



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Inostroza R., Carolina; Cova S., Félix; Bustos N., Claudio; Quijada I., Yanet
Desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea median la relación entre
síntomatología depresiva y conducta suicida no letal en pacientes de salud mental
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 53, núm. 4, octubre-diciembre, 2015, pp. 231-
240
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331543358003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea median la relación entre sintomatología depresiva y conducta suicida no letal en pacientes de salud mental

Hopelessness and task-oriented coping mediate the association between depressive symptomatology and non-lethal suicidal behavior in mental health patients

Carolina Inostroza R.^{1,a}, Félix Cova S.^{2,a}, Claudio Bustos N.^{1,a} y Yanet Quijada I.^{3,a}

Introduction: Suicide is a relevant subject to public health. Its incidence has increased in Chile during the last decade. The current study aims to analyze psychological factors mediating the influence of depressive symptomatology in suicide ideation and attempt in mental health patients.

Method: 96 mental health patients from public services and private practice, 67% female, with an average age of 30.7 years ($SD = 12.2$) answered Goldberg's 12 item general health questionnaire (GHQ-12), Beck's hopelessness scale (BHS) and coping inventory for stressful situations (CISS-21). Logistic regression and mediation analysis were used to establish suicide ideation and lifetime suicide attempt risk. **Results:** 22.9% of patients had suicide ideation during the last six months and 41.7% tried to commit suicide at least once during their lives. Logistic regression results shows that, after controlling for depressive symptomatology, hopelessness influences suicide ideation, and task-oriented coping influences lifetime suicide attempt. Hopelessness mediates the association between depressive symptoms and suicide ideation, and task-oriented coping mediates the association between depressive symptomatology and history of suicide attempt. **Conclusions:** Psychological factors such as hopelessness and task-oriented coping mediate the association between depressive symptomatology and non-lethal suicidal behavior, therefore they must be specifically considered in the treatment of patients at suicide risk.

Key words: Non-lethal suicidal behavior, depression, hopelessness, coping.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2015; 53 (4): 231-240

Recibido: 27/08/2015

Aceptado: 05/10/2015

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

Investigación financiada por la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (CONICYT), Chile, Beca Nacional de Doctorado N° 21120340.

¹ Doctorado en Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Chile.

² Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Chile.

³ Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, Chile.

^a Psicólogos.

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la segunda causa de muerte entre los 15 a 25 años, y en los pacientes de salud mental^{1,2}. En nuestro país, la tasa de suicidio el año 2009 fue de 12,7 por cada 100.000 habitantes³. Pese a los avances del Programa Nacional de Salud Mental, en Chile las tasas de suicidio vienen ascendiendo en forma sostenida durante los últimos años²⁻⁴, por lo que su reducción es un objetivo sanitario^{2,3}.

La conducta suicida incluye conducta suicida no letal (ideación suicida, plan suicida e intento de suicidio) y suicidio⁵. En Chile, estudios poblacionales muestran que un 14,3% de los adultos han presentado ideación suicida alguna vez en la vida, y que un 7,7% han realizado un intento de suicidio⁶. Aunque la mayoría de los intentos de suicidio no termina en muerte, sí aumentan el riesgo de heridas graves, sufrimiento y nuevos intentos de suicidio⁷.

El fenómeno del suicidio es un problema complejo, resultando de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales^{2,8}. A nivel internacional existe abundante investigación sobre correlatos y factores de riesgo relacionados con suicidio y conducta suicida no letal^{2,5,8}. Uno de los factores de riesgo con mayor peso y especificidad es el intento suicida previo. Estudios de seguimiento han detectado que el antecedente de intento de suicidio, aumenta el riesgo de morir por suicidio especialmente dentro de los dos años siguientes⁹⁻¹¹, siendo el principal factor de riesgo en población general². Asimismo, la presencia de un trastorno mental es otro factor de riesgo. Un 90% de las personas que mueren por suicidio tienen un diagnóstico psiquiátrico, en su mayoría trastorno depresivo^{2,8,12}.

En esta línea, modelos psicológicos de conducta suicida como la teoría cognitiva de Beck¹³, interpersonal de Joiner¹⁴ o modelo conductual dialéctico de Linehan¹⁵ presentan constructos como desesperanza, necesidades insatisfechas, baja capacidad de resolución de problemas, impulsividad, afrontamiento y baja regulación emocional, que permiten

tanto comprender como ayudar terapéuticamente a quienes presentan riesgo suicida¹⁶.

La desesperanza, entendida como creencias negativas respecto al futuro, es un esquema cognitivo que potencia sesgos cognitivos para atender y procesar estímulos de forma distorsionada, lo que llevaría a percibir el suicidio como la única salida, generando ideación suicida¹⁶. Estudios empíricos han comprobado que la desesperanza tiene poder predictivo para conducta suicida letal y no letal¹².

El modelo de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman¹⁷ plantea que frente a un evento estresor las personas pueden utilizar estrategias de afrontamiento centradas en la tarea o problema –denominadas también activas–, o estrategias de afrontamiento centradas en la emoción –también conocidas como evitativas–. La mayoría de las investigaciones en afrontamiento y conducta suicida se han realizado en adolescentes, detectándose influencia del afrontamiento evitativo y emocional, y bajo uso del afrontamiento centrado en la tarea, en conducta suicida no letal¹⁸⁻²⁰.

El propósito de este estudio es identificar el rol mediador de la desesperanza y de ciertos estilos de afrontamiento en la presencia de conducta suicida en pacientes adultos de salud mental de la provincia de Concepción. Dada la dificultad de estudiar personas que se suicidan, se analizan las relaciones con conducta suicida no letal (ideación e intento suicida). La identificación de factores de riesgo de conducta suicida específicos en personas con trastornos mentales y usuarios de servicios clínicos es de especial relevancia con fines preventivos como terapéuticos²¹.

Método

Diseño

Se realizó un estudio transversal correlacional.

Participantes

Participaron del estudio pacientes de salud mental de nivel primario (47,9%), secundario (15,6%), y consulta particular (36,5%) de la provincia de Concepción; quienes se encontraban en tratamiento por diagnósticos depresivos y/o

ansiosos. La muestra la compusieron 96 pacientes, un 67,0% mujeres y 33,0% de hombres, con una edad promedio de 30,7 años (DS = 12,2; rango 18 a 59 años).

Instrumentos

*Cuestionario de salud de Goldberg, GHQ-12*²²: Instrumento auto-administrado diseñado para detectar posibles casos de trastornos mentales comunes. La versión de 12 ítems utilizada se centra fundamentalmente en sintomatología depresiva²³. En Chile, su uso forma parte de la guía clínica del Ministerio de Salud para detectar casos de depresión en atención primaria. Es un instrumento breve, ampliamente utilizado en investigación y salud, con buenas propiedades psicométricas a nivel internacional y nacional^{23,24}. Para los análisis se utilizó la codificación original de 0 a 3 puntos, con un puntaje máximo total de 36 puntos, en el que a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva.

*Cuestionario de desesperanza de Beck, BHS*²⁵: Cuestionario autoaplicado de 20 ítems dicotómicos que mide actitudes hacia las expectativas futuras, con un puntaje que va de 0 a 20 puntos, donde a mayor puntaje refleja mayor desesperanza. Múltiples investigaciones han obtenido alta fiabilidad, validez concurrente y predictiva con riesgo suicida. En su uso traducido al español también ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas²⁶.

Inventario de afrontamiento a situaciones estresantes, versión breve, CISS-21^{27,28}: Auto-informe que evalúa tres dimensiones de afrontamiento en circunstancias estresantes: afrontamiento centrado en la tarea, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento evitativo. La escala de afrontamiento evitativo cuenta con dos subescalas: distracción y diversión social²⁷. La versión breve del instrumento consta de 21 ítems a los que el sujeto contesta mediante escalas Likert de 5 puntos. Estudios del CISS-21 han obtenido indicadores adecuados de fiabilidad y validez en muestras internacionales y nacionales²⁹ (Inostroza & Cova, en preparación). Las escalas de afrontamiento centrado en la tarea y afrontamiento centrado en la emoción, cuentan con siete ítems respectivamente, con un puntaje

total de 5 a 35 puntos, donde a mayor puntaje mayor uso de la estrategia de afrontamiento. Las subescalas de evitación: distracción y diversión social cuentan con 3 ítems cada una, con un puntaje total de 3 a 9 puntos.

Evaluación conducta suicida no letal: Para evaluar conducta suicida no letal se realizaron dos preguntas con formato cerrado dicotómico de respuesta: En los últimos seis meses, ¿En algún momento ha pensado en quitarse la vida? (Ideación suicida últimos seis meses) y ¿Alguna vez en su vida ha intentado suicidarse? (Antecedente de intento de suicidio).

Procedimiento

Los procedimientos de esta investigación respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (1964), actualizadas en el año 2013³⁰. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Concepción y la autorización de los directivos de los establecimientos de salud a los cuales asistían los pacientes. Los pacientes fueron contactados al asistir a su consulta psicológica habitual por un psicólogo en práctica entrenado, quien les presentó los objetivos de la investigación y solicitó su participación voluntaria a través de consentimiento informado. Los cuestionarios fueron respondidos en forma autónoma, en un espacio privado, supervisado por el encuestador.

Análisis de datos

Se utilizó el software estadístico R versión 3.1.2. Para evitar sesgos derivados de la pérdida de casos se usaron procedimientos de imputación múltiple³¹. Específicamente, se utilizó el método de ecuaciones encadenadas implementado en la librería estadística *mice* de R³². Para el análisis de influencia de las variables independientes en la conducta suicida no letal se realizaron análisis de regresión logística sobre las variables dicotómicas: Ideación suicida en los últimos seis meses y Antecedente de intento de suicidio. Las hipótesis de mediación³³ se verificaron mediante los análisis propuestos por MacKinnon³⁴ para variables dicotómicas.

Resultados

Conducta suicida no letal

Un 22,9% (n = 22) de los pacientes ha presentado ideación suicida en los últimos seis meses (15,4% de las mujeres y 38,7% de los hombres. $\chi^2 = 6,04$; p = 0,01). Un 41,7% (n = 31) de los participantes ha realizado algún intento de suicidio durante su vida (38,5% de las mujeres y 48,4% de los hombres. $\chi^2 = 0,64$; p = 0,28).

Asociaciones entre variables

La Tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos y coeficientes de confiabilidad de las escalas utilizadas.

En la Tabla 2 se muestran las correlaciones de Pearson de las escalas utilizadas.

Es posible observar una relación positiva y moderada entre sintomatología depresiva y desesperanza y afrontamiento centrado en la emoción; así como una relación inversa y moderada entre síntomas depresivos y afrontamiento centrado en la tarea. La desesperanza presenta una asociación negativa y moderada con afrontamiento centrado

en la tarea, y positiva y moderada con afrontamiento centrado en la emoción.

Influencia de la desesperanza y los estilos de afrontamiento sobre ideación suicida en los últimos seis meses

Para evaluar la influencia de las variables del estudio sobre la ideación suicida se realizó una regresión logística jerárquica (Tabla 3).

Se incorporaron en el primer paso las variables sexo, edad y síntomas depresivos como variables de control para el modelo. En el primer paso se observa que el género femenino opera en esta muestra como factor protector sobre la ideación suicida (OR = 0,18; IC 95%: 0,05-0,60) y que la sintomatología depresiva aumenta el riesgo de presentar ideación suicida (OR = 2,70; IC 95%: 1,41-5,15). En el segundo paso, al incorporar las variables desesperanza y los dos tipos de afrontamiento como predictoras, la desesperanza se muestra como un factor de riesgo independiente para ideación suicida (OR = 2,43, IC 95%: 1,18-5,02) y, el sexo y los síntomas depresivos pierden su poder predictor. En ambos pasos el modelo presenta un buen

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y consistencia interna de las variables del estudio

	GHQ-12 ^a	BHS ^b	CISS-21 ACT ^c	CISS-21 ACE ^d
M (DS)	15,99 (7,50)	4,49 (4,54)	23,26 (5,57)	23,37 (6,01)
Rango	1-32	0-18	7-35	8-35
Alpha de Cronbach	0,89	0,88	0,82	0,82

^a Escala de salud general de Goldberg; ^b Escala de desesperanza de Beck; ^c Escala de afrontamiento a situaciones estresantes: Afrontamiento centrado en la tarea; ^d Escala de afrontamiento a situaciones estresantes: afrontamiento centrado en la emoción.

Tabla 2. Correlaciones de Pearson entre las variables del estudio

	Síntomas depresivos	Desesperanza	Afrontamiento tarea	Afrontamiento emoción
Síntomas depresivos	-			
Desesperanza	0,57**	-		
Afrontamiento tarea	-0,48**	-0,40**	-	
Afrontamiento emoción	0,45**	0,37**	-0,43	-

*p < 0,05; **p < 0,01.

Tabla 3. Coeficientes, significación estadística y odds ratio para los predictores estudiados en el modelo de ideación suicida de los últimos seis meses

		B	EE	Wald	OR	95% IC para OR
Paso 1	Sexo	-1,70**	0,60	7,98	0,18	0,05 - 0,60
	Edad	0,01	0,02	0,11	1,01	0,96 - 1,06
	Síntomas depresivos	0,99**	0,33	9,06	2,70	1,41 - 5,15
	Constante	-0,58***	0,78	0,56	0,60	
Paso 2	Sexo	-1,22	0,68	3,19	0,30	0,08 - 1,13
	Edad	-0,02	0,03	0,31	0,99	0,93 - 1,04
	Síntomas depresivos	0,21	0,43	0,24	1,24	0,53 - 2,87
	Desesperanza	0,89*	0,37	5,79	2,43	1,18 - 5,02
	A. problema	-0,50	0,38	1,70	0,61	0,29 - 1,28
	A. emoción	0,42	0,36	1,36	1,53	0,75 - 3,12
	Constante	-0,42	0,85	0,24	0,66	

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

ajuste a los datos. Usando la prueba de Hosmer y Lemeshow se observa que el modelo ajusta en el paso 1: $\chi^2(8) = 5,54$; $p = 0,70$; R^2 Nagelkerke = 0,28; y en el paso 2: $\chi^2(8) = 8,12$; R^2 Nagelkerke = 0,42. La prueba omnibus informa que aumenta el poder explicativo al agregarse desesperanza y ambos afrontamientos en el paso 2, $\chi^2(3) = 11,70$; $p = 0,09$.

Mediación de la desesperanza en la relación entre síntomas depresivos e ideación suicida

Considerando que la variable ideación suicida es una variable dicotómica, se siguieron las indicaciones propuestas por McKinnon³⁴ para evaluar mediación con variables de este tipo. Dentro de este modelo, se considera que existe mediación cuando el producto del coeficiente de la regresión de la variable independiente sobre la mediadora (a) y el coeficiente de la regresión de la variable mediadora sobre la dependiente (b) no es cero. Siendo (a) la regresión entre síntomas depresivos y desesperanza, y (b) la regresión de desesperanza sobre la ideación suicida, la hipótesis nula estadística se definió como $H_0: ab = 0$ en la población. Se considera rechazada la hipótesis nula si el intervalo de confianza *bootstrap* para el efecto indirecto al 95% excluye el 0³⁵. Para verificar o rechazar esta hipótesis, se realizó un remuestreo de 10.000 muestras sobre el producto de estos coeficientes. El valor para

la muestra del producto de coeficientes es $ab = 0,67$. El intervalo *bootstrap* al 95% de confianza en 10.000 muestras es de $IC = (0,29; 1,36)$, lo que permite rechazar la hipótesis nula, observándose mediación de la desesperanza en la relación entre síntomas depresivos e ideación suicida.

Influencia de la desesperanza y los estilos de afrontamiento sobre antecedente de intento de suicidio en la vida

La Tabla 4 muestra los resultados de la regresión logística sobre el antecedente de intento de suicidio en la vida. En el paso 1 se observa que la sintomatología depresiva actúa como un indicador de riesgo para el antecedente de intento de suicidio ($OR = 2,00$; $IC\ 95\%: 1,23-3,22$). Al introducir desesperanza y los dos tipos de afrontamientos como variables predictoras en el paso 2, se observa que el uso de estrategias de afrontamiento orientadas a la tarea opera como un factor protector para haber realizado un intento de suicidio ($OR = 0,54$; $IC\ 95\%: 0,31-0,96$), sin observarse influencia predictiva independiente de los síntomas depresivos. En ambos pasos el modelo presenta un buen ajuste a los datos. La prueba de Hosmer y Lemeshow de ajuste del modelo a los datos reporta ajuste en el paso 1: $\chi^2(8) = 8,90$; $p = 0,35$; R^2 Nagelkerke = 0,16; y en el paso 2: $\chi^2(8) = 3,97$; $p = 0,86$; R^2 Nagelkerke = 0,27. De acuerdo a la prueba omnibus se detecta aumento del poder explicativo al

Tabla 4. Coeficientes, significación estadística y odds ratio para los predictores estudiados en el modelo de antecedente de intento de suicidio en la vida

		B	EE	Wald	OR	95% IC para OR
Paso 1	Sexo	-0,65	0,50	1,73	0,53	0,20 - 1,38
	Edad	0,02	0,02	0,75	1,02	0,98 - 1,06
	Síntomas depresivos	0,69**	0,25	7,74	2,00	1,23 - 3,22
	Constante	-0,40	0,65	0,37	0,68	
Paso 2	Sexo	-0,40	0,57	0,49	0,67	0,22 - 2,04
	Edad	0,01	0,02	0,23	1,01	0,97 - 1,05
	Síntomas depresivos	0,08	0,33	0,05	1,08	0,56 - 2,07
	Desesperanza	0,45	0,32	1,98	1,57	0,84 - 2,93
	A. problema	-0,61*	0,29	4,41	0,54	0,31 - 0,96
	A. emoción	0,27	0,28	0,90	1,31	0,75 - 2,26
	Constante	-0,39	0,69	0,32	0,68	

*p < 0,05; **p < 0,01.

agregarse desesperanza y ambos afrontamientos en el paso 2, $\chi^2(3) = 9,16$; p = 0,27.

Mediación del afrontamiento centrado en la tarea en la relación entre síntomas depresivos y antecedente de intento de suicidio

Al igual que en los análisis previos, se analizó un posible efecto de mediación del afrontamiento centrado en la tarea en la relación entre síntomas depresivos y antecedente de intento de suicidio en la vida. Nuevamente se siguieron las indicaciones de McKinnon³⁹ para mediación con variables dicotómicas. El valor para la muestra del producto de coeficientes de regresión es $ab = 0,28$. Siendo (a) en este caso la regresión entre síntomas depresivos y afrontamiento centrado en la tarea, y (b) la regresión de afrontamiento centrado en la tarea sobre el antecedente de intento de suicidio en la vida. El intervalo *bootstrap* al 95% de confianza en 10.000 muestras es de IC = (0,05; 0,66), lo que permite rechazar la hipótesis nula, y señalar efecto de mediación del afrontamiento centrado en la tarea sobre la relación entre síntomas depresivos y antecedente de intento de suicidio.

Discusión

La proporción de pacientes con antecedente de intento de suicidio en la muestra (41,7%) es mayor

que la reportada en otros estudios internacionales sobre prevalencia de conducta suicida en pacientes no hospitalizados, las cuales no superan el 30%^{36,37}. Otros estudios en nuestro país sobre conducta suicida no letal en población adulta general⁶ reportan datos similares, indicando posiblemente una tendencia nacional.

Los resultados muestran que aquellos pacientes con sintomatología depresiva tienen mayor probabilidad de haber presentado tanto ideación suicida como intento de suicidio. No obstante, al incorporar las variables desesperanza y estilos de afrontamiento, los síntomas depresivos pierden su poder predictor, indicando de esta manera el posible rol mediador de ambas variables.

Específicamente, la desesperanza aparece como un factor de riesgo independiente de la sintomatología depresiva para la presencia de ideación suicida. Consecuentemente, el análisis mediacional confirma que la desesperanza actúa como un mediador de la influencia de los síntomas depresivos en la ideación suicida. Estos resultados son coherentes con distintas propuestas teóricas que sitúan a la desesperanza como un factor clave tanto en el desarrollo de la depresión –modelo de desesperanza aprendida³⁸ y modelo cognitivo de la depresión¹³–, como en la conducta suicida –teoría cognitiva¹⁶ e interpersonal del suicidio¹⁴–. En síntesis, la desesperanza representaría un puente teórico y terapéutico entre los síntomas depresivos y la ideación suicida.

En el caso de los estilos de afrontamiento, un mayor estilo emocional se asoció a mayor sintomatología depresiva, mientras que el estilo centrado en la tarea lo hizo de forma inversa, resultados coherentes con otros estudios³⁹. De acuerdo al modelo de estrés afrontamiento¹⁷, aquellas personas que utilizan preferentemente estrategias emocionales o evitativas, y sub-utilizan estrategias centradas en la tarea o solución del problema, mantienen el agente estresor presente, y por lo tanto, el malestar emocional. Así mismo, otras investigaciones relacionan ambos estilos de afrontamiento con conducta suicida no letal¹⁸⁻²⁰. Sin embargo, en este grupo de pacientes, únicamente la escasa utilización de estrategias de afrontamiento centrada en la tarea medió la relación entre síntomas depresivos y antecedente de intento suicida, siendo un constructo con capacidad de transformarse en factor protector específico para intento de suicidio en nuestra población.

En relación a los predictores de conducta suicida, sorprende que la desesperanza no aparezca como un factor influyente en el intento de suicidio, al igual que el afrontamiento centrado en la tarea no influya en la ideación suicida. Esta falta de asociación puede estar ligada con el tiempo a considerar al responder los instrumentos de cada variable. Esto es, la sintomatología depresiva, desesperanza e ideación suicida abarcó una temporalidad de 0 a 6 meses. Por su lado, los estilos de afrontamiento refieren a una tendencia estable en el tiempo, mientras que en el intento suicida se preguntó por prevalencia de vida. De este modo, variables evaluadas en similar período temporal pudieron tener una mayor influencia entre ellas como es el caso de desesperanza, síntomas depresivos e ideación, no afectando al intento de suicidio. Futuros estudios con mayor

control de temporalidad podrían esclarecer estas relaciones.

El carácter transversal de los datos medidos, el reducido tamaño de la muestra y el bajo control de la temporalidad de las relaciones son las principales limitaciones de este estudio. No obstante lo anterior, la muestra incluye a los principales grupos de pacientes ambulatorios en Chile, aquellos provenientes de atención primaria, secundaria y de consulta privada, siendo estos últimos de difícil acceso a nivel investigativo.

El principal hallazgo de este estudio revela que la desesperanza y el afrontamiento centrado en la tarea se relacionan de forma específica, y por sobre el nivel de síntomas depresivos, con ideación suicida y antecedente de intento de suicidio respectivamente. Son resultados de importancia para el diseño de intervenciones psicológicas para la prevención indicada o secundaria de pacientes con riesgo suicida. En esta línea, a nivel internacional, ya se aplican dos protocolos eficaces para la reducción del riesgo suicida⁴⁰: la terapia cognitiva para pacientes suicidas¹³ y la terapia conductual dialéctica¹⁵. Ambos formatos de psicoterapia aplican estrategias de resolución de problemas como forma de enfrentar el estrés y fomentan la esperanza.

Revisiones recientes muestran que las intervenciones psicosociales, sumadas al tratamiento farmacológico de las patologías de base, son necesarias y eficaces para el tratamiento del riesgo suicida^{2,8} al influir sobre los patrones cognitivos, emocionales y conductuales relacionados causal y proximalmente con éste¹⁶. En este sentido, conocer que la desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea se relacionan con el riesgo suicida en población chilena, puede facilitar el desarrollo de formatos breves de intervención para fases críticas como el período post-intento.

Resumen

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública. Pese a los avances en salud mental, las tasas de suicidio han aumentado en Chile en la última década. El presente estudio busca identificar factores psicológicos que medien la influencia de la sintomatología depresiva en la ideación e intento de suicidio en pacientes de salud mental. **Método:** 96 pacientes de salud mental, de servicios públicos y consulta particular, 67% mujeres, con edad promedio de 30,7 años ($DS = 12,2$) respondieron los cuestionarios de salud de Goldberg (GHQ-12), de desesperanza de Beck (BHS) y de afrontamiento a situaciones estresantes (CISS-21). Se realizaron análisis de regresión logística y de mediación para determinar la influencia de los factores psicológicos en la ideación e intento suicida de los pacientes evaluados. **Resultados:** Un 22,9% de los pacientes encuestados había pensado en quitarse la vida en los últimos seis meses y un 41,7% había intentado suicidarse al menos una vez durante su vida. Los resultados de las regresiones logísticas muestran que, controlando la sintomatología depresiva, la desesperanza influye sobre ideación suicida, y el afrontamiento centrado en la tarea sobre el antecedente de intento de suicidio. La desesperanza media la relación entre síntomas depresivos e ideación suicida, y el afrontamiento centrado en la tarea media entre la sintomatología depresiva y antecedente de intento de suicidio. **Conclusiones:** Factores psicológicos como desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea mediarían la relación entre sintomatología depresiva, y conducta suicida no letal, por lo que deben ser considerados de forma específica en el tratamiento de pacientes con riesgo suicida.

Palabras clave: Conducta suicida no letal, depresión, desesperanza, afrontamiento.

Referencias bibliográficas

1. Miller BJ, Paschall CB, Svendsen DP. Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiat Serv* 2006; 57: 1482-7.
2. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.
3. Ministerio de Salud. Norma General Administrativa N° 027: Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2013.
4. Otzen T, Sanhueza A, Manterola C, Escamilla-Cejudo J. Mortalidad por suicidio en Chile: tendencias en los últimos años. *Rev Med Chile* 2014; 142 (3): 305-13.
5. Nock M, Borges G, Bromet E, Cha C, Kessler R, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-54.
6. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Rev Med Chile* 2013; 141 (10): 1275-82.
7. Stein DJ, Chiu WT, Hwang I, Kessler RC, Sampson N, *et al.* Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS ONE* 2010; 5 (5): e10574.
8. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, *et al.* The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiat* 2012; 27 (2): 129-41.
9. Choi J, Park S, Yi K, Hong H. Suicide mortality of suicide attempt patients discharged from emergency room, nonsuicidal psychiatric patients discharged from emergency room, admitted suicide attempt patients, and admitted nonsuicidal

- psychiatric patients. *Arch Suicide Res* 2012; 43: 235-43.
10. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust NZ J Psychiatry* 2007; 41 (3): 257-65.
 11. Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Aust NZ J Psychiatry* 2005; 39: 95-100.
 12. Wenzel A, Berchick ER, Tenhave T, Halberstadt S, Brown GK, Beck AT. Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: a 30-year prospective study. *J Affect Disorders* 2011; 132 (3): 375-82.
 13. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. *Cognitive Therapy for Suicidal Patients. Scientific and Clinical Applications*. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.
 14. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* 2010; 117: 575-600.
 15. Linehan MM, Dexter-Mazza ET. Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder. In DH. Barlow (ed). *Clinical Handbook of Psychological Disorders (Fourth Edition)* (pp. 365-420). New York: Guilford Press, 2008.
 16. Wenzel A, Beck AT. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Appl Prev Psychol* 2008; 12: 189-201.
 17. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
 18. Kim HS, Ki HS. Risk factors for suicide attempts among Korean adolescents. *Child Psychiat Hum D* 2008; 39: 221-35.
 19. Fidan T, Ceyhun H, Kirpınar I. Coping Strategies and Family Functionality in Youths with or Without Suicide Attempts. *Arch Neuropsych* 2011; 48 (3): 195-200.
 20. Nruugham L, Holen A, Sund AM. Suicide Attempters and Repeaters: Depression and Coping: A Prospective Study of Early Adolescents Followed up as Young Adults. *J Nerv Ment D* 2012; 200: 197-203.
 21. Echávarri O, Morales S, Bedregal P, Barros J, Maino M, Fischman R, *et al.* ¿Por qué no me suicidaría? Comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida. *Psykhé* 2015; 24 (1): 1-11.
 22. Golberg DP, Williams P. *A User's Guide to the GHQ*. Windsor: NFER-Nelson, 1988.
 23. Romppel M, Braehler E, Roth M, Glaesmer H. What is the General Health Questionnaire-12 assessing?: Dimensionality and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in a large scale German population sample. *Compr Psychiat* 2013; 54 (4): 406-13.
 24. Garmendia ML. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Rev Chil Salud Pública* 2007; 11 (2): 57-65.
 25. Beck AT, Weissman D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psych* 1974; 42: 861-5.
 26. Baader T, Rojas C, Molina JL, Gotelli M, Álamo C, Fierro C, *et al.* Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2014; 52 (3): 167-76.
 27. Endler N, Parker J. Coping Inventory for Stressful Situations, CISS, multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58 (5): 844-54.
 28. Sánchez-Elvira A. *Spanish Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*. Canadá: MultiHealth Systems Inc, 1997.
 29. Cohan SL, Jang KL, Stein MB. Confirmatory factor analysis of a short form of the Coping Inventory for Stressful Situations. *J Clin Psych* 2006; 62 (3): 273-83.
 30. Asociación Médica Mundial, WMA (1964, 2013). *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
 31. Peugh JL, Enders CK. Missing data in educational research: A review of reporting practices and suggestions for improvement. *Rev Educ Res* 2004; 74 (4): 525-56.

32. van Buuren S, Groothuis-Oudshoorn K. Mice: Multivariate imputation by chained equations in R. *J Stat Soft* 2011; 45 (3): 1-65. Available from <http://doc.utwente.nl/78938/1/Buuren11mice.pdf>
33. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 1173-82.
34. MacKinnon D. *Introduction to Statistical Mediation Analysis*. New York: Taylor and Francis, 2008.
35. Hayes AF, Preacher KJ. Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable [White paper]. 2013. Available from <http://www.afhayes.com/>
36. Mekonnen D, Kebede Y. The prevalence of suicidal ideation and attempts among individuals attending an adult psychiatry out-patient clinic in Gondar, Ethiopia. *Afr Heal Sci* 2011; 11 (1).
37. Öyekçin DG, Ahin EM. Suicidal ideations and attempts in patients admitted to psychiatry out-patient clinic. *Eval* 2013: 76-80.
38. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychol Rev* 1989; 96 (2): 358.
39. Thompson RJ, Mata J, Jaeggi SM, Buschkuhl M, Jonides J, Gotlib IH. Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state. *Behav Res Ther* 2010; 48 (6): 459-66.
40. Daigle M, Pouliot L, Chagnon F, Greenfield B, Mishara B. Suicide attempts: Prevention of repetition. *Can J Psychiat* 2011; 56: 621-9.

Correspondencia:

Carolina Inostroza

Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, casilla 160-C, Concepción.

Teléfono: 41-2204301

E-mail: caroinostroza@udec.cl