

Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes

Emilia Lucio-Gómez Maqueo,¹
Quetzalcóatl Hernández-Cervantes²

¹Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México
²Escuela de Enfermería y Salud Pública, Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo, Michoacán, México

RESUMEN

Objetivo: evaluar si la caracterización de la personalidad de un grupo de jóvenes detectados con riesgo suicida en una escuela contribuye a instaurar una intervención psicológica grupal, y si esta caracterización ayuda a la oportuna referencia a otros servicios de atención psicológica de la comunidad.

Métodos: la estrategia de intervención se llevó a cabo en una escuela secundaria pública de la ciudad de México con 482 adolescentes. El perfil que aquí se presenta corresponde a 72 (52 mujeres y 20 hombres, con una edad promedio de 13.47 ± 1.07). Se evaluó la personalidad con el MMPI-A y el riesgo suicida con el IRIS.

Resultados: la heterogeneidad en los perfiles encontrados del grupo evaluado permite introducir una nueva dimensión, que puede contribuir a diseñar estrategias de intervención psicológica.

Conclusiones: 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; así mismo, las diferencias de género en cuanto a personalidad pueden retomarse al diseñar acciones de prevención que incluyan tal dimensión.

SUMMARY

Objective: to assess if there is a profile of adolescent students for suiciding, if screening it at school contributes to design an intervention program, and to determine if such characterization facilitates the referral to psychological community services.

Methods: participants were detected in a secondary school with 482 adolescents. An intervention strategy program was applied. The profile of 72 adolescent students at risk is described. Personality was assessed with the risk to suicide with the IRIS.

Results: the characteristic study sample of 72 adolescents at-risk (52 girls, 20 boys, age 13.47 ± 1.07) exhibited heterogeneous personality profiles and MMPI-A code types, which introduces a new dimension that must be taken into account to improve suicide psychological interventions.

Conclusion: assessing personality traits allows individual and group differences to be considered for intervention strategies and psychological support programs, in order to diminish suicidal risk in adolescent students.

Comunicación con:
Emilia Lucio-Gómez Maqueo.
Correo electrónico:
melgm@servidor.unam.mx

Recibido: 4 de julio de 2007

Aceptado: 20 de junio de 2008

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud,¹ aproximadamente un millón de personas se suicida cada año y entre 10 y 20 millones lo intentan. El intento de suicidio y la muerte por suicidio entre adolescentes se han incrementado en las últimas décadas en México.² De acuerdo con datos recientes, el suicidio constituye la cuarta causa de muerte entre este grupo de edad. La literatura sobre este fenómeno se-

ñala que hay algunos factores de riesgo asociados a esta problemática y que han sido estudiados más ampliamente en los adolescentes.³

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;^{4,5} los trastornos depresivos son consistentemente los más prevalentes.

Palabras clave

adolescente
suicidio
personalidad
MMPI

Key words

adolescent
suicide
personality
MMPI

Entre las características de personalidad de los adolescentes suicidas se ha encontrado la impulsividad, dificultad de manejar la agresión y el aislamiento social.^{6,7} 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.

Al estudiar la relación entre personalidad y suicidalidad en los adolescentes, Brezo, Paris, y Turecki⁸ conformaron tres constelaciones en la personalidad del adolescente suicida que se correlacionan con la suicidalidad. La primera se caracteriza por agresividad e impulsividad combinada con una hipersensibilidad a eventos de vida menores; la segunda, por narcisismo y perfeccionismo e incapacidad de tolerar el más mínimo fracaso, con una estructura de personalidad esquizoide subyacente; y la tercera, por desesperanza en combinación con una depresión subyacente. Por otro lado, Innamorati y colaboradores⁹ identificaron una correlación importante entre la personalidad tipo A, evaluada a través del MMPI-2, la agresión y la ideación suicida en un grupo de 340 estudiantes italianos. Krysinska, Heller y De Leo¹⁰ encontraron que los rasgos de personalidad, evaluados a través del MMPI-2, que se distinguían más entre quienes habían intentado suicidarse y los que no en un grupo de 570 adolescentes y adultos fueron la escala de depresión, desviación psicopática, paranoia, esquizofrenia, baja autoestima y ansiedad. Los autores concluyeron que los desórdenes de la personalidad y su comorbilidad constituyen factores de riesgo para la conducta suicida, tanto para intentos letales como no letales de quitarse la vida.

Pompili, Girardi y Amedeo¹¹ realizaron un metaanálisis de los estudios acerca de la relación entre suicidio y personalidad límite 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.

Diversos autores, además de algunos de los mencionados, consideran que evaluar las características de personalidad es crucial para proporcionar un tratamiento adecuado a los pacientes que han intentado suicidarse o que están en riesgo de hacerlo, y para realizar acciones de prevención. Enns, Cox e Inayatulla¹² analizaron los perfiles de personalidad de 78 adolescentes admitidos en una unidad de hospitalización psiquiátrica por ideación e intento suicida, con relación a las recaídas.

Encontraron que la neurosis se asoció con depresión postratamiento e ideación suicida. La autocrítica se asoció con desesperanza postratamiento y depresión. Los autores concluyeron que la ideación suicida y la neurosis predijeron las recaídas después de un año de haber sido dados de alta.

Por su parte, Firscht, Donaldson y Spirito¹³ encontraron en un grupo de adolescentes que habían intentado suicidarse, que el malestar afectivo parece ser la característica más predominante en estos adolescentes. Los autores sugieren que los clínicos deberían concentrarse más en las características de personalidad de sensibilidad y en la regulación afectiva cuando evalúan a adolescentes con intento suicida. Además, la desesperanza es importante para la evaluación sistemática porque parece estar relacionada con una variedad de características de personalidad disfuncional que pueden afectar las consecuencias del tratamiento y los resultados a mediano y corto plazo.

Youssef, Plancherel y Laget¹⁴ analizaron a 152 pacientes diagnosticadas con diferentes tipos de anorexia y bulimia. Encontraron que las pacientes con trastornos de la alimentación presentaban características de personalidad asociadas al riesgo suicida según el tipo de padecimiento, por ejemplo: las que presentaban anorexia restrictiva tenían elevaciones en las escalas de depresión y prácticas antisociales que indicaban mayor riesgo; en quienes tenían anorexia purgativa, las escalas que indicaban mayor riesgo eran histeria, prácticas antisociales, obsesividad y baja autoestima; para las que tenían bulimia purgativa, las escalas que se asociaron con riesgo suicida fueron psicastenia, enojo y miedos.

Estos antecedentes indican la importancia de evaluar el riesgo suicida en los adolescentes y caracterizar a los grupos de jóvenes en riesgo considerando no solo el nivel de riesgo suicida sino los rasgos de personalidad, con la finalidad de diseñar una estrategia de prevención adecuada. Es importante destacar que este tipo de programas de tamizaje en las escuelas para la detección del riesgo suicida deben incluir en su diseño la referencia a tratamiento.^{15,16} El objetivo del presente estudio fue evaluar si la caracterización de la personalidad de un grupo de jóvenes detectados con riesgo suicida en una escuela, contribuye a instrumentar una intervención psicológica grupal. Y si esta caracterización ayuda a la oportuna referencia a otros servicios de atención psicológica de la comunidad.

Métodos

Se trató de un diseño transversal de una sola medición con un solo grupo; la muestra se obtuvo a partir

de un tamizaje empleando un diseño no experimental epidemiológico de encuesta.

De 83 estudiantes detectados con riesgo suicida (17.2 %) de toda la población escolar tamizada ($n = 482$, 51 % mujeres, 49 % hombres, edad 13.05 ± 0.95 años) en una escuela secundaria pública al sur del Distrito Federal, 72 (52 mujeres, 20 varones, edad 13.47 ± 1.07 años) aceptaron participar en la etapa de evaluación psicológica dentro de la estrategia de tamizaje para riesgo suicida implementada en esa escuela.³ Todos los participantes y sus padres o tutores firmaron las cartas de consentimiento informado antes de iniciar el estudio; así mismo, se les reiteró que su participación era voluntaria y que el manejo de toda la información sería confidencial.

Instrumentos

Para la caracterización del grupo se emplearon el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A);¹⁷ la subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A⁶ y el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS).¹⁸ La subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A desarrollada por Lucio, Loza y Durán⁶ está compuesta por 22 reactivos, 16 de los cuales se retomaron de la escala de ideación suicida del MMPI-2.

El IRIS se compone de 50 reactivos en una escala de frecuencia tipo Likert. La consistencia interna en un estudio previo fue ($\alpha = 0.95$) con un porcentaje de varianza explicada (57.6 %), resultante del análisis factorial con rotación varimax.¹⁹ Los factores o subescalas del IRIS son:

- Ideación e intencionalidad suicida.
- Desesperanza y depresión.
- Ausencia de circunstancias protectoras, además de un índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida.

Además de los factores e índice que lo componen, IRIS incluye tres reactivos críticos: ideación suicida, planeación suicida e intentos previos de suicidio; de esta forma, el instrumento indaga no solamente la exposición a factores de riesgo para la conducta suicida sino también la presencia de tres indicadores básicos de riesgo suicida para su evaluación, tal como lo han planteado Shaffer y colaboradores²⁰ y Gould y colaboradores.²¹

Procedimiento

Después de la autorización de la dirección del plantel donde se implementó la estrategia de tamizaje

y del consentimiento informado de los padres de los adolescentes participantes, así como de los mismos adolescentes, la aplicación de los instrumentos se hizo de forma grupal en las instalaciones de la escuela y estuvo a cargo de los mismos investigadores. Antes se explicó la utilidad de los instrumentos y la importancia de responder de forma honesta para mejorar el bienestar de los participantes, al desarrollar programas de prevención y atención adecuadas y eficaces. Se estableció empatía con los participantes como parte del procedimiento al emplear cuestionarios de autorreporte, para así promover la recolección confiable de datos.

La calificación y obtención de perfiles de los instrumentos se llevó a cabo mediante lectura óptica y computadora, respectivamente. Los análisis para la diferencia de medias entre los perfiles masculino y femenino se hicieron con el paquete SPSS versión 15. Después de aplicados y calificados los instrumentos, se realizaron entrevistas con los adolescentes para confirmar que hubieran contestado correctamente y corroborar el nivel de riesgo. Así mismo, se canalizó a tratamiento médico o psiquiátrico a quienes lo requirieron.

Resultados

En primer lugar se presentan los resultados del MMPI-A. Se calcularon las medias y diferencias entre grupos de hombres y mujeres y se decidió agrupar los diferentes tipos de perfiles de los adolescentes de acuerdo con el tipo de código. Dado que antes de caracterizar a la población es necesario evaluar la validez del instrumento, se consideraron los siguientes aspectos:

En relación a la validez del perfil MMPI-A, el grupo de mujeres ($n = 52$) produjo un patrón de respuesta consistente, tal como se refleja en las escalas de respuestas variables (INVAR) y respuestas verdaderas (INVER), por lo que la configuración es válida y da pauta a perfiles interpretables. Tanto las escalas de infrecuencia de la primera (F1) y segunda (F2) parte están debajo de una puntuación T de 90. En contraste con la configuración de las mujeres, en los hombres ($n = 20$) hubo una elevación promedio de $T = 71$ (INVAR) que se considera una puntuación marginal y sugiere una revisión más cuidadosa para el perfil en la interpretación individual más no así en la grupal, sobre todo cuando la dispersión de las puntuaciones es alta. Las puntuaciones en el resto de las escalas sugieren un perfil válido. Por otra parte, mujeres y hombres en general fueron honestos al contestar el inventario;

admitieron la presencia de malestar psicológico y estaban dispuestos a recibir ayuda.

Sobre la interpretación del perfil básico del MMPI-A, es importante destacar que los adolescentes suicidas conforman un grupo bastante heterogéneo, como se ha mencionado previamente. Esta peculiaridad se ha encontrado de la misma forma en los perfiles de personalidad obtenidos con el MMPI-A y se refleja en que tanto para los hombres como para las mujeres se presenta más de un tipo de código o configuración, y por otro lado, el análisis de dispersión de las puntuaciones en cada subescala del inventario refleja desviaciones estándar de amplio rango. Las escalas del perfil básico que indican en los hombres una sintomatología mayor son la 1 (hipocondriasis) y la 8 (esquizofrenia). Mientras que en las mujeres las más elevadas son la 4 (desviación psicopática), la 6 (paranoia) y la 8 (esquizofrenia), siendo esta última elevación la única que comparten con el grupo de hombres.

Las únicas diferencias estadísticamente significativas entre el perfil masculino y femenino se encontraron en la escala de inconsistencia de las respuestas variables, INVAR ($t = 2.63, p < 0.05$) y desviación psicopática, 4 Dp ($t = -2.62, p < 0.05$) (figura 1).

A continuación se hace el análisis descriptivo de los perfiles básicos de acuerdo con los tipos de

código encontrados: 4-6/6-4 y 1-4/4-1 entre las mujeres; 1-8/8-1 y 1-6/6-1 para los varones. Estas descripciones se basan en los tipos de código referidos en investigaciones anteriores.^{17,22}

Tipo de código 4-6/6-4

Estas adolescentes son descritas frecuentemente como enojonas, resentidas y personas que discuten en exceso. Generalmente se les refiere a consulta por síntomas que incluyen actitudes desafiantes y negativistas, así como desobediencia. Este grupo plantea demandas excesivas de atención, afecto y simpatía, aunque al mismo tiempo se disgustan ante demandas menores que se les presenten en sus relaciones interpersonales. Es decir, exigen mucho de los demás pero poco de sí mismas. Se muestran suspicaces y desconfiadas, por lo que paradójicamente aunque necesitan mucho de los otros evitan el apego emocional profundo. Pueden presentar poca introspección sobre sus dificultades psicológicas, y sus conductas frecuentemente resultan en rechazo y enojo de los otros. Dado que tienden a culpar a los otros de lo que les pasa y su autocrítica es reducida, es frecuente que tengan problemas con la autoridad. Así mismo, las puntuaciones en la escala de inmadurez (INM-A) sugieren que estas adolescentes se comportan en forma inmadura por lo que fácilmente se frustran, se muestran impacientes, desafiantes y egocéntricas. Las adolescentes con este tipo de código pueden presentar, además, grandes discrepancias en la forma como se perciben a sí mismas y el modo en que son percibidas por otros. Habitualmente estas chicas son referidas a psicoterapia como resultado de conflictos recurrentes con los padres, y que eventualmente pueden constituirse en peleas crónicas e intensas que en ocasiones ellas mismas provocan. Más aún, en general no controlan sus impulsos y actúan sin pensar suficientemente las cosas. Puede también haber antecedentes de uso de sustancias.

Tipo de código 1-4/1-1

Las adolescentes con este tipo de código aparecen como defensivas, negativas, resentidas, pesimistas y hasta cierto punto cínicas. El comportamiento de la adolescente con este tipo de código es tradicionalmente desafiante, desobediente y provocativo; frecuentemente estas adolescentes se encuentran en conflictos con los padres.²² En general, las adolescentes con esta combinación no se quedan calladas, son opositoras, ensimismadas e inmaduras en sus relaciones interpersonales. A pesar de que recurrente

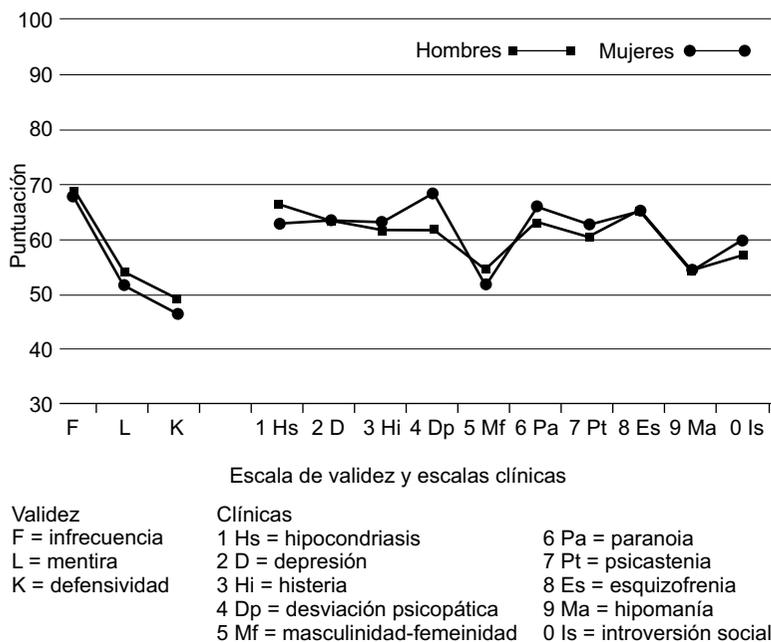


Figura 1. Perfil básico del MMPI-A en un grupo de estudiantes adolescentes en riesgo suicida ($n = 72$)

al *acting-out* como mecanismo de defensa, no es común el uso de sustancias. Dentro de los mecanismos de defensa más usados por estas personas se encuentran la somatización y las conductas pasivo-agresivas. Los terapeutas habitualmente ven en estas adolescentes problemas para el tratamiento psicoterapéutico, debido principalmente a su superficialidad e inconstancia.

Respecto a las escalas de contenido y suplementarias del grupo de adolescentes, las puntuaciones más elevadas se encuentran en la escala de depresión (T65) y reconocimiento de adicciones (T65). En la escala experimental de ideación suicida del MMPI-A estas adolescentes también muestran una elevación considerable (T65).

Tipo de código 1-8/8-1

Los adolescentes varones con este tipo de código generalmente presentan rasgos psicológicos relacionados con preocupaciones somáticas como cefaleas o insomnio, así como una percepción de sí mismos respecto a padecer alguna enfermedad física. La elevación de la escala de preocupación por la salud (SAU-A) indica también que estos varones

se sienten enfermos y están preocupados por su salud; de hecho, pueden presentar una mayor frecuencia de padecimientos serios durante la niñez. Es común que se encuentren antecedentes de dificultades en su adaptación social, así como de inadecuación social, o bien, dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales. De igual forma, se observa una tendencia a percibirse como olvidadizos y que fácilmente se distraen. Generalmente tienen problemas en el ámbito académico y presentan un rendimiento escolar sustancialmente menor al promedio. Estos adolescentes también muestran dificultades por su impulsividad y conductas autodestructivas, por lo que hay una probabilidad mayor de intentos de suicidio y uso de sustancias. Frecuentemente existen antecedentes de conflicto padre/madre-adolescente y mayor probabilidad de divorcio de los padres; se sienten alienados y aislados de los demás. Su pobre control sobre el enojo puede contribuir a exacerbar estos dos aspectos. En algunos de estos adolescentes puede haber crisis de identidad muy fuerte. En los casos en que la elevación de esta combinación es muy alta podría haber además preocupaciones en relación al esquema corporal.

Cuadro I
Perfil básico del MMPI-A²² para el grupo de estudiantes en riesgo suicida

Tipo de código	Hombres (n = 20)		Mujeres (n = 52)	
	Tipo de código		Tipo de código	
	por elevación de escalas	con mejor ajuste	por elevación de escalas	con mejor ajuste
Coefficiente de ajuste	1-8/8-1	1-6/6-1	4-6/6-4	1-4/4-1
	0.81	0.84	0.59	0.85
Puntuación T (x̄ ± DE)	F (Infrecuencia)	69 ± (11.6)	68 ± (14.3)	
	L (Mentiras)	54 ± (08.3)	52 ± (12.1)	
	K (Crección)	49 ± (12.5)	46 ± (10.8)	
	1 Hs = hipocondriasis	66 ± (11.3)	63 ± (09.2)	
	2 D = depresión	63 ± (07.0)	63 ± (10.7)	
	3 Hi = histeria	61 ± (10.2)	63 ± (09.8)	
	4 Dp = desviación psicopática	62 ± (08.2)	68 ± (09.7)	
	5 Mf = masculinidad-femineidad	54 ± (12.3)	52 ± (11.9)	
	6 Pa = paranoia	63 ± (10.5)	66 ± (11.1)	
	7 Pt = psicopatía	60 ± (11.3)	63 ± (11.6)	
	8 Es = esquizofrenia	65 ± (08.7)	65 ± (11.6)	
	9 Ma = manía	54 ± (12.8)	54 ± (10.7)	
	0 Is = introversión social	57 ± (07.1)	60 ± (10.0)	
Promedio de la elevación clínica		61.8	63.1	
Código Welsh	18 + 26437-059	F ± L/K	468 + 12370-95/	F ± L/K

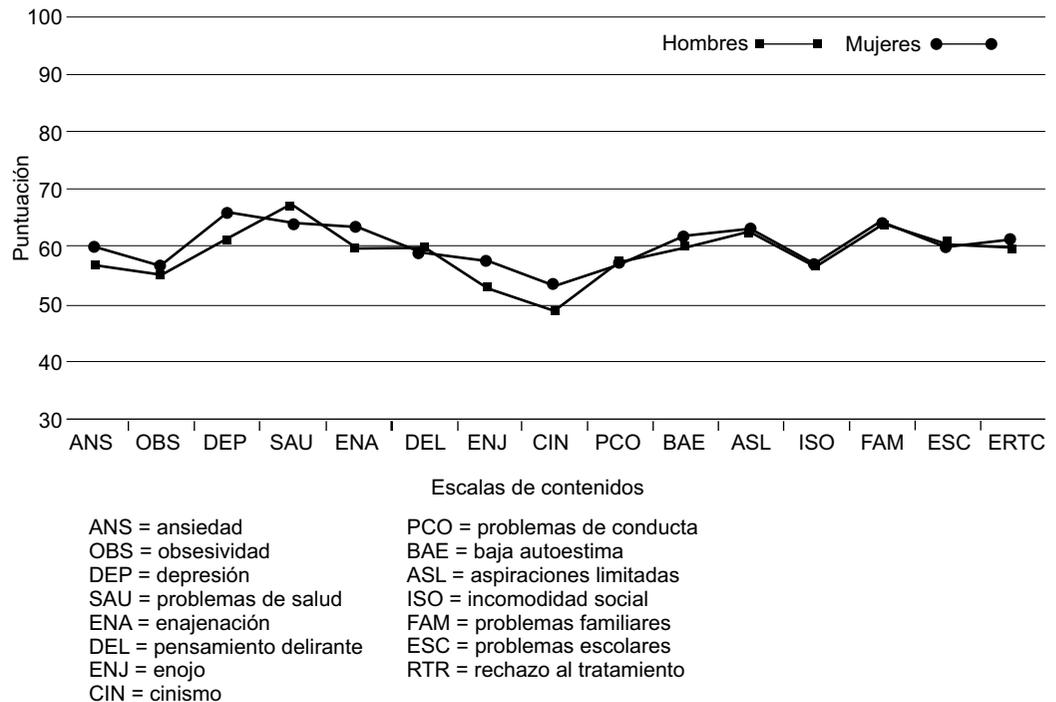


Figura 2. Escalas de contenido del MMPI-A en un grupo de adolescentes estudiantes en riesgo suicida (n = 72)

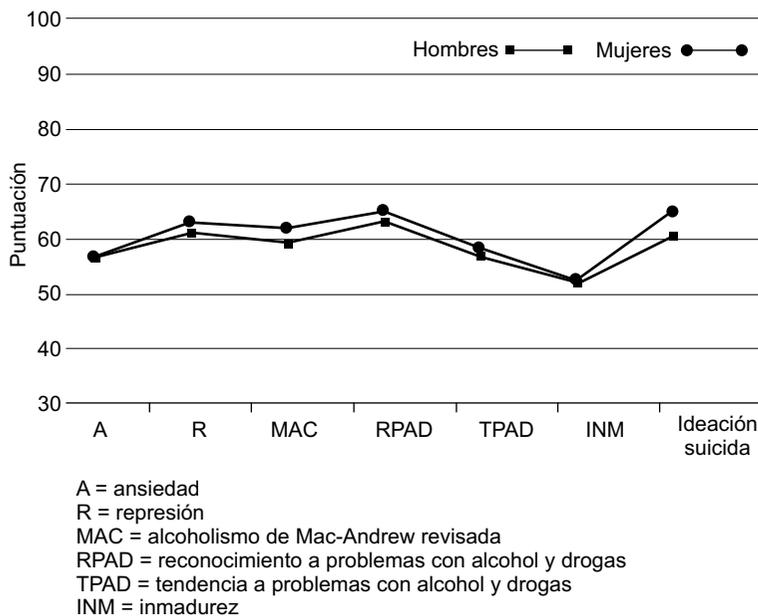


Figura 3. Escalas suplementarias y de ideación del MMPI-A en un grupo de adolescentes estudiantes en riesgo suicida (n = 72)

Tipo de código 1-6/6-1

Mientras que esta combinación se ha asociado a la ocurrencia de sintomatología hipocondriaca en adultos, esta característica no se ha encontrado tan frecuentemente entre adolescentes con tal tipo de código. Estos varones son comúnmente referidos a psicoterapia por un excesivo control emocional; las otras personas los ven como evasivos, defensivos y temerosos de involucrarse emocionalmente. Una proporción importante de tales adolescentes provienen de hogares sin padre o con una figura paterna ausente, o bien, han experimentado rechazo o distanciamiento de la figura paterna. Igualmente pueden expresar enojo intenso, incluyendo brotes violentos hacia las figuras parentales. Adicionalmente, estos chicos se muestran como egocéntricos y el mecanismo de defensa que más utilizan es la racionalización. Al igual que con el tipo de código anterior, existen datos que sugieren un riesgo suicida alto.

Respecto a las escalas de contenido y suplementarias, las mayores elevaciones se dan en la escala de salud (T67), que ya se mencionó, y en las escalas de problemas familiares (T63) y reconocimiento de adicciones (T63). En el cuadro I se resumen los descriptores de personalidad de acuerdo

al tipo de código del MMPI-A para ambos grupos de adolescentes en riesgo. En las figuras 2 y 3 se presentan los perfiles para las escalas de contenido y suplementarias, respectivamente, e incluyendo en este último perfil las puntuaciones en la subescala experimental de ideación suicida del MMPI-A. Esta subescala mostró elevaciones promedio de T65 en el grupo de mujeres y T63 en los hombres, así como una correlación significativa con el inventario de riesgo suicida para adolescentes.

Discusión

La evaluación de la personalidad de adolescentes en riesgo suicida dentro de los escenarios escolares plantea un panorama diferente al que típicamente se ha presentado en la literatura del suicidio adolescente,²³ de donde se aprecia predominantemente el diagnóstico y morbilidad de los trastornos de personalidad asociados al riesgo suicida, como el trastorno límite, los trastornos de la alimentación o los trastornos del estado de ánimo.^{4,5,8,10,11,14}

Esta diferencia en el enfoque dentro del área de la prevención, busca identificar rasgos y no necesariamente trastornos de la personalidad que se han asociado al riesgo suicida, como la ansiedad, enojo, impulsividad, introversión. 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. La heterogeneidad del perfil encontrado en el grupo evaluado en este estudio permite introducir una nueva dimensión que pueda llevar a una mayor eficacia en estas acciones. A partir de los resultados de esta evaluación se considera que los adolescentes con marcada impulsividad e inmadurez, por ejemplo, no pueden ser incluidos en grupos grandes, pues podrían funcionar como líderes negativos. Los adolescentes con preocupaciones somáticas y problemas de adaptación social severos requieren más bien de psicoterapia a largo plazo. Además, las diferencias de género en cuanto a personalidad pueden retomarse al realizar acciones de prevención que incluyan la dimensión de género.

La utilidad del MMPI-A para evaluar la personalidad de los adolescentes queda confirmada por este estudio y concuerda con los resultados obtenidos en otras investigaciones.^{12,13,24}

Que la escala de reconocimiento de adicciones se encuentre elevada tanto en el grupo de hombres como el de mujeres hace pensar en la comorbi-

dad del suicidio y abuso de sustancias, ya señalada en otras investigaciones, y en la necesidad de que se hagan intervenciones que consideren ambos aspectos.^{25,26}

Caracterizar a una población en riesgo de presentar intento de suicidio da elementos para desarrollar un modelo de prevención selectiva. La población caracterizada en este estudio no presenta indicadores de psicopatología marcada, pero sí rasgos de personalidad consistentemente asociados con riesgo suicida (particularmente los adolescentes con intentos previos) como dificultades en socialización, malestar depresivo e impulsividad, entre otros.^{20,23,27,28}

La ventaja de detectar a estos jóvenes en forma temprana en las escuelas es actuar en forma adecuada en una población que presenta mayor probabilidad de desarrollar el problema si no se le atiende. Es importante señalar que los rasgos de personalidad encontrados se retomaron dentro de los contenidos temáticos de la intervención psicológica, y muchas de las emociones asociadas a la ideación suicida expresadas en el proceso psicoterapéutico con los adolescentes que aceptaron participar estuvieron relacionadas con el malestar psicológico generado por estos rasgos de personalidad.

Investigaciones futuras deberán incluir la evaluación de la personalidad en el seguimiento de los adolescentes con riesgo suicida para valorar no solo la disminución del riesgo suicida sino el malestar asociado con él, determinado por algunas escalas del MMPI-A como depresión y ansiedad.

Agradecimientos

Este trabajo se realizó gracias al apoyo de la Dirección General de Asuntos de Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del proyecto PAPIIT IN302206. Así mismo, agradecemos a la maestra Consuelo Durán por su ayuda en el procesamiento de datos y calificación del MMPI-A.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. WHO Report on Mental Health 2005. Geneva: WHO Office of Publications; 2006.
2. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental* 2001;24(6): 4-15.

3. Hernández Q. Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida. [tesis doctoral]. [México]: Universidad Nacional Autónoma de México, México; 2007.
4. Beautrais AL. Child and young adolescent suicide in New Zealand. *Aust New Z J Psychiatry* 2001; 3585:647-653.
5. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiapetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;28:918-924.
6. Lucio E, Loza G, Durán C. Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. *Psicol Contemp* 2000; 7(2):58-65.
7. Sourander A, Helstela L, Haavisto A, Bergroth L. Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. *J Affect Disord* 2001;63:59-66.
8. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(3):180-206.
9. Innamorati M, Pompili M, Ferrari V, Cavedon G, Soccorsi R, Mancinelli I, et al. Relationship between type-A behavior pattern, aggression, and suicide in Italian University Students. *Individual Differences Res* 2006;4(3):185-193.
10. Krysinska K, Heller TS, De Leo D. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(1):95-101.
11. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry* 2005;59(5):319-324.
12. Enns MW, Cox BJ, Inayatulla M. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(6):720-727.
13. Fritsch S, Donaldson D, Spirito A, Plummer B. Personality characteristics of adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry Hum Dev* 2000;30(4): 219-235.
14. Youssef G, Plancherel B, Laget J, Corcos M, Flament MF, Halfon Q. Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *Eur Psychiatry* 2004;19(3):131-139.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Youth suicide prevention programs: a resource guide. Atlanta, Georgia: CDC; 1992. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/youthsui.htm>
16. Kirk WG. Adolescent suicide: A school-based approach to assessment and intervention. Champaign, IL: Research Press; 1993.
17. Lucio E, Ampudia A, Durán C. MMPI-A: manual para la aplicación y calificación. México: El Manual Moderno; 1998.
18. Hernández-Cervantes Q, Lucio E. Inventario de riesgo suicida para adolescentes –IRIS. Versión para investigación. México: UNAM, Facultad de Psicología; 2003.
19. Hernández-Cervantes Q, Lucio E. Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Rev Mex Psicol* 2006; 23(1):45-52.
20. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(7 Suppl):24s-51s.
21. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(4):386-405.
22. Archer RP. MMPI-A Interpretive System. Psychol Asses Resources 2000.
23. Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and completed suicide in adolescence. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:237-266.
24. Lucio E, Hernández-Cervantes Q. Using the MMPI-A in a Mexican school-based youth suicide prevention program. En: *Memorias del XLI Simposio Anual de Investigaciones del MMPI-2 y MMPI-A*, 17 al 21 de mayo, Minneapolis, Estados Unidos, 2006.
25. Fleming TM, Merry SN, Robinson EM, Denny SJ, Watson PD. Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41(3):213-221.
26. Orozco R, Borges G, Mondragón L, Monroy-Nasr Z. El lugar donde ocurren las lesiones y su relación con el uso de alcohol. Estudio en sala de urgencias. *Salud Mental* 2005;28(5):50-56.
27. Arie M, Haruvi-Catalan L, Alter A. Personality and suicidal behavior in adolescence. *Clin Neuropsychiatry* 2005;2(1):37-47.
28. Saucedo-García JM, Lara-Muñoz MC, Fócil-Márquez, M. Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006;63(4):223-231.