



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**AUTOPERCEPCIÓN EN UN GRUPO DE MUJERES CON
INTENTO SUICIDA**

TESIS

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología
con mención en Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

CLAUDIA MELO- VEGA DE LA PUENTE

(TESANIA VELÁZQUEZ)

LIMA-PERÚ
2010

Agradecimientos

A mi asesora Tesania Velázquez, por su constante dedicación, conocimiento e impulso para que siempre dé lo mejor de mí.

A Arturo Calderón, por su invaluable asistencia estadística, por su rigurosidad, así como por su disposición a siempre comentar y analizar esta investigación.

A Matilde Ruez, por su experiencia, conocimiento y entusiasmo demostrado por este estudio.

A Viviana Florián por la corrección de los protocolos Rorschach, por sus sugerencias y dedicación.

Un agradecimiento especial a Stella, quien confió siempre en mí y me apoyó incondicionalmente.

A mis amigos y también psicólogos Beatriz Oré, Daniella Brahim y Diego Polo quienes estuvieron siempre presentes durante esta investigación, mostrando interés, motivándome y dándome confianza en todo momento.

A todas las mujeres que participaron en este estudio, por su tiempo y disposición, porque sin ellas este estudio no hubiese sido posible y porque por ellas es que cobra sentido esta investigación.

Finalmente, a mi padre por su apoyo y motivación permanente y a mi esposo por su amor, su paciencia y comprensión.

RESUMEN

Autopercepción en un grupo de mujeres con intento suicida

La presente investigación tuvo como objetivo describir la autopercepción en un grupo de mujeres con intento suicida. Para cumplir con nuestros objetivos, se aplicó el Psicodiagnóstico de Rorschach a 23 mujeres con intento suicida y a 21 mujeres sin intento suicida. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas y altamente significativas entre las mujeres con intento suicida y el grupo comparativo en relación a diferentes variables Rorschach que componen el cluster de autopercepción (MOR, FD), relaciones interpersonales (GHR:PHR, a:p), así como variables que tienen que ver con la forma de traducir y conceptualizar la información. Asimismo, se hallaron diferencias cualitativas entre ambos grupos en relación a las variables (H), 2AB (An+ Xy).

Palabras clave: Autopercepción, intento suicida, mujeres, Test de Rorschach.

ABSTRACT

Self-perception in a group of women with suicidal intent

The aim of this study was to describe the self-perception in a group of women with suicide attempt. To achieve our objectives we applied the Rorschach Psychodiagnostic Test to 23 women with suicide attempt and 21 women without suicide attempt. The results show significant and highly significant differences between the women with suicide attempt and the comparative group in several Rorschach variables from the self-perception cluster (MOR, FD), interpersonal relations (GHR:PHR, a:p), as well as other variables regarding the translation and conceptualization of the information. Additionally, qualitative differences between both groups were observed regarding (H), 2AB (An+ Xy) variables.

Key words: Self-perception, suicide attempt, women, Rorschach Test.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I: Autopercepción en un grupo de mujeres con intento suicida	1
Qué es el suicidio	
Características de personalidad asociadas al suicidio	3
Factores psicosociales asociados al suicidio	5
El suicidio en mujeres	6
Autopercepción en mujeres con intento suicida	7
Planteamiento del problema	11
CAPÍTULO II: Metodología	13
Tipo y diseño de investigación	13
Participantes	13
Instrumentos	17
Ficha de datos Sociodemográficos	17
Psicodiagnóstico de Rorschach	17
Procedimiento	18
CAPÍTULO III: RESULTADOS	19
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	34
REFERENCIAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que ha existido desde el inicio de la humanidad. El ser humano es el único ser capaz de reflexionar acerca de su existencia y decidir si continuar o terminar con ella. A lo largo de la historia, millones de personas han optado por acabar con su vida de manera voluntaria. Sin embargo, las actitudes y prejuicios frente al suicidio han variado según los principios religiosos, filosóficos y legales inherentes a cada época (Jiménez, Sáiz & Bobes, 2006).

En la Grecia clásica los suicidas presentaban sus argumentos frente a los tribunales, los cuales autorizaban o no el suicidio de los candidatos. En la antigua Roma, el suicidio y la muerte, en general, eran de igual manera, un asunto público. Más tarde, los cristianos, condenaron profundamente el suicidio puesto que aquel que se quitaba la vida, rechazaba la voluntad de Dios. En adelante, la Iglesia Cristiana sancionó a los suicidas a través de leyes que les negaban el funeral y embargaban sus bienes. El suicidio fue desde entonces tanto pecado como crimen (Álvarez, 1999). Por el contrario, existieron culturas que enaltecieron el suicidio. Entre ellas, la japonesa. Los samurais, luego del fallecimiento de su señor, se autoinfligían la muerte. Este tipo de actos eran considerados nobles por la sociedad (Cohen, 2007).

Es recién a partir del siglo XIX, con el surgimiento de la revolución científica, que el suicidio se empezó a percibir como un síntoma resultado de enfermedades mentales o condiciones sociales desfavorables. Se dejó de lado el énfasis en el aspecto moral para dar paso al estudio de las causas sociales y psicológicas subyacentes. Desaparecieron las penas legales, se facilitó el tratamiento psiquiátrico y se trató la problemática con rigurosidad científica (Roudinesco, 1998).

No cabe duda de que el suicidio es una de las problemáticas más directamente relacionadas con el sufrimiento humano. A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), todos los días se suicidan cerca de tres mil personas. Es decir, al año, se suicidan más de 1 millón de personas. Esta cifra es mayor a la suma de víctimas de guerras y homicidios. La OMS (2007) destaca, asimismo, la importancia de los comportamientos no letales como un problema grave de salud pública ya que se estima que por cada persona que logra suicidarse, 20 lo intentan.

En el contexto peruano, el último Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental realizado en el 2002 en Lima por el Instituto Especializado de Salud Mental

Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM HD-HN), señala que una de cada 20 personas ha tenido un intento suicida alguna vez en su vida, encontrándose mayor incidencia en las mujeres.

Según datos del INSM HD-HN (2002) el 98% de pacientes suicidas poseen sintomatología asociada a un trastorno mental, siendo la depresión el cuadro psiquiátrico con mayor riesgo. Algunos de los hallazgos que se encuentran en investigaciones psicológicas refieren que la depresión, el abuso de sustancias, los desórdenes de la alimentación, los trastornos de personalidad límite y evitativo, se encuentran estrechamente relacionados con la conducta suicida (Bobes, Saiz, García Portilla, Bascarán & Bousoño, 2004; Solís, 2005; Vásquez, 1998, 2005). Asimismo, Freemann y Reinecke (1995) señalan que personas con alta negatividad emocional, ansiedad presentan alto riesgo suicida.

La relevancia de esta investigación radica en contribuir a la comprensión de la autopercepción en un grupo de mujeres que han intentado quitarse la vida. Tradicionalmente, las investigaciones clínicas, diagnósticas, epidemiológicas y terapéuticas incluían a sujetos de género masculino, de raza blanca, pertenecientes a países occidentales considerando que los resultados obtenidos se podían generalizar. Actualmente, se reconoce como esencial el entendimiento de la salud mental de las mujeres y se acepta que éstas presentan riesgos específicos (Montero et. al; 2004).

El acercamiento a este tema no es sencillo pero sí fundamental ya que el intento de suicidio no sólo afecta a la persona, sino también a la gente más cercana y, en términos más amplios a la comunidad y al país. Así, consideramos que es absolutamente necesario comprender mejor este fenómeno no solo para tener conocimientos más amplios, sino mejores herramientas que permitan un tratamiento eficaz.

Para ello, en el primer capítulo, se presentará la problemática del suicidio desde las teorías más relevantes, las características de personalidad y los factores psicosociales asociados. Posteriormente, se revisará el concepto de autopercepción y cómo ésta construcción sobre el sí mismo influye en la valoración y en la percepción que las mujeres de la muestra tienen sobre ellas mismas.

Como instrumento de medición se utilizará el Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprensivo de Exner (SC), específicamente el cluster referido a la autopercepción. De esta forma, se buscará describir elementos comunes en la autopercepción de dichas mujeres en contraste con un grupo de comparación.

Luego de la presentación y análisis de los resultados, se espera no solo comprender mejor la autopercepción de la población en cuestión, sino esclarecer un

poco más la problemática del suicidio y así poder tener mayores herramientas para que se desarrollen programas de prevención más acertados.



CAPÍTULO I

Autopercepción en un grupo de mujeres con intento suicida

Qué es el suicidio

El suicidio entendido como proceso agresivo intrapsíquico es el más saltante entre los teóricos. Etimológicamente, la palabra suicidio procede de “sui” (sí mismo) y “cidium” (matar). Así, la máxima expresión de la autoagresión se ve reflejada en un sujeto que decide suicidarse (del Pino, 1972 citado en Torres, 1983).

Para efectos de la investigación se asumirá una definición que incluye el carácter auto agresivo reconocido por el sujeto y existencia de cierta conciencia de la noción de muerte, del resultado de la acción o curso de acciones a seguir para autoinducirse la muerte, lo cual no excluye en absoluto los móviles o deseos inconscientes. Quedan eliminados los procesos autodestructivos lentos, pasivos (por ejemplo, intoxicaciones crónicas), sin pasaje al acto y sin consciencia del riesgo. Tampoco se incluirán ciertas conductas peligrosas en donde el riesgo es desmesurado, auto mutilaciones y determinados accidentes (Quidu, 1977 citado en Guzzo, 1982). Cabe destacar que según la bibliografía la única diferencia entre el suicidio y el intento suicida es que éste último se trata de un acto que no tuvo como consecuencia la muerte (OMS, 2005).

La agresión autodirigida en la depresión y el suicidio es explicada por Freud desde la teoría de la melancolía. En su artículo “Duelo y melancolía” (1920) Freud presenta al suicidio como un auto castigo, un deseo de muerte que en un principio fue contra otra persona pero que se vuelve contra uno mismo por identificación inconsciente del Yo con el objeto. Es decir, existe una diferencia fundamental entre aquella persona que padece un duelo o pérdida consciente del objeto amado y aquel sujeto que sufre una pérdida inconsciente que empobrece al yo, ya que en este último hay una identificación con el objeto amado que cuando se pierde se percibe como una pérdida para el yo. Luego, la agresividad que se siente por la pérdida se dirige al propio sujeto, al Yo, y existe la posibilidad de autodestrucción.

Tanto Freud como Abraham y Klein coinciden en que el suicidio mantiene una estrecha relación con la melancolía debido a la identificación del Yo con la pérdida del objeto (Bleichmar & Bleichmar, 2001). Diversos estudios psicoanalíticos posteriores mantendrán esta misma postura (Abadi; Garma, A; Garma, E; Gazzano; Rolla & Yampey, 1973). También desde la perspectiva psicoanalítica, Garma (1980), señala a la pérdida del objeto amado como posible causa de suicidios por frustración. De esta forma, existiría la pérdida del objeto libidinal por un lado, luego el deseo del Yo de recuperar el objeto perdido y la imposibilidad de recuperarlo por otro, lo que daría lugar al suicidio por la frustración vivida.

Por otra parte, desde la teoría de las relaciones objetales, el suicidio sería una tentativa de destruir introyecciones malas de los objetos internos o aspectos no deseados del self (Kernberg, 1975; Klein, 1934 citado en Kaslow, et. al., 1998). Los sujetos con conducta suicida muchas veces evidencian introyecciones hostiles y pobremente integradas, así como pocas introyecciones positivas y tranquilizadoras. Específicamente, niveles más altos de intenciones suicidas son asociados con una menor diferenciación en las representaciones del self y de los objetos, además de con un menor nivel de inversión emocional en las relaciones (Chance et. al, 1996 citado en Kaslow, et. al; 1998).

Por su parte, el enfoque de la teoría cognitiva suele ser propuesta para un amplio espectro de trastornos psiquiátricos, entre los cuales figuran las conductas suicidas. Según Freeman y Reinecke (1995), el intento de suicidio no tendría que ver con una hostilidad introyectada (o agresión hacia el medio), sino con una predisposición negativa hacia sí mismo y a sus predicciones futuras. Así, la conducta suicida estaría estrechamente relacionada con la depresión. Los autores señalan que la tendencia al suicidio brota como consecuencia de los sentimientos de desesperanza unida a la idea de que las dificultades de la vida cotidiana son inaguantables, o a consecuencia del deseo de controlar rápidamente una situación frustrante o amenazadora. Según esta postura, el propósito del suicidio sería buscar una solución a lo que se siente como un dolor psíquico intolerable. Las personas con tendencias suicidas tendrían una percepción constreñida del mundo ya que son incapaces de identificar cursos de acción alternativos. Subrayan, sin embargo, que los pensamientos y actos suicidas son muy personales y que aunque puedan identificarse factores comunes entre las personas suicidas no existe una "personalidad suicida", ni un tipo de persona suicida (Freeman & Reinecke, 1995).

Finalmente, desde la sociología, Durkheim (1965) señala que el suicidio es un fenómeno social: no son los individuos los que se suicidan, sino la sociedad la que se suicida a través de ciertos miembros suyos. De esta forma, la agresión del medio ambiente para con sus diferentes miembros terminaría por aniquilar a la sociedad en su conjunto. Por su parte, (Halbwachs, 1930 citado en Garma, 1980), señala que el número de suicidios es un índice bastante exacto de la cantidad de sufrimiento y desequilibrio que existe o se produce en un grupo. Es decir, desde esta postura se podría pensar en tener una valoración estadística del sufrimiento de cada grupo social.

Características de personalidad asociadas al suicidio

Según la OMS (2008) el suicidio y los intentos de suicidio casi nunca ocurren en personas que no padecen trastornos psiquiátricos, en especial aquellos trastornos relacionados al estado de ánimo. Los pacientes con dichos trastornos presentarán un riesgo de suicidio del 15% a lo largo de la vida. Esto quiere decir que existe un riesgo 30-50 veces mayor al de la población general. En las investigaciones realizadas al respecto, aunque varían los porcentajes estimados de personas con intento suicida en estado depresivo, existe un acuerdo de que, en general, la depresión y los intentos de suicidio están estrechamente relacionados (Silver, Bohnert, Beck & Marcus, 1971 citado en Freemann & Reinecke, 1995).

En el Perú, según el INSM HD-HN (2002) el 98% de los pacientes suicidas consumados tenían algún trastorno mental y la enfermedad psiquiátrica con mayor riesgo es la depresión.

Asimismo, existen ciertas características de personalidad que aumentan el riesgo de suicidio como, por ejemplo, la dependencia, la obsesión, los rasgos histéricos, la ansiedad, la ira, la baja autoestima, la desesperanza y la impulsividad (OMS, 2005).

Una investigación realizada por Beck, Brown y Steer (1988, citado en Freemann & Reinecke, 1995) destaca que la depresión, la ansiedad y la desesperanza aguda tienen una alta correlación con las ideaciones y los intentos suicidas.

Garma (1980), por su parte, destaca que la desesperanza, la sensación de vacío y la soledad, son los afectos más comunes entre los pacientes suicidas.

En el Perú, Solis (2005), realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar las características sociodemográficas y de personalidad en 31 pacientes hospitalizados con intento de suicidio. Los instrumentos usados fueron el MCMI-II y una ficha demográfica. Los resultados reflejaron que el perfil de los suicidas es mujer entre 17 y 24 años, estudiante, soltera, con problemas de pareja y síntomas

depresivos En cuanto a la personalidad, se observó una fuerte relación entre rasgos narcisistas y evitativos con la conducta suicida, así como el trastorno de personalidad paranoide y límite.

En relación al trastorno límite de la personalidad, Soloff et. al. (2000) señalan que éste es el trastorno más relacionado con el comportamiento suicida. Según los investigadores se encuentra presente hasta en un 33% de las víctimas de suicidio. A lo largo de su vida, un 70% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad cometen algún intento de suicidio y la relación mujeres-hombres es de 3:1.

De igual manera, se pueden observar disturbios en el funcionamiento del yo ya que las defensas más utilizadas por los pacientes con intento suicida son la vuelta de la agresión contra el self, la negación primitiva, la escisión, la idealización primitiva, la introyección y la regresión (Freud, 1917; Kernberg, 1975; Scholz, 1973 citado en Kaslow et. al, 1998). Más aún, la prueba de realidad puede verse empobrecida en un contexto de regresión asociado con disforia y rabia, por lo general, en situaciones en las que se percibe abandono o pérdida de la autoestima (Marcus, 1988 citado en Kaslow et. al., 1998).

Con respecto a las relaciones interpersonales, las investigaciones realizadas por Kaslow et. al. (1998) según las escalas del Psicodiagnóstico de Rorschach señalan que los pacientes con intento suicida poseen significativamente mayor negatividad en sus relaciones y menor investimento libidinal en los otros. Asimismo, poseen representaciones de sus relaciones menos complejas y niveles pobres de separación – individuación.

Torres (1983), en una investigación realizada en nuestro medio con el Psicodiagnóstico de Rorschach, que buscaba contrastar población con ideación e intento suicida, encontró numerosas similitudes en cuanto a personalidad, entre ambos grupos. En ambos, tanto el pensamiento, como las emociones se veían afectados. En relación al pensamiento, existía una pobre organización de las experiencias pese a realizar grandes esfuerzos, rigidez cognitiva, dificultad en manejar el control consciente de su pensamiento en el curso y análisis de la realidad, el juicio de realidad se veía amenazado en situaciones de tipo emocional (por ejemplo, pérdida de pareja) y los intereses y ambiciones se elevaban por encima de las capacidades reales de la muestra. En cuanto al mundo afectivo, se evidenció una personalidad inmadura con un mundo interno pobremente organizado y un yo débil que no logra controlar su pensamiento, sus impulsos y emociones. Como consecuencia de esto

último se da una pérdida del juicio lógico y desorganización de la conducta. Se observó también que existía una tendencia a demandar gratificaciones inmediatas, que la ansiedad desorganizaba la personalidad y la conducta dando como resultado el acting out. Se planteó que el riesgo suicida surgía desde la desesperanza, que existía una dificultad para vivenciar y expresar la emotividad. En sus relaciones interpersonales, existiría un pobre desarrollo de las habilidades para obtener contactos satisfactorios con vínculos cercanos, dificultad en la comprensión del ser humano, y necesidad afectiva a pesar de no existir una búsqueda activa en el entorno.

Factores psicosociales asociados al suicidio

Además de las características personales y trastornos psicopatológicos asociados al fenómeno suicida existen también una multiplicidad de factores familiares y medioambientales.

Las investigaciones realizadas por Bobes (2005), concuerdan en que el número de suicidios mantiene una relación estrecha con los acontecimientos ocurridos en el ambiente familiar o social del individuo. Por ejemplo, algunos de los factores de riesgo son las desventajas sociales, la separación o divorcio de los padres, la psicopatología parental, la historia familiar de comportamiento suicida, las relaciones conflictivas entre padres e hijos, la historia de abusos físicos y/o sexuales durante la infancia o la adolescencia, entre otros. Estos datos se han interpretado como un proceso causal en el que la exposición durante la infancia a una adversidad social o familiar incrementa la vulnerabilidad del individuo a la psicopatología, a la mala adaptación frente a las dificultades de la vida y a una mayor predisposición a la conducta suicida.

En cuanto a la estructura familiar, se cree que existe una clara interdependencia entre ésta y la depresión. La ausencia de uno o de ambos progenitores, la separación o pérdida de éstos o una falta de armonía conyugal influyen en gran medida el comportamiento del suicida. Así, por ejemplo, los estudios sugieren que el medio inicial que rodea a los individuos suicidas es a menudo caótico y que puede caracterizarse por pérdidas tempranas (Garlow et. al., 2008).

Torres (1983) halló que el grupo de personas con intento e ideación suicida presentaban características familiares similares: historia de suicidio, ideación o conducta suicida en familiares cercanos, desorganización familiar, mal manejo de la agresividad, pérdida, separación o muerte de uno o ambos padres.

Garma (1980) menciona con frecuencia los casos referidos directamente a la

pérdida del objeto libidinal u objeto amado como lo son un trabajo, la muerte o separación de un ser amado, o una pérdida económica significativa. Dichas pérdidas se vivencian como irreparables de modo que la vida pierde interés ya que no se pueden satisfacer gran parte de los deseos del sujeto. En contraste, las investigaciones señalan que cuando hay afectos que vinculan al sujeto con una obra social o familiar, el número de suicidios disminuye.

Vásquez (2005), en un estudio que registró a 548 pacientes atendidos en el Programa de Prevención del Suicidio INSM HD-HN señala que los solteros constituyen el mayor grupo de riesgo en suicidio consumado e intento de suicidio. Indica, asimismo, el perfil de aquella persona que intenta suicidarse: pertenecer al sexo femenino, cada vez más jóvenes en comparación con estudios anteriores, predominantemente solteras, con educación secundaria o superior, procedentes de distritos empobrecidos, que han tenido conflictos de pareja o familiares, registraban antecedentes familiares o personales de violencia física o sexual.

Se puede decir entonces que tanto la teoría relacionada al suicidio, como las cifras que se reportan a nivel mundial y local dan cuenta de lo relevante que resulta la comprensión de dicha problemática.

Ahora, pasaremos a desarrollar el suicidio en mujeres propiamente.

El suicidio en mujeres

En la mayoría de los países en los que se ha estudiado el fenómeno del suicidio, las mujeres presentan mayores tasas de ideación y de comportamientos suicidas, ésta puede llegar a ser de 2 a 3 veces superior a la de los hombres. Sin embargo, la mortalidad producida por esta conducta es típicamente más baja en las mujeres que en los hombres. Se cree que esto tiene que ver con que los hombres utilizan métodos más violentos y que, los comportamientos suicidas en las mujeres se utilizan consciente o inconscientemente para comunicar su sufrimiento (OMS, 2007; Vásquez, 2005).

En nuestro medio, Mosquera (2006), realizó un estudio de los casos de intento de suicidio internados en el Hospital Hermilio Valdizán durante febrero del 2000 hasta enero del 2001. Se halló, que la mayoría de pacientes eran del sexo femenino (76.12%), entre 14 a 30 años de edad. Asimismo, Castro, Orbegoso y Rosales (2006), realizaron un estudio para determinar las características de los pacientes con intento de suicidio, atendidos en el Hospital José Agurto Tello de Chosica durante el periodo

1995-2004. Los resultados arrojados fueron los siguientes: el intento suicida se presentó con más frecuencia en mujeres (63,7%), el 74% tenía entre 15 a 29 años y el 61,2% eran solteros. El 13% de los casos atendidos fueron reintentos. Entre las principales causas del intento se encontraron las discusiones familiares (33,9%) y de pareja.

Por su parte, el INSM HD-HN (2002) destaca entre las principales causas desencadenantes, los problemas económicos y con los parientes. Subrayan que dichos problemas son percibidos como más importantes en el género femenino. La explicación tendría que ver con el hecho de que las mujeres en nuestro país se encuentran más expuestas a limitaciones económicas y tienen la responsabilidad de administrar los recursos económicos y enfrentar las necesidades básicas de su familia.

Finalmente, según el INSM HD-HN (2002), el porcentaje de ideación e intento suicida en mujeres maltratadas es significativamente mayor que en la población general de mujeres. Se exploró también si las mujeres maltratadas volverían a intentar suicidarse y se halló que un 7,9% sí lo consideraría.

A continuación, pasaremos a desarrollar el tema de la autopercepción en mujeres con intento suicida.

Autopercepción en mujeres con intento suicida

El término self se refiere a un constructo que describe la organización de la experiencia de una persona y la construcción de la realidad que orienta su comportamiento (Surrey, 1997). Se trata de un todo organizado y personal (Consuegra, 2004) que incluye su propio autoconocimiento, el acceso a sus propias sensaciones, sentimientos y pensamientos. Existe, por tanto, un self que percibe y el self percibido como objeto con representaciones estables, el cual puede ser estudiado (Baumeister, 1997; Pervin, 1999).

Cuando el objeto de percepción es el propio self se denomina a este proceso autopercepción. Es una mirada autodirigida que tiene como meta lograr el autoconocimiento (Olórtegui, 1995). Los estímulos percibidos son organizados e interpretados en estructuras, imágenes y constructos que le son significativos al sujeto.

Aquello que se percibe depende de muchos factores tales como la atención selectiva, la motivación o el estado emocional (Consuegra, 2004).

Exner (1994), define la autopercepción como el conjunto de conceptos, actitudes, de elementos descriptivos y valorativos que el sujeto ha podido ir construyendo sobre sí mismo para lograr un autoconocimiento y una autovaloración más o menos amplios

y ajustados a su realidad. Según el autor, existen dos aspectos: el cognitivo (la autoimagen) y el valorativo o afectivo (la autoestima). La autoimagen, estaría formada por la interacción entre el autoconcepto y la imagen corporal.

A continuación, pasaremos a revisar más detalladamente los conceptos de autoconcepto, imagen corporal y autoestima ya que ellos nos ayudarán a entender mejor la autopercepción en el grupo de estudio.

El autoconcepto

El autoconcepto es la totalidad de las representaciones mentales que una persona hace respecto a sí mismo y a su relación con los otros. Se refiere principalmente a los rasgos y esquemas de la personalidad pero también puede incluir un entendimiento de sus roles sociales y relaciones en el presente, pasado o futuro (Baumeister, 1997). Mientras que el self puede ser entendido como una unidad, el autoconcepto puede entenderse mas bien como una colección de conceptos específicos de varias características del self, de cómo se ve el sujeto y también de cómo cree que las personas lo ven (Baumeister, 1997).

El ser humano empieza a formar su autoconcepto a partir de lo más básico como es el reconocimiento de su propio cuerpo y conocer la capacidad para tomar decisiones e iniciar acciones. Luego, es capaz de describirse para, finalmente, llegar a construir una idea abstracta de su personalidad (Baumeister, 1997; Malby, 1999; Tyson & Tyson, 2000).

Estas inferencias son hechas también respecto a su relación con los otros (Baumeister, 1997). Incluye información relevante del pasado y presente de una persona acerca de cómo piensa que los otros la ven (Hattie, 1992). Es importante subrayar el rol del otro significativo en la construcción del autoconcepto ya que su desarrollo depende en gran medida de la retroalimentación del otro. Sin embargo, si bien juega un rol importante, éste no es categórico ya que el autoconcepto es el producto de negociaciones entre el feedback interpersonal y las creencias preferidas acerca de nosotros mismos (Baumeister, 1997).

Así, muchas veces los autoconceptos de las personas no coinciden con las imágenes que tienen los demás o inclusive con la capacidad y atributos reales (Hattie, 1992).

Imagen corporal

El Yo, según Freud (1923) es fundamentalmente corporal. Cuando hablamos de nuestro cuerpo estamos refiriéndonos también a nuestra presencia. Es decir, estamos con nuestro cuerpo en un determinado lugar y si este cuerpo no está allí, nosotros tampoco lo estamos. En otras palabras, el cuerpo me inserta en la experiencia y es, por tanto, la base material e imaginaria de las relaciones sociales, construcción social, vehículo y receptáculo de la acción individual y colectiva (Segura, 1995 citado en Brahim, 2006; Baumeister, 1997).

El cuerpo nos permite percibir y conocer lo que nuestros estados mentales requieren ya que éstos se materializan en el cuerpo. Podemos darnos cuenta cómo el ambiente nos afecta y cómo nosotros, a su vez, influimos en el ambiente (Bermúdez, Elian & Marcel, 1995; Campbell, 1995).

Cada persona desarrolla la capacidad de organizar las sensaciones de su cuerpo y se tiene como consecuencia una experiencia psicológica que incluye actitudes (ideas, sentimientos y conductas) que pueden ser agradables o desagradables. A esta experiencia subjetiva se le conoce como imagen corporal (Porcelli, 2004). Dolto (2005) afirma que la imagen que cada individuo construye de su propio cuerpo es personal y está ligada necesariamente a su historia.

La autoestima

El término autoestima se refiere a la dimensión evaluativa del autoconcepto. Es un proceso que empieza a manifestarse claramente hacia el segundo año de vida, cuando los niños empiezan a comparar su comportamiento según los estándares de “bondad” y “maldad” (Baumeister, 1997). De esta forma, según Exner (1994), la autoestima se obtiene del contraste entre la autoimagen del sujeto y las fuentes de valoración externas. Además del feedback que la persona recibe de los demás (no importa lo distorsionado que sea), la experiencia directa de eficacia y éxito (o fracaso) juegan un rol fundamental en su construcción (Campbell & Lavelle, 1993). Así, las personas con baja autoestima desean el éxito pero sus acciones están influenciadas por muchas dudas de si serán capaces de alcanzarlo y centran sus esfuerzos en protegerse de los fracasos (Baumeister, 1997).

De igual manera, las personas con una visión negativa de sí mismos no poseen una visión articulada de su self, dependen más de indicadores externos, sintiéndose amenazados por la retroalimentación negativa y más gratificados por la positiva que

aquellos sujetos con una autoestima alta. (Campbell & Lavalle, 1993; Baumeister, 1997).

Los niveles de la autoestima están ligados también a las diferencias en el autoconocimiento. Las personas con una autoestima alta parecen tener una imagen más clara, consistente y estable de sí mismas. Por otro lado, las personas con baja autoestima, parecen no saber bien quiénes son. Sus autoconceptos parecen confusos, contradictorios, inestables e inciertos (Baumeister, 1997).

Particularmente en cuanto a la autoestima de las mujeres, Surrey (1991) señala que la niña depende, en gran medida, de sentir que ella es parte de las relaciones y de que puede cuidar de ellas. Bleichmar (1997), cree que es a través de estas prácticas relacionales de cuidado que se desarrolla la capacidad de cuidado tanto externo como interno (la capacidad de la niña de ser su propia madre). Para la autora su autoestima está relacionada, entonces, con el intercambio emocional, la apertura y con un sentido compartido de comprensión. Sin embargo, cuando las mujeres están severamente constreñidas en el desarrollo completo de sus capacidades relacionales y cuando son desalentadas o sancionadas por la expresión de su self, las condiciones que se establecen pueden llevar a la depresión (Kaplan, 1991).

La constricción o inhibición de la rabia es según Miller (1991) una práctica común entre las mujeres debido al temor que tienen a perjudicar sus relaciones. Subraya, que el aguantarse la rabia puede dejar a la mujer con sentimientos de constricción, ineficacia y aún maldad por sentirse colérica. Dichos sentimientos, tienen repercusiones negativas sobre la mirada que tiene de sí misma. Además, la impotencia generada por la imposibilidad de actuar su rabia puede llegar a expresarse de forma exagerada y puede ser devastadora para quien la reciba o para ella misma (Kaplan, 1991). Freud mismo (citado en Bleichmar, 1997) no deja de tener en cuenta la presión del medio para la represión de la hostilidad en la mujer. Ésta, queda fuera de nominación, de legitimación y cuando aparece es avergonzante “si se observa hostilidad entre ellas se termina por adjudicar a la niña: la niña es “mala” (Bleichmar, 1997, p.p 176).

Por otra parte, en relación a la depresión, está ampliamente documentado que éste es mayoritariamente un desorden femenino. Dos veces más mujeres que hombres tienen episodios depresivos y, aún fuera del espectro del desorden mismo, los síntomas depresivos son una experiencia con la cual las mujeres se pueden identificar (Weissman & Klerman, 1977 citado en Kaplan, 1991). Sin embargo, Stephenson, Belesis y Balliet (2005), en una investigación realizada que buscaba

identificar predictores de suicidabilidad según género, halló que tanto hombres como mujeres mostraban la misma frecuencia en relación a depresión y desesperanza como predictores de ideación e intento de suicidio. Se halló, asimismo, que el abuso sexual era el único predictor directamente relacionado con las mujeres y el intento suicida.

En otro estudio realizado en el que el 65% de la muestra eran mujeres, se encontró que el abuso sexual y físico estaban directamente relacionado con los intentos de suicidio (Ystgaard et. al., 2002). Asimismo, (Sen & Östlin, 2007) hallaron que el abuso sexual en mujeres correlaciona positivamente con depresión, ansiedad, problemas serios en las relaciones interpersonales y con el intento suicida. También se halló que las mujeres que fueron abusadas sexualmente y que intentaron quitarse la vida presentaron una baja autoestima.

Finalmente, las investigaciones realizadas en las últimas décadas han encontrado diferencias importantes entre hombres y mujeres en relación a múltiples aspectos de la salud mental. Por ejemplo, se sabe que las mujeres tienen mejor salud pero peor percepción subjetiva de su calidad de vida. Las mujeres presentan más depresión, trastornos ansiosos, cuadros fóbicos e intentos de suicidio, mientras que los hombres presentan más trastornos de personalidad y abuso de sustancias. Algunas de las razones dadas desde la perspectiva ambientalista para estas diferencias, son que la mujer presenta una autoestima más baja, experimenta un mayor número de acontecimientos vitales negativos y tiene una peor percepción de salud (Montero et. al., 2007).

Planteamiento del problema

El suicidio es un problema que viene afectando a la humanidad de manera importante en las últimas décadas. En la mayoría de países desarrollados, se encuentra entre las diez primeras causas de disfunción y es la segunda o tercera causa de muerte entre los jóvenes. Las estadísticas oficiales y los centros de tratamiento médico muestran un aumento en el intento suicida sobre todo en los adolescentes y adultos jóvenes. Así, el intento suicida es 20 veces más frecuente que el suicidio consumado; y, como se ha observado en la mayoría de los estudios a gran escala, las mujeres son quienes con mayor frecuencia intentan suicidarse (Bobes, Saíz, García Portilla, Bascarán & Bousoño, 2004; OMS, 2007).

La tentativa de suicidio es uno de los predictores más eficaces de posteriores tentativas y del suicidio consumado. De esta forma, el suicidio constituye un problema de salud pública importante pero en gran medida prevenible. Sin embargo,

como se ha señalado, a pesar de la creciente investigación en el tema la problemática del suicidio ha ido en aumento y hasta el momento no existen estrategias eficaces para impedir que las personas sigan intentando quitarse la vida. Para desarrollar este tipo de estrategias es necesario conocer qué piensan y qué sienten las personas acerca de sí mismas ya que esto determina lo que son y cómo afrontan su realidad (Pervin, 1999).

El estudio intenta contribuir al conocimiento de la población desde el ámbito clínico para facilitar la prevención de futuros casos, así como el abordaje terapéutico oportuno. Debido a lo anteriormente expuesto es que la presente investigación busca responder a la siguiente pregunta: ¿Cómo es la autopercepción en un grupo de mujeres con intento suicida?

Por ello, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Describir la autopercepción en un grupo de mujeres con intento suicida.

Objetivos Específicos:

- 1- Identificar si la autopercepción que presentan las mujeres con intento suicida varía según el diagnóstico clínico.
- 2- Identificar si la autopercepción que presentan las mujeres con intento suicida varía según el número de intentos suicidas.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de investigación

La presente es una investigación de tipo descriptiva ya que tiene como objetivo describir la autopercepción de mujeres con intento suicida (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

El diseño utilizado es de tipo no experimental, ya que se ha observado la autopercepción en este grupo de mujeres sin realizar ninguna manipulación en las variables; y, de tipo transversal ya que la recolección de los datos se ha realizado en un único período de tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Participantes

El universo de estudio está compuesto por mujeres con intento suicida que se encuentran internadas en un Hospital de Salud Mental de Lima Metropolitana.

El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico intencional ya que se seleccionó a las participantes de acuerdo a un conjunto de criterios relevantes para el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2006):

- a) Edad: Entre 18 y 25 años con el fin de homogenizar la muestra de forma que todas las participantes se encuentren atravesando la misma etapa del ciclo vital.
- b) Nivel Socio- económico (NSE) C/D: Igualmente, se busca garantizar la homogenización de la muestra tomando en cuenta el nivel socioeconómico, de forma que todas las mujeres se desarrollen en entornos similares.
- c) Intento de suicidio actual: No ha transcurrido más de una semana desde el intento suicida, de esta forma, nos aseguramos que la prueba mida efectivamente el fenómeno suicida.
- d) UCI: Si bien se mide el intento suicida actual, se ha considerado importante que las participantes se encuentren fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Esto, ya

que si las participantes se encuentran muy desestructuradas, la aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach es imposible de realizar debido a las exigencias emocionales y cognitivas que implica. Aún si las participantes se encontrasen en condiciones de realizar la prueba, creemos que desde una mirada ética, no es conveniente “movilizarlas” cuando aún se encuentran tan sensibles. Cabe destacar que los criterios para salir de UCI no se encuentran rigurosamente definidos; pero, generalmente, cuando el riesgo de auto y heteroagresión es mínimo, cuando no hay riesgo de fuga y las pacientes siguen las indicaciones, pueden pasar a Servicios Intermedios (en promedio unos cuatro días). Todo esto, es regulado por cada médico tratante.

d) Psicosis o esquizofrenia¹: Las participantes no presentan psicosis o esquizofrenia de ningún tipo, según los criterios de diagnóstico diferencial del DSM IV – TR. Tampoco se presentó historia de dicha patología. Se buscó, además de homogenizar la muestra, que las participantes no presenten síntomas psicóticos agudos en el momento de la evaluación de forma que puedan realizar la prueba.

e) Condiciones orgánicas o retardo mental: Las participantes no presentan condiciones orgánicas, según los criterios de diagnóstico diferencial del DSM IV – TR. Además de la homogenización de la muestra, se buscó que las participantes puedan estar en la capacidad de realizar la prueba y que no haya ningún tipo de alteración o dificultad en la comunicación con el entrevistador.

f) Enfermedad terminal: No se incluyen intentos de suicidio de personas con enfermedad terminal. Creemos que en personas con enfermedad terminal el fenómeno no es el mismo.

La muestra quedó conformada por 23 mujeres con intento suicida, así como un grupo comparativo de 21 mujeres de la misma edad, el mismo NSE, sin historia de psicosis o esquizofrenia, sin condiciones orgánicas, retardo mental o enfermedad terminal. Es importante señalar que ninguna participante del grupo comparativo registró, a través de un autoreporte, historia de psicopatología o abuso.

Características de la muestra clínica

Las mujeres del grupo de estudio tienen un rango de edad entre 18 y 25 años con una media de 22,3. En su mayoría son solteras, solo 2 de las 23 participantes son casadas. En relación al grado de instrucción, el 34.78% tienen estudios superiores y un 21.73 % tienen estudios técnicos. Sin embargo, el 52.17% señala estar desocupada.

¹ Todos los criterios diagnósticos fueron realizados por un médico psiquiatra del Hospital.

Metodología 15

En la Tabla 1 se puede apreciar la distribución de la muestra de acuerdo a estas variables sociodemográficas.

Tabla 1*Distribución de la muestra según grado de instrucción y ocupación*

	F	%
Grado de Instrucción		
Secundaria incompleta	3	13.04
Secundaria completa	7	30.43
Técnico	5	21.73
Superior	8	34.78
Ocupación		
Trabaja	11	47.82
Desocupada	12	52.17
<i>n=23</i>	23	100

En cuanto a las variables relacionadas al abuso físico, sexual y psicológico, casi la totalidad de la muestra señala haber sufrido abuso psicológico por alguno de sus padres (82.60 %). Un alto porcentaje (73.91%), señala haber sufrido abuso físico también por parte de alguno de sus padres y más de la mitad (56.52%) ha sido víctima de abuso sexual.

Según las variables composición familiar y conflictos familiares, la mayoría de mujeres del grupo de estudio vive con sus padres y hermanos (56.52%) y un número importante (30.43%) señala tener problemas con la madre. A continuación se presenta la Tabla 2 con la distribución de la muestra según dichas variables.

Tabla 2*Distribución de la muestra según composición familiar y conflictos familiares*

	F	%
Composición Familiar		
Padres y hermanos	13	56.52
Madre y hermanos	4	17.39
Padre y hermanos	1	4.34
Hermanos	2	8.69
Pareja	2	8.69
Madre y abuela	1	4.34
Conflictos Familiares		
Con madre	7	30.43
Con padre	4	17.30
Con ambos padres	6	26.08
Con hermanos	2	8.69
Padres y hermanos	2	8.69
No hay conflicto	2	8.69
<i>n=23</i>	23	100

En cuanto a las variables clínicas, el 39.13 % presentan comorbilidad diagnóstica de Depresión, Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y Bulimia Nerviosa (BN) y el 34.78%, comorbilidad diagnóstica de Depresión y TLP. Por otra parte, el 69.5% presentan antecedentes psicopatológicos familiares al interior del núcleo familiar. La Tabla 3 da cuenta de los datos arrojados por el grupo de estudio según este grupo de variables.

Tabla 3

Distribución de la muestra según diagnóstico y antecedentes psicopatológicos familiares

	F	%
Diagnóstico		
Depresión	6	26.08
TLP + Depresión	8	34.78
TLP + Depresión + Trastorno de la alimentación	9	39.13
Antecedentes Psicopatológicos Familiares		
Sí	16	69.5
No	7	30.43
<i>n=23</i>	23	100

Finalmente, en relación a las variables del intento suicida, para el 39.10% de mujeres del grupo de estudio el intento actual es su tercer intento suicida. Por otro lado, un 39.13% señalan como motivo del intento suicida la ruptura con la pareja y otro 39.13%, los problemas familiares. En la Tabla 4 se observa la distribución de la muestra de acuerdo a estas variables.

Tabla 4

Distribución de la muestra según número y motivo del intento suicida

	F	%
Número de Intentos		
Uno	5	21.73
Dos	5	21.73
Tres	9	39.10
Cuatro	4	17.39
Motivo		
Ruptura con pareja	9	39.13
Problemas familiares	9	39.13
Bulimia	5	21.73
<i>n=23</i>	23	

Instrumentos

A fin de cumplir con los objetivos de la investigación se utilizaron dos instrumentos:

Ficha de datos sociodemográficos

Se desarrolló una ficha de datos sociodemográficos con la finalidad de controlar y registrar la selección de la muestra. Se escogieron datos importantes para el estudio como, por ejemplo, edad, lugar de procedencia, grado de instrucción, estado civil, conformación familiar, tipo de relación con ésta, abuso sexual, físico, psicológico, motivo del intento, antecedentes psicopatológicos familiares, entre otros (ver Anexo A). Los datos recogidos en la ficha aportaron información de gran utilidad para el estudio.

Psicodiagnóstico de Rorschach

El instrumento principal utilizado en la investigación fue el Psicodiagnóstico de Rorschach, a través del cual se buscó describir la autopercepción en mujeres con intento suicida, en comparación con un grupo de mujeres sin intento suicida.

El Psicodiagnóstico de Rorschach consiste en diez láminas con manchas de tinta (negras y policromáticas) sobre un fondo blanco, frente a las cuales se aplica la consigna “¿qué podría ser esto?”, la cual brinda al sujeto la opción de responder con un campo infinito de posibilidades. Se considera una prueba psicológica que describe la estructura, la organización y el funcionamiento psicológico (Exner, 2000).

Rorschach creó esta prueba basando su trabajo en la relación entre percepción y proyección. Sostuvo que la manera en que un sujeto estructura las manchas de tinta a través de sus percepciones, indica aspectos cruciales de su funcionamiento psicológico, por lo que su valor proyectivo reside en que las manchas inestructuradas permiten al sujeto depositar aspectos de su mundo interno en ellas.

Raez (1999), señala que en el Perú, el Rorschach es la prueba proyectiva más utilizada (48%) para investigaciones clínicas. La validez y la confiabilidad del Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprensivo de Exner (SCE), ha demostrado, a través de diversas investigaciones en el Perú y en el mundo, tener una base psicométrica sólida. Estudios publicados en revistas especializadas (Acklin, McDowell, Verschell & Chan, 2000) han proporcionado evidencia empírica de una fuerte confiabilidad para la mayoría de variables del Sistema Comprensivo de Exner.

Así, el 95% de las variables son codificadas con confiabilidad “buena” (>0.6), o “excelente” ($>0.75-0.80$) entre distintos evaluadores.

En el Perú, el Rorschach se ha utilizado en investigaciones para medir diferentes constructos. La autopercepción en mujeres ha sido investigada por Fernández (2010), Brahim (2006), Delgado (2001) y Malby (1999). La agrupación de autopercepción (ver Anexo B) incluye al Índice de Egocentrismo (EGO), reflejos (Fr+rF), Vista (Sum V), Forma Dimensión (FD), Contenidos Anatómicos y Radiográficos (An+ Xy), Respuestas Mórbidas (MOR) y la Proporción de Contenidos Humanos (H: (H) + Hd + (Hd)). Además, incluye el análisis cualitativo de los contenidos de las respuestas con calidad formal distorsionada (FQ-) y Respuestas de movimiento. El Índice de Egocentrismo proporciona una estimación de la autopreocupación del sujeto. Es una medida de la conducta de atención que la persona dirige hacia sí mismo. Las respuestas de Vista y Forma Dimensión se relacionan con el proceso de autoinspección. Mientras las respuestas de Vista (V) demuestran un nivel de introspección teñido con matices de autocrítica negativa y revela con ello un signo de baja autoestima, las respuestas de Forma Dimensión (FD) representan el uso de la introspección sin añadir el tono de autocrítica negativo de las respuestas de Vista (V), permitiéndole realizar tareas de autoexamen de manera más adecuada. Los Contenidos Humanos brindan información acerca del interés del sujeto por las personas en general. Proporciona un indicio de si las ideas sobre las personas, incluida la propia, nace de vínculos reales con otras personas o si hablan de la relación con otros teniendo como base la fantasía propia. Asimismo, permite determinar la capacidad del sujeto de percibirse a sí mismo y a los demás de manera integrada. Los contenidos de anatómicos (An) y radiográficos (Xy) están relacionados con un aumento de la preocupación en torno al cuerpo, lo cual puede aportar información sobre determinadas alteraciones en la autoimagen y en las actitudes hacia uno mismo. Cuando aparece el código especial MOR, se puede suponer que la autoimagen del sujeto se ha articulado con rasgos más negativos, dañados y disfóricos de lo habitual (Exner, 2000).

Procedimiento

Primeramente, se estableció el contacto con el hospital de salud mental mediante una carta en la que se especificó el proyecto de investigación. Una vez confirmada la autorización para la realización de la investigación se procedió con la selección de la muestra según los criterios anteriormente descritos.

El siguiente paso fue reunirnos con los médicos tratantes para asegurarnos de que todas las participantes cumplieran con los criterios de inclusión y que se encontrasen en condiciones para realizar una primera entrevista y se acordó que todas debían encontrarse fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Luego, se concertó una reunión individual con cada participante en donde se le explicó la naturaleza de la investigación y se recalcó el tema de la confidencialidad. Se les explicó que no se iban a utilizar sus nombres y que la información iba a ser utilizada de forma estrictamente académica. Luego, se les preguntó si tenían alguna duda y se procedió a realizar el consentimiento informado. A continuación, se aplicó la ficha sociodemográfica. Al final de la aplicación de la ficha se concertó una nueva reunión para el día siguiente en el que se les aplicó el Psicodiagnóstico de Rorschach de manera individual. Al finalizar la aplicación, se les preguntó cómo se habían sentido con la prueba y si querían conversar de lo que ellas quisieran. Finalmente, se ofreció un espacio de escucha y se acordó que si elegían tenerlo, se buscaría un momento oportuno para reunirnos. Cabe recalcar que, en todos los casos, la investigadora se reunió con las participantes, en más de una oportunidad.

Luego de terminado el proceso de aplicación de las pruebas, se procedió a realizar la corrección de los protocolos. Con el propósito de determinar un mínimo nivel de confianza en la calificación de los datos, se seleccionaron al azar diez protocolos ya corregidos por la investigadora para ser codificados por un juez experto. Se realizó, luego, la revisión y corrección de todos los protocolos tomando en cuenta las observaciones que se realizaron con la finalidad de mejorar la calificación de los mismos.

Posteriormente, se realizó el análisis estadístico de los resultados obtenidos por el grupo de estudio, en contraste con los del grupo comparativo. Se utilizó la U de Mann Whitney en el caso de las variables continuas y el Chi cuadrado para las variables nominales. Se utilizaron estadísticos descriptivos para obtener información sobre las medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes de los indicadores de interés para ambos grupos.

Luego, para responder a los objetivos específicos, se efectuó el análisis de Kruskal-Wallis, el cual comparó los puntajes al interior del grupo de estudio de acuerdo al diagnóstico de la muestra y al número de intentos suicidas. Asimismo, como las pruebas no paramétricas son sensibles al tamaño de la muestra (con muestras pequeñas pierden la capacidad de detectar diferencias aún cuando éstas

existan), se decidió buscar indicios de diferencia utilizando también el índice d de Cohen que es independiente al tamaño de la muestra. Prestamos, entonces, atención a las categorías que difieren del promedio global en una cantidad “grande” o “mediana” según Cohen, viendo cuánto sentido psicológico tiene la diferencia detectada. Cabe recalcar, entonces, que esta parte de la exploración de diferencias es estrictamente descriptiva. Además, se realizó el análisis de ciertas combinaciones de variables en las respuestas de los protocolos Rorschach ya que se observó cierta tendencia que nos ayuda a profundizar en el análisis de la investigación y a integrar mejor los resultados obtenidos.



CAPÍTULO III

Resultados

En primer lugar, se presentan los resultados de los indicadores estructurales número de respuestas (R) y Lambda (L). Luego, se presentan los datos obtenidos en el cluster de Autopercepción, la proporción de Representaciones Humanas (GHR:PHR), la de actividad, pasividad (a:p) y la variable PER del cluster Relaciones interpersonales, las cuales muestran diferencias altamente significativas entre los grupos. Finalmente, se presentan varios indicadores asociados al pensamiento debido a que, además de presentar diferencias altamente significativas entre los grupos, éstos resultan fundamentales para analizar y comprender de una manera integrada la percepción que el grupo de mujeres con intento suicida tiene acerca de sí mismas.

Todos los resultados se analizan comparándolos con un grupo de mujeres sin historia de intento suicida.

Para profundizar en el análisis de los resultados cuantitativos, se incluyen un conjunto de viñetas de respuestas representativas dadas por las mujeres del grupo de estudio.

Posteriormente, se presentan los resultados que responden a los objetivos específicos diagnóstico y número de intentos suicidas.

Los resultados están agrupados en tablas en donde se consignan el valor de la media (M) y la desviación estándar (DE) de cada variable. Asimismo, se muestra el nivel de significación arrojado por la prueba no paramétrica U de Mann Whitney (U) y el valor obtenido con el criterio de diferencia de Cohen (*d*).

Indicadores Estructurales del Rorschach

En primer lugar, las variables estructurales del Rorschach número de respuestas (R), Lambda (L) no presentan diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, se ha considerado importante mencionarlas debido a que ayudan a integrar mejor la información que compete al presente estudio. A nivel descriptivo y en

relación al número de respuestas (R), el grupo de estudio muestra una media menor a la del grupo comparación. Cabe resaltar que en el estudio que Raez (2007) realizó con población peruana, la media obtenida fue de ($X = 21.73$). Es decir, ambos grupos se encuentran por debajo del valor esperado por Raez (2007), aunque el grupo de estudio da menos respuestas.

También a nivel descriptivo y en relación al Lambda (L) - proporción de respuestas de Forma pura en un protocolo- se observa una media muy parecida entre ambos grupos. Ambos presentan un Lambda sobresimplificador ($L > 0.99$), lo cual evidencia un estilo más defensivo frente a situaciones complejas. Según Exner (2001), dado que en ambos grupos se obtiene una media para el (R) mayor a 17, el (L) alto no estaría revelando una defensividad situacional, sino más bien, un estilo evitativo característico del funcionamiento habitual de dichas mujeres.

Podemos observar los resultados anteriormente mencionados en la Tabla 5:

	Grupo				
	Estudio ^a		Comparativo ^b		
	ME	DE	ME	DE	U
R	18.70	5.94	20.67	6.22	183.00
Lambda	1.16	1.11	1.14	0.80	227.50

^a $n=23$

^b $n=21$

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Indicadores del Cluster de Autopercepción

Con respecto a la agrupación de Autopercepción, las respuestas Mórbidas (MOR) y el determinante Forma Dimensión (FD) alcanzan una diferencia altamente significativa entre los grupos. Ambas variables muestran a su vez una diferencia grande según la d de Cohen.

En cuanto a las respuestas MOR, la media para el grupo de estudio es bastante mayor a la del grupo comparativo y también al promedio de Exner (2000) ($X = 0.92$). Dentro del grupo de estudio, el 17.3% de las mujeres dieron $MOR > 3$, mientras que en el grupo comparativo no se presentó ningún caso con estos valores. Cabe destacar que $MOR > 3$ es una de las 8 condiciones de la constelación de suicidio. Así, se estaría revelando en el grupo de estudio, una fuerte tendencia a tener una autoimagen caracterizada por rasgos más negativos, dañados y disfóricos de lo habitual.

Además de las diferencias cuantitativas, también se observan diferencias en la calidad de las respuestas MOR entre ambos grupos. La siguiente viñeta da cuenta de ello:

Lámina	Fase de respuesta	Encuesta
III	Dos personas... y en el medio dos corazones, son dos mujeres. Ambas mujeres son algo oscuras, son malas, por eso son oscuras y el corazón está afuera, vacío, se sienten solas. Nada más. (D9+D3).	Tiene la forma de la mujer, de sus tacos y de corazones. Son malas por el color negro y están vacías porque el corazón está fuera de sus cuerpos. Esto, (señala) tiene forma de corazón. Se sienten solas, se ve por el color.

En esta respuesta vemos la presencia de la variable (MOR) asociada a sentimientos de vacío, soledad y maldad. Cabe señalar, que a pesar de ser ésta una respuesta con contenido humano, tiene una calidad formal distorsionada (FQ-), con lo cual se trataría de una representación humana distorsionada. Así como esta participante, dieciséis mujeres del grupo de estudio (70 %) presentan la variable MOR asociada a un contenido humano con una Calidad Formal menos (FQ-). Asimismo, los contenidos MOR, con (FQ -) vienen también en un 70 % asociados a determinantes de color y/o a determinantes de movimiento animal pasivo (FMp), con lo cual se evidencia, por una parte, el desajuste cognitivo que presentan las mujeres del grupo de estudio frente a estímulos afectivos y, por otra, la pasividad que muestran frente a su entorno. Por otra parte, los adjetivos que más se repiten en las respuestas MOR son “vacío”, “feo”, “deforme”, “mal dibujado”, “incompleto”, “roto”, “partido” y “muerto”.

Otra variable que debe estudiarse como parte del cluster de Autopercepción es el determinante Forma Dimensión (FD). Tal como se observa en la Tabla 6, las diferencias entre los grupos son altamente significativas, siendo la media del grupo de estudio menor a la del grupo comparativo, así como también al valor de la media de Exner (2000) ($X = 1.33$), y al de Raez (2007) ($X = 1.21$). Se puede decir, entonces, que las mujeres con intento suicida reflejan una pobre capacidad de introspección, de toma de distancia del entorno y de realizar tareas de autoexamen de manera positiva.

	Grupo				
	Estudio ^a		Comparativo ^b		
	M	DE	M	DE	U
Fr+rF	0.22	0.67	0.43	0.68	194.00
(MOR)	1.91	1.65	0.19	0.51	74.50**
FD	0.43	0.66	1.24	1.34	148.50**
An + Xy	1.22	1.35	1.29	1.59	228.00
SumV	0.13	0.34	0.33	0.58	214.00
Ind. Ego	0.37	0.16	0.40	0.17	206.00

^a n= 23^b n= 21

**p<0,01

* p<0,05

En relación a la sumatoria de Sombreado Vista (Sum V) - variable relacionada al proceso introspectivo con autocrítica negativa- la mayoría de mujeres, tanto del grupo de estudio (87%), como del grupo de comparación (71.4 %), presentan V = 0, obteniendo así, valores menores a los obtenidos por Raez (X = 0.33). Ya que las mujeres del grupo de estudio también presentan una FD disminuida, se estaría reflejando una incapacidad para mirarse y autocriticarse.

La suma de respuestas de contenidos anatómicos (An) y radiográficos (Xy) no presenta diferencias entre los grupos. Existen, sin embargo, diferencias en la calidad de las respuestas dadas por ambos grupos. Todas las respuestas de contenidos anatómicos (An) y radiográficos (Xy) dadas por el grupo de estudio se encuentran acompañadas de (FQ-) y, en un alto porcentaje (70%), están asociadas a respuestas MOR y a códigos especiales, con lo cual se evidencia en este grupo de mujeres, distorsiones cognitivas y percepciones negativas en relación al cuerpo. En la siguiente viñeta se puede observar, por ejemplo, la respuesta de contenido anatómicos (An) y radiográficos (Xy) acompañada de una (FQ-). Además del desajuste cognitivo, la respuesta da cuenta de una sensación de enfermedad y deformidad asociada a la variable (MOR).

Lámina
III

Fase de respuesta
Esto es como un esqueleto humano
ramificado en dos.

Encuesta

Dos esqueletos humanos por la
forma de sus cuerpos flacos y
deformes, por esto, la parte del
pecho como si tuviesen un tumor.
Lo que tiene sobresalido. Porque
aquí (señala) el esqueleto no puede
tener un huesazo que sobresale...
por su forma.

Con respecto al grupo comparativo, no se encuentran respuestas anatómicas (An) y radiográficas (Xy) asociadas a (FQ-), códigos especiales o respuestas (MOR).

Como parte del cluster de autopercepción, el siguiente paso es estudiar la relación entre contenido H y la suma de los otros contenidos humanos. Como se puede observar en la Tabla 7, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos. La mayoría de mujeres en ambos grupos presentan menos contenidos humanos que la suma de los demás contenidos. Lo esperable, según Exner (2000), es una proporción de $H > (H) + Hd + (Hd)$, lo cual indicaría una imagen del sí mismo basada en identificaciones con personas reales y completas. Sin embargo, los datos obtenidos revelan inmadurez en el establecimiento de sus relaciones interpersonales ya que existe una tendencia a basar su sí mismo en identificaciones parciales y fantasiosas.

Tabla 7

Relación de contenidos humanos para ambos grupos

Variable	Grupo				Chi cuadrado	
	Estudio ^a		Comparativo ^b			
	F	%	F	%		
H > (H) + Hd + (Hd)	9	39.1	8	38.1	2,333	NS
H < (H) + Hd + (Hd)	14	60.9	11	52.4		
SumH < 3	0	0	2	9.5		

^{NS} No significativo

Se consideró importante, analizar cada contenido humano de forma independiente de manera que se tenga una visión más completa de cómo las mujeres del grupo de estudio se perciben a ellas mismas y a los demás. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos para ningún contenido humano H, (H), Hd y (Hd). Tampoco se hallaron diferencias significativas al comparar con Exner (2000), o Raéz (2007). Sin embargo, cabe destacar que en el grupo de estudio, y en relación al contenido H pura, éste es acompañado en un alto porcentaje (69.9 %) por códigos especiales. Esto evidencia que las representaciones del sí mismo y de los demás se encuentran distorsionadas. Por su parte, en el grupo comparativo no se halló ninguna respuesta de este tipo.

De igual manera se encuentran diferencias entre los grupos en la calidad de las respuestas en relación a los contenidos para humano (H). La viñeta que se presenta a continuación ejemplifica esta idea:

Lámina	Fase de respuesta	Encuesta
X	Veo ángeles que caen, dos ángeles bebés. (D2+D10)	Ángeles, bebés de color naranja y de amarillo, los dos cayendo, pidiendo auxilio. El verde se lo quiere llevar parece algo con cachos. Por lo pintado parece pidiendo auxilio. Lo verde está enojado por la mirada de los ojos... el verde oscuro.

En el ejemplo anterior podemos observar un contenido (H) asociado a una imagen religiosa e infantil que muestra rasgos de indefensión frente a un objeto que se considera amenazador y capaz de destruirlo. Es importante subrayar, que casi la totalidad de respuestas (H) dadas por las participantes del grupo de estudio (87%) se tratan de objetos poderosos y amenazantes. Así como en esta respuesta en donde “el verde se lo quiere llevar”, hay respuestas similares como “un monstruo bien aterrador”, “algo que inspira terror, quiere hacerte daño (...) busca llenarse” o “un monstruo gigante con alas”, las cuales siempre están acompañadas de una FQ-. Con respecto al grupo de comparación, las respuestas (H), no se encuentran asociadas ni a códigos especiales, ni a FQ-, ni son cualitativamente objetos poderosos y amenazantes.

El último contenido que revisaremos, el Hx – manejo tan intelectualizado de la autoimagen y/o valía de la persona que puede llegar a ignorar la realidad- muestra una diferencia altamente significativa entre los grupos y una magnitud de la diferencia grande según la *d* de Cohen. Según señala Exner (2000), este tipo de contenido humano es poco frecuente y, por ende, muy significativo cuando aparece. Mientras el grupo de mujeres con intento suicida obtuvo una media de ($X = 1.22$), el grupo de comparación obtuvo una media de ($X = 0.38$). De esta forma, las mujeres del grupo de estudio muestran una fuerte tendencia a manejar de manera sumamente intelectualizada su imagen y autoestima llegando a distorsionarla.

Cualitativamente, se observa una tendencia en las respuestas Hx del grupo de estudio a mostrar sentimientos asociados al miedo y al vacío. La siguiente viñeta ejemplifica lo señalado:

Lámina	Fase de respuesta	Encuesta
IX	Una mariposa.	Por el color amarillo, verde, rosado... este es el cuerpito, delgadito, su cuerpo (señala D5) Tiene dos ojitos (señala Dd S23). En lo vacío, y dos alitas incompletas faltar rellenar bonito. Es feo porque tiene huecos y está con miedo... está temerosa por los ojos vacíos, asustados, no hay puntito negro.

En el ejemplo anterior podemos ver cómo el animal muestra un cuerpo frágil, feo y se encuentra atemorizado. Así como esta respuesta, también encontramos respuestas como “una puerta cerrada de miedo”, “una calabaza muy tenebrosa, me da miedo”, o “el mar, bastantes animales (...) me da miedo porque está mal dibujado”.

A pesar de que las respuestas relacionadas al miedo o al vacío son la mayoría (87%), también encontramos respuestas como “Amor... personas luchando por amor (...), pero hay personas que no quieren que se amen más, de repente esa persona le hizo algún daño”, “calaveras de hipopótamos, felices, mirándose frente a frente de un ángel”, “dos personas llenas de amor, luchando por amor” o “dos personas dentro de un abismo, con mucha rivalidad”. Como se puede observar, los sentimientos expresados muestran una carga fuerte de conflicto emocional, cognitivo y relacional que es de suponerse, se asocian negativamente a la autoimagen y a las representaciones que se tiene de las demás personas. Los indicadores del cluster de *Relaciones Interpersonales* nos darán más luces acerca de lo señalado.

Indicadores del cluster de Relaciones Interpersonales

En primer lugar, en cuanto a la proporción de las variables de representación humana (GHR: PHR) - la cual compara las Buenas representaciones humanas (adaptadas y positivas) con las Pobres (negativas y desajustadas), se observan diferencias altamente significativas entre los grupos. Así, el 60.9 % del grupo de estudio tiene una proporción de $GHR < PHR$. Además de que el grupo de mujeres con intento suicida tiene representaciones humanas pobres, negativas, desajustadas y poco integradas, según Sendin (2007) “un claro predominio del PHR señala que los constructos del sujeto acerca de sí mismo y de los que le rodean son escasamente realistas y contienen excesivos sesgos personales, lo cual se convierte en un

importante indicador de alteraciones en la autoimagen, en las representaciones mentales sobre los demás y en las conceptualizaciones acerca de los vínculos” (p.218). Como veremos a continuación, las diferencias también se dan en la calidad de las respuestas. El grupo de estudio presenta respuestas PHR como “dos fetos sorbiendo algo”, “una persona que quiere ser libre pero hay algo que le está atando las manos”, “dos personas que caen pero algo las coge, un monstruo (...) están colgando, están siendo castigadas”, “un monstruo con su vacío y las manos llenas de sangre” o “piernas de un monstruo peludo y maltratado (...) da miedo”. Nuevamente, estamos frente a respuestas en donde los objetos dominan, amenazan o dañan la integridad personal.

Tabla 8

Distribución de variables GHR y PHR

Variable	Grupo				Chi cuadrado
	Estudio ^a		Comparativo ^b		
	F	%	F	%	
GHR > PHR	9	39.1	17	81	7,943**
GHR < PHR	14	60.9	4	19	

**p<0,01

Por su parte, las respuestas personales (PER) – forma de reaseguramiento personal- también presentan una diferencia altamente significativa entre los grupos, siendo la media para el grupo de estudio ($X = 0.83$) y para el grupo de comparación ($X = 0.05$). El grupo de mujeres con intento suicida presenta una mayor necesidad de protegerse de un supuesto cuestionamiento.

Por otro lado, tal como se observa en la Tabla 9 en relación a la proporción a:p - posición activa o pasiva que toman las personas en sus relaciones con los otros- existen diferencias altamente significativas entre los grupos. La mayoría de las mujeres del grupo de estudio, el 78. 3% presenta una proporción de $p > a+1$. Es decir, tienden a evitar un rol activo en la relación interpersonal, así como también existe en ellas una tendencia a refugiarse en la fantasía para satisfacer sus necesidades.

Tabla 9

Relación entre las variables a y p

Variable	Grupo				Chi cuadrado
	Estudio ^a		Comparativo ^b		
	F	%	F	%	
P < a+1	5	21.7	14	66.7	9,031**
p > a +1	18	78.3	7	33.3	

**p<0,01

Indicadores relevantes de los clusters de mediación e ideación

A continuación se presentarán algunas de las variables de los clusters de mediación e ideación que, como se puede apreciar en la Tabla 10 presentan diferencias significativas y altamente significativas entre los grupos.

Para comenzar, revisaremos el Índice de Trastorno de Percepción-Pensamiento (PTI)- indicador del grado de distorsión en los procesos de mediación e ideación- para el cual la media del grupo de estudio es bastante mayor a la del grupo de comparación. Así, un 30.3% (7 casos) del grupo de estudio tienen un PTI mayor a 2, mientras que en el grupo de comparación solo se reporta un caso (4.8%). Cabe destacar que para Raez (2007), la media es de ($X = 0.48$). De esta forma, se pueden observar problemas cognitivos en el grupo de estudio que pueden estar perturbando la personalidad de dichas mujeres.

Para entender mejor el PTI se analizarán las variables asociadas a este índice. Primero, revisaremos las variables del cluster de mediación que tiene que ver con la traducción de la información o grado de adaptabilidad y convencionalidad de las respuestas del sujeto.

En cuanto a la variable WDA% - porcentaje de respuestas de forma adecuada dadas en las áreas W y D - la media para el grupo de estudio se encuentra por debajo de la media del grupo de comparación. Cabe destacar que la media para Raez es de ($X = 0.84$). Respecto a la variable Forma Convencional ($X + \%$) - proporción de respuestas ordinarias (o) del protocolo- la media del grupo de estudio también es menor a la del grupo de comparación y a lo obtenido por Raez ($X = 0.52$). Es decir, el grupo de estudio muestra un nivel moderado de disfunción en el proceso de mediación.

Es importante señalar que, si bien la variable Forma Distorsionada ($X - \%$) no presenta diferencias significativas entre los grupos, descriptivamente la d de Cohen presenta una diferencia mediana con lo cual se evidenciaría cierta tendencia en el grupo de estudio a presentar aumentada dicha variable.

Finalmente, analizaremos las variables asociadas al cluster de ideación que tiene que ver con el modo en que se conceptualizan y se utilizan las traducciones realizadas en la mediación.

En relación a la variable de movimiento humano con calidad formal distorsionada (M-) -respuesta de movimiento inapropiada relacionada con la perturbación del pensamiento- la media para el grupo de estudio es mayor a la del grupo comparativo y mayor también a los resultados obtenidos por Exner ($X = 0.17$). La aparición de más de una respuesta M- es extremadamente infrecuente y da cuenta de dificultades en el pensamiento del sujeto; más de dos darían casi la certeza de que el pensamiento sufre desorientación o posee rasgos psicóticos (Sendín, 2007). Entonces, es importante subrayar que no se reportan casos en el grupo de comparación con valores de M- $>$ o igual a 2, mientras que en el grupo de estudio existen cuatro casos que alcanzan estos valores. Con lo cual, se observa una tendencia en estas mujeres a presentar cierto nivel de desajuste cognitivo que guarda relación con la disminución de la claridad en la conceptualización. Se requiere analizar las demás variables para poder establecer qué tipo de desajuste cognitivo se observa.

En cuanto a la variable Sum6, la media de la Suma bruta de los 6 primeros códigos especiales se muestra más elevada en el grupo de estudio que en el grupo comparativo. Asimismo, la Suma Ponderada de los 6 primeros Códigos especiales (WSum6) también muestra una media más elevada en el grupo de estudio, que en el grupo comparativo. Si, además la comparamos con las medias obtenidas por Raez (2007) ($X = 5.90$), podemos decir, que existe una tendencia en las mujeres con intento suicida a presentar desajustes cognitivos. Ahora bien, para diferenciar en qué grado y cómo se presentan este tipo de desajustes se analizarán los códigos especiales por separado. La valoración cualitativa de estos códigos se da a través de la clasificación de cada uno de ellos en Nivel 1 o Nivel 2, según el grado de alejamiento de la realidad que se observen en los contenidos. Así, la variable Lvl-2 da cuenta de aquellos códigos especiales que se encuentren en un nivel de alejamiento de la realidad mayor. Dichos contenidos constituyen una representación más directa de las dificultades conceptuales e ideacionales del sujeto. De esta forma, se observan diferencias altamente significativas entre los grupos, siendo la media para el grupo de estudio mayor a la del grupo de comparación. Más aún, en el grupo de comparación no se reportan casos en este nivel.

Empezaremos por la variable que compromete menos el pensamiento ideacional, para luego ir avanzando en el análisis de los códigos que implican un mayor desajuste conceptual. En cuanto al código DV1- breves momentos de desajuste cognitivos observados en la distorsión del lenguaje- el grupo de estudio muestra una media mayor a la del grupo comparativo, lo cual estaría indicando que las mujeres de nuestro grupo presentan un empleo distorsionado de la verbalización que disminuye la claridad y precisión comunicacional del sujeto. La variable DR1- falta de control en la impulsividad ideativa- por su parte, también muestra peculiaridades en la expresión del sujeto, pero con matices más graves que en las DV1. Las mujeres del grupo de estudio, presentan una media mayor a la del grupo de comparación. Más aún, si se observa los resultados presentados en la Tabla 10, no se registra ningún caso en el grupo comparativo con DR1. En el estudio de Raez (2007), la media para este código Especial es de ($X = 0.51$). Es decir, las mujeres del grupo de estudio reflejan una pobre capacidad de juicio y una baja capacidad de control ideacional y un impedimento para permanecer concentradas. Con respecto al Código especial FABCOM2- respuestas bizarras que nos hablan de una perturbación significativa en la conceptualización debido a un fallo en el proceso de análisis y síntesis- el grupo de estudio presenta una media de ($X = 0.61$), mientras que el grupo comparativo no

presenta ningún caso para este indicador. En el grupo de mujeres con intento suicida, un 34.8% presenta FABCOM2>0 y un 26.1% presenta FABCOM2 = 2. Cabe recalcar que Incluso la presencia de 1 implica un problema de pensamiento serio e indica que la prueba de realidad pelagra por la presencia de una distorsión conceptual significativa. La siguiente viñeta da cuenta de ello:

Lámina	Fase de respuesta	Encuesta
VIII	Así, me da la impresión de un monstruo con su vacío. Un monstruo parado con sus brazos llenos de sangre.	Con un pico o boca de pollo inmenso, con dos ojos, con una cresta filuda (D6). Sentado y de espaldas, con un pico y con una cresta que tiene forma y color. Vacío por lo incompleto, como los anteriores... que ya se comió un ser humano porque se trasluce la sangre. ¿Qué hay que te hace pensar en sangre? Por lo rojo. Estos son sus ojos, sus brazos, por la posición y una cresta filuda... está cortante como si fuese una lata mal cortada.

Así como la respuesta anterior otras respuestas FABCOM2 dadas por el grupo de estudio fueron “Dos cuyes dándoles cabezazos a unas niñitas”, “Dos niños que se están mirando con las manos atrás y hay una mancha negra que los separa” o “Monstruos haciendo un ritual, el corazón y los pulmones de una persona (...) han dejado solo eso”.

En cuanto al Código especial ALOG1- formas de razonamiento forzado y relaciones de causalidad erróneas- el grupo de estudio presenta una media de (X = 0.48), mientras que el grupo de comparación no presenta ningún caso para esta variable. De esta forma, se evidencia en el grupo de estudio una lógica y capacidad de juicio deterioradas.

Aquí, una viñeta para ejemplificar lo señalado:

Lámina	Fase de respuesta	Encuesta
X	Y así (voltea la lámina) veo dos bichos enfrentándose, detrás de ellos hay como un monumento o algo así. Estos de aquí deben ser sus soldados que llevan en las manos algo que puede ser armas y originar el derramamiento de sangre (...)	Tienen la misma esencia, es lo naranja, el color. La misma esencia porque son bichos, por su forma, antenas y colas (...)

Finalmente, el índice de Intellectualización 2AB+ (Art+Ay) -empleo del pensamiento con fines defensivos que reduce la intensidad de las emociones al manejarlas con racionalizaciones- muestra una media mayor en el grupo de estudio en contraste con la del grupo comparación y con los resultados de Ruez (2007) ($x = 1.76$). Estos hallazgos muestran que las mujeres del grupo de estudio no solo racionalizan para reducir el impacto de las emociones, sino que el uso de dicho mecanismo estaría distorsionando significativamente el campo estimular.

A continuación, a fin de responder a los objetivos específicos planteados para el presente estudio, se realizaron los análisis de las variables Rorschach de acuerdo a las variables diagnóstico clínico y número de intentos suicida. Se efectuó el análisis con la prueba Kruskal-Wallis para comparar los puntajes al interior del grupo de estudio. No se encontraron diferencias significativas en relación a ninguna de las dos variables. Tampoco se hallaron diferencias a nivel descriptivo según la d de Cohen.



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Este capítulo presenta la discusión de los resultados obtenidos en la investigación de forma que se pueda tener una mayor comprensión sobre cómo se presenta la autopercepción en las mujeres con intento suicida de nuestra muestra. Consideramos que las reflexiones planteadas, así como las que se puedan derivar de ellas, además de enriquecer la comprensión del fenómeno suicida, pueden servir como punto de partida para la creación de políticas públicas de salud que hagan hincapié en la prevención y en líneas de abordaje terapéutico pertinentes y oportunas para la población en cuestión.

Como recordaremos, la muestra consta de 23 mujeres con intento suicida, por tanto, los resultados nos permiten generar hipótesis sobre características de personalidad de la muestra, las cuales no se pueden generalizar a toda la población de mujeres con intento suicida de nuestro medio.

Siendo el suicidio, en gran medida, un fenómeno ambiental, subrayamos, la necesidad de comprender el entorno en el que viven estas mujeres de modo que se tenga un mejor conocimiento de la problemática. Tener claro las características socioambientales del grupo de estudio permite dar sentido a las experiencias vividas y enmarcar su mundo interno (Raez, comunicación personal, marzo, 2010).

Todas las mujeres del grupo de estudio provienen de entornos pobres, de un nivel socioeconómico bajo. Entornos en donde los niños crecen y se socializan con deficiencias en la alimentación, acceso a la educación, a los servicios básicos y a las condiciones de su vivienda, entre otros (Roca Rey, 2003). Asimismo, este grupo de personas se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad que el resto de la población debido, en gran medida, a la exclusión social y a la falta de medios para resolver sus problemas.

En relación a la dinámica familiar, debido a que las familias de bajos recursos deben concentrarse en sobrevivir, dejan de lado, en la mayoría de los casos, el soporte afectivo de los padres para con sus hijos. La dinámica familiar suele ser

disfuncional y desorganizada. Así, casi la totalidad de la muestra refiere tener problemas serios con sus padres y casi la mitad de ésta ha dado como motivo del intento suicida el haber tenido problemas con alguno de sus ellos.

Otro ejemplo de la situación de vulnerabilidad en la que vive esta población es el hecho de haber sido víctima de violencia. También, casi la totalidad de la muestra refiere haber experimentado constantemente abuso físico y/o psicológico por parte de alguno de sus padres y un porcentaje importante (56.52%) de la muestra ha sido víctima de abuso sexual. Es, pues, necesario reflexionar en torno a cómo esta calidad de vida afecta el psiquismo del grupo de mujeres de nuestra muestra.

Teniendo claro las características del grupo de estudio que nos permiten entender mejor los resultados obtenidos, empezaremos por mostrar la discusión alrededor de los resultados arrojados por el Psicodiagnóstico de Rorschach para el grupo de mujeres con intento suicida en contraste con los resultados obtenidos para el grupo comparativo.

En relación a las características estructurales y a las variables R y L, en particular, se halló que tanto el grupo de estudio como el comparativo presentaban una tendencia a sobresimplificar el campo estimular, revelando un estilo evitativo (EB). Creemos que, al igual que en otros estudios, el (EB) evitativo puede tener que ver con un nivel socioeconómico bajo en donde las carencias tanto materiales como afectivas parecen truncar la posibilidad de desarrollar habilidades que permitan aproximarse al mundo de forma abierta y procesar la información sin ignorar lo complejo u ambiguo (Brahim, 2006; Florián, 2006; Jacoby, 2009 y Lecca, 2009).

El (EB) evitativo como característica de personalidad pareciera también estar relacionado específicamente con la población de pacientes con intento suicida (Solis, 2007). Dichos patrones de respuesta pueden ser difíciles de cambiar si es que las personas no muestran flexibilidad en su relación con el medio. Es importante que exista la posibilidad de experimentar nuevas situaciones y valerse de ellas para buscar alternativas de acción a los problemas. Sin embargo, justamente las personas con intento suicida se muestran rígidas en su manera de percibirse tanto a ellos mismos como a su entorno, en general. Poseen una percepción constreñida del mundo que, sobretudo en situaciones de estrés, afecta tanto sus pensamientos como sus emociones, dificultando la búsqueda de caminos alternos al intento suicida. Así, se quedan estancados en el problema sintiéndose sobrepasados por la ansiedad que les genera el no tener control de la situación (Freemann & Reinecke, 1995.; Torres, 1983).

Sin embargo, los datos arrojados en relación a la variable de SumY- asociada con la sensación de desvalimiento o incapacidad frente a una situación en particular- nos muestran que las mujeres del grupo de estudio no registran ansiedad o malestar situacional mayor al esperado por la situación test. Tampoco presentan un número mayor de respuestas de movimiento inanimado (m). Como señalamos anteriormente, llama la atención ya que se trata de mujeres que han intentado quitarse la vida hace no más de una semana atrás. Cabe destacar que tampoco se encuentran datos saltantes alrededor de ninguna variable de sombreado con excepción de la variable FD. En el estudio de Torres (1983) los valores de sombreados y m también se ven disminuidos. A partir de estos resultados nos planteamos tres hipótesis.

La primera hipótesis y por la que nos inclinamos más es que las mujeres del grupo de estudio son “malos usuarios de la angustia-señal, rápidamente pasan de esta emoción a la propia de la angustia automática, el terror” (Lutenberg, 2007, p.p 13); y, por consiguiente, al acting-out por la incapacidad del yo de mantener su equilibrio. De esta forma, creemos que tienden a no registrar esta fragilidad psíquica ya que habitualmente abortan cualquier indicio de angustia - señal y por ello son incapaces de registrar y evaluar de manera crítica sus necesidades y lo que les ocurre en vida cotidiana (Lutenberg, 2007). Esta hipótesis se fortalece si tomamos en cuenta que el grupo de estudio no demuestra capacidad de introspección, con lo cual, parecen no darse cuenta de la difícil situación por la que están atravesando.

La segunda hipótesis que se propone es el tamaño reducido de la muestra, que no permitiría la aparición de diferencias entre los grupos aunque éstas existan (error de tipo II).

La tercera, es que aunque las mujeres hayan registrado ansiedad situacional puede que ésta no se haya evidenciado debido a que se encontraban medicadas en el momento de la evaluación, debilitándose por ello la sensación de angustia. Cabe destacar, sin embargo, que a pesar de la medicación (mezcla de antidepresivos y ansiolíticos²) todas las participantes se encontraban lúcidas y en capacidad de realizar la prueba.

Por otra parte, en relación al cluster de autopercepción y a los datos arrojados para la variable FD, éstos muestran diferencias altamente significativas entre los grupos, siendo el grupo de estudio aquel que no muestra una mirada introspectiva.

² El tipo de antidepresivo y ansiolítico, así como la dosis asignada variaba según la participante y el médico tratante encargado.

Estos datos, como mencionamos anteriormente, fortalecen nuestra hipótesis acerca de la falta de registro en la vida cotidiana de estas mujeres.

Al guardar el autoconocimiento, una estrecha relación con una autoestima alta y con la construcción de una identidad personal sólida y articulada (Baumeister, 1997), creemos que las mujeres del grupo de estudio, se encuentran permanentemente en situaciones que no saben enfrentar debido, en gran medida, a la inseguridad que presentan por no conocerse a sí mismas, ni las causas o consecuencias de sus sentimientos, pensamientos y acciones. Creemos que cualquier decisión que toma un individuo requiere, en primer lugar, una autoobservación y que si ésta no se lleva a cabo las conductas que se manifiesten tendrán que ver más bien con la impulsividad del sujeto.

Ahora bien, la falta de una mirada autodirigida también se evidencia en la ausencia de FV. Es decir, tampoco se presenta una mirada del sí mismo negativa, autocrítica, de modo que al no existir una mirada introspectiva, el pronóstico para este grupo de mujeres no es del todo favorable. Esto, debido a que la autoobservación es necesaria para aprender a reconocer los pensamientos disfuncionales y luego desarrollar formas de control sobre los pensamientos autodestructivos (Freemann & Reinecke, 1995).

Con respecto a las respuestas MOR, éstas alcanzan una diferencia altamente significativa entre los grupos, siendo el grupo de estudio aquel que muestra una imagen del sí mismo bastante más desvalorizada y vulnerable de lo habitual. Esta forma de representarse a sí mismas, genera también en ellas una visión depresiva y pesimista del entorno. Cabe destacar que los valores elevados de la variable MOR son también un hallazgo importante en la investigación de Torres (1983) y son uno de los índices de la Constelación de Suicidio del Psicodiagnóstico de Rorschach. Asimismo, en un estudio realizado por Passalacqua (1997), sobre suicidio y Rorschach realizado para detectar el potencial suicida, en el que elabora los "índices de suicidio en el test de Rorschach", MOR alto forma parte de dicho índice. De esta forma, creemos que cuando se observa un número elevado de respuestas MOR se debe tomar en cuenta como un signo de posible riesgo suicida.

Por otra parte, debido a las características del entorno de las mujeres del grupo de estudio con carencias tanto materiales como afectivas, disfunción familiar y diferentes formas de maltrato, no sorprenden los sentimientos de desesperanza, vacío, daño y miedo hallados en las respuestas MOR. Justamente Garma (1980), enfatiza en que la desesperanza, la sensación de vacío y la soledad, son los afectos más

frecuentes entre los pacientes suicidas. Creemos que estas mujeres entran en contacto con sentimientos que les producen mucha angustia y que no saben de dónde provienen. Se sienten abandonadas en medio de este escenario que las aterroriza y su desesperanza crece al sentir que ni ellas, ni los otros pueden ayudarlas a salir de esta situación. Según Schneidman (1993) la desesperanza aguda nace de un vínculo afectivo inseguro y puede ir acompañado por la creencia tácita de que no se puede confiar en los demás. Esta creencia impide el desarrollo de la capacidad para establecer relaciones estables y confiables y, las siguientes experiencias de pérdida, rechazo o abandono sirven como prueba corroborativa para la consolidación del sistema de pensamientos depresivos. Así, en el estudio de Torres (1983) se planteó que el riesgo suicida surgía desde la desesperanza y que la ansiedad desorganizaba el pensamiento, las emociones y la conducta dando como resultado el acting out.

Cabe destacar que, en la mayoría de los casos del grupo de estudio, las respuestas MOR, se encuentran acompañadas de calidad formal distorsionada (FQ-) y determinantes de color. Este hallazgo estaría revelando la incapacidad para responder adaptativamente a la información emocional del medio ya que al entrar en contacto con sus afectos, tienden a distorsionar su autoimagen y la realidad de forma negativa.

Por otra parte, la mayoría de respuestas MOR se encuentran acompañadas del determinante FMp, con lo cual se confirma la pasividad, la falta de control percibido y el grado de indefensión frente a aquello negativo que les acontece. Por su parte, en el grupo comparativo, no encontramos respuesta de este tipo.

En relación a la proporción entre los contenidos H pura y la suma de los otros contenidos humanos, la mayoría de las mujeres en ambos grupos dan más representaciones del sí mismo y de los otros basadas en identificaciones parciales y fantasiosas, lo cual evidencia una conducta y un desarrollo psíquico inmaduro (Sendín, 2007). Creemos que esta tendencia podría estar relacionada con los entornos en donde se han desarrollado ambos grupos de mujeres. Como señalamos anteriormente, al concentrar la familia sus esfuerzos en sobrevivir, muchas veces, existe poco espacio para la comunicación entre los padres y los hijos, formándose vínculos distantes que no permiten que se estructuren representaciones completas, integradas y basadas en la experiencia. Es decir, a partir de dicho entorno, con hogares carentes de afecto, cohesión y pertenencia es que se establece una visión empobrecida del sí mismo y de los otros.

Es fundamental reflexionar acerca de la importancia del otro en la formación de las representaciones que se tiene de uno mismo y de los demás en la medida en que

éstas se construyen siempre dentro de una relación (Kaplan, 1991). Las mujeres del grupo de estudio no han tenido cuidadores que acompañen y den sentido a las experiencias; más aún, la gran mayoría de mujeres ha sufrido maltrato por parte de ellos. El maltrato tanto físico como psicológico experimentado por casi la totalidad del grupo de estudio es esencial para entender su autopercepción en la medida en que las agresiones vividas nos ayudan a entender su sensación de ser menos valiosas que el resto, sus sentimientos de impotencia, vulnerabilidad y dependencia.

Si analizamos cualitativamente sus representaciones, además de no estar basadas en experiencias reales y de estar pobremente integradas, éstas son hostiles y poco tranquilizadoras (Garma, 1980). Creemos que la falta de cuidados parentales guarda relación con la percepción de las mujeres del grupo de estudio como carentes de herramientas suficientes para hacerse cargo de su vida y cuidarse. Más aún, Parker., Hadzi-Pavlovic, Malhi & Ehnvall (2008), hallaron que la percepción de padres negligentes en la infancia se relaciona directamente con los intentos suicidas.

La autoestima está relacionada, entonces, con el intercambio emocional, la apertura y con un sentido compartido de comprensión (Bleichmar, 1997). En esta misma línea, Velázquez (2002), halló en un estudio con mujeres maltratadas por sus parejas que éstas presentan una autopercepción negativa y desvalorizada, relacionada a sus vínculos frágiles y modelos identificatorios dañados, que les devuelven una mirada negativa de sí mismas.

En síntesis, las experiencias tempranas de cuidado por parte de los padres pueden evolucionar en patrones orientados a la preservación o a la destrucción del sí mismo (Orbach et. al; 2006).

Es importante reflexionar, entonces, acerca de cómo el cuerpo sirve de escenario a través del cual se materializan las emociones, sean estas placenteras o displacenteras, hayan sido estas elaboradas simbólicamente o no (Lyon & Barbalet, 1994). Reflexionar en torno al cuerpo nos permitirá comprender mejor la autopercepción ya que el cuerpo expresa aquello que nuestros estados mentales requieren, cómo el ambiente nos afecta y cómo nosotros influimos en él (Bermúdez, Elian & Marcel, 1995).

En relación a los Contenidos anatómicos (An) y radiográficos (Rx), no se encuentran diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, cualitativamente se pueden observar diferencias importantes. El cuerpo en este grupo de mujeres se encuentra distorsionado y frágilmente organizado alrededor de intensas sensaciones de daño, vacío y vulnerabilidad. Creemos, además, que la incertidumbre y disforia que

generan dichas sensaciones hacen que sea imposible para ellas entenderlas y elaborarlas de una manera realista y organizada, con lo cual terminan ignorándolas y colocándolos en el cuerpo. Así, frente a situaciones de estrés, si se tiene un cuerpo como éste resulta más fácil poder atacarlo (Orbach et. al; 2006).

Continuando con el análisis del cluster de autopercepción y en relación a los contenidos para humanos (H), podemos observar claramente la vulnerabilidad experimentada por el grupo de estudio. Así, la mayoría de estas respuestas hacen referencia a objetos que amenazan su integridad física y las colocan en una situación de la cual no hay escapatoria. Se convierten en víctimas de objetos persecutorios con gran fuerza y poder de destrucción. En su estudio, Torres (1983) también halló una tendencia en el grupo de intentantes a presentar poco contenido humano y, si se presentaban, éstos poseían características pasivas y/o amenazantes, por ejemplo, “demonios que amenazaban con comérselos”.

Siguiendo con el análisis de los contenidos, se pueden observar diferencias altamente significativas entre los grupos en relación a la forma en que manejan las mujeres del grupo de estudio sus afectos. De esta forma, el contenido Hx muestra la necesidad que tienen estas mujeres de distanciarse de ellos y manejar la información de manera intelectualizada. Como observamos en el capítulo de resultados, nos referimos en particular a afectos negativos como el miedo y la sensación de desborde emocional ligado a relaciones conflictivas.

Precisamente, en cuanto a variables asociadas a las relaciones interpersonales, la proporción de representaciones humanas (GHR:PHR) muestra diferencias altamente significativas entre los grupos. Las mujeres con intento suicida tienen escasas representaciones positivas, realistas y adaptadas de los otros, con lo cual tendrían también menos capacidad para establecer y percibir vínculos sólidos y agradables. Freemann & Reinecke (1995) señalan que las personas con tendencia a percibirse a ellos y a los demás de forma desfavorable consideran sus vidas como una lucha continua contra incesantes obstáculos y tienden a ver a los otros como críticos, con actitud de rechazo o sin intención de ofrecer apoyo. Ya que la capacidad para la empatía empieza en las relaciones tempranas, en el “ser visto” por el otro significativo, pensamos, que las mujeres del grupo de estudio no se sienten solamente inciertas en relación a sí mismas, sino también inseguras de cómo son los otros o cómo conectarse con ellos.

En este sentido, las investigaciones realizadas con pacientes con intento suicida corroboran los resultados hallados en nuestro estudio. Torres (1983) halló que el grupo

de intentantes mostraba un pobre desarrollo de las habilidades para obtener contactos satisfactorios con vínculos cercanos y dificultad en la comprensión del ser humano. De esta forma, este signo puede ayudarnos también a predecir más concluyentemente el riesgo de auto y heteroagresión.

Por su parte, Kaslow et. al. (1998), hallaron que los pacientes con intento suicida poseían típicamente relaciones más negativas, menor investimento libidinal en los demás, representaciones de sus relaciones menos complejas y niveles pobres de separación – individuación. No sorprende, entonces, que observemos respuestas PHR (65%), junto al código especial MOR, en la lámina III, aquella que se refiere precisamente a las relaciones interpersonales y a la identidad personal. Además, muchas de estas respuestas (80%) también tienen una FQ-, con lo cual se evidencia lo desestructurante y confusos que pueden presentárseles los vínculos afectivos a este grupo de mujeres.

Al respecto, Freemann & Reinecke (1995) señalan que los pacientes con intento suicida se consideran incapaces, inmerecedores de amor e inadecuados y que, generalmente, atribuyen estos aspectos a defectos irreparables en sus capacidades para vincularse.

La inseguridad o falta de confianza en sus recursos también se puede observar a través de la variable PER. Existe una gran necesidad de reasegurarse y protegerse de un supuesto cuestionamiento, dando como resultado un campo estimular teñido de sesgos personales que distorsionan aún más la realidad. Este dato, unido al temor permanente en el que parecieran vivir estas mujeres, guarda relación con lo señalado por Freemann y Reinecke (1995), quienes proponen que el tomar acontecimientos que no tienen nada que ver con uno mismo y hacerlos personalmente significativos tiene que ver, en su forma más extrema con trastornos paranoides. Por su parte, Solis (2005) en una investigación realizada en nuestro medio, halló que el trastorno de personalidad paranoide y la conducta suicida se relacionaban estrechamente.

Por otra parte, el índice de a:p muestra que las mujeres con intento suicida evitan asumir un rol activo en cuanto a sus relaciones interpersonales y que existe cierta tendencia a refugiarse en la fantasía. Pensamos que, en la medida en que exista un sujeto que solo reaccione ante los estímulos brindados por los otros, que delegue su vida a los otros, es decir, que no sea co-autor de su realidad, o, peor aún que sea la pasividad o dependencia aquello que le impide ser alguien que propone y se hace cargo de su vida, existirá siempre mucha inseguridad de por medio y necesitará constantemente de fuentes externas para validarse (Baumeister, 1997). Al percibirse

como carentes de las habilidades requeridas para lograr la conexión con los otros, la huida a la fantasía se presenta como “más atractiva” ya que es una gratificación inmediata ante la frustración experimentada. Sin embargo, creemos que la pasividad puede generar gran malestar o rabia porque existe la vivencia de aquello que sentimos como negativo (Fmp asociado a MOR) pero no la capacidad de actualizarlo (Raez, comunicación personal, marzo, 2010).

Miller (1991), señala que las mujeres inhiben su rabia por el miedo a que ésta pueda perjudicar las relaciones. Subraya que el aguantarse la rabia puede dejar a la mujer con sentimientos de constricción, ineficacia y aún maldad por sentirse colérica. Dichos sentimientos, tienen repercusiones negativas sobre la mirada que tiene de sí misma. Además, la impotencia generada por la imposibilidad de actuar su rabia puede llegar a expresarse de formas exageradas que pueden ser devastadoras para quien la reciba o para ella misma (Kaplan, 1991). Según Dewall (2006) los impulsos agresivos son constreñidos por las normas sociales o por los mismos individuos, sin embargo, la mayoría de las veces la causa de la agresión es, finalmente, la imposibilidad de regularse y autocontrolarse.

Ahora bien, habiendo reflexionado sobre algunas características estructurales, de autopercepción y de las relaciones interpersonales del grupo de estudio, pasamos a discutir los resultados relativos a su pensamiento ya que los datos hallados y la teoría señalan que la comprensión del mismo es central en las conductas suicidas.

Empezaremos por señalar que la variable PTI muestra diferencias altamente significativas entre los grupos. Las mujeres del estudio presentan valores elevados para este índice, evidenciándose en ellas cierto grado de distorsión en los procesos de mediación e ideación que muy probablemente están perturbando la imagen que tienen de ellas mismas y de los demás (Raez, comunicación personal, marzo, 2010).

Existen investigaciones que indican que las personas con intento suicida han sido expuestas a acontecimientos infantiles que pueden haber contribuido a sentimientos de vulnerabilidad y a la sensibilidad a la pérdida, considerando que acontecimientos posteriores de similar naturaleza pueden reactivar esquemas latentes que generen una diversidad de sentimientos y pensamientos de desesperanza así como distorsiones cognitivas (Freemann & Reinecke, 1995).

Por su parte, Torres (1983) y Passalacqua (1997), señalan que en la población suicida existe una disminución de las funciones yoicas básicas que comprometen la prueba, el juicio y la adaptación a la realidad. En nuestro estudio, los resultados hallados coinciden con lo señalado por las autoras.

Por ejemplo, en relación a las variables WDA % y X+ %, se ha encontrado que las mujeres con intento suicida no están percibiendo su entorno y las situaciones que ocurren de la forma en que la mayoría de las personas lo hacen y además muestran menos realismo y convencionalidad en su ajuste perceptivo lo cual disminuye a su vez su ajuste social.

Según Marcus (1988 citado en Kaslow, 1998) la prueba de realidad puede verse empobrecida en un contexto de regresión asociado con disforia y rabia que por lo general tiene que ver con situaciones en las que se percibe abandono o pérdida de la autoestima.

Tal como vimos anteriormente, el grupo de estudio muestra dificultades para manejar estímulos emocionales dolorosos. Así, en relación al proceso de ideación y en cuanto al índice de intelectualización en particular, se evidencia en el grupo de estudio un empleo del pensamiento con fines defensivos de forma que el impacto de las emociones dolorosas sea menor. Este grupo de mujeres desmiente y evade los sentimientos dolorosos, pero sobre todo, sus consecuencias disfóricas con lo cual, se distorsiona aún más el pensamiento con errores lógicos o de los impulsos. Asimismo, la variable M-, confirma que existe un alejamiento de la realidad importante y que, desde la autopercepción, existen distorsiones cognitivas en relación al autoconcepto. Por su parte, la presencia altamente significativa de los códigos especiales también revela fallas importantes en el proceso ideativo del grupo de estudio así como incapacidad para organizar la realidad. Tanto las variable Sum 6, como la WSum6 y la Lvl-2 confirman la hipótesis de que existen desajustes cognitivos y un nivel de alejamiento de la realidad importante. En cuanto a los códigos especiales, la variable ALOG1 muestra que las mujeres del grupo de estudio violan la realidad estimular de forma que pierden el curso lógico del pensamiento estableciendo relaciones de causalidad erróneas. Asimismo, distorsionan el lenguaje o divagan debido a una falta de control en la actividad ideativa, con lo cual disminuye la claridad de la comunicación (DV1 y DR1, respectivamente). Finalmente, podemos observar que también se ve comprometido el proceso de análisis y síntesis de forma que se producen respuestas bizarras (FABCOM2 aumentado). En la investigación antes mencionada, Passalacqua (1997) señala a FABCOM2 como parte de los índices de suicidio. Las personas con tendencias depresivas sacan conclusiones generales en base a acontecimientos aislados y aplican estas conclusiones a situaciones que pueden no estar relacionadas. Creemos, de igual manera, que muchas veces el proceso de análisis y síntesis, así como el curso lógico del pensamiento puede verse oscurecido

arbitrariamente debido a la tendencia del grupo de estudio a prestar atención a información que valide las ideas de desesperanza, pasando por alto datos útiles (Freeman & Reinecke, 1995). Creemos que en las mujeres del grupo de estudio los procesos de mediación e ideación se encuentran comprometidos debido a que la rabia y la ansiedad experimentada atacan directamente sus procesos cognitivos. Demuestran mucha dificultad para procesar y elaborar sus pensamientos y experiencias. Anteriormente, planteamos, también como hipótesis que las mujeres del grupo de estudio, frente a la incertidumbre que generan en ellas las emociones dolorosas las ignoran y las colocan en el cuerpo, evacuándolas de su mente. Estos datos nos sugieren la incapacidad para mentalizar señalada por Lutenberg (2007). Pensamos, que las mujeres de nuestro grupo tienen dificultad para representar sus experiencias ya que no han tenido a un cuidador que las contenga y ayude a darle sentido a sus experiencias y emociones. Durante la primera infancia, esto es especialmente importante ya que si no hay un continente para sus contenidos el bebé experimenta sucesos que no son registrados por nadie, siendo luego estos imposibles de simbolizar. En relación al acto suicida en sí mismo, Lutenberg (2007) señala que “ (...) no hay “nadie” que piense lo que se está por realizar” (pp. 190) así que se trataría de una verdadera impulsividad y alienación del pensamiento que evacúa aquello que siente como intolerable. Asimismo, ya que el cuerpo no es fuente de placer, sino que más bien es depositario de sensaciones muy displacenteras, éste resulta fácil de atacar. La rabia queda registrada en la destrucción del pensamiento y en última instancia, en la destrucción del cuerpo como negación masiva de la realidad. Se trataría de un acting out que comunica en palabras de Lutenberg (2007):

“(...) su claudicación yoica (...) es el testimonio de la perpetuación de un desastre arcaico que jamás dejó de existir. Corresponde a una especie de *narración fáctica* en la que se escenifica lo inenarrable... justamente es la emocionalidad nacida de dicha vivencia precoz (terror) la que busca un continente” que la signifique como señal de peligro, alerta que estos pacientes son incapaces de significar desde un nivel simbólico. Será entonces el propio cuerpo el primer encargado de llenar dicho vacío semántico al “recibir” la “deposición”. Ello hace mucho más sostenible esta emoción ya que la puede evacuar por el cuerpo. Por ese motivo, todo el cuerpo se transforma en un polo eyector que intenta evacuar lo insoportable, lo impensable. “(Lutenberg, 2007, pp. 187).

Finalmente, a continuación se presentarán algunas limitaciones del estudio, líneas futuras de investigación y algunas recomendaciones que consideramos importantes para la prevención y el tratamiento de las mujeres con intento suicida. El primer factor que consideramos como una limitación para nuestra investigación fue que el intento de suicidio es un tema doloroso y difícil de abordar. Conscientes de ello se les ofreció a las participantes la posibilidad de acceder a un espacio de escucha luego de la aplicación de la prueba. Todas las mujeres del grupo de estudio se reunieron con la investigadora incluso en más de una ocasión. Si bien se dejó claro desde el inicio que no se trataba de un espacio terapéutico fue difícil en algunos casos contenerlas ya que muchas de ellas se movilizaban contando sus historias. La segunda limitación que encontramos fue el tamaño reducido de la muestra, que creemos puede impedir la aparición de más diferencias estadísticamente significativas y por tanto generalizar nuestros resultados. Se recomienda seguir investigando sobre este tema utilizando un tamaño de muestra más grande, con la finalidad de poder validar lo encontrado en este estudio, disminuir las dificultades características de una muestra reducida y comparar los resultados a partir de las demás variables sociodemográficas. En segundo lugar, se propone para futuras investigaciones incluir un grupo separado de mujeres sin maltrato en una muestra más grande de forma que se pueda contrastar entre los grupos las variables asociadas a la autopercepción y analizar si se producen diferencias. En esta misma línea, se plantea incorporar mujeres de otros niveles socioeconómicos de forma que se pueda explorar la autopercepción en mujeres con intento suicida más allá del entorno. Asimismo, se recomienda profundizar en el tema de género y las diferencias en la autopercepción entre hombres y mujeres con intento suicida. La bibliografía señala la importancia de investigar acerca de estas diferencias y refiere que existe un vacío teórico importante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadi, M; Garma, A; Garma, E; Gazzano, A; Rolla, E & Yampey, N. (1973). *La fascinación de la Muerte: Panorama, Dinamismo y Prevención del suicidio*. Buenos Aires: Paidós.
- Acklin, M. W; Mc Dowell, C. J; Verschell, M. S. & Chan, D. (2000). Interobserver agreement, intraobserver agreement and the Rorschach Comprehensive System. En: *Journal of Personality Assesment*, 74, 15-57.
- Álvarez, A. (1999). *El dios salvaje: un estudio del suicidio*. Colombia: Norma.
- Baumeister, R. (1997). Identity, Self Concept and Self esteem: the self lost and found. En: *Handbook of personality psychology*, 1997, 681-703.
- Bermudez, J; Elian, N. & Marcel, A. (1995). Self- Conciuousness and the body. En: *The body and the self*. Cambridge: The Mit Press. Editado por J. L. Bermúdez; A. Marcel & N. Eilan.
- Blaine, B. & Crocker, J. (1993). Self- esteem and the serving biases in reactions to positive and negative events. En: *Self esteem the puzzle of low self regard*. New York: Plenum Press. Editado por R. Baumeister.
- Bleichmar, N. & Bleichmar, C. (2001). *El psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós.
- Bleichmar, E. (1997). *La Sexualidad Femenina de la niña a la mujer*. Buenos Aires: Paidós.
- Bobes, J. (2005). *Prevención de comportamientos suicidas en esquemas*. Barcelona: Psiquiatría.
- Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M. & Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars. Médica.
- Brahim, D. (2006). *Autopercepción en trabajadoras sexuales organizadas a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima - Perú.
- Castro, P., Orbegoso, O. & Rosales, P. (2006). Caracterización del paciente con intento de suicidio en un Hospital General de Lima 1995-2004. En: *Revista peruana médica de salud pública*. 23 (4) 293-296.
- Campbell, J. (1995). The body image and Self- Consciuousness. En: *The body and the self*. Cambridge: The Mit Press. Editado por J. L. Bermúdez; A. Marcel & N. Eilan.
- Cohen, D. (2007). *Por mano propia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Consuegra, N. (2004). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe.
- Delgado, D. (2001). *Autopercepción y trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares de nivel socioeconómico alto y medio-alto*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima - Perú.
- Demo, D. (1992). The self concept over time: research Issues and directions. En: *Annual Reviews of Sociology*, 18, 303- 326.
- Dewall, C. (2006). Self-Regulation and Personality: How Interventions Increase Regulatory Success, and How Depletion Moderates the Effects of Traits on Behavior. En: *Journal of Personality*, 74 : 6 1773-1802.
- Dolto, F. (2005). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Durkheim, E. (1965). *El suicidio*. Buenos Aires: Schapire.
- Ehnavall, A., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D. & Malhi, G. (2008). Perception of rejecting and neglectful parenting in childhood relates to lifetime suicide attempts for females – but not for males. En: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117: 50-56.
- Exner, J. (1994). El Rorschach. Un sistema comprensivo: Fundamentos Básicos Vol. 1. Madrid: Psimática.
- Exner, J. (2000). Principios de Interpretación del Rorschach. Madrid: Psimática.
- Fernández, A. (2010). *Autopercepción y Relaciones Interpersonales en un grupo de mujeres víctimas de violación sexual a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima- Perú.
- Florián, V. (2006). Afectividad en un grupo de adolescentes diagnosticadas con leucemia a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima- Perú.
- Freemann, A. & Reinecke, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Freud, S. (1920). Duelo y Melancolía. En: *Obras Completas*. Buenos Aires: López de Ballesteros.
- Freud, S. (1923). El Yo y el ello. En: *Obras Completas*. Buenos Aires: López de Ballesteros.
- Garlow, S. et. al. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention En: *Depression & Anxiety*. 25: 482–488.
- Garma, A. (1980). Los suicidios. *Revista de Psicoanálisis APA*. 37(3), 569-602.

- Guzzo, A. (1982). El suicidio: definición y psicodinamismos. *Revista de Psicoanálisis APA*. 39 (1), 177-195.
- Hattie, J. (1992). *Self Concept*. New Jersey: Hillsdale.
- Hernández, R; Fenández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: Mc Graw- Hill.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental: Informe General*. En: Anales de Salud Mental, Lima, Perú-2002- Volumen XVIII, Nos. 1y 2.
- Jacoby, V. (2008). *Autopercepción en un grupo de adolescentes institucionalizadas que se autolesionan*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima - Perú.
- Jiménez, L., Sáiz, P. & Bobes, J. (2006). Suicidio y depresión. En: *Revistas Humanidades médicas*. España.
- Kaplan, A. (1991). The “Self- in- Relation”: Implications for Depression in Women. En: *Women’s Growth in Connection*. En *Writings from the Stone Center*. New York: The Guilford Press pp. 206- 221.
- Kaslow, N. et. al. (1998). An empirical study of the psychodynamics of suicide. *Journal of American Psychoanalytic Association*. 48, 777-796.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento*. México, D.F.: Mc Graw-Hill.
- Lecca, N. (2009). *Indicadores emocionales del Psicodiagnóstico de Rorschach en un grupo de adolescentes víctimas de violencia sexual*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima- Perú.
- Lutenberg, J. (2007). *El vacío mental*. Lima: Siklos.
- Lyon, M. & Barbalet, F. (1994). Society’s body: emotion and the “somatization” of social theory. En: T.J. Csordas (Ed.), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self* (pp. 48-68). Cambridge: University Press.
- Malby, O. (1999). *La autopercepción en un grupo de mujeres histerectomizadas medida a través del Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprensivo de Exner*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima- Perú.
- Montero, I. et. al. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*. Recuperado de la web el 14 de junio del 2010: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

- Mosquera, A. (2006). Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio del Hospital Hermilio Valdizán. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*. 2, 11-23.
- Olórtegui, F. (1995). *Diccionario de Psicología*. Lima: Universidad de San Marcos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Recuperado de la web el 12 de diciembre del 2007: <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/features/surgeongeneralreport/toc.asp>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). *World Suicide Prevention Day*. Recuperado de la web el 10 de octubre del 2009: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/en/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Understanding Suicide Fact Sheet*. Recuperado de la web el 24 de octubre del 2009: http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/suicide_factsheet2008.pdf.
- Orbach, I. et. al. (2006). Negative Bodily Self in Suicide Attempters. *Suicide & Life Threatening Behavior*. 36, 136- 154.
- Passalacqua, A. (1997). Investigación sobre suicidio y Rorschach. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. 2 - No. 1.
- Pervin, L. & John, O. (1999). *Handbook of Personality Theory and Research*. New York: The Guildford Press. 443-469.
- Porcelli, P. (2004). *Psychosomatic Medicine and the Rorschach test*. Buenos Aires: Psimática.
- Raez, M. (1998). *Personality development of women Leaders: assessment Studies in peruvian urban and poverty areas*. Tesis de Doctorado. Universidad Católica Nimega de Holanda, Nimega- Holanda
- Raez, M. (2007). Rorschach Comprehensive System Data for a sample of 233 Adult Nonpatients from Perú. *Journal of Personality Assesment*, 89, 119-123.
- Roca Rey, I. (2003). *¿Por qué y cómo escuchar la opinión de los pobres?* En: *Buscando el bienestar de los pobres. ¿Cuán lejos estamos?* Lima: Universidad del Pacífico. Editado por Vásquez, E y Winkelried, Q.
- Roudinesco, E (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Schilder, P. (1977). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Editorial: Paidós. Buenos Aires.

- Sen, G & Östlin, P. (2007). La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente Por qué existe y cómo podemos cambiarla. En: *Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS*.
- Sendín, M. (2007). *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprensivo*. Madrid: Psimática.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach, to self-destructive behavior*. Northvale: N. J. Aronson.
- Solís, C. (2005). Características sociodemográficas y de personalidad en una muestra de pacientes hospitalizados con intento de suicidio. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*. 2, 33-43.
- Soloff, P. et. al. (2000). Characteristics of Suicide Attempts of Patients With Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study. *American Journal of Psychiatry*. 157:601-608.
- Stephenson, H., Belesis M., & Balliet, W (2005). *Predictors of college student suicidal ideation: gender differences*. *College Student Journal*. 19 (4).
- Surrey, J. (1991). Self- in- relation: A Theory of Womens Development. En: *Women's Growth in Connection. Writings from the Stone Center*. New York: The Gulford Press. pp. 51- 66.
- Torres, P. (1983). *El Psicodiagnóstico de Rorschach en pacientes con intento de suicidio y pacientes con ideación suicida: un estudio descriptivo-comparativo*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Tyson, P. & Tyson, R. (2000). *Teorías Psicoanalíticas del desarrollo. Una Integración*. Lima: Publicaciones Psicoanalíticas.
- Vásquez, F. (1998). *Seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del INSM "HD-HN" 1996-1998*. *Anales de salud mental*. 14, 65-76.
- Vásquez F. (2005). El perfil de los intentadotes de suicidio atendidos en el INSM "HD-HN". *Revista de neuropsiquiatría* 68, marzo junio 2005; nº 1 -2 Lima ISSN 0034-8597 p. 67-82.
- Velázquez, T. (2002). *Violencia contra la mujer en la relación de pareja: factores de riesgo y de protección*. Tesis de Maestría. Universidad de Salamanca, Salamanca- España.
- Ystgaard, M. et al. (2002). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? En: *Education Resources Information Center*. Recuperado el 10 de mayo de 2010 de: <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/>

ANEXOS



ANEXO I

A. Ficha de datos sociodemográficos

 FICHA SOCIODEMOGRÁFICA
DE PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO

HCL:.....

1- Fecha de entrevista:

2- Fecha y lugar de nacimiento:

3-Edad..... (años) 4- Número de hijo.....

5.-Domicilio:.....

Distrito..... Teléfono..... Procedencia.....

6.-Estado Civil:

- 0. Sin datos
- 1. Soltera
- 2. Conviviente
- 3. Casada
- 4. Separada
- 5. Divorciada
- 6. Viuda

7.- Hijos

- 0. No
- 1. Si

Número de hijos: Varones.....

Mujeres.....

8.-Abortos

- 0. No
- 1. Si

Número.....

9.-Grado de instrucción:

0. Analfabeta
1. Primaria incompleta
2. Primaria completa
3. Secundaria incompleta
4. Secundaria completa
5. Superior técnico incompleto
6. Superior técnico completo
7. Superior universitario incompleto
8. Superior universitario completo

10- Religión 0 Católica ()

1 Evangelista ()

2 Otras ()

3 Ninguna ()

Practica Sí () No ()

11-Profesión: 0 SI () 1 NO ().....

12.-Ocupación

0 Sin ocupación ()

1 Profesional ()

2 Técnica ()

3 Otros ()

Ingresos por mes 0 () 0-300 soles

1 () 301-600 soles

2 () 601-1000 soles

3 () 1001-1500 soles

4 () > 1500 soles

13- Enfermedades importantes Sí () No ().....

14.-Consumo de drogas

Tipo: 0 Sin consumo ()

- 1 Alcohol ()
- 1 Tabaco ()
- 2 THC ()
- 3 PBC ()
- 4 CHC ()
- 5 sedantes ()
- 6. Otros ()

15- Miembros de la familia

Edad Tipo de relación

- Padre:..... 0 mala () 1 regular () 2 buena ()

.....

.....

.....

Edad Tipo de relación

- Madre:..... 0 mala () 1 regular () 2 buena ()

.....

.....

.....

- Hermanos 0 mala () 1 regular () 2 buena ()

.....

.....

- Hermanas 0 mala () 1 regular () 2 buena ()

.....

.....

- Hijos 0 mala () 1 regular () 2 buena ()

- 0 mala () 1 regular () 2 buena ()

.....

.....

Con quiénes vive actualmente:

.....

.....

16- Situación socio-familiar

- Tipo de Familia

- 0 nuclear ()
- 1 extensa ()
- 2 incompleta ()
- 3 desintegrada ()
- 4 otros ()

- Dinámica familiar

- 0 armoniosa ()
- 1 inestable ()
- 2 conflictiva ()
- 3 Otros ()

- Soporte social Tipo 0 económico 1 emocional

- | | | |
|-------------------|-----|-----|
| 0 Ninguno () | | |
| 1 Padre () | () | () |
| 2 Madre () | () | () |
| 3 Cónyuge () | () | () |
| 4 Pareja () | () | () |
| 5 Hermano(a) () | () | () |
| 6 Hijo(a) () | () | () |
| 7 Amigo(a) () | () | () |
| 8 Institución () | () | () |
| 9 Otros () | () | () |

17 -Fecha del intento suicida..... Hora.....

Lugar.....

18- Motivo principal del intento suicida.....

- 0 Niega
- 1 Problemas con padres.....
- 1 Problemas con hijos.....
- 2 Problemas con pareja.....
- 3 Problemas laborales.....
- 4 Problemas económicos.....
- 5 Problemas con estudios.....
- 6 Problemas de salud.....

7 Problemas de autoestima.....

8 Otros.....

19.-Causa desencadenante del intento suicida.....

Motivo del intento:

0 Ninguno ()

1 Morir ()

2 Dormir ()

3 Llamar la atención ()

4 Impulso ()

5 Otros ()

20-Instrumento

0 Niega

1 Arma blanca ()

2 Arma de fuego ()

3 Soga ()

4 Veneno ()

5 Medicamentos ()

6 Lejía ()

7 Otros ()

Cantidad: mgrs. ml.....

Ideación suicida Sí () No () ¿Desde cuándo?

21 -Acciones previas

0 ninguna ()

1 Se hablo del suicidio ()

2 Carta de suicidio ()

3 Preparación ()

4 Otros ()

22- Conocimiento de mortalidad del medio elegido 0 Si () 1 No ()

23- Precauciones para ser descubierto 0 Si () 1 No ()

24 -Síntomas de presentación:

- 0 ninguno ()
- 1 Insomnio ()
- 1 Hipersomnia ()
- 2 Tristeza ()
- 3 Desesperanza ()
- 4 Pérdida de interés ()
- 5 Aislamiento social ()
- 6 Inutilidad ()
- 7 Soledad ()
- 8 Sentimiento de vacío ()
- 9 Sentimiento de culpa ()
- 10 Pesimismo ()
- 11 Ansiedad ()
- 12 Síntomas psicóticos ()
- 13 Inestabilidad afectiva ()

- 14 Agresividad ()
- 15 Cólera ()
- 17 Otros ().....

25.-Intentos suicidas previos 0 Si () 1 No ()

Número.....

Motivos1.....

2.....

3.....

26- ¿Fue evaluado por personal en salud mental en los intentos suicidas

Anteriores? Si () No ()

27 -Tratamiento previo 0 si () 1 no ()

28- ¿Volvería a intentar el suicidio? Si () No () No se ()

29 -Abuso sexual previo: Sí () No () Edad..... (Años)

Personas.....

Abuso físico previo: Sí () No ()

.....

.....

Abuso psicológico previo: Si () No ()

.....

.....

30-Antecedentes familiares:

0 Niega ()

1 Ideación suicida ().....

2 Intento suicida ().....

3 Trastorno psiquiátrico ().....

4 Drogas ().....

31-Diagnóstico psiquiátrico: Eje I.....

Eje II.....

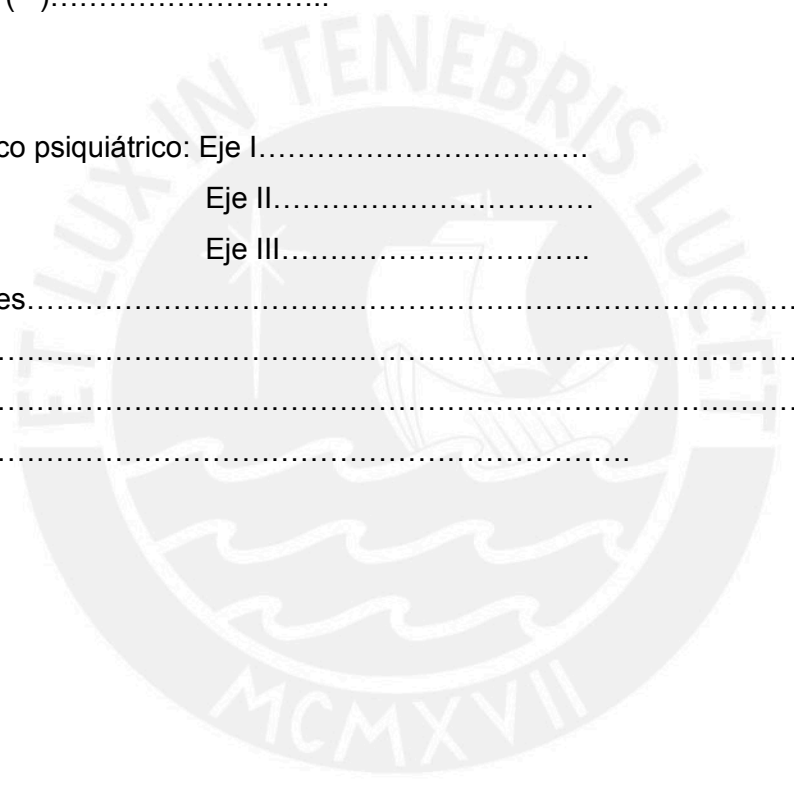
Eje III.....

Observaciones.....

.....

.....

.....





Anexo II

Estadísticas del cluster de autopercepción y relaciones interpersonales según grupo

	Grupo													
	Estudio							Comparación						
	M	Me	D.E.	Asimetría	Curtosis	Mín	Máx	M	Me	D.E.	Asimetría	Curtosis	Mín	Máx
Ind. Ego.	.37	.33	.16	1.35	2.60	.14	.86	.40	.39	.17	.06	1.10	.00	.79
Fr+Rf	.22	.00	.67	3.67	14.42	.00	3.00	.43	.00	.68	1.36	.76	.00	2.00
SumV	.13	.00	.34	2.35	3.86	.00	1.00	.33	.00	.58	1.60	1.89	.00	2.00
FD	.43	.00	.66	1.29	.62	.00	2.00	1.24	1.00	1.34	1.46	2.32	.00	5.00
An+Xy	1.22	1.00	1.35	2.13	6.54	.00	6.00	1.29	1.00	1.59	1.14	.14	.00	5.00
(MOR)	1.91	2.00	1.65	.68	-.49	.00	5.00	.19	.00	.51	2.83	7.92	.00	2.00
Cont.Hum	4.87	4.00	2.12	.91	.40	2.00	10.00	6.33	5.00	4.21	1.29	1.87	.00	18.00
H	2.04	2.00	1.46	.78	.97	.00	6.00	3.00	2.00	2.92	1.73	2.92	.00	11.00
PER	.83	.00	1.37	1.85	2.93	.00	5.00	.05	.00	.22	4.58	21.00	.00	1.00

Anexo III

Estadísticas de la de la sección principal según grupo

	Grupo													
	Estudio						Comparación							
	M	Me	D.E.	Asimetría	Curtosis	Mín	Máx	M	Me	D.E.	Asimetría	Curtosis	Mín	Máx
R	18.70	16.00	5.94	2.31	6.86	14.00	40.00	20.67	19.00	6.22	1.69	3.72	14.00	40.00
L	1.16	1.00	1.11	2.07	5.77	.08	5.00	1.14	.82	.80	1.47	2.52	.27	3.50
Adj es	7.26	7.00	4.79	1.19	2.61	1.00	22.00	5.62	6.00	2.29	-.03	-.90	2.00	10.00
Sum Y	.70	.00	.97	1.98	5.03	.00	4.00	.52	.00	.87	1.66	2.12	.00	3.00