

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL

TITULO:

**“CUIDADOS PARENTALES Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN
PACIENTES DEPRIMIDOS CON Y SIN INTENTO SUICIDA
RECIENTE”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE “ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA”

PRESENTA:

DRA. MA. ISABEL MONTES BURGOA

TUTOR TEÓRICO DR. LINO PALACIOS CRUZ	TUTOR METODOLÓGICO DR. HÉCTOR SENTÍES CASTELLÁ
CO-TUTOR METODOLÓGICO DRA. ANA FRESAN ORELLANA	

MÉXICO D.F. 2006



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.

AGRADECIMIENTOS:

A Fidel por el amor con el que me ha acompañado en este camino

A mis padres y hermanas por su continuo apoyo y cariño

A mis tutores por sus enseñanzas

A los pacientes que hicieron esta investigación posible.

INDICE.

I Marco Teórico:

- 1.1 Generalidades sobre personalidad.
- 1.2 El Modelo Psicobiológico de Temperamento y Carácter.
- 1.3 El Vínculo Parental.
- 1.4 Depresión y Suicidio.
 - 1.4.1 Depresión, Suicidio y Personalidad.
 - 1.4.2 Depresión, Suicidio y Cuidados Parentales

II Planteamiento del problema

III Justificación

IV Objetivos

V Material y Método:

- 1.5 Tipo de estudio
- 1.6 Población a estudiar
- 1.7 Criterios de inclusión
- 1.8 Criterios de exclusión
- 1.9 Variables a investigar
- 1.10 Procedimientos para la recolección de información
- 1.11 Instrumentos de evaluación

VI Consideraciones éticas

VII Análisis estadístico

VIII Resultados

IX Discusión

X Referencias bibliográficas

XI Anexos

- Carta de consentimiento informado

I MARCO TEÓRICO.

1.1 Generalidades sobre la personalidad.

La personalidad representa aquellas características del individuo que explican los patrones permanentes en su manera de sentir, pensar o actuar. Gordon Allport definió la personalidad como "la organización dinámica de los sistemas psicofisiológicos del individuo que determinan su ajuste único al ambiente" (17,19)

Es sabido que la personalidad se desarrolla a través de la interacción de disposiciones hereditarias e influencias ambientales. Las influencias genéticas explican cerca de la mitad de la varianza de los rasgos de temperamento, el 25 a 30% se explica por las influencias ambientales y el resto se explica por error de medición. Los factores ambientales compartidos en hermanos que se criaron juntos tienen poco efecto en los rasgos de temperamento, pero influyen en otros aspectos de la personalidad. (19)

La teoría de la personalidad propone maneras de reunir y sistematizar una gran variedad de hallazgos; permite conocer las líneas de investigación más útiles.

Una teoría de la personalidad completa, deberá cubrir las siguientes áreas:

1. **Estructura:** Son las unidades básicas o constructoras de la personalidad. Se refiere a los aspectos más estables y duraderos de la personalidad.
2. **Proceso:** Involucra los aspectos dinámicos de la personalidad incluyendo las motivaciones.
3. **Crecimiento y desarrollo:** Cómo es el desarrollo de la persona hasta llegar a ser quien se es.
4. **Psicopatología:** La naturaleza y causas del funcionamiento desordenado de la personalidad.
5. **Cambio:** Cómo cambian las personas, resistencias ante el cambio o personas no aptas para el cambio.(17)

En los últimos años ha crecido el interés en la investigación de los trastornos de personalidad.

Los trastornos de personalidad se capturaron en una posición prominente mediante la creación del eje II de la clasificación del DSM III.

Además de esta clasificación categórica, se han propuesto alternativas dimensionales. (7)

1.2 El Modelo Psicobiológico de Temperamento y Carácter.

Este modelo, propuesto por Cloninger, se basó inicialmente en una síntesis de información de estudios de gemelos y familias, en estudios de desarrollo longitudinal, neurofarmacológicos y neurobiológicos del aprendizaje en humanos y otros animales, así como en estudios psicométricos de la personalidad.

El modelo original describió **3 dimensiones** de la personalidad que fueron postuladas como genéticamente determinadas e independientes unas de otras. Las dimensiones fueron llamadas **“búsqueda de la novedad”, “evitación al daño” y “dependencia a la recompensa”**, y eran medidas por un inventario de 100 reactivos que el propio individuo calificaba y se llamaba Cuestionario Tridimensional de la Personalidad (CTP).

Posteriormente el modelo se extendió para medir **7 dimensiones** de la personalidad con la adición de las medidas de **“persistencia”, “auto dirección”, “cooperatividad” y “auto trascendencia”**. Esta extensión se basa en una síntesis de información acerca del desarrollo social y cognoscitivo y en descripciones del desarrollo de la personalidad en la psicología humanística y transpersonal. Se observó que las tres dimensiones originales permitían distinguir entre los subtipos de trastornos de la personalidad pero no diferenciaban de forma consistente a los individuos bien adaptados de los que no lo eran, además de que este modelo original no incluía trastornos del carácter como el paranoide o esquizotípico. Este modelo permite hacer diagnósticos diferenciales entre los diferentes subtipos de los trastornos de personalidad y con otros diagnósticos psiquiátricos.

El aprendizaje para Cloninger ha sido definido como la organización del comportamiento como un resultado de la experiencia individual. Es por esto que las diferencias entre los individuos en cuanto a los sistemas adaptativos definen la personalidad en general. El aprendizaje asociativo (como el condicionamiento operante) de hábitos y respuestas afectivas en base a la experiencia directa de los eventos, no involucra el recordar consciente. En contraste, el aprendizaje conceptual es consciente y simbólico de forma abstracta, como el aprendizaje verbal.

En este modelo, 4 dimensiones de personalidad involucran respuestas automáticas, preconceptuales a estímulos perceptuales, presumiblemente reflejando entonces bases heredables en el procesamiento de la información por el sistema de memoria perceptual. Estas 4 dimensiones se han referido como **factores del temperamento**. Los tres factores de personalidad restantes se basan en diferencias de autoconceptos y se denominan **dimensiones del carácter**.

Las dimensiones del temperamento fueron definidas en términos de diferencias individuales en el aprendizaje asociativo, en respuesta a la novedad, al peligro o castigo y a la recompensa. Se consideran factores de temperamento puesto que son heredables, se manifiestan tempranamente en la vida, y aparentemente involucran aprendizaje preconceptual o inconsciente (4).

Componentes Etiológicos	Temperamento	Carácter
Factores genéticos	40–60%	15–40%
Ambiente familiar	0%	30–35%
Ambiente al azar	40–60%	25–55%

Sistemas cerebrales que influyen el temperamento

Dimensión del Temperamento	Neuromoduladores
Búsqueda de la novedad	Dopamina
Evitación al daño	GABA y serotonina (rafé dorsal)
Dependencia a la recompensa	Norepinefina y serotonina (rafé medial)
Persistencia	Glutamato y serotonina (rafé dorsal)

DIMENSIONES DEL TEMPERAMENTO:

La búsqueda de la novedad.- Es heredable con base en la activación o iniciación de comportamientos como actividad exploratoria frecuente en respuesta a la novedad, la toma de decisiones impulsivas, extravagancia al acercarse a señales de recompensa, una pérdida del control rápida y evitación activa de la frustración.

La evitación del daño.- Se considera como heredable por la inhibición o cese de comportamientos como la preocupación pesimista o anticipatoria, los comportamientos pasivos evitativos como el miedo a lo desconocido, la timidez ante extraños y fatigabilidad rápida.

La dependencia a la recompensa.- Se mira como heredable por la activación, mantenimiento o continuación de comportamientos, necesidad de obtener la aprobación de otros, sentimentalismo, y apego social.

Las diferencias entre individuos basadas en estas dimensiones son observables tempranamente en la infancia y son moderadamente predictivas en la adolescencia y al edad adulta.

La persistencia emergió como un factor distinto. Al inicio se pensó que era un componente de la dependencia a la recompensa, pero no se relacionaba con los otros aspectos de este rubro y refleja la perseverancia en el comportamiento a pesar de la frustración y la fatiga. Las personas con este factor se muestran trabajadoras, ambiciosas, determinadas, que perciben esta fatiga y frustración como parte de un reto personal. Los individuos con baja persistencia son indolentes, inestables, erráticos, y se dan por vencidos fácilmente.

DIMENSIONES DEL CARÁCTER.

El desarrollo del carácter se define en los términos de aprendizaje por "insight" y reorganización del auto concepto. El insight involucra la organización conceptual de la percepción y se define como la aprehensión de las relaciones. El aprendizaje del insight incluye el desarrollo de una nueva respuesta adaptativa como resultado de una reorganización conceptual de la experiencia.

Este aprendizaje incluye el verbal, la adquisición del cómo aprender y la conceptualización abstracta.

El carácter puede ser descrito en términos de respuestas relacionadas con diferentes conceptos de uno mismo, por ejemplo, qué y quién somos, y por qué estamos aquí. Los factores de temperamento pueden ser modificados y condicionados como resultado de cambios en el significado y el énfasis de los estímulos que están determinados por nuestro concepto de identidad propia. Los factores de temperamento motivan el aprendizaje por insight del auto concepto. De tal forma que al temperamento y el carácter se influyen uno al otro y motivan el comportamiento.

En base al desarrollo de los factores del carácter, éstos se formularon ya que las observaciones hechas sugerían que existían dimensiones de la personalidad que no se podían medir por el CTP, relacionadas con la auto aceptación, la aceptación de otras personas, y la aceptación de la naturaleza en general.

Existen tres factores en el desarrollo del auto concepto y se distinguen en base a la forma en que un individuo se identifica:

1. Como un individuo autónomo.
2. Como parte integral de la sociedad o humanidad.
3. Como una parte integral de la unidad de todas las cosas (universo).
- 4.

Cada uno de estos aspectos corresponde a cada una de las dimensiones del carácter.

1. Auto dirección.
2. Cooperatividad.
3. Auto trascendencia.

La autodirección: Es el mayor determinante de la presencia o ausencia de un trastorno de personalidad. El concepto se refiere a la autodeterminación y al poder de voluntad, o la habilidad de un individuo de controlar, regular y adaptar su comportamiento para adaptar la situación a sus metas y valores.

En el lado positivo, las personas que son maduras, efectivas y líderes bien organizados, se describen como que tienen adecuada autoestima, admiten sus errores, se aceptan como son y sienten que sus vidas tienen un significado o propósito, retardan la gratificación para alcanzar sus metas, y muestran iniciativa para superar sus retos.

En el lado negativo, como en el caso de los individuos limítrofes, tienen baja autoestima, culpan a otros de sus problemas, se sienten inciertos de su identidad o sus propósitos, y son reactivos y dependientes. Esta baja autoestima y sentimientos de inferioridad han sugerido como características infantiles o inmaduras.

Etapas del desarrollo de la auto dirección:

1. Aceptación de la responsabilidad de las decisiones propias, en lugar de culpar a otros o a las circunstancias.
2. Identificación de metas valoradas individualmente.
3. Desarrollo de habilidades y confianza en cuanto a resolver problemas.
4. Auto aceptación.

5. Al cultivar valores o metas por largo tiempo, lo que inicialmente es un esfuerzo, viene consecuentemente de "forma natural".

Cooperatividad: Se refiere a las diferencias individuales en la identificación con y la aceptación de otras personas. Este factor se diseñó para medir los aspectos del carácter relacionados con la conformidad versus la agresión egocéntrica y la hostilidad. Aquí es importante señalar que todas las categorías de los trastornos de personalidad se asocian con poca cooperatividad. Los individuos cooperativos se describen como socialmente tolerantes, empáticos, ayudan a los demás, son compasivos; los individuos no cooperativos se describen como socialmente intolerantes, desinteresados en otros, poco ayudadores y vengativos. La aceptación social, la ayuda a otros y la preocupación por las necesidades de los demás se correlacionan entre sí, y con autoestima positiva.

Etapas del desarrollo de la cooperatividad.

1. Aceptación social vs. intolerancia.
2. Empatía vs. desinterés social.
3. Disposición a ayudar.
4. Compasión vs. venganza.
5. Aceptación de principios generales vs. buscar las ventajas propias sobre las de los demás.

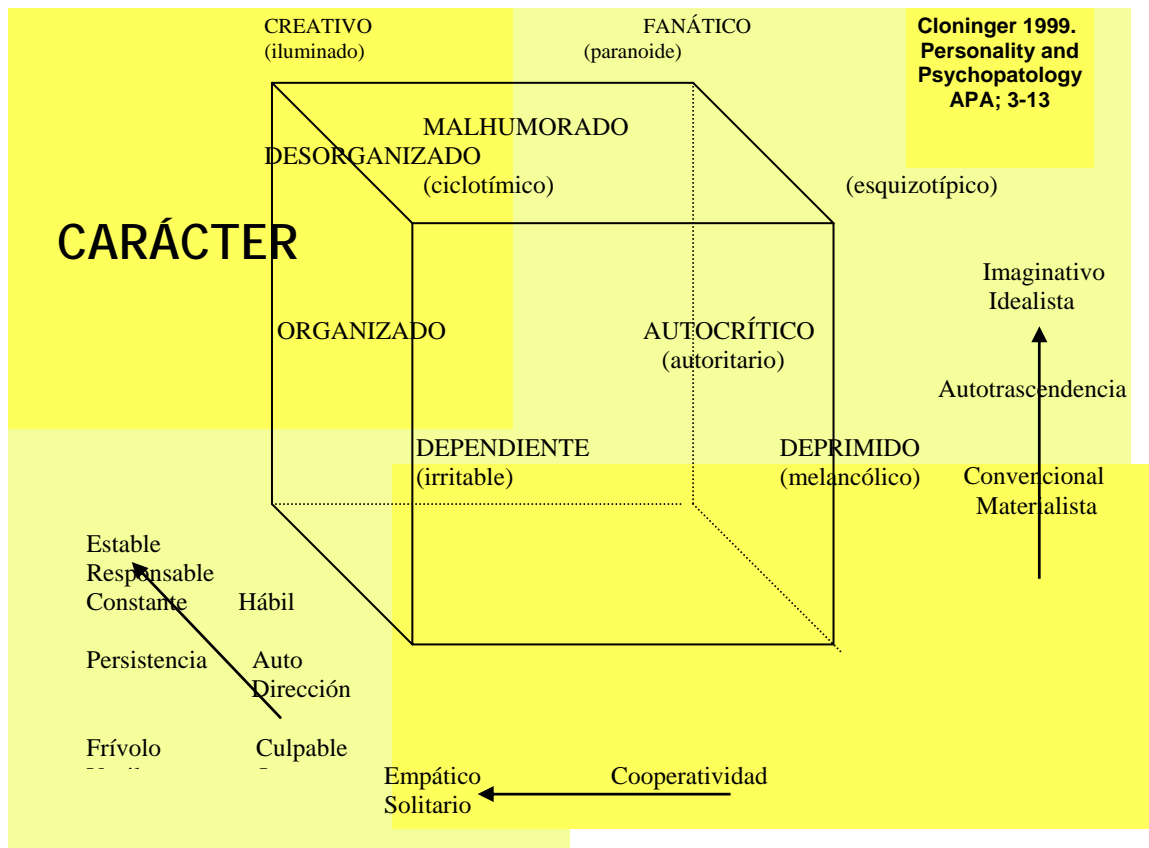
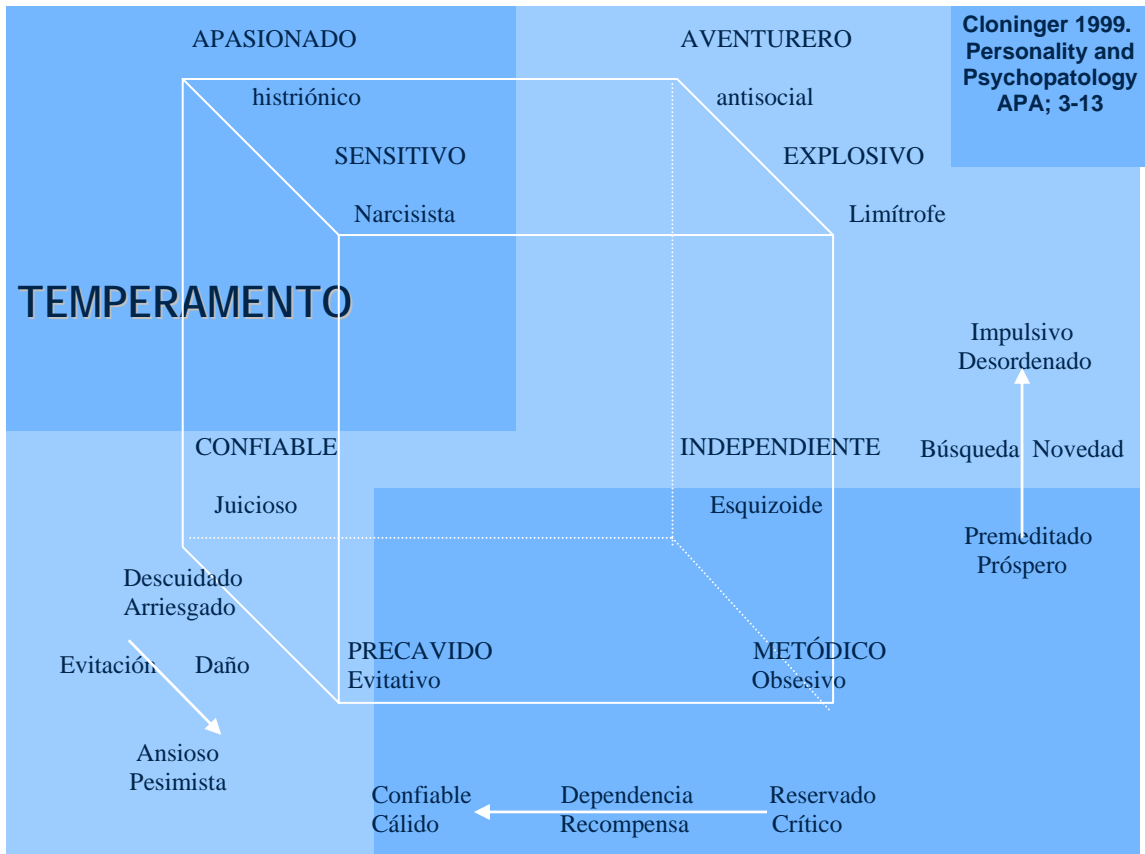
Autotrascendencia: Se refiere a la identificación del todo concebido como esencial y como partes consecuentes de la unificación del todo. Todas las cosas son parte de una sola ("Conciencia unificadora"). Esta perspectiva se describe como la aceptación, identificación o unión espiritual con la naturaleza y su fuente. Las personas se identifican o sienten una especie de unión espiritual con cualquier cosa o con todo. Pueden sentir que son guiados por una inteligencia especial, un ser divino.

La espiritualidad se define como un deseo interno de ser inmortal, que conlleva a identificarse con la naturaleza como un todo o con su fuente.

Etapas del desarrollo de la autotrascendencia:

1. Experiencias de auto-olvido en lugar de experiencias auto conscientes.
 2. Identificación transpersonal (naturaleza).
 3. Aceptación espiritual.
- (4, 5, 35, 6)

El siguiente es un esquema que explica cómo se pueden relacionar las dimensiones de temperamento y carácter con los trastornos de personalidad descritos por el DSM-IV.



1.3 El vínculo o apego.

Se ha propuesto que el vínculo padres-hijo se encuentra influido por:

- a).- Características del niño (Ej. diferencias individuales en las conductas de apego).
- b).- Características del sistema de cuidados de los padres (Ej. influencias psicológicas y culturales).
- c).- Características de la relación recíproca, dinámica y creciente de la relación padres-hijo (36, 13).

Ainsworth enfocó su atención en los comportamientos maternos que reflejaban el balance entre el apego y los comportamientos exploratorios del niño, que resultaron en: sensibilidad--insensibilidad, aceptación--rechazo, cooperación--interferencia, y accesibilidad--ignorancia. Las características del padre fueron pobremente consideradas por estos autores.

Siegelman en 1963, analizó las respuestas de muestras independientes de adultos y niños en cuanto a la forma de lidiar con el comportamiento de los padres en su infancia, encontrando factores de estas relaciones: afección y calidez-rechazo y frialdad, demanda o intrusividad y la protección.

Schaefer en 1965, encontró en el análisis factorial del vínculo en estudios parecidos, factores como aceptación-rechazo, autonomía psicológica-control psicológico, y control-falta de control. Los resultados de estos estudios sugieren que la contribución parental al vínculo depende de dos variables principalmente. La primera parece ser la dimensión del cuidado, y la segunda, el control psicológico sobre el niño. Rutter en 1972, aisló las características necesarias para un maternaje adecuado: una relajación amorosa, que lleva hacia un apego inquebrantable a una persona específica en la familia, que brinda una adecuada estimulación.

La idea de la teoría del apego nació a través de las observaciones de John Bowlby (1969) en niños quienes se encontraban separados de sus padres durante la hospitalización. Bowlby enfatizó el comportamiento de retribución de la madre, que se lleva a cabo reduciendo la distancia entre la madre y el hijo, sirviendo una función protectora. Este comportamiento ha tenido varios sinónimos, entre ellos *maternaje, cuidados maternos, y crianza*. Mientras el niño se desarrolla este comportamiento disminuye hasta que se deja casi por completo al entrar a la juventud. El sistema de apego es conceptualizado como un sistema innato, que evolucionalmente se determinó en los mamíferos, que existe para aumentar al máximo las probabilidades de supervivencia.

El sistema de apego tiene dos objetivos principales: 1) Tener seguridad contra las amenazas predatorias mediante el mantenimiento próximo a una figura de apego y 2) Usar aquella figura de apego como una base a partir de la cual se explora independientemente durante momentos de seguridad. La conducta de apego es desencadenada en momentos de amenaza, por la ausencia inesperada de la figura de apego primaria, o por la aparición súbita de un nuevo estímulo amenazante.

Bowlby conceptualizó que el mantenimiento de estos patrones a lo largo de la vida ocurre vía el desarrollo de un *modelo de trabajo interno*. Este modelo puede ser entendido como un esquema cognitivo que predice la conducta

probable de otros y la del mismo en momentos de amenaza, y entonces designa una acción conductual apropiada. La distinción primaria es entre el apego seguro y los dos subtipos de apego inseguro, llamados, apego ansioso y evitativo. (23)

Las personas con un estilo de **APEGO SEGURO** se conduce en una forma consistente con la creencia que sus figuras de apego (inicialmente los padres y posteriormente sus parejas u otros apoyos cercanos), serán lo suficientemente confiables y efectivas en momentos de amenaza. LA prevalencia de este tipo de personas es del 55%. La persona con apego seguro tiene un sentido de resiliencia adecuado. El modelo de trabajo interno de un individuo seguro incluye una expectativa que la ayuda será suficiente.

El estilo de apego **INSEGURO-EVITATIVO** se relaciona con el haber experimentado un cuidado distante, abandono (desechado), o no confiable, en relación con sus necesidades individuales durante el desarrollo.

El estilo de personas con un apego **INSEGURO-DESORGANIZADO** se caracteriza por individuos que tienden a presentarse clínicamente con una baja capacidad para la reflexión y una alta incoherencia en sus narrativas. Las personas desorganizadas pueden parecer como que tienen un estilo predominantemente ansioso o evitativo, aunque, particularmente cuando se encuentran estresados, pueden manifestar una mezcla de estos estilos, y conducirse tanto con aproximación y retiro. (13, 23).

En un estudio hecho por Richter, cuyo objetivo fue probar relaciones entre personalidad y la percepción de la crianza, se estudió a 540 pacientes sanos con una edad promedio de 38.5 años. Se les aplicó el ITC, el EMBU que mide factores de rechazo, calidez emocional y sobreprotección. Se encontró una mayor correlación con los factores del carácter. En ambos sexos, se relacionó la calidez de forma negativa con la evitación del daño y positiva con la dependencia a la recompensa, y el rechazo parental negativamente con la autotranscendencia. En mujeres, la sobreprotección tuvo una correlación positiva con la autotranscendencia y en hombres, el rechazo y la sobreprotección maternas se asoció negativamente con la cooperatividad. (30).

En otro estudio conducido por el grupo de Paris, cuyo objetivo fue probar el papel del descuido emocional y la sobreprotección parental en pacientes con Trastorno límite de personalidad (TLP), el cual utilizó 62 pacientes con TLP (valorados mediante versión retrospectiva) y les aplicó el PBI (Instrumento del Vínculo Parental), encontró que los pacientes límites establecen el clásico vínculo "control sin afecto". (39)

Otra investigación, que es parte del Estudio de seguimiento del área de Almacenaje Epidemiológico de Baltimore (ECA), aplicó el NEO-PI-R (Inventario de la personalidad NEO), el ITC y el PBI (al cual además se le realizó un Análisis Factorial Exploratorio, encontrando que la solución de 3 factores es más satisfactoria). Este estudio encontró correlaciones significativas pero modestas, con las asociaciones más fuertes del PBI con los factores neuroticismo, escrupulosidad y evitación del daño y autodirección. Relacionó menor cuidado y mayor restricción y negación de la autonomía psicológica con mayor evitación del daño y menor autodirección. Las fuerzas de las correlaciones con PBI se mantuvieron en un rango de 0.1 a 0.25. (30)

1.4 Depresión y Suicidio

Aún falta nomenclatura y procesos adecuados de clasificación consistentes para los actos suicidas. En el ICE-10 se encuentra clasificado dentro del código E. En el DSM-IV se encuentra incluido dentro de los signos y síntomas del Trastorno Depresivo Mayor y del Trastorno Límite de Personalidad.

Al hablar de suicidio se entiende que hubo una muerte, la cual fue llevada a cabo por el individuo que murió, de forma intencional mediante un agente pasivo o activo. El Suicidio debe diferenciarse de los intentos suicidas o la ideación. El término Parasuicidio se ha acuñado para definir el "Auto daño deliberado con o sin la intención clara de morir" o "Cualquier conducta auto lesiva que genera riesgo de muerte".

Los pacientes con intento suicida se presentan con frecuencia no sólo en servicios de psiquiatría, sino también en servicios de urgencias de los hospitales generales. Representan cerca del 1-2% de las consultas en los servicios de Urgencias, el 5% de ingresos en la UCI, y el 10% ingresos médicos generales. (24). En México, 2001, 3089 suicidios fueron documentados, con un incremento del 12.9% (14)

El 90% de los pacientes suicidas tienen algún trastorno psiquiátrico, de hecho, el Trastorno depresivo mayor se encuentra presente en un 50 a 70% de pacientes con algún intento suicida, y de éstos, el 15% lo consuman. (31)

Estudios recientes han demostrado que tanto los trastornos de personalidad (en especial el TLP) como el Trastorno depresivo mayor son factores de riesgo significativos para el suicidio. (31)

EL espectro suicida sigue habitualmente la siguiente cronología: Ideas → planes → intentos → suicidio. EL mismo espectro puede incluir comportamientos autodestructivos indirectos como el juego patológico, deportes riesgosos, abuso de sustancias, conductores peligrosos, ruleta rusa, sexo sin protección, obesidad y automutilación. (31). Después de la familia o amigos, el primer contacto generalmente es con un médico no psiquiatra. (22)

El suicidio consumado es mas frecuente en personas del sexo masculino (rango hombre-mujer de 4:1) y es mas frecuente en raza blanca (72%). El 57% se realizan con armas de fuego, seguido del ahorcamiento en varones y la intoxicación en mujeres. El suicidio es 4 veces más frecuente en divorciados. Se han documentado alrededor de 10 a 25 intentos de suicidio por cada suicidio consumado, (hasta 100-200 intentos en adolescentes) y constituye la tercera causa de muerte en adolescentes. Los intentos de suicidio son tres veces mas frecuentes en mujeres. El 90% de los pacientes suicidas presentan un trastorno psiquiátrico diagnosticable en el DSM-IV, de los cuales alrededor del 67% presentan un trastorno del afecto. El 15% de los pacientes con depresión mayor consuman el suicidio. (31, 24). En los pacientes que con frecuencia atentan contra su vida se encuentran los trastornos del carácter limítrofe en un 4-10%, los trastorno antisocial un 5% y diversas patologías asociadas con los trastorno por ansiedad en un 15-20%. Se ha documentado que la desesperanza es un factor predictivo importante. El 11% de los pacientes tienen historia familiar de suicidio o enfermedad mental. (24)

Diversos estudios que han relacionado neurotransmisores con suicidio han arrojado los siguientes datos

- En suicidios violentos se han encontrado bajas concentraciones del metabolito serotoninérgico ácido 5-hidroxiindolacético en líquido cefalorraquídeo.
- Se ha asociado a comportamientos suicidas un déficit en la transmisión serotoninérgica, y la disminución del metabolito se relaciona con el grado de letalidad. Estos pacientes tienen menos sitios transportadores, mayores receptores postsinápticos, neuronas serotoninérgicas pequeñas, en menor número y menos funcionales.
- Aumento de concentraciones de Norepinefrina, tirosín-hidroxilasa y receptores alfa 2 adrenérgicos.
- Disminución del número de receptores postsinápticos β , neuronas del locus ceruleus, y transportadores de norepinefrina. (patrón de respuesta excesiva al estrés).
- Aumento de dopamina
- Existe una prueba que mide la respuesta de prolactina a fenfluramina (mide la función indirecta de serotonina). Pacientes agresivos (y con suicidios violentos) tienen menor respuesta de prolactina, que sugiere una menor actividad serotoninérgica.
- Bajos niveles de colesterol.(31, 1)

Los estudios genéticos han arrojado los siguientes datos:

- El 11% de los pacientes suicidas tienen un familiar con este antecedente.
- La concordancia en gemelos idénticos es de 10-18% (estadísticamente significativa). Los estudios de adopción hablan de que el 4-5% de pacientes suicidas tenían padres adoptivos con mismo antecedente. (32)

Dentro de la investigación en lo que respecta al suicidio, algunos trabajos han intentado esclarecer factores de riesgo y factores asociados a éste, con la finalidad de poder prevenir que llegue al consumo.

1.4.1 Depresión, Suicidio y Personalidad.

Ciertas características de personalidad se han asociado a intentos suicidas como lo son *alto neuroticismo, impulsividad y desregulación afectiva*. Pendse y cols (27) compararon rasgos de personalidad en pacientes deprimidos suicidas y no suicidas, encontrando que estos últimos exhibían altos grados de los rasgos de ansiedad y hostilidad mas no de impulsividad. Estos autores sugieren que el comportamiento suicida pudiera ser un síndrome independiente de otros diagnósticos psiquiátricos.

En un estudio hecho por Bulik y colaboradores (3), se intentó encontrar la relación entre rasgos de personalidad medidos por el ITC con una historia de intentos suicidas en mujeres con anorexia, bulimia nervosa y depresión. Encontraron que las dimensiones de alta persistencia, baja auto dirección, y

alta autotrascendencia se asociaron a una historia de intentos suicidas repetidos.

Un estudio conducido por Hansen y cols.(11) identificó predictores fisiopatológicos de suicidio en una población con Trastorno depresivo mayor, a los cuales se les realizó seguimiento por 10 años, encontró mayor número de suicidio en los pacientes con depresión no melancólica (etiología psicosocial), y mayor riesgo en pacientes con trastornos de la personalidad comórbidos.

1.4.2. Depresión, Suicidio y Cuidados Parentales.

Otras investigaciones se han dirigido a esclarecer el papel que juegan los cuidados parentales como factor predictor de intentos suicidas futuros. Benjaminsen y su grupo, realizaron un estudio en pacientes suicidas comparándolos con pacientes psiquiátricos no suicidas y con sujetos normales en cuanto a patrones de personalidad, prácticas de crianza de los padres y separaciones de los padres antes de los 15 años. Encontraron que los pacientes suicidas difirieron notablemente de los individuos normales, pero no de los pacientes psiquiátricos no suicidas. Los pacientes suicidas experimentaron crianzas más negativas. Las pérdidas parentales debido a divorcio ocurrieron más significativamente en los pacientes suicidas que en los otros dos grupos. (2).

Goldney condujo un estudio aplicando el PBI a mujeres jóvenes con intentos suicidas, puntuando éstas más bajo en cuidados para ambos padres y más alto en sobreprotección (también para ambos padres) que los sujetos controles. (8).

Martin y cols. Estudiaron el suicidio en adolescentes, investigando la relación entre el estilo de parentaje, los pensamientos suicidas y la depresión. Se encontró que los adolescentes que describían el vínculo con sus padres como "control sin afecto" tenían el doble de riesgo relativo para realización de autolesiones, y para depresión. (21)

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

- ¿Se encontrarán con mayor frecuencia ciertas dimensiones de personalidad (como baja autodirección (AD), y alta evitación del daño (ED), autotrascendencia (AT) y búsqueda de la novedad (BN) en pacientes deprimidos que realizan un intento suicida a diferencia de los que no lo intentan?
- ¿Existirá algún tipo de vínculo parental predominante en los pacientes deprimidos que intentan suicidarse a diferencia de los que no lo intentan?
- Si los pacientes suicidas tuvieran dimensiones de personalidad predominantes, ¿qué tanto estos rasgos se encuentran relacionados con las experiencias de los cuidados parentales?
- ¿Existirá cierta influencia de los cuidados parentales sobre las dimensiones del temperamento, a pesar de que según Cloninger son heredables y genéticamente determinadas.

III JUSTIFICACIÓN.

- Debido a la morbilidad y mortalidad asociadas a la conducta suicida (para el 2003 se registraron 3327 suicidios, encontrándose el índice más alto en el Estado de Jalisco con 310 casos. INEGI edición 2004) es necesaria la realización de estudios que aporten conocimientos sobre factores asociados a la misma (como ciertos rasgos de personalidad o experiencias de los cuidados parentales), con la finalidad de incidir en esta problemática de forma oportuna e incluso preventiva. (14)

IV OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1. Determinar las dimensiones temperamentales y caracterológicas de los pacientes deprimidos con intento de suicidio reciente y sin intento de suicidio
2. Determinar el tipo de vínculo parental en pacientes deprimidos con intento suicida reciente y sin intento de suicidio
3. Valorar la relación que existe entre las dimensiones de personalidad y las experiencias de los cuidados parentales en pacientes deprimidos con y sin intento suicida
4. Determinar si existe influencia del vínculo parental sobre las dimensiones del temperamento, genéticamente determinadas según Cloninger

V MATERIAL Y MÉTODO.

5.1 Tipo de estudio.

El estudio que se realizó fue comparativo y transversal.

5.2 Población a estudiar.

Se evaluó a todos los pacientes entre 20 a 45 años de edad que acudieron por primera vez a solicitar atención al Instituto Nacional de Psiquiatría, que cumplieron con el diagnóstico de depresión mayor según criterios diagnósticos del DSM IV TR. Los pacientes se dividieron en 2 grupos, el primero, constituido por aquellos que realizaron un intento suicida a lo mucho, 60 días previos a la evaluación, y el segundo grupo se formó por pacientes que nunca han realizado algún intento suicida.

5.3 Criterios de inclusión.

- Pacientes entre 20 y 45 años.
- Ambos sexos.
- Que cumplan con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, de acuerdo a los criterios del DSM IV.

5.4 Criterios de exclusión.

- Pacientes analfabetas, psicóticos, con demencia, o aquellos que se rehúsen a contestar los instrumentos.
- Pacientes con historia de intentos suicidas sin la presencia de algún intento suicida reciente.

5.5 Variables a investigar.

■ Variables independientes:

- a).- Depresión mayor (Categorica) → Medida a través de los Criterios del DSM-IV
- b).- Dimensiones de temperamento y carácter (Ordinal) → Medidas por medio del ITC
- c).- Vínculo parental (Ordinal) → Evaluado por medio del PBI

■ Variable dependiente:

- a).- Intento de suicidio reciente (Categorica)

DEFINICION DE INTENTO SUICIDA:

" Una conducta potencialmente auto lesiva *sin consecuencias fatales*, en donde hay evidencia ya sea explicita o implícita que la persona tiene la intención de quitarse la vida" CODS 1988 (CONSENSO OPERACIONAL PARA DEFINIR AL SUICIDIO)

5.6 Procedimientos para la recolección de información.

- Se evaluó a los pacientes que acudieron a solicitar consulta de primera vez al Instituto Nacional de Psiquiatría. A estos pacientes se les aplicó la entrevista MINI. Aquellos pacientes con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor que cumplieron con los criterios de inclusión, formaron parte de la muestra total. El primer grupo fue constituido por los pacientes con intento suicida reciente, y el segundo por los pacientes sin antecedente de intento suicida. A ambos grupos, posterior a la entrevista MINI, y previo consentimiento informado se les aplicaron 2 escalas: el Inventario de Temperamento y carácter (ITC) y el Instrumento del Vínculo Parental (PBI). Posteriormente el paciente continuó su tratamiento como fue indicado según el caso (en ocasiones hospitalización, en otras referencia a otra institución y en otras seguimiento por parte de la consulta externa).

5.7 Instrumentos de evaluación.

EL INSTRUMENTO DEL VÍNCULO PARENTAL (PBI).

Para medir las experiencias de los cuidados parentales se optó por el PBI, o instrumento del vínculo parental. Éste fue creado por Parker, Tupling y Brown en 1979 para la evaluación de los estilos de crianza.

Es un cuestionario autoaplicable en el que se le pregunta al sujeto al respecto de sus memorias concernientes al trato que recibieron de sus padres hasta los 16 años, calificando a cada padre por separado.

El cuestionario consiste en 25 oraciones, 12 que se refieren a la dimensión del afecto, que incluye sentimientos positivos como amor, cuidados y empatía, y el resto que involucra la dimensión de control, que incluye la sobreprotección y los comportamientos restrictivos.

Los ítems se califican en una escala de 4 puntos de Lickert, que gradúan el nivel de acuerdo del individuo con cada oración. 2 resultados se obtienen de cada cuestionario, 1 para cuidados (0-36), y otro para control (0-39). Estos se pueden combinar para crear 4 estilos de crianza:

- Alto cuidado, baja protección/control (vínculo óptimo).
- Alto cuidado-alta protección/control (estrechez afectiva)
- Bajo cuidado-baja protección/control (vínculo ausente o débil).
- Bajo cuidado-alta protección/control (control sin afecto).

Se ha demostrado la **validez de constructo y confiabilidad** de esta escala. (26, 36)

La muestra del estudio principal (36) incluyó a 65 estudiantes de medicina, 43 enfermeras psiquiátricas, 13 estudiantes de carrera técnica y 29 padres de niños que asistían a una escuela local. Fueron 79 mujeres y 71 varones, con un rango de edad entre 17 a 40 años.

La validación de los puntajes de la escala se realizó comparando las respuestas con una Prueba de cartas de percepción temática (TAT) y con la entrevista de 63 sujetos, por 2 autores, quienes calificaron del 1 al 5 las respuestas de los pacientes en cuanto a cuidados y sobreprotección. El análisis de las cartas fue llevado a cabo por un tercer autor. Aunque las respuestas mostraron el estereotipo de que la madres con percibidas como más controladoras, se

sugirió que las respuestas del TAT no cuentan con bases suficientes para validación.

Se realizó un análisis factorial de del total de las respuestas a los 48 ítems. El primer factor contó para el 27% de a varianza y el segundo para 14%. El tercer y cuarto para 5 y 3% respectivamente. Para definir los 3 factores se realizó una rotación varimax. El primer factor envolvió una dimensión de cuidado-indiferencia/rechazo con descarga de factores de +0.76 a -0.67. El segundo factor fue débilmente bipolar (+0.70 a -0.37), que en el polo positivo sugirió sobreprotección y en el negativo dependencia. El tercer factor fue también débilmente bipolar (+0.719 a -0.44). con ítems en el polo positivo que sugieren la promoción de la independencia. Los ítems negativos del segundo factor tendieron a pesar positivamente en el tercero, y viceversa, sugiriendo que los dos factores se pueden colapsar en uno solo. Posterior a esto se dejaron 31 ítems. Un análisis factorial se realizó con los factores que se iban a extraer limitados a 2. El primer factor correspondía al cuidado vs. Indiferencia o rechazo y contó para el 28% de la varianza, el segundo factor contó para el 17% de la varianza y se sugirió como control vs. Autonomía e independencia.

Se realizó un análisis factorial para los 31 ítems de forma separada para cada padre, para examinar el sexo como una variable. Las dos dimensiones resultaron ser independientes para el sexo de cada padre.

Para obtener la confiabilidad de las respuestas de la muestra dos ítems idénticos se incluyeron en el cuestionario de 48 ítems. Las respuestas a estos dos se correlacionaron obteniéndose un coeficiente de correlación de Pearson de 0.74 ($p < 0.001$). 17 miembros completaron el inventario en dos ocasiones (con 3 semanas de diferencia) para medir la confiabilidad prueba-reprueba. Se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 0.761 ($p < 0.001$) para cuidado y de 0.628 ($p < 0.001$) para sobreprotección.

El cuestionario se dividió en dos mitades para medir la confiabilidad, obteniendo un coeficiente de correlación de Pearson de 0.879 para cuidado y de 0.739 para sobreprotección.

Después de la entrevista con los autores, la confiabilidad interobservadores fue de 0.851 ($p < 0.001$) para cuidado y de 0.688 ($p < 0.001$) para sobreprotección.

La intercorrelación entre los puntajes de cuidado y sobreprotección para padres por separado fue de -0.238 ($p < 0.001$), lo que sugiere que los puntajes en las dos dimensiones no fueron independientes en el grupo de estudio. (23)

La escala ha sido traducida al español (9) y ha sido evaluada su confiabilidad, estructura factorial y validez predictiva utilizando una muestra de 251 primíparas con y sin depresión. Se tradujo el instrumento al español y fue necesario modificar la formulación de tres ítems para que fuera mejor entendida. El cuestionario fue administrado a 20 mujeres en dos ocasiones con un intervalo de 2 semanas para calcular la estabilidad del puntaje. La correlación interentrevistadores fue de 0.69. Para establecer la confiabilidad de cada uno de los ítems, se realizó una correlación entre el ítem y el puntaje total, y el índice de confiabilidad diferencial se calculó para cada ítem.

También se midió la consistencia interna calculando los coeficientes de Spearman-Brown, y Rulon, así como el alfa de Cronbach. Para analizar la estructura dimensional se realizó un Análisis de Componente Principal. El análisis de la estructura y de la consistencia interna del PBI se basó en una muestra de 205 mujeres con edad promedio de 25.2 años. La validez predictiva se basó en 168 mujeres a quienes fue posible seguir por 6 meses. (21 con un episodio depresivo). El análisis de componente principal produjo 66 factores que explicaron el 64% de la varianza. Se forzó una solución de 2 y 3 factores. Los autores de esta investigación, han encontrado que el valor predictivo del factor control puede ser mejorado al partirlo en dos subfactores: sobreprotección y restricción.

	Indices de confiabilidad diferencial	Coefficiente de confiabilidad	Carga del Factor
AFECTO			
P6	.80	.79	.81
P12	.80	.80	.81
P18	.80	.75	.79
P17	.78	.77	.79
P2	.75	.75	.79
P5	.76	.73	.74
O1	.68	.67	.61
P14	.66	.66	.67
P11	.71	.66	.67
4	.61	.54	.59
RESTRICCIÓN			
P21	.76	.70	.87
P20	.79	.72	.85
P15	.77	.67	.66
P24	.62	.54	.64
P3	.65	.57	.62
P7	.64	.59	.52
SOBREPROTECCIÓN			
P22	0.74	.53	.77
P13	.83	.52	.73
P25	.70	.55	.66
P19	.72	.57	.64
P87	.59	.36	.55
P9	.75	.48	.52

Indices de consistencia	Afecto	Control	Sobreprotección
-------------------------	--------	---------	-----------------

Dividio/mitad	0.87	0.80	0.79
Spearman-Brown	0.93	0.89	0.79
Rulon	0.92	0.87	0.79
Alfa cronbach	0.93	0.85	0.77

EL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER.

Es un cuestionario autoaplicable de abordaje dimensional. Consta de 240 ítems, con opciones verdadero y falso. Se ha demostrado su validez, confiabilidad y estructura factorial. Mide 7 dimensiones: 4 de temperamento y 3 carácter de nivel superior. En total 25 rasgos de nivel inferior, 12 de temperamento y 13 de carácter.

El instrumento ha sido traducido y estandarizado al castellano en México. (33) Se utilizó una muestra tipo censo de la población por disponibilidad de 269 sujetos de ambos sexos mayores de 18 años de edad (53.5% masculinos, media de edad de 25.67 años). Las medidas y las escalas del ITC, así como los valores de consistencia interna de la versión al castellano fueron similares a la original. (6)

Las medias y las desviaciones estándar de las escalas de temperamento y carácter corresponden a las siguientes:

Subescalas	Escalas de Temperamento	# reactivos	Media +- desviación estándar. <i>Traducción</i>	Media +- desviación estándar. <i>Original</i>
	Búsqueda de la novedad	40	20.2 ± 5.1	19.2±6.0
NS1	Excitabilidad exploratoria vs.	11	6.9±2.2	6.3±2.3
NS2	Rigidez	10	3.9±2.5	3.7±2.2
NS3	Impulsividad vs. Reflexión	9	4.7±2.0	5.0±2.3
NS4	Extravagancia vs. Discreción	10	4.5±2.0	4.3±2.1
	Desorden vs. restricción			
	Evitación del daño	335	12.6±7.1	12.6±6.8
HA1	Preocupación vs. Optimismo	11	3.5±2.7	3.2±2.4
HA2	Miedo a lo incierto vs.	7	3.2±1.7	3.6±2.0
HA3	Confianza	8	2.9±2.2	3.3±2.3
HA4	Timidez vs. Gregarismo	9	2.9±2.4	2.5±2.2
	Fatigabilidad vs. vigor			
	Dependencia a la recompensa	24	13.9±4.1	15.54.4
RD1	Sensibilidad vs.	10	5.5±2.2	7.3±2.1
RD3	Insensibilidad	8	4.9±2.2	4.7±2.3
RD4	Apego vs. Separación	6	3.4±1.3	3.5±1.6
RD2	Dependencia vs.	8	4.7±1.8	5.6±1.9

	Independencia Persistencia vs, irresolución			
--	--	--	--	--

Subescalas	Escalas de carácter	# reactivos	Media +- desviación estándar. <i>Traducción</i>	Media +- desviación estándar. <i>Original</i>
	Autodirección	44	2.9±10.8	30.7±7.5
SD1	Responsabilidad vs	8	5.9±2.5	5.8±2.0
SD2	culpabilidad	8	5.6±2.3	5.5±1.8
SD3	Determinación vs. Sin	5	3.6±1.6	4.0±1.2
SD4	dirección	11	6.4±2.9	6.4±2.8
SD5	Con recursos vs. Apatía	12	8.2±3.2	9.0±2.5
	Autoaceptación vs. Lucha interna			
	Congruencia con ideales			
	Cooperatividad	42	28.22±9.9	32.2±7.2
C1	Aceptación social vs.	8	5.5±2.5	6.7±1.5
C2	Intolerancia	7	4.4 ±1.9	5.3 ± 1.4
C3	Empatía vs. Desinterés social	8	5.4±2.0	6.3 ± 1.6
C4	Capacidad de ayuda vs.	10	6.9±3.1	7.6±2.8
C5	Incapacidad	9	5.8±2.1	6.5±2.0
	Compasión vs. Venganza			
	Integridad vs. Falta de escrúpulos			
	Autotrascendencia	33	16.4±6.2	19.2±6.3
ST1	Concentración Creativa vs.	11	5.9±2.6	5.9±2.7
ST2	Conciencia	9	4.3±2.1	4.6±2.4
ST3	Identificación transpersonal	13	6.1±3.1	8.7±2.9
	Aceptación espiritual vs. Materialismo			

Alfa de Cronbach del ITC (33)

Escalas	Muestra mexicana (n=269) Traducción	Muestra comunitaria (n=300) Original	Estudiantes universitarios (n=803) Original
Búsqueda de la novedad	.70	.78	.82
Evitación del daño	.82	.87	.89
Dependencia a la recompensa	.59	.76	.75
Persistencia	.47	.65	.70
Autodirección	.87	.86	.88
Cooperatividad	.79	.89	.86

Auto trascendencia	.84	.84	.85
NS1	.49	.60	.70
NS2	.68	.62	.70
NS3	.60	.71	.77
NS4	.54	.54	.56
HA1	.62	.71	.79
HA2	.61	.69	.73
HA3	.70	.76	.82
HA4	.65	.72	.77
RD1	.50	.63	.60
RD3	.68	.72	.78
RD4	.47	.57	.43
SD1	.64	.70	.73
SD2	.67	.58	.67
SD3	.52	.55	.67
SD4	.75	.75	.78
SD5	.66	.75	.77
C1	.63	.64	.69
C2	.47	.47	.49
C3	.39	.63	.53
C4	.76	.86	.85
C5	.34	.65	.47
ST1	.71	.73	.69
ST2	.65	.72	.71
ST3	.76	.64	.79

LA ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL- MINI.

La entrevista neuropsiquiátrica Mini internacional (MINI) (fue diseñada por David Sheehan cols. Es un instrumento que tiene la ventaja de ser una entrevista corta y fácil de administrar, altamente sensible y específica y capaz de capturar variantes subsindromáticas importantes. La entrevista es capaz de integrar categorías diagnósticas tales como Trastorno depresivo mayor (últimos 15 días), trastorno distímico (últimos dos años), riesgo suicida (último mes), manía (actual y pasado), trastorno de angustia (actual y pasado), agorafobia (actual), fobia social (actual), fobia específica (actual), trastorno por ansiedad generalizada (actual), trastorno obsesivo compulsivo (actual), abuso y dependencia a el alcohol y drogas (actual), anorexia nervosa (últimos 3 meses), bulimia (últimos 3 meses, trastorno por estrés postraumático (actual), trastorno psicótico (actual y pasado) y trastorno antisocial de la personalidad (actual y pasado). Esta entrevista ha sido ampliamente validada y ha mostrado un buen grado de confiabilidad. (34)

VI CONSIDERACIONES ÉTICAS.

A todos los pacientes que participaron en el estudio se les entregó una carta de consentimiento informado, la cual debieron firmar para poder ser incluidos, en la cual se incluyó una breve explicación acerca de los fines del estudio, su

utilidad, y riesgos, así como las características de la investigación como el ser voluntaria, confidencial, y la especificidad de que los datos obtenidos sólo se utilizarán con fines de investigación. La investigación se sometió a aprobación por parte del Comité de Bioética del INP, con la consiguiente aprobación del mismo.

VII ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (+/-) para las variables continuas.

Como pruebas de hipótesis para la comparación entre grupos se utilizó la Chi Cuadrada (χ^2) para contrastes de variables categóricas y la T de Student para muestras independientes para contrastes de variables continuas utilizando al grupo diagnóstico como variable independiente. Se utilizó la correlación de Pearson para determinar la asociación lineal entre las dimensiones del temperamento y carácter y las subescalas del PBI en pacientes con y sin intento suicida.

Se realizaron análisis de regresión lineal con el método "introducir" para estimar los coeficientes de la ecuación lineal con las subescalas del PBI en el total de la muestra que mejor predigan el valor de las dimensiones de temperamento y carácter. Se realizó un análisis de regresión logística con el método "introducir" para determinar el riesgo conferido por las subescalas del PBI para la presentación del intento suicida en pacientes con depresión mayor. Se realizó una codificación "dummy" de las variables incluidas en el modelo de regresión logística a partir de las puntuaciones medias obtenidas, en donde el "0" se asignó a los valores considerados de "no riesgo", mientras que el "1" fue asignado a los valores considerados como de riesgo. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$.

VIII RESULTADOS

a) Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Se incluyeron un total de 36 pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-IV para depresión mayor, dentro del periodo de tiempo comprendido entre el 1° de octubre al 31 de diciembre del año 2004. Del total de la muestra, el 33.3% (n=12) fueron hombres y el 66.7% (n=24) fueron mujeres, con una edad promedio de 31.3 +/- 8.8 años (20-45 años).

Del total de la muestra, el 38.9% (n=14) fueron clasificados como pacientes con intento suicida, mientras que el 61.1% (n=22) no presentaron intentos suicidas a lo largo del padecimiento.

De los pacientes que presentaron intento de suicidio, el 19.4% (n=7) cometieron el acto por medio de la ingestión de medicamentos, el 11.1% (n=4) por medio de lesiones en el cuerpo con objetos punzo cortantes y los 3 pacientes restantes (2.8%, respectivamente) intentaron suicidarse por medio de la asfixia con una bolsa de plástico en la cabeza, arrojarse al vacío desde un puente o por medio del ahorcamiento.

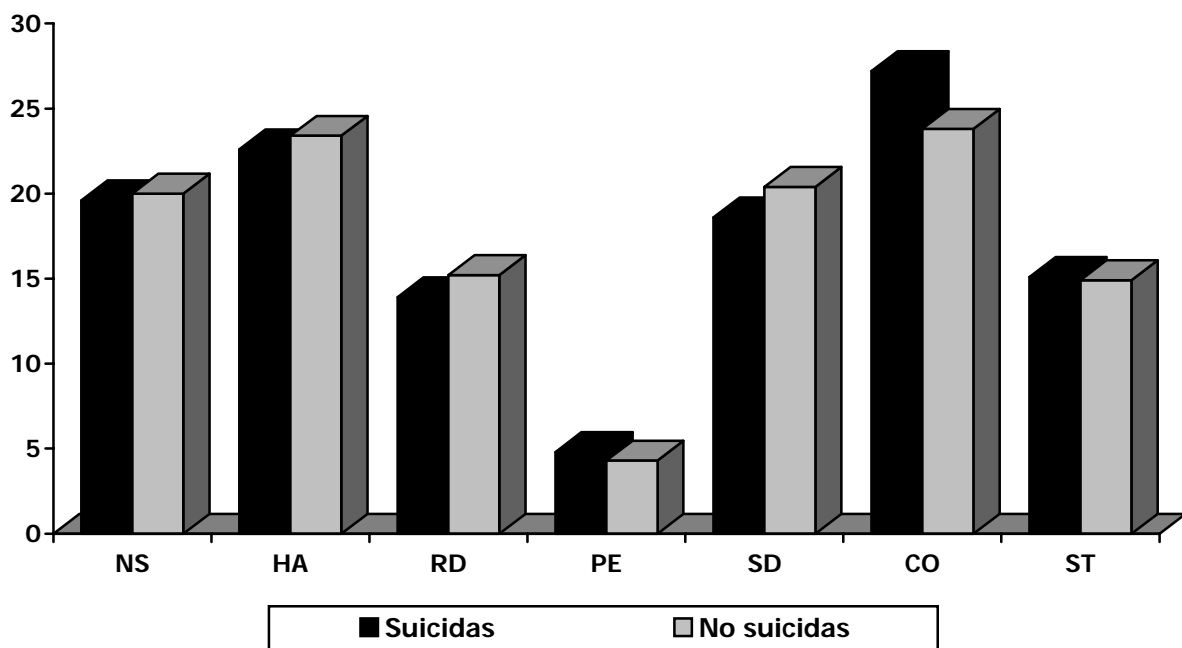
La media de número de intentos suicidas previos de estos pacientes fue de 1.1 +/- 1.6 (rango de 0-6 intentos suicidas previos) y la media de tiempo entre el último intento de suicidio y la evaluación fue de 19.7 +/- 19.6 días (rango entre 2-60 días) .

b) Características demográficas y clínicas entre grupos diagnósticos.

Se observó que el 66.7% de los pacientes con intento suicida eran hombres (n=8) en contraste con el 25% de mujeres (n=6), denotándose una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=5.84$, 1 gl, $p=0.01$). No se observaron diferencias entre grupos diagnósticos con respecto a edad al momento de la evaluación (suicidas=33.5 +/- 9.9 años, no suicidas=30.0 +/- 8.0 años; $t=-1.1$, 34 gl, $p=0.26$).

No se encontraron diferencias significativas entre grupos diagnósticos en términos de las dimensiones del temperamento y carácter (Gráfica 1).

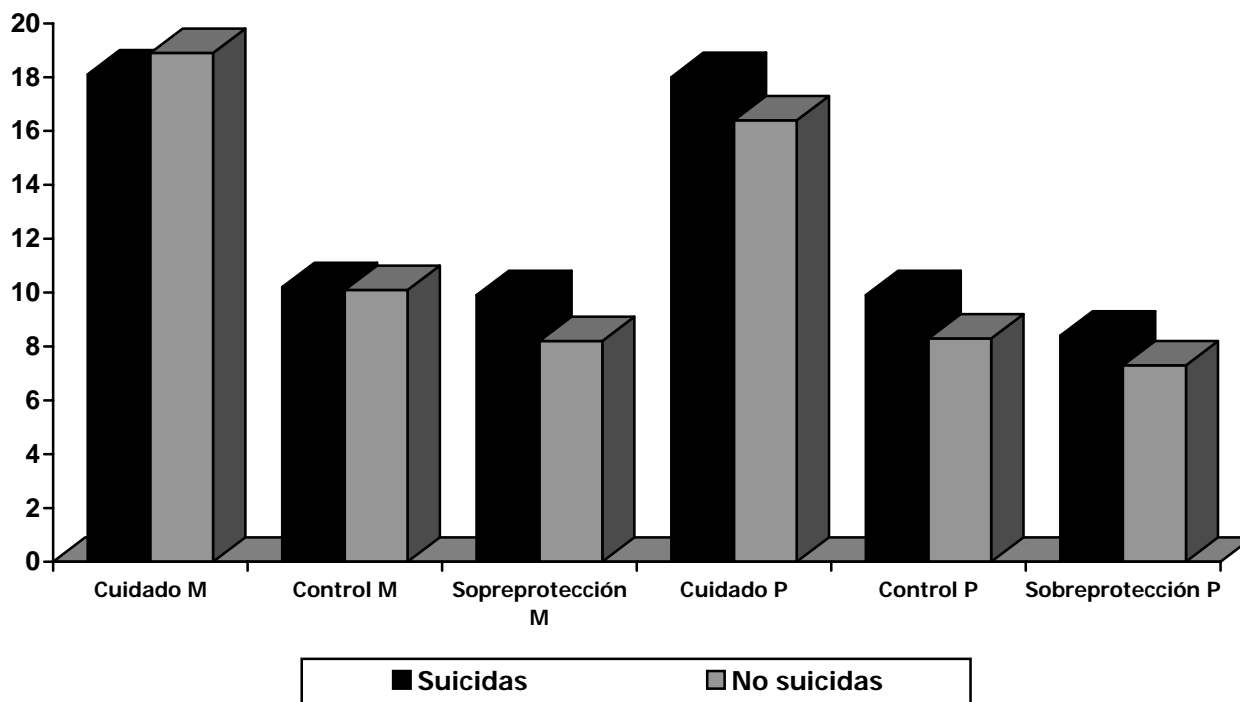
Gráfica 1. Dimensiones de Temperamento y Carácter entre grupos diagnósticos



NS = Búsqueda de la novedad	$t=0.23$, 34 gl, $p=0.81$
HA = Evitación al daño	$t=0.33$, 34 gl, $p=0.74$
RD = Dependencia a la recompensa	$t=1.04$, 34 gl, $p=0.30$
PE = Persistencia	$t=0.78$, 34 gl, $p=0.43$
SD = Autodirección	$t=0.65$, 34 gl, $p=0.52$
CO = Cooperatividad	$t=1.43$, 34 gl, $p=0.16$
ST = Autotranscendencia	$t=0.13$, 34 gl, $p=0.89$

De la misma forma, no se encontraron diferencias significativas entre pacientes suicidas y no suicidas en las subescalas de cuidado, control y sobreprotección materna y paterna (Gráfica 2).

Gráfica 2. Subescalas del PBI entre pacientes suicidas y no suicidas



Cuidado Materno	t=0.51, 34 gl, p=0.60
Control Materno	t=0.10, 34 gl, p=0.91
Sobreprotección Materna	t=1.30, 34 gl, p=0.20
Cuidado Paterno	t=0.96, 34 gl, p=0.34
Control Paterno	t=0.86, 34 gl, p=0.39
Sobreprotección Paterna	t=0.83, 34 gl, p=0.41

c) Correlaciones del ITC con el PBI

Las correlaciones de Pearson de las dimensiones de temperamento y carácter con las subescalas del PBI no fueron significativas al incluir al total de la muestra. Sin embargo, al analizar exclusivamente a los pacientes suicidas, se encontró una correlación positiva con la dimensión de temperamento

“dependencia a la recompensa” con la subescala de sobreprotección materna y una correlación positiva con la dimensión de carácter “cooperatividad” con la dimensión de cuidado paterno del PBI (Tabla 1).

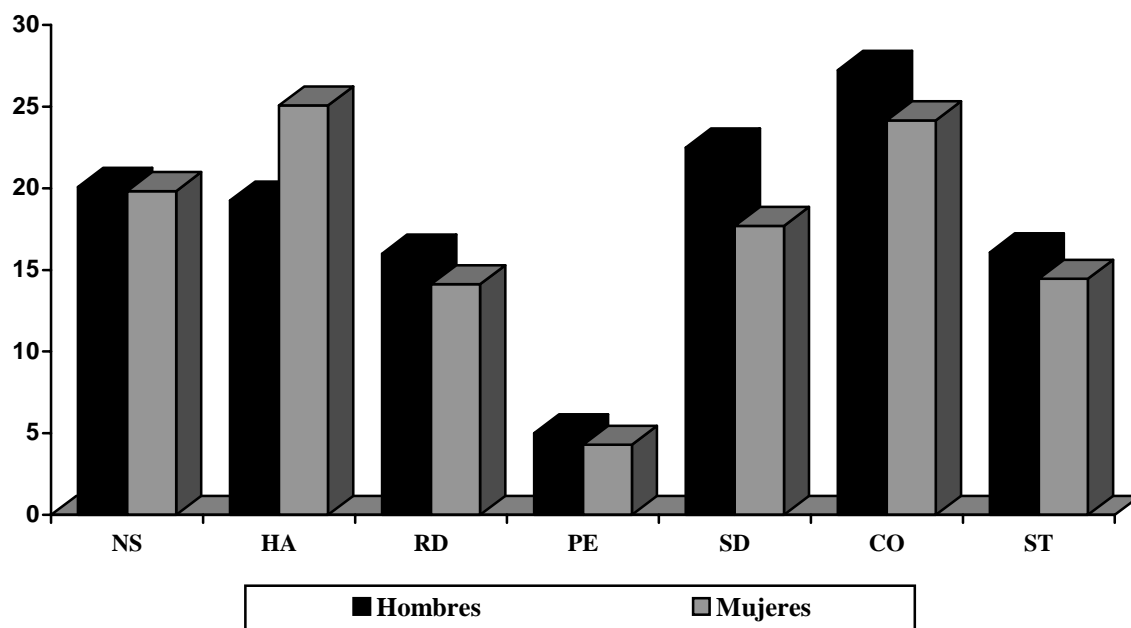
Tabla 1. Correlaciones del ITC con el PBI en los pacientes deprimidos con intento suicida.

	NS	HA	RD	PE	SD	CO	ST
	r (p)	r (p)	r (p)	R (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Cuidado Materno	-0.05 (0.86)	-0.11 (0.70)	0.09 (0.73)	0.04 (0.87)	0.34 (0.22)	0.35 (0.21)	-0.22 (0.44)
Control Materno	0.005 (0.98)	0.08 (0.77)	0.06 (0.82)	-0.22 (0.43)	-0.03 (0.91)	-0.03 (0.91)	0.24 (0.40)
Sobreprotección Materna	0.25 (0.38)	-0.07 (0.79)	0.53 (0.04)	0.15 (0.58)	0.24 (0.40)	0.38 (0.17)	-0.11 (0.69)
Cuidado Paterno	-0.13 (0.66)	0.006 (0.98)	0.28 (0.34)	-0.39 (0.18)	0.39 (0.17)	0.55 (0.05)	0.44 (0.13)
Control Paterno	0.09 (0.75)	0.33 (0.26)	-0.09 (0.77)	-0.17 (0.57)	-0.30 (0.31)	0.02 (0.93)	-0.14 (0.64)
Sobreprotección Paterna	0.47 (0.10)	0.37 (0.20)	0.29 (0.33)	-0.08 (0.78)	-0.18 (0.53)	0.005 (0.98)	-0.06 (0.83)

d) Características del ITC y el PBI por género

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con el diagnóstico de depresión en algunas dimensiones del ITC (Gráfica 3) y subescalas del PBI (Gráfica 4)

Gráfica 3. Dimensiones de Temperamento y Carácter entre hombres y mujeres con depresión



NS= Búsqueda de la novedad

$t=0.12$, 34 gl, $p=0.89$

HA= Evitación al daño

$t=2.52$, 34 gl, $p=0.01$

RD= Dependencia a la recompensa

$t=1.43$, 34 gl, $p=0.16$

PE= Persistencia

$t=1.00$, 34 gl, $p=0.32$

SD= Autodirección

$t=1.75$, 34 gl, $p=0.08$

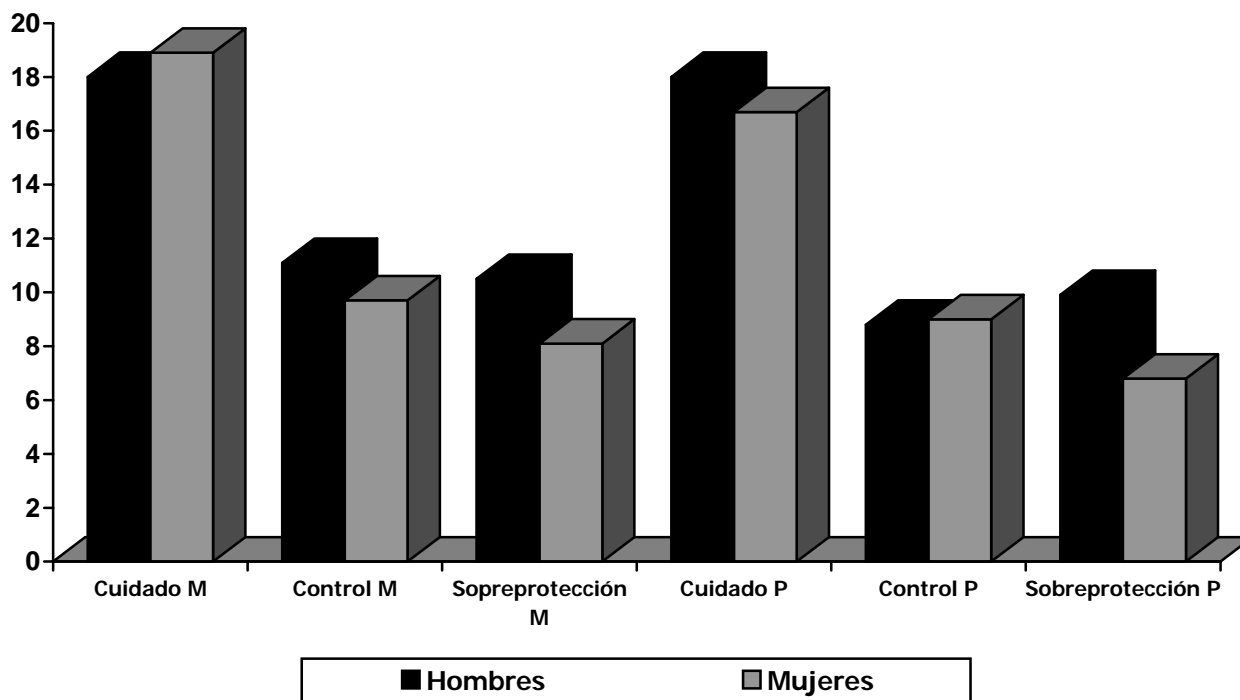
CO= Cooperatividad

$t=1.23$, 34 gl, $p=0.22$

ST= Autotrascendencia

$t=0.88$, 34 gl, $p=0.38$

Gráfica 4. Subescalas del PBI entre hombres y mujeres con depresión



Cuidado Materno	$t=0.59, 34 \text{ gl}, p=0.55$
Control Materno	$t=0.98, 34 \text{ gl}, p=0.33$
Sobreprotección Materna	$t=1.85, 34 \text{ gl}, p=0.07$
Cuidado Paterno	$t=0.71, 34 \text{ gl}, p=0.47$
Control Paterno	$t=0.15, 34 \text{ gl}, p=0.88$
Sobreprotección Paterna	$t=2.35, 34 \text{ gl}, p=0.02$

e) Modelos de regresión lineal para la personalidad en pacientes deprimidos a partir de las subescalas del PBI.

Las subescalas de cuidado, control y sobreprotección materna y paterna no fueron significativas para las dimensiones de temperamento "evitación al daño", "dependencia a la recompensa" y la persistencia" ni para las dimensiones de carácter "autodirección" y "cooperatividad".

Sin embargo, se observó que las características del cuidado, control y sobreprotección del padre fueron significativas para la predicción de la "búsqueda de la novedad" (25.3% de la varianza) y la "autotrascendencia" (29.4% de la varianza) (Tabla 2).

Tabla 2. Modelo de regresión lineal para la “Búsqueda de la novedad” y la “autotrascendencia” en pacientes deprimidos

Variables Independientes	β	D. E. β	IC 95%	P
Búsqueda de la Novedad				
Cuidado Materno	0.20	0.31	-0.34 – 0.95	0.34
Control Materno	0.06	0.27	-0.47 – 0.64	0.75
Sobreprotección Materna	-0.11	0.33	-0.84 – 0.51	0.62
Cuidado Paterno	-0.51	0.27	-1.19 - -0.05	0.03
Control Paterno	0.19	0.26	-0.31 – 0.76	0.39
Sobreprotección Paterna	0.50	0.37	0.01 – 1.55	0.04
R² = 25.3%				
Autotrascendencia				
Cuidado Materno	-0.23	0.27	-0.86 – 0.24	0.26
Control Materno	0.34	0.23	-0.07 – 0.88	0.09
Sobreprotección Materna	0.20	0.28	-0.31 – 0.85	0.35
Cuidado Paterno	0.55	0.23	0.11 – 1.09	0.01
Control Paterno	-0.56	0.22	-1.03 - -0.10	0.01
Sobreprotección Paterna	-0.30	0.32	-1.08 – 0.23	0.20
R² = 29.4%				

La ecuación de regresión logística fue capaz de clasificar correctamente al 72.2% de los casos. La ecuación resultó de forma general, más precisa al predecir a los pacientes no suicidas (81.8%) que a los pacientes suicidas (57.1%).

De acuerdo al modelo de regresión logística, las variables de cuidado, control y sobreprotección materna y paterna no confirieron riesgo alguno para el intento suicida en los pacientes con depresión (Tabla 3).

Tabla 3. Modelo de regresión logística para el intento suicida en la depresión.

Variables	β	D. E. β	Exp (B)	IC 95% Exp (B)	p
-----------	---------	---------------	---------	----------------	---

Cuidado Materno	-0.26	0.84	0.76	0.14 – 3.99	0.75
Control Materno	-9.19	42.67	0.001	0.001 – 21.00	0.82
Sobreprotección Materna	8.85	42.67	70.89	0.001 – 148.48	0.83
Cuidado Paterno	-0.71	0.81	0.48	0.09 – 2.43	0.38
Control Paterno	17.66	73.98	47.56	0.001 – 158.43	0.81
Sobreprotección Paterna	-16.54	73.97	0.001	0.001 – 6.08	0.82

IX DISCUSIÓN

La presente investigación se llevo a cabo con 36 pacientes cuyo diagnóstico principal fue el de Trastorno depresivo mayor según los criterios del DSM-IV. En esta población se encontró que la mayor parte de los participantes fueron del genero femenino (66.7%) en relación a solo el 33.3% del genero masculino. Este hallazgo fue similar a los hallazgos encontrados por Lesage y Harold, donde se menciona que el Trastorno depresivo mayor se presenta más frecuentemente en mujeres. (18, 12)

Del total de la muestra, un 38.9% había realizado un intento suicida en el transcurso de los 60 días previos a la evaluación, mientras que un 61.1% negaron historia de intentos suicidas, lo que sugiere que prácticamente un poco mas de la mitad de los pacientes intentaron suicidarse por primera vez y por lo tanto no representan los típicos grupos de pacientes con historia personal de múltiples gestos suicidas donde el trastorno del carácter es la patología psiquiátrica subyacente. Se reporta en la literatura que cerca del 15% de los pacientes con depresión mayor consuman el suicidio. (31, 24).

Se observó en este estudio, que el método para la realización del intento suicida más frecuentemente empleado fue la intoxicación medicamentosa, seguido de autolesiones por medio de objetos punzo cortantes. Los reportes de la literatura señalan que el método más frecuente utilizado en el suicidio consumado es mediante lesiones con armas de fuego (57%), seguido del ahorcamiento en varones. Por otro lado, la intoxicación medicamentosa es el método mas frecuentemente empleado por las mujeres que consuman el suicidio. (31, 24). En relación a los intentos de suicidio, el método mas comúnmente asociado a este tipo de conducta es la intoxicación medicamentosa, seguido de la laceración. Los intentos de suicidio son mas frecuentes en la mujeres, prácticamente en relación de 3 a 1.

En contraste a lo reportado por la mayoría de los autores, se observó en la presente investigación que dentro del grupo de pacientes que realizaron un intento de suicidio reciente, el 66.7% eran hombres, lo cual se contrapone a los reportes de la literatura, en los que se habla de que un 83.3% de los intentos suicidas son realizados por mujeres (INEGI, 2004)

Esta importante diferencia podría ser explicada por la presencia de un sesgo de selección de la muestra, ya que la mayor parte de los pacientes con intento suicida fueron valorados dentro del servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría, y con frecuencia se limita el internamiento a pacientes con trastornos graves de la personalidad, como el Trastorno límite, cuya prevalencia es mayor en mujeres, y el cual se distingue por la presencia de autolesiones e intentos suicidas frecuentes. (10, 28, 25, 15, 16)

El presente estudio no arrojó diferencias significativas entre grupos en cuanto a las dimensiones de temperamento y carácter o en lo que respecta a los cuidados parentales. Estos hallazgos no se asemejan a lo reportado en la literatura, en la que se encuentra en pacientes suicidas una alta persistencia, alta autotrascendencia y una menor auto dirección, lo que es común en pacientes con trastorno límite del carácter. (3) Sin embargo, se encontró cierta tendencia a la significancia estadística en el grupo de pacientes con intento suicida, los cuales percibieron mayores cuidados y control por parte del padre, y mayor sobreprotección por parte de la madre. Esta diferencia, al no ser estadísticamente significativa concluye que en esta muestra, ambos grupos percibieron de forma similar los cuidados que recibieron de sus padres en etapas tempranas. Por otro lado, estudios en pacientes límite han encontrado que estos pacientes, quienes tienen un alto índice de intentos suicidas, describen la relación con sus padres caracterizada por el vínculo "control sin afecto". (38)

Al realizar correlaciones de Pearson de las dimensiones de temperamento y carácter con las subescalas del PBI, no se encontraron resultados significativos entre el grupo de pacientes deprimidos con y sin intento de suicidio; sin embargo, al analizar exclusivamente la muestra de pacientes suicidas se encontró una correlación positiva entre dependencia a la recompensa y sobreprotección materna. Esto podría explicarse en el sentido de que la sobreprotección en la infancia impide la madurez psicológica del niño, resultando en individuos más dependientes, con poca tolerancia a la frustración, con menos recursos para enfrentar los problemas, y por lo tanto con mayor tendencia a presentar ansiedad o depresión ante los obstáculos que no pueden ser superados fácilmente.

También, en el grupo de pacientes suicidas, se encontró una correlación positiva entre la dimensión cooperatividad y el cuidado paterno. El valor obtenido fue de 0.55, esto es, al ser positivo indica que a mayor cooperatividad mayores son los cuidados paternos. Este dato es contrario a lo que se ha obtenido en otros estudios con los pacientes suicidas en los cuales se ha observado una relación negativa entre los cuidados parentales y el riesgo suicida. Esto se podría deber a que la muestra de pacientes suicidas que reclutamos fue una submuestra que tuvo un bajo índice de trastornos de personalidad. Es sabido que los trastornos de personalidad se asocian a baja cooperatividad. Este hallazgo hace suponer que más allá de la "superselección de la muestra" (es decir que es una que no comparte ciertas características con la población general), estos pacientes tienen ciertos factores "protectores" que los podrían llevar a buscar ayuda profesional.

Al comparar las características de los instrumentos en ambos grupos por género, se encontraron diferencias significativas. En los varones, se encontró mayor autodirección, lo cual coincide con los reportes de los estudios aplicados del ITC a la población general, esto podría ser explicado por las características sociales y culturales; los varones son educados con una tendencia a "hacerlos productivos", por lo que desde casa, tienen mayores oportunidades de

desarrollar más sus potencialidades que las mujeres, a quienes se les confina a atender las labores del hogar desde etapas tempranas, no fomentando en ellas la posibilidad de tener varias opciones para su desarrollo personal. En las mujeres que participaron en este estudio, se encontró una mayor evitación del daño, estadísticamente significativa, lo que podría explicar la mayor tendencia a la depresión por parte de éstas, ya que las conductas evitativas del daño son el resultado de gran ansiedad, obsesividad, perfeccionismo y anticipación constante ante los peligros.

En los varones de ambos grupos, se encontró que éstos percibieron tanto a sus madres como a sus padres más sobreprotectores. La sobreprotección, al impedir la maduración emocional, conlleva a una menor autoestima, conductas evitativas, y pobre tolerancia a la frustración, lo cual puede asociarse a mayor riesgo para presentar cuadros depresivos.

Al realizar una regresión lineal para la personalidad en pacientes deprimidos a partir de las subescalas del PBI, se encontró que el cuidado, la sobreprotección y el control paternos fueron significativos para la predicción de la búsqueda de la novedad y de la autotrascendencia. En algunos estudios realizados, y en la literatura en general, se encuentra subestimado el valor de los cuidados del padre. En este estudio, se encontró que los cuidados de éste (cuidados, sobreprotección y control) predijeron en el total de la muestra mayor búsqueda de la novedad y autotrascendencia. Esta observación resulta interesante, ya que la búsqueda de la novedad es una dimensión del temperamento, genéticamente determinada según Cloninger, y el hecho de que los cuidados del padre puedan predecir esta característica cuestiona el planteamiento de Cloninger. Posiblemente estas características temperamentales no sean puramente genéticamente determinadas, y el ambiente ejerza cierta influencia sobre ellas.

De acuerdo al modelo de regresión logística, los cuidados parentales no confirieron en este grupo riesgo alguno para la realización de un intento suicida en pacientes con depresión. Es por este hallazgo, que por lo menos en esta muestra, se comprueba lo que la literatura asevera, al estipular que una de los factores más importantes de riesgo suicida es el padecer un trastorno afectivo.

(31)

Dentro de las limitaciones de esta investigación se citan las siguientes:

- El tamaño de la muestra, el cual fue pequeño debido al tiempo asignado para la realización de la investigación.
- El hecho de que no se evaluó la severidad de la depresión, lo cual pudiera haber ayudado a obtener tal vez mayores diferencias entre grupos.
- El posible sesgo de la muestra, que como se mencionó anteriormente, el hospital donde se realizó la investigación, excluye el internamiento de pacientes con trastornos graves de la personalidad, lo cual limita la valoración de un grupo importante de pacientes con altos índices de intentos suicidas, en su mayoría constituido por personas de sexo femenino.

Una consideración importante en este estudio, es la realización de futuras investigaciones sobre el tema de personalidad, cuidados parentales, y conductas suicidas, posiblemente con muestras más representativas. El continuar con estas investigaciones es muy importante, ya que los pacientes suicidas representan un grupo de alto riesgo de mortalidad, así como de reingresos a hospitales psiquiátricos, y de ingresos a hospitales generales. Así también, es de vital importancia el educar a los pacientes y a sus familiares en cuanto a los factores asociados a la conducta suicida, como lo es el padecer un trastorno afectivo como la depresión, intentando no estigmatizar la enfermedad mental, y logrando por lo tanto, la atención oportuna y adecuada de estos pacientes.

XI Anexos.

Carta de Consentimiento Informado para participar en el Protocolo de Investigación:

“Cuidados parentales y personalidad en pacientes deprimidos con y sin intento suicida reciente”

Por medio de la presente, yo _____ admito que se me ha explicado en qué consiste la investigación de título “Cuidados parentales y personalidad en pacientes deprimidos con y sin intento suicida reciente”.

Este estudio se realiza para obtener un mejor entendimiento de la conducta suicida, al conocer si factores como ciertos rasgos de personalidad o los cuidados que se recibieron de los padres en la infancia, se asocian a la presencia de intentos suicidas en pacientes que padecen depresión. Por lo tanto, mi participación voluntaria contribuirá en un futuro a un mayor conocimiento y prevención de las conductas suicidas.

Se me ha informado que mi participación consistirá en contestar 2 escalas autoaplicables. Se sabe que dentro de los factores de riesgo para el suicidio consumado se encuentran un nivel alto de desesperanza, la falta de red de apoyo y el padecer algún trastorno mental, entre otros. El contestar los instrumentos, por sí mismo, no aumenta el riesgo de que realice un intento suicida, únicamente puede llegar a reactivar algún conflicto preexistente (por ejemplo relacionado con el trato que recibí de mis padres en la infancia). En caso de que esto último ocurra, seré atendido de forma pertinente en esta Institución o en otra calificada para obtener la atención médica apropiada, a la cual seré referido oportunamente. Si decido no participar en el proyecto, esto no afectará la atención que yo reciba en este hospital. Se me ha asegurado que en todo momento se mantendrá el secreto profesional, y autorizo a los investigadores de este proyecto difundir los resultados de dicha investigación manteniendo siempre mi anonimato.

En caso de que me surja alguna duda, me podré contactar con la Dra. Ma. Isabel Montes (tel 56552811, ext 363), quien intentará amablemente aclararla.

He comprendido lo anterior y una vez aclaradas mis dudas con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio titulado “Cuidados parentales y personalidad en pacientes deprimidos con y sin intento suicida reciente”.

Nombre y firma del paciente

Testigo 1

Testigo 2

Fecha

X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Asberg A, Tupple M: 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor?. *Arch Gen Psychiatry*, 136:559-62, 1993.
2. Benjaminsen, Lauritsen K: Personality, parental rearing behaviour and parental loss in attempted suicide: a comparative study. *Acta Psychiatr Scand*, 82: 389-397, 1990.
3. Bulik C, Joyce P: Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. *Acta Psychiatr Scandinavica*, 100: 27-32, 1999.
4. Cloninger: A Unified Biosocial Theory of Personality and its Role in Development of Anxiety States. *Psychiatric Developments*, 3: 167-226, 1986.
5. Cloninger: A systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 573-588, 1987.
6. Cloninger, Svrakic M, Whitehead C, Przybeck T: A psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 991-999, 1993.
7. Costa y Widiger: Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality. *Am Psychological As*, 1993.
8. Goldney: Parental representation in young women who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 72: 230-32, 1985.
9. Gómez-Beneyto M, Pedrós A, Tomas A, Aguilar K: Psychometric properties of a parental bonding instrument in a Spanish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidem*, 28:252-255, 1993.
10. Gunderson. "The Borderline Personality Disorder: a Clinical Guide". American Psychiatric Press. Washington D.C. 2001
11. Hansen P, Stage W, Kragh P: Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 107: 436-440, 2003.
12. Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadok "Sinopsis de psiquiatría". 8ª edición. Editorial Panamericana. 609-17.
13. Hunter J., Maunder G: Using attachment theory to understand illness behavior. *Gen Hosp Psychiatry*, 23; 177-182, 2001.
14. INEGI. Libro 8 2001.
15. Kjelsberg E, Eikeseth P, Dahl A: Suicide in borderline patients – predictive factors. *Acta Psychiatr Scand*: 84, 1991.
16. Kullgren. Factors Associated with Completed Suicide in Borderline Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 176:1, 1986.
17. Lawrence y Oliver. Personalidad, Teoría e Investigación. Manual Moderno, 1999.
18. Lesage A, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morrisette R, Loyer M: Suicide and Mental Disorders: A case Control Study of Young Men. *Am J Psychiatry* 151: 1063-1068, 1994.
19. Livesly M: Genetic and environmental Contributions to Dimensions of Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 150: 12, 1993.
20. Martin G: Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 89: 246-254, 1994.

21. Martin: Depression in young adolescents. *J Nerv Ment Dis*, 192:10. 650-57, 1994.
22. McAlpine: Suicide Recognition and management. *Mayo Clin Proc*, 62: 778-781, 1987.
23. Murphy E, Brewin C, Silka L: The assessment of parenting using the PBI: Two or three factors?. *Psychological Medicine*, 27: 333-342, 1997.
24. Ned H. Cassem: Manual de psiquiatría en Hospitales Generales. Massachusetts General Hospital. 4° edición. 1998.
25. Paris. "Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*, 53, 2002.
26. Parker G, Tupling H, Brown L: A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 52: 1-10, 1979.
27. Pendse B, Wiestrin A, Engström G: Temperament traits in seasonal affective disorder, suicide attempters with non-seasonal major depression and healthy controls. *J Affect Disord*, 54: 55-65, 1999.
28. Pepper C, Klein D, Anderson R, Riso L, Lizardi H: DSM-III-R Axis II Comorbidity in Dysthymia and Major Depression. *Am J Psychiatry*, 152: 239-247, 1995.
29. Reti I: Influences of parenting on normal personality traits. *Psychiatry Research*, 111: 55-64, 2002.
30. Richter J, Eismann M, Richter G: Temperament, Character and Perceived Parental Rearing in Healthy Adults: Two Related Concepts?. *Psychopathology*. 33: 36-42, 2000.
31. Ronald W Maris: Suicide. *Lancet*, 360: 319-26, 2002.
32. Roy R: Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 48:29-32, 1998.
33. Sánchez Carmona M, Páez F, López J, Nicolini H: Traducción y confiabilidad del ITC. *Salud Mental*, 1996.
34. Sheehan D, Lecruber K, Haine H, Amorim P, Janvas J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatr*, 59 (suppl 20): 22-33, 1998.
35. Svrakic M, Whitehead C, Przybeck T, Cloninger: Differential Diagnosis of Personality Disorders by the seven factor model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 1993.
36. Tupling H, Parker G: A parental Bonding Instrument. *BJ of Medical Psychology*, 53, 1979.
37. Yen S, Shea T, Pagano M. Axis I and Axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Abn Psychol*, 112: 375-381, 2003.
38. Zanarini. "Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder". *The Psychiatric clinics of North America.*, 23: 1, 2000
39. Zweig-Frank H, Paris J: Parent's Emotional Neglect and Overprotection According to the Recollections of Parents with Borderline Personality Disorder. *Am.J.Psychiatry*, 148: 648-651, 1991.