

INDICADORES DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES

SUICIDAL BEHAVIOR RISK INDICATORS IN A SAMPLE OF ADOLESCENTS

Silvia Viviana Pugliese¹

Resumen

Este estudio tiene por objetivo buscar los indicadores de riesgo suicida a través del Test de Pirámides de Colores de Pfister, dado que es una técnica proyectiva de fácil aplicación, accesible a cualquier edad y generalmente una tarea agradable, que la hacen adecuada para estos pacientes.

El estudio se basa en una muestra de 90 adolescentes del Hospital de Niños de San Juan (Argentina), ingresados por “intento de suicidio”, cuyas edades van de 12 a 17 años, a quienes se les aplicó el test. Se toman datos relevantes de la entrevista individual y correlacionan con los resultados del análisis e interpretación del material obtenido.

Para el análisis de datos se consideró la frecuencia de los colores utilizados y el aspecto formal de las pirámides. Los resultados fueron interpretados de acuerdo con el enfoque psicodinámico.

Se pudo concluir que los evaluados presentan frágiles mecanismos de control junto a un lábil equilibrio emocional e impulsividad exacerbada, en unos y una sobrecarga de ansiedad, en otros; por lo que en todos se halla comprometida la estabilidad afectiva y la adaptación social.

Palabras clave: adolescentes, riesgo suicida, test de Pirámides de Colores.

Abstract

The aim of this study is to find risk indicators of suicide by means of the Pfister Color Pyramid Test, since it is a projective technique of easy application, accessible to any age and generally a pleasant task, which makes it suitable for adolescent patients. The study is based on a sample of 90 adolescents in the Children's Hospital of San Juan (Argentina), admitted for “attempted suicide”, whose ages range from 12 to 17 years old, to whom the test was applied. Relevant data is obtained from the individual interview and correlated with the results of the analysis and interpretation

¹ Coordinadora del Comité de Maltrato Infanto-Juvenil, Hospital de Niños de San Juan, Argentina. E-Mail: silvia.pugliese@interesdes.net.ar

of the material obtained. For the data analysis, the frequency of colors used as well as the formal aspect of the pyramids was considered. The results were interpreted according to the psychodynamic approach. It was concluded that some of the assessed patients present fragile mechanisms of control as well as labile emotional balance and exacerbated impulsiveness, and that others present an overload of anxiety. Therefore affective stability and social adaptation are altered in all.

Keywords: adolescents, suicide risk, Color Pyramid Test.

Introducción

El presente trabajo es parte de una investigación más amplia que tiene como objetivo determinar los indicadores patognomónicos del riesgo suicida en adolescentes, a través del Test de Pirámides de Colores de Pfister, construido por Max Pfister en 1946, sistematizado por Heiss y Hildegard (1951) e introducido en América Latina por Fernando Villemor Amaral en 1956, quien lo enriqueció con sus aportes gestálticos y psicoanalíticos.

En los últimos años ha aumentado en el mundo la tasa de muerte violenta en los adolescentes y el suicidio forma parte de ella. Es la tercera causa principal de muerte en la mayoría de los países, en las edades entre 15 a 24 años. En el año 2000, en base a datos publicados por OPS en el 2006, se destacan las tasas de Estonia, Japón, Finlandia, Australia (Martínez, 2007).

En Argentina la mortalidad por suicidio presentó un importante incremento entre los jóvenes de 15 a 29 años, pasando del 4% en 1980 al 14% en el 2004; las que junto con el resto de causas violentas (homicidios y accidentes) trepó al 60% de las muertes (Martínez, 2007).

Considerando que luego de un intento, hay 18 veces más probabilidades que lo intente en el año siguiente (Stoelb y Chiriboga, 1998); que el entorno tarda 2 o 3 años en metabolizar el suicidio de una persona y que alrededor de un suicidio hay entre 50 a 70 personas afectadas; podemos inferir los efectos que se generan en la salud mental de su entorno.

Si bien las estadísticas que se cuentan son subregistros, dado que muchas veces no llegan al hospital o un centro de salud, o bien no quedan asentados como tales y para dimensionar la problemática, en el Hospital de Niños de San Juan (Argentina), se contabilizaron los siguientes “intentos de suicidio” entre 2007 y 2014:

2007: 12 casos entre 12 y 16 años

2008: 25 casos entre 12 y 17 años

2009: 34 casos entre 11 y 19 años

2010: 28 casos entre 8 y 17 años
2011: 42 casos entre 12 y 17 años
2012: 48 casos entre 10 y 17 años
2013: 53 casos entre 12 y 17 años
2014: 41 casos entre 12 y 17 años

Suicidio y riesgo suicida

Si bien hay dos líneas teóricas para definir al suicidio, tomamos la definición de la OMS (1976) que considera el suicidio como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”. Vale decir que más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales.

A partir de estos conceptos definimos:

Intento de suicidio: conducta autodestructiva que fracasa en el intento de quitarse la vida

Riesgo suicida:

- Baja letalidad (cortarse, quemarse, pegarse, etc. para aliviar el dolor emocional.
- Mediana letalidad: automutilación.
- Alta letalidad: veneno, disparo, etc.

Sin embargo, se debe considerar que puede pasar de la baja letalidad al intento de suicidio, cuando:

- Aumenta la frecuencia e intensidad.
- No experimenta dolor físico al autolesionarse.
- Cuando la autolesión no ha aliviado el dolor emocional.
- Experimentan rechazo y exclusión del entorno.

En cuanto a la etiología hay teorías que lo atribuyen a factores biológicos y genéticos (Mann and Currier, 2007), estacionales, económicos, climáticos, psicológicos (Apter, 2000), sociales (Durkheim, 1897) entre otros.

En nuestro país, Casullo (1998) retoma los aportes de Abadi y Yampei (1973) y señala que el potencial suicida es universal por originarse en el instinto de muerte, pero se potencia en momentos o situaciones de crisis (vitales o accidentales), más aún si proviene de familia violenta.

Se sabe que cuando los afectos negativos son intensos o pobremente controlados, el riesgo de una conducta violenta, impulsiva y explosiva aumenta (Berman et al., 2011).

Por ello las dificultades en la regulación de los afectos, hostilidad y agresión impulsiva están altamente asociadas a riesgo suicida (Brent, Johnson et al, 1993–94). Si el adolescente presenta signos de control pobre de los impulsos; y falta de control en la expresión de los mismos. La expresión de la ira puede ser direccionada hacia otros, hacia sí mismo o quedar flotante.

Las propuestas actuales intentan comprender y explicar esta problemática desde una perspectiva integradora y comprehensiva (psicosocial), puesto que se vincula a factores concurrentes (historia familiar, personal, salud mental) y factores precipitantes (experiencias estresantes, incapacidad para resolver conflictos).

Laimou (2012), implementó el *test* de Rorschach (1921) en una muestra de adolescentes con intento de suicidio, concluyó que, inhibición y rigidez son tendencias que se alternan casi con frecuencia ante la descarga de tensión interna. Sin embargo, puede observarse una tendencia dominante propia de cada adolescente. Para ellos, inhibir es una manera de proteger la integridad del Yo del impacto de un impulso potencialmente destructivo. Según esta autora, el intento surge cuando se quiebra la defensa y dirige sus impulsos hacia su propio cuerpo para restablecer el equilibrio interno.

Apter (2000), en base a los adolescentes suicidados en Israel, propuso una tipología de conductas de riesgo suicida:

- 1) Tipo perfeccionista–narcisista: No tolera una imperfección, se exige un alto rendimiento y expectativas, manteniendo una imagen positiva. Está pendiente de la aprobación de los demás y es vulnerable al fracaso o la crítica, no lo puede tolerar. Presenta también un alto monto de agresividad y aislamiento.
- 2) Tipo impulsivo–agresivo: Presentan una sensibilidad excesiva antes perturbaciones menores, frente a las que reaccionan con ira y ansiedad. Posteriormente desarrollan una depresión secundaria ligada al riesgo suicida.
- 3) Tipo Desesperanzado: Se caracteriza por una combinación de una psicopatología del Eje I (DSM IV) y desesperanza. Presenta un alto monto de ansiedad con miedo a perder la identidad y el autocontrol.

Diseño Metodológico

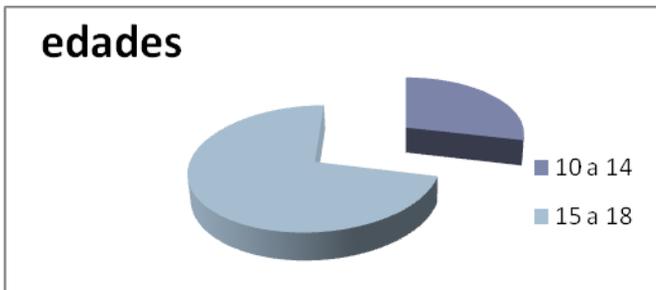
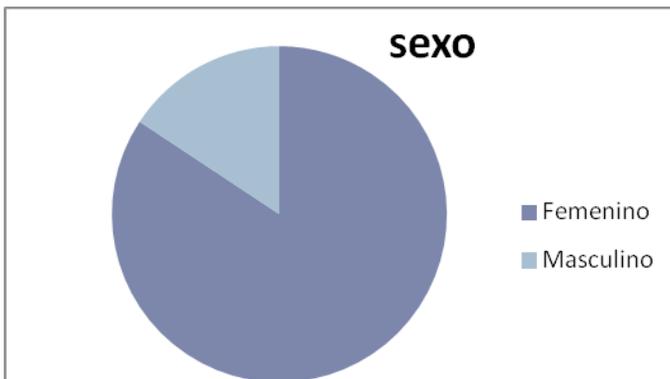
Sujetos de la muestra

Con el objetivo de aislar indicadores que contribuyan al diagnóstico y comprensión dinámica de los adolescentes con riesgo de suicidio, se tomó una muestra de 70 pacientes: 59 mujeres y 11 varones que presentaban uno o más intentos de suicidio entre 10 y 18 años, hospitalizados por esa causa, entre el 2011 y 2014, a quienes se les aplicó el *test* de las Pirámides de Pfister y entrevista semiestructurada.

Caracterización de la muestra

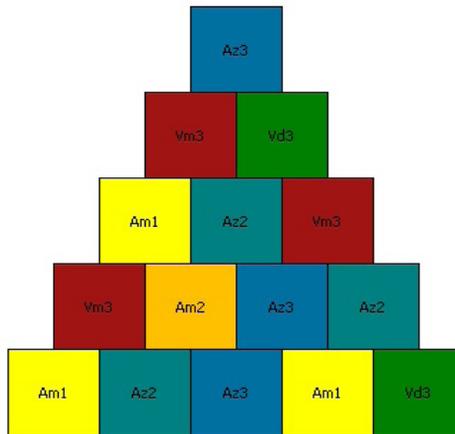
Dado que se registran diferencias por sexo, pues mientras que los varones se quitan la vida cuatro veces más que las mujeres, según *National Center for Injury Prevention and Control de Oregon*, las mujeres intenta tres veces más que los varones (Berman, 2011), esta muestra no se ha subdividido por sexo, sino por edades

La muestra está compuesta por 59 mujeres y 11 varones, divididos en dos grupos: Grupo A: de 10 a 14 años (20 sujetos) y el Grupo B: de 15 a 18 años (50 sujetos)



Instrumento

El Test de las Pirámides de Colores fue elaborado por Max Pfister en 1948 y viene a enriquecer la familia de las Técnicas Proyectivas. Pfister sostenía que los colores una estrecha relación con los estados o reacciones emocionales y que la pirámide es la figura geométrica que permite construirse hasta en tres dimensiones.



El Test de las Pirámides de colores de Pfister es un instrumento usado en diagnósticos, tanto en investigaciones como en la clínica. En cambio, se registran pocos trabajos en relación al diagnóstico diferencial, siendo los últimos de A. E. de Villemor Amaral (2005). Se encuentran investigaciones sobre la aplicación de este test en diversos campos de la Psicología (Bauer, 1979). Carnio & Loureiro (1993); Oliveira, Pasian & Jacquemin, (2001), específicamente trabajaron en la Clínica y Salud Mental.

Se trata de un instrumento no verbal, casi lúdico, que no exige habilidades específicas, lo que redundaría en que sea una técnica con escasa resistencia para ejecutarla, lo que lo hace adecuado para los adolescentes con riesgo de suicidio, independientemente de su nivel educativo. Es aplicable de 5 a 99 años.

Este *test* proporciona una rápida y adecuada manera de abordar ciertos aspectos de la afectividad.

Actualmente se encuentra estandarizado en Brasil (Villemor Amaral, 2015) pero aún no se cuenta con una estandarización argentina del test.

Se compone de un conjunto de tres cartas con el diseño de una pirámide, dividido en 15 cuadrículas, y un conjunto de cuadraditos de colores, compuesta de diez colores (blanco, negro, marrón, gris, azul, verde, rojo, amarillo, naranja, violeta) subdividido en hasta cuatro tonos. Los colores utilizados pueden clasificarse según su función en representación psíquica. Las combinaciones de colores son los síndromes afectivos, que serían representantes del equilibrio interno de los sistemas de la personalidad.

A través de un análisis cuantitativo y cualitativo es posible determinar la dinámica de la personalidad. Asimismo, puede contribuir al diagnóstico de diversos trastornos

mentales como la depresión (Villemor–Amaral et al., 2004), esquizofrenia (Villemor–Amaral et al., 2005), el trastorno obsesivo compulsivo (Villemor–Amaral, Silva y Primi, 2002), el trastorno de pánico (Villemor–Amaral et al., 2005); Alcoholismo (Villemor–Amaral et al., 2005); y trastorno somatoforme (Villemor–Amaral et al., 2005)

Procedimiento

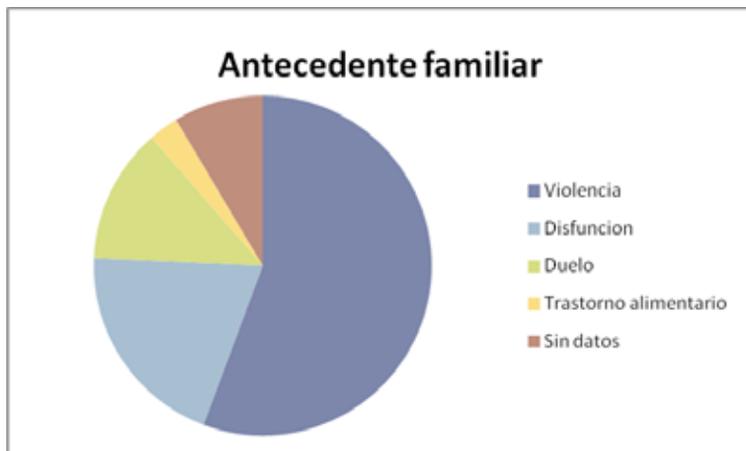
Las evaluaciones se realizaron en el consultorio de Psicología del hospital y con las condiciones físicas adecuadas, en encuentros de una hora promedio. Una vez que el paciente ha logrado su recuperación física y previo al alta hospitalaria, se entrevista al familiar acompañante y al adolescente previa firma del consentimiento informado (se adjunta en anexo) y luego se le aplica el test de Pirámides de colores.

1. Entrevista al paciente

En la misma se considera:

- a) Datos personales: nombre, fecha de nacimiento, año que cursa, localidad en que vive.
- b) Características de personalidad sobresalientes.
- c) Constitución del grupo familiar: integrantes, sexo, edad, actividad laboral, con quien/es convive.
- d) Motivo de internación.
- e) Intento de suicidio: antecedentes, motivación, reflexión.

Del análisis de la entrevista se destaca que el 55,71% de los adolescentes son parte de un grupo familiar violento; el 20% son parte de un grupo familiar disfuncional; Duelos recientes 12,85%; 2, 85% registra como antecedente haber padecido trastorno alimentario y de un 8,57% no se conocen datos sobre su grupo familiar (ver gráfico). Estos datos nos permiten inferir que la violencia familiar, en primer término y la disfunción familiar, en segundo lugar, tienen una alta incidencia en el riesgo suicida en los adolescentes.



En un trabajo anterior, y en coincidencia con otras investigaciones (Van der Kolk, Perry y Herman, 1991; P. Fonagy, 2002; Houston et al., 2001) se pudo concluir que los padres violentos, instalan una dinámica de funcionamiento donde no se observa una vinculación afectiva con sus hijos, en consecuencia, no registran qué necesitan, qué intentan transmitir, ni cómo estimularlos/tranquilizarlos. Por tanto, ante la falta de sostén emocional parental, es posible que los hijos crezcan sintiéndose poco valiosos sin un equipamiento que les permita absorber las situaciones ansiógenas o angustiantes y reprimiendo el sentimiento de hostilidad.

2. Aplicación del test de Pirámides de Colores

El test consiste en pedirle al sujeto que haga una pirámide como más le guste y luego se le piden las otras dos.

Después de haber completado las tres pirámides, se le realizaron las preguntas que completa la aplicación del test.

Cabe destacar que ningún sujeto de la muestra se resistió a la ejecución del test. Al contrario, fue bien aceptado y siempre dispuestos. Una de las adolescentes de 15 años, internada por intento de suicidio, manifestó al finalizar la tarea: “Hacía mucho tiempo que no jugaba”.

Análisis de los datos

Debido a la falta de datos normativos para adolescentes en la población argentina, se utilizaron las tablas de Brasil (Villemor Amaral, 2015). Para el análisis de datos se consideró el aspecto formal de las pirámides y la frecuencia de los colores utilizados.

Los índices considerados formales se obtuvieron de cada una de las tres pirámides realizadas por cada evaluado; mediante el análisis del modo de ejecución, de colocación y el diseño resultante para evaluar cómo utiliza su función lógica ante sus vivencias afectivas. Los índices considerados emocionales se obtuvieron por la frecuencia porcentual en el uso de cada uno de los colores y los denominados síndromes cromáticos, que son conjuntos de 3 o más colores que agrupados se relacionan con características psicológicas o psicopatológicas específicas.

La forma constituye uno de los elementos fundamentales dado que indica las posibilidades de control racional que una persona tiene sobre sus afectos y las emociones (Rorschach, 1922; Exner y Sendín, 1999, Weiner, 2000). En consecuencia, está relacionada con el funcionamiento cognitivo y las funciones de atención y concentración. Asimismo, con el test de Pfister, la precisión de la percepción y del pensamiento depende tanto de la capacidad intelectual como del buen control emocional, como lo comprobaron investigaciones llevadas a cabo (Brauer, 1998; Oliveira, Pasian y Jacquemin, 2001; Costa y Villemor Amaral, 2004). Por ello a cada configuración, su interpretación corresponde a distinto nivel de madurez emocional y nivel cognitivo.

En el aspecto formal se considera si configuró un Tapete (puro, desequilibrado, agujereado o con inicio de orden); Formaciones (en camada monocromática, multicromática, simétrica o alternada) o una Estructura (simétrica, en escalera, en manto, en manto cerrado, dinámica asimétrica o en mosaico). En este estudio se consideró el porcentaje total de cada una de las configuraciones y las subclases.

Así como en el test de Rorschach, el “fenómeno color” es analizado como un factor capaz de despertar emociones peculiares o típicas; Pfister concedió un lugar primordial al factor color como fuente que permite explorar y analizar la personalidad.; sin abandonar el aspecto formal, la “gestalt” asociada a la organización o disposición cromática para la ejecución de las pirámides (Villemor Amaral, 1978).

Las tablas de frecuencia, contienen los porcentajes esperados para cada color, así como para los cuatro síndromes cromáticos principales; discriminados por grupo etario. Se comparó con el valor esperado con el porcentaje obtenido en cada caso, si éste es cuatro puntos mayor o menor del esperado se consideró que la frecuencia del color está aumentada o disminuida, correspondiéndole un significado distinto, así como las tonalidades usadas en cada color. De igual modo se consideran los síndromes cromáticos, los que pueden resultar con valores medios, aumentados o disminuidos.

Se analizaron los siguientes indicadores: cómo el evaluado realiza la tareas y el diseño resultante, los diferentes tipos de formaciones y colores elegidos. Estos índices permiten obtener una comprensión del funcionamiento cognitivo y emocional de los sujetos de la muestra.

Resultados

Los resultados tanto del aspecto formal como emocional, fueron interpretados de acuerdo con el enfoque psicodinámico, basado en los aportes de F. Villemor Amaral (1973); Justo y Van Kolck (1976) y Heiss y Halder (1983), quienes basaron sus conclusiones en amplias investigaciones y que fueron corroboradas y sintetizadas por A.de Villemor Amaral (2005)

1. Aspecto formal

El aspecto formal parte del análisis de las tres formas de configuración de las pirámides, conforme al nivel de elaboración de la forma y que corresponden a niveles distintos de madurez emocional y desarrollo cognitivo. Vale recordar que siempre la interpretación debe hacerse a la luz del conjunto del protocolo, pues puede empobrecerse o enriquecerse, según los colores o tonalidades empleadas y el modo de ejecución y colocación.

Los resultados indican que si bien un 70,33% logra un trabajo organizado (ejecución ordenada) esto significa que organiza naturalmente sus actividades. Por su parte, el

modo en cómo trabaja (modo de colocación predominantemente descendente directa) indica inmadurez, inestabilidad y búsqueda de seguridad interior, lo que podría atribuirse a etapa evolutiva de los sujetos de la muestra. Este proceso de ejecución muchas veces se encuentra en aquellos que tienen dificultad para adaptarse al medio.

Para el análisis formal tomamos en consideración la distribución de la muestra en cada grupo expresados en las tablas 2 y 3 respectivamente.

Tabla 1. Tipo de configuración de las pirámides Grupo A

	Porcentaje	Total
TAPETE		
Puro	48,33	
Desequilibrado	1,66	
Agujereado	13,33	
Con inicio de orden	1,66	64,98
FORMACIÓN		
En camada	18,33	
Simétrica	3,33	
Alternada	10	31,66
ESTRUCTURA		
En manto	3,33	3,33

Tabla 2. Tipo de configuración de las pirámides GRUPO B

	Porcentaje	Total
TAPETE		
Puro	36,66	
Desequilibrado	8,66	
Agujereado	6,66	
Con inicio de orden	6	57,98
FORMACIÓN		
En camada	28,66	
Simétrica	7,33	
Alternada	2,66	38,65
ESTRUCTURA		
En manto	2,66	2,66

A través del análisis de la disposición de los colores dentro de la pirámide puede adquirir un aspecto plano donde la forma se pierde (tapete), o adquirir un aspecto ordenado bidimensional (formaciones) o tridimensional (estructuras). En la muestra el 59,15% del total realizó tapetes, lo que indica que no presentan buena integración

de los aspectos reguladores de los afectos y su expresión. Aunque se registró una diferencia significativa según las edades: los menores de 14 años arrojaron un 64,98% y el grupo mayores de 15 años: 57,98%. Y del conjunto, predominan los “tapetes puros” indicando labilidad afectiva por la interferencia de un fenómeno emocional. Siendo un test muy sensible a lo situacional, puede interpretarse que su prevalencia se debe a la interferencia de un fenómeno emocional, posiblemente el desencadenante del intento de suicidio. Sólo un 13,33% para el grupo A y el 6,66% para el grupo B de la muestra presenta indicios de disociación de pensamiento (tapete agujereado). Mientras que un 36,66% del total de la muestra realizó Formaciones, lo que indica que presentan un funcionamiento cognitivo dentro de los parámetros medios y se observan indicadores de personalidad en formación, fácilmente perturbable y vulnerable, los que podrían considerarse comunes en la infancia y adolescencia, por encontrarse en proceso de estructuración de su personalidad. En general indican inestabilidad interna y búsqueda de equilibrio con una actitud tímida y muy prudente. En esa línea se registran diferencias entre el grupo de menores de 14 años: 31,66% en formaciones, y en el grupo de mayores de 15 años que registró un 38,65%. Sin embargo en Estructuras, que implica un nivel cognitivo elevado y cierto grado de equilibrio emocional, los valores fueron bajos y similares: 3,33% y 2,66 % en ambos grupos.

2. Aspecto emocional

Frecuencia en el uso de los colores y síndromes

En cuanto al uso de los colores, se consideró el orden de frecuencia en el uso, en relación al aumento o disminución a la frecuencia esperada. Del mismo modo respecto de los cuatro síndromes principales. Sus valores están expresados en las Tablas 3, 4, 5 y 6.

Tabla 3. Porcentajes de las medias obtenidas en el Grupo A

COLOR	Porcentaje obtenido	Porcentaje esperado
Azul	14,3	15,06
Rojo	15,40	15,72
Verde	15,40	17,01
Violeta	12,45	11,87
Naranja	6,75	7,84
Amarillo	10,85	7,50
Marrón	2,8	5,20
Negro	12,05	8,02
Blanco	5,73	8,43
Gris	3,35	3,29

Tabla 4. Porcentajes de las medias obtenidas en el Grupo B

COLOR	Porcentaje obtenido	Porcentaje esperado
Azul	15,52	18,10
Rojo	15,82	13,60
Verde	14,64	19,70
Violeta	12,62	8,50
Naranja	8,18	10,80
Amarillo	9,44	9,50
Marrón	3,26	4,00
Negro	9,24	4,50
Blanco	7,32	8,30
Gris	2,88	2,90

Tabla 5. Porcentajes de medias de síndromes en el Grupo A

SINDROME	Porcentaje obtenido	Porcentaje esperado
NORMAL	41,75	47,81
ESTÍMULO	31,05	31,08
FRÍO	39,90	43,96
INCOLORO	19,28	19,76

Tabla 6. Porcentajes de medias de síndromes en el Grupo b

SINDROME	Porcentaje obtenido	Porcentaje esperado
NORMAL	45,08	51,30
ESTÍMULO	32,88	33,90
FRÍO	41,48	46,30
INCOLORO	19,12	15,80

De acuerdo con los porcentajes de las Tablas 3 y 5, se observa que en el Grupo A predominan:

Amarillo elevado (Am↑); Marrón disminuido (Ma↓); Negro elevado (N↑); Blanco disminuido (B↓); Síndrome Normal disminuido (SN↓) y Síndrome Frío disminuido (SF↓).

De su análisis se concluye:

- 1) Fragilidad estructural con bajos niveles de energía y productividad (Ma↓).
- 2) Excitabilidad afectiva, susceptibilidad, fácilmente irritable, por lo que se torna

objeto de frecuentes frustraciones (Am↑).

- 3) Dificultad de adaptación al medio, tanto en sus actitudes como en su comportamiento, con consecuencias en la estabilidad. (SN↓).
- 4) Inhibición como defensa contra los estímulos o temor al desencadenamiento de impulsos que le harían perder el equilibrio (N↑).
- 5) Tiende a negar los estímulos o situaciones afectivas en un intento de mantener un frágil equilibrio (SF↓).

Por su parte, en función de los porcentajes de las Tablas 4 y 6, se observa que en el grupo B predominan:

Azul disminuido (Az↓), Rojo aumentado (R↑), Verde disminuido (Vd↓), Violeta aumentado (Vi↑), Negro aumentado (N↑) y Síndrome Normal disminuido (SN↓), Síndrome Incoloro aumentado (SI↑).

De su análisis se concluye:

- 1) Débil capacidad defensiva y poca para mantener la estabilidad (Az↓).
- 2) Desorientación provocada por la excitación e irritación por la frágil capacidad de elaboración interna y la ruptura de mecanismos represivos, lo que lo lleva a reacciones de modo irritado y descontrolado, a través de descargas explosivas y súbitas (Vd↓, R↑, Vi↑).
- 3) Sensación angustiosa de insatisfacción de deseos o aspiraciones que generan un malestar interno y los torna irascibles (N↑, R↑)
- 4) Menor capacidad de adaptación al medio, en sus actitudes y su comportamiento (Vd↓).
- 5) Comportamiento ligado a perturbaciones por motivos profundos (SN↓, SI↑).
- 6) Fuga de situaciones afectivas. Reprime los estímulos, que pudiere perturbar su aparente equilibrio (SI↑).

Si bien cada color y tonalidad tienen un significado particular la secuencia del análisis del funcionamiento psíquico se completa con los resultados de los síndromes cromáticos con los valores esperados para los adolescentes.

Complementan el análisis, otros aspectos como la amplitud cromática sintetizada en la Fórmula Cromática (FC) obtenida, y la relación Variación Cromática en relación variación de Matices (VCo: VMa), factores que no fueron tomados en el presente trabajo.

Caso Clínico

A los efectos de ilustrar el análisis e interpretación de los aspectos formal y emocional arriba descriptos, se presenta el siguiente caso:

Mujer de 17 años que ingresa al hospital por intoxicación medicamentosa y cortes en el antebrazo con un pedazo de botella de vidrio. Se registra violencia en su familia. La madre falleció hace un año y el padre se va a vivir con otra mujer. Actualmente vive con sus hermanos y antes vivía con un novio.

Resultados del Test de Pfister

Aspecto formal

Pirámide I: Tapete puro

Pirámide II: Tapete puro

Pirámide III: Tapete puro

Modo de colocación:

Pirámide I: Descendente alternada

Pirámide II: Descendente alternada

Pirámide III: Descendente directa

Modo de ejecución: ordenada a desordenada

Tabla de frecuencias: Síndromes Duplas

Az 11,1 ↓		
R 24,4 ↑	Normal 48,9	R↑ + Ma↑
Vd 13,3 ↓		
Vi 8,9	Estímulo 48,9 ↑	R↑ + Vd ↓
Na 13,3		
Am 11,1	Frío 33,3 ↓	G↑ + R↑
Ma 8,9 ↑		
N 2,2	Incoloro 8,9 ↓	
B 0 ↓		
G 6,7 ↑		

Partiendo del análisis del aspecto formal se destaca que el modo de colocación se corresponde con inestabilidad y búsqueda de seguridad interior con un nivel intelectual bajo, que en este caso podemos pensar por hipostimulación; ratificado por el modo en que ejecuta las pirámides y la configuración (tapete puro) que indica labilidad afectiva que puede condicionar la adaptación externa que permite el manejo adecuado de las emociones.

La distribución de la frecuencia de los colores nos lleva al plano emocional y su dinámica.

El aumento del rojo indica una irritabilidad e impulsividad exacerbadas, que en una frágil estructura de personalidad y sin capacidad defensiva para mantenerse organizado (azul aumentado), es posible la descarga de impulsos sin posibilidades de elaboración (verde disminuido).

El aumento del marrón da cuenta de la fuerza represora que intenta bloquear los impulsos, dificultando su libertad para actuar, con apego a normas y costumbres tradicionales y al pasado. Frente a la dupla marrón y rojo aumentado la regresión, tiene una connotación negativa. Tampoco resulta positiva la combinación del gris aumentado junto al rojo aumentado, esto es, influenciabilidad junto a agresión impulsiva, que lleva a que se caractericen por sus descontroles, litigios y polémicas.

El aumento del Síndrome Estímulo junto a la disminución del Síndrome Frío indica que la excitabilidad e incontinencia afectiva le dificulta la estabilidad afectiva y una adaptación al medio social, corroborado por el rebajamiento del Síndrome Incoloro que denota falta de los elementos inhibidores necesarios para la adaptación emocional y social.

Aunque el análisis de los resultados está sólo centrado en parte del análisis general, es posible captar la dinamismo de su personalidad y comprender por qué ante la negativa a una salida pudo haber reaccionado con ese grado de impulsividad, con intención de quitarse la vida.

Discusión de conclusiones

El pasaje por la adolescencia con los cambios que conlleva, imponen un esforzado trabajo psíquico del que resultará un reordenamiento y una resignificación tanto en el campo de lo intrasubjetivo como en el intersubjetivo; y si no hay mayores perturbaciones dará el salto cualitativo que le permita ingresar a la vida adulta. Pero la presencia de perturbaciones, sean provenientes de su interior, del ámbito familiar o del contexto social, no tardan en hacerse sentir. (Cao, 1997).

En nuestra muestra, a partir del análisis del aspecto formal se observa inmadurez, inestabilidad y búsqueda de seguridad interior que interpretamos como características propias de esta edad. Así como su vulnerabilidad y fácil perturbabilidad. Salvo el 6,19% del total de la muestra presenta indicadores de disociación de pensamiento, el resto presenta un nivel intelectual dentro de los parámetros medios.

Desde el análisis del aspecto emocional, si bien, no fueron discriminados tal como lo hicieron Laimou y Apter, podemos decir que en unos adolescentes está presente una irritabilidad exacerbada e impulsividad, con una débil capacidad reguladora, por lo que tiende a la negación, inhibición o constricción como mecanismo defensivo; para mantener una estabilidad precaria, cuyo quiebre daría lugar al intento de suicidio. En otros el alto monto de ansiedad, por necesidad de amparo y protección, con frágiles mecanismos de control, puede dar lugar a reacciones imprevisibles. Asimismo están presentes indicadores de su dificultad de adaptación en la relación con el medio, dando como resultado la rigidización afectiva o el retraimiento social. Esta dinámica es más nítida y más florida en el grupo B, que corresponde a la franja etaria que registra mayor incidencia y que representa el 71,42% de la muestra.

En síntesis, podemos concluir que el frágil equilibrio emocional, por la impulsividad exacerbada en unos y la sobrecarga de ansiedad, en otros; y los frágiles mecanismos de control, comprometen la estabilidad y canalización afectiva y la adaptación social; dando lugar a la rigidización afectiva y retraimiento social o a descargas explosivas e imprevisibles, que en nuestra muestra, la agresión la dirige contra sí mismo.

Nuestra investigación continúa, con el objetivo de verificar si es posible aislar indicadores patognomónicos de riesgo suicida en adolescentes, que contribuyan al diagnóstico, comprensión de su dinámica e intervención temprana de este trastorno que se presenta en creciente aumento.

Anexo

Consentimiento informado

(Según Ley 26.529, arts. 2 inc. E); Ley 26.657, art. 10)

Sr./Srta....., con D.N.I., domiciliado en

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a de forma verbal por.....en fecha/...../201....., y que me ha sido entregada por escrito la información sobre las características referidas mi participación en la investigación.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado, habiendo sido aclaradas mis dudas satisfactoriamente Entiendo que el consentimiento de que se me informes requisito para todas las personas que participen en esta investigación.

Por lo tanto:

CONOZCO Y CONSIENTO:

- 1) Que se me apliquen los instrumentos incluidos en la investigación.
- 2) Que el material obtenido será utilizado para la investigación y será confidencial y sujeto al secreto profesional.
- 3) Que no se emitirán informes a los usuarios.
- 4) Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- 5) Aclaro que he leído y entiendo cada párrafo de este documento y firmo dos ejemplares el día del mes de de 201....

Firma Firma de psicóloga

Consentimiento informado

(Para el padre/tutor)

(Según Ley 26.529, arts. 2 inc. E); Ley 26.657, art. 10)

Sr./Sra....., con D.N.I., domiciliado en

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a de forma verbal por.....en fecha

...../...../201....., y que me ha sido entregada por escrito la información sobre las características referidas la participación de mi hijo/a en la investigación.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado, habiendo sido aclaradas mis dudas satisfactoriamente

Entiendo que el consentimiento de que se me informa es requisito para todos los padres/tutores de menores que participen en esta investigación.

Por lo tanto:

CONOZCO Y CONSIENTO:

- 1) Que se le apliquen los instrumentos incluidos en la investigación.
- 2) Que el material obtenido será utilizado para la investigación y será confidencial y sujeto al secreto profesional.
- 3) Que no se emitirán informes a los usuarios.
- 4) Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- 5) Aclaro que he leído y entiendo cada párrafo de este documento y firmo dos ejemplares el día... del mes de de 201....

Firma Firma de psicóloga

Bibliografía

Apter, A. (2000). Personality constellations in suicidal behavior. *5th Annual Conference* (pp. 14–25). Castlebar, County Mayo, Ireland: Irish Association of Suicidology.

Cao, M. (1997). *Planeta adolescente* (Cap. 1). Buenos Aires: Marcelo Luis Cao.

Casullo, María (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.

Exner, J. y Sendín, C. (1995). *Manual de Interpretación del Rorschach*. Madrid: Psimática.

Guerriero, Leila (2005). *Los suicidas del fin del mundo*. Buenos Aires: Tusquets.

Justo y Van Kolck (1996). *O Test das Pirâmides de Côres*. San Pablo: Vetor.

Laimou, D. (2012). An Epistemological and Methodological Approach to drive and diffusion of instincts through the clinical assessment of suicidal adolescents. *Rorschachiana*, 33, 108–124.

Martinez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología* (Cap. 6). Buenos Aires: Lugar.

Páez, Ernesto (Comp.) (2011). *Suicidio en niños y jóvenes* (Cap. 1). Buenos Aires: iRojo Editores.

Pérez Barrero, S. y Begue, M. (2008). *El suicidio*. Buenos Aires: Akadia.

Pugliese, Silvia (1993). Una tentativa de correlación entre el test de Rorschach y el test de Pirámides de Colores de Pfister. *Primer congreso de Actualización en la Técnica Rorschach*.

Quiroga, Susana (1994). *Patologías de la autodestrucción en la Adolescencia*. Buenos Aires: Kargieman.

Rorachach, H. (1979). *Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Paidós.

Santos Bernard, D. (2011). *Autolesión*. México: Dora Santos Bernard.

Villemor–Amaral, Ana E. (2005). *As Pirâmides Coloridas de Pfister*. San Pablo: Centro Editor de testes e pesquisas em Psicologia.

Villemor–Amaral, Fernando (1978). *Pirâmides Coloridas de Pfister*. San Pablo: Centro Editor de Psicologia Aplicada.

Fecha de recepción: 26/04/15

Fecha de aceptación: 5/06/15