

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES  
Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“TRASTORNOS CLÍNICOS DE PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES DE  
PSICOLOGÍA QUE MANIFIESTAN IDEACIÓN SUICIDA / INTENTO  
SUICIDA”.**

**(Estudio realizado en la Universidad Nacional De San Agustín de Arequipa –  
2016).**

**TESIS PRESENTADA POR LA  
BACHILLER:**

**Lujan La Torre, María Alejandra.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE PSICÓLOGA.**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**

## **DEDICATORIA**

*A mis padres, Rolando y Leyla, a ellos por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, ustedes han sido el impulso durante toda mi carrera y el motivo principal para la culminación de la misma.*

*A mi hermana, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.*

*A mi esposo, por su confianza, amor y por brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.*

*Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A los docentes de nuestra apreciada Escuela Profesional de Psicología, quienes a lo largo de estos años nos han formado como profesionales.*

*A los estudiantes de 1° y 2° año de la Escuela Profesional de Psicología que participaron voluntariamente en la realización de las evaluaciones.*

## **RESUMEN**

La presente investigación titulada “Trastornos Clínicos de Personalidad en Estudiantes de Psicología que manifiestan ideación suicida / intento suicida de la Universidad Nacional de San Agustín – Arequipa” tiene como objeto de estudio identificar la prevalencia de ideación e intento suicida y describir los trastornos clínicos de personalidad en los estudiantes de Psicología – 2016. La población de estudio estuvo conformada por 283 alumnos de 1° y 2° a, b y c; entre edades de 17 a 26 años, la muestra final fue de 55 sujetos. La presente investigación es de tipo cuantitativo con diseño Transeccional descriptivo comparativo; los instrumentos utilizados fueron la Escala de ideación suicida de Beck y el Inventario de evaluación de la Personalidad – PAI. Se empleó la U de Mann-Whitney como prueba comparativa para establecer diferencias estadísticamente significativas entre la ideación suicida / intento suicida y los trastornos clínicos de personalidad, sexo y datos sociodemográficos. Los resultados muestran que la prevalencia de ideación suicida en los alumnos de psicología es del 5,6% y el 13,8% son sujetos que han cometido intento suicida; los perfiles de personalidad en quienes manifiestan categoría suicidio son las escalas clínicas de depresión y manía; así también, encontramos que el sexo masculino refleja mayores características de rasgos límites y trastornos de ansiedad relacionados a diferencia del sexo femenino que manifiesta rasgos antisociales y problemas con el alcohol. Finalmente concluimos que hay significancia entre la ideación suicida e intento suicida con las dificultades que presentan los sujetos dentro de sus relaciones sentimentales.

**Palabras Claves:** Personalidad, Ideación Suicida e Intento Suicida.

## **ABSTRACT**

The present research entitled "Clinical Disorders of Personality in Students of Psychology that show suicidal ideation / suicide attempt of the National University of San Agustín - Arequipa" aims to identify the prevalence of ideation and suicidal intent and to describe clinical personality disorders In the students of Psychology - 2016. The study population was conformed by 283 students of 1 ° and 2 ° a, b and c; Between the ages of 17 and 26 years, the final sample was 55 subjects. The present investigation is of quantitative type with comparative transectional design; The instruments used were the Beck Suicidal Idea Scale and the Personality Assessment Inventory - PAI. The Mann-Whitney U was used as a comparative test to establish statistically significant differences between suicidal ideation / suicide attempt and clinical personality disorders, sex, and sociodemographic data. The results show that the prevalence of suicidal ideation in students of psychology is 5.6% and 13.8% are subjects who committed a suicide attempt; The personality profiles in those who manifest suicide category are the clinical scales of depression and mania; As well, we found that the male sex reflects higher characteristics of borderline features and anxiety disorders related to the female gender that manifests antisocial traits and problems with alcohol. Finally we conclude that there is significance between suicidal ideation and suicidal intent with the difficulties that subjects present within their relationships.

**Key Words:** Personality, Suicidal Ideation and Suicidal Intent.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
RESUMEN .....	iii
ABSTRACT .....	iv
ÍNDICE .....	v
LISTA DE CUADROS .....	vi
LISTA DE TABLAS .....	vii
LISTA DE ANEXOS .....	viii
INTRODUCCION .....	ix

## CAPITULO I

### PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
2. HIPÓTESIS .....	17
3. OBJETIVOS .....	18
4. JUSTIFICACIÓN .....	18
5. ANTECEDENTES.....	21
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	26
7. VARIABLES E INDICADORES.....	28

## **CAPITULO II**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **1. IDEACIÓN SUICIDA/INTENTO SUICIDA**

A. Definición .....	29
B. Características de la ideación suicida e intento suicida.....	29
C. Etiología de la ideación suicida e intento suicida .....	33
a) Factores sociológicos.....	33
▪ Suicidio egoísta.....	33
▪ Suicidio altruista .....	34
▪ Suicidio anómico .....	34
b) Factores psicológicos.....	34
▪ Teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud.....	34
▪ Teoría Cognitiva de Beck.....	34
▪ Teoría de Menninger .....	34
c) Factores fisiológicos – genéticos.....	35
D. Factores asociados a la ideación suicida e intento suicida .....	36
E. Prevalencia de ideación suicida e intento suicida.....	38

#### **2. PERSONALIDAD**

A. Definición .....	40
a) Rasgos de Personalidad .....	42
b) Componentes de la Personalidad .....	43
▪ Temperamento .....	43
▪ Carácter .....	43
B. Teorías de la Personalidad .....	44

C. Trastornos Clínicos.....	46
a) Esquizofrenia.....	47
b) Trastorno delirante .....	48
c) Depresión Mayor .....	49
d) Trastorno bipolar .....	49
e) Ansiedad generalizada .....	50
f) Estrés postraumático .....	51
g) Trastorno somatomorfo .....	51
h) Trastorno de identidad disociativo .....	52
i) Trastornos adaptativos.....	53
D. Trastorno de Personalidad .....	53
a) Paranoide.....	54
b) Esquizoide .....	55
c) Esquizotípico .....	56
d) Antisocial .....	57
e) Límite.....	57
f) Histriónico .....	59
g) Narcisista .....	59
h) Evitativo.....	60
i) Dependiente .....	61
j) Obsesivo – compulsivo.....	61
k) Pasivo – agresivo.....	62



### **CAPITULO III**

#### **METODOLOGÍA**

1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	63
2. SUJETOS .....	64
3. INSTRUMENTOS.....	65
4. PROCEDIMIENTO .....	77

### **CAPITULO IV**

#### **RESULTADOS**

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	79
DISCUSIÓN.....	88
CONCLUSIONES .....	93
RECOMENDACIONES .....	95
REFERENCIAS .....	96

## **LISTA DE CUADROS**

<b>CUADRO N° 1</b>	Operacionalización de variables – Perfil de Personalidad .....	28
<b>CUADRO N° 2</b>	Muestra .....	64

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA N° 1</b>	Frecuencia y porcentaje de ideación suicida e intento suicida. 80
<b>TABLA N° 2</b>	Frecuencia y porcentaje de datos socio – demográficos según la ideación suicida e intento suicida ..... 81
<b>TABLA N° 3</b>	Comparación entre ideación suicida e intento suicida con datos sociodemográficos ..... 82
<b>TABLA N° 4</b>	Medida de tendencia central de las sub escalas del inventario de trastornos clínicos de Personalidad ..... 83
<b>TABLA N° 5</b>	Comparación entre las escalas clínicas y escalas de relaciones interpersonales del inventario de trastornos clínicos de personalidad con ideación suicida e intento suicida ..... 85
<b>TABLA N° 6</b>	Comparación entre las escalas clínicas del inventario de trastornos clínicos de personalidad y sexo ..... 87

## **LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO N° 1</b>	Cifras de prevalencia de la ideación suicida e intento suicida en adolescentes del Perú y Latinoamérica.
<b>ANEXO N° 2</b>	Suicidios en América del Sur – OMS.
<b>ANEXO N° 3</b>	Coeficiente alfa de Cronbach y media de la correlación inter-ítems de las escalas del PAI.
<b>ANEXO N° 4</b>	Coeficiente alfa de Cronbach y media de la correlación inter-ítems de las sub escalas del PAI.
<b>ANEXO N° 5</b>	Ficha de Datos socio – demográficos.
<b>ANEXO N° 6</b>	Escala de Ideación Suicida de Beck.
<b>ANEXO N° 7</b>	Cuadernillo de preguntas del Inventario de evaluación de la Personalidad – PAI.
<b>ANEXO N° 8</b>	Hoja de respuesta del Inventario de evaluación de la Personalidad – PAI.

## **INTRODUCCION**

Cerca de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo; esto equivale a una muerte por suicidio cada 40 segundos (World Health Organization-WHO, 2012). Los jóvenes son cada vez más vulnerables a los comportamientos suicidas. De hecho, el suicidio está entre las tres principales causas de muerte no accidental, en el mundo, entre las personas menores de 25 años. Por otro lado, resultados de investigaciones recientes sobre ideación suicida en población general, profesionales diversos y estudiantes universitarios parece evidenciar que los pensamientos de autoeliminación (más o menos elaborados) son muy frecuentes, lo que informa de una prevalencia muy elevada.

La conducta suicida (ideación suicida – intento suicida - suicidio consumado) en población general y en adolescentes, representa actualmente un problema de salud pública que requiere atención de todos los sectores; debido a que es un fenómeno de origen multifactorial que ocurre como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, enmarca una realidad compleja, que no puede explicarse exclusivamente a partir de los factores biológicos, sino que incluye aspectos psicológicos, sociales y culturales.

Una de las manifestaciones de esta conducta es la “Ideación Suicida” definida como la presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio en un individuo que no ha hecho un intento de suicidio reciente. Su valoración es importante porque ésta puede preceder al intento suicida y el contenido de ella puede ser indicativo de su seriedad y letalidad.

Cabe resaltar la importancia que ha adquirido la personalidad dentro de este grupo vulnerable a la conducta suicida. Entre las características de personalidad de los adolescentes suicidas se ha encontrado la impulsividad, dificultad de manejar la agresión y el aislamiento social.

Recientemente se ha revalorado el papel de los rasgos de la personalidad en la identificación de adolescentes en riesgo suicida, considerando que algunos rasgos más promisorios en este sentido son la agresión, la impulsividad y la hostilidad, además de la depresión. Estos antecedentes indican la importancia de evaluar la prevalencia de ideación suicida en los adolescentes y caracterizar a los grupos de jóvenes en riesgo considerando no solo la prevalencia de ideación suicida sino los rasgos de personalidad, con la finalidad de diseñar una estrategia de prevención adecuada.

La finalidad de dicha investigación es informar acerca de la importancia de disponer de un adecuado conocimiento, de un manejo técnico y de unas políticas públicas que reconozcan el tema como multifactorial y complejo. En la medida en que se considere hablar con mayor certeza del constructo de personalidad desde edades previas a los 18 años, se podrán establecer diagnósticos e intervenciones más tempranas que beneficien la salud mental de la población en general, la calidad de vida del sujeto diagnosticado y de las personas cercanas. Prevenir este problema en todos los niveles requiere comprender adecuadamente su génesis, identificar los factores de riesgo, informar sobre los signos de alarma, promover las mejores estrategias de atención y realizar vigilancia permanente.

La presente tesis profesional se divide en cinco capítulos; el primero de ellos contiene los planteamientos previos que guían las metas a lograr, el segundo capítulo desarrolla teóricamente las variables en estudio y nuestra orientación teórica al respecto, el tercer capítulo presenta los aspectos metodológicos por los cuales ha de

investigarse. En el cuarto capítulo presentamos los resultados de las evaluaciones en tablas con sus respectivas interpretaciones. Finalmente, en el quinto capítulo exponemos la discusión, conclusiones y recomendaciones a las que arriba la investigadora.

Ponemos a consideración la presente investigación titulada “TRASTORNOS CLÍNICOS DE PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA QUE MANIFIESTAN IDEACIÓN SUICIDA / INTENTO SUICIDA”, estudio que se realizó en la Universidad Nacional de San Agustín – 2016, con la cual pretendo obtener el Título Profesional de Psicóloga, habiendo cumplido con las exigencias y requerimientos que nuestra facultad solicita a los futuros profesionales de la psicología, para la presentación y sustentación de investigaciones. A la vez esperamos que los conocimientos aportados sean de utilidad para investigadores interesados en el tema, que presenta aún grandes desafíos a la psicología.





## **CAPITULO I EL**

### **PROBLEMA**

#### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), expone que el suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que se encuentra entre las tres primeras causas de muerte, y pronostica un incremento del mismo, en donde la cifra se aproximaría a un millón de muertes en el 2020. En América Latina los adolescentes y jóvenes representan el 30% de la población, siendo muy importante su participación para el progreso social, económico y político de la región, por tal motivo se debe de prestar atención a toda repercusión en su bienestar.

Este hecho, de ocurrencia universal y en gran medida prevenible, tiene en países subdesarrollados como el nuestro, importancia fundamental y constituye un problema de salud pública cuyo conocimiento y tratamiento deben ser del mayor interés, en particular en la adolescencia ya que es una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva. Además de esto, la sociedad también impone cargas que pueden desencadenar depresión en algunos adolescentes, resultado de las

exigencias del entorno que les exige un reajuste emocional, del “proceso de individualización” que los transforma y los separa gradualmente de sus padres, y genera tensiones en sus relaciones parentales.

A medida que aumenta en la escala el riesgo suicida, aumenta también la ideación suicida. Esto explica por qué estas personas pocas veces llegan al suicidio consumado en forma abrupta; casi siempre hacen fantasías y piensan en él como una forma de solucionar sus conflictos. Cuando la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, éste imagina que lo lleva a cabo (ideación y fantasías suicidas). Cuando el sujeto piensa y ensaya un método, se crea un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta que comete el acto suicida (Lazard, 1988).

Como dijo Beck: “La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados”. (Beck, Kovacs, Weissman, 1979).

De acuerdo con Beck, Rush y Shaw (1979), la etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgarle especial atención a los deseos y a los planes para cometerlo (ideas suicidas), a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza y a la incapacidad para pedir ayuda. De ahí que una buena evaluación de la conducta suicida permita predecir el riesgo.

Así, diversas investigaciones plantean que la ideación suicida en sí misma no supone un factor de riesgo para la planificación o para la tentativa suicida, sino que son necesarias otras variables que parecen influir para que se produzca el tránsito desde el pensamiento hacia la planificación, tentativa o hacia el suicidio consumado, y no siempre bajo esta secuencia. En esta línea, entre las variables psicológicas más influyentes en el tránsito de la ideación suicida a la primera tentativa o al suicidio consumado la literatura señala el control de los impulsos, la alta desesperanza y la presencia de trastornos del estado de ánimo (Bebbington et al., 2010; Borges et al., 2009; Gradus et al., 2010).

Del mismo modo hay que revalorar el papel de los rasgos de la personalidad en la identificación de adolescentes con ideación suicida, considerando que algunos rasgos son más promisorios para la manifestación del mismo. La evaluación de estos rasgos dentro del área de riesgo suicida en adolescentes permite tomar en cuenta las diferencias individuales y grupales en las acciones de prevención y apoyo psicológico por parte de los profesionales de la salud mental.

En el terreno de la investigación, la ideación suicida ha sido estudiada por diversos autores en diferentes países, sin embargo, poca información se ha generado con respecto a los trastornos clínicos de personalidad asociados a los sujetos que manifiestan Ideación Suicida en el interior del país en estudiantes de la carrera profesional de Psicología. Teniendo evidencias de suicidios consumados dentro de esta población estudiantil a la fecha no se cuenta con programas o acciones preventivas para abordar este fenómeno social que afecta el desarrollo humano, en particular, la salud mental y/o emocional de sus habitantes; probablemente por tratarse de un fenómeno complejo y multifactorial.

Así también cabe aclarar que no existen antecedentes de investigación de un perfil de trastornos clínicos de la personalidad propio en sujetos que manifiesten ideación suicida e intento suicida anteriormente realizado en nuestro medio; por lo que consideramos que el presente estudio tiene un carácter innovador, dado que nos confiere un panorama mucho más amplio y relativamente completo de este fenómeno puesto que se aborda el año de estudio de los evaluados, su personalidad y trastornos asociados desde un estudio cuantitativo con un diseño Transeccional Descriptivo Comparativo.

Siendo de esta manera es que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los Trastornos Clínicos de Personalidad que manifiestan los estudiantes que presentan Ideación Suicida/Intento Suicida de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín – 2016?

## **2. HIPÓTESIS**

H: Los estudiantes que presentan ideación suicida e intento suicida en su mayoría manifiestan un Trastorno del Estado de Ánimo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **A. Objetivo General**

Describir los Trastornos Clínicos de Personalidad que manifiestan los estudiantes que manifiestan ideación suicida e intento suicida de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín – 2016.

#### **B. Objetivos Específicos**

- a. Identificar la prevalencia de ideación suicida e intento suicida en los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín – 2016.
- b. Conocer las características socio – demográficas más relevantes que manifiestan los estudiantes que presentan ideación suicida e intento suicida de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín – 2016.
- c. Identificar el tipo de Trastorno Clínico de Personalidad que presentan los estudiantes que manifiestan ideación suicida e intento suicida de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín – 2016.
- d. Establecer las diferencias entre la ideación suicida e intento suicida con las escalas clínicas de Personalidad que manifiestan los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín – 2016.
- e. Establecer las diferencias entre los datos socio-demográficos con las escalas clínicas de personalidad que manifiestan los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín – 2016.

### **4. JUSTIFICACIÓN**

La Organización Mundial de la Salud plantea que en el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual de 11,4 por 100 000 habitantes, lo que la convierte en la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. En este sentido, es importante subrayar que la idea suicida es el pensamiento y deseo de quitarse la vida, sin que ello implique

que se llegue a intentarlo. Estos pensamientos pueden variar, así pues, la ideación suicida podría presentarse de diversas formas: El deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, la idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún, y la idea suicida con una adecuada planificación, esta última es la de mayor gravedad (Pérez, 1999).

En América Latina los adolescentes y jóvenes representan el 30% de la población, siendo muy importante su participación para el progreso social, económico y político de la región, por tal motivo se debe de prestar atención a toda repercusión en su bienestar. Actualmente hay una tendencia creciente en la mortalidad por causas externas en esta población lo cual ha comenzado a afectar significativamente la tasa de mortalidad general en las Américas. (Yunes y Zubrew, 1999). Se ha encontrado que los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes, de entre 15 y 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano. (OPS, 1994).

Este hecho, de ocurrencia universal y en gran medida prevenible, tiene en países subdesarrollados como el nuestro, importancia fundamental y constituye un problema de salud pública cuyo conocimiento y tratamiento deben ser del mayor interés, en particular en la adolescencia ya que es una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios fisiológicos y psicológicos, e interpersonales que conlleva.

Dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, produciéndoles gran ansiedad, rabia y confusión. Sentimientos que en ocasiones, el adolescente no puede afrontar, debido a diferentes factores, entre ellos, sus características de personalidad, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares. Dichos factores favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, el cual puede desembocar en conductas de riesgo, como son: consumo de drogas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica. (Alcántar, 2002).

La ideación suicida, primer eslabón de esta cadena, se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto - infligida, las formas

deseadas de morir y los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone realizarla. El comportamiento suicida durante la adolescencia resulta de interés, por cuanto durante este período de la vida se inicia una serie de procesos mentales y acontecimientos que enfrenta a la juventud con sus figuras primarias de autoridad y/o afecto. La búsqueda de su independencia y autonomía demanda gran esfuerzo y lucha entre tendencias contradictorias.

Además de esto, la sociedad también impone cargas que pueden desencadenar depresión en algunos adolescentes, resultado de las exigencias del entorno que les exige un reajuste emocional, del “proceso de individualización” que los transforma y los separa gradualmente de sus padres, y genera tensiones en sus relaciones parentales. Si bien es cierto que tal proceso se inicia desde la infancia, es en la adolescencia cuando estos cambios que experimentan pueden resultar en mayor inestabilidad social, crisis existenciales y familiares, que pueden resultar en intentos suicidas. (Dulanto,2000)

Al intentar comprender el suicidio se toma conciencia de su enorme complejidad; no es una entidad psicopatológica, tampoco una mera reacción a situaciones que generan malestar y angustia. Es un acontecimiento vital en el que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos. En numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, en tanto pone fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insoportables para la persona que las padece.

En el terreno de la investigación, la ideación suicida ha sido estudiada por diversos autores en diferentes países, sin embargo, todavía existen pocos estudios que aborden las características que distinguen a los adolescentes con ideación suicida e intento suicida, existiendo así un importante desconocimiento sobre el peso específico que cada una de estas características de personalidad puede tener en la ideación suicida por separado y lo que es más importante, respecto a las interacciones que pueden mantener entre sí como indicadores de vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas en este grupo de población. Poca información se ha generado con respecto a la Ideación Suicida en el interior del país en estudiantes de la carrera profesional de Psicología. Teniendo evidencias de suicidios consumados dentro de esta población

estudiantil a la fecha no se cuenta con programas o acciones preventivas para abordar este fenómeno social que afecta el desarrollo humano, en particular, la salud mental y/o emocional de sus habitantes. Probablemente por tratarse de un fenómeno complejo y multifactorial.

El conocimiento del *Perfil de Trastornos Clínicos de Personalidad en estudiantes con ideación suicida e intento suicida* aportará al profesional psicólogo clínico en materia de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención. A la vez permitirá a los encargados de dicha Institución en evaluación y profesionales de la salud mental, realizar programas de prevención de mayor pertinencia ya que la red de apoyo es un elemento que ayuda a atenuar el deseo suicida y reducir las cifras de suicidio e intentos en jóvenes universitarios.

## **5. ANTECEDENTES**

En Europa encontramos la investigación de Nuria Fernández e Hipólito Merino (2001) titulada Predictores de la ideación suicida: Un estudio empírico en adolescentes, que tiene como objetivo estudiar los índices de ideación suicida adolescente, la capacidad de auto concepto y la depresión para predecir los pensamientos de suicidio, teniendo en cuenta las posibles diferencias asociadas al sexo; habiendo utilizado un muestreo no probabilístico en el que se evaluó a 161 adolescentes de 16 a 19 años cuyos instrumentos aplicados fueron la Escala de ideación suicida de Beck, Escala de auto concepto y el Inventario de depresión de Beck. Los resultados indicaron que un 10.5% de los adolescentes presentan ideación suicida elevada; en el grupo de las chicas la depresión explicaba hasta un 64% de varianza de ideación suicida mientras que en el grupo de los chicos la dimensión social de auto concepto era la variable que explicaba mayor proporción de varianza de la variable criterio. Finalmente la investigación revela que las mujeres tienen niveles significativamente más altos de ideación suicida que los varones.

En España encontramos la investigación de Sánchez Teruel, García León y Muela Martínez (2013) titulada Relación entre alta ideación suicida y variables psicosociales en estudiantes universitarios, que tiene como objetivo valorar la existencia de ideación suicida en estudiantes universitarios y comprobar que factores

psicosociales (optimismo, autoestima, apoyo social, habilidades sociales y estilos atribucionales) están asociados con una alta ideación suicida; habiendo utilizado un muestreo no probabilístico, los participantes fueron 93 alumnos de la Licenciatura en Psicopedagogía de una Universidad española quedando como reclutados 40 alumnos los cuales fueron evaluados con la Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de apoyo social, Test de orientación vital, Escala de autoestima, Escala de habilidades sociales y Cuestionario de Estilo Atribucional . Los resultados mostraron que los estudiantes más propensos a presentar ideación suicida son menos optimistas, presentan menos habilidades sociales y un menor apoyo social percibido

En España encontramos la investigación de Simón Cabodevilla y Sanchís Cordellat (2010) titulada Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica, que tiene como objetivo analizar las correlaciones existentes entre la ideación suicida y el perfil personal en adolescentes de la Comunidad de Navarra, donde se utilizó un muestreo probabilístico en el que participaron 1194 adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 18 años. Se utilizaron los siguientes instrumentos de medida: Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), Professional Manual de W. M. Reynolds y el Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) de T. Millon. Los resultados muestran a partir de los 65 casos encontrados rasgos personales significativos de los adolescentes con ideación suicida patológica. Los rasgos del perfil personal en correlación con la ideación suicida desde los prototipos de personalidad son: Transparencia, Deseabilidad, Alteración, Introvertido, Inhibido, Pesimista, Sumiso, Histriónico, Egocéntrico, Rebelde, Rudo, Conformista, Oposicionista, Autopunitivo, Tendencia limite. Desde las preocupaciones expresadas: Difusión de la identidad, Desvalorización de sí mismo, Desagrado por el propio cuerpo, Incomodidad respecto al sexo, Discordancia familiar, Abusos en la infancia. Desde los síndromes clínicos: Trastorno de alimentación, Inclinación al abuso de sustancias, Propensión a la impulsividad, Afecto depresivo y Tendencia al suicidio.

La investigación de Ruíz, Riquelme y Buendía (2000) – España titulada Personalidad y comportamiento suicida en adolescentes: El papel de la extraversión en la tentativa de suicidio, la misma que tiene como objetivo buscar la relación entre la extraversión



y el comportamiento suicida en una muestra de 282 adolescentes de 14 a 18 años que presentan Ideación Suicida y tentativa de suicidio procedentes de 4 Institutos de educación secundaria del Municipio de Murcia. Para evaluar la personalidad se utilizó el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y Eysenck, Escala de Ideación suicida de Beck, Kovacs y Weissman. Los resultados describen a los adolescentes con tentativa real de suicidio como los menos impulsivos, sugieren que quizá la relación entre personalidad y conducta suicida en adolescentes no se sustentaría en la hipótesis de la impulsividad, sino que se apoyaría en otros rasgos de personalidad como el pesimismo asociado a los introvertidos.

En México encontramos la investigación de la Lic. Arenas, Dra. Gómez Maqueo y Forns (2012) titulada Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes, que tiene como objetivo identificar las diferencias en las características de personalidad en adolescentes resilientes y no resilientes ante el riesgo suicida, habiendo utilizado un muestreo probabilístico donde se seleccionaron 1,084 alumnos y siendo evaluados 106 alumnos expuestos a niveles similares de estrés, pero con resultados distintos en su adaptación al riesgo suicida. Se emplearon el Cuestionario de sucesos de vida para adolescentes, Inventario de riesgo suicida y el Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota – Adolescentes. Los resultados indican que los adolescentes no resilientes presentan en mayor medida síntomas físicos, de depresión y ansiedad que los adolescentes resilientes, al mismo tiempo que se obtuvieron diferencias significativas en los rasgos de personalidad entre los hombres y mujeres resilientes y no resilientes.

En México encontramos la investigación del Dr. Pérez, Osnaya y Escobar Fonseca (2013) titulada Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas, que tiene como objetivo registrar la presencia de ideación suicida y de las variables relacionadas, habiendo utilizado un muestreo no probabilístico donde fueron evaluados 500 estudiantes mediante la aplicación del instrumento para detección de la Ideación suicida en jóvenes, diseñado en el Programa de Investigación de la Facultad de Estudios Superiores de la Universidad Nacional Autónoma de México – Iztacala, para la obtención del modelo de relación sexo, mediante el análisis de regresión logística binaria. Los resultados muestran la presencia de ideación suicida en el 7.2% de la muestra total, 6.9% en

hombres y 5.4% en mujeres. Se observaron modelos de relación distintos entre los sexos y se identificaron como variables de riesgo los factores de estado emocional negativo, percepción de futuro negativo y percepción de ausencia de futuro positivo y, como variables de protección percepción de economía familiar negativa y antecedente de intento suicida. Se concluye que puede ser mayor el riesgo de persistencia del comportamiento suicida en hombres que en mujeres.

En Colombia encontramos la investigación de Bandón, Carmona, Mendoza y Medina (2015) titulada Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la Ciudad de Medellín, habiendo utilizado un muestreo no probabilístico por conveniencia, aplicándoles a 100 estudiantes de distintos programas académicos un cuestionario que indagaba por aspectos sociodemográficos, familiares, relaciones significativas, conducta suicida y actos que ponen en riesgo la vida. Se encontró que el 16 % ha presentado ideación suicida en el último año y 12 % ha realizado al menos un intento de suicidio en su vida. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre tener ideación suicida en el último año y no tener trabajo; no tener buena relación con el padre; no contar con una buena relación consigo mismo; haber realizado un intento de suicidio alguna vez en la vida; tener un estudiante cercano que hubiese cometido suicidio; conocer a un estudiante cercano que haya realizado un intento de suicidio; realizar actos que pongan en riesgo la vida y omitir conductas que protejan la vida.

En Bogotá – Colombia encontramos la investigación de Calvo, Sánchez y Tejada (2003) titulada Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios, dicha investigación se realizó a través de un muestreo probabilístico a la cual se le aplicó un instrumento para la medición de riesgo suicida y de las variables asociadas. Los resultados muestran que la prevalencia de ideación suicida actual fue 3,6 % y 18 % en el último año. Tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en estudiantes de género femenino. El antecedente de violación, permanecer más de ocho horas diarias solo y el género femenino, fueron los factores más fuertemente relacionados con la ideación suicida. En esta población no se observó relación entre ideación suicida y exposición al suicidio de otros.

En cuanto a América Latina, según cifras de la OMS en el 2002, la tasa mundial de suicidios es 15/100,000 habitantes. En Cuba la cifra es de 11/100,000 habitantes, en Puerto Rico 10/100,000 habitante.

En el Perú la cifra es en el año 2005 es de 337 suicidios, hasta agosto del 2006 se habían realizados 175 varones (72%) y 69 mujeres (28 %). Las edades fluctuaron entre los 18 a 33 años (50%) y los menores de 18 años (12%), el 62% eran solteros y el 72% residían en Lima. Con una ideación suicida en Lima de 30.4 y en los Andes 34.2%. Los motivos más frecuentes eran los conflictos de pareja (50%), y el desempleo (25%). Entre los métodos empleados el ahorcamiento era el más frecuente (45%), el envenenamiento (25%) y por arma de fuego (12%). El 50% o más de ingesta cáusticas en adultos con intención suicida, tienen historia de enfermedad psiquiátrica o problemas sentimentales. En alcohólicos puede ocurrir accidentalmente. Los pacientes con intento de suicidio generalmente ingieren grandes cantidades de sustancias cáusticas, produciendo severas injurias en esófago y estómago. La distribución de la edad es de tipo bimodal, ocurriendo en menores de 5 años de edad y adultos jóvenes de 20 a 30 años. Según últimos estudios, el mayor número de suicidios en el interior ocurre en Junín. Por eso los profesionales de la salud tratan de hacer todo para disminuir esa cifra cada historia es diferente, pero el método casi no difiere: Veneno o una viga para colgarse. El centro del Perú, en particular Huancayo, se ha convertido en un lugar donde el número de suicidios, en lo que va del año, se elevó considerablemente. Si se tiene en cuenta que en todo el país los suicidios suman 330, según el Instituto Gestalt de Lima (IGL), entonces los ocurridos en el valle del Mantaro representan el 20% de esa trágica cifra.

En el Perú los Anales de Salud Mental del Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Mental nos muestra a través del Estudio Epidemiológico de SM en Lima Metropolitana y Callao (2012), que las prevalencias de vida de deseos de morir en el adulto, el adolescente y el adulto mayor se encontraron en un 30,3%, 29,1% y 27,8%, respectivamente, lo que sugiere que, si en la actualidad la prevalencia de vida del adolescente es similar a la del adulto y superior a la del adulto mayor, hay una tendencia a que ésta aumente conforme se avanza en edad. La prevalencia anual de deseos de morir fue más alta en los adolescentes (15,3%) en comparación con los

adultos (8,5%) y los adultos mayores (12,2%). Los adolescentes que habían presentado deseos de morir en el último año acusaron como motivo principal los problemas con los padres, mientras que los adultos los relacionan principalmente a problemas con la pareja. Estos hallazgos son coherentes con las prevalencias puntuales del episodio depresivo moderado a severo que en el adolescente asciende a 8,6%, mientras que en el adulto se sitúa en el 6,6%. En el caso de la sierra urbana, la selva urbana y ciudades fronterizas las cifras de deseos de morir alguna vez en la vida en adultos fueron de 34,2%, 32,5% y 33,7%, respectivamente; en el caso del adulto mayor fue 33,3%, 24,3% y 33,0%; mientras que para el adolescente se halló en 29,6%, 25,4% y 25,6%, respectivamente. En el caso de las ciudades de la costa la prevalencia de vida de deseos de morir en el adulto fue de 30,1%; en el adolescente 25,2% y en el adulto mayor 25,1%. Los intentos suicidas fueron mayores en Lima Metropolitana y Callao (5,2%) en comparación con la sierra urbana (2,9%), la selva urbana (3,6%), fronteras (3,2%) y ciudades de la costa (2,5%).

En el caso del área rural las cifras son menores, con una prevalencia de vida de deseos de morir en Lima y la sierra de 26,8% y 23,7%, respectivamente. El intento suicida hallado fue de 1,2% para Lima y 0,6% para la sierra rural. Así como en los estudios anteriores, entre los indicadores suicidas se incluirán, no solo los deseos de morir y el intento suicida, sino también la presencia de pensamientos activamente suicidas.

## **6. DEFINICIÓN DE TERMINOS**

### **A. Ideación Suicida**

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. (De La Torre, 2013).

## **B. Intento Suicida**

Conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir. Expectación subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte.

## **C. Personalidad**

Patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, que se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo. (Millon y Davis, 1998).

## **D. Trastorno Clínico**

Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. (DSM-V, 2013).

## **E. Trastorno de Personalidad**

Los trastornos de personalidad se refieren a formas habituales de ser y de comportarse, duraderas en el tiempo, generalizadas a todas las facetas de la vida y con una cierta inflexibilidad. Sin embargo, desde una perspectiva dimensional se entiende que entre el estilo de personalidad y el trastorno de personalidad se da un continuo que puede constar de los mismos rasgos pero con un grado de desadaptación menor y con una mayor flexibilidad y posibilidad de cambio. (Morey, L.C. 2007).

## 7. VARIABLES E INDICADORES

**CUADRO N° 1: Perfil de Personalidad**

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
PERSONALIDAD	Trastornos Clínicos	Esquizofrenia
		Trastorno Delirante
		Depresión Mayor
		Trastorno Bipolar
		Ansiedad Generalizada
		Estrés Postraumático
		Trastornos Somatomorfos
		Trastorno de Identidad Disociativo
		Trastornos de Control de Impulsos
		Trastornos Adaptativos
	Trastornos de Personalidad	Paranoide
		Esquizoide
		Esquizotípico
		Antisocial
		Límite
		Histriónico
		Narcisista
		Evitativo
		Dependiente
		Obsesivo – compulsivo
		Pasivo agresivo

## **CAPITULO II**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **1. IDEACION SUICIDA/INTENTO SUICIDA**

##### **A. DEFINICIÓN**

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. Por su parte, Jiménez y González-Forteza (2003), han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infligida. (Rodríguez, 2009).

Sin embargo, Pérez (1999) define la ideación suicida considerando una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte. El suicidio implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida y se conceptualiza de esta forma como un proceso. Por

lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación suicida y el intento para así conocer y atender esta problemática.

Algunos autores como por ejemplo Miranda, et al., (2009) señalaron cinco etapas aclarando que no necesariamente tienen que ser secuenciales: 1) Ideación suicida pasiva, 2) Contemplación activa del propio suicidio, 3) Planeación y preparación, 4) Ejecución del intento suicida, y 5) El suicidio consumado. Generalmente la ideación suicida se considera como una entidad de naturaleza interna a la que, de acuerdo a los cánones tradicionalistas en Psicología se le atribuye una relación causal reduccionista-determinista (Mondragón, et al., 1998). Aun y cuando diversos autores señalan que el suicidio es un fenómeno multideterminado y que la ideación suicida está contemplada como uno de los factores principales, se sigue destacando su carácter fenomenológico (Jiménez y González-Forteza, 2003; Serrano y Flores, 2005).

Desde una perspectiva de campo en psicología, la ideación suicida sería considerada como una variable latente en donde la naturaleza o propiedades de los factores no son necesarias en la explicación de los fenómenos. Las variables latentes, son construcciones o elaboraciones teóricas acerca de procesos o eventos que no son observables, sino que deben inferirse a través de la presencia de objetos, eventos o acciones. Sin embargo el considerar que las variables latentes no son observables a simple vista no presupone aceptar la noción mentalista clásica de que estos constructos sean entidades internas transespaciales (Kantor, 1969). En el caso de la ideación suicida, podría definirse como las primeras manifestaciones conductuales del suicidio que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte,



fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto auto lesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte. En el contexto terapéutico, los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta.

En otras palabras, la ideación suicida, no es una entidad diferente a la conducta suicida que pueda ser considerada como factor asociado o de riesgo. Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la relevancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa. (Rodríguez, 2009).

Según Millon (2004), en la adolescencia suelen ser frecuentes este tipo de pensamientos. Millon, así reconoce esta etapa no como un periodo apacible, sino como un periodo lleno de intensas vivencias, sentimientos y actitudes contradictorias en diferentes ámbitos de la vida del adolescente, que van desde la propia confrontación de la identidad personal, a ámbitos más externos como la relación como los iguales, y con la sociedad mayor.

Por otra parte, el intento suicida, definido como la acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo (Amezcu, 2003), forma parte de este eslabón que se inicia con una idea de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida, aunque la intención de morir no es un criterio necesario para el comportamiento suicida no mortal. (Rodríguez, 2009).

El suicidio etimológicamente proviene de dos expresiones latinas “sui” y “occidere” que significa “matarse así mismo”. El suicidio por tanto es el acto auto infligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, idea suicida, y el acto suicida en sí.

La ideación y la conducta suicida se detecta con mayor frecuencia en los estudiantes universitarios que buscan ayuda en los centros universitarios de consejería. En las últimas décadas se ha visto un alza nacional en los estudiantes que presentan

problemas de salud mental severos y que buscan ayuda en los centros de consejería (Haas, Hendin & Mann, 2003; Kitzrow, 2003). Se estima que hay más de 1,000 suicidios por año en las universidades (American Association of Suicidology, 2006).

## **B. Características de la Ideación Suicida e Intento Suicida**

Leal y Vásquez (2012), tomando el planteamiento de Neuringer (2001), señala tres características del pensamiento suicida.

- Estructura de pensamiento suicida
- Rigidez y constricción
- Percepción distorsionada del tiempo.

La estructura del pensamiento suicida comprende tres aspectos. El primero de ellos corresponde al razonamiento catafórico, que hace referencia a un raciocinio basado en 26 falacias lógicas, tales como suponer lo siguiente: “todo el que se mata a sí mismo recibe atención; por lo que si yo me mato recibiré atención”. La segunda concierne a una desorganización semántica, identificada con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación del pensamiento asociado al temor de morir. La tercera atañe a un pensamiento dicotómico extremo, que implica la polarización del pensamiento, esto es, carencia de oportunidades o puntos medios. La rigidez y constricción de pensamiento se relaciona con la dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conductas. Este tipo de raciocinio hacen que la persona se sitúe en una situación sin escape. La percepción distorsionada del tiempo es la tendencia a “congelar” o detener el tiempo; es decir, la incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro. Razón por la cual las personas con tendencia suicida perciben los hechos o acontecimientos en el tiempo de modo significativamente distinto al de las demás personas, pues para ellas no hay más tiempo que el presente, el cual además no es nada significativo. Esto limitaría la capacidad del adolescente para identificar situaciones positivas o buenas que también pudo haber experimentado durante los años de su vida así como para visualizar un conjunto de oportunidades que podría alcanzar en un futuro.

### **C. Etiología de la Ideación Suicida e Intento Suicida**

Desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual, se han subrayado algunos factores que podrían determinar la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida. Las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo (que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos). (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Este estilo cognitivo, asociado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede reducir la percepción de soluciones disponibles y conducir a un estado de desesperanza, elevando así la probabilidad de suicidio. Concretamente, una de las hipótesis más consensuadas para explicar la ideación y la propia conducta suicida, considera necesaria la aparición de un suceso estresante generador de ciertas emociones (especialmente de frustración o rechazo), el deseo de escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, junto con la valoración de que tal opción no es posible y de la falta de recursos para aliviar tal crisis (por ejemplo, apoyo social). Esta secuencia de ideas, junto a la disponibilidad de medios para intentarlo o a modelos previos de tal conducta, lleva a sentimientos de indefensión que favorecen las conductas suicidas.

La conducta suicida en sí no es una patología, sino que puede estar descrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el trastorno depresivo, y por lo tanto no responde a una sola etiología.

#### **a) Factores sociológicos**

El sociólogo francés Emile Durkheim a finales del siglo XIX da la primera contribución importante al estudio de las influencias sociales y culturales en el suicidio. Durkheim dividió los suicidios en tres categorías sociales: egoístas, altruistas y anómicos.

- **El suicidio egoísta.-** Hace referencia a los que no están bien integrados a ningún grupo social. La falta de integración familiar explicaría por qué los solteros son más vulnerables al suicidio que los casados y por qué las parejas con hijos constituyen el grupo más protegido. Las comunidades rurales tienen más integración social que las urbanas y, por tanto, menos suicidios. El

protestantismo es una religión menos cohesiva que el catolicismo, por lo que los protestantes tienen una tasa más elevada que los católicos.

- **El suicidio altruista.-** Hace referencia a los que llegan al suicidio por la excesiva integración en un grupo, por ejemplo el soldado japonés que sacrifica su vida en combate.
- **El suicidio anómico.-** Hace referencia a quienes tienen alterada su integración social y no pueden seguir las normas de conducta habituales. La anomia explica por qué un cambio drástico en su situación económica hace que la gente sea más vulnerable de lo que era antes. En la teoría de Durkheim también se considera anomia la inestabilidad social y la desintegración de los valores de la sociedad. (Lavado, 2009).

## **b) Factores psicológicos**

Existen varias teorías:

- **Teoría Psicoanalista de Sigmund Freud:** ofreció la primera explicación psicológica al problema del suicidio. En su artículo “Duelo y Melancolía”, Freud afirma que el suicidio representa la agresión dirigida hacia adentro, contra un objeto introyectado, cargado libidinalmente de forma ambivalente. Freud dudaba de que pudiera darse un suicidio sin el deseo previo, reprimido, de matar a otra persona.
- **Teoría Cognitiva de Beck:** quien ha examinado la función de los estados emocionales como la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y el suicidio. Este autor ha relacionado la “triada negativa” de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando la víctima se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. De manera que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a la situación actual.
- **Teoría de Menninger basada en la teoría de Freud:** Karl Menninger “El hombre contra sí mismo” concibió el suicidio como un homicidio invertido, causado por la cólera del paciente hacia otra persona. Este asesinato retroflejo se dirige hacia el interior o se usa como una excusa para el castigo. También

describió un instinto de muerte auto-dirigido (el concepto de Thanatos de Freud) y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. (Lavado, 2009).

### **c) Factores fisiológicos – genética**

Se ha sugerido un factor genético en el suicidio y los estudios muestran que el suicidio se presenta más en algunas familias. En otro estudio se encontró que el riesgo de suicidio para los parientes de primer grado de pacientes psiquiátricos que se habían suicidado era casi 8 veces mayor que el de los parientes de pacientes que no lo habían hecho. En algunas ocasiones, sobre todo en adolescentes, el miembro de la familia que se había suicidado puede servir de modelo con quien identificarse cuando la opción del suicidio se considera una solución posible para el dolor psicológico insoportable.

Estudios sobre adopción realizados en Dinamarca muestran un mayor número de suicidios en familiares de personas suicidas comparadas con familiares de los controles. En estudios locales se encontró que familiares de primer grado de intentadores de suicidio habían cometido suicidio (26.7 %).

Neuroquímica.- Se encontró déficit de serotonina, medida por la disminución del ácido 5-hidroxiindolacético en el metabolismo, en un grupo de pacientes deprimidos que trataron de suicidarse. En sujetos con intento de suicidio la reducción de los niveles de 5-HIAA en el LCR se correlacionó la letalidad del intento: los pacientes que intentaron métodos más violentos en su tentativa (por ejemplo, con armas de fuego o lanzándose al vacío) tenían un nivel más bajo de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo que quienes lo hicieron de una forma menos violenta (con una sobredosis de sustancias, por ejemplo).

Se han encontrado asociaciones entre la conducta suicida y niveles elevados de cortisol libre en la orina, no supresión del cortisol plasmático tras la administración de dexametasona, respuesta exagerada del cortisol plasmático a la infusión de 5-hidroxitriptófano, escasa respuesta de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) a la infusión de la hormona liberadora de tirotrópina (TRH), anomalías en la conductancia de la piel, niveles bajos de la enzima monoaminaoxidasa (MAO) plaquetaria entre otros hallazgos. Los niveles de colesterol sanguíneo,

fundamentalmente la hipocolesterolemia (menor de 160 mg/dl), ha venido siendo estudiado en numerosos países, como un factor 21 que puede estar relacionado con el metabolismo del triptófano, precursor de la serotonina, sin que se encuentre correlación en todas las series estudiadas. (Lavado, 2009).

#### **D. Factores asociados a la Ideación Suicida e Intento Suicida**

La ideación suicida es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores psicológicos, sociales (contextuales) y biológicos, (Cheng, et al. 2009). Además, es preciso considerar que estos factores de riesgo de suicidio se influyen recíprocamente, por lo que la identificación de dichos factores y su relación con el comportamiento suicida mortal y no mortal son elementos esenciales en la prevención del suicidio. (Rodríguez, 2009).

Beck (1992) sostiene que varias de las características asociadas con los comportamientos adultos sanos (trabajo estable, vida familiar) se han fragmentado de tal manera en la sociedad urbana actual que generan en los adolescentes una flexibilidad emancipadora y sentimientos de ansiedad e incertidumbre; el comportamiento de riesgo surge como una solución transitoria aparente. (Citado por Casullo, M., y Castro, A., 2002).

Un estudio realizado en 1991 en EEUU por la Gallup Organization reveló que entre el 6% y 13% de los jóvenes entrevistados informaron que intentaron quitarse la vida por lo menos una vez. Sobre la base de la bibliografía consultada se pueden señalar como principales factores de riesgo:

- Desequilibrio en neurotransmisores (neurobiológicos).
- Trastornos psiquiátricos (psicopatológicos).
- Pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos).
- Violaciones sexuales muy agresivas (experiencias vitales traumáticas).
- Trastornos en la identidad sexual (desarrollo personal).
- Acceso a armas de fuego (ambientales).
- Adicción a drogas (uso de sustancias).

- Desempleo, problemas laborales (psicosociales).
- Familias disfuncionales muy violentas (familiares).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), la depresión se encuentra relacionada con signos como la tristeza, la desesperanza, la disminución del interés en las actividades que antes se evaluaban como placenteras, la culpabilidad, el llanto frecuente (DSM IV, 1995, Márquez). Signos que de una u otra manera influyen en la aparición de pensamientos e ideas suicidas; pensamientos de terminar con la propia existencia.

Otro autor indica que las experiencias o eventos negativos como los cambios físicos, las relaciones con los pares, los conflictos existenciales, espirituales y familiares, constituyen grandes predictores para la consumación de suicidio en adolescentes.

Ceballos, G. et al. (2015) a través de su investigación sobre “Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares en Santa María” nos muestran que la presencia de las variables en estudio obtenidas fueron del 25% para la ideación suicida entre riesgo medio y alto, 16% para la depresión y del 40% para la baja autoestima. De lo anterior, hallado en los resultados, se nota que estadísticamente existe entre depresión e ideación suicida una correlación significativa, lo cual señala que a mayor nivel de depresión presente en los sujetos, mayor riesgo de ideas suicidas o tienen alta probabilidad que las presenten en algún momento de su vida.

La literatura sobre este fenómeno señala que hay algunos factores de riesgo asociados a esta problemática y que han sido estudiados más ampliamente en los adolescentes. Estos factores pueden agruparse en cuatro áreas: características personales, características familiares, circunstancias de vida y medio ambiente. En cuanto a la psicopatología, se menciona que más de 90 % de los adolescentes suicidas ha tenido al menos un trastorno psiquiátrico importante; los trastornos depresivos son consistentemente los más prevalentes.

Pompili, Girardi y Amedeo (2005), realizaron una meta análisis de los estudios acerca de la relación entre suicidio y personalidad limítrofe o borderline, y

concluyeron que la principal causa de muerte en los pacientes borderline es el suicidio. Estos autores estudiaron a 94 pacientes borderline que se habían suicidado y mostraron que los pacientes borderline se suicidan en mayor proporción que la población general, y que la probabilidad de suicidio aumenta al inicio del padecimiento. (Citado por Pelechano, V. 1996).

### **E. Prevalencia de la Ideación Suicida e Intento Suicida**

La tasa de suicidio estimado mundial es aproximadamente de 15 por 100 000 habitantes según OMS en el año 2002. Los países de América latina con mayor prevalencia de suicidio son Cuba con 11 por 100 000 y Puerto Rico con 10 por 100 000 habitantes. Según los estimados de la Organización Mundial de la Salud, señala que cada cuarenta segundos una persona en el mundo fallece a consecuencia del suicidio, que más de un millón y medio de individuos podrían cometer suicidio en el año 2020, y entre diez y veinte veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida; esto ocurriría tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002 realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, se encontró que la prevalencia de vida del pensamiento suicida es de 30.3% con predominio del sexo femenino y la prevalencia de vida de conductas suicidas con referencia al intento es 5.2% con predominio del sexo femenino.

En el estudio Epidemiológico de salud Mental realizado en la Sierra peruana en el año 2003 por el IESM “H.D-HN”, se encontró que la prevalecía anual de deseos de morir es el 34.2%, y la prevalencia de vida del intento suicida en el 2.9%. En análogo estudio en la selva del Perú, 2004 no se observa mayor diferencia en cuanto a los porcentajes de los estudios anteriores. Pasan del pensamiento a la concreción suicida en un 34% y de la planificación al intento en 72%, según investigaciones foráneas. (Lavado. 2012).

En Colombia, según las estadísticas del Estudio de Salud Mental el suicidio es la cuarta causa de muerte en sujetos entre 12 y 15 años de edad. De la misma manera, la revista FORENSIS del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses plantea que durante el 2013, se presentaron 1.810 suicidios, de los cuales 117 fueron en



adolescentes entre 15-17 años, equivalente al 6.46% del total de suicidios para el mencionado año, con una tasa de 4.44 por cada 100.000 habitantes.

Además, según la OMS del 12% al 25% de los adolescentes presentan alguna idea frente al suicidio, sin embargo, tener estos pensamientos hacen parte del proceso de desarrollo en la adolescencia, en donde los adolescentes buscan e intentan comprender el sentido de la vida y la muerte como parte del ciclo vital, por tanto dentro de las reflexiones existenciales algunos pueden llegar a evaluar esta idea.

En relación a la prevalencia de comportamiento suicida no mortal al igual que en el suicidio consumado, es difícil contar con datos fidedignos puesto que las personas que intentan suicidarse comúnmente no acuden a los centros de salud por diversas razones que van desde aspectos culturales hasta limitantes legales ya que en algunos países en desarrollo aún se considera el intento suicida como un delito.

Una investigación realizada por Kjoller y Helveg-Larsen (2000) menciona que en promedio, solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público y estos casos no son necesariamente los más graves. De acuerdo a datos proporcionados por McIntosh, et al. (1994), el comportamiento suicida no mortal es más prevalente en los jóvenes que en las personas mayores. Estos investigadores estimaron que la razón entre el comportamiento suicida mortal y el no mortal en los mayores de 65 años es del orden de 1:2-3, mientras que en los jóvenes menores de 25 años la razón puede alcanzar un valor de 1:100-200. En relación con el género se ha observado que las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres: sin embargo las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 4:1 (Moscicki, 1995). La tasa elevada de prevalencia entre los jóvenes de comportamiento suicida no mortal aunada a la falta de registros sobre este comportamiento que dificulta la obtención de datos útiles para fines de investigación y de prevención del suicidio, nos llevan a incursionar en el análisis de la ideación suicida en adolescentes como una fuente que nos permita encontrar factores de riesgo de suicidio. De lo anteriormente expuesto, la investigación en ideación suicida, así

como la identificación de factores asociados a esta, resultan de particular importancia en la prevención del suicidio. (Rodríguez, 2009).

En el caso de Latinoamérica, la ideación suicida en muchas ciudades sudamericanas está por encima del promedio mencionado en la revisión sistemática, pues oscila entre 17.1% en Brasil (2005) y 59.7% en Chile (2007).

Llama la atención que en Perú, en estudios realizados sobre todo en zonas urbanas, este problema aparece con una frecuencia hasta 20% mayor al promedio sudamericano. En Perú el antecedente de intento suicida fluctúa entre 2.9% en la sierra (2003) y 22.3% en la costa norte (2011), por lo que sería importante estudiar cuáles son los factores que lo propician, pues la evidencia de estudios realizados en este grupo etario lo proyecta como la principal comorbilidad y causa de mortalidad asociada con los trastornos mentales para 2020. (Anexo 1).

En el 2012, 800 mil personas se suicidaron en todo el mundo, sin contar aquellos que lo intentaron y no lograron su cometido. En el siguiente cuadro, se muestra la tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes en América del Sur. Cuatro países: Uruguay, Chile, Bolivia y Argentina son los únicos que superan el promedio mundial de 11,4%. (Anexo 2).

## **2. PERSONALIDAD**

### **A. DEFINICIÓN**

“La personalidad es una organización compleja de cogniciones, emociones y conductas que da orientaciones y pautas (coherencia) a la vida de una persona. Como el cuerpo, la personalidad está integrada tanto por estructuras como por procesos y refleja tanto la naturaleza (genes) como el aprendizaje (experiencia). Además, la personalidad engloba los efectos del pasado, incluyendo los recuerdos del pasado, así como construcciones del presente y del futuro”.

Para Beck 1990, se define la personalidad como: “Así, la personalidad se ve como una organización de sistemas integrados - cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales cada uno englobando estructuras estables denominadas esquemas y

programas denominados modos, que trabajan juntos para mantener la homeostasis y promover la adaptación al ambiente. Rasgos de la personalidad, como la autonomía y la dependencia, son la expresión abierta de esos esquemas. La estabilidad de los esquemas en una persona se refleja en la consistencia de sus respuestas sistémicas a lo largo de un rango de situaciones. En los trastornos de personalidad, los esquemas, y por tanto las respuestas, son disfuncionales y operan casi de forma continua, conduciendo a patrones crónicos, auto-derrotistas”.

Para Allport (1961), que define así la personalidad: “Es la organización dinámica en el individuo de aquellos sistemas que determinan su conducta y pensamiento característicos”. (Citado por Martínez, 2002, p. 618).

Según Seelbach, G. (2013). “La personalidad se encuentra dentro del estudio del campo de la psicología, y se puede explicar desde varias funciones, en primer lugar permite conocer de forma aproximada los motivos que llevan a un individuo a actuar, a sentir, a pensar y a desenvolverse en un medio; por otro lado, la personalidad permite conocer la manera en la cual una persona puede aprender del entorno. La personalidad se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales”.

Los griegos atribuyeron el término de persona a la máscara que utilizaban los actores en los teatros para identificarse con alguien en particular. Cuando los actores utilizaban esta máscara, actuaban de acuerdo al personaje que representaban. Del concepto de persona deriva, por lógica, el término personalidad, esto significa que la personalidad es lo que determina quién es cada quien y cómo nos manifestamos en el entorno.

Para Millon y Davis (1998), la personalidad se constituye a partir de la interacción de varias dimensiones, que son visibles y susceptibles de evaluación desde la adolescencia. Esta etapa incluye “vivencias, sentimientos y actitudes contradictorias en diferentes ámbitos de la vida del adolescente [...] desde la propia conformación de la identidad personal [...] esto hace que el adolescente sea especialmente

vulnerable al estrés y la desadaptación psicológica”. (Citado por Benítez, M., Sánchez, E. y Serrano, M. 2015).

#### **a) Rasgo de Personalidad**

Un rasgo de la personalidad es una característica que distingue a una persona de otra y que ocasiona que una persona se comporte de manera más o menos consecuente. Se puede decir que un individuo tiene algún grado de un rasgo, desde poco hasta mucho.

Según Allport (1937): Los rasgos o disposiciones personales, son las unidades más adecuadas para el estudio científico de la personalidad. Los rasgos constituyen los focos centrales de organización dentro de las vidas individuales, ayudan a comprender y predecir la conducta del individuo y otorgan al comportamiento un cierto grado de coherencia y una peculiaridad propia a cada persona.

No son los reflejos condicionados, ni los hábitos, tampoco los factores resultantes de mediciones psicométricas los que explican el aspecto personal y único del comportamiento, sino el rasgo, que surge automáticamente como resultado de la síntesis de varios hábitos y del temperamento propio de cada uno. Es precisamente su base temperamental lo que hace que el rasgo sea único e irrepetible, propio de cada persona. La explicación de la Personalidad, según Allport, se centra en el carácter individual del rasgo, por ello valora de una manera especial el estilo personal en que se manifiestan estos rasgos.

En la revisión de 1961 Allport define el “rasgo” usando la palabra “disposición personal”, el cual hace referencia a un “sistema neuropsíquico (peculiar al individuo) generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de conectar muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas coherentes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y estilística. (Citado por García Vega, L. 1997).

## **b) Componentes de la Personalidad**

### **▪ Temperamento**

Según Seelbach, G. (2013). “Todos los seres humanos poseen una herencia genética, es decir, las características que se heredan de los padres, como por ejemplo, el color de ojos, el tono de piel, e incluso la propensión a determinadas enfermedades. El temperamento es un componente de la personalidad porque determina, de alguna manera, ciertas características de cognición, comportamiento y emocionales”.

Para Allport (1961): “El temperamento, al igual que la inteligencia y la constitución corporal, constituye una especie de material bruto que acaba por conformar la personalidad (...); el temperamento se relaciona con el clima bioquímico o tiempo interior en el que se desarrolla una personalidad”. Allport acentúa también en su definición las cualidades emocionales del temperamento y su relativa invariabilidad en comparación con otros componentes de la personalidad. (Como se citó en Martínez, 2002, p. 618).

### **▪ Carácter**

El carácter, siendo un término de origen griego (carácter - marca), ya implicaba en su mundo clásico aquello que uno desea ser. El carácter psicológico para Laersch (1966): “Peculiaridad del individuo que se enfrenta al mundo haciendo uso de sus distintas facultades, es decir, en su sentir y en su obrar, en sus decisiones voluntarias, valoraciones y objetivos, en sus juicios y orientaciones espirituales, con todo lo cual adquiere su existencia individual una fisonomía que le diferencia de los demás”. (Martínez, 2002, p. 624).

Según Seelbach, G. (2013). “Se denomina carácter a las características de la personalidad que son aprendidas en el medio, por ejemplo, los sentimientos son innatos, es decir, se nace con ellos, pero la manera en cómo se expresan forma parte del carácter. Las normas sociales, los comportamientos y el lenguaje, son sólo algunos componentes del carácter que constituyen a la personalidad”.

Algunos autores y ciertas corrientes tienen diferentes puntos de vista sobre la importancia de uno u otro factor, es decir, algunos autores aseguran que el temperamento es más importante en el despliegue de la personalidad, mientras que otros autores sostienen que el factor ambiental —el carácter— determina la personalidad. No se puede asignar más peso a uno u otro factor, en realidad la personalidad se determina en partes proporcionales.

## **B. TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD**

Las teorías de la personalidad son aquellas que buscan dar una explicación a los procesos y características psicológicas fundamentales que se encuentran en la naturaleza humana; estas se interesan en la investigación y descripción de factores que conforman a una persona, con el fin de comprender su conducta e intentar predecirla.

Estas teorías sirven como un resumen del criterio de los teóricos acerca de la naturaleza humana en general y como una guía para entender un caso individual. Las teorías parten de diferentes supuestos filosóficos y explican distintas metodologías, evolución, origen y los posibles cambios de la personalidad. En consecuencia, estas teorías son interpretaciones personales de la naturaleza psicológica individual y colectiva de la persona, que tienen la capacidad de describir, explicar, predecir y cambiar la personalidad de un individuo, por tal motivo pueden considerarse como guías para comprender la naturaleza humana.

Uno de los primeros modelos o tipologías fue descrita por Hipócrates entre el año 460 y 357 antes de Cristo; la teoría de Hipócrates, quien se considera padre de la medicina actual, establecía que las enfermedades eran causadas por un desequilibrio de los fluidos corporales, también llamados humores. De este modo se originaron cuatro personalidades diferentes que tenían su origen en el tipo de fluido:

- Sanguíneo.
- Colérico.
- Flemático.
- Melancólico.

De este modo, la personalidad comenzó a determinarse y a explicarse de manera más objetiva, sin embargo, esta categoría de Hipócrates aún carecía de la veracidad científica que necesitaba un estudio relacionado con la personalidad, no obstante funcionó como base previa para la siguiente clasificación:

- Introvertido.
- Extrovertido.
- Racional.
- Emocional.

De acuerdo a estas características, las personas podían clasificarse dependiendo de cómo se consideraban. A partir de esta clasificación, la teoría de la personalidad comenzó a ganar adeptos dentro de las investigaciones en psicología y psiquiatría, en un intento por establecer parámetros en la descripción de la personalidad humana. Una teoría necesariamente requiere de un sustento filosófico que valide la confiabilidad de las investigaciones realizadas posteriormente.

En esta línea se pueden identificar determinadas teorías que efectivamente son consideradas válidas para el estudio del ser humano y su personalidad. Las primeras investigaciones surgieron con la observación de determinadas características del ser humano, estas características inicialmente se referían al comportamiento, porque es lo más evidente, posteriormente el comportamiento se clasificó hasta formar un conjunto de características que se encontraban en la mayoría de las personas. Las coincidencias en la conducta de las personas condujeron a los científicos e investigadores a diferenciar hábitos, rasgos y contextos en los que se desarrollaban. Partiendo de la clasificación anterior –introversión, extroversión, racional o emotivo-, las personas desplegaban comportamientos relacionados a las características que poseían, formando así combinaciones específicas, por ejemplo, existen personas introvertidas racionales, extrovertidas emocionales, introvertidas emocionales o extrovertidas racionales; de esta manera, las cuatro clasificaciones se convirtieron en ocho. Desde esta perspectiva, el análisis de la personalidad resulta complejo, debido a que las diferentes visiones teóricas determinan la complejidad del fenómeno, de este modo, existen enfoques que estudian la personalidad desde una perspectiva

particular e individual, en cambio otras generalizan su estudio. No existe una teoría única de la personalidad, en ese sentido, además de ser un fenómeno complejo, también es un fenómeno amplio de conocimiento. No existe una teoría de la personalidad mejor que otra, cada una de ellas explica y comprende al ser humano desde su visión, sin embargo, si es posible hablar de una teoría funcional o disfuncional, en el entendido de que una teoría no aplicará en determinados contextos o condiciones. A pesar de las limitaciones de cada una de estas teorías, todas y cada una de ellas ofrece una perspectiva particular de entendimiento del ser humano. (Seelbach, 2013).

### **C. TRASTORNOS CLÍNICOS**

Se conoce como trastorno mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. En este marco, resulta interesante destacar que una enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones. Resulta importante mencionar que los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos (ya sean de orden genético, neurológico u otros), ambientales o psicológicos. Por eso requieren de un abordaje multidisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida del sujeto. Muchos son los signos o síntomas que dan muestra de que alguien está sufriendo un trastorno mental. Así, por ejemplo, entre los mismos se encuentran trastornos del sueño, tristeza, ansiedad, alteraciones en lo que es la memoria, dificultad palpable para pensar con absoluta claridad, conducta de tipo agresivo o incluso cambios y problemas en lo que es tanto la percepción visual como la auditiva. Aunque existen diversas categorías de trastornos mentales, las principales están basadas en los trastornos neuróticos y los trastornos psicóticos. Los mencionados en primer lugar alteran la percepción que el individuo tiene en torno a sí mismo y el grado de aprobación del Yo. Más allá de esto, no representan una distorsión del plano real ni provocan aislamientos importantes de la vida social.



Los trastornos psicóticos, en cambio, pueden incluir delirios, fuertes dificultades de carácter afectivo y relacional o alucinaciones. Por lo general, estos están determinados por razones orgánicas relevantes.

### **a) Esquizofrenia**

La Esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad.

Según el DSM-5 la esquizofrenia y los desórdenes psicóticos están definidos como una anomalía en una o más de los siguientes: desilusiones, alucinaciones, desorganización mental (hablar), comportamiento motor gravemente desorganizado o anormal (incluyendo catatonia), y síntomas negativos. Es un trastorno mental que dificulta diferenciar lo que es real de lo que no. También dificulta pensar con claridad, tener respuestas emocionales normales y actuar de manera normal en situaciones sociales.

Según en CIE-10 este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en actos y pensamientos del individuo afectado.

La esquizofrenia en los niños por lo general comienza después de los 5 años de edad. Es poco común en la niñez y puede ser difícil diferenciarla de otros problemas del desarrollo, como el autismo.

Los síntomas generalmente se van presentando lentamente a lo largo de meses o años. La persona puede tener muchos síntomas, o solo algunos. Las personas con esquizofrenia pueden tener dificultad para conservar amigos y para trabajar. También pueden tener problemas de ansiedad, depresión y pensamientos o comportamientos suicidas.

## **b) Trastorno Delirante**

Grupo de trastorno caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondríaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despiden mal olor o que se es homosexual. Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos.

Suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces, especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo, surge en el inicio de la madurez. El contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

### **c) Depresión Mayor**

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. Si bien las causas de la depresión no son conocidas, diferentes factores podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad). También podrían jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de una depresión, dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico o disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

### **d) Trastorno Bipolar**

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave, caracterizada por un estado de ánimo fluctuante entre dos polos opuestos: la manía/hipomanía (fase de exaltación, euforia y grandiosidad) y la depresión (fase en la que predomina la tristeza, inhibición e ideas de muerte). Es una enfermedad crónica, con un curso fásico y recurrente, que debe ser diagnosticada oportunamente debido a que limita la funcionalidad del paciente, implica una enorme carga socioeconómica y está asociada a una alta morbilidad y mortalidad si no es tratada.

La edad promedio del trastorno bipolar habitualmente es a los 21 años, para el trastorno bipolar I es 18,4 y para el trastorno bipolar II es 20 años con un intervalo entre 5 a 10 años desde la edad de inicio de los síntomas al inicio del tratamiento.

El comienzo temprano se asocia con género femenino, mayor número de síntomas psicóticos a lo largo del curso clínico, mayor comorbilidad global y un periodo más prolongado desde el primer episodio hasta el diagnóstico y tratamiento adecuado.

#### **e) Ansiedad generalizada**

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad excesiva (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistente (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difícil de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar tarde a un sitio o a una cita. En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse. Conviene tener en cuenta que puede ser difícil para los niños reconocer en qué medida sus preocupaciones son incontrolables; el informe de los padres parece aquí especialmente importante. Según el DSM-IV, los niños y adolescentes con TAG tienden a preocuparse excesivamente por su competencia o la calidad de su actuación en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando no son evaluados. Otros temas de preocupación son la puntualidad y acontecimientos catastróficos como los terremotos y la guerra nuclear. Los niños con TAG pueden mostrarse conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos debido a una insatisfacción excesiva con resultados que no son perfectos. Buscan en demasía

la aprobación y requieren ser tranquilizados en exceso respecto a su actuación y otras preocupaciones.

#### **f) Estrés postraumático**

El trastorno de estrés postraumático o TEPT es una enfermedad real. Puede padecer de TEPT después de haber vivido o presenciado un acontecimiento peligroso, como una guerra, un huracán, o un accidente grave. El TEPT hace que se sienta estresado y con miedo una vez que ha pasado el peligro. Afecta su vida y las vidas de las personas que lo rodean. Si sufre de TEPT, puede recibir tratamiento y sentirse mejor. El TEPT puede afectar a cualquier persona de cualquier edad, incluso los niños también pueden padecerlo. No es necesario que sufra una lesión física para padecer de TEPT, puede padecerlo después de haber visto que otras personas, como un familiar o amigo, sufren un daño. El experimentar o presenciar una situación perturbadora y peligrosa puede causar TEPT. Entre estas situaciones se pueden incluir las siguientes:

- Ser víctima de violencia o presenciarla
- La muerte o enfermedad grave de un ser querido
- Guerra o combate
- Accidentes automovilísticos y aéreos
- Huracanes, tornados, e incendios
- Delitos violentos, como un robo o tiroteo.

#### **g) Trastornos somatomorfos**

Trastorno caracterizado por síntomas físicos que sugieren una alteración somática, para los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que existen pruebas de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos. En este trastorno aparece con frecuencia un comportamiento de demanda de atención histriónica, en particular en enfermos resentidos por no convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática y que las necesidades de realizar exámenes o

exploraciones, a su parecer son necesarios. Pueden estar presentes síntomas depresivos y/o ansiosos. El curso del trastorno es crónico y fluctuante, afecta la actividad social, laboral y familiar del paciente. El trastorno es más frecuente en mujeres que en varones y por lo general comienza al principio de la vida adulta.

#### **h) Trastorno de identidad disociativo**

El trastorno de identidad disociativo, antes llamado trastorno de personalidad múltiple, consiste en la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo). Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.

La disociación es un estado en el que una persona se separa de la realidad. La persona con un trastorno de identidad disociativo es incapaz de recordar información personal importante debido a que se trata de acontecimientos que han ocurrido cuando otra de las identidades tenía el control. Es un trastorno que aparece en la infancia, nunca en la edad adulta, aunque persiste durante la edad adulta.

No todas las personas son capaces de disociar, pero aquellas que nacen con un capacidad innata para hacerlo, suelen responder de este modo ante el abuso continuado, como un modo de escapar de él. La persona capaz de disociar suele ser artísticamente creativa y con una capacidad alta para ser hipnotizada. Por tanto, para que aparezca el trastorno han de darse las siguientes características:

- Que la víctima tenga una predisposición psicobiológica para disociar como mecanismo de defensa.
- Que suceda un acontecimiento traumático que desencadene la disociación.
- Que sucedan traumas repetidos que encadenen las diversas disociaciones en una nueva identidad.

Es decir, no todas las personas que han tenido un episodio disociativo como respuesta a un trauma desarrollan un trastorno de identidad disociativo. Para ello es necesario que el trauma sea repetido a lo largo del tiempo.

### **i) Trastornos adaptativos**

El trastorno de adaptación es una reacción emocional o del comportamiento ante una situación identificable que provoca estrés o cambio en la vida al cual la persona no se ha ajustado adecuadamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable (porque sus componentes emocionales y conductuales resultan de mayor intensidad o son más incapacitantes que los esperados) ante esa situación al cambio. La reacción debe producirse en un lapso de tres meses posteriores al suceso o al cambio que provoca el estrés.

Los trastornos de adaptación son básicamente reacciones muy intensas a un hecho estresante de la vida, que son lo suficientemente severas para un trastorno mayor de depresión o del estado de ánimo. Se distingue de la reacción normal ante el estrés porque sus componentes emocionales y conductuales resultan de mayor intensidad o son más incapacitantes que lo esperado. Los trastornos agrupados en esta categoría aparecen siempre como consecuencia directa de un estrés agudo grave o de situación traumática sostenida.

### **D. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

Los Trastornos de la Personalidad (TP), según la OMS, representan desviaciones extremas o significativas de la forma mediante la cual el individuo medio de una cultura percibe, piensa, siente y se relaciona con los demás. Estas pautas de conducta tienden a ser estables y a abarcar múltiples dominios de conducta y funcionamiento psicológico; suelen estar asociadas, pero no siempre, con varios grados de sufrimiento subjetivo y de problemas relacionados en el funcionamiento y rendimiento social.

Los trastornos de personalidad se refieren a formas habituales de ser y de comportarse, duraderas en el tiempo, generalizadas a todas las facetas de la vida y con una cierta inflexibilidad. Sin embargo, desde una perspectiva dimensional se entiende que entre el estilo de personalidad y el trastorno de personalidad se da un continuo que puede constar de los mismos rasgos pero con un grado de

desadaptación menor y con una mayor flexibilidad y posibilidad de cambio. (Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V. y Sánchez, Ma., 2012).

Los trastornos de la personalidad están reunidos en el DSM-IV en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características.

- El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad.
- El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad.
- El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad.

#### **a) Paranoide**

El trastorno de personalidad paranoide se caracteriza por un patrón de conducta estable caracterizado por la desconfianza y la suspicacia, de forma que se interpreta maliciosamente la intención de los actos de los demás. La sospecha de ir a ser engañados se mantiene constante pese a la ausencia de datos que lo justifiquen, así evitan dar datos a los demás que consideran que serán utilizados en su contra. La percepción continua de ataques contra su persona o a su reputación genera rencores mantenidos de forma prolongada en el tiempo. La desconfianza sobre la lealtad o fidelidad de amigos y parejas ocasiona graves dificultades de convivencia. El diagnóstico diferencial se debe realizar sobre la esquizofrenia u otra patología de la verificación de la realidad por una enfermedad o por el consumo de sustancias. El tratamiento es muy complicado de realizar, dado que muy raramente el paciente va a solicitar ayuda y con mayor frecuencia desconfiará de la solución propuesta. Farmacológicamente se recomendaba la utilización de neurolépticos de baja potencia, para evitar los efectos secundarios. Más modernamente, otros neurolépticos de “segunda generación” con escasos efectos secundarios también pueden facilitar la psicoterapia. Ésta debe basarse en un mejor contacto y confrontación progresiva de la realidad, admitiendo la existencia de la desconfianza como eje de las dificultades presentadas.



Los síntomas de la paranoia se encuentran en una gran variedad de psicopatologías diversas. Sus manifestaciones pueden ir desde la característica suspicacia (como la encontrada en el trastorno de personalidad paranoide) hasta las alucinaciones persecutorias que caracterizan la psicosis paranoide. Pero estos síntomas de la paranoia no son específicos de estos síndromes, ya que también se encuentran a menudo en la esquizofrenia, en la manía y en ciertos trastornos orgánicos. Sea cual fuera la naturaleza del diagnóstico primario, la valoración de los síntomas de la paranoia supone un difícil reto ya que el paciente es, por definición, defensivo y suspicaz hacia cualquier esfuerzo por diagnosticarlo o tratarlo.

## **b) Esquizoide**

Ortiz-Tallo, M. et al. (2012): La personalidad esquizoide se caracteriza por una escasa relación social, debido al casi o nulo interés del sujeto por los contactos interpersonales. Tiene, por tanto, un estilo interpersonal con una insuficiente afabilidad y con pocos cambios emocionales.

Las dificultades graves para poder tener relaciones afectivas con otras personas y responderlas de forma emocionalmente adecuada es la característica principal del trastorno esquizoide de la personalidad. De esta forma no se suele desear ni disfrutar de las relaciones personales, ni siquiera de la familia, por lo que se tiende a elegir actividades solitarias. No se disfruta de prácticamente ningún tipo de actividad, ni amistad ni relaciones sexuales. Todo esto se enmarca en un clima de frialdad emocional en el que los halagos o las críticas de los demás son irrelevantes. Este trastorno debe distinguirse de otros trastornos de la personalidad, en especial del evitativo. En éste el rechazo del contacto se produce por el miedo a ser rechazado, mientras que en el esquizoide simplemente no se desea tener contacto, sin más motivación. Asimismo debe ser diferenciado del trastorno esquizotípico, que veremos a continuación. Al igual que éste, debe ser distinguido asimismo como patología del espectro esquizofrénico, sin ser esquizofrenia.

### **c) Esquizotípico**

La personalidad esquizotípica es excéntrica en su aspecto y en su comportamiento. Presenta experiencia inusual y rara que bordean la sintomatología psicótica: creencias y pensamientos mágicos, supersticiones, sensaciones extrañas, etc. Los sujetos tienen, por tanto, un pensamiento alterado y como consecuencia de sus comportamientos suelen mantener escasas relaciones interpersonales consideradas normales. Ortiz-Tallo, M. et al. (2012).

El trastorno esquizotípico de la personalidad agrupa una serie de alteraciones en el comportamiento, pensamiento y percepción. Entre estas alteraciones destacan las ideas de referencia, sin llegar a tener carácter delirante, estableciendo una tendencia al pensamiento mágico que afecta a la conducta y que no se explica por normas subculturales como la superstición. Se producen problemas sociales e interpersonales junto a una reducción de las relaciones sociales de comienzo al principio de la vida adulta. El aspecto en general es extraño, el pensamiento tiende a la suspicacia o a lo paranoide, y la expresión del lenguaje se hace rara, así como las experiencias perceptivas. El resultado final es una falta de amigos y de confianza, salvo en familiares de primer grado, generando una elevada ansiedad social relacionada fundamentalmente con los miedos paranoides más que con juicios negativos autocríticos sobre sí mismo. En el diagnóstico diferencial, además de otros trastornos de la personalidad como el evitativo y el esquizoide, previamente comentado, es importante descartar la fobia social. En ésta existe una dificultad a la realización de actividades en público, pero enmarcado en el miedo a la realización inadecuada y la subsiguiente crítica, pero no existen atipias perceptivas ni de procesamiento de la información, simplemente sobrevaloración de la importancia de la ejecución de las tareas de determinada forma. La diferenciación más importante es con la esquizofrenia, pues situaciones clínicas muy similares fueron calificadas por Bleuler como esquizofrenia latente y es muy frecuente encontrarlo en familiares de pacientes afectos de esquizofrenia.

#### **d) Antisocial**

La personalidad disocial o antisocial se caracteriza por su alta conflictividad con las normas sociales. Los sujetos con este trastorno son personas que suelen tener problemas graves de comportamiento desde la infancia tales como robos, peleas, comportamientos crueles, etc. Ortiz-Tallo, M. et al. (2012).

La característica principal del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. El engaño y la manipulación son características centrales del trastorno. Para que se pueda establecer este diagnóstico el sujeto debe tener al menos 18 años y tener historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los 15 años. El trastorno disocial implica un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales reglas o normas sociales apropiadas para la edad. Los comportamientos característicos específicos del trastorno disocial forman parte de una de estas cuatro categorías: agresión a la gente o los animales, destrucción de la propiedad, fraudes o hurtos, o violación grave de las normas. El patrón de comportamiento antisocial persiste hasta la edad adulta. Pueden mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros o simular una enfermedad. Se puede poner de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro. Las decisiones se toman sin pensar, sin prevenir nada y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás, lo que puede ocasionar cambios repentinos de trabajo, de lugar de residencia o de amistades. Los sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad tienden a ser irritables y agresivos y pueden tener peleas físicas repetidas o cometer actos de agresión. Estos individuos también muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás, tienden a ser continua y extremadamente irresponsables en el trabajo, tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos.

#### **e) Límite**

La personalidad límite es una de las más complejas en el tratamiento clínico. Así, el desequilibrio emocional y los sentimientos intensos e inestables del sujeto, que le

pueden llevar a cambiar súbita y drásticamente de actitud ante las personas. Se percibe inestabilidad emocional, oscilación de la autoimagen y el sentido de sí mismo, difíciles relaciones interpersonales que establecen, autolesiones y autoagresiones. Estas personas sienten a menudo un malestar y una tristeza interna constante que deriva en una enorme sensación de vacío; intensidad en sus vivencias y emociones. Ortiz-Tallo, M. et al. (2012).

El trastorno límite de la personalidad es el diagnóstico más estudiado desde todos los aspectos en el campo de la personalidad. Inicialmente se trató de asimilarlo al grupo de los trastornos afectivos (Akiskal) por su inestabilidad, posteriormente trató de asimilarse al trastorno de estrés postraumático (Grossman, Yehuda) por su frecuente relación con el trauma infantil y la impulsividad cognoscitiva y conductual. Sin embargo, estas investigaciones han ayudado a configurar una patología biológicamente independiente de cualquier otro grupo como destacan las pruebas endocrinológicas (en España López-Ibor, Carrasco y Pastrana) y neurofuncionales. El estado actual de la ciencia permite considerar la existencia de alteraciones de la función cerebral encargadas de la asignación de significado emocional a los recuerdos y a los hechos del presente, de forma que se responde con frecuencia de forma excesiva ante estímulos menores (similar al estrés postraumático) y con tendencia a la inestabilidad emocional, que repercute en una peor asignación de emociones (similar al trastorno bipolar). Esta impulsividad e inestabilidad emocional repercute directamente en impulsividad e inestabilidad conductual. En función de la predominancia de la impulsividad conductual o de la inestabilidad emocional sobre los síntomas clínicos, la OMS en su clasificación de enfermedades CIE-10 distingue un tipo de trastorno límite impulsivo, otro inestable emocionalmente y otro mixto. Si bien el sentido común avala estas distinciones, la investigación biológica (basada generalmente en criterios DSM) no parece encontrar alteraciones que sustenten esta diferenciación. La clínica queda caracterizada por un patrón de inestabilidad en las relaciones consigo mismo (autoimagen inestable), con los demás en las relaciones interpersonales, en especial de pareja (esfuerzos frenéticos para evitar ser abandonado, alterna entre la idealización y la devaluación) y con la sociedad, en especial en los trabajos (frecuentes cambios de trabajo o de la forma de hacerlo). Además, la impulsividad, demostrable biológicamente, se evidencia en los actos o

amenazas de suicidio o de automutilación o potencialmente lesivos como gastos excesivos, relaciones sexuales intempestuosas, uso de sustancias tóxicas, conducción temeraria o atracones de comida. La hiperreactividad afectiva cursa con episodios de horas y a veces días de duración, con dificultad para manejar la ira y la confianza en los demás.

#### **f) Histriónico**

La personalidad con rasgos histriónicos se caracterizan por una gran necesidad de los demás, de atraer a otros y de acaparar su atención de forma desmesurada. Muestran una intensa necesidad de estima y manifiestan una avidez excesiva de aprobación y de elogios. Ortiz-Tallo, M. et al. (2012).

El trastorno histriónico de la personalidad es el paradigma de la emotividad y la búsqueda de atención. Constituye un diagnóstico que se tiende a evitar por la carga peyorativa que arrastra, pese a que parece relacionarse genéticamente con el trastorno por somatización. Algunos autores sostienen que se trata de la variante femenina de un mismo trastorno que en varones conduciría al trastorno antisocial o al narcisista. Clínicamente se caracteriza por la búsqueda de la atención de los demás, por lo que tiende a provocar o seducir sexualmente a los demás, el aspecto físico se utiliza para llamar la atención. Es constante que considere sus relaciones como más íntimas de lo que en realidad son. La comunicación verbal es muy subjetiva y le cuesta establecer matices en las opiniones. Las emociones, expresadas de forma dramática y teatral, suelen ser superficiales y volubles, por lo que es muy sugestionable.

#### **g) Narcisista**

Los sujetos con una personalidad narcisista presentan una elevada y excesiva autoestima, así como una necesidad de sentirse admirados por los demás. Valoran sus propias opiniones de forma desmedida y tratan a los demás de manera despectiva y arrogante. Se consideran, por tanto, superiores a la mayoría de la gente y esperan

que los demás les proporcionen admiración y un trato especial. Ortiz-Tallo, M. et al. (2012).

El trastorno narcisista de la personalidad (TNP) es un trastorno de la personalidad en la que una persona está excesivamente preocupada por la aceptación de los demás, el poder, el prestigio, la vanidad, y es mentalmente incapaz de ver el daño destructivo que está causando a sí mismo y a muchos otros. Corresponde al grupo B de los trastornos de la personalidad. Se estima que esta condición afecta al uno por ciento de la población, con tasas mayores para los hombres. Se formuló por primera vez en 1968, El TNP tradicionalmente se ha conocido como megalomanía , y es una forma grave de egocentrismo .

#### **h) Evitativo**

La personalidad evitativa se caracteriza por una marcada inhibición social, sentimientos de poca valía y extrema sensibilidad, así como por temor a ser evaluada por otras personas. Estas personas se sienten, por tanto, temerosas de enfrentarse a nuevas situaciones que las hagan perder el equilibrio. Buscan la forma de evitar las relaciones con otros que no sean de su estricta intimidad, evitan las experiencias novedosas y todo aquello que implique exposición a interacciones interpersonales o la posibilidad de ser evaluadas. Ortiz-Tallo, M. et al. (2012).

El trastorno de la personalidad por evitación se caracteriza por un patrón de conducta de inhibición social debido a unos marcados sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación. Por ello se evita relaciones íntimas y actividades o trabajos que puedan implicar un contacto interpersonal por el miedo a la crítica y la desaprobación, sólo se implica con la gente si está convencido de que va a gustar. Los sentimientos de inferioridad le hacen verse socialmente incapaz y sin interés en el terreno personal. Como se mencionó anteriormente, el trastorno evitativo se debe distinguir del esquizoide basándose en la falta del deseo de mantener relaciones del esquizoide y en la inseguridad del evitativo. Para distinguirlo del trastorno dependiente de la personalidad es importante fijarse en que la inseguridad del dependiente se soluciona cuando es acompañado en la ejecución de la tarea o en la toma de decisión, mientras que en el evitativo no. Asimismo es importante

distinguirlo de la fobia social, aunque para algunos autores se trata de dos grados distintos de la misma enfermedad.

### **i) Dependiente**

La personalidad dependiente deposita toda su confianza en los demás para afrontar los problemas cotidianos. Necesita del apoyo afectivo y emocional de los otros para sentirse bien. Debido a estos rasgos, mantiene a veces una actitud de sumisión y de temor a que las personas cercanas le abandonen. Este estilo de relación potencia que la persona se muestre siempre amable y dispuesta a complacer a los demás. Son personas que se sienten heridas con facilidad por las críticas y las opiniones de los demás, estando su autoestima muy influenciada por la opinión de los otros. Ortiz-Tallo, M. et al. (2012).

El trastorno de la personalidad por dependencia necesita sentir que los demás se ocupan de uno, desarrollando conductas de sumisión, con miedo a la separación y soledad. Es incapaz de tomar decisiones cotidianas si no es intensamente asesorado por los demás, que deben asumir sus responsabilidades y de cuyas opiniones no se puede discrepar. En ocasiones, el deseo de mantener la “protección” de los demás lleva a realizar tareas desagradables que nadie más quiere realizar. Por esa inseguridad son incapaces de iniciar o crear proyectos, de cuidar de sí mismos, lo que genera un miedo intenso a ser abandonado y si eso sucede buscan urgentemente otra relación que aporte el cuidado y apoyo necesario.

### **j) Obsesivo – compulsivo**

La personalidad obsesiva compulsiva tiene como síntomas esenciales los pensamientos obsesivos y las compulsiones. Son personas perfeccionistas, ordenadas y excesivamente formales en su trato. Su falta de flexibilidad y su dificultad para relajarse en las relaciones sociales suelen reflejarse en su afabilidad. Necesitan la seguridad en su vida diaria, no gustándoles los cambios ni la búsqueda de nuevas experiencias. Ortiz-Tallo, M. et al. (2012).

Esta personalidad conlleva una preocupación patológica por el orden, el perfeccionismo y el control, impidiendo la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Los detalles, normas, listas y horarios hacen perder de vista el objetivo principal. Las tareas no se terminan en plazos habituales, por lo que requiere una dedicación al trabajo y a la productividad que excluye actividades de ocio y tiempo libre, no puede delegar. Aparenta avaricia, tacañería, debido a la restricción de gastos económicos para sí y para los demás, incluso acumula objetos que han perdido la utilidad y carecen de valor sentimental.

#### **k) Pasivo – agresivo**

La persona con una personalidad pasiva – agresiva presenta una actitud negativista en las relaciones y una resistencia a colaborar con otros. A menudo se opone a todo lo que se le propone sin ser capaz de dar alternativas que consigan conformarle. Estas personas tienden a mostrarse irritables y de mal humor con los demás. Ortiz-Tallo, M. et al. (2012).

Se caracterizan básicamente por buscar la compañía de los demás pero al mismo tiempo y debido a su gran ambivalencia, les rechazan y alienan. Por un lado la persona quiere que alguien cuide de él o haga su vida gratificante, pero por otro lado, no quiere perder autonomía o libertad y le disgusta aceptar indicaciones y mandatos, en general de aquellos de los que dependen. Están atrapados entre la intensa dependencia y la demanda de autonomía.



## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación ha optado por utilizar un paradigma cuantitativo, es así que se utilizará la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar la hipótesis establecida previamente, la misma confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. (Sampieri y Fernandez, 2006).

El método científico nos ayudará a seguir un conjunto de pasos propuestos con el propósito de adquirir conocimientos válidos por medio de ciertos instrumentos de gran confiabilidad para alcanzar un conocimiento correcto y legítimo.

Abordaremos el problema de investigación a través del diseño de investigación Transeccional Descriptivo Comparativo. Puesto que indagaremos la incidencia de las modalidades, niveles o categorías de una o más variables y describiremos la relación que existe entre ellas en un solo momento determinado. (Hernández Sampieri, 2006).

## 2. SUJETOS

La población del presente estudio estuvo conformada por los alumnos de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín. Como primera muestra tuvimos un total de 283 estudiantes de 1° y 2° año A, B y C respectivamente, los cuales fueron evaluados con la Escala de Ideación Suicida de Beck para determinar la prevalencia de ideación suicida e intento suicida. Nuestra segunda muestra estuvo conformada por 55 sujetos que fueron evaluados con el Inventario de Personalidad – PAI.

### A. Criterios de Inclusión:

- Ambos instrumentos serán tomados de forma simultánea a los estudiantes que deseen colaborar con la realización de la evaluación.
- Sujetos que pertenezcan a la Escuela Profesional de Psicología.
- Sujetos que presenten ideación suicida o intento suicida.

### B. Criterios de Exclusión:

- Sujetos que no deseen participar de la investigación.

### CUADRO N° 2: Muestra

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS		FRECUENCIA	%
SEXO	Femenino	39	70.9%
	Masculino	16	29.1%
EDAD ESTADO	17 a 20 Años	47	85.4%
	22 a 26 Años	8	14.5%
CIVIL AÑO DE	Soltero	53	96.4%
	Casado	1	1.8%
	Conviviente	1	1.8%
ESTUDIOS	1°	26	47.3%
	2°	29	52.7%
SECCIÓN	A	19	34.5%
	B	17	30.9%
	C	19	34.5%
RELIGIÓN	Católico	31	56.4%
	Cristiano	5	9.1%
	Agnóstico	4	7.3%
	Mormón	2	3.6%
	Ateo	1	1.8%
	Testigo de Jehová	1	1.8%

	Otro	1	1,8%
	No contesta	10	18,2%
<b>PROCEDENCIA</b>	Arequipa	37	67,3
	Puno	3	5,5
	Apurímac	1	1,8
	Tacna	2	3,6
	Moquegua	1	1,8
	Cusco	4	7,3
	Mollendo	1	1,8
	Camana	2	7,3
	Cotahuasi	1	1,8
	Ilo	2	3,6
	Otros	1	1,8
<b>MANTIENE UNA RELACION SENTIMENTAL</b>	Si	21	38,2
	No	34	61,8
<b>PRESENTA DIFICULTAD EN SU RELACION SENTIMENTAL</b>	Si	12	21,8
	No	43	78,2
<b>RELACION CON SU FAMILIA</b>	Buenas relaciones	23	41,8
	Relaciones regulares	30	54,5
	Mala relación	2	3,6

### 3. INSTRUMENTOS

#### A) INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE PERSONALIDAD – PAI

<b>Nombre</b>	: PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad).
<b>Autor</b>	: Leslie C. Morey.
<b>Año</b>	: PAR, Psychological Assessment Resources, 1991,2007.
<b>Ámbito de aplicación</b>	: Adultos (18 años en adelante)
<b>Tiempo de aplicación</b>	: Variable, 45 minutos aproximadamente.
<b>Aplicación</b>	: Individual o colectiva, tanto a varones como mujeres.
<b>Finalidad</b>	: Evaluación comprehensiva de la psicopatología de adultos, proporciona información sobre las variables clínicas, y de personalidad más relevantes en los ámbitos clínico y forense. Tiene 22 escalas que incluyen validez, trastornos clínicos, rasgos/trastorno

de personalidad, consideraciones para el tratamiento y escalas de relaciones interpersonales.

#### **a) Descripción de la prueba**

El PAI contiene 344 ítems que permiten obtener puntuaciones en 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y dos escalas de relaciones interpersonales.

El sistema de respuesta del PAI ha sido construido manteniendo la clásica dicotomía falso/verdadero típico de las pruebas de personalidad pero permitiendo matizar el grado en que algo es verdadero (ligeramente, bastante, completamente) o falso (ligeramente, bastante, completamente); siendo sus alternativas de respuesta las siguientes: Falso, no es cierto en absoluto, ligeramente verdadero, bastante verdadero, completamente verdadero.

#### **b) Descripción de Escalas del PAI**

##### **❖ Escalas de validez:**

- **Inconsistencia (INC):** Indica si el evaluado responde de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí.
- **Infrecuencia (INF):** Indica si el evaluado ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas normales como en pacientes clínicos.
- **Impresión Negativa (IMN):** Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo extremadamente desfavorable que pueda sugerir exageración de síntomas.
- **Impresión Positiva (IMP):** Indica si el evaluado está presentando una imagen de sí mismo muy favorable y evita admitir pequeños defectos.

❖ **Escalas Clínicas:**

- **Quejas somáticas (SOM):** Evalúa las preocupaciones relacionadas con la salud física y las quejas somáticas habituales presentes en los trastornos de somatización o conversión.
- **Ansiedad (ANS):** Evalúa las manifestaciones y los signos observables de ansiedad con especial énfasis en la evaluación de sus distintas modalidades (cognitiva, emocional y fisiológica).
- **Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA):** Evalúa los síntomas y conductas relacionadas con trastornos específicos de la ansiedad, específicamente fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos.
- **Depresión (DEP):** Evalúa las manifestaciones y síntomas de los trastornos depresivos.
- **Manía (MAN):** Evalúa los síntomas afectivos, cognitivos y conductuales de la manía y de la hipomanía.
- **Paranoia (PAR):** Evalúa los síntomas de los trastornos paranoides y las características más estables de la personalidad paranoide.
- **Esquizofrenia (ESQ):** Evalúa los síntomas clave del espectro de los trastornos esquizofrénicos.
- **Rasgos límites (LIM):** Evalúa los atributos indicativos de la personalidad limite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada.
- **Rasgos antisociales (ANT):** Evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad así como el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.
- **Problemas con el alcohol (ALC):** Evalúa las consecuencias negativas del consumo de alcohol y los rasgos indicativos de su dependencia.
- **Problemas con las drogas (DRG):** Evalúa las consecuencias negativas del uso de drogas y los rasgos indicativos de su dependencia.

❖ **Escalas relacionadas con el tratamiento:**

- **Agresión (AGR):** Evalúa las características y actitudes relacionadas con la ira, la asertividad, la hostilidad y la agresión.
- **Ideaciones suicidas (SUI):** Evalúa la ideación suicida cubriendo un amplio rango que va desde la desesperanza hasta los pensamientos y planes concretos de suicidio.
- **Estrés (EST):** Mide el impacto de circunstancias o situaciones estresantes recientes en la vida del sujeto.
- **Falta de apoyo social (FAS):** Evalúa la falta de apoyo social percibido teniendo en cuenta el nivel y la calidad del apoyo disponible.
- **Rechazo al tratamiento (RTR):** Evalúa aquellos atributos y actitudes que indican una falta de interés y motivación para hacer cambios personales psicológicos o emocionales.

❖ **Escalas de relación interpersonal:**

- **Dominancia (DOM):** Evalúa el grado en que una persona es controladora e independiente en sus relaciones personales. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo dominante mientras que las puntuaciones bajas reflejan un estilo sumiso.
- **Afabilidad (AFA):** Evalúa el grado en que una persona se interesa por aquellas relaciones personales empáticas y de apoyo. Las puntuaciones altas están asociadas a un estilo afable y sociable y las puntuaciones bajas a un estilo frío y indiferente.

**c) Descripción de Sub Escalas del PAI**

❖ **Quejas Somáticas (SOM)**

- **Conversión (SOM- C):** Evalúa los síntomas asociados a los trastornos de conversión, especialmente alteraciones motoras o sensoriales.
- **Somatización (SOM-S):** Evalúa la aparición frecuente de diversos síntomas físicos comunes y de quejas imprecisas de cansancio y mala salud.
- **Hipocondría (SOM-H):** Evalúa la preocupación por el estado de salud y los problemas físicos.

❖ **Ansiedad (ANS)**

- **Cognitiva (ANS-C):** Evalúa la presencia de inquietudes sobre asuntos cotidianos y preocupaciones rumiativas que afectan y limitan su capacidad de atención y concentración.
- **Emocional (ANS-E):** Evalúa la presencia de tensión, cansancio y dificultad para relajarse como resultado del alto nivel de estrés percibido.
- **Fisiológica (ANS-F):** Evalúa los signos físicos manifiestos de tensión y estrés.

❖ **Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)**

- **Obsesivo – compulsivo (TRA-O):** Evalúa la presencia de comportamientos o pensamientos intrusivos así como rigidez, indecisión, perfeccionismo y restricción afectiva.
- **Fobias (TRA-F):** Evalúa la presencia de miedos fóbicos comunes tales como a las situaciones sociales, al transporte público, a las alturas, a los espacios cerrados y a otros aspectos específicos.
- **Estrés postraumático (TRA-E):** Evalúa la existencia de hechos traumáticos que continúan causando malestar y que el sujeto percibe como hechos que le han cambiado o alterado en algún aspecto fundamental de sí mismo.

❖ **Depresión (DEP)**

- **Cognitiva (DEP-C):** Evalúa la presencia de pensamientos de desesperanza, inutilidad y fracaso personal, así como problemas para tomar decisiones y dificultades de concentración.
- **Emocional (DEP-E):** Evalúa la presencia de sentimientos de tristeza, falta de interés en las actividades cotidianas y anhedonia.
- **Fisiológica (DEP-F):** Evalúa los niveles de actividad, energía y rendimiento físico, entre lo que se incluyen interrupciones en sus patrones de sueño, cambios en su apetito o pérdida de peso.

❖ **Manía (MAN)**

- **Nivel de actividad (MAN-A):** Evalúa la desmedida participación en una amplia variedad de actividades de un modo desorganizado y la experimentación de procesos de pensamiento y comportamientos acelerados.
- **Grandiosidad (MAN-G):** Evalúa la existencia de una autoestima hipertrofiada así como cierta expansividad y la creencia de que tiene habilidades o talentos únicos y especiales.
- **Irritabilidad (MAN-I):** Evalúa la existencia de tensión en sus relaciones debido a la frustración del sujeto por la incapacidad o la falta de voluntad de los otros para seguir sus planes, sus exigencias y sus ideas probablemente poco realistas.

❖ **Paranoia (PAR)**

- **Hipervigilancia (PAR-H):** Evalúa la suspicacia y la tendencia a estar atento a posibles desaires reales o imaginarios producidos por otros.
- **Persecución (PAR-P):** Evalúa la creencia de haber sido tratado injustamente y de que existe un interés común entre diversas personas para socavar sus intereses.
- **Resentimiento (PAR-R):** Evalúa la presencia de resentimiento y desconfianza en las relaciones interpersonales y una tendencia a guardar rencor y echar la culpa a los demás de cualquier desgracia.

❖ **Esquizofrenia (ESQ)**

- **Experiencias psicóticas (ESQ-P):** Evalúa la presencia de sensaciones y percepciones poco comunes así como de pensamiento mágico y otras ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes.
- **Indiferencia social (ESQ-S):** Evalúa el aislamiento social así como la torpeza y la incomodidad en las relaciones sociales.
- **Alteración del pensamiento (ESQ-A):** Evalúa la confusión, los problemas de concentración y la desorganización de los procesos de pensamiento.



❖ **Rasgos límites (LIM)**

- **Irritabilidad emocional (LIM-E):** Evalúa la sensibilidad emocional los cambios bruscos de humor y el escaso control emocional.
- **Alteración de la identidad (LIM-I):** Evalúa la existencia de dudas sobre los principales aspectos de la vida y la presencia de sentimientos de vacío, de falta de realización y de ausencia de objetivos.
- **Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P):** Evalúa la presencia de una historia de relaciones intensas y ambivalentes en las que se ha sentido traicionado y explotado.
- **Autoagresiones (LIM-A):** Evalúa la impulsividad en áreas que tienen un alto potencial de consecuencias negativas.

❖ **Rasgos antisociales (ANT)**

- **Conductas antisociales (ANT-A):** Evalúa el historial de actos antisociales y la implicación en actividades ilegales.
- **Egocentrismo (ANT-E):** Evalúa la falta de empatía o remordimiento y un enfoque generalmente explotador de las relaciones interpersonales.
- **Búsqueda de sensaciones (ANT-B):** Evalúa el ansia por nuevas sensaciones y emociones así como una baja tolerancia al aburrimiento y una tendencia a ser temerario y a asumir riesgos.

❖ **Agresión (AGR)**

- **Actitud agresiva (AGR-A):** Evalúa la hostilidad, el escaso control de la expresión de la ira y la creencia en la utilidad instrumental de la agresión.
- **Agresiones verbales (AGR-V):** Evalúa las agresiones verbales de ira, incluyendo desde las asertivas a las ofensivas, así como una tendencia a expresar su ira a los demás.
- **Agresiones físicas (AGR-F):** Evalúa la tendencia a manifestar físicamente su ira, incluyendo los daños a la propiedad, las peleas físicas y las amenazas de violencia.

#### **d) Descripción de los índices complementarios del PAI**

##### **❖ Validez**

- **Inconsistencia al final del cuestionario (INC-F):** Indica si el evaluado ha respondido a la parte final del cuestionario de forma inconsistente. Puntuaciones altas son indicativas de un patrón de respuesta al azar en la parte final de la prueba.
- **Índice de simulación (SIM):** Evalúa la presencia de ocho características del perfil que suelen observarse más frecuentemente en muestras de simuladores. Puntuaciones altas son indicativas de exageración de síntomas.
- **Función discriminante de Rogers (FDR):** Índice resultado de la función discriminante calculada para maximizar la diferencia entre sujetos instruidos para responder simulando síntomas frente a pacientes clínicos genuinos. Puntuaciones altas son indicativas de exageración de síntomas.
- **Índice de defensividad (DEF):** Evalúa la presencia de ocho características del perfil que suelen observarse más frecuentemente en muestras de disimuladores. Puntuaciones altas son indicativas de disimulación.
- **Función discriminante de Cashel (FDC):** Índice resultado de la fusión discriminante calculada para maximizar la diferencia entre sujetos instruidos para presentarse idealmente frente a sujetos que respondían honestamente a la pruebas. Puntuaciones altas son indicativas de disimulación.

#### **e) Índices potenciales**

- **Índice potencial de suicidio (IPS):** Evalúa la presencia de veinte características del perfil que suelen estar asociados a la conducta suicida. Es un indicador indirecto ya que no incluye la puntuación en la escala SUI que evalúa explícitamente la presencia de ideación suicida. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de suicidio.
- **Índice potencial de violencia (IPV):** Evalúa la presencia de veinte características del perfil que suelen estar asociadas a la conducta violenta hacia otros y peligrosidad. Es un indicador indirecto. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de violencia hacia otros.

- **Índice de dificultad en tratamiento (IDT):** Evalúa la presencia de doce características del perfil que suelen estar asociadas a dificultades en el tratamiento o la intervención. Puntuaciones altas son indicativas de una mayor probabilidad de dificultades en el tratamiento y su abandono.

#### f) Índices estimados

- **Índice estimado de problemas con el alcohol (ALC-Est):** Indica que puntuación en la escala ALC cabría esperar a partir de las puntuaciones en otras escalas del PAI. Una puntuación en ALC-Est sensiblemente superior a la obtenida en ALC puede ser indicativa de disimulación de problemas relacionados con el consumo de alcohol.
- **Índice estimado de problemas con las drogas (DRG-Est):** Indica que puntuación en la escala DRG cabría esperar a partir de las puntuaciones en otras escalas del PAI. Una puntuación en DRG-Est sensiblemente superior a la obtenida en DRG puede ser indicativa de disimulación de problemas relacionados con el consumo de drogas.

#### g) Calificación

El primer paso para la corrección será examinar la hoja de respuestas y determinar si el sujeto ha respondido a todos los ítems de la prueba y, en caso que no haya sido así, ver el número de veces que ha omitido una respuesta o ha dado dos respuestas a un mismo ítem, sin marcar cual es la definitiva. La presencia de omisiones o de dobles respuestas reduce artificialmente las puntuaciones del PAI y afecta la interpretación de sus escalas. Por ese motivo se considera un protocolo inválido a partir de 18 o más omisiones o dobles respuestas, sin que sea posible su corrección o interpretación dado su efecto sobre los resultados obtenidos.

Luego se vaciar datos en el software en el perfil se dibujaran las puntuaciones T obtenidas por el evaluado en cada una de las escalas; teniendo en consideración que la puntuación T de 50 indica la puntuación media obtenida en la muestra normal; la puntuación T de 70 equivale a un percentil aproximado de 96. A parte de las puntuaciones de cada una de las escalas, sub escalas e índices complementarios del

PAI en la última página del perfil se incluye información sobre los ítems críticos para alertar al profesional sobre posibles situaciones que requieren atención rápida.

## **h) Validez**

### **❖ Validez de constructo.**

En primer lugar se analizaron las frecuencias de respuestas a los ítems para a continuación valorar su convergencia y divergencia como otros indicadores del constructo medido y evaluar finalmente su carga de deseabilidad social. De igual modo fue de suma importancia la asunción de que ningún parámetro cuantitativo por si solo debía ser utilizado como criterio para la selección de ítems. El PAI busco seleccionar elementos que equilibraran los diferentes parámetros deseables de forma que las escalas pudieran resultar útiles para una amplia variedad de aplicaciones.

### **❖ Validez discriminante.**

En el proceso de construcción del PAI se implementaron distintos procedimientos con el objetivo de maximizar su validez discriminante. Los ítems se escribieron prestando una atención particular a su especificidad. Expertos realizaron un reparto ciego de los elementos en las escalas de los trastornos para determinar si podían relacionar con acierto los ítems con el constructo apropiado. Se crearon conjuntos de contraste para estas distinciones con el objetivo de examinar algunas discriminaciones fenomenológicas particularmente difíciles, tales como entre la manía, la agresividad y la paranoia, o entre la esquizofrenia y la fobia social. Es por ello que en dos de las fases de análisis de los datos, los elementos fueron seleccionados para comprobar que se asociaban en mayor medida con el trastorno asignado que con ningún otro trastorno evaluado por el cuestionario.

### **❖ Validez de contenido.**

La validez de contenido requiere que las escalas contengan una muestra equilibrada de los elementos más importantes del constructo que se está midiendo. Los ítems de la escala deben de representar el contenido del constructo tanto en amplitud como en profundidad. En el PAI casi todas las escalas clínicas fueron construidas específicamente para incluir sub escalas que aseguraran que se cubrían todas las

facetas teóricas más importantes del constructo que se estuviera evaluando. El PAI mediante la utilización de las opciones de respuestas graduadas puede identificar diferencias de gravedad e intensidad; además que los propios ítems del PAI se han construido a menudo para señalar niveles diferentes de intensidad o gravedad en la manifestación de una característica.

#### ❖ **Fiabilidad.**

En los estudios realizados con el PAI se estudió la fiabilidad entendida como consistencia interna y como estabilidad temporal. (Anexo 3)

Los coeficientes de consistencia interna de las escalas del PAI presenta los resultados obtenidos en la muestra de tipificación (N=940) y en la muestra clínica (N=1.009); los valores son sistemáticamente altos, con unos coeficientes medios para las escalas de 0.78 y 0.83 respectivamente en la muestra general (tipificación) y en la muestra clínica. Como cabría esperar, los resultados son en general más altos en las muestras clínicas debido a la mayor variabilidad existente en estos grupos. (Anexo 4)

Las correlaciones medias entre los ítems en el PAI estuvieron alrededor de 0.20, indicando que los ítems cubren un contenido razonablemente diversos sin estar siendo excesivamente homogéneos y redundantes. Las correlaciones medias entre los ítems en las sub escalas tienden a ser más altas que la de las escalas.

En cuanto a la determinación de la Consistencia Temporal de las escalas del PAI, se aplicó la prueba en dos ocasiones diferentes a una muestra de 125 estudiantes universitarios con un intervalo medio de 12 días entre ambas aplicaciones. Esta muestra estuvo compuesta por 94 mujeres y 31 varones, con edades comprendidas entre los 20 y los 49 años, con una media de 22.7 años y una desviación típica de 3.4 años.

## **B. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK – ISB**

**Nombre** : ISB (Escala de Ideación Suicida).

**Autor** : Aarón Beck (1970).

<b>Año de publicación</b>	: Heredia Segura Richard (2004)
<b>Año</b>	: Beck (1979) da a conocer su inventario. Adaptada por Bobadilla y otros en Chiclayo (2004).
<b>Ámbito de aplicación</b>	: De 13 años en adelante.
<b>Tiempo de aplicación</b>	: Variable.
<b>Aplicación</b>	: Hetero-aplicado, tanto a varones como mujeres.
<b>Finalidad</b>	: Diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos o deseos.

#### **a) Descripción de la prueba**

La Escala de Ideación Suicida de Beck es una escala semi-estructurada que consta de 19 reactivos, los mismos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.

Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados:

- Actitud hacia la vida y la muerte (ítem 1 a 5).
- Características de la Ideación Suicida (ítem 6 a 11).
- Características del Intento planeado (ítem 12 a 15).
- Actualización de la tentativa (ítem 16 a 19).

#### **b) Calificación**

Proporciona una cuantificación de la gravedad de la Ideación suicida; la puntuación tal se obtiene sumando todos los ítems, dicha puntuación puede oscilar entre 0 a 38 puntos. Por lo tanto no existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

### **c) Validez y confiabilidad**

Consistencia interna de la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los 20 reactivos de la Escala de ISB se sometieron a un análisis de confiabilidad y se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach = .84. Como el último reactivo indaga sobre el número de intentos suicidas llevados a cabo anteriormente, se evaluó también su consistencia con sólo los 19 reactivos restantes, y alcanzó el mismo nivel de confiabilidad: alpha = .84. Posteriormente, con el fin de verificar la congruencia conceptual de los reactivos en estas sub-escalas, se hicieron análisis factoriales (rotación varimax) de los reactivos agrupados.

Análisis factorial y consistencia interna de cada una de las sub-escalas de Beck: La sub-escala I: Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), quedó conformada por 1 factor que explicó 71.2% del total de la varianza, obteniendo una consistencia interna de alpha = .90. La sub-escala II: Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (5 reactivos), arrojó 2 factores que explicaron 62.6% de la varianza. Al calcular la consistencia interna de cada factor se obtuvieron coeficientes alpha = .65 en el primer factor, y alpha = .45 en el segundo. Como la consistencia interna de los 5 reactivos fue de alpha = .65 se consideró pertinente integrar esta sub-escala con los 5 reactivos en una sola dimensión.

## **4. PROCEDIMIENTO**

La investigación se inició con la elaboración de un proyecto de investigación el cual se presentó ante la Dirección de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín - Arequipa, y se pudo obtener así la autorización respectiva para ingresar a dicha Institución y poder recoger los datos pertinentes.

Una vez aprobado el proyecto de investigación y teniendo el permiso correspondiente, se programaron las evaluaciones a los estudiantes de 1° y 2° A, B, C de Psicología. La evaluación se llevó en distintos días y horarios en función a la disponibilidad de los Docentes de aula; se evaluó a los alumnos que se encontraban en el momento, aplicándoles en un solo momento primeramente los instrumentos de

evaluación. A la vez se les entregó una hoja de Datos Socio demográficos para recolectar datos personales relevantes para fines de clasificación de la investigación.

Para la evaluación de los alumnos se pidió la colaboración de cada uno de ellos, brindándoles un clima de confianza y las instrucciones necesarias, y asegurándose que los ítems fueran correctamente entendidos.

Una vez obtenidos los datos la Escala de Ideación Suicida de Beck por medio de su calificación, se estableció la clasificación de los alumnos que puntúen de manera significativa “Ideación Suicida” y de los que presentan “Intentos de suicidio anteriores”.

Obtenida la muestra de alumnos con ideación suicida e intentos de suicidio se pasó a la calificación del Inventario de Personalidad – PAI de cada uno de ellos y así se establecieron los perfiles predominantes en la población evaluada.

La investigación tuvo una duración de 8 meses, de mayo del 2016 a enero del 2017. Una vez culminada la recolección de datos, se dio el vaciado del mismo, para luego realizar el análisis estadístico y determinar los niveles de prevalencia a través de frecuencia y porcentajes: la estadística utilizada para la comparación de grupos fue la prueba no paramétrica U de Mann – Whitney, la misma que nos indicó si existían o no diferencias estadísticamente significativa entre los grupos comparados.

Finalmente se elaboró el respectivo informe de investigación con los resultados encontrados y conclusiones a las que se llegó.



## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos en este estudio serán presentados en tablas; de la pág. N° 80-81 se encuentran los resultados de frecuencia y porcentaje de ideación suicida e intento suicida, y los datos socio- demográficos más relevantes de investigación.

En la pág. N° 82 encontramos la comparación entre ideación suicida e intento suicida con los datos socio-demográficos. En la pág. N° 83-84 encontramos la medida de tendencia central de las sub escalas del inventario clínico de evaluación de la personalidad.

De la pág. N° 85 a la 87 se encuentran los resultados de la comparación de las escalas clínicas y de relaciones interpersonales según la ideación suicida e intento suicida. Así también la variable sexo en relación a las escalas clínicas de personalidad.

**TABLA N° 1.**

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE IDEACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA.**

<b>SUICIDIO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Intento suicida	39	<b>13,8%</b>
Ideación suicida	16	5,6%
No presenta	228	80.6%
<b>TOTAL</b>	<b>283</b>	100

En la presente tabla apreciamos que del total de 283 sujetos de la población encontramos que 39 estudiantes (13,8%) presentan de uno a más intentos suicida y 16 estudiantes (5,6%) manifiestan ideación suicida; el 80,6% no presenta ningún tipo de dificultad.

Siendo la ideación suicida y los intentos suicidas los primeros eslabones del suicidio consumado es importante reconocerlos inmediatamente teniendo en cuenta que el suicidio es de causa multidimensional en el que intervienen factores sociodemográficos, clínicos, neurobiológicos y genéticos. Beck (2001) afirma que las preocupaciones suicidas parecen relacionarse con la conceptualización que el paciente tiene de una situación insostenible o desesperada. El paciente distorsiona y malinterpreta sus experiencias de un modo negativo y sin una base objetiva, anticipando un resultado negativo a cualquier intento que le lleve a conseguir sus metas.

**TABLA N° 2.**

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS  
SEGÚN LA IDEACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA.**

DATOS SOCIO - DEMOGRÁFICOS		SUICIDIO				
		INTENTO SUICIDA		IDEACIÓN SUICIDA		TOTAL SUJETOS
		F	%	F	%	
Sexo	Femenino	26	66,7%	13	81,3%	55
	Masculino	13	33,3%	3	18,7%	
	Total	39	100%	16	100	
Año de Estudios	1°	20	51,3%	6	37,5%	55
	2°	19	48,7%	10	62,5%	
	Total	39	100%	16	100%	
Sección	A	16	41,0%	3	18,7%	55
	B	13	33,3%	4	25,0%	
	C	10	25,7%	9	56,3%	
	Total	39	100%	16	100%	

La presente tabla nos muestra la frecuencia y porcentaje de los datos sociodemográficos más relevantes en relación a la ideación suicida e intento suicida. Se puede observar que el sexo femenino tiene mayor predominancia sobre el sexo masculino en cuanto al suicidio. El 81,3% con Ideación suicida y el 66,7% con más de un Intento de suicidio. Lo cual quiere decir que las mujeres son más vulnerables a manifestar ideas y cometer actos suicidas.

Así también podemos observar que el 62,5% de los alumnos del segundo año de Psicología manifiestan mayor porcentaje de ideación suicida. A diferencia del 51,3% de los alumnos del primer año que han cometido más intentos de suicidio.

Finalmente podemos apreciar que en la sección “C” el 56,3% de los alumnos manifiestan altos niveles de ideación suicida. Seguidamente el 41,0% de los alumnos de la sección “A” presentan mayores casos de intentos de suicidio al igual que los alumnos de la sección “B” con el 33,3% de casos.

**TABLA N° 3.**

**COMPARACION ENTRE IDEACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA CON  
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.**

<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	<b>SUICIDIO</b>			
	<b>RANGO PROMEDIO</b>		<b>UM</b>	<b>P</b>
	<b>INTENTO SUICIDA</b>	<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>		
Sexo	29,17	25,12	266,500	,284
Dificultades en su relación sentimental	29,77	23,69	243,000	<b>,054</b>
Sección	25,23	34,75	204.000	<b>,034</b>

La siguiente tabla nos permite apreciar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre intento suicida (29,17) e ideación suicida (25,12) y el sexo de los sujetos evaluados. Sin embargo, el Psiquiatra Vásquez (s/f), Presidente de la Sociedad Peruana de Prevención del Suicidio, señaló que en el país la mayoría de suicidas son varones. Ya que los hombres son quienes realizan mayor número de suicidios consumados, porque el método que emplean es más violento.

También la tabla nos permite apreciar que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos sociodemográficos (dificultades en su relación sentimental / Sección) y la categoría suicidio. Observamos que los sujetos que han cometido intento de suicidio mantienen dificultades en su relación sentimental (RP=29,77). Así mismo, se puede observar mayor cantidad de alumnos con altos niveles de ideación suicida (RP=34,75) en la sección “C” en comparación con las secciones “A” y “B”.

**TABLA N° 4.**

**MEDIDA DE TENDENCIA CENTRAL DE LAS SUB ESCALAS DEL INVENTARIO DE TRASTORNOS CLINICOS DE PERSONALIDAD.**

ESCALAS CLÍNICAS	SUB ESCALAS	N	MÍN	MÁX	–	DS
Queja somática	Conversión	55	43	105	66,82	14,823
	Somatización	55	38	81	58,35	11,876
	Preocupación por la salud	55	45	80	59,85	7,551
Ansiedad	Cognitiva	55	45	75	59,73	7,385
	Afectiva	55	49	83	65,36	7,163
	Fisiológica	55	47	97	<b>67,87</b>	12,700
T. de ansiedad relacionados	Obsesivo – compulsivo	55	36	70	53,36	9,511
	Fobias	55	40	98	64,56	10,756
	Estrés postraumático	55	43	99	<b>70,20</b>	14,968
Depresión	Cognitiva	55	40	107	66,80	16,483
	Afectiva	55	39	99	64,75	11,770
	Somática	55	38	77	58,24	8,821
Manía	Nivel de actividad	55	35	85	55,55	10,292
	Grandiosidad	55	33	81	58,98	11,553
	Irritabilidad	55	31	81	54,55	10,486
Paranoia	Híper – vigilancia	55	48	77	64,31	6,176
	Persecución	55	45	92	58,91	10,833
	Resentimiento	55	44	90	63,93	10,475
Esquizofrenia	Experiencias psicóticas	55	40	89	62,65	12,020
	Desapego Social	55	38	97	65,80	11,181
	Alteraciones del pensamiento	55	46	102	<b>69,02</b>	11,734
Rasgos Límites	Inestabilidad afectiva	55	45	81	63,33	8,863
	Alteraciones de identidad	55	41	83	64,84	10,090
	Rel. interpersonales problemáticas	55	46	78	61,40	8,180
	Autoagresiones	55	37	106	<b>68,13</b>	18,568
Rasgos antisociales	Conducta antisocial	55	52	77	62,27	6,626
	Egocentrismo	55	42	85	60,93	10,803
	Búsqueda de excitación	55	40	75	58,38	8,063
Agresividad	Actitud agresiva	55	48	73	60,71	4,935
	Agresión verbal	55	39	62	48,73	5,472
	Agresión física	55	52	93	64,22	9,858

En el presente cuadro se observan las medias ( $\bar{x}$ ) de cada sub escala del Inventario de Personalidad que se encuentran con mayor frecuencia. Se observa que las medias más elevadas son la dimensión Trastornos de Ansiedad relacionados con sub escala Estrés Postraumático ( $\bar{x}=70.20$ ), Ansiedad con sub escala Fisiológica ( $\bar{x}=67.87$ ), Rasgos Límites con sub escala Autoagresiones ( $\bar{x}=68.13$ ) y Esquizofrenia con sub escala Alteraciones del pensamiento ( $\bar{x}=69.02$ ).

Dichos sujetos sugieren la existencia de una experiencia pasada relacionada con un acontecimiento traumático perturbador que continúa siendo fuente de malestar y produciendo episodios recurrentes de ansiedad; quizás las personas se perciban a sí mismos como dañados de una forma irreparable. Podrían ellos mismos no percibir su ansiedad, sin embargo, muestran señales fisiológicas y síntomas somáticos. Producto de dichos eventos y ansiedad reflejan ideas inconexas y un aumento en las dificultades para la expresión y comunicación. Muestran tendencia a actuar de forma impulsiva sin prestar mucha atención a las consecuencias de sus actos; teniendo comportamientos autodestructivos y autolíticos siendo personas propensas a comportamientos de riesgo.

**TABLA N° 5.**

**COMPARACIÓN ENTRE LAS ESCALAS CLÍNICAS Y ESCALAS DE  
RELACIONES INTERPERSONALES DEL INVENTARIO DE  
TRASTORNOS CLÍNICOS DE PERSONALIDAD CON LA IDEACION  
SUICIDA / INTENTO SUICIDA.**

<b>ESCALAS</b>				
<b>ESCALAS CLÍNICAS</b>	<b>CAT. SUICIDIO</b>	<b>RANGO PROM.</b>	<b>UM</b>	<b>P</b>
<b>Depresión</b>	Intento Suicida	31.74	166,000	0,004
<b>Manía</b>	Ideación Suicida	36.81	171,000	0,005
<b>ESCALAS DE RELACIONES INTERPERSONALES</b>	<b>CAT. SUICIDIO</b>	<b>RANGO PROM.</b>	<b>UM</b>	<b>P</b>
<b>Dominancia</b>	Ideación Suicida	34.47	208,500	0,035

La presente tabla nos permite apreciar que existen diferencias estadísticamente significativas entre escalas clínicas y la ideación suicida e intento suicida. Encontramos que los sujetos que presentan intentos de suicidio reflejan mayor nivel de depresión (31.74). A diferencia de los sujetos que presentan ideación suicida muestran mayor nivel de manía (38.81). Los siguientes resultados nos permite afirmar que estos sujetos muestran características clínicas de personalidad; siendo sujetos vulnerables, pesimistas, y que experimentan sentimientos de inferioridad. Muchas veces sus estados de ánimo fluctúan entre estados de tristeza patológica hasta la euforia. Son sujetos impacientes, impulsivos y fácilmente irritables. Seguramente, las interacciones con otras personas son problemáticas debido a la exagerada importancia que se dan a sí mismos, su hostilidad les puede impedir empatizar hábilmente en sus relaciones.

Así también, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre la escala de relaciones interpersonales y la ideación suicida e intento suicida. Encontramos que los sujetos que presentan ideación suicida reflejan mayor nivel de dominancia (34.47). Es decir, que dichos sujetos probablemente tengan mayores dificultades para cubrir sus necesidades en las relaciones que mantiene con los demás, subordinando sus propias necesidades a las de otros; se muestran retraídas, apáticas y con escasas habilidades en sus relaciones sociales.



**TABLA N° 6.**

**COMPARACION ENTRE LAS ESCALAS CLINICAS DEL INVENTARIO  
DE TRASTORNOS CLINICOS DE PERSONALIDAD Y SEXO.**

<b>ESCALAS CLÍNICAS</b>	<b>SEXO</b>	<b>RANGO PROM.</b>	<b>UM</b>	<b>P</b>
T. de Ansiedad relacionados	Masculino	36,50	176,000	0,009
Rasgos Limites	Masculino	34,31	211,000	0,046
Rasgos Antisociales	Femenino	30,47	215,500	0,056
Problemas con el Alcohol	Femenino	30,47	215,500	0,005

La presente tabla nos permite apreciar que existen diferencias estadísticamente significativas entre diversas escalas clínicas y el sexo de los sujetos evaluados.

Encontramos que el sexo masculino presenta mayores características propias de los Trastornos de ansiedad relacionados (RP=36,50), presentan rasgos límites (RP=34,31) lo cual nos indica que estos sujetos podrían estar manifestando experiencias de ansiedad o experiencias molestas relacionadas a eventos traumáticos que les generan miedo o tensión; de igual forma presentan rasgos como pobre control de impulsos, agresividad y labilidad emocional.

En el sexo femenino encontramos presencia de rasgos antisociales (RP=30,47) y problemas con el alcohol (RP=30,47) lo cual nos indica que dichas señoritas de la muestra evaluada tienen dificultades en sus relaciones interpersonales, con tendencia a la impulsividad y a correr riesgos. El consumo de alcohol puede haber causado consecuencias adversas relevantes.

## **DISCUSIÓN**

La presente investigación que tuvo por objetivo “Describir los Trastornos Clínicos de Personalidad en estudiantes que manifiestan ideación suicida e intento suicida de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín – 2016”, haciendo uso de instrumentos de evaluación como la Escala de Ideación Suicida de Beck, Inventario de Personalidad: PAI y Ficha de Datos Sociodemográficos.

La temática a nivel nacional e internacional sobre la Personalidad en los sujetos que manifiestan ideación suicida e intento suicida en cuestión, y los resultados de relación entre estas variables, a menudo son bastante contradictorias y variadas, destacando un patrón de resultados que son diversos, donde figuran desde aquellas investigaciones que encuentran diversas prevalencias según el país y muestra; correlación significativa positiva, otras que encuentran correlación significativa negativa y hasta aquellas en donde existe relación estadísticamente significativa en cuanto a determinadas escalas clínicas de personalidad y datos sociodemográficos según la ideación suicida e intento suicida. Nuestro estudio se ubica en la categoría final.

En función de los resultados presentados se concluye que, en gran medida, las diferencias en las tasas de prevalencia de ideación suicida entre una u otra investigación pueden ser explicadas por la disparidad que existe entre los distintos estudios, en los periodos de referencias, diferencias culturales y en el tipo de instrumentos de evaluación. En México la investigación sobre ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica realizada por Pérez, Osnaya y Fonseca (2013), nos muestran los resultados de la evaluación realizada a una población de 500 estudiantes donde la prevalencia de ideación suicida es de 7,2% de la muestra total; el 6,9% en hombres y 5,4% en mujeres. En comparación con nuestra investigación realizada en una población de 283 estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín se identificó 55 casos de ideación suicida e intento suicida encontrando que el 5,6% de la muestra manifiesta ideación suicida, siendo el sexo femenino más vulnerable con un 81,3% a diferencia del sexo masculino 18,8%. Concluyendo que puede ser mayor el riesgo de persistencia del comportamiento suicida en mujeres; sin embargo, la investigación antes mencionada concluye que son los varones los que manifiestan mayor porcentaje y riesgo suicida.

En Bogotá, la investigación realizada por Calvo, Sánchez y Tejada (2003) titulada Prevalencia y factores asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios. Muestra la prevalencia de ideación suicida de 3,6% y 18% para este año, encontrando dicha prevalencia asociada al sexo femenino al igual que en nuestra investigación donde encontramos que las mujeres manifiestan mayores pensamientos e intentos de suicidio. En una investigación realizada en Bolivia (2010) su estudio arroja resultados donde el mayor número de intentos suicidas se presenta en el sexo femenino afirmando que las mujeres podrían ser más influyentes por algunos factores hormonales y corticales lo que las haría más proclives a deprimirse; afirmando también, que se encuentra especial importancia a la edad, ya que se menciona que de 15 a 24 años es la etapa más afectada por este fenómeno.

Por otro lado, en cuanto a las variables edad, año de estudios, relaciones familiares y si mantienen una relación sentimental, según el intento suicida e ideación suicida, no existen diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en cuanto a la

variable sección y si presentan dificultades dentro de sus relaciones sentimentales, se puede observar mayor cantidad de alumnos con altos niveles de ideación suicida (34,75) en la sección “C” en comparación con las secciones “A” y “B”. Así también encontramos que los sujetos que han cometido intentos de suicidio mantienen dificultades en su relación sentimental.

De igual modo, los resultados nos indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre intento suicida (29,17) e ideación suicida (25,12) y la variable sexo. Sin embargo, diversas investigaciones concluyen que el sexo femenino tiene mayor tendencia al suicidio en sus diferentes etapas.

Así también, podemos afirmar que todavía existen pocos estudios que aborden las características clínicas de personalidad que distinguen a los adolescentes con ideación suicida e intento suicida según el sexo como dato sociodemográfico más relevante, existiendo así un importante desconocimiento sobre el peso específico que cada una de estas características de personalidad puede tener en la ideación suicida e intento suicida por separado y lo que es más importante, respecto a las interacciones que pueden mantener entre sí como indicadores de vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas en este grupo de población. En la investigación realizada por Fernández y Merino (2001) en Europa, “Predictores de la ideación suicida”, indican sobre una muestra de 161 adolescentes que el 10,5% de dichos sujetos presentan Ideación Suicida y la depresión explicaba el 64% de varianza de Ideación Suicida. Al igual que en nuestros resultados con una muestra de 55 sujetos el 5,6% presenta ideación suicida y el 56,3% presenta niveles elevados de depresión. Finalmente concluimos que el sexo femenino muestra mayor porcentaje de ideación suicida que los varones.

También, los resultados de nuestro estudio coinciden con los resultados obtenidos por la investigación realizada por Nizama, M. (2011) en Perú, “Suicidio” en donde se menciona que la relación entre el suicidio y los trastornos mentales son significativos, por otro lado, los más comunes relacionados con el suicidio son: depresión mayor, trastornos de personalidad, impulsividad, adicciones y trastorno bipolar. También, aunque en menor medida, se han descrito asociaciones con trastornos alimentarios compulsivos y esquizofrenia. A diferencia de nuestra

investigación encontramos que las Escalas clínicas más significativas dentro de la muestra con ideación suicida y con mayores niveles de prevalencia son la Depresión 56,3% y Manía 75,0%.

En cuanto al perfil clínico en sujetos que manifiestan ideación suicida nuestros resultados coinciden con algunos de los resultados obtenidos en la investigación realizada en España por Cabodevilla y Sanchís (2010) “Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica” quienes buscaron comprobar que el deseo de la propia muerte tienen un sentido para el adolescente y que este deseo de morir puede actuar como síntoma y correlacionarse con un determinado prototipo personal. Sus resultados muestran correlación de la ideación suicida con algunos prototipos de personalidad como: Introversión, pesimismo, egocentrismo, sumisión, tendencias auto punitivas y rasgos límites. Desde los síndromes clínicos propensión a la impulsividad, depresión y tendencia al suicidio. A través de estos resultados los investigadores realizan una descripción psicológica donde estos jóvenes presentan cierta tendencia a la introversión, muestran dificultades a la hora de expresar sentimientos y hacer amigos y, además sufren de tristeza interior. Mantienen su propia distancia en las relaciones con los demás por que no confían en la amistad de los otros. Son rebeldes rudos y bruscos, especialmente con figuras parentales y/o de autoridad. También son vulnerables y emocionalmente lábiles cuando se encuentran en situaciones difíciles, llegando a veces a situaciones de negación de placer, eliminación de pequeños logros y la intensificación de los aspectos negativos de su vida en referencia a hechos pasados. Al igual que en nuestra investigación con una muestra de 55 casos encontrados con ideación suicida e intento suicida encontramos como perfil clínico de personalidad rasgos límites, antisociales y problemas con el alcohol. Siendo la depresión 56,3% y manía 75,0% nuestras escalas clínicas más significativas para establecer un perfil de personalidad a los sujetos que manifiestan categoría suicidio.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación coinciden con la investigación realizada por la OMS ya que los grupos con mayor riesgo suicida son los sujetos que manifiestan niveles elevados de depresión y esquizofrenia. Dicha Organización mostró que los estudios realizados en países en vía de desarrollo y desarrollados revelan dos factores. Primero, la mayoría de las personas que cometen suicidio

presentan un trastorno mental diagnosticable. Segundo, el suicidio y los comportamientos suicidas son más frecuentes en pacientes psiquiátricos. Siendo los grupos de diagnóstico con mayor riesgo suicida: Depresión (en todas sus formas), trastornos de personalidad (personalidad antisocial y limítrofe, con rasgos de impulsividad, agresión y frecuentes cambios de humor), alcoholismo, esquizofrenia, trastornos mentales orgánicos y otros trastornos mentales. Afirmando que aunque la mayoría de los que cometen suicidio presentan un trastorno mental, gran parte de ellos no visitan a un profesional en salud mental, incluso en países desarrollados. Por lo tanto, el rol de los profesionales de la salud mental se torna vital.

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, explicó que las conductas suicidas están asociadas a la depresión al igual que nuestra investigación, que plantea como primera escala clínica de personalidad la depresión manifestada en sujetos con ideación suicida 56,3% y sujetos que realizaron intentos de suicidio 51,3% respectivamente. Según las estadísticas de la Institución, el 80% de los 334 casos de suicidio presentados en el país en el año 2015 tuvo su origen en problemas de ánimo y depresión. Sin embargo, la depresión se ha relacionado con la ideación suicida pero en algunos estudios la ideación suicida se considera como síntoma o como consecuencia de dichos trastornos depresivos. En otros estudios, en cambio, la depresión aparece como factor que influye en la aparición de la ideación suicida, y que se puede verse incrementado o disminuido su acción por la presencia de otros factores. Por lo tanto, señalan una conexión entre depresión e ideación suicida, pero no una correspondencia.

Finalmente, explicamos nuestros resultados concordando con la Teoría Cognitiva de Beck (1960), quien ha examinado la función de los estados emocionales como la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y el suicidio. Este autor ha relacionado la “triada negativa” de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando la víctima se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Los alumnos de la Escuela profesional de Psicología muestran prevalencia en cuanto a la variable “ideación suicida” con un 5,6%, así también se obtuvo un 13,8% de “intento suicida” en la muestra. Lo que significa que estamos frente a sujetos en riesgo, ya que la ideación suicida y los intentos suicidas previos son un importante indicador de repetición y uno de los principales predictores de suicidio consumado.

**SEGUNDA:** Encontramos mayor frecuencia de “ideación suicida” e “intento suicida” en el sexo femenino lo cual indica que son las mujeres las que presentan mayor vulnerabilidad a conductas de riesgo. Así también, la “ideación suicida” tiene mayor prevalencia en el segundo año a diferencia del “intento suicida” que es manifestado con mayor frecuencia en el primer año. Finalmente, en la sección “C” encontramos mayor porcentaje de ideación suicida a diferencia de los alumnos de la sección “A” y “B” que se ubican en la categoría intento suicida con mayor frecuencia.

**TERCERA:** Los perfiles que presentan la población de estudiantes que manifiestan las variables suicidio muestran trastornos clínicos de personalidad, siendo las escalas clínicas en consideración la depresión y manía. Lo cual nos indica, que estos sujetos fluctúan entre tristeza, desgano y niveles altos de energía e impulsividad. Así también dichos sujetos son impacientes, impulsivos y fácilmente irritables.

**CUARTA:** Podemos afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre las escalas clínicas y la categoría suicidio. Es así que encontramos que los sujetos que manifiestan “ideación suicida” reflejan mayores niveles de manía y dominancia; lo cual nos indica que son impulsivos y con altos niveles de energía pero en sus relaciones interpersonales son escasos en habilidades sociales. Sin embargo, los sujetos que manifiesta “intento suicida” reflejan altos niveles de depresión siendo sujetos que estarían experimentando sentimientos de infelicidad y disforia.

**QUINTA:** Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la “ideación suicida” e “intento suicida” en relación a la sección estudiada encontrando que en la sección “C” hay mayor ideación suicida. Así también, encontramos que las dificultades dentro de las relaciones sentimentales de los evaluados sería un factor de riesgo. Sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas del sexo en relación a la categoría suicidio, lo que significa que este no sería un factor determinante para manifestar suicidio.



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Se sugiere realizar posteriores investigaciones de dicho tema en el ámbito cualitativo en personas que manifiesten riesgo suicida, a través de la fenomenología o estudios de caso que muestren un estudio más profundo de dichos sujetos; para así identificar sus cogniciones, emociones y sentimientos para un mejor abordaje psicoterapéutico.

**SEGUNDO:** Elaborar estrategias preventivo – promocionales en la Escuela Profesional de Psicología, para la detección de población en riesgo (considerando la presencia de ideación suicida como primer eslabón del suicidio), evitando de esta forma que se incrementen los índices de prevalencia de conductas suicidas y de esta forma brindar bienestar psicológico en la población universitaria.

**TERCERO:** Establecer planes terapéuticos para los sujetos que manifiestan riesgo suicida identificados dentro de la Escuela Profesional de Psicología; previniendo de esta forma el acto suicida propiamente dicho. Y a la vez, teniendo en cuenta que dichos alumnos requieren de estabilidad emocional para impartir posteriormente soporte emocional a la población que muestre dificultades en la salud mental.

## REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado DSM-IV-TR. Barcelona: Editorial Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.DSM-5*, 5° Ed. Médica Panamericana.
- Alcántar, M. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperada de [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/tesis/tesis\\_isabel\\_alcantar.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf).
- Arenas, P. y Gómez, E. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *RIDEP*, 1(33), 51-74.
- Blandón, O., Carmona, C., Mendoza, M., y Medina, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la Ciudad de Medellín. *Revista Arch Med Camagüey*, 19(5).
- Benítez, M., Sánchez, E. y Serrano, M. (2015). Indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia. *Psicología desde el Caribe*, 32(2), 235-253.
- Calvo, J., Sánchez, R., y Tejada, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a la Ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Salud Pública*, 5(2), 123-143.
- Casullo, M. y Castro, A. (2002). Patrones de Personalidad, síndromes clínicos y Bienestar Psicológico en Adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2), 129-140.
- Casullo, M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en Adolescentes: Una urgencia social. *XII Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires. Pg.173-182.

- Ceballos, G., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, L., González, K. y Sotelo, A. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares en Santa Marta. *Revista Duazary*, 12(1), 15-22.
- Coa, Y. y Curo, A. (2015). "Ideación suicida en internos sentenciados por violación de la libertad sexual y sentenciados por homicidio del Establecimiento Penitenciario Juliaca, 2015". (Tesis para optar el título profesional de Psicólogo). Universidad Peruana Unión, Juliaca, Perú. Recuperada de <http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/110/1/TESIS%20IDEACI%C3%93N%20SUICIDA-Y%C3%A9ssica.pdf>.
- De La Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la Ideación suicida. *Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada CPA y Universidad Autónoma de Madrid UAM*.
- Dulanto, G. E. (2000). El adolescente. México: Mc Graw Hill – Interamericana.
- Durkeim, E. (1958-1917). El Suicidio. 5° Ed. Madrid. Akal. Recuperado de [http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los\\_FESociales.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los_FESociales.pdf).
- Fernández, N. y Merino, H. (2001). Predictores de la Ideación suicida: Un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 121-127.
- García, L. (1997). Qué es un Rasgo de Personalidad según Allport. *Revista de Historia de la Psicología*, 18(1-2), 131-137.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGrawHill.
- Jiménez, T., González y Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". *Salud mental* 26 (6), 35-51.
- Lavado, P. (2012). Ideación/Intento de suicidio y violencia familiar en mujeres unidas o alguna vez unidas en tres ciudades de la Selva Peruana 2004. (Tesis de Especialidad) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Recuperada

de

[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2514/1/Lavado\\_Carri\\_llo\\_Paula\\_Mercedes\\_2012.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2514/1/Lavado_Carri_llo_Paula_Mercedes_2012.pdf).

- Leal, R. y Vásquez, L. (2012). Ideación Suicida en adolescentes Cajamarquinos: Prevalencia y factores asociados. (Informe de Investigación) Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Cajamarca, Perú. Recuperada de <http://bp000695.ferozo.com/wp-content/uploads/2013/01/Ideacion-suicida-en-adolescentes-cajamarquinos.pdf>.
- Martínez, A. (2002). Temperamento, carácter y personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*, 13(2), 617- 643.
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 5pp.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V. y Sánchez, Ma. (2012). Guía de interpretación y evaluación de casos clínicos con el PAI. Madrid.
- Pastrana, J. (s.f). La personalidad y sus trastornos. *Guía de ayuda a pacientes y familiares*. Fundación Juan José López- Ibor y Fundación Arpegio.
- Pelechano, V. (1996). Personalidad, trastornos de personalidad y parámetros. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(1), 9-26.
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2) ,196–217.
- Philippi I. y Rosselló J. (1998). Ideación Suicida en un grupo de jóvenes con depresión. XXV Congreso Interamericano de Psicología; San Juan, Puerto Rico.
- Rosales, J., Cordova, O., y Escobar, M. (febrero–julio 2013). Ideación suicida en adolescentes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Revista Semestral Tercera Época*, Año XVII (28).
- Ruíz, J., Riquelme, A., y Buendía, J. (2000). Personalidad y comportamiento suicida en adolescentes: El papel de la extraversión en la tentativa de suicidio. *Revista: Clínica y Salud*, 11(2), 155-169.

- Sánchez, D., García, A., y Muela, J. (2013). Relación entre alta Ideación suicida y variables psicosociales en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 429-450.
- Seelbach, G. (2013). Teorías de la Personalidad. Red Tercer Milenio (1ª ed.). México.
- Simón, A. y Sanchis, F. (2010). Perfil personal de adolescentes con Ideación suicida patológica. *Apuntes de Psicología*, 28(3), 443-455.
- Vázquez, A. y Guarachi, D. (2010). Epidemiología del intento suicida en el Hospital Madre Obrera – Llallagua, Bolivia. *Revista Neuropsiquiatra*, 73(2), 39-44.
- Vega, A. (2009). *Trastornos de Personalidad y Parasuicidio* (Tesis de Licenciatura) Universidad de Londres, Inglaterra. Recuperada de [https://www.academia.edu/10354165/Tesis\\_Trastornos\\_de\\_Personalidad\\_y\\_Parasuicidio](https://www.academia.edu/10354165/Tesis_Trastornos_de_Personalidad_y_Parasuicidio).
- World Health Organization (2012). Suicide Prevention: SUPRE The Worldwide initiative for the prevention of suicide. Recuperado de [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en).
- Yunes J, y Zubrew t. (1999). Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: Un desafío para la región de las Américas. *Revista brasileira de epidemiología*, 2(3), 102-70.

**ANEXOS**

**ANEXO 1: Cifras de prevalencia de la Ideación e Intentos suicidas en adolescentes del Perú y Latinoamérica.**

	Perú 2003								Brasil	México	Chile	Colombia
	Lima metropolitana (n= 1450)	Sierra norte y centro (n= 1568)	Amazonia 2008 Pucallpa y Ucayali (n= 263)	Costa norte 2011 (n=844)	Campinas, Sao Paulo (n= 515)	Colima, México (n= 12424)	Metropolitana de Santiago (n=1249)	Región de Manizales (n= 1298)				
Características	15-24	12-17	12-19	10-18	>14	14-19	14-19	15-24				
Rango de edad	48.0	26.9	33.6	47.4	17.1	47	59.7	45.3				
Pensado o deseado morir	...	...	...	37.1	...	...	...	41.1				
Pensado o querido hacerse daño	30.0	9.8	21.1	40.7	16.5	39	46.0	1.8				
Suicidio como solución a sus problemas	15.1	3.8	...	36.1	4.8	...	36.0	2.4				
Planeado como suicidarse	8.7	2.9	18.1	22.3	2.8	9	18.8	...				
Antecedente intento suicida												

## ANEXO 2: Suicidios en América del Sur – OMS 2012.

### TASA DE SUICIDIO POR CADA 100 MIL HABITANTES

Uruguay	12,6%
Chile	12,4%
Bolivia	12,4%
Argentina	10,7%
Ecuador	9,3%
Paraguay	6,2%
Brasil	6,0%
Colombia	5,5%
Perú	3,3%
Venezuela	2,7%



**ANEXO 3: Coeficientes alfa de Cronbach y media de la correlación inter-ítems de las escalas del PAI.**

ESCALAS	Coeficiente alfa de Cronbach		Correlación promedio inter - ítems	
	Muestra de Tipificación	Muestra Clínica	Muestra de Tipificación	Muestra Clínica
<b>Escalas de Validez</b>				
Impresión negativa (INM)	0.60	0.71	0.14	0.22
Impresión positiva (INP)	0.67	0.72	0.19	0.22
<b>Escalas Clínicas</b>				
Quejas somáticas (SOM)	0.87	0.89	0.22	0.25
Ansiedad (ANS)	0.89	0.91	0.26	0.30
Trastornos relacionados con la Ansiedad (TRA)	0.82	0.83	0.17	0.16
Depresión (DEP)	0.86	0.90	0.22	0.27
Manía (MAN)	0.79	0.82	0.14	0.16
Paranoia (PAR)	0.84	0.86	0.19	0.20
Esquizofrenia (ESQ)	0.79	0.83	0.15	0.17
Rasgos Límites (LIM)	0.84	0.87	0.17	0.21
Rasgos antisociales (ANT)	0.79	0.84	0.12	0.19
Problemas con el alcohol (ALC)	0.72	0.87	0.21	0.41
Problemas con las drogas (DRG)	0.64	0.86	0.18	0.37
<b>Escalas relacionadas con el tratamiento</b>				
Agresión (AGR)	0.83	0.86	0.23	0.27
Ideaciones suicidas (SUI)	0.81	0.92	0.31	0.50
Estrés (EST)	0.67	0.73	0.22	0.26
Falta de apoyo social (FAS)	0.66	0.73	0.20	0.25
Rechazo al tratamiento (RTR)	0.75	0.78	0.26	0.30
<b>Escalas de relación interpersonal</b>				
Dominancia (DOM)	0.68	0.70	0.14	0.16
Afabilidad (AFA)	0.73	0.71	0.25	0.24
<b>Mediana</b>	<b>0.78</b>	<b>0.83</b>	<b>0.19</b>	<b>0.24</b>

**ANEXO 4: Coeficientes alfa de Cronbach y media de la correlación inter-ítems de las sub escalas del PAI.**

SUB ESCALAS	Coeficiente alfa de Cronbach		Correlación promedio inter - ítems	
	Muestra de Tipificación	Muestra Clínica	Muestra de Tipificación	Muestra Clínica
<b>Quejas somáticas</b>				
Conversión (SOM-C)	0.70	0.79	0.23	0.33
Somatización (SOM-S)	0.70	0.71	0.24	0.24
Hipocondría (SOM-H)	0.74	0.79	0.29	0.32
<b>Ansiedad</b>				
Cognitiva (ANS-C)	0.73	0.81	0.26	0.34
Emocional (ANS-E)	0.76	0.77	0.29	0.30
Fisiológica (ANS-F)	0.71	0.78	0.24	0.30
<b>Trastornos relacionados con la ansiedad</b>				
Obsesivo – compulsivo (TRA-O)	0.63	0.62	0.17	0.17
Fobias (TRA-F)	0.60	0.60	0.16	0.16
Estrés postraumático (TRA-F)	0.85	0.87	0.43	0.44
<b>Depresión</b>				
Cognitiva (DEP-C)	0.67	0.77	0.21	0.30
Emocional (DEP-E)	0.74	0.83	0.28	0.38
Fisiológica (DEP-F)	0.72	0.74	0.24	0.25
<b>Manía</b>				
Nivel de actividad (MAN-A)	0.56	0.62	0.14	0.17
Grandiosidad (MAN-G)	0.69	0.71	0.23	0.24
Irritabilidad (MAN-I)	0.77	0.80	0.30	0.33
<b>Paranoia</b>				
Hipervigilancia (PAR-H)	0.70	0.70	0.22	0.22
Persecución (PAR-P)	0.72	0.81	0.27	0.35
Resentimiento (PAR-R)	0.64	0.65	0.19	0.19
<b>Esquizofrenia</b>				
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	0.60	0.67	0.24	0.26
Indiferencia social (ESQ-S)	0.74	0.77	0.26	0.30
Alteración del pensamientos (ESQ-A)	0.70	0.75	0.19	0.22
<b>Rasgos Limites</b>				
Inestabilidad emocional (LIM-E)	0.71	0.73	0.29	0.30

Alteración de la identidad (LIM-I)	0.64	0.71	0.22	0.28
Relaciones interpersonales Problemáticas (LIM-P)	0.54	0.57	0.16	0.17
Autoagresiones (LIM-A)	0.61	0.70	0.20	0.28
<b>Rasgos antisociales</b>				
Conductas antisociales (ANT-A)	0.64	0.76	0.19	0.28
Egocentrismo (ANT-E)	0.46	0.60	0.10	0.17
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	0.61	0.67	0.18	0.22
<b>Agresión</b>				
Actitud agresiva (AGR-A)	0.74	0.78	0.33	0.37
Agresiones verbales (AGR-V)	0.59	0.62	0.19	0.21
Agresiones físicas (AGR-F)	0.66	0.78	0.27	0.39
<b>Mediana</b>	<b>0.70</b>	<b>0.74</b>	<b>0.23</b>	<b>0.28</b>

## ANEXO 5: Ficha de Datos Sociodemográficos

<b>Edad</b>	.....		<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> M
<b>Estado Civil</b>	.....		<b>Año de Estudios</b>	1°	2°
<b>Religión</b>	.....		<b>Escuela Profesional</b>	.....	
<b>Lugar de Procedencia</b>	.....		<b>¿Con quién vive?</b>	..... .....	
<b>¿Mantiene una relación sentimental?</b>			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>¿Presenta dificultades en sus relaciones con sus parejas?</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>¿Por qué?</b>	..... ..... .....	
<b>¿Cómo se lleva usted con su familia?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Buenas relaciones		<input type="checkbox"/> Relaciones regulares	<input type="checkbox"/> Malas relaciones	
<b>¿Por qué?</b>	..... .....				
<b>N° Teléfono, correo electrónico o Facebook.</b> .....					

## **ANEXO 6: Escala De Ideación Suicida de Beck.**

Lee cuidadosamente este cuestionario. Marque con una **X** el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

### **A. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA**

**1) Su deseo de vivir es:**

- 0. Moderado a fuerte.
- 1. Mediano a débil.
- 2. No tengo deseo.

**2) Su deseo de morir es:**

- 0. No tengo deseos de morir.
- 1. Pocos deseos de morir.
- 2. Moderado a fuerte.

**3) Sus razones para morir/vivir son:**

- 0. Vivir supera a morir.
- 1. Equilibrado (es igual)
- 2. Morir supera a vivir.

**4) Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:**

- 0. Ninguno (inexistente).
- 1. Poco (débil).
- 2. Moderado a fuerte.

**5) Realizar un intento de suicidio pasivo:**

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

**Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es “0” – Deje de contestar el cuestionario.**

### **B. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/ DESEOS**

**6) Su duración de pensamientos/deseos son:**

- 0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.
- 1. Temporadas o periodos largos.
- 2. Duran un tiempo largo o continuo.

**7) Su frecuencia de pensamientos/deseos son:**

- 0. Rara vez; ocasionalmente (baja).
- 1. Frecuentemente pienso/deseo.
- 2. Casi todo el tiempo pienso/deseo.

**8) Su actitud hacia los pensamientos/deseos es:**

- 0. Rechazo los pensamientos/deseos.
- 1. Ambivalente; indiferente.
- 2. Aceptación de pensamientos/deseos.

**9) Su control sobre la acción/deseo de suicidio:**

- 0. Tiene capacidad de control
- 1. Inseguridad de capacidad de control.
- 2. No tiene capacidad de control.

**10) Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar):**

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
- 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
- 2. No tiene o mínimo interés en las razones que detiene.

**11) Sus razones para pensar/desear el intento suicida:**

- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, amenaza.
- 1. Combinación de 0 – 2
- 2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

## C. CARACTERISTICAS DEL INTENTO

### 12) El método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento:

- 0. Sin considerar método o plan.
- 1. Considerad, pero sin elaborar los detalles.
- 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.

### 13) El método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento:

- 0. Método no disponible; no oportunidad.
- 1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
- 2. Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.

### 14) La sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento:

- 0. No tiene el valor o capacidad. (Debilidad o asustado).
- 1. No está seguro de tener valor o capacidad.
- 2. Está seguro de tener valor.

### 15) La expectativa de anticipación de un intento real:

- 0. No
- 1. Sin seguridad, sin claridad.
- 2. Sí.

## D. ACTUALIZACION DEL INTENTO

### 16) La preparación real de realizarlo:

- 0. Ninguna preparación.
- 1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
- 2. Completa (preparativos terminados).

### 17) La nota suicida:

- 0. No ha escrito nota o carta (ninguna).
- 1. Sólo pensaba, iniciada, sin terminar.
- 2. Nota o carta escrita.

### 18) Ha realizado acciones finales para preparar suicidio:

- 0. No
- 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
- 2. Planes realizados y arreglos finales.

### 19) Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:

- 0. Revela las ideas abiertamente.
- 1. Evita o revela las ideas con reserva.
- 2. Encubre, oculta o engaña y miente.

### 20) Intento de suicidios anteriores:

- 0. No ha intentado
- 1. Uno
- 2. Más de uno.

## ANEXO 7: Cuadernillo del Inventario de Personalidad – PAI.

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Lee cada una de ellas y decide en qué medida describe su forma de ser, sus pensamientos, sentimientos y actitudes. Para ello marque en su hoja de respuesta una de las siguientes opciones:

F	LV	BV	CV
Falso	Ligeramente Verdadero	Bastante Verdadero	Completamente Verdadero

**SER SINCERO CONSIGO MISMO**, use su propio criterio. Procure contestar a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco.

1	Mis amigos están disponibles cuando los necesito.
2	Tengo algunos conflictos internos que me causan problemas.
3	Mi salud ha limitado alguna de mis actividades.
4	En algunas ocasiones siento tanta tensión que me cuesta mucho soportarlo.
5	A veces necesito hacer las cosas de una cierta forma para evitar ponerme nervioso.
6	Estoy triste gran parte del tiempo sin que haya una razón para ello.
7	Con frecuencia pienso y hablo tan deprisa que los demás no pueden seguir mi pensamiento.
8	La mayor parte de la gente que conozco es digna de confianza.
9	De vez en cuando pierdo completamente la memoria.
10	Tengo algunas ideas que los demás consideran extraño.
11	He dañado intencionalmente algunas pertenencias de otras personas.
12	Mi salud es muy buena para mi edad.
13	Soy una persona muy sociable.
14	Tengo cambios de humor repentinos.
15	A veces me siento culpable por la cantidad de alcohol que bebo.
16	Me encuentro a gusto en las situaciones en las que tengo que dirigir a otros.
17	A menudo cambio la imagen y la idea que tengo sobre mí.
18	Tengo bastante mal carácter.
19	He tenido algunas relaciones tormentosas.
20	En ciertas ocasiones me gustaría estar muerto.
21	La gente tiene miedo de mi temperamento.
22	A veces tomo drogas para sentirme mejor.
23	He probado casi todos los tipos de droga.
24	A veces incluso las cosas pequeñas me preocupan demasiado.
25	Suelo tener dificultad para concentrarme a causa de mis nervios.

26	Con frecuencia tengo miedo de “meter la pata” y decir algo inconveniente.
27	Siento que he decepcionado a todo el mundo.
28	Tengo muchas ideas brillantes.
29	Hay personas que quieren hacerme daño.
30	Me parece que no me relaciono bien con la gente.
31	He pedido dinero prestado a sabiendas de que no podría devolverlo
32	La mayor parte del tiempo no me encuentro bien.
33	Con frecuencia me siento inquieto.
34	Sigo reviviendo algo horrible que me ocurrió.
35	Casi no tengo energía.
36	Me enfado cuando otras personas son demasiado lentas para entender mis ideas.
37	La gente suele tratarme bastante bien.
38	Mis pensamientos se han hecho bastante confusos.
39	Disfruto haciendo cosas peligrosas.
40	Mi poeta favorito es Ruperto Miralles.
41	La mayor parte de las personas de mi entorno están cuando las necesito.
42	Necesito hacer algunos cambios importantes en mi vida.
43	He tenido algunas enfermedades que los médicos no han sido capaces de explicar.
44	Mi nerviosismo me impide hacer algunas cosas bien.
45	Tengo ciertos impulsos que lucho por controlar.
46	He olvidado lo que es sentirse feliz.
47	Asumo tantos compromisos que luego no soy capaz de cumplirlos.
48	Debo estar alerta ante la posibilidad de que algunas personas no sean leales.
49	No tengo casi ningún buen recuerdo de mi infancia.
50	A veces otras personas meten ideas en mi cabeza.
51	He realizado cosas que no eran completamente legales.
52	Mis problemas de salud son muy complicados.
53	Me resulta fácil hacer nuevos amigos.

54	Experimento estados de ánimo muy intensos.
55	Tengo algunas dificultades para controlar la cantidad de alcohol que bebo.
56	Suelo actuar como un líder de forma natural.
57	A veces tengo una intensa sensación de vacío interior.
58	Nunca tengo problemas por culpa de mi temperamento.
59	Quiero que algunas personas sepan que me han hecho mucho daño.
60	He pensado en algunas formas de quitarme la vida.
61	A veces exploto y pierdo completamente el control sobre mí.
62	Algunas personas me han dicho que tengo problemas con las drogas.
63	El consumo de drogas me ha producido algunos problemas de salud.
64	No acepto bien las críticas.
65	Con frecuencia me resulta difícil divertirme porque todo me preocupa.
66	Tengo temores excesivamente grandes.
67	A veces pienso que no valgo nada.
68	Tengo muchas cualidades interesantes de las que otras personas carecen.
69	Algunas personas hacen cosas para que yo quede mal.
70	Tengo muy poco que decir a otras personas.
71	Me aprovecharía de los demás si lo tuviera fácil.
72	Tengo muchos dolores.
73	Algunas veces me preocupo tanto que me parece que voy a desmayarme.
74	Con frecuencia me vienen recuerdos del pasado que me provocan malestar.
75	Concilio fácilmente el sueño.
76	No tengo paciencia con la gente que intenta frenarme.
77	Creo que en mi vida he tenido tanta suerte como la mayor parte de la gente.
78	Algunas veces mezclo unos pensamientos con otros.
79	Hago muchas cosas peligrosas solo por la emoción que me producen.
80	A veces recibo por correo algunos anuncios que no me interesan en absoluto.
81	Cuando tengo problemas cuento con personas con las que puedo hablar.
82	Tengo que cambiar en algunos aspectos, aunque me cueste mucho.
83	Alguna parte de mi cuerpo se ha quedado insensible en ocasiones, sin saber por qué.
84	En algunas ocasiones tengo miedo sin que haya motivos para ello.
85	Me incomoda que las cosas no estén en su sitio.
86	Cualquier cosa me supone un gran esfuerzo.
87	Mis amigos no son capaces de seguir todas mis actividades sociales.
88	La mayor parte de la gente tiene buenas intenciones.

89	Mi destino ha sido ser infeliz desde el día en que nací.
90	A veces parece que mis pensamientos se producen en voz alta y que los demás pueden oírlos.
91	He dicho muchas mentiras para librarme de situaciones comprometidas.
92	Me cuesta mucho hacer las cosas por los problemas de salud que tengo.
93	Me gusta conocer a nuevas personas.
94	A veces me meto en problemas porque actué de forma muy impulsiva.
95	Algunas personas cercanas piensan que bebo demasiado.
96	Se me dan bien los trabajos en los que hay que dirigir a otros.
97	Me preocupa mucho que otras personas puedan abandonarme.
98	Cuando estoy conduciendo y me indigno con otros conductores hago que se den cuenta de ellos.
99	Algunas personas muy próximas me han abandonado.
100	He hecho planes para matarme.
101	Cuando me enfurezco es muy difícil calmarme.
102	He tenido problemas económicos por el consumo de drogas.
103	Soy incapaz de controlar mi consumo de drogas.
104	A veces me quejo demasiado.
105	Con frecuencia siento tal preocupación y nerviosismo que casi no puedo soportarlo.
106	Cuando tengo que hacer algo delante de otras personas siento muchos nervios.
107	Me siento sin fuerzas para continuar.
108	Tengo planes que me convertirán algún día en una persona famosa.
109	Las personas que me rodean son leales conmigo.
110	Soy una persona solitaria.
111	Haría cualquier cosa si me pagasen lo suficiente.
112	Tengo buena salud.
113	A veces siento mareos cuando he estado sometido a una presión fuerte.
114	El recuerdo de una mala experiencia me ha afectado durante mucho tiempo.
115	Es raro que tenga alguna dificultad para dormir.
116	A veces me irrito porque otras personas no comprenden mis planes.
117	He dado mucho pero es poco lo que he recibido a cambio.
118	Algunas veces me cuesta separar unos pensamientos de otros.
119	A veces me comporto de forma desenfrenada e insensata.
120	El deporte que más me gusta ver por televisión es el salto de altura.
121	Las personas que conozco se preocupan por mí.
122	Necesito ayuda para afrontar los problemas importantes.



123	En alguna ocasión mis piernas estaban tan débiles que no podía caminar.
124	A menudo tengo la sensación de que está a punto de ocurrir algo horrible.
125	Soy capaz de descansar aunque mi casa este desordenada.
126	Parece que nada es capaz de proporcionarme placer.
127	En ocasiones mis pensamientos se mueven a una velocidad excesiva.
128	La gente suele ocultar sus verdaderas intenciones.
129	Tengo problemas psicológicos graves que comenzaron de forma repentina.
130	Hay personas que intentan controlar mis pensamientos.
131	Nunca he tenido conflictos con la ley.
132	Parece que mis problemas de salud son siempre difíciles de tratar.
133	Soy una persona acogedora.
134	A veces no puedo contener mi rabia.
135	Mi costumbre de beber me ha producido algunos problemas en las relaciones con los demás.
136	Me cuesta mucho defenderme sin ayuda.
137	A menudo me pregunto lo que debería hacer con mi vida.
138	Sería capaz de gritar a otros con tal de que queden claros mis argumentos.
139	Cuando estoy muy enfadado suelo hacer cosas para hacerme daño.
140	En los últimos tiempos he estado pensando en el suicidio.
141	A veces rompo cosas cuando estoy muy furioso.
142	Nunca consumo drogas ilegales.
143	Me perjudica mi comportamiento excesivamente impulsivo.
144	A veces soy demasiado impaciente.
145	Mis amigos dicen que me preocupo demasiado.
146	Rara vez siento miedo.
147	Por más que lo intente, nada me sale bien.
148	Creo que tengo las respuestas a algunas preguntas importantes.
149	Algunas personas tratan de impedir que yo pueda progresar.
150	Hay pocas personas a las que sienta cercanas.
151	Pienso en mí ante todo y dejo que los demás cuiden de sí mismos.
152	Rara vez me quejo de mi estado de salud.
153	A veces me cuesta respirar cuando me someto a mucha tensión.
154	Parece que no puedo librarme de ciertos acontecimientos del pasado.
155	He estado moviéndome con más lentitud de lo normal.
156	Tengo planes importantes y me molesta mucho que otras personas intenten meterse en medio.
157	Muchas personas no son capaces de apreciar lo que he hecho por ellas.
158	A veces parece que alguien está bloqueando mis pensamientos.

159	Me gusta conducir muy deprisa.
160	La mayor parte de la gente está deseando ir al dentista.
161	La gente no comprende lo mucho que sufro.
162	Tengo muchos problemas económicos.
163	Recientemente se han producido muchos cambios en mi vida.
164	En mi casa hay poca estabilidad.
165	Las cosas no van bien en mi familia.
166	He perdido en interés por cosas que antes me gustaban.
167	Últimamente he tenido mucha más energía de la habitual.
168	Generalmente doy por supuesto que la gente dice la verdad.
169	Paso la mayor parte del tiempo en soledad.
170	He oído voces que nadie más es capaz de oír.
171	Me gusta hacer cosas sólo para comprobar si puedo salir impune de ellas.
172	He tenido únicamente los problemas de salud que la mayoría de la gente tiene.
173	Necesito tiempo para sentirme en confianza con personas que no conozco.
174	Siempre he sido una persona bastante feliz.
175	La bebida me ayuda a sobrellevar ciertas situaciones sociales.
176	Soy el tipo de persona que se hace cargo de las cosas.
177	No puedo soportar separarme de las personas que son muy cercanas a mí.
178	Nunca pierdo el control por estar demasiado furioso.
179	He cometido algunos errores graves en relación con las personas que he elegido como amigas.
180	Durante mucho tiempo he estado pensando en el suicidio.
181	He amenazado a otras personas con hacerles daños.
182	He utilizado medicamentos para animarme.
183	Suelo tener pocos cambios de humor.
184	A veces intento evitar a las personas que me disgustan.
185	Mi preocupación por las cosas es similar a la de la mayoría de las personas.
186	No me asusta conducir por autopistas.
187	Me parece que me cuesta mucho concentrarme.
188	He tenido algunos éxitos destacados.
189	Algunas personas cambian sus planes para molestarme.
190	Disfruto con la compañía de otras personas.
191	No me gusta sentirme ligado a otra persona.
192	Tengo problemas de espalda.
193	Soy capaz de relajarme con facilidad.
194	He tenido algunas experiencias terribles que hacen que me sienta culpable.
195	Con frecuencia me despierto muy temprano por la mañana y luego no puedo volver a dormirme.
196	Puedo ser muy exigente cuando quiero que las cosas se hagan deprisa.

197	Generalmente se ha reconocido lo que he hecho.
198	Mi mente tiende a saltar rápidamente de unas cosas a otras.
199	La idea de una vida tranquila y ordenada nunca me ha interesado.
200	Mis aficiones favoritas son el tiro con arco y la filatelia.
201	Me gusta estar con mi familia.
202	Me gusta como soy.
203	En ciertas ocasiones he perdido la sensibilidad en las manos.
204	Raras veces siento tensión o ansiedad.
205	Normalmente me doy cuenta de cuando algo tiene muchos gérmenes.
206	No me interesa la vida.
207	Tengo la sensación de que necesito estar en constante actividad, sin descansar.
208	La gente piensa que soy demasiado suspicaz.
209	A veces no puedo recordar quien soy.
210	Otras personas pueden leer mis pensamientos.
211	Nunca me expulsaron de la escuela durante mi niñez, ni siquiera temporalmente.
212	He tenido algunas enfermedades o molestias bastante raras.
213	Se necesita tiempo para que otras personas lleguen a conocerme.
214	En algunas ocasiones me he enfurecido tanto que era incapaz de manifestar toda la ira que sentía.
215	En ocasiones he tenido que dejar la bebida.
216	Prefiero que sean otros los que toman las decisiones.
217	Normalmente no me aburro.
218	Siempre que puedo evito las discusiones.
219	Cuando tengo un amigo o amiga, lo es para mucho tiempo.
220	La muerte sería un alivio.
221	La gente piensa que soy una persona agresiva.
222	Nunca consumo drogas para ayudarme a enfrentarme al mundo.
223	Rara vez me siento una persona solitaria.
224	A veces dejo las cosas para el último momento.
225	Generalmente me preocupo por las cosas más de lo que debería.
226	No me asustan las alturas.
227	Creo que en el futuro me van a ocurrir cosas favorables.
228	Creo que podría ser un buen cómico.
229	Es muy raro que la gente me trate mal a propósito.
230	Siempre que puedo me gusta estar con otras personas.
231	No me gusta mantener una relación durante mucho tiempo.
232	Tengo problemas de estómago.
233	A veces noto que mi corazón late muy fuerte.
234	Sigo teniendo pesadillas sobre el pasado.
235	Tengo buen apetito.
236	Me molesta mucho si alguna persona trata de impedir que cumpla mis objetivos.

237	La gente que ha tenido éxito generalmente lo ha merecido.
238	A veces me parece que me han robado los pensamientos.
239	Cuando me canso de un sitio inmediatamente me voy a otro.
240	No me gusta comprar cosas que me parecen excesivamente caras.
241	En mi familia discutimos más que hablamos.
242	Muchos de mis problemas son consecuencia de mi actitud.
243	He tenido experiencias de visión doble o de visión borrosa.
244	Me sobresalto con facilidad.
245	Los demás consideran que presto mucha atención a los detalles.
246	En los últimos tiempos me he sentido feliz habitualmente.
247	Últimamente tengo menos necesidad de dormir de la habitual.
248	Generalmente las cosas no son lo que aparentan a primera vista.
249	A veces veo solo en blanco y negro.
250	Tengo un sexto sentido que me avisa de las cosas que van a ocurrir.
251	Generalmente me portaba bien cuando iba al colegio.
252	He ido muchas veces al médico en mi vida.
253	Intento acoger a las personas que parecen estar solas.
254	A veces tomo una copa de una bebida alcohólica nada más para levantarme.
255	La bebida me ha causado algunos problemas en casa.
256	Digo siempre lo que pienso.
257	Suelo hacer lo que otras personas quieren que haga.
258	A veces puedo ser una persona muy violenta.
259	Es muy difícil hacer que me enfade.
260	He estado pensando en lo que podría decir en una carta de suicidio.
261	No tengo motivos para seguir viviendo.
262	Nunca he tenido problemas en el trabajo por causa de las drogas.
263	Gasto el dinero con demasiada facilidad.
264	A veces hago promesas que no puedo cumplir.
265	A veces me pongo tan nervioso que me parece que voy a morir.
266	Evito montarme en aviones.
267	Tengo cosas importantes que aportar.
268	Últimamente confió tanto en mí que creo que puedo conseguir lo que me proponga.
269	La gente me tiene manía.
270	Hago amigos con facilidad.
271	Siempre tengo algo que decir u opinar sobre cualquier cosa.
272	Me duele la cabeza con más frecuencia que a la mayor parte de gente.
273	Me sudan las manos con frecuencia.

274	Tuve una experiencia muy mala que me ha hecho perder el interés por algunas cosas con las que antes disfrutaba.
275	A menudo me despierto a mitad de la noche.
276	A veces estoy muy suspicaz y me enfado con facilidad.
277	No soy una persona que suela guardar rencor.
278	Los pensamientos desaparecen rápidamente de mi mente.
279	Nunca tomo riesgos si puedo evitarlo.
280	La mayor parte de la gente prefiere ganar a perder.
281	Paso poco tiempo con mi familia.
282	Soy capaz de resolver mis problemas por mi propia cuenta.
283	Algunas partes de mi cuerpo han quedado paralizadas en alguna ocasión.
284	No soy de las personas que se asustan fácilmente.
285	Me controlo de una forma muy estricta.
286	Casi siempre soy una persona alegre y positiva.
287	Casi nunca compro cosas por un impulso repentino.
288	La gente tiene que ganarse mi confianza.
289	Tengo visiones en las que me veo en la obligación de cometer ciertos delitos.
290	No creo que existan personas capaces de leer la mente.
291	Nunca he robado dinero u objetos de otras personas.
292	Me gusta hablar con otras personas sobre sus problemas de salud.
293	Soy una persona afectuosa.
294	Nunca conduzco si he estado bebiendo
295	Casi nunca bebo alcohol.
296	La gente suele pedirme opinión.
297	Si cuando acudo a un establecimiento me atienden mal reclamo al responsable.
298	Regaños a las personas que se lo merecen.
299	Trato de evitar el tener que elevar la voz.
300	Me he preguntado cómo reaccionarían otras personas si me suicidase.
301	Tengo muchos motivos para vivir.
302	Comparto el consumo de drogas con mis mejores amigos.
303	Soy una persona temeraria.
304	A veces podría haber actuado más reflexivamente de lo que hice.
305	No me preocupo por las cosas que escapan de mi control.
306	No me preocupa viajar en autobús o en tren.
307	Tengo bastante éxito en lo que emprendo.
308	Soy incapaz de verme como una persona famosa.
309	Soy objeto de una conspiración.
310	Mantengo el contacto con mis amigos y amigas.
311	Cuando hago una promesa no siento la necesidad de cumplirla.
312	Tengo diarreas con frecuencia.
313	Tengo el pulso firme.
314	Evito ciertas cosas que me traen malos recuerdos.

315	Tengo poco interés por el sexo.
316	Soy poco paciente con la gente que no está de acuerdo con mis planes.
317	A la larga uno siempre se ve recompensado si ayuda a los demás.
318	Soy capaz de concentrarme ahora tan bien como en mis mejores tiempos.
319	No soy del tipo de personas a las que les asustan los retos.
320	En mi tiempo libre suelo leer, ver la televisión o simplemente descansar.
321	Me gustaría entender por qué actúo en la forma en que lo hago.
322	Mi vida es completamente impredecible.
323	En algunas ocasiones mi vista ha empeorado y luego ha vuelto a mejorar.
324	Soy una persona muy tranquila y relajada.
325	La gente dice que soy perfeccionista.
326	Me satisface plenamente mi situación laboral.
327	Me preocupa no tener bastante dinero para salir adelante.
328	La relación con mi pareja no va bien.
329	Creo que dentro de mí hay tres o cuatro personalidades completamente diferentes.
330	Soy una persona bastante comprensiva.
331	Es importante para mí tener relaciones personales íntimas.
332	Tengo poca paciencia con la gente.
333	Tengo más amigos que la mayor parte de la gente que conozco.
334	Nunca he tenido problemas por haber bebido.
335	He tenido algunos problemas por haber bebido.
336	Suelo intentar que los demás no se den cuenta cuando discrepo de ellos.
337	Soy una persona muy independiente.
338	La gente se sorprendería si me viese gritar a alguien.
339	Desde que soy una persona adulta nunca he empezado una pelea que haya llegado a las manos.
340	Estoy pensando en la posibilidad de suicidarme.
341	Las cosas nunca me han ido tan mal como para pensar en suicidarme.
342	El consumo de drogas nunca me ha producido problemas con la familia o los amigos.
343	Pongo mucho cuidado en la forma de gastar el dinero.
344	Casi nunca estoy de mal humor.

## FIN DE LA PRUEBA

**Compruebe que ha respondido a todas las frases.**







# CASO CLÍNICO

Presentado por: Lujan La Torre, María Alejandra



## ANAMNESIS

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

**Nombres y Apellidos** : A. L. C. R.

**Edad** : 17 años

**Sexo** : Femenino

**Fecha de nacimiento** : 27 de Febrero de 1999

**Lugar de nacimiento** : Paucarpata - Arequipa

**Grado de instrucción** : Secundaria Completa

**Estado civil** : Soltera

**Procedencia** : Arequipa

**Ocupación** : Estudiante

**Religión** : Católica

**Referente** : Paciente

**Informantes** : Paciente

**Lugar de evaluación** : Domicilio de la paciente. **Fechas**

**de evaluación** : 30/07/16, 10/08, 18/08/16.

**Examinador** : María Alejandra Lujan La Torre

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

La evaluada asiste a consulta acompañada de su madrina, la misma que refiere que la paciente se corta con un cúter las muñecas y parte de su antebrazo. Su padre biológico abusó sexualmente en dos oportunidades de ella; ambos padres no se responsabilizan por ella.

### **III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:**

La paciente manifiesta que en el 2013 inició realizándose cortes en los brazos, refiere que lo realizó porque no tenía a sus padres juntos, tenía problemas con otros integrantes de su familia y una amiga del colegio en el cual estudiaba le mencionaba que al cortarse ella podía liberarse del dolor; es así que en la casa de su abuela donde en ese tiempo vivía se hizo 3 cortes con un cúter en las muñecas. Dicho evento lo realiza por segunda vez en la casa de su abuela paterna refiriendo que tenía dificultades con los integrantes de esta familia. Luego su padre la deja a cargo de una amiga y ella al sentir esta soledad y falta de protección se corta con un cuchillo por tercera vez.

En el año 2015 específicamente en el mes de enero la paciente narra que tenía 15 años y vivía en la casa de su Madrina, se quedó sola y estaba con gripe, su padre la busca y le da pastillas para que mejore, el padre le manifiesta que esas pastillas le calmarían la fiebre; ella las toma y luego cuando despierta se sentía muy mareada y tenía náuseas, sumado a ello tenía un fuerte dolor en sus partes íntimas, la paciente expresa que fue violada por su padre, manifestando también que no presentó sangrado. Ella cuenta a su familia lo que su padre le hizo y sus familiares la llevan a un Centro Médico para que le hagan una prueba de embarazo, dando resultado negativo; también le cuenta a la hermana de su madre la cual la lleva a que le realicen una ecografía para corroborar el resultado anterior, siendo negativo. La paciente manifiesta que quiso alejarse de su padre pero que él más se acercaba a ella y constantemente la buscaba. En este primer suceso ambas familias se enteran a excepción de su madre ya que ella no mantenía comunicación con su progenitora. Es en este año en el que la paciente se corta por cuarta vez con una Gillette.

Este mismo año en el mes de Julio, regresa del colegio a la casa de su madrina, su padre va a buscarla y le ofrece un frugos manifestándole: ¿no sabías que es malo despreciar a alguien que te está invitando?”. La paciente manifiesta que ella no quería beber ese jugo porque sabía que algo le haría y se encontraba sola en esa casa, sin embargo lo bebió, la misma refiere que se sintió muy mareada y que tenía mucho sueño, luego despierta porque su madrina la llamaba a su celular y se da cuenta que ella y su padre estaban desnudos y el mismo se encontraba encima de ella manifestándole “...un rato más falta un poco”. Ella estaba muy mareada y sentía



dolor en la parte baja, sin embargo se cubre con su ropa al verse desnuda. Su padre se va a comprar pollo a la brasa e invita a su madrina e hijos a compartir la cena. La paciente en ese momento no cuenta nada hasta que su padre se va y su madrina le pregunta que estaba pasando, porque lloraba y le cuenta lo sucedido. En ambas ocasiones ni la familia ni su madrina han denunciado el acto. Manifiestan que la paciente al ser menor de edad y viviendo con una persona ajena a su familia podría irse a un albergue, lo mismo refiere la evaluada. Por quinta vez la evaluada decide cortarse las muñecas.

En el año 2016 la paciente manifiesta querer morir, refiere que tiene momentos en los que preferiría no seguir existiendo para dejar de ser una carga para su madrina quien incondicionalmente le ha dado vivienda, comida, vestimenta, estudios y demás. Es así que por sexta vez la paciente se corta las muñecas y parte del antebrazo; refiere que al realizarlo deja de sentir el dolor en el alma por lo que su padre le hizo, que ese dolor se vuelve físico y la alivia.

Actualmente la paciente mantiene una relación sentimental con el hijo de su madrina, iniciando su actividad sexual, consumiendo píldoras del día siguiente ya que no usan siempre un método anticonceptivo.

#### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES:**

- **Etapa Pre-Natal :**

La evaluada refiere que nació por parto natural y que aparentemente no fue planificada. La paciente refiere que su madre no le ha brindado mayor información sobre el desarrollo de su gestación.

- **Etapa Natal :**

La paciente refiere que la madre no le dio mayor información. No se puede precisar este dato.

- **Etapa Post-Natal:**

*Primer año*, desarrollo normal. Manifiesta haber tenido los accidentes propios de la edad. Empezó hablar al año y nueve meses, sufrió de bronconeumonía estando internada de gravedad en el hospital. Manifiesta que controló esfínteres a los dos años y medio. No precisa mayor información.

*Desarrollo Psicomotor*, aparentemente normal; según refiere la paciente gateó a los 9 meses y camino de acuerdo a la edad establecida.

*Rasgos Neuropáticos*, no presenta ninguno.

- **Etapa Escolar :**

***Inicial:*** Ingresó al jardín a los 4 años de edad a un Colegio Nacional.

***Primaria:*** A los 5 o 6 años ingresó al Colegio Primaria, mencionando que fue aplicada pero un poco traviesa, sin presentar complicaciones conductuales.

***Secundaria:*** La paciente curso la secundaria en cuatro Instituciones Educativas siendo constantemente trasladada debido a que cada año se mudaba de distrito por la inconstancia de sus familiares al no hacerse cargo de la menor. Manifiesta que fue una alumna regular, alegre, divertida, molesta y que le gustaba estudiar.

***Preparación pre – universitaria:*** Al culminar la secundaria a los 16 años ingresó a la Academia pre - universitaria, estudió en dicha academia hasta setiembre del 2016. Postuló a la Universidad a la carrera de Administración de empresas en el mes de agosto pero no logró ingresar. Por motivos económicos abandonó la academia y pretende estudiar en su casa hasta marzo para rendir el próximo examen.

- **Desarrollo y función sexual :**

***Aspectos fisiológicos,*** paciente de sexo femenino de 17 años de edad. Su primera menstruación fue a los 11 años y manifiesta ser irregular.

***Aspecto psicosexual,*** la paciente fue abusada sexualmente por su padre a los 15 años de edad y por segunda vez a los 16 años. A los 16 años también inicia actividad sexual consentida con el hijo de su madrina con quien viven en el mismo domicilio, mantienen relaciones sexuales frecuentemente. La paciente ya ha consumido píldoras del día siguiente, ya que no siempre usan un método anticonceptivo.

- **Actividad laboral** : Tiene como única actividad estudiar para postular a la Universidad, sin embargo en la casa de su madrina debe de lavar, cocinar y limpiar. Actualmente en el año 2017 empezó a trabajar.
- **Religión:** Católica.
- **Hábitos e influencias nocivas o tóxicas:**  
No presenta ninguna, sin embargo consume alcohol eventualmente junto a sus amistades. No consume drogas.
- **Historia de la recreación y de la vida :**  
La paciente refiere que le gustan todas las actividades que se realizan fuera del hogar. Prefiere estar acompañada que en soledad.
- **Enfermedades y accidentes :**  
La paciente de niña padeció de Bronconeumonía. Paciente sana físicamente en la actualidad.
- **Personalidad Pre-mórbida :**  
La evaluada refiere que siempre fue una niña y adolescente muy alegre y divertida. Sin embargo, considera que actualmente es rebelde ya que no cumple a cabalidad las órdenes y deberes dados por su Madrina quien es la encargada de su educación. En cuanto a sus relaciones interpersonales es una chica muy dependiente, se deprime con facilidad cuando sus amistades la defraudan o no se comportan de la forma que ella espera. Sin embargo manifiesta que tiene mucha facilidad para hacer amigos, quienes le mencionan que es muy divertida.

## **V. ANTECEDENTES FAMILIARES:**

- **Composición familiar** :  
La evaluada es la única hija de madre y padre, manifiesta que sus padres mantenían una relación amorosa pero que cuando su madre estaba embarazada de ella le fue infiel a su padre, el mismo que se enteró y decidió alejarse. Su padre es conductor y trabaja mayormente en Ayacucho el mismo que tiene secundaria completa. Su madre es casada hace 11 años y tiene dos hijos de 9 y 10 años de edad. Desde que la paciente nació vivió con su madre y padrastro el mismo que la golpeaba a tal forma

de lesionarle el ojo de un puñete. Luego vivió desde los 8 hasta los 13 años con su padre y su madrastra la misma que tenía dos hijos.

La paciente refiere que a los 13 y 14 años vivió en la casa de su abuela paterna en la misma vivían los hermanos de su padre; uno de ellos la pretendía es así que tuvo una relación amorosa un poco menos de un mes con su tío, manifiesta también que su otro tío también la acosaba verbalmente.

A los 15 años debido a todos estos incidentes familiares se va a vivir donde su abuela materna manifestando que era buena. A los 16 años su padre la lleva a la casa de su madrina de bautizó, el mismo la deja allí diciendo que se haría cargo de sus estudios, ropa, comida y todo lo necesario; sin embargo, después de lo sucedido él no ha vuelto a regresar ni le da una pensión a su cuidadora.

A la actualidad A.L.C.R. vive con su madrina quien es madre divorciada, tiene dos hijos de 25 y 21 años, junto a ellos también vive la novia de su hijo mayor con quien no mantiene buenas relaciones.

- **Dinámica familiar** :

La autoridad del hogar la tiene su madrina e hijo mayor. Sin embargo las restricciones, permisos y demás solo lo realiza su madrina.

- **Condición Socioeconómica** :

Vivienda de material noble, con servicios de agua, luz y desagüe, 3 baños, 4 dormitorios, 1 sala, 1 comedor, 1 cocina y cochera. Ubicada en una zona urbana, ocupada por 5 personas.

- **Antecedentes Patológicos** :

La paciente pidió información sobre estos datos a su madre la misma que le informó que aparentemente la familia no presenta ningún antecedente detectado.

## **VI. RESUMEN**

Evaluada nacida de parto natural aparentemente sin complicaciones, la niña tuvo un desarrollo psicomotor normal; vivió los primeros 8 años de vida junto a su madre y padrastro el mismo que golpeaba brutalmente a la menor. Inició sus estudios en Jardín de 4 años en el Distrito de Paucarpata. Luego continuos sus estudios de

primaria en el distrito de Hunter ya que vivía junto a su padre y madrastra. Parte de la secundaria culminó en Paucarpata, esta etapa la vivió junto a su abuela paterna y luego materna. En el año 2013 inicia a realizarse cortes en las muñecas y antebrazos buscando aliviar su dolor, según manifiesta. En el año 2015 su padre abusó sexualmente de ella, dicho suceso fue informado a ambas familias sin embargo no se tomaron medidas legales. Este hecho se vuelve a repetir este mismo año, el padre biológico, con engaños abusa por segunda vez de su hija. Ambas familias se enteran de lo sucedido; sin embargo, no toman medidas legales alegando que la paciente al ser menor de edad podría irse a un albergue ya que ninguno de sus padres se responsabiliza por ella.

Actualmente la paciente vive junto a su madrina de bautizo, sus 2 hijos y novia, mantiene una relación sentimental junto al hijo menor con el cual ha iniciado actividad sexual consentida hasta el presente. En el mes de Julio la evaluada se ha cortado con cúter las muñecas manifestando tristeza y soledad.

Arequipa, Agosto 2016.

## EXAMEN MENTAL

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

**Nombres y Apellidos** : A.L.C.R.  
**Edad** : 17 años  
**Sexo** : Femenino  
**Fecha de nacimiento** : 27 de Febrero de 1999  
**Lugar de nacimiento** : Paucarpata - Arequipa  
**Grado de instrucción** : Secundaria Completa  
**Estado civil** : Soltera  
**Procedencia** : Arequipa  
**Ocupación** : Estudiante  
**Religión** : Católica  
**Referente** : Paciente  
**Informantes** : Paciente  
**Lugar de evaluación** : Domicilio de la paciente.  
**Fechas de evaluación** : 30/07/16, 10/08/16, 18/08/16  
**Examinadora** : María Alejandra Lujan La Torre

### II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Evaluada de sexo femenino, 17 años de edad, aparenta la edad que posee, con adecuado aseo, y arreglo personal acorde a su contexto. De tez trigueña, contextura bastante delgada, de talla regular, cabello negro, lacio y largo. Usualmente usa ropa cómoda sport.

De posición semi-encorvada, marcha normal, mirada algunas veces directas otras evasivas en relación al contexto que este narrando, tono de voz adecuado, velocidad

de habla regular, su lenguaje corporal denota confianza, relajación y eventualmente vergüenza.

Su faz denota relajación, durante las entrevista se muestra emocionalmente serena y de disposición colaboradora con la evaluación, constantemente atenta a lo expresado por la evaluadora. Al inicio de las entrevista refirió sentirse emocionalmente triste y desprotegida, sin embargo en el transcurso del proceso refirió sentirse tranquila.

### **III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN**

- **Atención**

La evaluada presenta capacidad de atención selectiva conservada, mostró baja distraibilidad y fatiga en los momentos finales de la evaluación psicométrica. Sin embargo, la mayor parte del tiempo se mostró concentrada frente a los procedimientos del examen.

- **Conciencia**

Lúcida durante las entrevistas y evaluaciones, se mantuvo en estado de alerta adecuado ante el entorno.

- **Orientación**

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona; reconoce adecuadamente el día, mes y año actual; reconoce el lugar actual, su dirección, y la ciudad en la que se encuentra. Respecto a su persona, se identifica a sí misma, referenciando su nombre, edad, sexo, ocupación, de igual forma identifica a otras personas de su entorno cercano.

### **IV. LENGUAJE Y PENSAMIENTO**

- **Lenguaje**

La paciente demuestra una adecuada comunicación verbal, utilizando correctamente el lenguaje, es clara, coherente, con tono de voz moderado y de curso regular. Su conversación va acompañada de expresiones faciales de acuerdo a los eventos que narra.

- **Pensamiento**

Se aprecia que su pensamiento es de curso y contenido adecuado, su principal preocupación está referida a ingresar a la Universidad para poder estudiar, trabajar y cubrir sus necesidades económicas.

- **Percepción**

No se evidencian alteraciones perceptivas, percibe adecuadamente forma, tamaño y color de los objetos, de igual forma su percepción auditiva se encuentra conservada.

- **Memoria**

Memoria a corto plazo y largo plazo conservadas ya que narra con claridad acontecimientos de su vida; memoria conceptual adecuada.

- **Funcionamiento Intelectual**

Sus funciones superiores son normales, realiza razonamiento matemático simple como multiplicaciones, sustracciones y divisiones. Posee conocimientos generales acorde a su grado de instrucción.

- **Estado de Ánimo y Afectos**

Al inicio de las entrevistas su estado de ánimo fue triste y nostálgico al recordar hechos de su vida. Conforme se avanzó con el proceso su estado de ánimo fue estable pero mostrando siempre altibajos en el mismo; se muestra congruencia entre lo dicho y lo expresado mediante el lenguaje no verbal.

- **Comprensión del problema**

Muestra real comprensión del problema, es consciente de los sucesos ocurridos y de la importancia que denota sus estudios superiores para lograr independencia, logro personal y profesional. Acepta y pide apoyo terapéutico para dejar de auto dañarse.

## **V. RESUMEN**

Evaluada de sexo femenino, 17 años de edad, aparenta su edad cronológica, adecuado aseo, y arreglo personal acorde al contexto. De posición semi- encorvada, marcha normal, mirada en algunas ocasiones directa y en otras evasiva, tono de voz adecuado, velocidad de habla regular, su lenguaje corporal denota confianza, relajación y en algunas oportunidades vergüenza.



Su faz denota relajación, al inicio de las entrevistas se mostró emocionalmente triste; sin embargo, la disposición con la evaluación estuvo siempre presente. Actualmente refiere sentirse tranquila pero siempre muestra altibajos en su estado de ánimo.

Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Su capacidad de atención, concentración y memoria se encuentran conservadas. Funciones superiores, capacidad de análisis, síntesis y abstracción normales.

Lenguaje de ritmo regular, comprensible y coherente, tono de voz regular. Denota un funcionamiento intelectual acorde a su grado de instrucción y entorno socio cultural, no se evidencian alteraciones perceptivas.

Muestra real comprensión del problema, es consciente de los sucesos ocurridos y de la importancia que denota sus estudios superiores para lograr la independencia, logro personal y profesional. Acepta y pide apoyo terapéutico para dejar de auto dañarse.

Arequipa, Agosto 2016.

## INFORME PSICOMÉTRICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

**Nombres y Apellidos** : A.LC.R.  
**Edad** : 17 años  
**Sexo** : Femenino  
**Fecha de nacimiento** : 27 de Febrero de 1999  
**Lugar de nacimiento** : Paucarpata - Arequipa  
**Grado de instrucción** : Secundaria Completa  
**Estado civil** : Soltera  
**Procedencia** : Arequipa  
**Ocupación** : Estudiante  
**Religión** : Católica  
**Referente** : Paciente  
**Informantes** : Paciente  
**Lugar de evaluación** : AVANZA – Centro de Atención Psicológica.  
**Fechas de evaluación** : 25/08/16 - 31/08/16  
**Examinador** : María Alejandra Lujan La Torre

### II. OBSERVACIONES GENERALES:

La evaluada se mostró colaboradora para llevar a cabo la evaluación pertinente, realizó las pruebas con tranquilidad y utilizando el tiempo adecuado. En todo momento se mostró curiosa por terminar y saber los resultados. Sin embargo se notó ligera fatiga al culminar la prueba PAI, dado que es una prueba extensa.

### III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- **Técnicas**
  - ✓ Entrevista
  - ✓ Observación
- **Instrumentos psicométricos:**
  - ✓ Test de la Figura Humana
  - ✓ Test de la Persona Bajo la lluvia
  - ✓ Escala de Ideación Suicida de Beck.
  - ✓ Inventario de Evaluación de la Personalidad – PAI

### IV. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

- **Test de la Figura Humana**

Se puede observar la expresión de represión que no permite que la evaluada exteriorice con agresividad. Conducta evasiva, timidez, aplastamiento. Probablemente la evaluada se sienta desvalorizada, trasmite sensación de encierro e incomodidad. Se evidencia conflictos en el pasado los cuales no han sido resueltos y podrían estar frenando su evolución.

- **Test de la persona bajo la lluvia**

Se muestra equilibrio entre tendencias de introversión y extroversión, rasgos asociados a la dependencia afectiva y sensibilidad. Muestra presión por parte de su entorno probablemente sean las exigencias en cuanto a sus estudios y responsabilidades que frecuentemente la evaluada está dejando de lado; se observa hostilidad frente a su entorno esto podría estar asociado a sus relaciones interpersonales con los integrantes de la familia con la cual convive y con los cuales no lleva buena relación. De igual forma se puede observar un inadecuado uso de sus defensas frente a las situaciones cotidianas.

- **Escala de Ideación Suicida de Beck.**

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA	PUNTAJE
A. Características de las actitudes hacia la vida	4
B. Características de los pensamientos y deseos de Ideación suicida	9

<b>C. Características del Intento Suicida</b>	2
<b>D. Actualización de la Ideación Suicida</b>	3
<b>D.1. Intentos suicidas</b>	2
<b>Total</b>	<b>20</b>

A través de la prueba realizada se puede determinar una elevada puntuación en cuando a la presencia de *Ideación Suicida*, siendo los pensamientos y deseos constantes en la evaluada. De igual forma podemos apreciar que la paciente en el ítem 20 (D.1.) menciona a ver cometido 2 *Intentos Suicida* hasta la fecha.

• **Inventario de evaluación de la Personalidad – PAI**

ESCALAS CLÍNICAS	PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
Queja somática	69	-
<i>Ansiedad</i>	<i>74</i>	<i>Clínicamente significativo</i>
<i>Trastornos de ansiedad relacionados</i>	<i>79</i>	<i>Clínicamente significativo</i>
<i>Depresión</i>	<i>75</i>	<i>Clínicamente significativo</i>
<i>Manía</i>	<i>77</i>	<i>Clínicamente significativo</i>
<i>Paranoia</i>	<i>77</i>	<i>Clínicamente significativo</i>
Esquizofrenia	82	-
<i>Características Borderline</i>	<i>83</i>	<i>Clínicamente significativo</i>
<i>Características Antisociales</i>	<i>71</i>	<i>Clínicamente significativo</i>
Problemas con el Alcohol	49	-
Problemas con las Drogas	66	-
Agresividad	69	-
<i>Ideación suicida</i>	<i>93</i>	<i>Clínicamente significativo</i>
Estrés	59	-
Falta de apoyo	64	-
Rechazo del tratamiento	35	-
Dominancia	38	-
Calidez	35	-

- **Ansiedad:** Ansiedad y tensión significativa, puede ser vista como tímida, dependiente y nerviosa.

- **Trastornos de ansiedad relacionados:** Deterioro producido por miedos acerca de alguna situación, insegura, dudosa de sí mismas e incómoda en situaciones sociales.
- **Depresión:** Probablemente esté muy abatida y se aleja de actividades sociales que antes disfrutaba, culposa, inestable e insatisfecha.
- **Manía:** Es posible que asuma más de lo que puede manejar, bastante impulsiva y con poca capacidad de postergar la gratificación. Tiende a ser problemática y poco reciproca en las interacciones por su hostilidad.
- **Paranoia:** Tiende a ser públicamente suspicaz y hostil. Suele ser desconfiada en sus relaciones íntimas.
- **Características Borderline:** Propensa a ser impulsiva y emocionalmente lábil. Se siente incomprendida por otras, encontrando dificultad en mantener relaciones íntimas. Se muestra irritable y suspicaz.
- **Características antisociales:** Muestra pocas amistades duraderas por su hostilidad e impulsividad.
- **Ideación Suicida:** Poseen poca esperanza, se encuentra desesperanzada, se creen inútiles para otros e incapaces de ayudarse a sí mismos. Se siente rechazada por los que la rodean y se muestra amargada por cómo ha sido tratada.

SUB ESCALAS		PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
Queja somática	Conversión	75	-
	Somatización	75	-
	Preocupación por la salud	52	-
Ansiedad	Cognitiva	73	-
	Afectiva	68	-
	Fisiológica	75	-
Trastornos de ansiedad relacionados	Obsesivo-compulsivo	57	-
	Fobias	70	-
	Estrés Postraumático	87	-
Depresión	Cognitiva	67	-
	Afectiva	88	-
	Somática	60	-
<i>Manía</i>	Nivel de actividad	73	-
	Grandiosidad	63	-

	<b><i>Irritabilidad</i></b>	<b>78</b>	<b><i>Clínicamente significativo</i></b>
<b><i>Paranoia</i></b>	Híper-vigilancia	63	
	<b><i>Persecución</i></b>	<b>92</b>	<b><i>Clínicamente significativo</i></b>
	Resentimiento	64	-
Esquizofrenia	Exp. Psicóticas	75	-
	Desapego social	66	-
	Tras. de pensamiento	81	-
Características Bordeline	Inest. Afectiva	72	-
	Probl. De identidad	77	-
	Rel. Negativas	75	-
	Daño a si mismo	84	-
<b><i>Características Antisociales</i></b>	Conducta antisocial	59	-
	<b><i>Egocentrismo</i></b>	<b>82</b>	<b><i>Clínicamente significativo</i></b>
	Busq. De excitación	64	-
Agresividad	Actitud agresiva	64	-
	Agresión verbal	56	-
	Agresión física	79	-

- **Manía – Irritabilidad:** En sus relaciones con los demás es tirante, esta irritabilidad puede producir acusaciones de que otros están intentando frustrar sus planes.
- **Paranoia – Persecución:** Sienten celos o ideas delirantes pensando que otros desean obstaculizarlos. Se siente tratada de manera poco equitativa.
- **Características antisociales – Egocentrismo:** Fría y con falta de empatía. En su deseo de satisfacer sus propias metas e impulsos pueden aprovecharse de los demás. Sienten poca responsabilidad sobre el bienestar de los demás.

## V. RESUMEN

A través de las pruebas aplicadas a la evaluada se puede apreciar expresión de represión que no permite que la evaluada exteriorice con agresividad. Conducta evasiva, timidez, aplastamiento. Probablemente la evaluada se sienta desvalorizada, transmite sensación de encierro e incomodidad. Se evidencia conflictos en el pasado

que no han sido resueltos lo cual podría estar frenando su evolución. Se muestra equilibrio entre tendencias de introversión y extroversión, rasgos asociados a la dependencia afectiva y sensibilidad. De igual forma se puede observar un inadecuado uso de sus defensas frente a las situaciones cotidianas.

En cuanto a la personalidad y escalas clínicas se encuentran rasgos de ansiedad, depresión, manía, paranoia y características borderline y antisociales; así también se ve reflejado en la escala de ideación suicida puntuaciones elevadas en cuanto a deseos y pensamientos suicidas.

Arequipa, Agosto 2016.

---

Luján La Torre, María Alejandra

Bachiller en Psicología

## INFORME PSICOLOGICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

**Nombres y Apellidos** : A.L.C.R.

**Edad** : 17 años

**Sexo** : Femenino

**Fecha de nacimiento** : 27 de Febrero de 1999

**Lugar de nacimiento** : Paucarpata - Arequipa

**Grado de instrucción** : Secundaria Completa

**Estado civil** : Soltera

**Procedencia** : Arequipa

**Ocupación** : Estudiante

**Religión** : Católica

**Referente** : Paciente

**Informantes** : Paciente

**Lugar de evaluación** : AVANZA – Centro de Atención Psicológica.

**Fechas de evaluación** : 14/09/2016

**Examinadora** : María Alejandra Lujan La Torre

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

La evaluada asiste a consulta acompañada de su madrina, la misma que refiere que la paciente se corta con un cúter las muñecas y parte de su antebrazo. Su padre biológico abusó sexualmente en dos oportunidades de ella; ambos padres no se responsabilizan por ella.



### **III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:**

- **Técnicas**
  - ✓ Entrevista
  - ✓ Observación
- **Instrumentos psicométricas:**
  - ✓ Test de la Figura Humana
  - ✓ Test de la Persona Bajo la lluvia
  - ✓ Escala de Ideación Suicida de Beck.
  - ✓ Inventario de evaluación de la Personalidad – PAI

### **IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES**

Evaluada nacida de parto natural aparentemente sin complicaciones, la niña tuvo un desarrollo psicomotor normal; vivió los primeros 8 años de vida junto a su madre y padrastro el mismo que golpeaba brutalmente a la menor. Inició sus estudios en Jardín de 4 años en el Distrito de Paucarpata. Luego continuó sus estudios de primaria en el distrito de Hunter ya que vivía junto a su padre y madrastra. Parte de la secundaria culminó en el Distrito de Paucarpata, esta etapa la vivió junto a su abuela paterna y luego materna.

En el año 2013 inicia realizándose cortes en las muñecas y antebrazos buscando aliviar su dolor según manifiesta la evaluada. En el año 2015 su padre abusó sexualmente de ella, dicho hecho fue informado a ambas familias, sin embargo, no se tomaron medidas legales. Este hecho se vuelve a repetir este mismo año, nuevamente el padre biológico con engaños abusa por segunda vez de su hija. Ambas familias se enteran de lo sucedido; sin embargo, no toman medidas legales alegando que la evaluada al ser menor de edad podría irse a un albergue ya que ninguno de sus padres se responsabiliza por ella.

Actualmente la paciente vive junto a su madrina de bautizo, sus 2 hijos y la novia de una de ellos; la evaluada mantiene una relación sentimental con el hijo menor de su madrina, con el cual ha iniciado actividad sexual consentida hasta el presente.

En el mes de Julio la paciente se ha cortado con cúter las muñecas manifestando tristeza y soledad.

## **V. OBSERVACIONES GENERALES Y DE CONDUCTA**

Evaluada de sexo femenino, 17 años de edad, aparenta su edad cronológica, adecuado aseo, y arreglo personal acorde al contexto. De posición semi-encorvada, marcha normal, mirada en algunas ocasiones directa y en otras evasiva, tono de voz adecuado, velocidad de habla regular, su lenguaje corporal denota confianza, relajación y en algunas oportunidades vergüenza.

Su faz denota relajación, al inicio de la entrevista se mostró emocionalmente triste, sin embargo hubo disposición inmediata con la evaluación. Actualmente refiere sentirse tranquila pero siempre muestra altibajos en su estado de ánimo.

Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Su capacidad de atención, concentración y memoria se encuentran conservadas. Funciones superiores, capacidad de análisis, síntesis y abstracción normales.

Lenguaje de ritmo regular, comprensible y coherente, tono de voz regular. Denota un funcionamiento intelectual acorde a su grado de instrucción y entorno socio cultural, no se evidencian alteraciones perceptivas.

Muestra real comprensión del problema, es consciente de los sucesos ocurridos y de la importancia que denota sus estudios superiores para lograr la independencia y logro personal y profesional. Acepta y pide apoyo terapéutico para dejar de auto dañarse.

## **VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Paciente de 17 años, se encuentra lúcida y orientada en espacio, tiempo y persona; a través de las pruebas aplicadas a la evaluada se puede apreciar expresión de represión que no permite que la evaluada exteriorice con agresividad. Conducta evasiva, timidez, aplastamiento. Probablemente la evaluada se sienta desvalorizada, transmite sensación de encierro e incomodidad. Se evidencia conflictos en el pasado que no han sido resueltos lo cual podría estar frenando su evolución. Se muestra equilibrio entre tendencias de introversión y extroversión, rasgos asociados a la dependencia

afectiva y sensibilidad. De igual forma se puede observar un inadecuado uso de sus defensas frente a las situaciones cotidianas.

Los primeros 8 años de vida vivió junto a su madre y padrastro quien la golpeaba fuertemente incluso llegando a lesionarle el ojo, dicho hombre tiene dos denuncias por violencia. Luego vivió con su padre y madrastra hasta los 13 años manteniendo una relación tranquila. A los 14 años vivió con su abuela materna y a los 15 donde su abuela paterna; allí vivían sus tíos, uno de los hermanos de su padre la seducía y mantuvieron una relación amorosa por menos de un mes. A los 16 años es abusada sexualmente por su padre; la familia no actúa legalmente frente al hecho. Actualmente la paciente vive con su madrina de bautizo ya que su padre la dejó en esa casa comprometiéndose a cumplir con los estudios, vestimenta, alimentación y demás; sin embargo hasta el momento no ha cumplido con nada. La paciente se realiza cortes con cúter y cuchillo en las muñecas y antebrazos manifestando cambiar el dolor del alma y de los recuerdos por un dolor físico.

La evaluada es una chica alegre y con mucha expectativa puesta sobre su futuro profesional, tiene muchas metas personales pero su inestabilidad emocional a veces le juega en contra ya que si bien a veces muestra entusiasmo en otras oportunidades se muestra desesperanzada; manifiesta resentimiento, odio y cólera frente a su padre.

Muestra real comprensión del problema, es consciente de los sucesos ocurridos y de la importancia que denota sus estudios superiores para lograr independencia, logro personal y profesional. Acepta y pide apoyo terapéutico para dejar de auto dañarse.

## **VII. DIAGNOSTICO**

*Diagnóstico Personológico;* podemos apreciar que la evaluada muestra inestabilidad emocional y poco control de impulsos, el mismo que se ve reflejado en episodios en los cuales la evaluada se corta las muñecas y antebrazo. Sus relaciones interpersonales muchas veces se ven afectadas por su carácter ya que la evaluada constantemente mantiene discusiones con sus amistades más íntimas, sintiéndose incomprendida y excluida cuando ellos se alejan o no responden de la forma que ella espera. En cuanto a su auto imagen se percibe desvalorizada por ella misma y por los demás. Añadido a esto la paciente no mide la consecuencia de sus actos y de la toma de sus decisiones. Es por ello que podría configurar rasgos de un Trastorno Límite de

Personalidad; sin embargo, la edad de la paciente y el tipo de tendencias autolesivas por ahora no cumplen los criterios indicados dentro del mismo. No obstante, más adelante podría encajar dentro de este diagnóstico.

#### *Diagnóstico diferencial*

<b><i>T. Límite de la Personalidad</i></b>	<b><i>T. del estado de ánimo.</i></b>	<b><i>T. por estrés Pos traumático</i></b>
Labilidad emocional	Hipersensibilidad ante el fracaso o rechazo	Síntomas de evitación y embotamiento emocional
Comportamientos , intentos o amenazas suicidas	Pensamientos suicidas o intento suicidas	Reviviscencias
Pobre control de impulsos	Sentimientos persistentes de tristeza.	Hipervigilancia
Inestabilidad en las relaciones interpersonales	Dificultad en sus relaciones interpersonales.	Sueños recurrentes sobre el acontecimiento.

#### *Diagnostico Nosológico*

La menor se realiza auto lesiones de baja letalidad o poco daño corporal intencional, de carácter socialmente inaceptable, los cuales se llevan a cabo para reducir la angustia., encauzar la frustración o hacer frente a una depresión. Realizado como mecanismo de supervivencia para sobrellevar un trauma psicológico o dolor emocional. Es por ello que la paciente reúne características de *CUTTING o AUTOLESIÓN*.

### **VIII. PRONÓSTICO**

El pronóstico es desfavorable, ya que la menor no cuenta con el apoyo familiar, social y económico para poder continuar con el proceso psicoterapéutico. La evaluada vive con su madrina de bautizo quien no tiene los medios necesarios para apoyarla sumado a ello ambas familias han dejado de responsabilizarse por la menor.

## **IX. RECOMENDACIONES**

- Iniciar una terapia cognitivo conductual, buscando modificar los esquemas mentales.
  
- Terapia individual.
  - ✱ Retroalimentación positiva
  - ✱ Entrenamiento en asertividad
  - ✱ Toma de decisiones
  - ✱ Entrenamiento en habilidades sociales

Arequipa, Agosto 2016.

---

Luján La Torre, María  
Alejandra

Bachiller en Psicología

## PLAN PSICOTERAPEUTICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN:

**Nombres y Apellidos** : A.L.C.R.

**Edad** : 17 años

**Sexo** : Femenino

**Fecha de nacimiento** : 27 de Febrero de 1999

**Lugar de nacimiento** : Paucarpata - Arequipa

**Grado de instrucción** : Secundaria Completa

**Estado civil** : Soltera

**Procedencia** : Arequipa

**Ocupación** : Estudiante

**Religión** : Católica

**Referente** : Paciente

**Informantes** : Paciente

**Lugar de evaluación** : AVANZA – Centro de atención Psicológica.

**Examinadora** : María Alejandra Lujan La Torre

### II.OBJETIVOS PSICOTERAPEUTICOS

- Crear al inicio de las sesiones, un entorno terapéutico seguro que le permita a la evaluada sentirse libre de expresar sus sentimientos, ideas y preocupaciones personales.
- Modificar el comportamiento, disminuyendo la frecuencia y evitando la cronicidad de conductas autodestructivas.

- Fomentar habilidades interpersonales efectivas y vías alternativas de reaccionar a situaciones interpersonales que dirigen a las autoagresiones.
- Establecer y fortalecer un estado de ánimo positivo, optimista y esperanzador en la paciente.
- Desarrollar respuestas emocionales y sociales aceptables que le permitan a la paciente superar problemas exitosamente.

### **III. PLAN PSICOTERAPEUTICO**

#### **a) Técnicas psicoterapéuticas**

- ✱ Silla vacía.
- ✱ Entrenamiento Autógeno.
- ✱ Terapia Racional Emotiva Conductual – TREC.
- ✱ Reestructuración Cognitiva.
- ✱ Manejo de la ira y control de los impulsos.
- ✱ Entrenamiento Asertivo.
- ✱ Prevención de recaídas.

#### **b) Acciones psicoterapéuticas**

El desarrollo de las técnicas antes mencionadas en sesiones de terapia se describen a continuación:

##### **✱ Silla vacía**

Permitir conectarse emocionalmente con la propia experiencia e integrarla en su historia de vida. Lograr cerrar círculos no resueltos.

##### **✱Entrenamiento Autógeno**

Propiciar la relajación profunda, dominio de las funciones psíquicas y el efecto positivo sobre actitudes psíquicas.

##### **✱ Terapia Racional Emotiva Conductual – TREC**

Contrarrestar las creencias irracionales que perjudican a la paciente y entrenarla en formas más lógicas y racionales de pensamiento.

### **\* Reestructuración Cognitiva**

Identificar las ideas irracionales o pensamientos distorsionados que impiden el autocontrol emocional de la paciente dirigida a identificar pensamientos negativos y desadaptativos, modificando estos pensamientos para generar respuestas emocionales de mayor agrado y por ende conductas menos impulsivas o destructivas.

### **\* Manejo de la ira y control de los impulsos.**

La manera instintiva y natural de expresar la ira es responder agresivamente y con gran impulsividad, por ello esta técnica se orienta a poder manejar el detonante de la impulsividad, conociendo los sentimientos emocionales o recuerdos que provoca los nivel de ira y el despertar fisiológico, en un inicio el uso de la imagería como técnica complementaria permitirá la evocación de situaciones que incrementen los niveles de ansiedad y excitación asociadas normalmente en este caso a una conducta de automutilación, y de esta forma progresiva estos niveles fisiológicos serán controlados con recuerdos o situaciones que provoquen efectos contrarios.

Posteriormente y luego de haber manejado las situaciones de ira e impulsividad a través de la imagería se llevará un registro de situaciones experimentadas realmente midiendo los progresos o retrocesos.

### **\* Entrenamiento Asertivo**

Se proporciona información específica sobre las condiciones problemáticas, conductas y respuestas adecuadas, así como todas las ventajas y desventajas de ser asertivo o impulsivo. Esto debe de ser acompañado de observación de modelos y ensayo de conductas concretas que le permiten incorporar nuevos comportamientos (trato amable, adecuada expresión de conflictos, mejores relaciones interpersonales con los miembros de la familia con quien vive) a su repertorio conductual.

### **\* Prevención de recaídas.**

Ayudando a la paciente a cambiar la espiral disfuncional o suicida por la funcional/adaptativa, trabajando en la resolución de pequeñas dificultades que puedan producirse con la ayuda de las habilidades adquiridas durante el tratamiento. Al final del tratamiento siempre es importante dedicar un tiempo a poner ejemplos de situaciones futuras difíciles que pueden surgir para que la persona enumere, con



la ayuda del clínico, las estrategias que ha aprendido en la terapia y que podría utilizar.






#### **IV. TIEMPO DE EJECUCIÓN**

Se programaron 10 sesiones que se llevaron a cabo una vez por semana, cada sesión tuvo una duración de 40 a 50 minutos; en la primera sesión se trabajó netamente rapport para crear un clima de confianza entre terapeuta - paciente y en las siguientes se desarrollaron las técnicas antes mencionadas. Una vez culminado el plan psicoterapéutico se hará 1 sesión al mes para hacer el seguimiento correspondiente.

#### **V. LOGROS ALCANZADOS**

Se llevaron a cabo 4 sesiones de 40 a 50 minutos una vez por semana; la evaluada no ha vuelto a cortarse las muñecas desde el mes de julio; sin embargo, cuando tiene dificultades hace alusión a las personas de su entorno que podría repetir el acto.

Con el plan psicoterapéutico se busca un cambio de actitudes y comportamientos como:

-  Controlar conductas auto lesivas.
-  Control emocional
-  Supresión de pensamientos e ideas irracionales
-  Elevar su estado de ánimo y autoestima
-  Mayor compromiso para culminar con su tratamiento.

Arequipa, Agosto 2016.

---

Luján La Torre, María Alejandra  
Bachiller en Psicología

# ANEXOS

- Test de la figura humana.
- Test de la persona bajo la lluvia.
- Datos sociodemográficos.
- Escala de Ideación suicida de Beck.
- Inventario de evaluación de la personalidad PAI.





## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad	..... 14 años .....		Sexo	f	<input checked="" type="checkbox"/> <del>M</del>	<input type="checkbox"/> M
Estado Civil	..... soltera .....		Año de Estudios	<input type="checkbox"/> 1°	<input checked="" type="checkbox"/> 2°	
Religión	..... católica .....		Escuela Profesional	.....		
Lugar de Procedencia	..... Arequipa .....		¿Con quién vive?	..... Madrina e hijos .....		
¿Mantiene una relación sentimental?			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> <del>NO</del>		
¿Presenta dificultades en sus relaciones con sus parejas?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> <del>NO</del>	¿Por qué?	..... ..... .....		
¿Cómo se lleva usted con su familia?	<input type="checkbox"/> Buenas relaciones	<input checked="" type="checkbox"/> <del>Relaciones regulares</del>	<input type="checkbox"/> Malas relaciones			
¿Por qué?	..... Muchos problemas! Cuando no hago mis cosas en mi casa mi madrina reniega.....					

## CUESTIONARIO

Lee cuidadosamente este cuestionario. Marque con una X el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

### A. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

- |  |  |
|--|--|
| <p>1) Su deseo de vivir es:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Moderado a fuerte.</li><li><input checked="" type="radio"/> 1. Mediano a débil.</li><li>2. No tengo deseo.</li></ul> <p>2) Su deseo de morir es:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. No tengo deseos de morir.</li><li><input checked="" type="radio"/> 1. Pocos deseos de morir.</li><li>2. Moderado a fuerte.</li></ul> <p>3) Sus razones para morir/vivir son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Vivir supera a morir.</li><li><input checked="" type="radio"/> 1. Equilibrado (es igual)</li><li>2. Morir supera a vivir.</li></ul> | <p>4) Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ninguno (inexistente).</li><li><input checked="" type="radio"/> 1. Poco (débil).</li><li>2. Moderado a fuerte.</li></ul> <p>5) Realizar un intento de suicidio pasivo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="radio"/> 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.</li><li>1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.</li><li>2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.</li></ul> |
|--|--|

### B. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/ DESEOS

- |  |  |
|--|--|
| <p>6) Su duración de pensamientos/deseos son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.</li><li>1. Temporadas o periodos largos.</li><li><input checked="" type="radio"/> 2. Duran un tiempo largo o continuo.</li></ul> <p>7) Su frecuencia de pensamientos/deseos son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Rara vez; ocasionalmente (baja).</li><li>1. Frecuentemente pienso/deseo.</li><li><input checked="" type="radio"/> 2. Casi todo el tiempo pienso/deseo.</li></ul> <p>8) Su actitud hacia los pensamientos/deseos es:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="radio"/> 0. Rechazo los pensamientos/deseos.</li><li>1. Ambivalente; indiferente.</li><li>2. Aceptación de pensamientos/deseos.</li></ul> <p>9) Su control sobre la acción/deseo de suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Tiene capacidad de control</li><li>1. Inseguridad de capacidad de control.</li><li><input checked="" type="radio"/> 2. No tiene capacidad de control.</li></ul> | <p>10) Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. No lo intentaría porque algo lo detiene.</li><li><input checked="" type="radio"/> 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.</li><li>2. No tiene o mínimo interés en las razones que detiene.</li></ul> <p>11) Sus razones para pensar/desear el intento suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Manipular el ambiente, llamar la atención, amenaza.</li><li>1. Combinación de 0 – 2</li><li><input checked="" type="radio"/> 2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.</li></ul> |
|--|--|

### C. CARACTERISTICAS DEL INTENTO

12) El método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento:

- 0. Sin considerar método o plan.
- 1. Considerad, pero sin elaborar los detalles.
- 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.

13) El método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento:

- 0. Método no disponible; no oportunidad.
- 1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
- 2. Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.

14) La sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento:

- 0. No tiene el valor o capacidad. (Debilidad o asustado).
- 1. No está seguro de tener valor o capacidad.
- 2. Está seguro de tener valor.

15) La expectativa de anticipación de un intento real:

- 0. No
- 1. Sin seguridad, sin claridad.
- 2. Sí.

### D. ACTUALIZACION DEL INTENTO

16) La preparación real de realizarlo:

- 0. Ninguna preparación.
- 1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
- 2. Completa (preparativos terminados).

17) La nota suicida:

- 0. No ha escrito nota o carta (ninguna).
- 1. Sólo pensaba, iniciada, sin terminar.
- 2. Nota o carta escrita.

18) Ha realizado acciones finales para preparar suicidio:

- 0. No
- 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
- 2. Planes realizados y arreglos finales.

19) Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:

- 0. Revela las ideas abiertamente.
- 1. Evita o revela las ideas con reserva.
- 2. Encubre, oculta o engaña y miente.

20) Intento de suicidios anteriores:

- 0. No ha intentado
- 1. Uno
- 2. Más de uno.

## HOJA DE RESPUESTAS

EJEMPLOS		31	F	LV	<del>X</del>	CV	66	F	LV	<del>X</del>	CV	101	F	LV	BY	<del>X</del>	136	F	<del>X</del>	OV	CV	171	F	<del>X</del>	OV	CV	206	F	LV	<del>X</del>	CV	241	F	<del>X</del>	OV	CV	276	F	LV	<del>X</del>	CV	311	F	LV	<del>X</del>	CV			
E1	F	<del>X</del>	OV	CV	32	F	LV	<del>X</del>	CV	67	F	LV	OV	<del>X</del>	102	<del>X</del>	LV	OV	CV	137	F	LV	<del>X</del>	CV	172	<del>X</del>	LV	OV	<del>X</del>	207	F	<del>X</del>	OV	CV	242	F	<del>X</del>	OV	CV	277	<del>X</del>	LV	OV	CV	312	<del>X</del>	LV	OV	CV
E2	F	LV	OV	<del>X</del>	33	F	LV	OV	<del>X</del>	68	F	LV	<del>X</del>	CV	103	<del>X</del>	LV	OV	CV	138	F	LV	<del>X</del>	CV	173	F	LV	<del>X</del>	CV	208	F	<del>X</del>	OV	CV	243	F	LV	<del>X</del>	CV	278	<del>X</del>	LV	OV	CV	313	<del>X</del>	LV	OV	CV
					34	F	LV	<del>X</del>	CV	69	F	LV	OV	<del>X</del>	104	F	LV	<del>X</del>	CV	139	F	LV	<del>X</del>	CV	174	F	<del>X</del>	OV	CV	209	F	<del>X</del>	OV	CV	244	F	LV	<del>X</del>	CV	279	F	<del>X</del>	OV	CV	314	F	LV	<del>X</del>	CV
					35	F	LV	OV	<del>X</del>	70	F	LV	<del>X</del>	CV	105	F	LV	<del>X</del>	CV	140	F	LV	<del>X</del>	CV	175	<del>X</del>	LV	OV	CV	210	<del>X</del>	LV	OV	CV	245	F	<del>X</del>	OV	CV	280	F	LV	OV	<del>X</del>	315	<del>X</del>	LV	OV	CV
1	F	<del>X</del>	OV	CV	36	F	LV	OV	<del>X</del>	71	F	LV	OV	<del>X</del>	106	F	LV	OV	<del>X</del>	141	F	<del>X</del>	OV	CV	176	<del>X</del>	LV	OV	CV	211		LV	OV	<del>X</del>	246	F	<del>X</del>	OV	CV	281	F	<del>X</del>	OV	CV	316	F	LV	<del>X</del>	CV
2	F	LV	<del>X</del>	CV	37	F	LV	<del>X</del>	CV	72	F	LV	OV	<del>X</del>	107	F	LV	<del>X</del>	CV	142		LV	OV	<del>X</del>	177	F	LV	<del>X</del>	CV	212	<del>X</del>	LV	OV	CV	247	<del>X</del>	LV		CV	282	F	LV	<del>X</del>	CV	317	F	LV	<del>X</del>	CV
3	F	<del>X</del>	OV	CV	38	F	LV	OV	<del>X</del>	73	F	<del>X</del>	OV	CV	108	F	LV	<del>X</del>	CV	143	F	<del>X</del>	OV	CV	178	F	<del>X</del>	OV	CV	213	F	LV	<del>X</del>	CV	248	F	LV	<del>X</del>	CV	283	<del>X</del>	LV	OV	CV	318	F	LV	<del>X</del>	CV
4	F	LV	<del>X</del>	CV	39	F	<del>X</del>	OV	CV	74	F	LV	OV	<del>X</del>	109	F	<del>X</del>	OV	CV	144	F	LV	<del>X</del>	CV	179	F	LV	OV	<del>X</del>	214	F	LV	<del>X</del>	CV	249	<del>X</del>	LV	OV	CV	284	F	<del>X</del>	OV	CV	319	F	<del>X</del>	OV	CV
5	F	LV	OV	<del>X</del>	40	<del>X</del>	LV	OV	CV	75	F	LV	<del>X</del>	CV	110	F	<del>X</del>	OV	CV	145	F	LV	<del>X</del>	CV	180	F	LV	OV	<del>X</del>	215	<del>X</del>	LV	OV	CV	250	F	LV	<del>X</del>	CV	285	F	<del>X</del>	OV	CV	320	F	LV	OV	<del>X</del>
6	F	LV	OV	<del>X</del>	41	F	<del>X</del>	OV	CV	76	F	LV	OV	<del>X</del>	111	<del>X</del>	LV	OV	CV	146	F	LV	<del>X</del>	CV	181	F	<del>X</del>	OV	CV	216	<del>X</del>	LV	OV	CV	251	F	LV	<del>X</del>	CV	286	F	<del>X</del>	OV	CV	321	F	LV	<del>X</del>	CV
7	F	LV	<del>X</del>	CV	42	F	LV	OV	<del>X</del>	77	F	LV	<del>X</del>	CV	112	F	<del>X</del>	OV	CV	147	F	<del>X</del>	OV	CV	182	<del>X</del>	LV	OV	CV	217	<del>X&lt;/</del>																		