conductas problema, en éste caso el suicidio. sin embargo lo analizaremos más adelante.

En las teorías de los rasgos, se considera que lo que distingue a los individuos es la cantidad de características diversas que muestra su personalidad, es decir las diferencias básica son cuantitativas más que cualitativas.

La personalidad se puede medir a través de inventarios, con los cuales se crean perfiles de los individuos. Un perfil de personalidad es una descripción resumida del sitio que ocupan las características del sujeto en cada dimensión medida por el inventario. Al conocer las dimensiones y la posición del individuo en cada una de ellas, es posible tener una aproximación de su personalidad y de su comportamiento en diversas situaciones Carver y Scheier (1997).

Definitivamente el estudio de la personalidad es amplio, puesto que encierra la conducta del individuo, sin embargo al concentrarnos en la teoría de los rasgos especificamos un poco más nuestro campo de acción.

Al estudiar el intento de suicidio en esta investigación, inicialmente deseamos buscar las características comunes en la personalidad de los adolescentes en cuestión, para posteriormente definir un perfil de personalidad en base a la intersección de los rasgos observados .

Consideramos que la teoría de los rasgos nos permite realizar la evaluación pertinente, ya que si medimos los rasgos correspondientes, podremos intervenir puesto que tendremos una dirección definida, por lo tanto, se podrá establecer el tratamiento encaminado a apoyar al paciente; que finalmente es quien más nos interesa.

Inventario Multifásico De La Personalidad De Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)

Como ya se mencionó se puede describir la personalidad por su posición en las escalas, cada una de las cuales representa un rasgo. Para ello se debe contar con un instrumento psicológico que permita medir y evaluar los rasgos previamente definidos en un grupo determinado de sujetos que funcionen como norma estadística, de modo que al aplicarlo a una persona sea posible establecer que tanto posee de algún rasgo en particular, es decir el individuo es descrito cuantitativamente respecto a ciertos rasgos que son comparados con los de otros sujetos (Pérez y Fariás 1995).

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota Adolescentes (**MMPI-A**), cubre lo mencionado, mide rasgos de personalidad y **nos indica que tanto posee un individuo en comparación a otros, dicho rasgo**. Es necesario mencionar que el MMPI-A basa su construcción en la Teoría de los rasgos.

La versión para adolescentes del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, publicada en 1992 (Butcher, Williams, Graham, Tellegen, Archer, Ben-porath y Kaemer 1992) es producto de una cuidadosa investigación desarrollada a lo largo de nueve años de trabajo por psicólogos especialistas en evaluación y representa la primera revisión del MMPI original para utilizarse en la evaluación psicológica de adolescentes. Muchas de las innovaciones en México introducidas para el MMPI-2 han sido incluidas también en el MMPI-A (Lucio 1995).

La primera aplicación experimental del MMPI-A fue realizada por Dora Capwel en 1941; demostró que el inventario discriminó entre grupos de chicas delincuentes y no

delincuentes (Capwel 1945b, Hathaway y Monachesi 1951, 1952). Actualmente se continua realizando diversos estudios con el MMPI-A, por ejemplo, Peña, Megargee y Brody (1996) compararon adolescentes varones delincuentes con no delincuentes, encontrando diferencias en las escalas de desviación psicopática, paranoia e hipomania; Weed, Butcher y Williams (1994) desarrollaron las escalas de reconocimiento y tendencias de problemas con alcohol y drogas, compararon tres muestras, adolescentes hospitalizados por problemas con alcohol y drogas, un grupo control y adolescentes psiquiátricos en tratamiento. Los resultados indican que las escalas si detectan a los chicos con problemas por abuso de sustancias; Woodall y Matthews (1993) evaluaron los cambios y la estabilidad de las características hostiles y su asociación con edad, sexo y apoyo familiar en 108 niños y adolescentes, con edades entre 10 y 14 años, fue un estudio longitudinal de 4 años, los varones se mostraron más hostiles que las chicas; Butcher y Pope (1992) evaluaron y discutieron las propiedad psicométricas del MMPI-2 y MMPI-A.

Originalmente Hathaway y Monachesi obtuvieron las normas para adolescentes, posteriormente lo hicieron Marks y Briggs, después Gottesman, Hanson, Krockner y Briggs (citado en Archer 1987), y posteriormente Colligan y Offord en 1989 (Klinefelter, Pancoast, Archer y Pruitt 1990). Actualmente se aplican las normas para adolescentes mexicanos (Lucio, Ampudia y Durán, en prensa), ya que anteriormente se utilizaban las normas del MMPI original, sin embargo muchos perfiles se invalidaban o con puntuaciones elevadas; por lo que se decidió elaborar una versión exclusiva para adolescentes.

Para adaptar el instrumento a México se inició realizando su traducción , posteriormente varios psicólogos clínicos de diferentes naciones discutieron la versión, se envió la revisión a Minnesota y se obtuvo la aprobación con algunas sugerencias menores, finalmente se realizó una traducción a la inversa, es decir del español al ingles, por medio de ella se logró un acuerdo del 90% con la versión original. Así se estructuró la versión final del MMPI-A, la cual se pretende utilizar en otros países de Latinoamérica (Lucio, Ampudia y Durán, en prensa)

El instrumento cumple ampliamente los criterios psicométricos de confiabilidad y validez. Para lograr estos requerimientos en la versión estadounidense, se estudió una amplia muestra de sujetos normales y además un grupo de jóvenes que habían sido identificados con problemas emocionales y de conducta (muestra clínica). En el estudio se utilizaron procedimientos estadísticos como el coeficiente de Alfa de Cronbach, para obtener la consistencia interna de las escalas, el análisis factorial y análisis de validez de las escalas, además se obtuvo la validez concurrente (Lucio, Ampudia y Durán, en prensa).

En la versión al español del MMPI-A realizada en México, se obtuvo la validez concurrente y el nivel de discriminación del instrumento aplicando a un grupo clínico, y la validez de Criterio identificando las diferencias en las escalas entre grupos normales y clínicos, este grupo estuvo constituido por adolescentes que acudían a consulta o estaban internos en diversas instituciones psiquiátricas y servicios de salud mental de diversas zonas de la ciudad de México. Se consideró necesario realizar algunos estudios de confiabilidad y validez con el inventario, empleando los mismos procedimientos metodológicos y estadísticos que se emplearon en E.U.. Se determinó la estabilidad temporal del instrumento realizando una aplicación test-retest, en donde los hombres presentaron coeficientes de consistencia interna que van de .53 a .82 y las mujeres desde .53 hasta .87, por lo tanto se encontró que la mayoría de las escalas de la prueba muestran una consistencia interna que va de moderada a alta; también se obtuvo el Coeficiente Alfa de Cronbach, el Error Estándar de medida, el Análisis Factorial e Intercorrelaciones de las escalas clínicas, así como la validación a través de jueces clínicos (Lucio, Ampudia y Durán, en prensa). Los datos obtenidos con estos estudios indican que el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en su versión para adolescentes es válido y confiable en la población mexicana.

El MMPI-A tiene dos funciones principales en la evaluación; primero evalúa objetivamente y describe el nivel de funcionamiento del adolescente, y segundo la

administración repetida del MMPI-A puede aportar al clínico un cierto criterio para evaluar los cambios en la psicopatología a lo largo del tiempo.

La versión final del MMPI-A contiene 478 reactivos. La administración de los primeros 350 reactivos es suficiente para puntuar las escalas de validez L, F y K, así como las escalas clínicas. Los 128 reactivos finales son contestados principalmente para las escalas de contenido y suplementarias (Butcher y Williams 1992).

Para administrar el MMPI-A se deben tener en cuenta diversas recomendaciones; el aplicador deberá capacitarse, tener conocimiento de la importancia de las normas, la evaluación, selección y administración, lo que asegura el uso adecuado del instrumento.

También es necesario que el adolescente tenga un nivel de lectura eficiente para que pueda completar la prueba, de lo contrario el protocolo puede invalidarse, ya que se requiere emplear el criterio de al menos un 80% de reactivos del MMPI-A correctamente leídos y comprendidos con el fin de asegurar la validez de la prueba (Lucio, Ampudia y Durán, en prensa).

El inventario está diseñado para evaluar psicopatología en adolescentes con edades entre 14 y 18 años, puede aplicarse de forma colectiva o individual; y debido a que es largo se necesita incrementar la motivación en la mayoría de los adolescentes, este procedimiento puede realizarse por medio de los siguientes pasos:

- a) Establecer un rapport adecuado con el adolescente antes de la administración de la prueba*
- b) Proporcionar instrucciones claras y precisas sobre los propósitos del inventario*
- c) Indicar al adolescente que tiene la oportunidad de recibir retroalimentación del MMPI-A*
- d) Es importante presentar el cuestionario de una manera seria, donde se subraye la importancia del procedimiento en la misma*

La calificación del inventario se puede realizar hoja por hoja a través de plantillas, o bien procesarse mediante un programa de computadora. Las puntuaciones naturales se convierten en valores de *puntuaciones T* para cada escala, lo cual permite ubicar al sujeto en cierta posición de cada escala y así situarlo ante la norma.

Se obtienen **tres perfiles**; el de las **Escalas clínicas** que son: Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Masculinidad-Femineidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e Introversión social, en el cual también se encuentran las **Escalas de validez**: Inconsistencia en las respuestas variables, Inconsistencia en las respuestas verdaderas, Infrecuencia en la primera parte, Infrecuencia en la segunda parte, Infrecuencia, No podría decir, Mentira y Corrección; además de un perfil de las **Escalas de contenido** que son: Ansiedad, Obsesividad, Depresión, Preocupación por la salud, Enajenación, Pensamiento delirante, Enojo, Cinismo, Problemas de conducta, Baja autoestima, Aspiraciones limitadas, Incomodidad social, Problemas familiares, Problemas escolares y Rechazo al tratamiento; por último el perfil de las **Escalas suplementarias**: Alcoholismo, Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas, Tendencia problemas con el alcohol y/o drogas, Inmadurez, Ansiedad y Represión.

Debido a que el MMPI-A es un instrumento objetivo se considera una de las pruebas psicológicas más adecuadas para población adolescente, además de que evalúa rasgos propios del período como inmadurez, enojo, enajenación, tendencia al abuso de alcohol y drogas, entre otros. Por lo argumentado, consideramos al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en su versión para adolescentes la prueba más apropiada para evaluar a las dos muestras del presente estudio.

ADOLESCENCIA

A la serenidad y a la confianza han sucedido la inquietud y el desconcierto. Al chico ya no le sirven las respuestas de la infancia para enfrentar los problemas del mundo y de su conducta. Una transformación total, un vuelco para él inexplicable, amenazan con mover los fundamentos mismos de su personalidad. Signos misteriosos aparecen en las cosas, los rostros más familiares presentan una expresión inesperada, y en medio de la turbación de tal viraje todavía tiene que responder a nuevas exigencias (Ponce 1977).

*...El adolescente se desprende del niño en
el mismo momento en que se inicia ese drama...*

Durante varios años, las personas jóvenes no son niños ni adultos, ni muchachos ni hombres, ni muchachas ni mujeres, ni totalmente dependientes de su familia, ni independientes. Al mismo tiempo su organismo que cambia le produce la experiencia de impulsos nuevos y más poderosos Whittaker y Whittaker (1985).

Sin embargo en esta etapa también **se adquieren habilidades**, no sólo hay un caos, también representa el momento en que **se fortalece la estructura** y se enfrenta la crisis como una opción para crecer, es decir la adolescencia significa un desafío del desarrollo que hará ganar terreno al individuo.

El término *adolescencia* connota una peculiar fenomenología en la que *participan complejos hechos de índole biológica, psicológica, sociológica y cultural, que interactúan entre sí.*

De acuerdo a Peter Blos (1971) la adolescencia está principalmente caracterizada por cambios físicos. La crisis del adolescente es básicamente la crisis de su identidad, los jóvenes ven afectado el desarrollo de sus intereses, su conducta social y la cualidad de su vida afectiva.

Existe cierta semejanza entre los transtornos adolescentes y los pacientes que atraviesan periodos de duelo o de problemas amorosos, debido a que el equilibrio interno que se había alcanzado durante la niñez, se debe abandonar para permitir la integración de la sexualidad adulta en la personalidad.

La **pubertad** está establecida como una continuidad del desarrollo psicológico, produce un nuevo impulso y una nueva organización en el yo. Dicho término se emplea para calificar las **manifestaciones físicas de la maduración sexual**. La prepubertad se refiere al período que antecede al desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. El término *adolescencia* se emplea para calificar los *procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad*.

Es imposible establecer un límite real en cuanto al inicio de la etapa adolescente, sin embargo se aproxima alrededor de los 11 y los 14 años. Ocurre un gran cambio en muchos sentidos, los cuales afectarán al equilibrio establecido previamente, tanto en su concepto personal, en el ámbito social, intelectual y afectivo.

Las transformaciones físicas en la niña acontecen alrededor de los 10 años y en el niño a los 12, estamos hablando de las características de la pubertad, esos cambios traen consigo grandes efectos psicológicos.

Dichos cambios ocasionan problemas y una concentración excesiva en sí mismo, la seguridad en el "self" cambia debido a que enfrenta circunstancias a las que no estaba acostumbrado, sus hábitos también se transforman, por lo tanto hay ambivalencia e inseguridad.

En los primeros años de la adolescencia sus cuestionamientos son la base de la existencia, el querer descubrir qué significa la vida, quién es él, a donde llegará, y más interrogantes son la causa del sentimiento de desorientación y del concentrarse en sí mismo. Necesita buscar momentos de soledad y de reflexión para poder encontrarse

dentro de sí, ya que hay momentos en los que no se comprende, ni comprende al resto de la gente, por lo tanto no sabe como comportarse; en ocasiones es agresivo, a veces arrogante, torpe, o chocante, está tratando de afirmarse a sí mismo, por ello es opositorista.

A continuación se expondrán las etapas de la adolescencia de acuerdo a algunos teóricos que consideramos relevantes para realizar el objetivo de la presente investigación. Cabe notar que no existe una división tajante entre ellas, su presentación es solamente didáctica.

Preadolescencia

En la preadolescencia el muchacho tiene un **aumento de los impulsos instintivos**. Muestra un aumento de la motilidad, voracidad, actitudes sádicas, lenguaje obsceno, rechazo por la limpieza, fascinación por los olores y juegos fálicos exhibicionistas.

Los niños preadolescentes descuidan sus hábitos higiénicos y su vestimenta, son comunes también las acciones crueles y prepotentes, así como la masturbación mutua, la sumisión sexual hacia compañeros de juego mayores, ejecutan actos destructivos, hurtos, robos.

Dentro de la familia el preadolescente provoca conflictos, por su egoísmo, en la escuela tiene problemas con frecuencia. Parece que **el proceso de adaptación al ambiente se ha interrumpido bruscamente**. Después de la preadolescencia hay intentos de separación de los objetos primarios de amor.

Adolescencia Temprana

En la adolescencia temprana **el problema de relaciones de objeto pasa a primer plano**, los adolescentes buscan objetos libidinales extra familiares, con ello se inicia el

proceso de separación de las ligas objetales tempranas. El retiro de la catexis de objeto, la ampliación de la distancia entre el yo y el super yo dan como resultado un empobrecimiento del yo, un sentimiento de vacío, de tormento interno.

En la adolescencia temprana hay un **resurgimiento de amistades idealizadas con miembros del mismo sexo**, emerge la búsqueda de valores nuevos. El amigo adquiere importancia de la que antes carecía, la elección de objeto sigue el modelo narcisista, algunas características en el otro son admiradas y amadas porque constituyen algo que el sujeto mismo quisiera tener y en la amistad él se apodera de ello.

Adolescencia Propiamente Dicha

Las relaciones de objeto asumen aspectos nuevos. *El hallazgo de un objeto heterosexual se hace posible* por el abandono de las posiciones bisexual y narcisista. También hay una **tendencia hacia la experiencia interna y el auto descubrimiento**, de ahí las experiencias religiosas y el descubrimiento de la belleza en todas sus manifestaciones.

El amor tierno que precede a la experimentación heterosexual, pertenece a esta etapa del desarrollo. Existe un espíritu competitivo de los muchachos para la conquista por las muchachas, y una forma deseada de intimidad física, se experimenta un sentimiento erótico acompañado de ternura y devoción. Predominan la preocupación por preservar el objeto de amor y el deseo de pertenencia exclusiva, aunque solo sea espiritualmente. La pareja representa un conglomerado de atributos sagrados y preciosos que llenan al joven de admiración, este nuevo sentimiento es experimentado al principio como la amenaza de una nueva dependencia, así que despierta miedo de sumisión y de rendición emocional. Durante la adolescencia propiamente dicha hay una **profunda reorganización de la vida emocional**.

Los procesos cognitivos se hacen más objetivos y analíticos; el reinado del principio de la realidad se inicia.

Adolescencia Tardía

La fase final de la adolescencia se ha considerado como una declinación natural con el torbellino del crecimiento, **el individuo gana en acción propositiva, integración social, predictibilidad, constancia de emociones y estabilidad de la autoestimación.**

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo que somete a esfuerzos determinantes a la capacidad de integración del individuo.

Durante la adolescencia tardía **la identidad sexual toma su forma final.** De igual manera la predisposición a tipos específicos de relaciones amorosas se afirma.

La consolidación de la personalidad al fin de la adolescencia trae mayor estabilidad y nivelación al sentimiento de la vida activa. Se efectúa una solidificación de carácter.

Post adolescencia

Es la **transición de la adolescencia a la edad adulta**, el postadolescente vuelve al problema de armonizar las partes componentes de la personalidad.

Durante esta fase **emerge la personalidad moral con su énfasis en la dignidad personal o autoestima.** La confianza antes depositada en el padre, ahora se une al ser y todo tipo de sacrificios son hechos con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima. El sujeto elabora su muy especial forma de vida.

El postadolescente se ancla firmemente en la sociedad, los conflictos instintivos retroceden y los procesos integrativos se vuelven prominentes. Esta etapa tiene la función de crear un puente entre la adolescencia y la edad adulta.

Concepto de Normalidad y Patología en la Adolescencia

Todo paso adelante en el proceso de crecimiento y maduración entraña no sólo nuevos beneficios sino nuevos problemas, significa que el cambio producido en cualquier sector de la vida mental trastorna el equilibrio previamente alcanzado.

La adolescencia es por naturaleza una interrupción del crecimiento imperturbado; el mantenimiento de un equilibrio estable durante el proceso adolescente es en sí mismo anormal, por lo que la falta de armonía es necesaria, y la lucha entre el ello y el yo es un intento de restaurar la paz y la armonía.

Debido a lo mencionado **se considera normal que un adolescente se comporte durante un largo período de manera incoherente e imprevista**, que se oponga a sus impulsos y que los acepte, que ame a sus padres y que los odie, que se rebele contra ellos y que dependa a la vez. Existe una gran ambivalencia, una fluctuación entre extremos opuestos, significa que hace falta un largo tiempo para que surja la estructura adulta de la personalidad, es necesario dar tiempo y medios para que elabore sus propias soluciones. A. Freud, Osterrieth, Piaget, Schonfeld (1969).

La adecuada salud mental se verifica sólo cuando todas las instancias de nuestra mente, impulsos, yo racional e ideales coinciden de manera notoria y en su adaptación al mundo externo, y permiten resolver los conflictos inherentes a la situación total.

Existen dos *fuentes de peligro* interno durante la adolescencia, una es el *empobrecimiento del yo*, que lleva a las conductas suicidas, la otra fuente es la *ansiedad* despertada durante el movimiento progresivo hacia la heterosexualidad.

También es una etapa que promueve la adquisición de habilidades para enfrentar el mundo del adulto, y descubrir el potencial que llevará al chico a su pleno desarrollo.

Se realizan cambios en todas las esferas de la personalidad. Se trata de cambios físicos, en relación con el tamaño, fortaleza y aspecto de la persona, cambios endocrinológicos, que revolucionarán su vida sexual, cambios en la forma de expresar su agresividad, también progresos en el rendimiento intelectual, reorientaciones con relación a vínculos objetales y relaciones sociales

Para otros autores (por ejemplo Anna Freud), existe cierta *dificultad para diferenciar entre normalidad y patología en la adolescencia*, debido a que la adolescencia se asemeja a otros trastornos emocionales y desequilibrios estructurales, las manifestaciones adolescentes se confunden con estados fronterizos, con la formación de síntomas neuróticos, psicóticos o asociales.

Mannoni, De luz y cols. (1984) comentan *"no sabemos muy bien si hay crisis de la adolescencia que son el comienzo de una enfermedad mental y otras que solamente se convierten en enfermedades mentales porque se las ha contrariado"* pp.23.

Por lo tanto, existe aún la duda de poder establecer un diagnóstico de enfermedad mental en la etapa adolescente, debido a que las conductas apuntan a caminos que divergen.

Winnicott (1982) afirma que la inmadurez es un elemento esencial de la salud en la adolescencia, **"sólo podemos esperar el paso del tiempo, y la maduración que éste pueda traer"** (p. 191). Aunado a la inmadurez necesaria de la adolescencia se encuentra la falta de responsabilidad, característica también principal de la etapa.

Los adultos deben estar conscientes de esa inmadurez característica del adolescente, ya que el triunfo de la adolescencia es adquirir la madurez a través del paso del tiempo.

A continuación se presentará una recapitulación del desarrollo en diferentes áreas del adolescente.

Área Sexual

En la pubertad el instinto sexual encuentra por fin el objeto sexual, y las zonas erógenas se subordinan a la primacía de la zona genital. El instinto sexual se pone ahora al servicio de la función reproductora.

La maduración sexual es el suceso biológico que se produce en la pubertad: los impulsos instintivos se intensifican. Este proceso llega a su fin cuando se establece una identidad sexual apropiada Blois (1971).

Área Cognoscitiva

Las operaciones de inteligencia infantil son puramente concretas, pero entre los once y doce años ocurre una transformación fundamental en el pensamiento y al rededor de los doce, se inicia poco a poco la reflexión libre y desligada de lo real. Acontece el paso del pensamiento concreto al pensamiento "formal" o el pensamiento hipotético-deductivo Freud, Osterrieth, Piaget, Schonfeld (1969).

El adolescente ya puede construir sistemas y teorías, éste se preocupa por problemas que carecen de relación con las realidades vividas día a día, es decir tiene facilidad para elaborar teorías abstractas.

Algunos escriben, crean una filosofía, una política, o una estética. Otros no escriben, pero hablan de sus producciones, e inclusive si no hablan mucho de esas producciones las van rumiando en secreto, pero no cabe duda de que todos han creado teorías y sistemas que transforman al mundo.

Por lo anterior decimos que el pensamiento formal es **hipotético-deductivo**, capaz de deducir las conclusiones que hay que sacar exclusivamente de hipótesis y no sólo de una observación real.

Esta es una de las novedades de la adolescencia: la libre actividad de la reflexión espontánea. El joven siente como una necesidad el razonar, obtiene un gran placer de hacerlo, y razona acerca de todo, sin embargo aún no tiene suficiente autocrítica y se involucra en interminables discusiones, inclusive en ellas se va encontrando a sí mismo poco a poco, se cuestiona ¿quién soy yo?... tiempo después se encontrará.

Área Social

Aparentemente el adolescente al principio parece asocial, sin embargo la sociabilidad del adolescente se afirma a través de la vida de los jóvenes entre ellos.

Presenciamos un segundo paso en la individuación, se experimenta la distinción entre *ser* y *no ser* que lleva a un sentido de identidad. Antes que el adolescente pueda consolidar esta formación, debe pasar por etapas de autoconciencia y de existencia fragmentada. La individuación del adolescente se acompaña de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión.

Un problema crucial es la **ambivalencia entre la pasividad y la actividad**, la oscilación entre ambas caracteriza la conducta adolescente. Cuando la necesidad pasiva es sentida muy intensamente, ganará mayor fuerza la defensa en contra, a través de la manifestación de fantasías, actos rebeldes y hostiles.

El autocontrol amenaza con romperse y en algunos extremos surge la delincuencia. Actuaciones de este tipo están relacionadas con la búsqueda de objetos de amor, también ofrecen un escape de la soledad, del aislamiento y la depresión. Este tipo de actuación puede detenerse recurriendo a la fantasía, al autoerotismo o vuelta al narcisismo.

Ahora los valores, las reglas y leyes morales han adquirido independencia de la autoridad parental.

La cultura influye en la formación de defensas. Una defensa bastante común en la adolescencia, es divorciar los sentimientos de la acción.

El grupo de amigos se reviste de una importancia fundamental en una etapa del desarrollo del adolescente, a través de él busca y reafirma su personalidad, encuentra seguridad, se siente protegido e igual a otros, ya no es tan distinto, encuentra estabilidad, retoma de ellos la manera de expresarse, de conducirse, en ellos se descubre, ya no se siente sólo, está reconfortado, y se sabe diferente a los adultos.

Las sociedades de adolescentes son principalmente **sociedades de discusión** entre amigos, en grupos, reconstruyen el mundo, discuten ampliamente para combatir la orbe real.

Cuando el grupo de amigos se convierte en mixto, se produce una atracción hacia el sexo opuesto, y tratan de llamarse la atención, se inicia la seducción, que en la mayoría de las ocasiones se realiza tímidamente. Cuando se llega a establecer una relación heterosexual en esta época son relativamente efímeras, sin embargo lo conducen a una mayor madurez, ya que a través de ella experimenta la solidaridad, la coparticipación, el dar y recibir, que resultan sumamente enriquecedores.

Área Familiar

Definitivamente la familia es la TROQUELADORA de los individuos, es quien proporciona, en su mayoría, los recursos para el desarrollo, de donde se absorben los valores, las reglas e incluso las patologías, es por ello que Louis de La Robertie (Mannoni, De Luz y cols. 1984) argumenta que **si existe una crisis en el adolescente, hay también una crisis parental** y ambas son correlativas, es decir se reflejan como en espejo; también afirma que si el patógeno existe, es el producto de una genealogía y no se da por casualidad.

En un estudio realizado en 1992, los resultados indicaron que la incidencia de episodios agudos de angustia severa en adolescentes, se asociaba con desórdenes en

las relaciones entre los padres, como por ejemplo: 1) carencia o escasez de muestras de afecto entre los padres, 2) el que los padres peleen en presencia de los hijos, 3) que en estas contiendas las agresiones acaben en violencia física, 4) que uno o ambos padres amenacen con separarse o divorciarse. Estas características se relacionan a su vez con la respuesta del hijo, es decir, implica que el adolescente no tenga confianza en sus padres, y que cuando tenga un problema importante no sienta apoyo por parte de los padres (Sánchez-Sosa, Jurado y Hernández 1992).

Debido a estos argumentos, es importante reflexionar en la gran influencia que constantemente percibe el adolescente, proviniendo por supuesto, de su familia, sobre todo en el tema que nos ocupa, la conducta suicida.

Entrando en materia, es evidente que la abierta rebelión contra los progenitores y las reacciones hostiles ante sus aproximaciones en las relaciones entre padres e hijos durante este periodo es ineludible.

En esta etapa es básico descartar por completo aquellos seres que en el pasado eran objetos amorosos es decir, sus padres. Por lo tanto se emprende una batalla, que es realizada de diferentes maneras, ya sea demostrando indiferencia, o negandoles importancia, a través de una actitud de menosprecio, mediante la insolencia y la rebeldía contra las creencias y convenciones que compartían, pues así puede creer que no los necesita.

Previamente los padres eran sobrevalorados, ahora son devaluados. La autoinflación narcisista surge una vez que la fuente de gratificación narcisista derivada del amor paternal ha cesado de fluir.

Algunos adolescentes reemplazan a los padres por un líder autodesignado, o un miembro de la generación de los progenitores, puede ser un profesor, un poeta, un filósofo, alguien investido de cualidades divinas y a quien sigue de manera ciega.

El niño que crece demanda algo más que igualdad a sus padres, desea hacerse más fuerte, madurar, adquirir inteligencia, son cosas que automáticamente traduce en la caída y declinación de sus padres. De acuerdo con las imaginaciones que gobiernan la relación entre niño y adulto, sólo uno de ellos puede ser grande, poderoso e inteligente, por lo tanto uno de ellos debe ganar, el progenitor o el adolescente.

La lenta separación de las ligas emocionales del adolescente con su familia, su entrada temerosa o alborotada a una nueva vida que le atrae, son de las más profundas experiencias en la existencia humana.

Es necesario en el estudio que nos ocupa, encontrar la relación existente entre la adolescencia y la agresión, o bien retomando el concepto freudiano, su relación con el instinto de muerte. Por lo tanto se presentan en seguida algunas ideas referentes al funcionamiento de la destructividad.

Destructividad en la Adolescencia

La más importante cualidad crítica en la adolescencia es la irrupción de la instintividad. Los instintos de vida y de muerte emergen. La intensidad instintiva se expresa tan ampliamente en la vida emocional que el adolescente pone a prueba la integración alcanzada en sus años infantiles.

La frustración en la realización de las fantasías, permite la liberación de la destructividad. El ardor en el odio y en el amor son características que en la adolescencia adquieren dimensiones dramáticas. La derivación hacia el exterior del instinto de muerte, por lo que respecta al odio, lo permite.

El contenido de las fantasías adolescentes adquiere en estas condiciones una violencia extrema y una destructividad sin límites.

Winnicott (1982) compara las ideas infantiles con las del adolescente, y comenta que si en la infancia existe un contenido de muerte, en la adolescencia será de asesinato, ya que crecer significa ocupar el lugar del padre, y se sabe que en la fantasía inconsciente, el crecimiento es íntimamente un acto agresivo. Esta fantasía puede manifestarse como impulso suicida o como un suicidio consumado.

Comentarios Finales

La adolescencia llega a su fin con la resolución de los conflictos que implican las transformaciones, asimismo se adquieren habilidades para hacer frente a los desafíos de la vida, se elabora un centro de lucha interna que resiste las transformaciones.

La solución saludable de la crisis adolescente consiste en el predominio de la tendencia a la integración y en el enriquecimiento de su mundo interno mediante la experiencia adquirida en las exploraciones del exterior.

La famosa pregunta **¿quién soy yo?** retrocede lentamente al olvido, ahora hay un conocimiento del ser y el chico finalmente puede expresar **"ÉSTE SOY YO"**.

METODOLOGIA

Objetivos

1 Identificar los factores de personalidad, y sucesos de vida que puedan conducir a los adolescentes de una muestra clínica a presentar un intento de suicidio.

2 Comparar una muestra de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, con una muestra de adolescentes que no han intentado suicidarse.

Planteamiento del problema

*¿Existen factores de personalidad que se relacionen con el intento de suicidio en los adolescentes?

*¿Los sucesos de vida estresantes pueden predisponer al adolescente al intento suicida?

*¿Existen diferencias en cuanto a factores de personalidad y sucesos de vida estresantes entre una muestra de adolescentes con intento de suicidio y otra muestra de adolescentes sin intento suicida?

Variables

1) *Variable Dependiente (intento de suicidio)*

Definición conceptual: Hecho de vivir una conducta autodestructiva y no morir. (Sánchez 1994).

Definición operacional: En el presente estudio se considerará intento de suicidio a toda conducta realizada por el mismo sujeto para atentar contra su propia vida, pero sin llegar a la muerte.

2) *Variable Independiente (respuestas al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes *MMPI-A).*

Definición operacional: Las respuestas del MMPI-A que se obtienen a través de los puntajes T, los cuales reportan características específicas de las escalas. Tomando en cuenta sobre todo aquellas que se relacionan en mayor grado con el intento de suicidio, por ejemplo: las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, psicastenia, esquizofrenia, ansiedad, depresión-adolescentes, enajenación de adolescentes, enojo-adolescentes, baja autoestima-adolescentes, problemas familiares-adolescentes, problemas escolares-adolescentes, alcoholismo de MacAndrew, inmadurez y represión.

3) *Variable Independiente (respuestas al Cuestionario de Sucesos de Vida para adolescentes)*

Definición operacional: Se considerarán los sucesos de vida estresantes acontecidos de los últimos seis meses a la fecha de aplicación, que pueden ser por ejemplo: me enviaron con un psicólogo o terapeuta, los pleitos entre mis papás empeoran, problemas en la escuela con algún maestro, tuve una desilusión amorosa, mejoraron las relaciones con mi familia entre otros.

Estudio

Es un estudio *descriptivo*, ya que describe principalmente los factores de personalidad y sucesos de vida estresantes, que presentaron las dos muestras de adolescentes; *comparativo*, debido a que se compararon los datos obtenidos de la muestra de adolescentes con intento de suicidio y de la muestra de adolescentes sin intento de suicidio; *expost-facto* puesto que se realizó después del hecho, es decir posterior al intento suicida y por último *de campo*, porque se llevó a cabo en el escenario de cada muestra.

Diseño

Diseño de dos muestras independientes; adolescentes que han realizado intento de suicidio, y adolescentes que no lo han intentado.

Sujetos

El estudio se realizó con dos muestras, ambas de 38 sujetos. La muestra clínica conformada por adolescentes que estaban hospitalizados por intentar suicidarse o aquellos que se encontraban en recuperación después de haberlo cometido y que asistían a consulta externa, y la muestra normal, constituida por adolescentes estudiantes de nivel bachillerato, que no presentaron antecedentes de intento suicida.

Se controlaron algunas variables en ambas muestras debido a que podían influir en los resultados. Por ejemplo la edad, ya que se obtuvieron igual número de chicas con 14, 15, 16, 17 y 18 años; también el sexo, todas las adolescentes fueron mujeres (aunque inicialmente se propuso que fueran de cualquier sexo, no obstante llegaban a los hospitales mayor número de chicas, por lo tanto se decidió excluir a los pocos hombres que ya teníamos registrados); además compartieron características sociodemográficas similares, el cual se obtuvo a través del Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida .

Los sujetos de la muestra clínica se obtuvieron a través de un *muestreo no probabilístico intencional* debido a que la elección de los elementos no fue aleatoria, sino que dependió de las características que se relacionaban con la investigación.

Para la muestra normativa se evaluaron estudiantes del Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales #54. Se eligió éste porque se consideró semejante el nivel socioeconómico al de la muestra clínica. Se seleccionaron únicamente adolescentes del sexo femenino e igual número de chicas que tenían edades entre 14 y 18 años como la muestra clínica, con la finalidad de tener mayor control sobre las variables extrañas.

Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

Existen diferencias en cuanto a los factores de personalidad y los sucesos de vida, entre un grupo de adolescentes que han intentado el suicidio y otro grupo de adolescentes que no han intentado suicidarse, ambos con características sociodemográficas iguales.

Los factores de personalidad (depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, introversión, baja autoestima, enajenación, enojo, inmadurez, represión) influyen en los adolescentes para llevar a cabo la realización del intento suicida. Barrera, Gómez y cols. 1993; Gisper, Wheeler y cols. 1985.

Los sucesos de vida (los pleitos entre mis papás empeoran, separación o divorcio de mis padres, problemas en la escuela con algún maestro, tuve una desilusión amorosa, tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos, me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela, reprobé o repetí un año escolar, entre otros) afectan a los adolescentes para la realización del intento de suicidio. Calvo, De la Rosa y Villar 1989; Gisper, Wheeler y cols. 1985.

Hipótesis Estadística

H1a Existe diferencia en cuanto a factores de personalidad entre una muestra de adolescentes con intento de suicidio y una muestra de adolescentes que no han intentado suicidarse.

H1b Existe diferencia en cuanto a sucesos de vida estresantes, entre una muestra de adolescentes con intento de suicidio y una muestra de adolescentes que no han intentado suicidarse.

H1c Existe relación entre los factores de personalidad (depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, introversión, baja autoestima, enajenación, enojo, inmadurez, represión) y el intento de suicidio.

H1d Existe relación entre los sucesos de vida estresantes (los pleitos entre mis papás empeoran, separación o divorcio de mis padres, problemas en la escuela con algún maestro, tuve una desilusión amorosa, tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos, me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela, reprobé o repetí un año escolar, entre otros) y el intento de suicidio.

H0a No existe diferencia en cuanto a factores de personalidad entre una muestra de adolescentes con intento de suicidio y una muestra de adolescentes que no han intentado suicidarse.

H0b No existe diferencia en cuanto a sucesos de vida estresantes entre una muestra de adolescentes con intento de suicidio y una muestra de adolescentes que no han intentado suicidarse.

H0c No existe relación entre los factores de personalidad (depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, introversión, baja autoestima, enajenación, enojo, inmadurez, represión) y el intento suicida.

H0d No existe relación entre los sucesos de vida estresantes (los pleitos entre mis papás empeoran, separación o divorcio de mis padres, problemas en la escuela con algún maestro, tuve una desilusión amorosa, tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos, me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela, reprobé o repetí un año escolar, entre otros) y el intento de suicidio.

Escenario

Para la obtención de la muestra clínica el estudio se llevó a cabo principalmente en el área de Higiene Mental del Hospital General Centro Médico la Raza, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, también en los hospitales de Xoco y Juan N. Navarro, aunque los pacientes de estos últimos fueron pocos. (señalamos en este apartado la dificultad para obtener el acceso a los hospitales y con ello a la población de estudio, lo cual obstaculiza la investigación y así mismo la prevención o solución de conflictos en la sociedad).

En lo que respecta a la muestra normativa se obtuvo del Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales #54, ubicado en el límite noreste de la Ciudad de México.

Instrumentos

I. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota Adolescentes (MMPI-A)

Se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota versión para Adolescentes (MMPI-A). Consta de 478 reactivos de autodescripción, ante los cuales el sujeto tiene que contestar verdadero o falso; éstos componen 39 escalas, clasificadas en cuatro tipos: Escalas de Validez, Escalas Clínicas, Escalas Suplementarias y Escalas de Contenido.

Para la calificación de los sujetos, las puntuaciones naturales fueron procesadas a través de un programa de computadora en SPSS realizado específicamente para el MMPI-A, posteriormente se vacian en el perfil, en donde las columnas de la izquierda y la derecha muestran las puntuaciones T correspondientes a dichos valores naturales (Lucio, Ampudia y Durán, en prensa). Se considera patológico cuando el puntaje es mayor de T 65.

El instrumento consiste en un cuadernillo de preguntas y una hoja de respuestas para lectora óptica. A continuación se presentan las escalas del inventario.

Escalas de Validez	Número de reactivos
? "No podría decir"	
L Mentira	14
F (F1 y F2) Infrecuencia	66
K Corrección	30
INVAR (Inconsistencia de las respuestas variables)	
INVER (Inconsistencia de las respuestas verdaderas)	
Escalas Clínicas	
1 Hs Hipocondriasis	32
2 D Depresión	57
3 Hi Histeria Conversiva	60
4 Dp Desviación Psicopática	49
5 Mf Masculinidad-Femineidad	44
6 Pa Paranoia	40
7 Pt Psicastenia	48
8 Es Esquizofrenia	77
9 Ma Hipomania	46
0 Is Introversión social	62
Escalas de Contenido	
ANS-A Ansiedad de Adolescentes	21
OBS-A Obsesividad de Adolescentes	15
DEP-A Depresión de Adolescentes	26
SAU-A Preocupación por la salud de Adolescentes	37
ENA-A Enajenación de Adolescentes	20
DEL-A Pensamiento Delirante de Adolescentes	19

ENJ-A Enojo de Adolescentes	17
CIN-A Cinismo de Adolescentes	22
PCO-A Problemas de conducta de Adolescentes	23
BAE-A Baja autoestima de Adolescentes	18
ASL-A Aspiraciones limitadas de Adolescentes	16
ISO-A Incomodidad en situaciones sociales de Adolescentes	24
FAM-A Problemas familiares de Adolescentes	35
ESC-A Problemas escolares de Adolescentes	20
RTR-A Rechazo al tratamiento de Adolescentes	26

Escalas Suplementarias

Mac-A Alcoholismo de MacAndrew revisada	49
RPAD Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas	34
TPAD Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas	36
INM-A Inmadurez	43
A-A Ansiedad	35
R-A Represión	33

Enseguida se describen las escalas más representativas para el estudio (Lucio, Ampudia y Durán, en prensa).

Depresión.- Describe insatisfacción general con la propia vida, incluyendo desesperanza, autoestima pobre y falta de motivación.

Histeria.- Identifica a individuos que presentan reacciones histéricas ante situaciones estresantes, incluyendo quejas somáticas, centrarse en sí mismo y relaciones superficiales entre otros rasgos.

Desviación Psicopática.- Se relaciona con un pobre control de impulsos, agresión, problemas de conducta y de adaptación en la escuela.

Masculinidad-Feminidad.- Representa una medida bipolar del rol tradicional de género, es decir identificación con su sexo. (falta investigar por lo que aún se debe interpretar con reserva en México)

Paranoia.- Describe patrones de conducta como dependencia, suspicacia, sentimientos de culpa, distracción y retraimiento.

Psicastenia.- Se relaciona con altos niveles de tensión y ansiedad, con conductas obsesivo-compulsivas y sentimientos de inadecuación.

Esquizofrenia.- Se refiere a aislamiento social, trastornos del afecto y la conducta, dificultades interpersonales y escolares.

Enajenación.- Las puntuaciones altas indican que el adolescente se encuentra distanciado emocionalmente de los demás, siente que no le importa a nadie y que no lo entienden.

Enojo.- Identifica sentimientos de ira e irritabilidad.

Alcoholismo de MacAndrew.- Hace referencia sujetos de personalidad extrovertida, que llevan a cabo conductas de riesgo.

Inmadurez.- Describe la estructura interna, el grado de fragilidad o fortaleza del adolescente, así como los recursos que posee.

Represión.- Identifica a los chicos que se sienten reprimidos por los demás, que actúan conforme a otros y se muestran sometidos.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

****Registro de " no puedo decir"** (Es el número total de reactivos que la persona no contestó o que indicó como cierto y falso a la vez, no es una escala formal del MMPI-A) mayor de 30 reactivos.

****Registro de F** (Es una escala de validez del MMPI-A que indica la admisión de conflictos por parte del propio sujeto) mayor de 25 en puntaje natural. (**Propuestos por Butcher, Williams, Graham y cols. 1992; y modificados por Lucio, Ampudia y Durán, en prensa)

*En la muestra normal haber cometido un intento suicida

Los criterios de inclusión fueron:

*Adolescentes de 14 a 18 años

*Tener un nivel de comprensión de lectura de más de 6° grado.

*Pertener al sexo femenino

II Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida para Adolescentes

El Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida para adolescentes desarrollado por Lucio y cols. en 1992, se realizó para obtener información acerca del nivel sociodemográfico y conocer los sucesos estresantes que padecían los adolescentes, ya que se sabe que tienen relación con la personalidad.

Para México se tomaron algunos reactivos del Cuestionario de Sucesos de Vida de Butcher y colaboradores, se retomaron otros reactivos del cuestionario sociodemográfico de Díaz Guerrero y se agregaron otros de Medina Mora, asimismo se elaboraron nuevos

reactivos por parte del equipo de trabajo que lleva a cabo la estandarización del MMPI-A. Finalmente el Cuestionario en su versión para adolescentes evalúa las siguientes áreas:

1 Escolar	5 Relaciones Familiares
2 Sexual	6 Logros y Fracazos
3 Social	7 Problemas de Conducta
4 Económica	8 Problemas de Salud

Para seleccionar los reactivos se tomaron en cuenta aspectos culturales y se hicieron encuestas a algunos adolescentes sobre los sucesos que ellos consideraban importantes; también se les pidió que los evaluaran en cuanto a su efecto, calificándolo de bueno, malo o sin importancia. Es decir, en el cuestionario el muchacho describe como percibe afectivamente los sucesos que ha vivido (Lucio 1995). Actualmente se sigue trabajando en el cuestionario para afinar su estructura. No obstante ya ha demostrado los beneficios de su aplicación en diversos escenarios, escuelas públicas y privadas, hospitales psiquiátricos y de toxicología, entre otros.

Algunas investigaciones sugieren la importancia de estudiar las relaciones entre los sucesos de vida y la psicopatología durante la adolescencia (De Wilden y cols. 1992; Farmer y Creed 1989).

A continuación presentamos algunos de los reactivos correspondientes al área sociodemográfica:

- a) *¿quién es el jefe de tu familia?*
- b) *¿cuál es o fue el empleo de tu papá?*
- c) *¿con quién vives?*

Otros reactivos que evalúan los sucesos de vida estresantes, son los siguientes:

- a) *Separación o divorcio de padres*
- b) *Me expulsaron de la escuela o de algún curso*
- c) *Tuve una desilusión amorosa*
- d) *Tomé drogas o alcohol*

A éstos, el adolescente puede responder eligiendo una de las opciones que se presentan a continuación:

- a) *Me sucedió y fue bueno para mí*
- b) *Me sucedió y fue malo para mí*
- c) *Me sucedió y no tuvo importancia*
- d) *No me sucedió*

El cuestionario está conformado por un cuadernillo que contiene 105 preguntas, así como una hoja de respuestas para lectora óptica.

III. Entrevista Semi-estructurada

Se realizó una entrevista semi-estructurada exclusivamente a las chicas de la muestra clínica, partiendo de las respuestas al Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida; con la finalidad de obtener datos más específicos en relación al intento de suicidio, como son ¿qué ocurrió previo al intento?, ¿qué método empleó?, ¿cuánto tiempo permaneció hospitalizado?, ¿que sensaciones experimentó en ese momento?, ¿qué ha pensado de la situación?, y algunos otros cuestionamientos que apoyaron el conocimiento detallado sobre la dinámica del intento suicida en adolescentes. La entrevista permitió escuchar y observar a cada una de las adolescentes, lo cual enriqueció los datos de la investigación.

Procedimiento

Se asistió al Hospital una vez a la semana y se seleccionaron por medio del psiquiatra o psicólogo encargado, a aquellos pacientes que habían ingresado debido a un intento de suicidio, los cuales se encontraban o en consulta externa o bien algunos todavía hospitalizados, debían tener el rango de edad propuesto y ser de sexo femenino.

Se abordó al paciente tratando de establecer el *rapport* adecuado para que la aplicación se realizara en forma adecuada. Se inició la sesión proporcionando las instrucciones del Cuestionario Sucesos de Vida en su versión para adolescentes, el cual se respondía en 25 minutos aproximadamente. A su término se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes con un tiempo aproximado de 1 hora 30 minutos y por último, en base a los sucesos de vida, se realizó la entrevista semi-estructurada en donde se obtuvieron detalles acerca del intento de suicidio, el tiempo de aplicación fue ente 30 y 60 minutos; este momento también fue útil para escuchar las reflexiones de las chicas, ya que la gran mayoría tenían una necesidad importante de expresarse y sentirse escuchadas, lo cual contribuyó a la obtención de datos para el estudio. Esta entrevista sólo se realizó con las adolescentes que intentaron el suicidio.

La aplicación de los instrumentos se llevo a cabo de forma individual, generalmente en una sola sesión, aunque con algunas excepciones en las que se trabajó en dos citas, y regularmente en el mismo sitio, un cubículo del hospital que permitió las condiciones adecuadas para la aplicación (aunque en menos ocasiones también se llevó a cabo en la cama del paciente); el tiempo promedio para responder a los instrumentos fue de 2:30 horas.

Posterior a cada sesión se entregaban al psiquiatra o psicólogo encargado, los resultados individuales por paciente, los cuales a su vez se utilizaron para definir las líneas del tratamiento, y/o para apoyar a la familia, promoviendo así una mejor comprensión y adaptación de la situación.

Al término de la captación de sujetos para la muestra clínica se llevó a cabo la conformación de la muestra normativa. Se asistió al CETIS #54 en donde estudiaban las adolescentes, (se consideró esa escuela debido a que el nivel sociodemográfico era equivalente al de la muestra clínica); se tramitó la solicitud de aplicación y se requirieron únicamente adolescentes de sexo femenino, con las mismas edades que las pacientes. Todo esto se realizó con la finalidad de controlar las variables de sexo, edad, y nivel sociodemográfico, para favorecer el apareamiento de las muestras.

Finalmente se aplicó en dos grupos de 25 estudiantes el MMPI-A y el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida, en éste último se agregó el reactivo "He intentado quitarme la vida" y aquellas adolescentes que contestaron afirmativamente fueron excluidas del estudio, quedando entonces constituida la muestra normal por 38 adolescentes de sexo femenino, con edades entre 14 y 18 años, y sin antecedentes de conductas suicidas.

Posteriormente se entregaron resultados grupales y tres casos individuales solicitados por la escuela. Los resultados grupales funcionaron como herramienta para promover una mejor adaptación emocional en las estudiantes y los individuales para el tratamiento que el psicólogo de la escuela determinó.

Una vez que se obtuvieron las respuestas a los instrumentos, se calificaron a través de una lectora óptica, por medio de un programa elaborado exclusivamente para ello, a través del paquete SPSS para computadora (Monzón y Lucio 1994). Se obtuvieron medias y desviaciones estándar; se graficaron los perfiles de las escalas de validez, clínicas, de contenido y suplementarias, enseguida se interpretó el MMPI-A y se analizaron los sucesos estresantes reportados.

Análisis de Datos

Inicialmente se efectuó un análisis descriptivo de los datos. Se interpretaron los perfiles de personalidad en forma grupal y se presentó un caso de cada muestra como ejemplo; después se calificó la subescala de ideación suicida por sujeto en cada muestra, obteniéndose la frecuencia y el porcentaje de respuestas; posteriormente se presentaron los resultados del área sociodemográfica en frecuencias y porcentajes para ambas muestras, así como las frecuencias, porcentajes y afecto asignado a los sucesos de vida que ocurrieron en las muestras; y por último se presentan los resultados de la entrevista que incluye edad, suceso previo al intento suicida, método utilizado, escolaridad y un comentario textual de cada chica perteneciente a la muestra clínica.

El análisis estadístico de los datos se realizó por computadora, con el paquete SPSS. Inicialmente se obtuvieron las medias y desviaciones estándar para aplicar la prueba *t* e identificar las diferencias significativas entre las escalas clínicas; después para obtener la relación entre los sucesos de vida y las escalas del MMPI-A, se utilizó la prueba de **Correlación de Spearman** (únicamente en la muestra clínica), ésto fue posible debido a que se codificaron en base a la patología los 71 sucesos estresantes, lo cual permitió agruparlos por rangos y obtener para la muestra clínica, el total de cada reactivo para relacionarlo con el total de cada escala; por último se empleó la prueba **Xi-cuadrada** con la finalidad de identificar las diferencias entre grupos en los sucesos de vida. Los resultados se presentan a través de perfiles grupales y por medio de tablas.

Al término del análisis de datos y en base a los resultados obtenidos, se proponen algunas herramientas para la prevención, así como una línea de tratamiento para los adolescentes que han intentado suicidarse, con el propósito de realizar aportaciones prácticas en la lucha contra el acto suicida.

RESULTADOS

Análisis Descriptivo

Se presentarán las interpretaciones de cada muestra (ver figuras 1 y 2 en el apéndice) y un ejemplo de una adolescente con intento suicida y una adolescente sin intento suicida (ver figuras 3 y 4 en el apéndice), con la finalidad de observar las diferencias entre ambas.

Interpretación del MMPI-A para la Muestra Clínica

Adolescentes con intento de suicidio

Código: 254380 1679 LFK

Este grupo de adolescentes perteneciente a la muestra clínica, respondieron al inventario de manera honesta. Aseguran tener algunos conflictos y consideran que no tienen la capacidad suficiente para darles una solución adecuada. (LFK)

La mayoría de las chicas poseen rasgos depresivos, por lo que experimentan cierta infelicidad personal, aseguran que su vida no tiene motivos que las mantenga interesadas y creen que los demás son más felices que ellas; es probable que presenten periodos de llanto y puede que lleguen a sentirse inútiles debido a que su autoestima es pobre. Esta situación posiblemente promueve una insatisfacción generalizada que matiza su estilo de vida y que a su vez ocasiona otro tipo de alteraciones, como preocupación constante, problemas en el ciclo de sueño y apatía, entre otras. (2, Dep, Bae)

Además debido a esta percepción de ellas mismas y de su entorno, probablemente se sientan solas y afirmen que a nadie le importa lo que les sucede, porque no pueden entenderlas, por lo tanto es posible que manifiesten una considerable distancia emocional respecto a los otros. (Ena)

Otra característica de las adolescentes es que suelen ser explosivas, ya que se encuentran enojadas, lo cual en ocasiones se les dificulta controlar, es por ello que a

veces sienten un fuerte impulso de hacer algo dañino y escandaloso, también refieren tener problemas por ser irritables y ocasionalmente pueden pelear; además presentan diversos problemas de conducta ya sea en la escuela o en el ámbito familiar, puesto que se les dificulta adaptarse. (4,8,ENJ).

Es probable que las chicas del grupo respondan ante el estrés somatizando, actualmente la mayoría de ellas se encuentran preocupadas por su salud, incluso pueden llegar a asegurar que algunos de sus problemas desaparecerían si su salud mejorara, o bien que no se ausentarían de la escuela sino se sintieran mal (3, SAU).

A estas jóvenes les gusta correr riesgos, por lo que no reflexionan acerca de las consecuencias de sus actos, ya lo indica su conducta suicida, que en muchas circunstancias se presenta "impulsivamente" (A-Mac); sin embargo a veces se sienten presionadas para actuar conforme los demás lo establecen, reprimiendo entonces sus deseos o intereses y viviendo frecuentes contradicciones entre lo que quieren hacer y lo que otros dicen que deben hacer (5,R). Todo esto se presenta debido a que las chicas están buscando su identidad, porque aún desconocen quienes son, por ello en diversas ocasiones sus respuestas son inmaduras.

En general el grupo de adolescentes con intento de suicidio, se muestra frágil y experimentan momentos de gran confusión. Se perciben como diferentes a otras chicas de su edad y consideran que les tocó enfrentar una vida llena de desafíos que en muchas ocasiones las rebasa.

Interpretación del MMPI-A para la Muestra Normal

Adolescentes sin intento de suicidio (Estudiantes)
Código: 5210387469 LKF

El grupo de estudiantes intentó dar una imagen favorable de sí mismo, por lo que al responder el inventario negaron algunas fallas menores de su conducta, mostrándose

adaptadas en lo referente a la ética personal y a su adaptación social; sus respuestas corresponden a lo esperado para un grupo normal de adolescentes. Cuentan con recursos para solucionar los problemas que se les presentan, aunque consideran no tener muchos conflictos (LFK).

Las estudiantes presentan diversos intereses que son típicamente masculinos y es probable que no estén de acuerdo con el rol tradicional femenino, por lo que se comportan un poco más enérgicas y decididas que el promedio de las chicas, ya que no desean realizar lo establecido para ellas, están inconformes y pueden oponerse a lo convencional. (5).

Estas adolescentes reportan algunos rasgos depresivos, que a veces pueden conducirlos a tener pensamientos negativos acerca de ellas mismas, lo cual podemos considerar característica de la etapa adolescente debido al proceso que viven, más no como indicador de patología (2,DEP); también actualmente se encuentran preocupadas por su salud física y en ocasiones manifiestan algunas quejas, éstas pueden referirse a síntomas específicos, o bien a quejas vagas o generales, en este punto es necesario considerar la importancia que cobran los cambios en el cuerpo y la confusión o molestias que puede generar en cualquier adolescente. (1,SAU)

Las chicas del grupo frecuentemente se esfuerzan en evitar situaciones desagradables, por lo tanto posiblemente se comporten de acuerdo a lo que otros esperan, sintiéndose presionadas a conducirse en una dirección no determinada por sí mismas. (R)

En conclusión el grupo de adolescentes pertenecientes a la muestra normativa, presentan un perfil de personalidad normal, es por ello que se encuentran adaptadas, experimentando los cambios lógicos de la adolescencia.

Ejemplo A

Adolescente de la muestra clínica
15 años
código: 4867392105 FKL

Antecedentes

Esta adolescente cursa el primer año de preparatoria. Se presenta a la aplicación sumamente arreglada y maquillada, por lo que aparenta mayor edad, su actitud es seria y un tanto agresiva.

Hace unos días sorprende a su madre con su novio teniendo relaciones sexuales, ella termina el noviazgo sintiéndose decepcionada de ambos, no obstante frecuentemente tiene serios disgustos con su mamá. Como respuesta a la situación intenta suicidarse, ingiriendo syncol, paracetamol y parabrom; su familia se percata y la llevan al servicio médico en donde le realizan un lavado gastrointestinal y permanece hospitalizada durante 2 días.

Actualmente, a una semana de lo acontecido, se encuentra sumamente enojada, confundida y con sentimientos de ambivalencia hacia la madre.

En cuanto a su historia familiar es hija única, sus padres son profesionistas, se separaron cuando ella era pequeña y vive con la madre que trabaja la mayor parte del día, por lo que menciona que constantemente se siente sola.

Interpretación MMPI-A

Al responder el inventario A reconoce tener muchos problemas, así como un número desordenado de síntomas psicológicos, sin embargo asegura que los problemas rebasan su capacidad resolutive puesto que no cuenta con los recursos necesarios para enfrentarlos. Es importante destacar que trata de oponerse a todo lo establecido, es decir en sentido opuesto a lo convencional (FKL).

Esta adolescente presenta problemas de conducta, es probable que sea desobediente y que actúe con frecuencia en forma impulsiva, inclusive menciona que hace muchas cosas de las que luego se arrepiente, es básicamente agresiva lo que la lleva a tener dificultades en diferentes ámbitos como en la escuela, en donde algunas veces la llevaron ante el director por mala conducta, dificultades con la autoridad y principalmente en la familia, a quienes puede describir como desagradables y poco accesibles ya que tiene muchos disgustos con ellos, debido a esto asegura tener un intenso deseo de abandonar su hogar (4,8,6, FAM, PCO).

Es posible que A se sienta resentida y enojada, inclusive puede verse a sí misma como gruñona e impaciente, aunque con frecuencia no puede comprender por que ha estado tan irritable y malhumorada; inclusive a veces siente ganas de destrozar las cosas, dañar físicamente a la gente, a los objetos, o atentar contra sí misma (ENJ).

Respecto a sus relaciones interpersonales se muestra un tanto desconfiada, considera que nadie la comprende por lo que aún cuando está acompañada se siente sola la mayor parte del tiempo, de hecho refiere no tener amigos íntimos. Debido a esta situación manifiesta una gran distancia emocional con respecto a los demás (ENA).

Esta adolescente presenta una marcada tendencia a desarrollar problemas por el abusó de sustancias adictivas, como el alcohol y las drogas, ya que es probable que recurra a ellas buscando tranquilidad, o como consecuencia de sus actitudes negativas y por la poca capacidad de juicio que posee (TFA).

En suma, podemos decir que A es una persona inmadura, que cuenta con una estructura interna débil, por lo que se le dificulta adaptarse y funcionar en forma eficiente. Las escalas del perfil indican un nivel considerable de patología (INM).

Sucesos estresantes

Positivos

Cambié de escuela
Mejoraron mis relaciones con otras personas
Empecé la preparatoria
Comparto más tiempo con amigos o compañeros
Empecé a tener novio
Mejoraron las relaciones con mi familia

Negativos

Los pleitos entre mis papás empeoran
Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos
Me enviaron con un psicólogo o terapeuta
Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela
Problemas en la escuela con algún maestro
Me enfermé seriamente y pasé un tiempo en el hospital
Reprobé o repetí un año
tomé drogas o alcohol
Tuve un fracaso
Reprobé un examen o un curso importante
Fui tratado de manera diferente por mis amigos

Sin importancia

Rompí con mi novio
Tuve una desilusión amorosa

Ejemplo H

Adolescente de la muestra normal

15 años

código: 53 19 674802 KFL

Antecedentes

H se presenta a la aplicación vistiendo ropa cómoda, arreglada discretamente, luciendo cuidadosa y limpia, se muestra reservada y cooperadora.

Cursa el primer grado de bachillerato, tiene dos hermanos ella es la mayor. Vive con su padre, madre y hermanos; su papá es profesionalista y su madre se dedica a actividades del hogar.

Interpretación MMP I-A

H respondió el inventario de manera honesta, considera que cuenta con los recursos suficientes para enfrentar las situaciones problemáticas, además asegura que no tiene muchos conflictos. (KFL)

Esta chica presenta algunos intereses que son típicamente masculinos, es decir que no son usuales en las mujeres, por lo que es probable que H esté en desacuerdo con el rol asignado actualmente a las mujeres. (5)

H se encuentra preocupada por su salud física y posiblemente haya manifestado quejas somáticas como reacción ante el estrés, por ejemplo refiere que a menudo le duele la cabeza, sufre de espasmos y contracciones musculares (3,1). Además esta adolescente necesita mantenerse frecuentemente activa debido a que posee una gran energía, inclusive asegura que hay períodos en los que no puede permanecer sentada mucho tiempo, dicha energía también puede reflejarse a través del entusiasmo con que se conduce (9).

La adolescente tiene algunos rasgos obsesivos que posiblemente le hacen sentirse un tanto preocupada y con pensamientos repetitivos, por lo que admite que a veces se preocupa demasiado por cosas que no valen la pena (OBS). Es una muchacha extrovertida, a quien le agrada correr riesgos, sin embargo podría tener algunos problemas debido a que es un poco inmadura (A-Mac, INM).

En resumen, es una chica adaptada con un perfil de personalidad ubicado dentro del promedio.

Sucesos estresantes

Positivos

Empecé la secundaria o preparatoria

Empecé a usar lentes, frenos, aparato para oír u otro tipo de instrumentos

Me hice miembro de un grupo religioso

Tuve un logro personal sobresaliente

Sin importancia

Comparto más tiempo con amigos o compañeros

Subescala de Ideación Suicida

Para el análisis descriptivo se utilizó la Subescala de Ideación Suicida del MMPI-2 y se añadieron los reactivos del MMPI-A que tienen relación con la conducta suicida, quedando en total 22 reactivos que a continuación se presentan:

Subescala de Ideación Suicida

n° de Reactivo	Contenido
*9 F	Mi vida está llena de cosas que mantienen mi interés
*35 V	He tenido períodos de días, semanas o meses, en los que no podía hacer nada porque no tenía la energía suficiente para empezar
*62 V	La mayor parte del tiempo me siento triste
*68 V	En la actualidad me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien
*71 F	Generalmente siento que la vida vale la pena
81 V	A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino y escandaloso
*88 V	No parece importarme lo que me pase
*91 F	Casi siempre soy feliz
*124 V	Definitivamente a veces me siento un inútil
*139 V	Lloro fácilmente
177 V	Algunas veces pienso en matarme
203 V	Me preocupo mucho
*218 V	Se me dificulta comenzar a hacer las cosas
*242 V	A nadie le importa mucho lo que le suceda a uno
*255 V	A menudo la vida me resulta difícil
*283 V	La mayor parte del tiempo desearía estar muerto
318 V	Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo superarlas
*360 F	Rara vez me siento deprimido
365 F	Cuando las cosas van mal, se que puedo contar con la ayuda de mi familia
372 V	Con frecuencia aún cuando todo vaya bien, siento que nada me importa
*379 V	A veces pienso que no sirvo para nada
*399 V	Me parece tener un porvenir sin esperanzas

*Pertenecen a la subescala de ideación suicida del MMPI-2

Reproducción con licencia de Manual Moderno

Se calificó la subescala en cada uno de los sujetos de la Muestra clínica y Muestra normal. Los resultados indican diferencias entre sus respuestas debido a que las adolescentes con intento suicida contestaron a más reactivos que las adolescentes sin intento. En seguida se presenta la tabla correspondiente.

Respuestas a la Subescala de Ideación Suicida
Muestra Clínica ***Muestra Normal***

sujeto	n° de respuestas	sujeto	n° de respuestas
01	10	01	2
02	17	02	4
03	19	03	8
04	15	04	6
05	9	05	2
06	13	06	6
07	4	07	2
08	9	08	12
09	12	09	4
10	16	10	5
11	1	11	9
12	13	12	15
13	20	13	8
14	12	14	9
15	21	15	17
16	3	16	10
17	18	17	6
18	15	18	3
19	16	19	4
20	15	20	16

Respuestas a la Subescala de Ideación Suicida
Muestra Clínica **Muestra Normal**

sujeto	n° de respuestas	sujeto	n° de respuestas
21	9	21	2
22	13	22	4
23	10	23	2
24	22	24	3
25	16	25	6
26	16	26	4
27	8	27	4
28	20	28	7
29	12	29	10
30	17	30	14
31	4	31	10
32	14	32	5
33	3	33	9
34	15	34	4
35	7	35	9
36	11	36	9
37	21	37	6
38	15	38	3

	<i>Reactivos contestados por sujeto</i>	<i>Porcentaje</i>
Muestra Clínica	12.07	54.5%
Muestra Normal	6.7	30.4%

Respuestas al Área Sociodemográfica

En los resultados del área sociodemográfica del Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida, algunos reactivos corroboran la equivalencia de las muestras en el nivel socioeconómico.

También encontramos pequeñas diferencias en cuanto a la estructura familiar, entre las chicas con intento suicida y sin intento; es importante resaltar algunas de ellas debido a que pueden considerarse indicadores importantes en el tópic que nos ocupa; por ejemplo, las diferencias en el jefe de familia, la relación entre los padres, ocupación de la madre, el tipo de familia (extensa o nuclear), entre otras. A continuación se presenta la tabla con las frecuencias y porcentajes de cada muestra a los reactivos más sobresalientes.

Datos sociodemográficos

Muestra Clínica Muestra Normal

Reactivo	Fr	%	Fr	%
<i>Promedio escolar</i>				
nueve	7	18%	3	7%
ocho	14	36%	21	55%
siete	13	34%	14	36%
seis	4	10%		
<i>Escolaridad del padre</i>				
primaria	10	26%	9	23%
secundaria	6	15%	8	21%
preparatoria	10	26%	6	15%
lic. incompleta	3	7%	5	13%
licenciatura	3	7%	9	23%
posgrado	1	2%		

Datos Sociodemográficos

Muestra Clínica Muestra Normal

Reactivo	Fr	%	Fr	%
<i>Escolaridad de la madre</i>				
primaria	13	34%	12	31%
secundaria	10	26%	11	28%
preparatoria	5	13%	6	15%
lic. incompleta	8	21%	2	5%
licenciatura	1	2%	6	15%
<i>Jefe de familia</i>				
padre	18	47%	30	78%
madre	14	36%	8	21%
abuelo	3	7%		
tío	1	2%		
hermano	1	2%		
padrastro/ madrastra	1	2%		
<i>Los padres</i>				
pelearon	13	34%	19	50%
separaron	11	28%	3	7%
divorciaron	5	13%	2	5%
golpearon	1	2%	1	2%
ninguna de las anteriores	5	13%	13	34%
<i>Tipo de vivienda</i>				
casa sola	23	60%	24	63%
departamento	11	28%	10	26%
vecindad	2	5%	1	2%
cuarto	2	5%	2	5%

Datos sociodemográficos

Muestra Clínica Muestra Normal

Reactivo	Fr	%	Fr	%
<i>Nº de hermanos</i>				
ninguno	3	7%		
uno	6	15%	6	15%
dos o tres	20	52%	25	65%
cuatro o cinco	7	18%	3	7%
seis o siete	2	5%	2	5%
ocho o más			2	5%
<i>Ocupación del padre</i>				
empleado	20	52%	17	44%
obrero	7	18%	6	15%
comerciante	4	10%	4	10%
profesionista	3	7%	7	18%
empresario	2	5%	3	7%
<i>Ocupación de la madre</i>				
empleada	14	36%		
actividades de hogar	14	36%	22	57%
obrero	5	13%		
profesionista	2	5%		
comerciante	2	5%	3	7%
empresaria	1	2%		
<i>Vive con:</i>				
padre	19	50%	32	84%
madre	31	81%	36	94%
abuelos	12	31%	4	10%

Datos sociodemográficos

Muestra Clínica Muestra Normal

Reactivo	Fr	%	Fr	%
<i>Viven en su casa</i>				
3-4 personas	13	34%	6	15%
5-6 personas	10	26%	23	60%
7-8 personas	7	18%	5	13%
9-10 personas	4	10%	2	5%
hasta 2	2	5%	1	2%
11 o más	2	5%	1	2%
<i>Automóviles en la familia</i>				
ninguno	16	42%	19	50%
uno	12	31%	14	36%
dos	5	13%	4	10%
tres	3	7%	1	2%
<i>Posee aparatos</i>				
licuadora, plancha, tv, etc.	38	100%	37	97%
de sonido con disco compacto	25	65%	25	65%
computadora	8	21%	9	23%
parabólica	3	7%	4	10%

Sucesos de Vida Estresantes

Los resultados indican que existieron diferencias entre las muestras respecto a los sucesos de vida estresantes.

Enseguida se presenta la Tabla de Sucesos de Vida Estresantes que contiene para cada muestra la frecuencia, el porcentaje y afecto asignado a cada reactivo. También destacamos aquellos sucesos en donde existían diferencias clínicamente significativas.

Tabla sucesos de vida estresantes

Reactivo	Muestra clínica			Muestra normal			afecto	signif
	fr	%	afecto	fr	%	afecto		
35.-Cambio de escuela	15	39.5	6+ 5- 4?	28	73.7	25+ 3?		
36.-Nacimiento de una hermana(o)	8	21.1	4+ 3- 1?	7	18.4	5+ 1- 1?		
37.-Algún hermano (a) se fue de la casa	10	26.3	6- 3+ 1?	3	7.9	2- 1+	*	
38.-Pérdida de trabajo de mi papá o mi mamá	5	13.2	4- 1+	3	7.9	3-	*	
39.-Mi padre (madre) se fue de la casa	5	13.2	4- 1+	0			*	
40.-El trabajo de mi papá cambió y está más tiempo fuera de casa	6	15.8	3+ 2? 1-	4	10.5	3- 1?		
41.-Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa	10	26.3	4? 3+ 3-	5	13.2	3- 2+	*	
42.-Separación o divorcio de mis padres	7	18.4	6- 1?	0			*	

Nota + Fue bueno para mí -Fue malo para mí ?No tuvo importancia * significativa clínicamente

Tabla sucesos de vida estresantes

Reactivo	Muestra clínica				Muestra normal				afecto	signif.
	fr	%	afecto	fr	%	afecto	fr			
43.-Mi papá o mamá se casó de nuevo	6	15.8	4- 2+	0						*
44.-Mi hermano (a) fue encarcelado	1	2.6	1-	0						*
45.-Mi papá (mamá) fue enviado a prisión por un año o más	0			1	2.6	1-				
46.-Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa	2	5.3	1+ 1-	2	5.3	2+				
47.-Mejoraron mis relaciones con otras personas	28	73.7	26+ 1- 1?	32	84.2	31+ 1?				*
48.-Muerte de algún abuelo	2	5.3	2-	4	10.5	4-				
49.-Disminuyeron los ingresos de mi familia	17	44.7	14- 2+ 1?	13	34.2	10- 3?				*
50.-Empecé la secundaria o preparatoria	19	50	16+ 2? 1-	34	89.5	33+ 1?				*

Nota + Fue bueno para mí

-Fue malo para mí ?No tuvo importancia

* significativa clínicamente

Tabla sucesos de vida estresantes

Reactivo	Muestra clínica			Muestra normal			afecto	signif.
	fr	%	afecto	fr	%	afecto		
51.-Los pleitos entre mis papás empeoran	10	26.3	9- 1?	4	10.5	2- 1+ 1?		*
52.-Murio mi papá (mamá)	1	2.6	1-	0				
53.-Murio un hermano	2	5.3	2-	0				
54.-Murio un amigo cercano	5	13.2	5-	5	13.2	5-		
55.-Dejé de fumar	5	13.2	3+ 1- 1?	7	18.4	6+ 1?		
56.-Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos	28	73.7	22- 5? 1+	12	31.6	7- 3+ 2?		*
57.-Mis papás que estaban separados, se volvieron a casar, volvieron a vivir juntos	3	7.9	2- 1+	0				
58.-Mi papá (mamá) tuvo un problema emocional que requirió tratamiento	4	10.5	4-	1	2.6	1-		*

*Nota + Fue bueno para mí -Fue malo para mí ?No tuvo importancia * significativa clínicamente*

Tabla sucesos de vida estresantes

Reactivo	Muestra clínica				Muestra normal			
	fr	%	afecto	fr	%	afecto	signif	
59.-Mi papá o (mamá) fue hospitalizado por una enfermedad seria	2	5.3	2- 1+	4	10.5	4-		
60.-Un hermano (a) fue hospitalizado por una enfermedad seria	3	7.9	2- 1+	1	2.6	1-		
61.-Me enviaron con un psicólogo o terapeuta	20	52.6	14+ 5- 1?	1	2.6	1?	*	
62.-Empecé a usar lentes, frenos, aparato para oír u otro tipo de instrumento	6	15.8	4+ 2-	5	13.2	3+ 2-		
63.-Vivo o viví en una casa hogar	2	5.3	1- 1+	0				
64.-Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela	13	34.2	9- 2? 2+	3	7.9	3-	*	
65.-Me expulsaron de la escuela o de algún curso	1	2.6	1-	1	2.6	1?	*	
66.-Obtuve mi permiso o licencia de manejo	0			0				

Nota + Fue bueno para mí

-Fue malo para mí

? No tuvo importancia
* significativa
clínicamente

Tabla sucesos de vida estresantes

Reactivo	Muestra clínica				Muestra normal			
	fr	%	afecto	signif.	fr	%	afecto	signif.
67.-Tuve un aborto provocado (si eres mujer) o mi novia tuvo un aborto provocado (si eres hombre)	1	2.6	1-		0			
68.-Fui asaltado o golpeado	5	13.2	5-	*	3	7.9	3-	*
69.-Abusaron sexualmente de mí o fui violada	2	5.3	2-		0			
70.-Contraí una enfermedad venérea	0				0			
71.-Tuve relaciones sexuales por primera vez	10	26.3	5+ 4? 1-		2	5.3	2+	*
72.-Tuve una experiencia homosexual	2	5.3	2+		0			
73.-Robé algo valioso	0				1	2.6	1-	
74.-Subí mucho de peso	10	26.3	6- 2+ 2?		10	26.3	8- 2?	

Nota + Fue bueno para mí -Fue malo para mí ?No tuvo importancia * significativa clínicamente

Tabla sucesos de vida estresantes

Reactivo	Muestra clínica			Muestra normal			afecto	signif.
	fr	%	afecto	fr	%	afecto		
75.-Bajé mucho de peso	20	52.6	8? 7- 5+	9	7.9	5- 3+ 1?	*	
76.-Problemas en la escuela con algún maestro	18	47.4	13- 4? 1+	10	26.3	8- 1? 1+	*	
77.-Tuve un accidente que me dejó cicatrices	5	13.2	5-	3	7.9	2- 1?		
78.-Comparto más tiempo con mis amigos o compañeros	26	68.4	16+ 5? 5-	32	84.2	28+ 2? 2-		
79.-Me enfermé seriamente y pasé un tiempo en el hospital	24	63.1	22- 2+	1	2.6	1-	*	
80.-Reprobé o repetí un año escolar	17	44.7	12- 4+ 1?	2	5.3	2-	*	
81.-Estoy en libertad condicional	0			1	2.6	1?		
82.-Me suspendieron de la escuela	9	23.7	7- 2?	3	7.9	3-	*	

Nota + Fue bueno para mí -Fue malo para mí ?No tuvo importancia * significativa clínicamente

Tabla sucesos de vida estresantes

Reactivo	Muestra clínica			Muestra normal			afecto	signif.
	fr	%	afecto	fr	%	afecto		
83.-Fui encarcelado por robar	0			0				
84.-Tomé drogas o alcohol	11	28.9	6? 5-	8	21.1	4- 4?		
85.-Me embaracé (si eres mujer) o embaracé a mi novia (si eres hombre)	3	7.9	2+ 1-	0				
86.-Me hice miembro de un grupo religioso	7	18.4	6+ 1?	6	15.8	6+		
87.-Tuve un fracaso	21	55.3	15- 6?	14	36.8	10- 2? 2+		*
88.-Empecé a tener novio	19	50	15+ 3- 1?	25	65.8	22+ 2? 1-		*
89.-Rompí con mi novio	17	44.7	9- 5? 3+	17	44.7	9- 8?		
90.-Me dieron permiso de salir con un muchacho por primera vez	11	28.9	8+ 3?	13	34.2	13+		

Nota + Fue bueno para mí -Fue malo para mí ?No tuvo importancia * significativa clínicamente

Tabla sucesos de vida estresantes

Reactivo	Muestra clinica				Muestra normal				signif.
	fr	%	afecto	fr	%	afecto	fr	%	
91.-Fui golpeado por un miembro de mi familia	13	34.2	10- 2? 1+	3	7.9	2? 1-			*
92.-Tuve una desilusión amorosa	16	42.1	12- 4?	21	55.3	15- 5? 1+			*
93.-Fui aceptado en la universidad	0			0					
94.-Empecé a trabajar medio tiempo	6	15.8	4+ 1? 1-	4	10.5	4+			
95.-Consegui mi primer empleo de tiempo completo	4	10.5	3+ 1?	0					
96.-Perdí mi empleo	6	15.8	4- 2?	1	2.6	1?			
97.-Reprobé un examen o curso importante	22	57.9	18- 4?	22	57.9	20- 2+			
98.-Me inscribí en un club u organización	4	10.5	2? 2+	0					

Nota + Fue bueno para mí

-Fue malo para mí ?No tuvo importancia

* significativa
clínicamente

Tabla sucesos de vida estresantes

Reactivo	Muestra clínica			Muestra normal			afecto	signif.
	fr	%	afecto	fr	%	afecto		
99.-Me eligieron como el líder o jefe de un grupo u organización	12	21.1	7+ 1?	3	7.9	3+		
100.-Fui tratado de manera diferente por mis amigos	12	31.6	5+ 4? 3-	11	28.9	5+ 5? 1-		
101.-Una hermana soltera se embarazó	2	5.3	1- 1+	2	5.3	2+		
102.-Tuve un logro personal sobresaliente	11	28.9	10+ 1?	20	52.6	19+ 1?		*
103.-Mejoraron las relaciones con mi familia	22	57.9	15+ 5- 2?	26	68.4	25+ 1-		
104.-Gané un premio deportivo importante	1	2.6	1+	5	13.2	5+		*
105.-Mejoré mi promedio escolar	15	39.5	12+ 3?	13	34.2	12+ 1-		

Nota + Fue bueno para mí

-Fue malo para mí

? No tuvo importancia

* significativa

clínicamente

Entrevista Semi-estructurada

A través de la Entrevista Semi-estructurada se obtuvo en la muestra clínica el promedio de los datos acerca del intento de suicidio. A continuación se presentan:

Edad más frecuente: *14 y 15 años*

Suceso Previo: *Discusión familiar*

Método: *ingestión de medicamentos*

Escolaridad: *Secundaria*

Emociones repetidas: *Enojo, Soledad y Desesperanza*

Además se agregó un comentario textual de cada una de las chicas que intentaron suicidarse, con la finalidad de observar detalladamente algunos componentes de la conducta suicida que nos ocupa (ver *Tabla descriptiva*).

Tabla Descriptiva
(Entrevista)

Adolescentes con intento de suicidio

<i>Sujeto</i>	<i>Edad</i>	<i>Suceso previo</i>	<i>Método</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Comentario</i>
01	15	discusión con padre	carbamazepina	1° preparatoria	"sólo me dolía la cabeza, es mentira que haya intentado suicidarme"
02	15	problemas familiares	pastillas	2° secundaria	"ya pasó"
03	15	problemas escolares	pastillas con cloro	1° preparatoria	"ahora no me fallará"
04	14	pelea con madre	ahorcamiento	1° secundaria	"no recuerdo como fue"
05	15	fuerte dolor de cabeza	medicamentos	3° secundaria	"no intenté suicidarme aunque todos lo afirman"
06	14	enamoramiento	tabletas para diabetes	1° secundaria	"mi hermano el que se suicido era el único que me entendía"
07	16	problemas con madre	medicamentos	1° preparatoria	"no intentaba suicidarme, me confundí entre tantos medicamentos"
08	15	problemas con madre	tranquilizantes	1° preparatoria	"me dá pena haber intentado suicidarme"
09	15	regaña de madre y problemas con novio	pastillas diversas	1° preparatoria	"me sentí desesperada"
10	14	problemas con novio	raticida con vino	1° secundaria	"me siento confundida"

Tabla Descriptiva
(Entrevista)

Adolescentes con intento de suicidio

Sujeto	Edad	Suceso previo	Método	Escolaridad	Comentario
11	15	se golpeó con su hermano	metropólol	3° secundaria	"me agreden mucho"
12	14	problemas con abuela	tabletas diversas	2° secundaria	"me siento sola"
13	14	problemas escolares y discusión con madre	pastillas con insecticida	2° secundaria	"mi mamá no me entiende"
14	15	discusión con hermana	pastillas y jarabes	3° secundaria	"me siento confundida"
15	18	discusión con madre	isosorbide	3° preparatoria	"me sentía triste"
16	17	problemas de noviazgo y con madre	pastillas para el estomago	3° secundaria	"mi mamá no me entiende"
17	15	problemas con madre y de noviazgo	syncol y paracetamol	1° preparatoria	"estaba muy enojada"
18	17	discusión con esposo	pastillas para el estomago	2° secundaria	"me sentía incomoda"

Tabla Descriptiva
(Entrevista)

Adolescentes con intento de suicidio

<i>Sujeto</i>	<i>Edad</i>	<i>Suceso previo</i>	<i>Método</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Comentario</i>
19	18	problemas con padres	se arrojó de un puente	3° secundaria	"estoy harta"
20	14	problemas de noviazgo	pastillas diversas	2° secundaria	"no pensé suicidarme hasta que vi las pastillas"
21	14	problemas de noviazgo	cafi aspirina	3° secundaria	"sentí que no era yo quien lo hacía, quería explotar, quería asesinarlo"
22	14	problemas familiares	raticida	2° secundaria	"me sentí desesperada"
23	15	discusión con hermana	acetaminofen	1° secundaria	"me sentía muy enojada"
24	15	regaña de madre	antihistamínico	2° secundaria	"anteriormente ya había tomado pastillas, pero nunca me hicieron nada, creo que éstas fueron más fuertes"
25	14	agresión física con madre	carbamazepina	3° secundaria	"tomé pastillas porque quería descansar"
26	15	discusión con hermanas	paracetamol y complejo B	2° preparatoria	"estaba muy enojada, pero no lo vuelvo a hacer"

Tabla Descriptiva
(Entrevista)

Adolescentes con intento de suicidio

<i>Sujeto</i>	<i>Edad</i>	<i>Suceso previo</i>	<i>Método</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Comentario</i>
27	14	discusión con hermana	diversas pastillas	2° secundaria	"no vale la pena morirme por un enojo"
28	14	problemas familiares	se ignora	2° secundaria	"A veces tengo problemas por ser tan enojona"
29	14	problemas de adaptación en su casa-hogar	pastillas	1° secundaria	"me siento muy triste"
30	17	problemas familiares	diversas pastillas	2° preparatoria	"si ahora me falló para la próxima no"
31	17	problemas con madre y de noviazgo	cortó sus venas	3° secundaria	"nada vale la pena"
32	15	problemas familiares	pastillas	3° secundaria	"la vida no me trata bien"
33	14	problemas con padrastro	pastillas	2° secundaria	"en ocasiones siento deseos de romper todo"
34	15	problemas familiares	benzodiazepina, paracetamol y otras	3° secundaria	"soy muy sensible"

Tabla Descriptiva
(Entrevista)

Adolescentes con intento de suicidio

<i>Sujeto</i>	<i>Edad</i>	<i>Suceso previo</i>	<i>Método</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Comentario</i>
35	14	problema familiares	naxen y otras pastillas	3° secundaria	"si no me dejan hacer lo que quiero de verdad me suicido, ¿o que no me crees?"
36	16	problemas familiares	cortes en brazos y cuello	3° secundaria	"nadie parece comprenderme"
37	16	problemas familiares	activam y apamin	1° preparatoria	"sin nadie conmigo nada me importa, todo debe acabarse"
38	17	problemas familiares	rivotril	2° preparatoria	"me siento muy mal"

Análisis Estadístico

Prueba t en las escalas del MMPI-A

A través de la prueba t, se encontraron diferencias importantes tanto clínicas como estadísticas, en lo que se refiere a las escalas básicas en el perfil del MMPI-A entre adolescentes con intento suicida y sin intento, principalmente en las escalas: F, depresión, desviación psicopática, paranoia y esquizofrenia. Se encuentran también diferencias en algunas escalas de contenido como en la de depresión, enajenación, enojo, problemas familiares y escolares; asimismo en las escalas suplementarias de ansiedad e inmadurez.

Diferencias en las Escalas Clínicas

Escala	Muestra Clínica		Muestra Normativa		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
F1	7.00	3.91	3.61	2.52	4.50 *
F2	9.37	4.99	6.53	3.48	2.88 **
F	16.37	8.00	10.13	5.32	4.00 *
L	4.55	2.33	3.92	1.50	1.40
K	11.11	3.88	13.05	3.40	2.33
1 Hs	12.84	4.21	9.58	3.68	3.60 *
2 D	26.89	6.17	21.26	4.25	4.63 *
3 Hi	26.34	4.89	22.55	3.51	3.88 *
4 Dp	25.42	5.24	18.63	4.45	6.09 *
5 Mf	25.21	3.47	23.55	2.73	2.31
6 Pa	15.76	4.16	11.37	3.05	5.25 *
7 Pt	25.05	8.69	19.32	7.70	3.05 **
8 Es	31.24	11.16	21.45	8.79	4.25 *
9 Ma	22.63	3.66	21.00	5.22	1.58
0 Is	31.24	8.59	26.21	6.27	2.91 **

* $t \geq 3.30$ $p = .001$, ** $t \geq 1.68$ $p = .05$

Diferencias en las Escalas de Contenido y suplementarias

Escala	<i>Muestra Clínica</i>		<i>Muestra Normativa</i>		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
ANS	10.92	4.31	8.74	4.57	0.00
OBS	8.97	3.06	7.71	3.08	1.74
DEP	14.89	6.19	8.50	4.37	5.20*
SAU	12.97	5.09	8.74	4.61	3.80*
ENA	8.71	3.83	5.47	3.18	4.01*
DEL	6.29	3.57	4.42	2.62	2.60**
ENG	11.00	2.82	8.58	2.68	3.83*
CIN	14.45	3.54	13.03	3.48	1.76
PCO	9.63	3.63	8.00	2.78	2.20**
BAE	8.37	5.01	6.05	3.42	2.36**
PAS	7.26	2.58	6.00	2.32	2.24**
ISO	9.32	3.99	8.05	3.00	1.57
FAM	16.55	5.28	10.00	5.26	5.42*
ESC	7.89	3.14	5.45	2.63	3.67*
RTR	11.79	5.48	8.63	4.01	2.87**
MAC	23.74	3.98	21.47	4.07	2.46**
RFA	3.37	1.84	2.97	2.03	0.90
TFA	18.79	3.66	16.21	3.57	3.11**
INM	16.03	6.47	13.13	5.19	2.16**
A	21.87	8.55	14.87	6.88	3.93*
R	15.89	3.60	16.08	3.31	-0.24

* $t \geq 3.30$ $p = .001$, ** $t \geq 1.68$ $p = .05$

Prueba Xi-Cuadrada en los Sucesos de Vida Estresantes

Respecto a los sucesos de vida estresantes se obtuvieron las diferencias entre muestras por medio de la prueba *Xi-cuadrada*. Enseguida se expone la tabla correspondiente.

*Diferencias entre muestras
(Xi-cuadrada)*

Reactivo	Valor	Significancia
Cambié de escuela	21.9	.001
Separación o divorcio de mis padres	7.7	.02
Mi papá o mamá se casó de nuevo	6.5	.03
Empecé la secundaria o preparatoria	17	.001
Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos	17.1	.001
Mi papá (mamá) fue hospitalizado por una enfermedad seria	4	.04
Me enviaron con un psicólogo o terapeuta	26.3	.001
Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela	8.6	.03
Bajé mucho de peso	8.8	.03
Comparto más tiempo con amigos o compañeros	7.8	.04
Me enfermé seriamente y pasé un tiempo en el hospital	31.5	.001
Reprobé o repetí un año escolar	16	.001
Fuí golpeado por algún miembro de mi familia	10	.01
Mejoraron las relaciones con mi familia	7.7	.05

Coefficiente de Correlación de Spearman

También se aplicó la prueba de Coeficiente de Correlación de Spearman para identificar la *relación entre los sucesos de vida estresantes y las escalas del MMPI-A.*

Se presentan las tablas correspondiente con las correlaciones que resultaron significativas con una probabilidad inferior o igual a .05 y que por lo tanto tienen un puntaje mayor a .30

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN

(Escala Clínica)

Muestra Clínica

Escala # Reactivos	F1	F2	F	L	K	Ma	D	HI	Op	Mf	Pa	Pt	Ea	Ma	te
R37										-0.4058 Sig. 012					
R39								0.3211 Sig. 048							
R48	0.3554 Sig. 028		0.3284 Sig. 046			0.3686 Sig. 024		0.3238 Sig. 047	0.3558 Sig. 028						
R47				0.3738 Sig. 021											
R49							0.3587 Sig. 027	0.3814 Sig. 028							0.3285 Sig. 044
R50	-0.3215 Sig. 048														
R51									0.3283 Sig. 048	0.378 Sig. 020				0.4082 Sig. 011	
R54					0.3871 Sig. 023	-0.3001 Sig. 028									
R58														-0.3338 Sig. 043	
R58														0.4031 Sig. 012	
R58		0.3333 Sig. 041													
R60											0.321 Sig. 049				
R61				-0.3981 Sig. 015		-0.3444 Sig. 037									
R64	0.5248 Sig. 001	0.4494 Sig. 005	0.5594 Sig. 000						0.3797 Sig. 019		0.4471 Sig. 005		0.3587 Sig. 027	0.3485 Sig. 032	
R69														-0.3777 Sig. 019	
R76											0.3874 Sig. 018		0.3873 Sig. 018		
R82				-0.3806 Sig. 028		-0.3343 Sig. 040									
R84								-0.4081 Sig. 011							-0.4232 Sig. 006
R86				0.3644 Sig. 025											
R87	0.4037 Sig. 012		0.3727 Sig. 021								0.4336 Sig. 007	0.3884 Sig. 013	0.3917 Sig. 015		
R90							-0.4184 Sig. 009								-0.3408 Sig. 038
R91										-0.3282 Sig. 048					
R94	0.377 Sig. 020		0.3436 Sig. 035			0.4263 Sig. 008									
R96					-0.3218 Sig. 049										
R97				-0.3742 Sig. 021											
R99						0.3758 Sig. 020									-0.3496 Sig. 031
R100										0.3424 Sig. 035					
R101						-0.3963 Sig. 024									
R103						0.3854 Sig. 024		0.3827 Sig. 018			0.3234 Sig. 048		0.3472 Sig. 033		

Menor o igual que 0.05

* Ver contenido de reactivos en siguiente página

Coeficiente de Correlación de Spearman
Sucesos estresantes/MMPI-A
(Escala clínica)

Nº de Reactivo	Suceso
37	Algún hermano(a) se fue de la casa
39	Mi padre (madre) se fue de la casa
46	Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa
47	Mejoraron mis relaciones con otras personas
49	Disminuyeron los ingresos de mi familia
50	Empecé la secundaria o preparatoria
51	Los pleitos entre mis papás empeoran
54	Murió un amigo cercano
55	Dejé de fumar
56	Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos
58	Mi papá (mamá) tuvo un problema emocional que requirió tratamiento
60	Un hermano fue hospitalizado por una enfermedad seria
61	Me enviaron con un psicólogo o terapeuta
64	Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela
69	Abusaron sexualmente de mí o fui violada
76	Problemas en la escuela con algún maestro
82	Me suspendieron de la escuela
84	Tomé drogas o alcohol
86	Me hice miembro de un grupo religioso
87	Tuve un fracaso
90	Me dieron permiso de salir con un muchacho por primera vez
91	Fui golpeado por un miembro de mi familia
94	Empecé a trabajar medio tiempo
96	Perdí mi empleo
97	Reprobé un examen o curso importante
99	Me eligieron como el líder o jefe de un grupo u organización
100	Fuí tratado de manera diferente por mis amigos
101	Una hermana soltera se embarazó
103	Mejoraron las relaciones con mi familia

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN
(Escala de Contenido)
Muestra Clínica

# Reactivos	Escala	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	PCO	BAE	PAS	ISO	FAM	BSC	RTR
R40						0.459 Sg. 033	0.4184 Sg. 010									
R46																
R47								-0.3281 Sg. 044								
R40				-0.3217 Sg. 049					-0.3408 Sg. 036			-0.4486 Sg. 005			-0.3785 Sg. 020	
R41		0.3358 Sg. 039	0.3415 Sg. 036											0.3623 Sg. 015		
R14					-0.3523 Sg. 000							-0.3505 Sg. 031				
R48							-0.354 Sg. 032									
R40		0.4084 Sg. 011	0.4018 Sg. 012	0.3815 Sg. 030												
R81													-0.5019 Sg. 022			
R43																0.327 Sg. 045
R44		0.3208 Sg. 049	0.3080 Sg. 023				0.4063 Sg. 011		0.328 Sg. 044	0.4151 Sg. 010					0.3999 Sg. 022	0.3781 Sg. 019
R48								-0.4014 Sg. 013								
R76				0.3372 Sg. 041								0.4382 Sg. 007			0.4341 Sg. 007	
R77							0.3599 Sg. 028									
R44											-0.438 Sg. 006		-0.5038 Sg. 001			
R47		0.331 Sg. 042	0.4384 Sg. 007				0.3508 Sg. 013	0.3212 Sg. 048	0.3459 Sg. 033			0.3824 Sg. 010				0.3622 Sg. 023
R40		-0.3391 Sg. 027														
R81								-0.3208 Sg. 050								
R44					0.3908 Sg. 014		0.3342 Sg. 040									
R87		0.4458 Sg. 005		0.3682 Sg. 023											0.3653 Sg. 024	
R88						-0.4237 Sg. 008		-0.4919 Sg. 002								
R103			0.3442 Sg. 034		0.3732 Sg. 021		0.3468 Sg. 031			0.3442 Sg. 034						

Menor o igual que 0.05

* Ver contenido de reactivos en siguiente página

Coeficiente de Correlación de Spearman
Sucesos estresantes/MMPI-A
(Escala de contenido)

N° de Reactivo	Suceso
40	El trabajo de mi papá cambió y está más tiempo fuera de casa
46	Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa
47	Mejoraron mis relaciones con otras personas
50	Empecé la secundaria o preparatoria
51	Los pleitos entre mis papás empeoran
54	Murió un amigo cercano
55	Dejé de fumar
60	Un hermano fue hospitalizado por una enfermedad seria
61	Me enviaron con un psicólogo o terapeuta
63	Vivo o viví en una casa hogar
64	Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela
68	Fui asaltado o golpeado
76	Problemas en la escuela con algún maestro
77	Tuve un accidente que me dejó cicatrices
84	Tomé drogas o alcohol
87	Tuve un fracaso
90	Me dieron permiso de salir con un muchacho por primera vez
91	Fui golpeado por un miembro de mi familia
94	Empecé a trabajar medio tiempo
97	Reprobé un examen o curso importante
99	Me eligieron como el líder o jefe de un grupo u organización
103	Mejoraron las relaciones con mi familia

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN
(Escalas Suplementarias)
Muestra Clínica

Escalas	A-Mac	RFA	TFA	INM	A	R
* Reactivos						
R43	0.3257 Sig. .046					
R46	0.3465 Sig. .033					
R47				-0.3757 Sig. .020		
R48		0.3384 Sig. .038				
R61						-0.3502 Sig. .031
R67		0.3819 Sig. .020				
R68		0.3683 Sig. .022		0.3447 Sig. .034		
R64	0.5359 Sig. .001	0.5427 Sig. .000	0.3997 Sig. .013	0.3761 Sig. .020		-0.4059 Sig. .011
R76				0.4018 Sig. .014		
R77	0.4043 Sig. .012	0.3533 Sig. .030				
R87				0.3781 Sig. .019	0.363 Sig. .025	
R84	0.4811 Sig. .002	0.3768 Sig. .020				
R96	0.3325 Sig. .041					

Menor o igual que 0.05

* Ver contenido de reactivos en siguiente página

Coefficiente de Correlación de Spearman
Sucesos estresantes/MMPI-A
(Escala suplementarias)

Nº de Reactivo	Suceso
43	Mi papá o mamá se casó de nuevo
46	Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa
47	Mejoraron mis relaciones con otras personas
48	Muerte de algún abuelo
51	Los pleitos entre mis papás empeoran
57	Mis papás que estaban separados, se volvieron a casar, volvieron a vivir juntos
58	Mi papá (mamá) tuvo un problema emocional que requirió tratamiento
64	Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela
76	Problemas en la escuela con algún maestro
77	Tuve un accidente que me dejó cicatrices
87	Tuve un fracaso
94	Empecé a trabajar medio tiempo
96	Perdí mi empleo

DISCUSIÓN

El intento de suicidio resulta un acontecimiento impactante, sobre todo cuando lo realiza una persona joven, sin embargo el suceso tiene una explicación y todos ellos algunas características en común. A continuación se discutirán los resultados obtenidos en el presente estudio, analizando primero las diferencias entre perfiles, puntuaciones T, porcentaje, frecuencias y χ^2 de los sucesos de vida, posteriormente la correlación entre las escalas más significativas y estresores, por último los datos de la entrevista semi-estructurada.

Por medio de los resultados del presente estudio podemos aceptar nuestras hipótesis de trabajo que indican:

*Existen diferencias en cuanto a los factores de personalidad y los sucesos de vida, entre un grupo de adolescentes que han intentado el suicidio y otro grupo de adolescentes que no han intentado suicidarse, ambos con características sociodemográficas iguales.

*En los adolescentes los factores de personalidad (depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, introversión, baja autoestima, enajenación, enojo, inmadurez, represión) se relacionan con la realización del intento suicida. Barrera, Gómez y cols. 1993; Gisper, Wheeler y cols. 1985.

*En los adolescentes los sucesos de vida (los pleitos entre mis papás empeoran, separación o divorcio de mis padres, problemas en la escuela con algún maestro, tuve una desilusión amorosa, tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos, me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela, reprobé o repetí un año escolar, entre otros) se relacionan con la realización del intento de suicidio. Calvo, De la Rosa y Villar 1993; Gisper, Wheeler y cols. 1985.

Diferencias de Personalidad entre las Muestras

Se debe resaltar que entre ambas muestras existieron *diferencias en los tres perfiles del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes*, éstas se reflejaron tanto en puntuaciones T como en diferencias estadísticas.

La muestra clínica demostró un índice superior de patología que la muestra normal. Las escalas pico o de mayor puntuación en las chicas con intento de suicidio fueron, la Depresión (D) y Desviación Psicopática (Dp) y en la muestra normal Depresión (D) e Hipocondriasis (Hs), aunque dentro de puntajes normales, cabe señalar que en ambas muestras existió elevación de la escala Masculinidad-Femineidad (Mf); sin embargo su interpretación en México se debe tomar con cautela, puesto que es una escala que se ve influenciada por la cultura, especialmente en el grupo femenino, esperamos que futuras investigaciones aclaren este punto (Lucio, Ampudia y Durán en prensa).

Respecto a las *puntuaciones T*, las adolescentes con intento suicida registraron un índice superior de patología, mostrando rasgos de depresión e impulsividad, lo que coincide con los hallazgos de Jiménez y colaboradores (1997) al determinar a la depresión e impulsividad como factores asociados al intento suicida, también con Farmer y Creed (1989) quienes aseguran que los sujetos con conductas suicidas presentan elevados niveles de hostilidad.

Las chicas de la muestra clínica presentaron agresión, una estructura frágil, además de problemas de conducta, puesto que se encuentran enojadas y aisladas emocionalmente de los demás, esta situación converge con los reportes de González-Forteza y cols. (1995) quienes aseguran que las adolescentes suicidas preferían no buscar ayuda cuando tenían algún problema, asimismo no se comunicaban con su madre. Las adolescentes con intento de suicidio son arriesgadas e inmaduras lo que las conduce a manifestar conductas autodestructivas a diferencia de las adolescentes de la muestra normal.

Las adolescentes sin intento suicida presentan un perfil dentro de la norma. Manifiestan algunos síntomas psicossomáticos y repentinamente rasgos depresivos, debido a la transformación que están sufriendo, incluso en ocasiones su autoestima es pobre ya que intentan descubrir quienes son. Blos (1971) comenta que en la adolescencia existe una completa reorganización de la vida emocional, por lo que a veces se encuentran entristecidos incluso deprimidos.

Las chicas de la muestra normal se comportan inhibidas socialmente, es decir son sumisas y manifiestan cautela en su estilo de vida, lo cual les garantiza la evitación de problemas con los demás. También cuentan con recursos eficaces para enfrentar los conflictos, lo que puede ser en gran medida determinante, puesto que ambos grupos conceptualizan y se adaptan a los desafíos de manera distinta, imprimiendo su personalidad en ello, al respecto Lazarus y Folkman (1991 p.106) aseguran "el grado en que un acontecimiento es estresante viene determinado por una confluencia de factores personales y situacionales".

Diferencias estadísticamente significativas en algunas escalas del MMPI-A

Ahora bien, en cuanto a las *diferencias estadísticamente significativas* de algunas escalas como la **F**, se indicó que la muestra clínica enfocó sus respuestas hacia los problemas, a diferencia de la muestra normal; también en la escala de **hipocondriasis** hubo divergencias, por lo tanto las adolescentes suicidas presentaron mayor número de síntomas psicossomáticos que las otras chicas; la escala de **depresión** también fue distinta, ya que las adolescentes con intento suicida registraron un incremento en dicho rasgo, para Martin, Rozanes, Pearce y Allison 1995; McDonald, Clyman y Culp 1995, sucede en la misma forma, debido a que en sus estudios encontraron una alta relación entre la depresión y los adolescentes con intento de suicidio.

Otra escala que presentó diferencias interesantes fue la de **desviación psicopática**, las adolescentes con intento de suicidio se comportan más agresivas e impulsivas que las adolescentes normales, lo que concuerda con los reportes de Capuzzi y Golden (1988) al mencionar que los adolescentes con intento suicida se muestran enojados e irritables; también

la muestra clínica presenta rasgos como dependencia y preocupación, correspondientes a la escala de **paranoia**; una escala en la que se registraron diferencias fue en la de **psicasternia**, por lo tanto las chicas con intento suicida reportaron pensamientos obsesivos y ansiedad; por último la diferencia se registró en las escalas de esquizofrenia e introversión social, las cuales indican en la muestra clínica mayores problemas conductuales, así como rasgos notables de introversión, respectivamente. Concuerta con Nordtröm, Schalling y cols. 1995; De Wilde, Kienhorst y cols. 1992, quienes afirman que los adolescentes con intención suicida muestran dificultades en las relaciones interpersonales.

Diferencias entre muestras respecto a los *Sucesos de Vida Estresantes*

También existieron diferencias entre las muestras respecto a los sucesos de vida estresantes. Analizando la tabla de porcentajes podemos observar las distintas respuestas, así como la interpretación afectiva que dieron la muestra clínica y la muestra normal, a algunos de los reactivos que funcionan como indicadores asociados al intento de quitarse la vida por mano propia.

Respecto al **área familiar, la cual posee el mayor número de indicadores**, las chicas con intento suicida respondieron en porcentaje más alto a los siguientes reactivos: Algún hermano se fue de la casa, Mi padre o madre se fue de la casa, Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa, Separación o divorcio de mis padres, Los pleitos entre mis papás empeoran, Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos, Mi papá (mamá) tuvo un problema emocional que requirió tratamiento y Fui golpeado por un miembro de mi familia. Estos reactivos sugieren que en la dinámica familiar de las chicas, existen dificultades ya sean individuales o de relación entre los integrantes de la familia, aspecto señalado en otras investigaciones, por ejemplo González y Andrade citados por Gómez y Borges (1996) encontraron que los adolescentes con pensamientos suicidas fueron quienes más se sentían estresados por la violencia de sus padres.

En lo que compete al **área escolar** también existieron **diferencias en los sucesos de la muestra clínica y la muestra normal**, ya que la primera contestó con mayor frecuencia a los reactivos: *Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela*, *Problemas en la escuela con algún maestro*, *Reprobé o repetí un año escolar* y *Me suspendieron de la escuela*, todos ellos indicadores de que la conducta de las chicas con intento de suicidio es más problemática en el ámbito escolar, que la conducta de las chicas sin intención suicida. Este aspecto ha sido señalado por Gisper, Wheeler y cols. (1985), también Capuzzi y Golden (1988) mencionan que los adolescentes suicidas presentan deterioro académico, y que a su vez el reprobar un año conlleva a la depresión, la cual se asocia al suicidio.

Otra área con algunos indicadores resultó la de **logros y fracasos**, debido a que la muestra clínica respondió en mayor proporción al reactivo *"Tuve un fracaso"* y con menor proporción *"Tuve un logro personal sobresaliente"*, por lo que son chicas con pocos triunfos, lo cual puede influir directamente en su autoconcepto y en la planeación de su proyecto de vida, resultando que ambos sean pobres.

Se ha asociado al suicidio en adolescentes con el perfeccionismo, Capuzzi y Golden (1988) comenta que generalmente son chicos que manifiestan un deseo abrumador de lograr la perfección, lo que los pone en riesgo debido a las expectativas propias y a la demanda de la gente sobre ellos. También Kittler y Parker (1996) encontraron relación entre los adolescentes con conductas suicidas y el perfeccionismo, Christman (1996) reportó la relación entre la tendencia al suicidio y una preocupación excesiva con respecto al fracaso.

Prueba Xi-Cuadrada

Ahora bien, en los mismos **sucesos de vida estresantes** también existieron **diferencias estadísticas entre las muestras**, obtenidas a través de la prueba Xi cuadrada.

Los reactivos significativos del **área familiar** fueron *"Separación o divorcio de mis padres*, *Mi papá o mamá se casó de nuevo*, *Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con*

ambos, Mi papá (mamá) fue hospitalizado por una enfermedad seria, Fui golpeado por un miembro de mi familia y Mejoraron las relaciones con mi familia" (suceso ocurrido en la mayoría de las chicas después del intento), todos éstos son sucesos descriptores de la dinámica familiar disfuncional en las chicas con intento suicida. Concernientes al **área escolar** "*Cambié de escuela, Empecé la secundaria o preparatoria, Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela, Reprobé o repetí año escolar*", también indicadores de alteraciones. En el **área Problemas de Salud**: "*Bajé mucho de peso, Me enfermé seriamente y pasé un tiempo en el hospital y Me enviaron con un psicólogo o terapeuta*"; por último en el **área social**: "*Comparto más tiempo con amigos o compañeros*".

Área Sociodemográfica

En las respuestas del *área sociodemográfica* correspondiente a la primera parte del Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida, analicemos dos puntos. El primero indica que el **nivel socio-económico en las muestras es equivalente**, y el segundo asegura la existencia de **diferencias en cuanto a la conformación familiar** en los grupos de las adolescentes, por ejemplo las adolescentes con intento suicida mencionan como **jefe de familia** al padre en un 47% y las chicas sin intento lo citan en mayor porcentaje 78%, incluso en la muestra clínica el jefe de familia llega a ser el abuelo o un hermano; también en el 34% de las adolescentes con intento suicida se reporta que sus **padres pelearon** durante el matrimonio y el 23% de ellos **se separaron**, en comparación con la muestra normativa donde el 50% pelearon, sin embargo sólo el 7% se separaron; otro dato interesante es que en la muestra clínica el 36% de las madres se dedicaban a actividades del hogar, a diferencia de la muestra normal con un 57% de las madres que se ocupaban de la casa, por lo tanto **las madres pasan más tiempo con las chicas que no intentaron quitarse la vida**; otra diferencia interesante es que **las familias de las adolescentes con conductas suicidas es extensa, mientras que la familia de las adolescentes sin intento es nuclear**, lo cual probablemente favorezca que la integración en éstas últimas sea más efectiva.

Correlación entre Sucesos de Vida Estresantes y Escalas del MMPI-A

En el presente estudio se dió especial importancia a la muestra clínica, debido a que deseamos sugerir un tratamiento ante las conductas suicidas, ya sea preventivo o bien de adaptación. Es por ello que utilizamos la prueba de Correlación de Spearman únicamente con la muestra clínica (adolescentes con intento suicida), a través de la cual se encontró una relación entre algunos sucesos de vida estresantes y las escalas del MMPI-A. Enseguida se presentan algunas de las relaciones más significativas entre estas variables.

El suicidio es un acto multicausal, no se limita solamente a la esfera de la salud, tiene que ver con la familia, el medio ambiente, la economía, las normas entre otras, es por eso que en el estudio tomamos indicadores estresantes y sociales, para contar con otros elementos, ya que la personalidad es importante, sin embargo es influenciada por el medio, el estrés, la historia personal, y más. Enseguida se presentan las relaciones entre algunos sucesos de vida y los rasgos de personalidad más significativos en la muestra clínica.

En la ESCALA F, que detecta básicamente el **reconocimiento de los problemas**, se asociaron los sucesos: **"mis abuelos vinieron a vivir a casa"** perteneciente al área de relaciones familiares, acontecimiento que posiblemente altera la dinámica familiar ocasionando mayor tensión y desajustes, aunado a ello, los adolescentes con intención suicida muestran dificultades en las relaciones interpersonales (Nordström, Schallin y Asberg 1995; De Wilde, Kienhorst y cols. 1992; Farmer y Creed 1989; **"empecé la escuela"** correspondiente al área escolar, suceso que obviamente provoca estrés en los adolescentes, dato que coincide con el reporte de Kittler y Parker (1996), en donde mencionan que las mujeres suicidas registraron mayor estrés; **"mi papá o mamá tuvo un problema emocional que requirió tratamiento"** perteneciente a la área de relaciones familiares, un suceso de esta índole implica que la familia no funcione adecuadamente, ya sea en forma temporal o no, en 1995 Martin, y cols. mencionaron la disfunción familiar como precedente a las conductas suicidas; otro reactivo propio del área escolar **"me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela"**, la

mayoría de los adolescentes con intento de suicidio presentan problemas escolares (Gisper, Wheeler y cols. 1985; De Wilde, Kienhorst y cols. 1992).

Los adolescentes que intentan suicidarse experimentan depresión, entre otras emociones, y esta muestra no fue la excepción, también se relacionó altamente a nivel estadístico y clínico. La escala del MMPI-A de **depresión** obtuvo una correlación con el suceso "**los pleitos entre mis papás empeoran**" que corresponde al área de relaciones familiares. Barrera y cols.(1993) reporta en su estudio con mujeres que intentaron el suicidio, que el 12.5% tuvieron una discusión familiar en las 24 horas previas al intento, también Levy y cols. (1995) asegura que las disfunciones familiares se relacionan con los intentos suicidas, Martin y cols. (1995) encontraron que los adolescentes suicidas presentan disfunciones familiares y depresión, para González-Forteza, Jiménez y Gómez (1995) en las mujeres se integran el estrés social y los componentes depresivos.

Ahora bien, esta misma escala de depresión se relacionó negativamente con el reactivo "**tomé drogas o alcohol**" perteneciente a la área problemas de conducta, probablemente el consumo de dichas sustancias disminuya el rasgo depresivo en las personas, además a las conductas suicidas se asocian ambas conductas la depresión y el abuso de alcohol. (Hawton 1987; Terroba, Saltijeral y Del Corral 1987; Borges, Rosovsky y cols. 1993; López, Medina-Mora y cols. 1995).

En la escala de **desviación psicopática** que incluye rasgos como impulsividad, enojo, problemas de conducta, se asoció con dos sucesos del área relaciones familiares "**mis abuelos vinieron a vivir a casa**", suceso que probablemente causó irritación en las chicas de la muestra, y con "**los pleitos entre mis papás empeoran**", que puede promover el enojo, particularmente en los adolescentes y por último con el reactivo "**me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela**" del área escolar, que posiblemente sea manifestación de problemas conductuales. Todos estos sucesos se encuentran asociados con los adolescentes que intentan el suicidio (González-Forteza, Jiménez y Gómez 1995; De Wilde, Kienhorst y cols. 1992; Capuzzi 1988; Gisper, Wheeler, Marsh y Davis 1985; Jiménez, Senties y Ortega 1997).

El suceso "**tuve un fracaso**" correspondiente al área de logros y fracasos, se correlacionó con la escala de **paranoia** que se refiere a sujetos distraídos, resentidos, suspicaces y con conductas hostiles. McDonald (1995) indica que los adolescentes con intento suicida buscan poca ayuda, debido a que son desconfiados; cabe señalar que todas las chicas de la muestra clínica se encontraban en tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, como condición del hospital una vez atendida la urgencia médica.

La escala de **esquizofrenia** que se refiere a rasgos de aislamiento social, dificultades para concentrarse y retraining, entre otros, se encontró relacionada con sucesos "**me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela**" y "**problemas en la escuela con algún maestro**" del área escolar, por lo tanto cuando las chicas de la muestra manifiestan los rasgos mencionados, es altamente probable que enfrenten sucesos estresantes en el área escolar, lo que a su vez promueve el intento suicida (Gisper, Wheeler, Marsh y Davis 1985).

La penúltima escala clínica, **hipomanía** se refiere a sentimientos de intranquilidad, hipomanía conductual y cognitiva; en los resultados se asoció con el reactivo "**tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos**" que corresponde al área de relaciones familiares. Una vez más encontramos la influencia de la familia en el adolescente suicida, que por cierto resultó común denominador en las adolescentes de la muestra clínica (veanse tablas descriptiva, de sucesos estresantes y Xi-2). Para Christman (1996), las relaciones de las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, se encuentran desequilibradas. Por lo tanto los sentimientos de intranquilidad y la necesidad de actividad constante pueden incrementarse cuando el adolescente experimenta conflictos con sus progenitores.

La última escala clínica del MMPI-A **introversión-social** se asoció positivamente con el reactivo del área económica "**disminuyeron los ingresos de mi familia**". Indica que cuando el adolescente vive un suceso de esta naturaleza es más retraído, por lo tanto sus relaciones interpersonales se ven afectadas, lo que influye a la vez en la satisfacción de necesidades de afecto, aprobación y seguridad; Barrera y Gómez (1993) encontraron que existe una asociación entre el apoyo social y las conductas suicidas.

En lo que respecta a las escalas de contenido, específicamente la escala de **enajenación** que indica distancia emocional de los otros, se correlacionó una vez más el reactivo **"mis abuelos vinieron a vivir a casa"** del área relaciones familiares, ante el hecho las jóvenes pueden presentar aislamiento de sus familias, lo que confirma que las adolescentes suicidas viven una dinámica familiar disfuncional, mencionado anteriormente y citado por diversos autores Barrera y cols. 1993; Calvo y cols. 1989; Martin y cols. 1995; Gómez y Borges 1996 y Christman 1996, entre otros.

En la misma escala se relacionó el reactivo **"me inscribí en un club u organización"** perteneciente al área social, sin embargo la relación se suscitó en *dirección negativa*, lo que indicó que al ampliar sus relaciones sociales las adolescente se sienten menos ajenas a los demás y más importantes.

En lo que corresponde a la escala de **enojo**, resultó asociado el reactivo **"tuve un fracaso"** del área logros y fracasos, situación esperada ya que al fracasar se experimenta **disgusto y malestar**; Abadí (1973) asegura que el enojo y la agresión del medio ambiente originan las conductas suicidas.

Otro reactivo vinculado a la misma escala resultó ser **"fui golpeado por un miembro de mi familia"** del área relaciones familiares, esta relación hace referencia una vez más, a las dificultades familiares y confirma repetidamente lo mencionado al respecto.

Concerniente a las escalas suplementarias, analizaremos tres de ellas. La escala **Alcoholismo de MacAndrew** se relacionó con el reactivo **"tuve un accidente que me dejó cicatrices"**, dicha escala hace referencia a conductas de riesgo y exhibicionismo principalmente, por lo tanto las adolescentes con intento de suicidio son más arriesgadas que las chicas de la muestra normal, ya lo denota su conducta suicida, también para Jiménez, Senties y Ortega (1997) los suicidas registran mayores índices de impulsividad como estilo de vida, rasgo asociado a conductas de alto riesgo.

Con la escala **inmadurez** que registra la fuerza interna y los recursos para enfrentar los conflictos, se asoció el reactivo **"mi papá (mamá) tuvo un problema emocional que requirió tratamiento"** del área relaciones familiares, por lo tanto cuando los padres manifiestan alteraciones emocionales, las adolescentes se ven afectadas directamente ya que su estructura se torna frágil. Work, Parker y Cowen (1990) aseguran que un evento estresante como el mencionado, es relacionado con la forma de enfrentar las dificultades, también Peck citado por Christman (1996), encontró una relación entre la incapacidad del joven para manejar las situaciones angustiantes y la tendencia al suicidio.

La escala de **represión** se vinculó con el reactivo **"los pleitos entre mis papás empeoran"** del área relaciones familiares, es necesario señalar que se asoció en forma negativa, lo cual refiere que ante los problemas de los padres las chicas se comportaron más rebeldes, desplazando su tendencia a evitar los conflictos. Cabe mencionar que ésta situación ocurrió casi en el total de las adolescentes con intento suicida.

Entrevista Semi-estructurada

Respecto a la *entrevista* realizada únicamente a las chicas con intento suicida, podemos comentar algunos datos relevantes como son que **la mayoría tenía entre 14 y 15 años**, también la mayor parte de ellas mencionaron como suceso previo al intento, haber tenido un **problema familiar**, ya sea discusión con el padre, regaño de la madre, golpes con hermanos e incluso con la madre. Se reitera la importancia de las relaciones familiares en el adolescente suicida, y como se ha señalado anteriormente la influencia que tienen mutuamente (McDonald, Clyman y Culp 1995; Capuzzi 1988; Calvo, De la Rosa y Villar 1989).

También resultó superior el número de ellas que recurrió al método de **ingestión de medicamentos**, tomando desde cafiaspirinas y tranquilizantes, hasta raticida con vino, cloro o insecticida combinado con diversas pastillas; también todas las adolescentes de la muestra permanecieron hospitalizadas posteriormente de la atención médica. En cuanto al grado escolar **26 estudiaban la secundaria y 12 preparatoria**.

Para finalizar se agregó un comentario textual respecto a las emociones o reflexiones que suscitó el intento de suicidio en cada una de las chicas. Resultó interesante y a la vez estremecedor reflexionar sobre cada uno de ellos, puesto que aportan fragmentos íntimos de cada adolescente.

Las expresiones de las chicas se relacionaron, en orden de mayor a menor frecuencia con **enojo, soledad, desesperanza, negación, deseos de repetirlo y confusión.**

Los comentarios individuales fueron relevantes por ejemplo la chica que dijo: **"mi hermano el que se suicidó era el único que me entendía"** reflejó su identificación con él por lo que repitió el acto suicida, (en la muestra clínica existieron otras dos adolescentes con antecedentes familiares de suicidio). Capuzzi y Golden (1988) explican el fenómeno historia familiar de comportamiento suicida, es decir la probabilidad de que el suicidio se incremente entre adolescentes con familiares que lo han cometido, también Hawton (1987) asegura que existe una predisposición familiar a heredar las conductas suicidas.

Un comentario singular fue el siguiente **"sentí que no era yo quien lo hacía, quería explotar, quería asesinarlo"**, la chica se había enojado con su novio y como no pudo dirigir la agresión contra él, optó por volcarla contra sí misma, como lo indican Matus (1990), Molina (1990) y Stengel (1973), al coincidir en que el suicida en realidad no desea matarse, sino destruir al otro que le ha causado daño, pero que ha incorporado en su ser.

La literatura señala que la mayoría de los suicidas intentan repetidamente el suicidio, Hawton (1987) refiere que tienen más riesgo de cometer suicidio quienes lo han intentado previamente; Capuzzi y Golden (1988) concuerdan con él, argumentando que el 12% de los individuos que intentaron suicidarse van a tratar de hacerlo de nuevo en un período de dos años. Estas palabras se traducen en los siguientes comentarios **"ahora no me fallará", "si no me dejan hacer lo que quiero de verdad me suicido, ¿o qué no me crees?"**.

Algunos comentarios repetidos fueron **"me siento sola"**, **"estaba muy enojada"** y **"me siento confundida"**; éstos reflejan los pilares del intento suicida en las adolescentes la desesperanza, el enojo y la crisis...

Un comentario que vale la pena resaltar fue el de una chica que avergonzada dijo: **"me dá pena haber intentado suicidarme"**, reflexionó acerca de su pobre control de impulsos y habló de su arrepentimiento así como de no volverlo a repetir jamás; otra paciente en la misma línea comentó: **"no vale la pena morirme por un enojo"** recapacitó sobre las consecuencias de su conducta y el impacto que provocó en su familia, lo cual le dolió y la hizo cambiar su percepción acerca de sí misma e incluso de la vida...

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Al término de la investigación podemos concluir que si existen diferencias de personalidad y de sucesos de vida entre las muestras del presente estudio, adolescentes que intentan quitarse la vida y adolescentes que no lo intentan.

Las chicas con conductas suicidas poseen rasgos más elevados de agresión y depresión, se sienten solas e incomprendidas, su estructura interna es frágil y sus recursos para enfrentar los conflictos son reducidos lo cual matiza su conducta. A diferencia de las jóvenes de la muestra normal, quienes se encuentran preocupadas por su salud o incluso en ocasiones se entristecen, sin embargo se mantienen adaptadas y sus conductas son las esperadas para la etapa adolescente, la cual está llena de cambios y desafíos.

Las adolescentes de la muestra clínica reportaron más sucesos de vida estresantes que las adolescentes sin intento de suicidio, sobre todo los pertenecientes a las áreas de relaciones familiares y escolar, como son separación o divorcio de mis padres, tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos, me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela, reprobé o repetí año escolar, entre otros; por lo tanto las chicas que intentaron el suicidio manifestaron más indicadores de estrés.

Otra conclusión que asumimos es que el **MMPI-A es un instrumento adecuado para evaluar los rasgos de personalidad en adolescentes mexicanos**, debido a que se ha sometido a un riguroso proceso de adaptación; y aunque es un instrumento largo confiamos en sus beneficios, ya que hemos comprobado que aporta muchos datos importantes, además nos percatamos que los adolescentes le dicen "todo" al papel, por eso su uso con jóvenes es recomendable.

A través del estudio **reafirmamos la importancia de contar con un escenario conveniente para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos**, ya que fue posible

brindar a cada una de las pacientes las instrucciones y el tiempo requerido, lo cual favoreció el control de variables para que las muestras fueran más homogéneas, reflejándose en los resultados; además de llevarse a cabo cuidadosamente la selección de los sujetos en ambos grupos, tomando en cuenta diversas variables como son el nivel socioeconómico, la edad y el sexo, así como la exclusión de las chicas en la muestra normal que reportaron algún intento de suicidio.

El MMPI-A resultó apto para correlacionarlo con otros instrumentos como el Cuestionario de Información Biográfica y Sucesos de Vida, logrando así una aproximación más completa al fenómeno de estudio. Este instrumento auxilia a nivel clínico y para obtener indicadores de estrés; a su vez nos permite sugerir una línea de intervención psicológica para los adolescentes que intentan el suicidio.

En la **intervención psicoterapéutica** inicialmente se deberá trabajar con el enojo del adolescente y su control de impulsos, no será conveniente reprimir al joven, es necesario canalizar la agresión y promover la tolerancia. Otra parte del tratamiento constará en el manejo de la depresión, para lo cual se revisarán el autoconcepto y la autoestima. Por último, será fundamental promover en el adolescente la planeación de su proyecto de vida, a través del cual establezca y logre objetivos que le permitan reconocer sus capacidades, lo cual incrementará sus motivos para vivir.

Es importante comentar que al realizar la presente investigación encontramos ciertas **limitaciones**; una de ellas fue el conseguir la autorización del hospital para tener acceso a la muestra clínica, debido a que se convirtió en un trámite largo ya que son amplios los requisitos para que el proyecto de investigación sea aceptado, además de someterlo a diversos comités para su evaluación, lo cual retarda considerablemente el desarrollo del estudio. Otra restricción respecto a la muestra clínica es que se consigue en forma lenta prácticamente de sujeto en sujeto, incluso en éste estudio se amplió el tiempo de muestreo para aumentar el número de casos, y a pesar de eso la muestra quedó conformada por pocos pacientes.

Consideramos que la investigación generó **aportaciones** importantes, aunque converge con la mayoría de los estudios presentados, queremos enfatizar algunas situaciones como la importancia del enojo en la dinámica suicida y el inadecuado manejo de la agresión, sobre todo en los adolescentes, ya que regularmente se asocia a la depresión con los suicidas, no obstante **el enojo y su expresión juegan un papel determinante en el riesgo para cometer suicidio**; otra contribución rescatable del estudio fue el **análisis unificado de la personalidad y los indicadores de estrés**, ya que no existen antecedentes al respecto y fue interesante corroborar que la personalidad determina en el individuo el tipo de enfrentamiento que utiliza ante las situaciones conflictivas; también a partir de los resultados, **es posible crear un programa de detección temprana en adolescentes con conductas suicidas** y así prevenir la consumación del lamentable acto.

Finalmente, advertimos importante continuar investigando sobre las conductas suicidas y **sugerimos** para futuras investigaciones los siguientes planteamientos: ¿existen diferencias de género en los adolescentes con intento de suicidio?, ¿cómo enfrentan los tropiezos quienes intentan suicidarse y quienes no lo hacen? o bien ¿qué resultados se pueden generalizar si contamos con un número mayor de sujetos?.

Para concluir, sólo resta compartir la satisfacción de culminar esta investigación, que intenta aportar herramientas para rescatar los deseos de vivir en aquellos que por alguna razón han perdido la esperanza.

REFERENCIAS

- Abadí, M; Garma, A. et al. (1973). *La fascinación de la muerte: Panorama dinamismo y prevención*. 2a. Edición, Buenos Aires: Paidós.
- Allison, S; Pearce, C; Martin, C; Miller, K. y Long, R. (1995). Parental influence, pessimism and adolescent suicidality. *Archives of suicide research*. 23. 43-49.
- Allport, G.W. (1961). *Psicología de la Personalidad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Archer, R. (1987). *Using the MMPI with adolescents*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum.
- Atme, M. (1996). *Pensamientos e intentos suicidas en la adolescencia. Estudio de Caso*. Tesis de Maestría inédita. UNAM, México.
- Barrera, A; Gómez, A; y Jaar, E; Nuñez, C; Orellana, G. y Lolás, F. (1993). *Percibirse sin apoyo social predispone al intento suicida*. Anales de Salud Mental. 9, 75-81.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1988). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Editorial Joaquín Mortiz.
- Borges, G; Rosovsky, H. y Gil, A. (1993). *Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencia*. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 198-204.
- Bucca, M; Ceppy, M; Peloso, P, Arcellaschi, M; Mussi, D. y Fele, P. (1994). Social variables and suicide in the population of Genoa, Italy. *Comprehensive Psychiatry*. 35 (1), 64-69.
- Bukstein, O; Brent, D; Perper, J; Moritz, G; Baugher, M; Schweers, J; Roth, C. y Balach, I. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: A case control. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 89, 167-173.
- Butcher, J. y Pope, K. (1992). The research base, psychometric properties, and clinical uses of the MMPI-2 and MMPI-A. *Canadian Psychology*. 33 (1), 61-78.
- Butcher, J; Williams, C; Graham, J; Tellegen, A; Ben-Porath, Y; Archer, R. and Kaemer, B. (1992). *Manual for Administration. Scoring and Interpretation MMPI-A*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Butcher, J. y Williams, C. (1992). **Essential of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation** Minneapolis :University of Minnesota Press.

Calvo, O; De la Rosa, A. y Villar, P. (1989) Hogar roto y conducta suicida. **Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana**. 30, 267-273.

Capuzzi, D. y Golden, L. (1988). **Preventing Adolescent Suicide**. Acelerated Development Inc.: Indiana, USA.

Capwell, D. (1945b). Personality patterns of adolescent girls II. Delinquents and non delinquents. **Journal of Applied Psychology**. 29. 284-297.

Carver, C. y Scheier, M. (1997). **Teorías de la personalidad**. México: Hispanoamericana Prentice-Hall.

Castellón, C; Verdugo, S. y Loñas, F.(1988). Desesperanza, ideación suicida y depresión. **Terapia Psicológica**. 10. 33-36.

Castro, M. (1991). **Algunas características sociológicas del suicidio y del homicidio en el D.F. y su área circundante**. Tesis de licenciatura inédita, UNAM, México.

Chang, E. (1997). **Cultural differences, perfectionism, social problem solving and suicidal risk**. Resumen XXVI. Congreso Interamericano de Psicología.

Christman, A. (1996). El suicidio de los adolescentes. **Rompan Filas**. 24. 3-8.

Coleman, J; Butcher, J. et al (1980). **Psicología de la anormalidad y vida moderna**. México: Trillas.

Coddington, D. (1972-I) The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. A survey of professional workers. **Journal of Psychosomatic Research**. 16, 7-18.

Coddington, D. (1972-II) The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. A study of a normal population. **Journal of Psychosomatic Research**. 16, 205-213.

Colligan, R. Y Offord, K. (1989) Changes in MMPI factor scores: Norms for the Welsh A and R dimensions from a contemporary normal sample. **Journal of Clinical Psychology**. 44(2), 142-148.

Cueli, J. y Reidl, L. (1977). **Teorías de la Personalidad**. México: Trillas.

Davidoff, L. (1984). **Introducción a la Psicología**. México: McGraw Hill.

De Château, P. (1990). Mortality and aggressiveness in a 30-year follow-up study in child guidance clinics in Stockholm. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 81,472-476.

De Wilde, E; Kienhorst, I; Diekstra, R. and Wolters, W. (1992) The Relationship Between Adolescent Suicidal Behavior and Life Events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry*. 149 (1), 45-51.

Durkheim, E. (1987). *El suicidio*. México: Premia.

Eisenberg, M. (1978) *Estudio de algunos factores de la conducta pseudosuicida en 3 instituciones hospitalarias del D.F.* Tesis inédita. México:UNAM.

Farberow, N. y Schneidman, E. (1969). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México: Prensa Médica Mexicana.

Farmer, R. and Creed, F. (1989). Life Events and Hostility in Self-Poisoning. *British Journal of Psychiatry*. 154, 390-395.

Freud, A; Osterrieth, P.A; Piaget, J; Schonfeld, et al. (1969). *El desarrollo de la adolescencia*. Buenos Aires:Hormé.

Freud, S. (1973). Más allá del principio del placer. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1973). Duelo y Melancolía. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Fromm, E. (1985). *Anatomía de la destructividad humana*. México:Siglo XXI.

Giraldo, A. (1988). *Perfil psicológico registrado con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) en sujetos con intentos de suicidio*. Tesis Doctoral. UNAM, México.

Gisper, M; Wheeler, K; Marsh, L. y Davis, M. (1985). Suicidal adolescents:Factors in evaluation. *Adolescence*. 20 (80), 753-762.

Gómez, C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1996-1994. *Salud Mental*. 19 (1). 45-55.

González-Forteza, C; Jiménez, A. y Gómez, C. (1995). *Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes*. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Grosz, D; Lipschitz, D; Eldar, S; Finkelstein, G; Blackwood, N; Gerbino-Rosen, G; Faedda, G; y Plutchik, R. (1994). Correlates of violence risk in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*. 35 (4), 296-300.

Hathaway, S. y Monachesi, E. (1951). The prediction of juvenile delinquency using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *American Journal of Psychiatry*. 108, 469-473.

Hathaway, S. y Monachesi, E. (1952). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory in the study of juvenile delinquents. *American Sociological Review*. 17. 704-710.

Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *British Journal of Psychiatry*. 150. 145-153.

Hawton, K. y Fagg, J. (1988). Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*. 152. 359-366.

Hijar, M; Rascon, R; Blanco, J. y López, M. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*. 19 (4), 14-21.

INEGI (1995) *Estadísticas de Intentos de suicidio y suicidio*. Cuaderno N° 1. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

Jiménez, H; Senties, H. y Ortega, H. (1997). Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental*. 20 (1), 36-41.

Kavsék, M. y Seffge-Krenke, I. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *International Journal of Behavioral Development*. 19 (3), 651-668.

Kittler, K. y Parker, W. (1996) Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality*. 64 (2), 529-540.

Klinefelter, D; Pancoast, D; Archer, R. y Pruitt, D. (1990). Recent adolescent MMPI norms: T-score elevation comparasions to Marks and Briggs. *Journal of Personality Assessment*. 54 (182), 379-389.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Roca.

Levy, S; Jurkovic, G. y Spirito, A. (1995) A multisystems analysis of adolescent suicide attempters. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 23 (2), 221-234.

López, E; Medina-Mora, M; Villatoro, J; Juárez, F; Carreño, S; Berenzón, S. y Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas: Resultados de una encuesta en población estudiantil. *Salud Mental*. 18 (4), 25-32.

Lucio, E. y Ampudia, A. (1997). *Introducción a la aplicación, calificación e interpretación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-A) para adolescentes, versión al español*. Taller. Facultad de Psicología, UNAM.

Lucio, E; Ampudia, A. y Durán, C. (1996). (Edición para investigación). **Información Biográfica y Sucesos de Vida para Adolescentes**. Editado por la Facultad de Psicología de la UNAM.

Lucio, E; Ampudia, A. y Durán, C. (En Prensa). **Manual para la administración y calificación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota Adolescentes (MMPI-A)**. Versión en español. México: Manual Moderno

Lucio, E. (1996). **La importancia de la investigación en la práctica clínica profesional. Conferencia**. Facultad de Psicología UNAM.

Mannoni, O; De Luz, A; Gibello, B. y Hebrard, J. (1984). **La crisis de la adolescencia**. España: Gedisa.

Martin, G; Rozanes, P; Pearce, C. y Allison, S (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 92, 336-344.

Marttunen, J; Aro, H; Henriksson, M. y Lönnquist, J. (1994). Antisocial behavior in adolescents suicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 89, 167-173.

Matus, C. (1990). **El adolescente suicida**. Tesis inédita, México: UNAM.

McCann, J. y Gergelis, R. (1990). Utility of the MCMI-II In assessing suicide risk. **Journal of Clinical Psychology**. 46 (6), 764-769.

McClelland, D. (1967). **Personality**. USA: Holt, Rinehart and Winston.

McConnell, J. (1981). **Psicología**. México: Interamericana.

McDonald, A; Clyman, M. y Culp, R. (1995). Adolescent depressed mood reports of suicide attempts, and asking for help. **Adolescence**. 30 (120), 827-837.

Melendez, G; Melendez, J. y Loza, G. (1996). **Una aproximación sistémica para la prevención del suicidio**. II Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio. Ciudad de México.

Molina, D. (1990). **Suicidio en el anciano**. Tesis de Maestría inédita, UNAM, México.

Morano, D; Cisler, R. y Lemerond, J. (1993). Risk factors for adolescents suicidal behavior: Loss, insufficient familiar support and hopelessness. **Adolescence**. 28 (112). 851-863.

Moron, P. (1987). **El suicido**. México: Publicaciones Cruz O.

Nordström, P; Scalling, D. y Asberg, M. (1995). Temperamental vulnerability in attempted suicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 92, 155-160.

Papalia, D. (1988). *Psicología*. México: McGraw-Hill

Pearce, C. y Martin, G. (1994). Predicting suicide attempts among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90. 324-328.

Peña, L; Megargee, E. y Brody, E. (1996). MMPI-A Patterns of male juvenile delinquents. *Psychological Assessment*. 8 (4), 388-397.

Pérez y Farias, J.M. (1995) Un estudio de confiabilidad con el MMPI-2 en un grupo de estudiantes universitarios. Tesis de Maestría inédita, UNAM, México.

Piacentini, J; Rotheram, J; Graae, F; Gillis, J; Trautman, P; Cantwell, C; García, C. y Shaffer, D. (1995). Demographic predictors of treatment attendance among adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63 (3). 469-473.

Piersma, H. y Boes, J. (1997). Utility of the Inventory of Suicide Orientation-30 (ISO-30) for adolescent psychiatric inpatients: Linking clinical decision making with outcome evaluation. *Journal of Clinical Psychology*. 53 (1). 65-72.

Pinto, A; McCoy, K. y Whisman, M. (1997). Suicidal ideation in adolescents: Psychometric properties of the Suicidal Ideation Questionnaire in a clinical sample. *Psychological Assessment*. 9 (1), 63-66.

Pinzón, S. (1971). *Consideraciones sobre diagnóstico y tratamiento de conducta suicida*. Tesis de licenciatura inédita. México: UNAM.

Ponce, A. (1977). *Psicología de la adolescencia*. México: UTEHA.

Razo, G. (1997). *Conductas autodestructivas, riesgo suicida y enojo en adolescentes*. Resumen XXVI Congreso Interamericano de Psicología. Sao Paulo, Brasil.

Rodríguez, M. (1963). *El suicidio en México D.F.* Cuadernos de sociología. Instituto de Investigación Social, UNAM.

Sánchez, B. (1994, septiembre). *Suicidio un marco de referencia general en Jalisco*. Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio y Primer Simposio Internacional. México, D.F.

Sánchez-Sosa, J; Jurado, S. y Hernández, L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*. 9 (2), 101-116.

Stengel, E. (1973). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Hormé.

Stillion, J. y McDowell, E. (1991). Examining suicide from a life span perspective. *Death Studies*. 15. 327-354.

Sullivan, H. (1964). *La entrevista psiquiátrica*. Argentina :Psique.

Suyemoto, K. y MacDonald, M. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*. 32 (1). 162-171.

Terroba, G; Saltijeral, M. y Del Corral. (1987). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Mental*. 10, 92-97.

Valdés, M. (1990). *Psicobiología del estrés*. España: Martínez Roca.

Velazquez, J. (1977). *Curso de Psicología*. México: Ediciones Minerva.

Weed, N; Butcher, J. y Williams, C. (1994). Development of MMPI-A alcohol-drug problem scales. *Journal of Studies on Alcohol*.

Winnicot, D. (1982). *Realidad y Juego*. Argentina: Gedisa.

Whittaker, J. y Whittaker, S. (1985). *Psicología*. México: Interamericana.

Woodall, K. Y Mathews, K. (1993). Changes in and stability of hostile characteristics: Results from a 4-year longitudinal study of children. *Journal of Personality and Social Psychology*. 64 (3), 491-499.

Work, W; Parker, G. y Cowen, E. (1990). The impact of life stressors on childhood adjustment: Multiple perspectives. *Journal of Community Psychology*. 18. 73-78.

A P É N D I C E

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-A

ESCALAS BÁSICAS

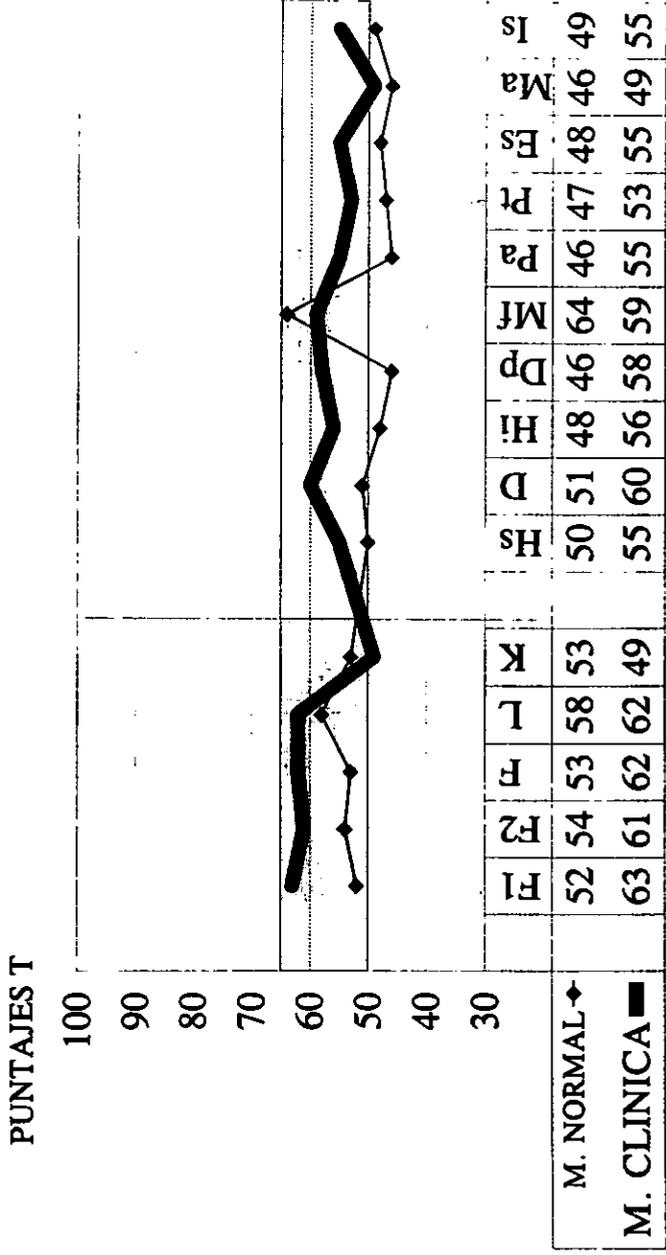


FIGURA 1

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-A

ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS

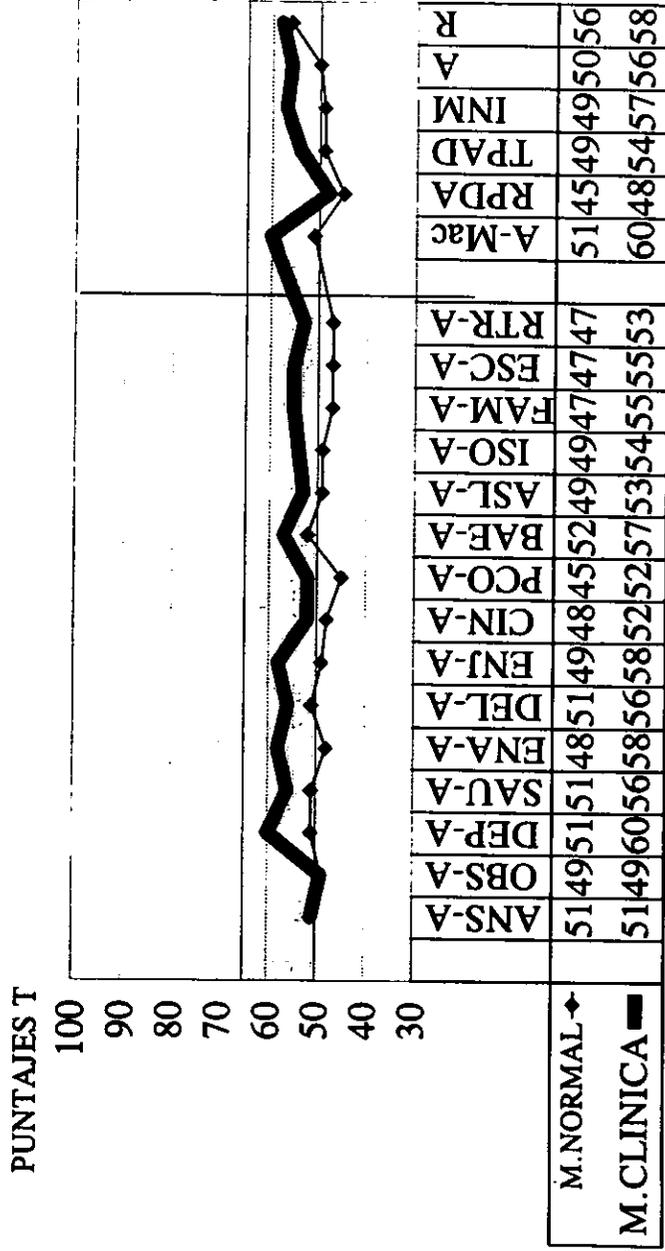


FIGURA 2

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-A

ESCALAS BÁSICAS

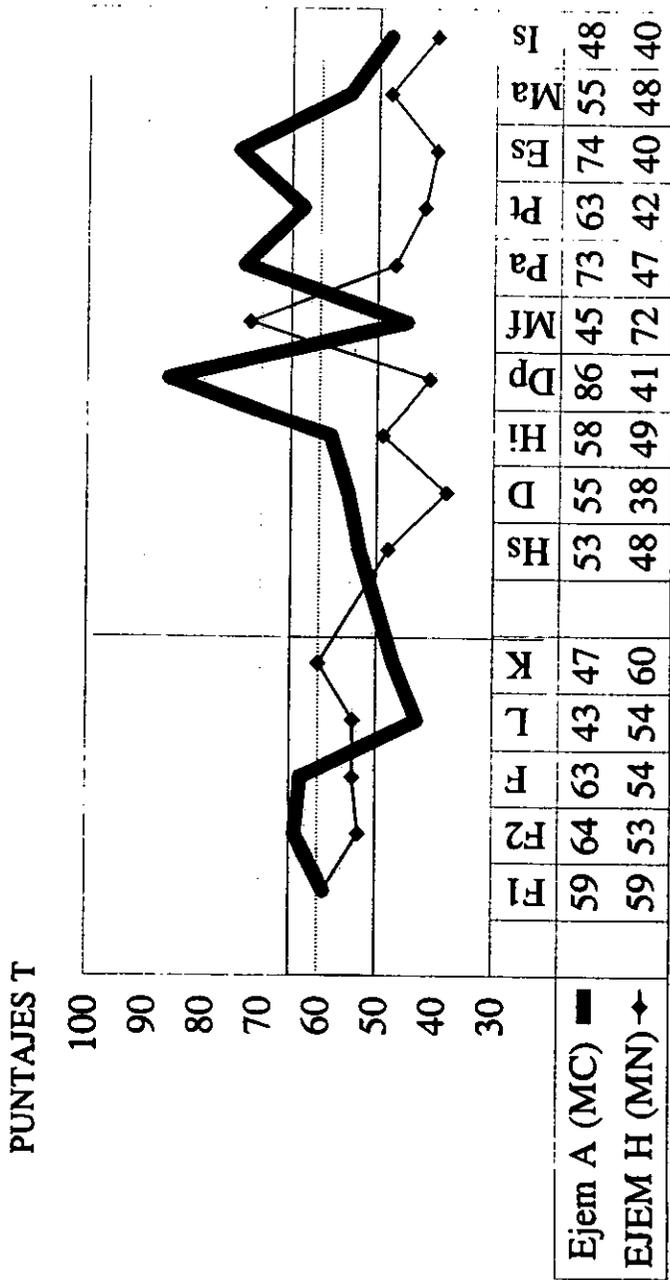


FIGURA 3

PERFIL FEMENINO DEL MMPI-A

ESCALAS DE CONTENIDO Y SUPLEMENTARIAS

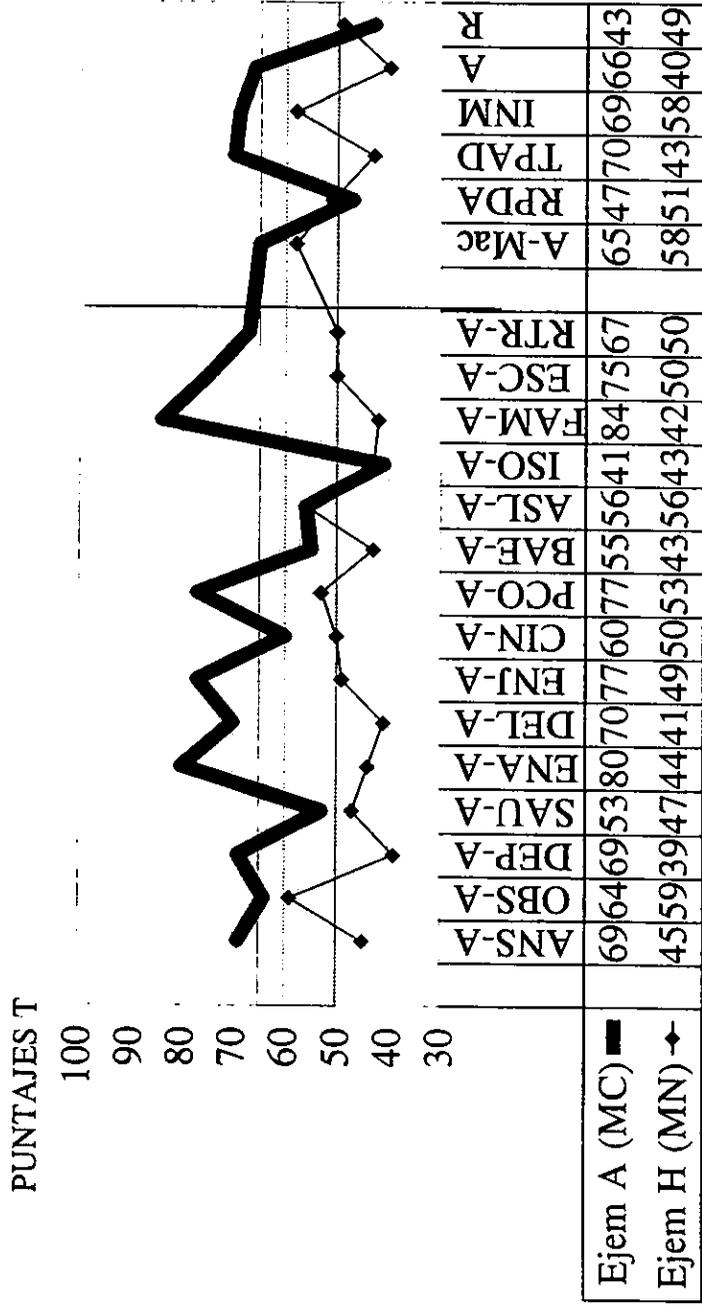


FIGURA 4