

Riesgo suicida en adolescentes: Su dinámica intrapsíquica, investigación con el Test de Pirámides de Pfister

Suicide risk in adolescents: Its intrapsychic dynamics, research with the Pfister Pyramid Test

Silvia Viviana Pugliese

Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0705-4995>

Correo electrónico: silviavpugliese@gmail.com

ARK CAICYT: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s18527310/7hwkp74ol>

Resumen

El objetivo de la presente investigación consiste en analizar la dinámica intrapsíquica del riesgo suicida en adolescentes mediante el Test de Pirámides de Colores de Pfister (TPC). Se evaluaron a 248 adolescentes divididos en tres grupos: personas con intento de suicidio, pacientes con trastornos alimenticios y un grupo no clínico. Se aplicaron entrevistas, el TPC y, en algunos casos, el ISO-30 para identificar riesgo suicida. Se identificaron 135 adolescentes con riesgo suicida. Se diferenciaron tres perfiles con combinaciones de impulsividad, ansiedad y fallas en los mecanismos de control. El TPC permitió detectar patrones emocionales y estructurales vinculados al riesgo. Aunque el TPC no diagnostica trastornos específicos, es útil para comprender la dinámica psíquica subyacente al riesgo suicida en adolescentes, siendo clave su inclusión en evaluaciones clínicas rutinarias para detectar vulnerabilidades emocionales antes de conductas autolesivas.

Palabras claves

Adolescencia; Riesgo suicida; Psicodiagnóstico; Test de Pirámides de Pfister

Summary

The aim of this research is to analyze the intrapsychic dynamics of suicide risk in adolescents using the Pfister Color Pyramid Test (TPC). A total of 248 adolescents were evaluated, divided into three groups: individuals with suicide attempts, patients with eating disorders, and a non-clinical group. Interviews, the TPC, and in some cases the ISO-30 were applied to identify suicide risk. A total of 135 adolescents with suicide risk were identified. Three distinct profiles emerged, combining impulsivity, anxiety, and failures in control mechanisms. The TPC made it possible to detect emotional and structural patterns linked to risk. Although the TPC does not diagnose specific disorders, it is useful for understanding the underlying psychic dynamics of suicide risk in adolescents, making its inclusion in routine clinical assessments essential for detecting emotional vulnerabilities before self-harming behaviors arise.

Keywords

Adolescence; Suicide risk; Psychodiagnosis; Pfister Color Pyramid Test

Introducción

El suicidio ha sido visto de diversas formas a lo largo del tiempo y en diferentes culturas.

Mientras que para los griegos y los romanos era un acto sublime, muchas culturas han rechazado el suicidio. Como bien lo sintetiza De Bedout Hoyos (2008), entre los filósofos griegos, el suicidio fue rechazado por Platón y Aristóteles. Entre las religiones, el rechazo incluye varias religiones: el Islamismo, el Budismo, el Hinduismo y el Catolicismo. San Agustín (354-430) en su obra "La ciudad de Dios" es uno de los primeros católicos que lo menciona y afirma que "suicidarse es rechazar el dominio de Dios sobre la propia existencia y re-redacta el quinto mandamiento: "no matarás al prójimo, ni a ti mismo".

Durante la Edad Media a los suicidas se les negaba sepultura en lugar sagrado y sus propiedades eran confiscadas.

En Mesoamérica, en tiempos prehispánicos el suicidio era un sacrificio ofrecido a sus deidades para asegurar fertilidad en sus tierras o prosperidad en sus comunidades. En la época de la colonización en América Latina, muchos indígenas se suicidaban antes de resignarse a ser esclavos.

David Hume fue uno de los primeros en negar que el suicidio fuera un crimen, en sus *Ensayos sobre el Suicidio y la Inmortalidad del Alma* de 1777. Pero en Europa, recién en el siglo XIX pasó de considerarse como pecado a considerarse causado por trastornos mentales. En 1879, la ley inglesa comenzó a distinguir entre suicidio y homicidio, aunque el suicidio resultaba en pérdida de los derechos hereditarios. Y para mediados del siglo XX, se descriminalizó el suicidio en la mayor parte de los países occidentales.

Desde el psicoanálisis, Freud toma este tema en su trabajo de 1923 donde destaca que el mecanismo psíquico del suicidio en la neurosis consiste en que el sujeto ha vuelto sobre sí mismo el impulso de matar a otro, contra el que está prohibido la agresión, por ser inconfesable el odio al objeto amado. (Freud, 1923/1975c). Y en la misma línea, Menninger considera que es el resultado de

una rabia homicida dirigida contra uno mismo, como un homicidio invertido. También lo considera como un mecanismo de autocastigo, derivado de la culpa (Vega et al., 2002).

En la actualidad el suicidio es visto como un problema de salud pública y que es prevenible.

La OMS contabiliza más de 800000 suicidios anuales en el mundo, variando según los países. Las Américas es la única región del mundo donde la mortalidad por suicidio ha ido en aumento desde el año 2000. (OMS 2019).

A ello se agrega que la pandemia ha tenido un impacto significativo en la salud mental pues se han exacerbado muchos de los factores que contribuyen al riesgo de suicidio. La OMS aspira a reducir la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para el 2030. En los últimos tiempos la tasa mundial por muerte violenta en los adolescentes ha aumentado. El suicidio forma parte de ella, es la segunda causa de muerte en la mayoría de los países, entre 15 a 24 años, siendo los accidentes de tránsito la causa principal (OMS, 2014; Freuchen, A. & Grøholt, B. 2013; Stirn, Hinz, 2008; Martínez-Hernández, & García, 2010).

En las Américas es la tercera causa de muerte entre jóvenes de 20 a 24 años (OPS, 2024). La situación es grave, porque se trata de muertes evitables.

En los datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Argentina se advierte que las defunciones adolescentes por causas externas representan el 60% de las mismas; ubicándose en segundo lugar los suicidios, con el 21,2%. (“Salud de los y las adolescentes en Argentina” (Ministerio de Salud, 2016- p. 55). Baños –Chaparro (2022) destaca que un duelo por suicidio afecta unas 135 personas de su entorno y se tarda más de cuatro años para que su entorno lo metabolice; considerando que los miembros de la familia deben resolver de manera inmediata algunos problemas: intervención policial y legal, la contratación de servicios funerarios y la noticia a la familia y amigos cercanos, incluyendo la causa de muerte. En un duelo por suicidio influyen otros factores adicionales: el estigma y el secreto acerca de la causa de muerte.

El impacto del suicidio afecta a corto y largo plazo con problemas psicológicos y físicos en los familiares y entorno social.

La OMS calcula que por cada muerte autoinfligida, se producen entre diez y veinte intentos fallidos y define los intentos de suicidio como “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autolesiones intencional que puede o no tener resultado o intención mortal” (OMS, 2014).

El intento de suicidio presenta diferentes niveles de letalidad según el método empleado, pero no deben minimizarse los intentos de baja letalidad pues la persona puede pasar a los niveles siguientes, cuando la autolesión no alivia su dolor emocional.

La adolescencia en el mundo actual

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano, de transición entre la infancia y la adultez pero que no presenta características fijas y homogéneas.

Es un período en que a nivel intrapsíquico se enfrenta a dos coordenadas que se oponen entre sí: la sexuación y la mortalidad, las que suponen sendas heridas narcisistas. Es un proceso que le implica al adolescente renunciar a la bisexualidad, interrogarse acerca de la propia identidad sexuada y renunciar a la inmortalidad. Todo ello le acarrearán un reordenamiento y resignificación a nivel intrapsíquico y también intersubjetivo, a menos que se presente la interferencia de alguna perturbación intrapsíquica, familiar o proveniente del macrocontexto.

A nivel cognitivo presenta, según Elkind (1978), características particulares en su desarrollo por lo que logra engañar su cognición y, en consecuencia, distorsionar su percepción de la realidad. En los primeros años de la adolescencia sostienen la creencia que están en un escenario donde todos lo contemplan. Parten de la creencia que son especiales y que son invulnerables.

Desde la Neurología se considera que esta creencia de ser invulnerables podría explicarse a través de la lectura de imágenes captadas por la resonancia magnética. Éstas muestran que el adolescente procesa la información de modo distinto al adulto. Giedd (2018) explica las razones de los comportamientos temerarios de los adolescentes. Según lo describe, surgen por un desfase entre la maduración de las redes del sistema límbico, que impele las emociones, y la de la corteza prefrontal, responsable del control de los impulsos y del comportamiento racional. Agrega que, en los primeros años de la pubertad, el sistema límbico promueve la búsqueda de novedades y asume riesgos. Por ello, el adolescente puede exponerse a situaciones de peligro.

Además, el macrocontexto social actual está atravesado por la penetración cultural como resultado de un mundo globalizado, consecuencia de las nuevas tecnologías de la comunicación, las cuales aceleraron el pasaje a la hipermodernidad, según la denominación efectuada por Lipovetsky (2004) y que se caracteriza por la cultura narcisista.

La hipermodernidad es conceptualizada por este autor como una cultura paradójica, pues combina excesos y moderación. Sus consecuencias serían: fragilización de las personas, incertidumbre, ausencia de garantías y de esperanzas, corrimiento de los límites fijados por la ciencia y, también, el mercado. Asimismo, conlleva la tendencia a los extremos y la búsqueda de nuevas sensaciones, las que pueden llegar al riesgo de muerte. Este autor, tal como destaca Assef (2013), agrega que la persona aparece cada vez más sola. Ello sería consecuencia del debilitamiento del poder regulador de las instituciones y de los actores reguladores de la familia, y la religión, entre otros (Pugliese, 2022).

Test de Pirámides de Colores de Pfister

El Test de Pirámides de Colores (TPC) es un instrumento usado en diagnósticos hace más de 60 años, tanto en las investigaciones como en la clínica. En cambio, se registran pocos trabajos

vinculado al diagnóstico diferencial, siendo los últimos los aportes de Villemor Amaral (2005), quien cita investigaciones sobre la aplicación del TPC en diversos campos de la Psicología: Bauer de 1979; Carnio & Loureiro de 1993 y de Oliveira, Pasian & Jacquemin de 2001. Estos últimos, específicamente trabajaron en la Clínica y Salud Mental.

Pfister construyó una técnica para detectar características de personalidad publicándolo con el título “Test de las Pirámides de Colores: Tentativa de Psicodiagnóstico” (*Der Farbp pyramidentest: ein Psychodiagnostischer Versuch*). Partió de la premisa que por los colores se puede llegar a determinar la psicología del individuo; desarrolló el TPC donde el evaluado debía formar una pirámide de colores; para ello se le ofrecían cuadrados de diez colores y veinticuatro tonalidades, para ser colocados según su preferencia en un esquema de pirámide dividida en quince espacios. Pfister tuvo en cuenta que la pirámide es la figura geométrica que permite diseños hasta la tridimensionalidad.

Más tarde el Instituto de Psicología de la Universidad de Friburgo se tornó en el centro de desarrollo del TPC, bajo la dirección del Prof. Robert Heiss y la Prof. Dra. Hildegard Hiltmann; en base a numerosas investigaciones experimentales, estadísticas y clínicas, comprobaron que hay una relación inequívoca entre personalidad y elección de color y verificaron que, si se solicita la ejecución de tres pirámides, con la misma consigna, se obtendría mayor solidez a las conclusiones diagnósticas.

La modificación introducida por el grupo de Friburgo, se continuó aplicando para las investigaciones de psicología clínica y en la determinación de las aptitudes laborales. El test consiste en: los sujetos deben formar tres pirámides, para su construcción utilizarán cuadrados de papel, de diferentes colores. La impresión de la personalidad del sujeto surge de los colores elegidos y su disposición en cada una de las construcciones piramidales.

Este test es un instrumento no verbal, casi lúdico, que no exige habilidades específicas, por lo que es una técnica con escasa resistencia para ejecutarla y es aplicable desde 5 a los 99

años. El TPC proporciona una rápida y adecuada manera de abordar los aspectos de la afectividad.

Investigación del riesgo suicida en adolescentes con el TPC

Muestra

Se realizó una investigación con 248 adolescentes. La muestra se conformó por pacientes intentantes (hospitalizados por intento de suicidio), pacientes con trastorno alimentario y no pacientes. Previa la firma del consentimiento informado, a los pacientes intentantes se les aplicó entrevista semiestructurada y el TPC. A los pacientes con trastorno alimentario y a los no pacientes, además se les aplicó el ISO-30 (adaptación argentina), a fin de evaluar los que presentaban medio y alto riesgo suicida.

La muestra quedó conformada así:

Pacientes intentantes: 101 adolescentes

Pacientes con Trastorno alimentario: 47 y entre ellos 17 presentaron riesgo suicida

No pacientes: 100 y entre ellos 17 presentaron riesgo suicida

Total de adolescentes con riesgo suicida: 135 adolescentes (26% varones y 74% mujeres)

Análisis de los resultados obtenidos con el TPC

En la muestra de adolescentes que presentaron riesgo suicida, se interpretaron las características de personalidad vinculadas con los indicadores de riesgo suicida, a partir de los resultados de las diferencias cuantitativas, tanto en el aspecto formal como emocional. El enfoque psicodinámico se basa en los aportes de Villemor Amaral (1973); Justo y Van Kolck (1976), quienes fundamentaron sus conclusiones en amplias investigaciones. Las que fueron corroboradas y sintetizadas por Villemor Amaral (2005).

Con esta muestra se pudo diferenciar tres grupos, a partir de la conjunción de aquellas variables que señalan la presencia de factores concurrentes de riesgo suicida:

Grupo 1: Adolescentes que presentan irritabilidad e impulsividad exacerbada junto a una débil capacidad reguladora; con negación, inhibición o constricción como mecanismos de defensa y dificultad para adaptarse al medio, ya sea por rigidización afectiva o retraimiento social; si, además, se conjugan con un suceso que implique un quiebre de su precario equilibrio, el riesgo suicida aumenta.

Pía, 15 años, presentó en el TPC:

Fuerte excitación e impulsividad con probable descarga súbita, explosiva e imprevisible ($R\uparrow+Vi\uparrow$) ante una eventual ruptura de mecanismos represores ($Az\downarrow$); frágil capacidad de elaboración interna ($Vd\downarrow+R\uparrow$) y con una estructura de personalidad lábil ($R\uparrow+B\uparrow$) y dificultad para la adaptación al medio social (S. Estímulo $\uparrow$)

Se había tomado un frasco de pastillas porque no le habían dado permiso para ir a una fiesta. Expresó “como me dijo que no, me dio bronca, prefería estar muerta, por eso me las tomé”.

Grupo 2: Adolescentes con alto monto de ansiedad por falta de amparo y protección, con una precaria capacidad reguladora y dificultad para su adaptación al medio social ya sea por rigidización afectiva o retraimiento social.

Sabrina, 14 años en el TPC se observó:

Débiles mecanismos de control ($Az\downarrow$, S. Incoloro $\downarrow$, N y G ausentes) y labilidad estructural ($Ma\downarrow$). Fuerte receptividad interna y sobrecarga de ansiedad que puede comprometer el equilibrio. Puede quebrar su homeostasis si tiene un fuerte estímulo externo ($Vd\uparrow+Vi\uparrow$)

Los padres le prohíben tener un novio, no le permiten salidas, ni celular, la llevan y traen del colegio y la amenazan con internarla en un «reformatorio». Ante esto se toma todos los comprimidos que había en su casa.

Grupo 3: Adolescentes que además de presentar una impulsividad exacerbada, presentan una fuerte sobrecarga de ansiedad, los que - si se acompañan de mecanismos de control yoicos frágiles o excesivamente represivos - aumentan las posibilidades de reacciones súbitas e imprevisibles, ante situaciones conflictivas y/o frustrantes

Lorena, 16 años, en el TPC se observó:

Presenta excitación e impulsividad ($R\uparrow + Vi\uparrow$ y $R\uparrow + N\uparrow$) vinculada a ansiedad por temor al desamparo e indefensión ($Vi\ 1\uparrow$), con débiles mecanismos de control yoico ($Az\downarrow$ y $S. Fría\ \downarrow$), y bajas posibilidades de elaboración ($Vd\downarrow + R\uparrow$) incrementan la posibilidad de descargas explosivas e imprevisibles.

Tenía conflictos con su novio porque la celaba. "Falleció una tía, yo era regalona de ella. Se van todos al velorio, quedé sola en casa. Tomé muchas pastillas y me acosté a dormir... ahora me arrepiento, me podía haber muerto"

Conclusiones

El TPC no ha resultado de utilidad para establecer diagnósticos nosográficos, en la muestra estudiada; sin embargo, es posible comprender la dinámica de personalidad del evaluado, porque se trata de un instrumento que permite comprender la dinámica intrapsíquica.

En la adolescencia, la autoagresión se vuelve una defensa ante sentimientos dolorosos e intolerables, cuya dinámica intrapsíquica puede manifestarse de diversas formas: autolesión, adicción, trastorno alimentario, descuido en el cuidado del cuerpo, intentos de suicidio y suicidio.

Por ello, en todo psicodiagnóstico de adolescentes deberá considerarse de rutina el riesgo suicida; y más que buscar indicadores significativos a través de un instrumento,

necesitamos aplicar técnicas que nos permitan identificar la dinámica de su funcionamiento psíquico, cuyo frágil equilibrio lo deja vulnerable ante situaciones imprevisibles, máximo cuando proviene de un entorno familiar disfuncional.

Referencias Bibliográficas:

Assef, J. (2013). *La subjetividad hipermoderna*. Buenos Aires: Grama.

Baños-Chaparro, J. (2022). Duelo por suicidio: ¿Qué sucede después en la familia? *Revista de Investigación en Psicología*, 25(1), e22287. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i1.22287>

De Bedout Hoyos, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *Revista Internacional de Investigación Psicológica*, 1(2), 53–63.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023508007>

Elkind, D. (1978). *Niños y adolescentes*. Barcelona: Oikos-Tau.

Freuchen, A., & Grøholt, B. (2013). *A study of suicide notes left by children and young teens*.
<https://digest.bps.org.uk/2013/10/a-study-of-suicide-note-left-by.html>

Freud, S. (1975c). El yo y el ello (J. L. Etcheverry, Trad.). En J. Strachey (Comp.), *Obras completas* (Vol. 19, pp. 1–66). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923)

Giedd, J. (2018). La plasticidad del cerebro adolescente. *Cuadernos de Mente y Cerebro*, 21. (Ed. española de Scientific American Mind)

Justo, H., & Van Kolck, T. (1996). *O Teste das pirâmides de côres*. São Paulo: Vetor Editora.

Lipovetsky, G. (2004, marzo 14). O caos organizador [Entrevista]. *Folha de São Paulo*.
<https://www1.folha.uol.com.br>

Martínez-Hernández, Á., & García, A. M. (2010). Un infinito que no acaba: Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). *Salud Mental*, 33(2), 145–152.

Ministerio de Salud. (2010). *Guía clínica de recomendaciones para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Washington: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

OPS - Ministerio de Salud. (2012). *2º Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina 2012*.

https://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, MSAL, & UNICEF. (2016). *Situación de los y las adolescentes en Argentina*.

Pugliese, S. (2011). Violencia familiar y suicidio en niños y adolescentes. Trabajo presentado en el XXXIII Congreso Interamericano de Psicología, Medellín, Colombia.

Pugliese, S. (2022). *¡SOS, me duele esta vida! Diagnóstico del suicidio adolescente con el Test de las Pirámides de Pfister*. Madrid: Psimática.

San Agustín. (n.d.). *La ciudad de Dios* (Cap. XX).

<https://books.google.com.ar/books?isbn=9791029900396>

Stirn, A., & Hinz, A. (2008). Tattoos, body piercings, and self-injury: Is there a connection?

Investigations on a core group of participants practicing body modification. *Psychotherapy Research*, 18(3), 326–333. <https://doi.org/10.1080/10503300701506938>

Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665–1670.

Vega, M., Blasco, H., Baca, E., & Díaz, C. (2002). El suicidio. *Salud Global. Salud Mental, Atención Primaria*, 2(4), 1–15.

Villemor-Amaral, A. E. (2005). *As Pirâmides Coloridas de Pfister*. São Paulo: CETEPP.

Villemor-Amaral, A. E. (2014). *As Pirâmides Coloridas de Pfister. Versão para Crianças e*

Adolescentes. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, F. (1976). *Pirâmides Coloridas de Pfister*. Río de Janeiro: CEPA.

Anexo

Tabla de símbolos:

Az: Azul

R: Rojo

Vd: Verde

Vi: Violeta

Na: Naranja

Am: Amarillo

Ma: Marrón

N: Negro

B: Blanco

G: Gris

S.N: Síndrome Normal

S.E: Síndrome Estímulo

S.F: Síndrome Frío

S.I.: Síndrome Incoloro

↑: valor aumentado

↓: valor disminuído