

Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes

Differential Personality Indicators in the face of suicidal risk in adolescents

LIC. PAULINA ARENAS-LANDGRAVE¹, DRA. EMILIA LUCIO-GÓMEZ MAQUEO²
Y DRA. MARIA FORNS³

RESUMEN

La reacción de los individuos ante las adversidades varía en función de los recursos personales que poseen. El propósito de este estudio fue identificar las diferencias en las características de personalidad de adolescentes resilientes y no resilientes ante el riesgo de suicidio. De una muestra de 1,084 jóvenes de bachillerato, se seleccionaron a 106 adolescentes expuestos a niveles similares de estrés, pero con resultados distintos en su adaptación al riesgo suicida. Se emplearon el Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003); el Inventario de Riesgo Suicida (Hernández & Lucio, 2003) y el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota- Adolescentes (Lucio, Ampudia & Durán, 2004).

1 Estudiante de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Programa de Diagnóstico y Salud Mental, Ciudad Universitaria 3000. Col. Copilco-Universidad, 04360. México, D.F. Tel. (0152) 5556222318. paudani@yahoo.com

2 Profesor Titular "C" T.C. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Programa de Diagnóstico y Salud Mental..

3 Catedrática. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Notas de agradecimientos: Este trabajo se realizó gracias al apoyo de la DGAPA, UNAM mediante el proyecto PAPIIT IN308310. Asimismo fue subvencionado parcialmente por la ayuda PSI2009-11542 del MICINN de España y los Fondos FEDER.

Los resultados indican que los adolescentes no resilientes presentan en mayor medida síntomas físicos, de depresión y ansiedad que los adolescentes resilientes, al mismo tiempo que se obtuvieron diferencias significativas en los rasgos de personalidad entre los hombres y mujeres resilientes y no resilientes.

Palabras clave: adolescencia, resiliencia, personalidad, estrés, riesgo suicida.

ABSTRACT

Individual differences in response to adversity may differ in relation to the personal resources people have. The purpose of this study was to identify whether there are differences between resilient and non-resilient adolescents at risk of suicide with regard to their personality traits. A sample of 1,084 adolescents of senior-high school was screened; a sub-sample of 106 adolescents who have been exposed to similar levels of stressful life events but showed differences in their adaptation to suicidal risk, were chosen. The sample answered the Life-Events Questionnaire (Lucio & Duran, 2003), the Suicidal Risk Inventory for Adolescents –IRIS (Hernandez & Lucio, 2003), and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory- Adolescent MMPI-A (Lucio, Ampudia & Duran, 2004). Results indicated that non-resilient adolescents reported more physical, depressive and anxiety symptoms than resilient adolescents. Furthermore, significant differences were found between the personality profiles of resilient and non resilient men and women.

Keywords: adolescence, resilience, personality, stress, suicidal risk.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa una transición crítica del desarrollo humano que involucra más cambios corporales, psicológicos y sociales que otras etapas de la vida. Para algunos adolescentes los cambios normativos, conformados por aquellos eventos que todos

los jóvenes deben confrontar, pueden ir acompañados de otros sucesos de vida adversos, los cuales según Masten y Garmezy (1985), se refieren a cualquier cambio en el ambiente que provoque un alto grado de tensión emocional, interfiera con los patrones normales de respuesta de los individuos y se asocie a síntomas físicos y problemas de salud

mental. Estos eventos de vida adversos pueden incrementar el nivel de estrés que experimentan algunos jóvenes al considerarlos como situaciones abrumadoras, violentas y difíciles de sobrellevar generando en ellos sentimientos de depresión y desesperanza, variables asociadas al intento de suicidio en esta población (Brunstein, Marrocco, Kleinman, Schonfeld & Gould, 2007; Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown & Brook, 2002).

El suicidio en adolescentes es uno de los fenómenos sociales que, a nivel mundial, ha provocado un amplio interés entre los profesionales de la salud mental durante las últimas décadas (Hawton & James, 2005; Patton, Hemphill, Beyers, Bond, Toumbourou, McMorris et al., 2007). El impacto que dicho fenómeno tiene actualmente en la sociedad mexicana es de suma importancia debido a la considerable cantidad de gente joven que conforma el país (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2006) así como al creciente número de situaciones adversas por las que atraviesa la población, como el vivir violencia física dentro y fuera de casa, la muerte de un familiar o amigo cercano, ser víctima de abuso sexual o de secuestro; siendo estos acontecimientos altamente estresantes y con graves consecuencias para la salud de los individuos (Medina-Mora, Borges-Guimaraes, Lara, Ramos-Lira, Zambrano

& Fleiz-Bautista, 2005). Al evaluar la relación entre los sucesos estresantes y el riesgo suicida en adolescentes mexicanos, Hernández-Cervantes y Lucio (2006) encontraron que los sucesos negativos de tipo familiar y personal están mayormente asociados con la ideación suicida en estos jóvenes.

Dentro de los factores de riesgo asociados al suicidio, se ha encontrado que el más frecuentemente relacionado con la ideación y el intento de suicidio en población adolescente mexicana es el sexo (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001). Diversos estudios epidemiológicos han documentado que la prevalencia de intentos suicidas es mayor en la mujeres adolescentes, mientras que en los hombres predominan los suicidios consumados (Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro & Fleiz, 2009; González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, et al., 2002). Al considerar las diferencias por sexo referentes al suicidio y a la sintomatología psicológica, Saucedo, Lara y Fócil (2006) señalan que los principales problemas en las mujeres adolescentes están relacionados con aspectos emocionales y con el control del enojo; entretanto los hombres presentan mayores problemas con el control del enojo, la impulsividad, y las dificultades familiares.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) respecto a la muerte por suicidio, en

México las tasas de suicidio consumado en jóvenes de 15 a 24 años de edad son bajas (6.2/100,000) en comparación con las de países del mismo continente como Guyana (28.8/100,000), Uruguay (14.6/100,000) o Estados Unidos (10.2/ 100,000) o bien con las de países de Europa y Asia, como Finlandia (18.2/100,000), Noruega (14.8/100,000) y Japón (15.4/100,000). No obstante, el suicidio de jóvenes en México ha mostrado un incremento muy rápido en periodos cortos de tiempo; entre los años de 1990 y 2000 el aumento fue del 74% en la población de 15 a 24 años (Bridge, Goldstein & Brent, 2007). Situación que se asemeja a lo ocurrido en países como España, que a pesar de tener una de las tasas de suicidio más bajas de Europa (8.7/100,000) ha sufrido uno de los incrementos más altos en poco tiempo pasando del 5.3 en 1984 al 6.2 en 1998 (Ruiz-Pérez & Orly, 2006). Esta problemática ha cobrado especial importancia entre los jóvenes de 15 a 24 años, grupo poblacional donde el suicidio es la segunda causa externa de muerte (3.9/100,000) (OMS, 2008).

Durante las últimas tres décadas ha habido un gran interés por identificar las principales causas del suicidio en adolescentes, debido a lo cual la investigación se ha centrado en el estudio de los factores de riesgo asociados a esta problemática como son la depresión, intentos de suicidio previos, circuns-

tancias de vida adversas, abuso sexual, entre otros riesgos tanto personales como del ambiente (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003; Johnson et al., 2002). No obstante, tal y como lo menciona Macgowan (2004) existen jóvenes que a pesar de vivir bajo condiciones adversas no cometen suicidio, pero poco se ha estudiado sobre los factores que hacen a estos jóvenes resistentes y que los protegen de presentar esta problemática (Everall, Altrows & Paulson, 2006). Al hablar de factores protectores ante el riesgo de suicidio que contribuyen a que los individuos se adapten de manera adecuada a situaciones adversas, se hace referencia a la resiliencia, constructo que involucra el estudio de los factores que conducen a la adaptación positiva ante situaciones de riesgo (Masten, Best & Garmezy, 1991).

La investigación sobre resiliencia tiene sus raíces en estudios epidemiológicos y longitudinales de poblaciones infantiles que se encontraban en riesgo de presentar psicopatología debido a enfermedades mentales de los padres, situaciones de pobreza, hacinamiento, estrés perinatal o la combinación de todos estos factores (Rutter, Cox, Tupling, Berger & Yule, 1975; Werner & Smith, 1982). A partir de estos estudios se observó que algunos individuos que estaban en riesgo alto de presentar psicopatología durante el curso de su desarrollo mostraban resultados positivos en su adaptación, en comparación con

grupos de niños en condiciones similares de riesgo. Estos hallazgos inspiraron la investigación sobre los mecanismos que podían explicar el proceso y curso de la resiliencia, lo cual incluye una considerable variedad de factores de riesgo-protección así como de posibles procesos mediadores o moderadores de diversas situaciones y culturas, que constantemente apuntan a una serie de aspectos relacionados con tener transiciones de mayor éxito en el desarrollo, es decir, de la infancia a la adolescencia y de la adolescencia a la edad adulta (Masten, 2004; Masten, Burt & Coatsworth, 2006; Luthar, 2006).

Rutter (2006) define a la resiliencia como un “concepto interactivo que se relaciona con la combinación de experiencias de riesgo significativas y consecuencias psicológicas relativamente positivas a pesar de esas experiencias” (p. 2). Este autor señala que la resiliencia se centra en las variaciones individuales en respuesta a experiencias de vida similares y enfatiza que la resiliencia no es una cualidad única y que los individuos pueden ser resilientes a algunas dificultades ambientales, pero no a otras.

La resiliencia es un constructo bidireccional que no es posible medir directamente, su identificación está basada en dos criterios fundamentales: la exposición al riesgo o adversidad severa y el logro de adaptación positiva a pesar de amenazas en el proceso del

desarrollo (Schoon, 2006; Masten & Powell, 2003). Es por ello que en este estudio se plantea que así como una diversidad de eventos estresantes pueden influir negativamente en la adaptación de los adolescentes, también existen una variedad de resultados que pueden reflejar adaptación positiva en esta población, es así como el concepto de resiliencia adoptado en este trabajo corresponde a una “respuesta adaptativa frente a niveles altos de estrés, por la cual los adolescentes no piensan, planifican ni comenten acciones de autolesión”.

La adaptación positiva, se refiere a aquella que es substancialmente mejor a la que se esperaría encontrar estando expuesto a circunstancias de riesgo (Luthar, 2006). Esta adaptación se ha vinculado con diversas características, tanto de las personas como del ambiente, que se han enmarcado en el contexto de factores protectores que promueven la resiliencia (Masten, 2004).

De acuerdo con Garmezy (1991; 1993) los factores protectores pueden clasificarse en dos grandes grupos: los factores internos, aquellos relacionados con las características disposicionales y constitucionales de los niños y adolescentes, como el temperamento y los atributos de personalidad, incluyendo las habilidades cognoscitivas, capacidad de planeación y autonomía; y los factores externos, aquellos vinculados con tener relaciones de apoyo y

cuidado de algún adulto dentro o fuera de la familia, donde exista un sentido de valor, cohesión, protección y amor, al menos por uno de los padres o por alguien cercano a los jóvenes.

Mediante el estudio de la resiliencia centrada en los factores internos, se enfatiza en las características de los individuos que contribuyen a que exista un resultado adecuado en su respuesta al riesgo. Algunas investigaciones (Luthar, 1991) han indicado que los jóvenes que funcionan bien a pesar de presentar un alto grado de adversidad, tienen niveles más altos de autoestima y competencias sociales vinculadas con la habilidad para establecer relaciones interpersonales, que aquellos adolescentes que muestran problemas de adaptación.

Entre las características de personalidad que se han encontrado en los jóvenes resilientes destacan el tener autoconcepto positivo, autorregulación, flexibilidad, temperamento de fácil trato, buen sentido del humor y capacidad de empatía (Cardozo & Alderete, 2009; Rutter, 1987). Al evaluar las diferencias en las características de adolescentes resilientes de acuerdo al sexo, se han encontrado algunas contradicciones en la literatura ya que mientras algunos estudios señalan que el hecho de ser mujer puede ser considerado como una variable promotora de la resiliencia debido a que presentan más habilidades sociales y de interac-

ción con otras personas al buscar mayor soporte emocional fuera de su entorno familiar cuando éste no funciona o lo hace de manera disfuncional, en comparación con los hombres (Prado & Del Águila, 2003); otros estudios indican que los hombres muestran mayores características de resiliencia al ser más independientes y activos para sobrelivir a la adversidad, a diferencia de las mujeres quienes se muestran más dependientes y pasivas, logrando ser resilientes siempre y cuando exista un mayor apoyo externo significativo de amigos, maestros y familia (González, Valdez & Zavala, 2008; Saavedra & Villalta, 2008).

El presente estudio se ubica bajo el marco de la psicopatología del desarrollo, y tiene como propósito identificar las características de personalidad de hombres y mujeres resilientes y no resilientes ante el riesgo de suicidio.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un tamizaje para detectar a jóvenes en riesgo por estrés y suicidio en un bachillerato público de la Ciudad de México ubicado en una zona con altos índices de violencia. Se empleó un muestro probabilístico, estratificado por semestre y turno con la población total del plantel (11,578 alumnos); se seleccionaron aleatoriamente a 28 gru-

pos de los primeros semestres del bachillerato. Se evaluaron a 1,084 alumnos (9.4% de la población estudiantil) de los cuales se descartó del estudio al 7.7% en función de los criterios de exclusión por edad e inconsistencia en las respuestas a los instrumentos, quedando una muestra general de 1,000 alumnos de la que se detectó a aquellos en riesgo por estrés y suicidio, conformando una sub-muestra de riesgo de 106 adolescentes de los cuales el 41% fueron hombres y el 59% mujeres entre 15 y 17 años de edad ($X = 15.8$, D.E. = .63).

Instrumentos

Ficha de datos sociodemográficos (Lucio, Durán, León & Hernández, 2003) empleada para describir las características de la muestra.

Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes (Lucio & Durán, 2003) empleado para evaluar la ocurrencia de sucesos estresantes. Este instrumento es un autoinforme compuesto por 129 reactivos y una pregunta abierta, que permite detectar mediante un sistema de puntuación cuantitativo, a adolescentes en riesgo de presentar problemas emocionales a partir de los eventos adversos que han experimentado en siete áreas de su vida: Familiar, Social, Escolar, Personal, Problemas de Conducta, Logros y fracasos, y Salud. Las opciones de respuesta dadas en una

escala tipo Likert: a. Me sucedió y fue bueno; b. Me sucedió y fue malo; c. Me sucedió y me fue indiferente; y d. No me sucedió, permiten considerar la evaluación afectiva que los propios jóvenes hacen de los acontecimientos ocurridos. Este instrumento posee buena estabilidad temporal ($r = .75$) y consistencia interna (Kuder-Richardson = .89).

Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes- IRIS (Hernández & Lucio, 2003) empleado como instrumento de tamizaje para la detección y priorización del riesgo suicida. Este autoinforme está compuesto por 50 reactivos cuyo formato de respuesta está dado en una escala de frecuencia tipo Likert de cinco grados que va desde (1) "Sí, todo este tiempo" a (5) "No, nunca". El IRIS se conforma por tres sub-escalas: Ideación e intencionalidad suicidas (10 ítems); Depresión y desesperanza (8 ítems); y Ausencia de circunstancias protectoras (6 ítems); un índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida (26 ítems); y tres indicadores de conducta suicida [1. Ideación suicida; 2. Plan (es) suicida (s); e 3. Intento (s) previo (s)]. Tiene una consistencia interna ($\alpha = .95$) y un porcentaje de varianza explicada (57.6%) adecuados, además de que cuenta con validez concurrente con la escala de ideación suicida del cuestionario de Beck (EBIS) (Machado, 2005).

Inventario Multifásico de la Personalidad para Adolescentes, MMPI-A

(Lucio, Ampudia & Durán, 2004) empleado para analizar los rasgos de personalidad así como la presencia y/o ausencia de psicopatología en los jóvenes. El MMPI-A constituye un instrumento de amplio espectro compuesto por 478 reactivos con formato de respuesta dicotómico (V/F) distribuidos en tres tipos de escalas: básicas, de contenido y suplementarias. Mediante el MMPI-A es posible explorar una cantidad importante de áreas de la personalidad; se emplea para la evaluación de adolescentes normales y clínicos, así como en investigaciones sobre psicopatología. Este instrumento cuenta con criterios de confiabilidad y validez adecuados en adolescentes mexicanos, al presentar índices de consistencia interna en todas las escalas que van del .59 al .87 y que explican el 70.6% de la varianza.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó por psicólogos expertos en recolección de datos. Se llevó a cabo de forma colectiva en los salones de clase, en las fechas y horarios previamente acordados con los directores y profesores de la institución educativa. A los alumnos se les dio una explicación verbal y por escrito acerca del propósito y duración de la evaluación mediante un formato de consentimiento informado en el que se estableció que su participación en el estudio era voluntaria, no

anónima y que los datos e información personal proporcionada eran de carácter confidencial.

La recolección de datos se realizó en dos etapas. En la primera se administraron las escalas para el tamizaje y/o detección del riesgo por estrés y suicidio, con el objetivo de identificar a los alumnos de riesgo. Para ello, se fijó un punto de corte en la puntuación $T > 65$ en el Cuestionario de Sucesos de Vida, y se identificó la presencia de indicadores de riesgo suicida (ideación, planeación e intento) en el IRIS. En función de estos dos criterios se conformaron dos grupos de jóvenes: a) resilientes, identificados como aquellos adolescentes con niveles de estrés $T > 65$ en Cuestionario de Sucesos de Vida, pero sin indicadores de conducta suicida en IRIS; y b) no resilientes, identificados como aquellos adolescentes con niveles de estrés $T > 65$ en Cuestionario de Sucesos de Vida e indicadores de conducta suicida en IRIS. En la segunda etapa, una vez identificados los alumnos en riesgo, se les administró la prueba de personalidad del MMPI-A para analizar sus características en este dominio. Todos los instrumentos se calificaron mediante lectora óptica.

Análisis de datos

Para comparar las características sociodemográficas entre los grupos de resilientes y no resilientes se empleó el indicador estadístico χ^2 cuadrado (χ^2).

Se evaluaron las diferencias entre los niveles de estrés de los grupos mediante la prueba t de Student para muestras independientes así como la magnitud del efecto mediante el coeficiente de Cohen (d). Se calificaron las escalas del MM-PI-A para analizar las diferencias entre los puntajes para cada grupo mediante el ANOVA de un factor; se estimó el tamaño del efecto con el índice eta al cuadrado (η^2), y se controlaron los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas mediante las pruebas de Levene y Brown-Forsythe. Todos los análisis estadísticos se realizaron con un nivel de confianza mínimo de 95%, significancia bilateral, mediante el programa estadístico SPSS v15.

RESULTADOS

De la muestra de adolescentes en riesgo, el 47.2% ($n = 50$) se clasificó como resiliente y el 53% ($n = 56$) como no resiliente ante el riesgo de suicidio. La Tabla 1 muestra las variables sociodemográficas de los jóvenes, con respecto a lo cual no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

El análisis del nivel de estrés entre el grupo resiliente y el no resiliente se realizó mediante una prueba t para muestras independientes para cada una de las áreas de sucesos estresantes (Tabla 2). Se encontraron diferencias significativas entre los grupos únicamente en los sucesos negativos del área per-

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

VARIABLE	Categoría	%		χ^2	gl	p
		Resilientes	No resilientes			
SEXO	Hombres	48	33.9	1.625	1	0.202
	Mujeres	52	48			
TIPO DE FAMILIA	Monoparental	20	28.6	0.636	1	0.425
	Nuclear	80	71.4			
TIPO DE ACTIVIDADES	Deportivas	40.8	20	10.775	6	0.096
	Sociales	6.1	14.5			
	Musicales	18.4	10.9			
	Culturales	8.2	5.5			
	Religiosas	2.0	5.5			
	Académicas	8.2	20			
	Ninguna	16.3	23.6			

sonal, cuya magnitud (diferencia de medias = 5.20, 95% IC: 1.25 a 9.14) de acuerdo al tamaño del efecto fue media ($d = 0.548$), sugiriendo que el 55% de los adolescentes no resilientes tienen mayores dificultades de tipo personal en comparación con los resilientes.

Con respecto a los adolescentes identificados como no resilientes, las puntuaciones en las sub-escalas del IRIS presentan valores cercanos o por arriba de T 60 (Tabla 3) lo cual es indicativo de riesgo, sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas en cuanto al sexo. A partir

Tabla 2. Áreas de sucesos de vida estresantes en la muestra

	Resilientes		No resilientes		<i>t</i>	<i>p</i>
	Media	DE	Media	DE		
FAMILIAR	62.16	12.50	66.04	12.66	1.58	0.116
SOCIAL	63.30	12.00	63.20	12.37	-0.05	0.964
LOGROS Y FRACASOS	63.65	10.74	63.71	9.29	0.03	0.978
SALUD	59.18	14.11	57.83	13.12	-0.51	0.610
PERSONAL	61.86	11.39	67.06	8.68	2.62	0.010
PROBLEMAS DE CONDUCTA	54.13	11.73	53.24	10.87	-0.41	0.684
ESCOLAR	57.29	14.80	52.87	11.97	-1.70	0.093

de la elevación de las sub-escalas y de la presencia de alguno de los indicadores de conducta suicida (ideación, planeación e intento [s] previo [s]) se obtuvieron los niveles de riesgo (Tabla 3.1) los cuales señalan que el 5.4% de estos jóvenes contestó afirmativamente a los tres indicadores de conducta suicida y presentó elevaciones $T > 60$ en todas las sub-escalas del IRIS. Un 16% respondió afirmativamente al ítem de intento (s) previo (s) y mostró elevaciones en una o más sub-escalas; otro 16% contestó al ítem de ideación suicida y tuvo

elevaciones en una o más sub-escalas; y un 63% se ubicó en el nivel de malestar emocional al no presentar ningún indicador de conducta suicida pero sí elevaciones $T > 60$ en el Índice de malestar psicológico asociado al suicidio.

En lo que respecta a las características de personalidad, se evaluaron diferencias por género y factor de resiliencia en las escalas de control, clínicas, de contenido y suplementarias del MMPI-A. Las Tablas 4 a la 7 muestran los resultados en los que el análisis de

Tabla 3. Sub-escalas e Índice de malestar psicológico del IRIS

	Hombres n = 19		Mujeres n = 37		t	p
	X	DE	X	DE		
Ideación e Intencionalidad Suicidas	58.02	12.01	62.17	13.12	-1.15	0.25
Depresión y Desesperanza	60.98	9.69	63.30	9.13	-0.88	0.38
Ausencia de Circunstancias Protectoras	59.60	10.48	59.23	9.56	0.13	0.89
Índice de Malestar Psicológico	60.54	6.07	64.71	8.99	-1.82	0.07

Tabla 3.1 Niveles de riesgo del IRIS

	Hombres	Mujeres	Total	%
Riesgo alto (ideación, planeación e intento)	2	1	3	5.36%
Riesgo por intento	2	7	9	16.1%
Riesgo por ideación	4	5	9	16.1%
Riesgo por malestar emocional	11	24	35	62.50%

varianza mostró diferencias entre los grupos; con la intención de reducir el error tipo I, se estableció un mayor nivel de significación estadística en cada contraste mediante la corrección de Bonferroni. Asimismo, se controló la validez de los perfiles del MMPI-A mediante las puntuaciones bajas en las escalas de INVAR e INVER, las cuales indican la tendencia de un individuo a responder a los reactivos en forma inconsistente y contradictoria.

En las escalas de control tradicio-

nales (L, F y K) se obtuvieron diferencias significativas ($p > .01$) en cuatro dimensiones (Tabla 4). Los tamaños del efecto (η^2) mostraron que estas diferencias son medias, y que explican entre el 8.7% y el 26.6% de la varianza. Mediante el análisis post hoc (Scheffé) se determinó que las diferencias en las puntuaciones de las escalas de Infrecuencia (F1, F2 y F) todas ellas indicadores de desajuste psicológico, se ubican para F1 entre las mujeres no resilientes y los hombres ($p = .001$)

y mujeres resilientes ($p = .006$). Para F2, las diferencias se presentaron entre los dos grupos de riesgo independientemente del género, es decir, entre los hombres no resilientes y los hombres ($p = .027$) y mujeres resilientes ($p = .002$), y entre las mujeres no resilientes y los hombres y mujeres resilientes ($p = .001$). Mientras que para F, las diferencias más significativas están entre las mujeres no resilientes y los hombres y mujeres resilientes ($p = .0001$). En la escala de Mentira L, vinculada con la apertura para contestar la prueba, no se encontraron diferencias significativas. Mientras que para la escala de Defensividad K, relacionada con los recursos que poseen para resolver las dificultades, las diferencias estuvieron entre las mujeres resilientes y, los hombres ($p = .001$) y mujeres no resilientes ($p = .003$).

Existen diferencias significativas en todas las escalas clínicas con una magnitud grande ($\eta^2 > 0.15$) a excepción de la escala de Hipomanía (Tabla 5). Se omiten los datos de la escala 5 Masculinidad-Feminidad, debido a que no está considerada como una escala clínica y a que su uso e interpretación debe realizarse en función del género y aspectos culturales (Archer, comunicación personal 13 de mayo, 2011). Concretamente, el análisis post hoc (Scheffé) indica que las diferencias entre los hombres y mujeres de ambos grupos se encuentran en las escalas de

Depresión ($p = .01$), Psicastenia ($p = .01$) e Introversión social ($p = .001$). Para las escalas de Hipocondrías y Desviación Psicopática, las diferencias se ubican entre las mujeres no resilientes y los hombres y mujeres resilientes ($p = .001$), al igual que en la escala de Paranoia, donde las mujeres no resilientes difieren de los hombres ($p = .019$) y mujeres resilientes ($p = .006$). En la escala de Histeria, las puntuaciones en las medias de las mujeres no resilientes fueron significativamente más altas que las de los hombres no resilientes ($p = .015$), los hombres resilientes ($p = .009$) y las mujeres resilientes ($p = .003$). Y en la escala de Esquizofrenia las puntuaciones de los varones no resilientes difieren de las mujeres resilientes ($p = .019$); y las de las mujeres no resilientes son superiores a las de hombres ($p = .003$) y mujeres resilientes ($p = .0001$).

Desde una perspectiva clínica, se aprecia que en general los perfiles de los grupos no resilientes son más elevados que los de los resilientes (Figura 1). Específicamente el perfil de las mujeres no resilientes se caracteriza por elevar del valor T 60 las escalas de Hipocondrías, Depresión e Histeria. Los adolescentes varones no resilientes elevan ($T > 60$) la escala de Psicastenia y marginalmente la de Depresión. Mientras que los perfiles de los adolescentes resilientes (mujeres y varones) no presentan ninguna elevación clínica, en

Tabla 4. Valores de las escalas de control según el grupo de riesgo

	Total	Hombres		Mujeres		F	Sig.	η^2
		Resilientes	No resilientes	Resilientes	No resilientes			
	N	24	19	26	37			
Infrecuencia FI	Media	45.54	51.05	46.92	55.81	7.094	.001	0.17
	DE	5.27	9.05	5.28	13.57			
Infrecuencia F2	Media	43.63	50.16	41.77	50.97	12.356	.001	0.27
	DE	5.19	6.55	3.50	9.33			
Infrecuencia F	Media	43.67	50.37	43.35	53.27	11.210	.001	0.25
	DE	4.88	6.82	3.55	11.56			
Mentira L	Media	49.88	47.32	56.65	50.95	3.251	.025	0.09
	DE	9.34	9.65	13.07	9.90			
Defensividad K	Media	50.00	43.32	55.54	45.97	7.552	.001	0.18
	DE	10.28	8.06	10.08	9.47			

 $p \leq .01$

Tabla 5. Diferencias en los valores de las escalas clínicas del MMPI-A

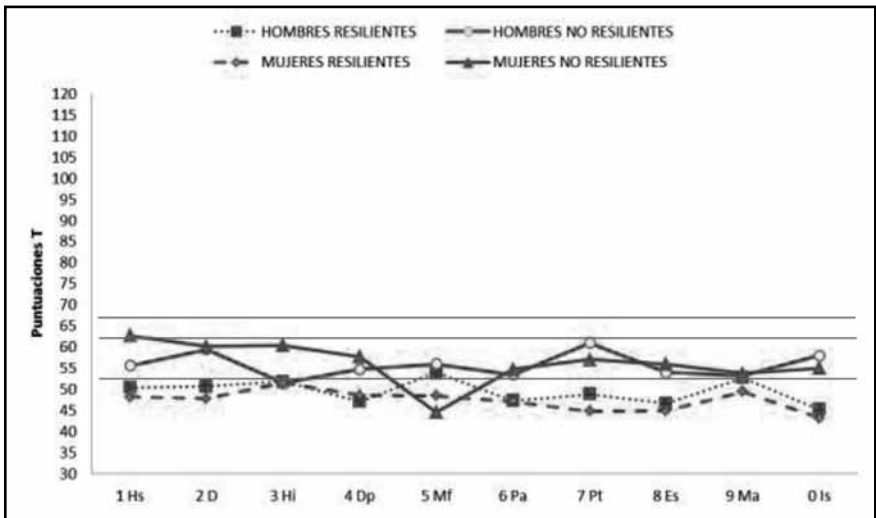
	N	Total		Hombres		Mujeres		F	Sig.	η^2
		Resilientes	No resilientes	Resilientes	No resilientes	Resilientes	No resilientes			
Escalas clínicas										
1 Hs	Media	50.38	56.05	47.73	63.11					
Hipocondría	DE	11.44	11.89	9.30	11.48			11.837	.001	0.258
2 D	Media	50.63	59.74	46.96	60.30					
Depresión	DE	7.21	11.94	8.71	11.36			11.865	.001	0.259
3 Hi	Media	51.83	51.68	51.12	61.00					
Histeria	DE	10.82	9.69	8.14	10.73			7.249	.001	0.175
4 Dp	Media	47.08	55.32	47.88	58.22					
Desviación Psicopática	DE	8.33	8.77	9.38	10.98			9.338	.001	0.215
6 Pa	Media	47.25	54.11	46.46	55.22					
Paranoia	DE	5.30	11.24	7.74	11.31			6.458	.001	0.159
7 Pt	Media	48.79	61.53	44.62	56.97					
Psicastenia	DE	9.11	8.16	8.37	10.99			15.569	.001	0.314
8 Es	Media	46.63	54.05	44.73	56.24					
Esquizofrenia	DE	8.04	8.46	7.19	12.13			9.709	.001	0.222
9 Ma	Media	52.71	52.74	49.62	54.05					
Hipomanía	DE	9.33	11.42	5.69	11.85			1.023	.386	0.029
0 Is	Media	45.13	58.53	42.96	55.19					
Introversión Social	DE	9.67	12.28	7.73	10.46			13.900	.001	0.290

 $p \leq .005$

ningún caso se superan valores $T > 55$ en ninguna escala. En cuanto a valores $T \leq 45$ conviene destacar que las mujeres resilientes puntúan especialmente bajo en las escalas de Introversión social, Psicastenia y Esquizofrenia. Es decir, se muestran socialmente expansivas, gre-

garias, enérgicas y activas, confiadas, y acomodan su pensamiento a la realidad, son convencionales, prácticas y prudentes en la aproximación a los problemas (Archer, 2005). Los varones resilientes por su parte, se muestran gregarios, enérgicos y socialmente expansivos.

Figura 1. Perfil de las escalas clínicas del MMPI-A de adolescentes resilientes y no resilientes



Por lo que respecta a las escalas de contenido (Tabla 6), se obtuvieron diferencias significativas en trece escalas con un tamaño del efecto grande ($\eta^2 > .08$). Las escalas de Cinismo y de Problemas de conducta no ofrecieron diferencias relevantes. Mediante las pruebas post hoc (Scheffé) estas diferencias

entre los hombres y mujeres de ambos grupos se identifican en las escalas de Ansiedad ($p = .01$) y Depresión ($p = .001$). Por otra parte, los hombres no resilientes refieren mayores dificultades en las escalas de Obsesividad, Baja Autoestima y Rechazo al Tratamiento que los hombres y mujeres resilientes

($p = .01$). Mientras que las mujeres no resilientes refieren más dificultades en las escalas de Preocupación por la Salud y Problemas Familiares, en comparación con los hombres y mujeres resilientes ($p = .0001$).

Desde una perspectiva clínica se aprecia que los perfiles de los grupos no resilientes son más elevados que los de los resilientes. En especial, el perfil de las mujeres no resilientes se caracteriza por presentar valores $T \geq 60$ la escala de Preocupaciones por la salud. Los varones no resilientes presentan valores $T \geq 60$ las escalas de Ansiedad, Obsesividad, y Baja autoestima. Los perfiles de los adolescentes resilientes (mujeres y varones) no presentan ninguna elevación clínica, en ningún caso se presentan valores $T > 50$ en ninguna escala. Los varones resilientes presentan valores $T < 45$ en las escalas de Autoestima, Problemas escolares y Rechazo del tratamiento, lo cual indica que son jóvenes seguros de sí mismos, adaptados al entorno educativo y dispuestos a aceptar ayuda. Las mujeres resilientes destacan por presentar valores $T < 45$ en las escalas de Depresión, Enajenación, Pensamiento delirante, Enojo, Baja autoestima, Problemas familiares y Rechazo al tratamiento. Ello indica que son adolescentes que se destacan por su alta autoestima, animadas, que no recurren al enojo, que muestran un pensamiento realista, bien adaptadas al entorno familiar y dispuestas a aceptar ayuda.

En las escalas suplementarias (Tabla 7), se obtuvieron diferencias significativas en la escala de Inmadurez (INM), que de acuerdo con las comparaciones múltiples, estas diferencias se encuentran entre los hombres y mujeres no resilientes en comparación con los hombres y mujeres resilientes ($p = .001$). Esta tendencia se presenta también en las escalas de Ansiedad (A-A) y en la de Ideación suicida, donde los hombres y mujeres no resilientes puntúan más alto que los hombres y mujeres resilientes ($p = .01$).

A nivel clínico, los varones no resilientes se caracterizaron por tener elevaciones en la escala de Ansiedad, mientras que las mujeres no resilientes no presentaron ningún valor por arriba de $T 60$. Tanto hombres como mujeres resilientes tuvieron puntuaciones bajas ($T \leq 45$) en la escala de Inmadurez; especialmente las mujeres mostraron estos valores en las escalas de Ansiedad y Riesgo suicida. Lo anterior es indicativo de elevada madurez personal y emocional en ambos sexos, así como estabilidad y control emocional, y un bajo riesgo suicida en las mujeres.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio se estableció que las características de personalidad son algunos de los factores internos que pueden o no contribuir a la presencia de

Tabla 6. Diferencias en las escalas de contenido del MMPI-A

	Total	Hombres		Mujeres		F	Sig.	η^2	
		Resilientes	No resilientes	Resilientes	No resilientes				
	N	106	24	19	26	37			
Escalas de contenido									
ANS	Media	54.08	49.13	60.32	46.73	59.24	11.196	0.000	0.247
	DE	11.96	10.54	8.79	9.00	12.16			
OBS	Media	51.97	49.13	59.95	44.88	54.70	10.688	0.000	0.239
	DE	10.90	8.89	10.25	7.51	11.03			
DEP	Media	51.63	46.79	58.21	42.77	57.62	18.945	0.000	0.357
	DE	11.25	9.19	7.67	7.10	10.89			
SAU	Media	53.67	48.21	54.37	47.92	60.89	11.840	0.000	0.258
	DE	11.38	9.22	10.93	7.03	11.49			
Preocupación por Salud	Media	50.10	45.17	54.63	44.27	55.08	9.905	0.000	0.225
	DE	10.83	9.24	11.46	6.99	10.52			
Enajenación	Media	48.17	47.46	50.95	43.88	50.22	3.191	0.027	0.086
	DE	9.37	8.59	8.95	7.44	10.42			
Pensamiento delirante	Media	50.12	48.63	54.89	44.42	52.65	5.642	0.001	0.142
	DE	10.24	8.69	10.55	8.30	10.52			
Enojo	Media	49.42	48.00	51.21	45.46	52.19	2.586	0.057	0.071
	DE	10.39	8.18	9.35	10.79	11.18			

PCO Problemas de conducta	Media	47.77	45.67	51.84	44.81	49.14	2.337	0.078	0.064
	DE	10.31	8.75	13.14	8.05	10.49			
BAE Baja autoestima	Media	50.13	43.75	60.05	43.54	53.81	17.637	0.000	0.341
	DE	11.17	8.05	11.31	7.42	9.81			
ASL Aspiraciones limitadas	Media	50.67	45.92	54.16	48.92	53.19	5.026	0.003	0.128
	DE	8.97	6.62	10.22	7.87	9.01			
ISO Incomodidad en situaciones sociales	Media	50.14	45.83	55.53	45.27	53.59	4.944	0.003	0.126
	DE	12.42	7.73	14.65	8.49	14.03			
FAM Problemas familiares	Media	50.94	45.75	52.74	44.69	57.78	11.374	0.000	0.250
	DE	11.46	8.46	8.59	10.21	11.48			
ESC Problemas escolares	Media	48.75	43.96	53.47	45.42	51.78	5.894	0.001	0.147
	DE	10.17	8.46	8.47	10.55	9.90			
RTP Rechazo al tratamiento	Media	49.39	43.13	58.68	41.81	54.00	15.284	0.000	0.310
	DE	12.22	8.29	13.21	6.78	11.73			
<i>p</i> ≤ .003									

Tabla 7. Diferencias en las escalas suplementarias del MMPI-A

	Total	Hombres		Mujeres		F	Sig.	η^2
		Resilientes	No resilientes	Resilientes	No resilientes			
	N	24	19	26	37			
Escalas suplementarias								
RPAD- Reconocimiento de problemas con alcohol y/o drogas	Media	46.50	53.74	47.27	53.24	4.204	0.008	0.110
	DE	8.64	12.31	7.86	9.36			
TPAD Tendencia a problemas con alcohol y/o drogas	Media	45.63	49.37	47.81	51.92	1.782	0.155	0.050
	DE	8.00	12.36	11.46	11.15			
INM Inmadurez	Media	42.83	53.74	42.46	51.68	11.546	0.000	0.253
	DE	6.66	10.31	6.45	9.94			
A-A Ansiedad	Media	47.21	60.21	43.96	56.59	16.109	0.000	0.321
	DE	9.04	9.40	8.36	10.33			
R-A Represión	Media	50.13	48.47	50.96	50.24	0.221	0.882	0.006
	DE	8.81	10.24	10.23	11.21			
Ideación suicida	Media	46.94	56.31	42.88	58.05	18.472	0.000	0.352
	DE	7.73	7.65	6.23	11.56			

 $p \leq .01$

patrones resilientes en jóvenes bajo situaciones de estrés.

Los resultados obtenidos permiten determinar que los adolescentes evaluados no se diferenciaron respecto al sexo, tipo de familia, ni al tipo de actividades extraescolares que llevan a cabo. Presentaron niveles similares de estrés en múltiples áreas vitales, a excepción del estrés personal que fue más elevado entre los no resilientes. Y mostraron resultados distintos ante el riesgo de suicidio, lo cual confirma la existencia de diferencias en su adaptación a los sucesos de vida estresantes.

La prioridad del riesgo suicida entre los adolescentes no resilientes, indica que más de la mitad de estos jóvenes presentan riesgo por malestar emocional asociado al suicidio, datos que son de gran utilidad y relevancia a nivel clínico ya que señalan la necesidad de realizar intervenciones de prevención con los jóvenes ubicados en este nivel de riesgo.

Con respecto a las diferencias obtenidas en las características de personalidad entre los adolescentes resilientes y no resilientes, se observa que los adolescentes resilientes no presentaron elevaciones ($T > 60$) que indicaran síntomas físicos o de salud mental, resultados que coinciden con los hallazgos de Pilowsky, Zybert y Vlaho (2004) sobre la ausencia de psicopatología en estos jóvenes. Mientras que

los jóvenes no resilientes presentaron elevaciones moderadas (T entre 60 y 65) en algunas de las escalas clínicas, de contenido y suplementarias que están relacionadas con la presencia de síntomas físicos y conducta suicida, como las escalas de Hipocondriasis, Depresión, Obsesividad, Enojo, Ansiedad e Ideación suicida.

Las escalas clínicas de Depresión, Psicastenia e Introversión social mostraron ser buenas escalas diferenciadoras entre resiliencia/no resiliencia, independientemente del sexo. En ellas los no-resilientes obtienen mayores puntuaciones que los resilientes.

La sub-escala de ideación suicida del MMPI-A mostró ser una buena escala específica para diferenciar de entre los adolescentes de riesgo suicidio, aquellos no resilientes. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios en los que se evaluaron las características de personalidad de adolescentes suicidas (Lucio & Hernández- Cervantes, 2009; Lucio, Loza & Durán, 2000; Wrobel & Lachar, 1992).

De acuerdo con las diferencias obtenidas en función del sexo y grupo de riesgo, es posible señalar que los hombres resilientes se caracterizaron por tener mayores recursos para resolver problemas, ser más abiertos, expresivos, sociables, entusiastas, enérgicos y con una adecuada percepción de sí mismos. Por el con-

trario, los adolescentes no resilientes, presentaron mayores síntomas de ansiedad, tensión y angustia, dificultades para tomar decisiones, pensamientos obsesivos, sentimientos de tristeza, desesperanza e ideación suicida, baja autoestima, y pocos planes para el futuro.

En lo referente a las mujeres, las adolescentes resilientes mostraron mejor adaptación, mayor asertividad, ausencia de problemas físicos y emocionales, buena autoestima y capacidad de planeación a futuro, percibiéndose como maduras, con juicio adecuado y control de impulsos. En comparación con el grupo de mujeres no resilientes, quienes presentaron diversas molestias y padecimientos físicos que pueden interferir con sus actividades cotidianas ya que tienden a expresar su ansiedad o estrés por medio de la somatización presentando sentimientos de desesperanza, abatimiento y apatía, así como problemas de conducta o desadaptación en su entorno familiar. Estos resultados coinciden con lo señalado por algunos teóricos del desarrollo (Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy & Ramirez, 1999) quienes indican que la resiliencia comúnmente incluye aspectos como tener salud mental o ausencia de psicopatología, competencias sociales y éxito en las tareas del desarrollo propias de la edad.

Los datos de este estudio contribuyen a un mejor entendimiento de

la resiliencia evaluada como un resultado ante el riesgo de suicidio, y son congruentes con los hallazgos de otras investigaciones (Everall, Altrows & Paulson, 2006; Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003) las cuales sustentan que la vulnerabilidad y/o resiliencia ante el suicidio está influenciada por una serie de variables entre las que se incluyen factores personales como la autoestima, problemas de adaptación y conducta, sentimientos de apatía y neurosis, estableciendo que la configuración positiva de estos factores favorece la resiliencia mientras que la configuración negativa incrementa la vulnerabilidad al suicidio.

Este estudio presenta algunas limitaciones como el que los resultados obtenidos se basan en autoinformes, donde los datos están sometidos a cierto nivel de subjetividad. No obstante, algunos autores (Lucio, Barcelata & Durán, 2007) plantean que la percepción del adolescente respecto de sí mismo y de su entorno es de gran utilidad en la evaluación del riesgo en esta población, lo cual cobra especial importancia ante la problemática suicida. Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones importantes en el ámbito clínico mediante la realización de intervenciones a nivel preventivo que permitan promover los factores personales de resiliencia entre jóvenes en riesgo de suicidio.

REFERENCIAS

- Archer, R.P. (2005). *MMPI-A: Assessing Adolescent Psychopathology*. London: Lawrence Erlbaum.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32, 413-425.
- Bridge, J., Goldstein, T. & Brent, D. (2007). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 47, 372-394.
- Brunstein, A., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. & Gould, M. (2007). Bullying, Depression, and Suicidality in Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46 (1), 40-49.
- Cardozo, G. & Alderete, A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23, 148-182.
- Everall, R., Altrows, J. & Paulson, B. (2006). Creating a Future: A study of Resilience in Suicidal Female Adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 84, 461-470.
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L. & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33 (1), 61-73.
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 130-155). New York: Cambridge University Press.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- González, N, Valdez, J. & Zavala, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13 (1), 41-52.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., Bermúdez, P. & Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25 (6), 1-12.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. (2003). Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A review of the past 10 years. *Child Adolescent Psychiatry*, 42 (4), 386-405.
- Hawton, K. & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *British Medical Journal*, 330, 891- 894.

- Hernández, Q. & Lucio, E. (2003). *Inventario de Riesgo e Ideación Suicida IRIS. Versión para investigación*. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández-Cervantes, Q. & Lucio, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (1), 45-52.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2006). *Estadísticas a propósito del día Internacional de la Juventud. Datos nacionales*. México: INEGI.
- Johnson, G., Cohen, P., Gould, M., Kasen, S., Brown, J. & Brook, J. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 59, 741-749.
- Lucio, E., Ampudia, A. & Durán, C. (2004). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Lucio, E. Barcelata, B. & Durán, C. (2007). Estructura factorial del inventario autodescriptivo del adolescente (IADA). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 23 (1), 149-173.
- Lucio, E. & Durán, C. (2003). *Cuestionario de Sucesos de Vida*. México: El Manual Moderno.
- Lucio, E., Durán, C., León, I. & Hernández, Q. (2003). *Información Sociodemográfica. Versión para investigación*. México. Facultad de Psicología, UNAM.
- Lucio, E. & Hernández-Cervantes, Q. (2009). Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 47 (1), S33-S40.
- Lucio, E., Loza, G. & Durán, C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. *Psicología Contemporánea*, 7 (2), 58-65.
- Luthar, S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616.
- Luthar, S. (2006). Resilience in Development: A synthesis of Research across five decades. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Vol. 3 Risk, Disorder and Adaptation (pp. 739-795). New Jersey: Wiley.
- Macgowan, M. (2004). Suicidality among youths. In M. Fraser (Eds.), *Risk and Resilience in Childhood: An Ecological Perspective*. (pp. 347-372). Washington: Nasw Press.
- Machado, A. (2005). *Detección de riesgo suicida en una secundaria pública del Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Masten, A. (2004). Regulatory Processes, Risk, and Resilience in Adolescent Development. *New York Academy of Sciences*, 1021, 310-319.

- Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1991). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A., Burt, K. & Coatsworth, D. (2006). Competence and Psychopathology in Development. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Vol. 3 *Risk, Disorder and Adaptation* (pp. 696-705). New Jersey: Wiley.
- Masten, A. & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. En B. B. Lahey & A. E. Kandiz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 1-512). New York: Plenum.
- Masten, A., Hubbard, J., Gest, S., Tellegen, A., Garmezy, N. & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- Masten, A. & Powell, J. (2003). A resilience framework for research, policy and practice. In S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). New York: Cambridge University Press.
- Medina-Mora, M.E., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J. & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud pública de México*, 47 (1), 8-22.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html el 28 de enero de 2011.
- Patton, G., Hemphill, S., Beyers, J., Bond, L., Toumbourou, J., McMorris, B. & Catalano, R. (2007). Pubertal stage and Deliberate Self-harm in Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46 (4), 508-514.
- Pilowsky, D., Zybert, P. & Vlahov, D. (2004). Resilient Children of Injection Drug Users. *Journal of Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43 (11), 1372-1379.
- Prado, R., & Del Águila, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, (6), 179-196.
- Ruiz-Pérez, I. & Orly, A. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), 25-31.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understan-

- ding. *New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Rutter, M., Cox, A., Tupling, C., Berger, M. & Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas: I. The prevalence of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 126, 493-509.
- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14, 31-40.
- Sauceda, J., Lara, M. & Fócil, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Medigraphic Artemisa en línea*, 63, 223-231.
- Schoon, I. (2006). *Risk and Resilience. Adaptation in Changing Times*. UK: Cambridge University Press.
- Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Wrobel, N. H. & Lachar, D. (1992). Refining adolescent MMPI interpretations: Moderating effects of gender in prediction of descriptions from parents. *Psychological Assessment*, 4, 375-381.

