



Psykhe

ISSN: 0717-0297

psykhe@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile
Chile

Morales, Susana; Echávarri, Orietta; Barros, Jorge; Maino, María de la Paz; Armijo, Iván;
Fischman, Ronit; Núñez, Catalina; Moya, Claudia; Monari, Marietta
Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar
Interpersonal y Satisfacción Familiar
Psykhe, vol. 26, núm. 1, 2017, pp. 1-14
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96751112006>

- 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

Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar

Suicidal Ideation and Attempt in Mental Health Patients: Depressive Styles, Interpersonal Discomfort, and Family Satisfaction

Susana Morales, Orietta Echávarri, Jorge Barros y María de la Paz Maino
Pontificia Universidad Católica de Chile

Iván Armijo
Universidad Gabriela Mistral

Ronit Fischman y Catalina Núñez
Instituto Milenio de Investigación en Depresión y Personalidad

Claudia Moya
Universidad San Sebastián

Marietta Monari
Santiago, Chile

Se estudió la relación entre estilo de vivencia depresiva, satisfacción familiar, malestar en las relaciones interpersonales y conducta suicida en 405 consultantes a salud mental en la Región Metropolitana, Chile, a través de una muestra intencionada. Se clasificaron en: intento de suicidio de alta gravedad, intento de suicidio de baja gravedad, ideación suicida y sin conducta suicida. Se utilizaron los instrumentos DEQ, OQ-45.2, APGAR, RFL, Escala de Riesgo-Rescate y Escala de Intención Suicida. Se realizaron ANOVA, χ^2 y modelos de mediación y moderación de procesos condicionales. El grupo con intento suicida de alta gravedad mostró una predominancia del estilo dependiente. Hubo una alta presencia del estilo autocrítico en la muestra total, especialmente en el grupo con ideación suicida. Los grupos con riesgo suicida presentaron mayores índices disfuncionales de malestar interpersonal y una mayor percepción de disfuncionalidad familiar grave que el grupo sin conducta suicida. La satisfacción con el funcionamiento familiar mostró un efecto en la intencionalidad de morir al momento del intento de suicidio. Estos resultados subrayan la importancia del funcionamiento familiar y las relaciones interpersonales en el riesgo suicida.

Palabras clave: suicidio, relaciones familiares, relaciones interpersonales, trastorno depresivo, riesgo suicida

The relationship between depressive experience style, family satisfaction, discomfort in interpersonal relationships, and suicidal behavior was studied in a purposive sample of 405 mental health patients in the Metropolitan Region of Chile. They were classified into high severity suicide attempt, low severity suicide attempt, suicidal ideation, and no suicidal behavior. The instruments used were: DEQ, OQ-45.2, APGAR, RFL, Risk-Rescue Rating Scale, and Suicidal Intent Scale. ANOVA, χ^2 , and models of mediation and moderation of conditional processes were conducted. The high severity suicide attempt group showed a significant predominance of the dependent style compared with the group without suicidal behavior. There was a high presence of the self-critical style throughout the sample, especially in the suicidal ideation group. The groups with suicide risk had higher dysfunctional rates of interpersonal discomfort and a greater perception of severe family dysfunction than the group without suicidal behavior. Satisfaction with family functioning was observed to influence the intention to die at the time of the suicide attempt. These results underscore the importance of family functioning and interpersonal relationships in suicide risk.

Keywords: suicide, family relations, interpersonal relations, depressive disorder, suicide risk

Susana Morales, Orietta Echávarri, Jorge Barros y María de la Paz Maino, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; Iván Armijo, Escuela de Psicología, Universidad Gabriela Mistral, Santiago, Chile; Ronit Fischman y Catalina Núñez, Instituto Milenio de Investigación en Depresión y Personalidad, Santiago, Chile; Claudia Moya, Escuela de Enfermería, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile; Marietta Monari, Santiago, Chile.

Este estudio recibió financiamiento del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT de Iniciación de Investigación N° 11121390) y el apoyo del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005. Cuenta con el patrocinio del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Los autores agradecen a la Clínica San Carlos de Apoquindo y al Centro de Salud Mental San Joaquín, de la Red Salud UC Christus, y al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Complejo Asistencial Hospital Dr. Sótero del Río.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Susana Morales, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Camino El Alba 12.351, Las Condes, Santiago, Chile. E-mail: sumorales@gmail.com

El suicidio constituye un grave problema de salud pública en todo el mundo, experimentando un importante crecimiento en sus tasas en los últimos 50 años. Actualmente mueren alrededor de un millón de personas al año y se espera que para el 2020 esta cifra llegue a 1,5 millones (World Health Organization, 2014). Chile ha alcanzado una tasa de suicidio de 11 por 100.000 habitantes, ocupando el lugar número 21 entre los países miembros de la Organización Para la Cooperación y Desarrollo Económico (2015). Resulta alarmante el aumento de adolescentes que fallecen por “causas externas”, tales como homicidio, accidentes de tránsito y suicidio, representando en la actualidad un 60% del total de muertes para este grupo etario (Chile, Ministerio de Salud [MINSAL], 2013a).

La situación descrita lleva a anticipar un aumento en los años de vida perdidos por discapacidad y en la carga de enfermedad en los adultos de los próximos años (MINSAL, 2013a). Frente a este problema, el MINSAL se propuso para la década 2011-2020 disminuir en un 15% el aumento en la tasa proyectada de suicidio adolescente (MINSAL, 2011). Para esto, desarrolló el Programa Nacional de Prevención del Suicidio que se encuentra actualmente en etapa de implementación (MINSAL, 2013b).

Con el estudio que se reporta se propuso contribuir a la comprensión de esta problemática, aportando un análisis sobre factores interpersonales y vivencia depresiva y su relación con la protección y el riesgo suicida (intentar suicidarse o pensar activamente en hacerlo).

En la conducta suicida interactúan diversas variables de tipo medioambiental, socio-cultural, familiar, individual y genético. Estos factores influyen de manera particular en cada persona, de acuerdo a su historia, situación vital presente y personalidad (Bellos, Papadopoulos, Fotiadis & Rosso, 2011; Gaynes et al., 2004; MINSAL, 2013b; Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga & Taylor, 2016).

Las dificultades con personas cercanas pueden contribuir al agobio psíquico, al riesgo de sufrir depresión y de realizar una conducta suicida. Los intentos de suicidio suelen ocurrir durante crisis vitales asociadas a conflictos interpersonales y situaciones de aislamiento social. Entre los desencadenantes más frecuentes se encuentran quiebres en relaciones interpersonales o pérdida de una persona significativa (Morales et al., 2016; Rosselló & Berríos Hernández, 2004).

Los trastornos psiquiátricos están altamente asociados a la conducta suicida. En estudios realizados en atención primaria de salud, 90% de las personas que murieron por suicidio tenían un diagnóstico psiquiátrico. De estos, un 80% presentaba sintomatología depresiva (Urzúa & Caqueo-Úrizar, 2011). Además, existe una importante relación entre la conducta suicida y los trastornos de personalidad, en especial el trastorno límite de la personalidad (American Psychiatric Association, 2013).

Se ha observado que personas después de haber realizado un intento de suicidio se encuentran 50 veces más expuestas a morir por suicidio dentro del año siguiente (Ryan, Nielssen, Paton & Large, 2010). También, tener antecedentes familiares de suicidio consumado se asocia con un riesgo de suicidio hasta cuatro veces mayor (Runeson & Åsberg, 2003).

Ambientes familiares donde se limita la autonomía suelen promover altos niveles de dependencia. Esto se asocia al desarrollo de vulnerabilidad frente a acontecimientos medioambientales y a presentar desconfianza en las propias habilidades de afrontamiento de problemas. Esta vulnerabilidad también es propiciada por el rechazo parental y la hostilidad encubierta en la familia, promoviendo sintomatología depresiva y riesgo de presentar conducta suicida (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976; Campos, Besser & Blatt, 2009; Florenzano et al., 2010; MINSAL, 2013a).

El apoyo social —tener lazos estrechos que acompañan y contienen, junto con tener personas significativas a quien acudir en situación de necesidad— actúa como factor protector de depresión y suicidio. Esto se traduce en la sensación de bienestar con la familia, pareja y amigos, sentirse querido y valorado y experimentar reconocimiento por parte de los demás (Bearman & Moody, 2004; Blatt et al., 1976; Campos et al., 2009).

La familia cumple un rol fundamental en el desarrollo psicológico de la persona, en tanto cuida y protege a sus miembros, promoviendo el desarrollo de competencias personales, como autoestima positiva y bienestar emocional (Pavez, Santander, Carranza & Vera-Villaruel, 2009). La integración familiar y la satisfacción con el funcionamiento familiar serían, entonces, factores que protegen de la conducta suicida y de enfermedades mentales. Del mismo modo, los estilos parentales positivos y de aceptación, la calidad en la relación con los hijos, la amabilidad, la contención, la regulación escolar y el monitoreo parental se relacionan con una menor ideación suicida en adolescentes (Florenzano et al., 2010; Morales et al., 2014).

A nivel individual, las atribuciones que la persona realiza acerca de sí misma sería un factor tanto de protección como de riesgo de presentar sintomatología depresiva y conducta suicida. Estas atribuciones consideran variables tales como sentirse satisfecho con los propios logros, tener habilidades y recursos para enfrentar la vida, tolerar las dificultades y sentirse seguro en la relación con los demás (Blatt et al., 1976; Campos et al., 2009).

Considerando los antecedentes mencionados, el objetivo de esta investigación fue estudiar la relación entre los estilos de vivencia depresiva y la conducta suicida, incluyendo el rol mediador de la satisfacción con el funcionamiento familiar y el malestar en las relaciones interpersonales.

Para lograrlo, se utilizó la propuesta desarrollada por Sidney Blatt, quien planteó una categorización de tres dimensiones del estilo de vivencia depresiva relacionado con la personalidad: Autoeficacia, Autocrítica y Dependencia. La autoeficacia se caracteriza por la confianza en sí mismo, resiliencia y fuerza interior. Esto hace posible el desarrollo de habilidades para asumir responsabilidades, sentirse independiente y satisfecho con los propios logros. La autocrítica se relaciona con vivencias de fallo y culpa y con el sentimiento de ser incapaz de alcanzar altos estándares de eficiencia establecidos por sí mismo y por los otros. La dependencia se caracteriza por una excesiva preocupación por la relación con los demás y con sentimientos devastadores ante la separación, abandono, rechazo y pérdida de apoyo de los otros (Blatt, 2004; Blatt et al., 1976). El desarrollo de los estilos autocrítico y dependiente se ve facilitado por alteraciones en las relaciones tempranas y con personas significativas, sumado a una baja satisfacción en las relaciones interpersonales (Ingram, 2003).

Se ha establecido que tener un estilo autoeficaz protege de la conducta suicida (Campos et al., 2009). Por otro lado, las personas con estilo autocrítico o dependiente tienen un mayor riesgo de presentar conducta suicida, debido a una fragilidad para sobreponerse frente a acontecimientos negativos o adversos, que les producen agobio psíquico. Los intentos de suicidio de personas con altos niveles de autocrítica suelen presentar una alta intención de morir, alto riesgo de muerte, altos niveles de letalidad y menores probabilidades de ser rescatadas (Fazaa & Page, 2009). Además, se ha observado que el estilo autocrítico tendría un rol mediador en la relación entre el rechazo parental y el riesgo de presentar conducta suicida (Campos et al., 2009). Por su parte, personas con altos niveles de dependencia suelen presentar intentos de suicidio de tipo ambivalente, que se caracterizan por menor intención de morir, bajo riesgo de muerte, bajos niveles de letalidad y mayores probabilidades de ser rescatadas (Fazaa & Page, 2009).

El bienestar/malestar en las relaciones interpersonales se refiere a cómo se ha sentido la persona en los últimos días en la relación con otros, ya sean amigos, familiares o pareja. Incluye la satisfacción sexual y si se ha sentido solo, querido o enojado. La satisfacción familiar incluye la percepción en cuanto a la ayuda en momentos de necesidad, la expresión de afectos y emociones, la forma en que se conversan las cosas y comparten los problemas, el apoyo en los proyectos personales y el compartir tiempo, espacio y dinero.

Las hipótesis de este estudio fueron: (a) mayores niveles de estilo autocrítico están asociados a intentos suicidas de alta gravedad, (b) mayores niveles de dependencia están asociados a intentos suicidas de baja gravedad, (c) mayores niveles de autoeficacia están asociados a personas sin conducta suicida, (d) el malestar en las relaciones interpersonales juega un rol mediador en la relación entre los tipos de vivencia depresiva y la conducta suicida, (e) un mayor malestar en las relaciones interpersonales se asocia a intentos suicidas de alta gravedad y (f) la satisfacción con el funcionamiento familiar actúa como una variable mediadora en la relación entre el estilo depresivo y la conducta suicida.

Método

Participantes

La muestra fue seleccionada de forma intencionada, compuesta por 707 consultantes a salud mental de tres centros de atención en tres comunas de la Región Metropolitana, Chile. Incluyó pacientes de 14 años o más, distribuidos en cuatro grupos, según el motivo de consulta por el que se encontraban en tratamiento: (a) quienes realizaron un intento de suicidio de alta gravedad en cuanto a su letalidad e intención de morir, (b) quienes realizaron un intento de suicidio de baja gravedad en cuanto a su letalidad e intención de morir, (c) quienes presentaron ideación suicida y no realizaron un intento de suicidio actual y (d) quienes no presentaron conducta suicida durante el último año. Todos los participantes estaban en tratamiento psiquiátrico al momento de la evaluación y contaban, en su mayoría, con diagnóstico de trastorno del ánimo.

Los participantes fueron seleccionados verificando que cumplieran con los criterios de inclusión: mayor de 14 años, con juicio de realidad conservado y en condiciones de responder las preguntas de la evaluación y de firmar el consentimiento informado. Se establecieron como criterios de exclusión: consultantes que no se encontraran en condiciones emocionales, cognitivas o de estado de conciencia para responder a la evaluación y consultantes con diagnóstico principal de dependencia a sustancias o trastornos alimentarios, psicóticos y cognitivos. La exclusión de participantes con estos diagnósticos como patología dominante se definió con el propósito de controlar la variable de diagnóstico y enfocar los análisis en los trastornos del ánimo. También quedaron fuera de la muestra aquellos consultantes que rechazaron participar en el estudio y quienes no otorgaron su consentimiento. Si bien no hubo un registro individualizado de las personas que rechazaron participar, este grupo se constituyó en un 3% de la muestra.

De los 405 participantes que presentaban sintomatología ansiosa y depresiva y contaban con las evaluaciones completas, la mayoría era mujer, estaba soltero, viudo o separado, vivía con su familia, tenía hijos y tenía estudios superiores (ver el detalle en la Tabla 1). La edad promedio fue de 39,7 años ($DE = 14,9$).

No se encontraron diferencias en intento, ideación y conducta suicida según sexo, estado civil, tenencia de hijos y con quién vive el participante.

Se encontraron diferencias en edad (ver Tabla 1), específicamente detectando una mayor edad del grupo sin conducta suicida respecto de los grupos con ideación e intento, tanto de baja como de alta severidad ($p < 0,001$ en todos los casos), pero sin diferencias entre los grupos que manifiestan ideación o conducta suicida. También se encontraron diferencias en relación a la presencia de estudios superiores, con una mayor presencia de estudios superiores en ambos grupos de intento de suicidio, en comparación con el grupo sin intento ($p < 0,001$).

Instrumentos

Información sociodemográfica y clínica. Corresponde a datos descriptivos del consultante de carácter demográfico, social, clínico y de diagnóstico, incluyendo el motivo de consulta al servicio de salud y descripción de la conducta o ideación suicida, si la hubiere.

Outcome Questionnaire (OQ-45.2). Se usó la versión validada al español para Chile (Lambert et al., 1996; von Bergen & de la Parra, 2002). Evalúa cómo se ha sentido la persona en los últimos días en cuanto: (a) Sintomatología ansiosa y depresiva (e.g.: “Nada me interesa”; 25 ítems, $PC > 43$ = población disfuncional), (b) Relaciones interpersonales (e.g.: “Me llevo bien con otros”; 11 ítems, $PC > 16$ = población disfuncional) y (c) Sentimiento de adecuación en el rol social (e.g.: “Disfruto mi tiempo libre” —roles familiares, empleo y ocio—; 9 ítems, $PC > 14$ = población disfuncional). Los ítems se responden en una escala de tipo Likert de nivel ordinal. Los puntajes son 0, 1, 2, 3 y 4, representando *nunca*, *casi nunca*, *a veces*, *con frecuencia* y *casi siempre*, respectivamente. El rango de puntaje teórico total oscila entre 0 y 180 puntos; a mayor puntaje mayor malestar ($PC > 73$ = población disfuncional). La consistencia interna del instrumento validado para Chile muestra un alfa de Cronbach de 0,93 para la escala total, 0,91 para la subescala de sintomatología ansiosa y depresiva, 0,74 para la subescala bienestar/malestar en las relaciones interpersonales y 0,71 para la subescala sentimientos de adecuación en el rol social (von Bergen & De la Parra, 2002).

Depressive Experience Questionnaire (DEQ). Se utilizó la versión traducida al español (Blatt et al., 1976). Mide dos factores relacionados con la vulnerabilidad de la personalidad que se asocian a depresión: Autocrítica y Dependencia. Existe un tercer factor, considerado protector del riesgo suicida, denominado Autoeficacia. Es una escala tipo Likert de 66 ítems con puntajes que van de 1 (*En total desacuerdo*) a 7 (*En total acuerdo*). Los sistemas de puntuación analizados a través de sintaxis particulares, en las que cada una de las preguntas aporta, en alguna magnitud, a cada uno de los factores y agrupan a los evaluados en alguna de las tres categorías de estilo de vivencia depresivo: autocrítica, dependencia y autoeficacia. En el estudio original los valores de consistencia interna (alfa de Cronbach) fluctuaron entre 0,72 y 0,83 (Blatt et al., 1976). El análisis de consistencia interna del DEQ en la muestra de este estudio arrojó un alfa de Cronbach de 0,84; 0,60 para la subescala de dependencia; 0,79 para la subescala de autocrítica y 0,69 para la subescala de autoeficacia.

Tabla 1
Descripción General de la Muestra (N = 405)

Variable	Intento suicida de alta gravedad	Intento suicida de baja gravedad	Ideación suicida sin intento	Sin conducta suicida	Total	Prueba de diferencias
Número de casos: <i>n</i> (%)	40 (9,9)	41 (10,1)	95 (23,5)	229 (56,5)	405 (100,0)	
Sexo: <i>n</i> (%)						
Hombres	12 (30,0)	11 (26,8)	21 (22,1)	44 (19,2)	88 (21,7)	$\chi^2(3, N = 405) = 3,03, p = 0,386$
Mujeres	28 (70,0)	30 (73,2)	74 (77,9)	185 (80,8)	317 (78,3)	
Edad (años)						
<i>M</i>	31,3	32,4	35,1 ^a	40,9	37,7	$F(3, 400) = 10,28, p < 0,001, \eta^2 = 0,072$
[95% IC]	[26,9, 35,6]	[28,7, 36,1]	[32,3, 37,9]	[39,0, 42,7]	[36,4, 39,1]	
<i>DE</i>	13,6	11,6	13,5	13,9	14,1	
Estado civil: <i>n</i> (%)						
Con pareja	14 (35,0)	11 (26,8)	28 (29,5)	96 (41,9)	149 (36,8)	$\chi^2(3, N = 405) = 6,58, p = 0,086$
Sin pareja	26 (65,0)	30 (73,2)	67 (70,5)	133 (58,1)	256 (63,2)	
Tiene hijos: <i>n</i> (%)	17 (42,5)	19 (46,3)	54 (56,8)	155 (67,7)	245 (60,5)	$F(3, 401) = 2,18, p = 0,090$
Promedio hijos	1,1	1,1	1,4	1,0	1,1	
<i>DE</i>	1,8	1,6	1,5	1,0	1,3	
Vive con: <i>n</i> (%)						
Solo	4 (10,0)	5 (12,2)	7 (7,3)	21 (9,2)	37 (9,1)	$\chi^2(6, N = 376) = 8,37, p = 0,212$
Pareja	1 (2,5)	2 (4,9)	11 (11,6)	38 (16,6)	52 (12,8)	
Familia	30 (75,0)	26 (63,4)	68 (71,6)	163 (71,2)	287 (70,9)	
Valores faltantes	5 (12,5)	8 (19,5)	9 (9,5)	7 (3,0)	29 (7,2)	
Escolaridad: <i>n</i> (%)						
Con estudios superiores	29 (72,5)	30 (73,2)	50 (52,6)	102 (44,5)	211 (52,1)	$\chi^2(3, N = 393) = 21,17, p < 0,001$ V de Cramer = 0,221
Sin estudios superiores	9 (22,5)	10 (24,4)	41 (43,2)	122 (53,3)	182 (44,9)	
Valores faltantes	2 (5,0)	1 (2,4)	4 (4,2)	5 (2,2)	12 (3,0)	

Nota. *M* = Media, *DE* = Desviación estándar, [95% IC] = Intervalo de confianza al 95% de seguridad para las medias, indicando límite inferior y límite superior.

^a Un caso del grupo de ideación suicida sin intento contaba con registros no confiables de edad y fue eliminado.

Debe mencionarse que los análisis factoriales de la estandarización original fueron efectuados sobre una población universitaria, con una muestra de 500 mujeres y 150 hombres. Considerando esto, Desmet et al. (2007) han re-analizado el comportamiento del test en poblaciones clínicas en Bélgica. Estos proponen un ajuste a las cargas factoriales utilizadas para el cálculo de los puntajes de los estilos de vivencia depresiva, de acuerdo al comportamiento observado en dicha población, que se diferenciaría de las cargas factoriales propuestas en la validación original (Desmet et al., 2007). En el presente estudio se utilizaron ambos sistemas al momento de analizar los puntajes del DEQ.

APGAR Familiar. Se utilizó la versión validada al español para Chile (Maddaleno, Horwitz, Jara Vargas, Florenzano Urzúa & Zalazar, 1987; Smilkstein, 1978). Mide la satisfacción respecto al funcionamiento de la vida familiar, a través de una evaluación general en cinco aspectos: (a) Adaptabilidad, que mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado por situaciones de crisis; (b) Participación, que mide la cooperación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y en la división del trabajo, como comparten los problemas y como se comunican para explorar la manera de resolverlos; (c) Gradiente de crecimiento, que mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo; evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia; (d) Afecto, que mide las relaciones de cuidado y cariño que existen entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones, como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos y (e) Resolución, que mide la tarea de compartir el tiempo y dedicar recursos para apoyar a los miembros de la familia. Cuenta con cinco ítems (e.g.: “Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad”) que se responden en una escala Likert *nunca, a veces y siempre*, con 0, 1 y 2 puntos, respectivamente; a mayor puntaje mayor es la satisfacción con el funcionamiento familiar. El puntaje máximo de 10 puntos representa una satisfacción completa y percepción de una buena función familiar. Una suma general entre 7 y 9 puntos se considera una familia normo-funcionante. Si la suma es entre 4 y 6 puntos se considera disfunción familiar. Si el puntaje es igual o inferior a 3 puntos se considera que la familia tiene una disfunción familiar grave. La consistencia interna de la escala validada para Chile tiene un $\alpha = 0,79$. Para este estudio presentó un $\alpha = 0,85$.

Para evaluar los casos que presentaron intento suicida, fueron utilizadas complementariamente dos escalas, la Escala de Riesgo Rescate (Weisman & Worden, 1972) y la de Intención Suicida (Pierce, 1981). Estas escalas no están validadas en Chile, por lo que para su aplicación se realizó una traducción al español y prueba de correspondencia de idiomas (inglés-español-chileno) y comprensión de ítems y lenguaje con 20 evaluaciones de prueba. Luego de constatar su aplicabilidad, se utilizaron como sistema de categorización de los casos.

Escala de Riesgo Rescate (Weisman & Worden, 1972). Evalúa, desde una perspectiva médica, dos variables del intento suicida: el riesgo experimentado y las circunstancias en que se llevó a cabo el rescate. La primera (5 ítems) mide las circunstancias del intento suicida (método utilizado, alteración de conciencia conseguida, lesiones o toxicidad luego del intento suicida, reversibilidad de los daños ocurridos y el tratamiento requerido). A cada ítem se otorga 1, 2 o 3 puntos, siendo su puntaje total de 5 a 10 puntos; a mayor puntaje mayor es el riesgo de muerte experimentado en el intento suicida. La segunda (5 ítems) evalúa las condiciones en las que fue encontrada la persona después de haber realizado el intento suicida (lugar, persona que inició el rescate, probabilidad de haber sido descubierto, facilitación del rescate y demora en el descubrimiento). También se otorga a cada ítem 1, 2 o 3 puntos, oscilando el puntaje total entre 5 y 15 puntos; a mayor puntaje mayor es la probabilidad de ser rescatado luego del intento de suicidio. Los puntajes parciales se suman en un solo factor, definido entre 17 y 83 puntos. El tercio con puntajes más altos tendría un riesgo mayor, el tercio intermedio, un nivel medio, y los puntajes más bajos presentarían un nivel bajo de riesgo-rescate. Esta escala ha reportado un alto grado de acuerdo entre jueces ($Kappa = 0,88$; Potter et al., 1998).

Escala de Intención Suicida (Pierce, 1981). Mide, desde una perspectiva médica, tres variables: (a) las circunstancias relacionadas con el intento suicida (6 ítems, e.g.: “Haber preparado parcialmente su intento de suicidio”), que evalúa el aislamiento conseguido, momento escogido para el intento, medidas de precaución efectuadas para no ser descubierto, acciones para recibir ayuda después de haber realizado el intento suicida, acciones anticipatorias a la muerte y la eventual existencia de una nota suicida; (b) la calificación del intento desde la perspectiva del evaluado (4 ítems, e.g.: “Creyó que el intento de suicidio efectuado le provocaría la muerte”), que evalúa la letalidad del método escogido, la intención al momento de

cometer el acto, la impulsividad o premeditación y la reacción frente al acto y (c) el resultado predecible en cuanto a la letalidad del acto y de las circunstancias en que se llevó a cabo (2 ítems, e.g.: “La muerte era probable o segura”), que evalúa la probabilidad de sobrevida o muerte de no haber habido intervención médica. A cada ítem se le otorga 0, 1 o 2 puntos. A mayor puntaje mayor es la intención de morir al momento del intento de suicidio en las dos primeras variables y mayor es la probabilidad de haber muerto si no hubiera habido intervención de terceros, en la última. Estas tres variables arrojan un puntaje teórico entre 0 y 24 puntos, aportando una evaluación general de los niveles (*bajo*, *medio* y *alto*) de intención suicida que tenía el evaluado al momento de atentar contra su vida. Esta escala muestra una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach = 0,77; Sisask, Kõlves & Värnik, 2009).

Procedimiento

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo a las recomendaciones de los comités de ética de las instituciones participantes.

Una vez determinados los diagnósticos clínicos con los respectivos equipos tratantes, se explicó a cada participante en qué consistía el estudio y se le solicitó su participación de forma voluntaria, junto con la firma del documento de consentimiento/asentimiento informado, de acuerdo con la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000). A su vez, se les explicó que podían interrumpir o rechazar su participación en cualquier momento, sin que esto influyera en las decisiones respecto de su tratamiento. En el caso de los participantes menores de edad, se pidió el consentimiento informado del tutor responsable o padre/madre a cargo, junto con el respectivo asentimiento del menor de edad.

Se aplicó individualmente el cuestionario demográfico para recopilar antecedentes generales, junto con el motivo de consulta. La recopilación de los antecedentes sociodemográficos permitió observar la distribución de los participantes por sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad y tenencia de hijos. Luego se aplicaron consecutivamente los instrumentos DEQ, OQ-45.2 y APGAR Familiar a la totalidad de la muestra. A quienes presentaron ideación suicida, se evaluó en forma dirigida si esta era activa o pasiva. A aquellos que consultaron luego de un intento de suicidio se les aplicaron la Escala de Riesgo Rescate y la Escala de Intención Suicida, a fin de clasificar la gravedad del intento de suicidio.

Las evaluaciones fueron realizadas por psicólogas capacitadas para aplicar los instrumentos y para contener a los participantes en aquellos casos en los que fuere necesario. A su vez, en aquellos casos en los que se pesquisó algún tipo de riesgo, se informó debidamente al equipo tratante.

Las mediciones fueron realizadas entre junio de 2010 y septiembre de 2013.

Análisis de Datos

Con el propósito de analizar diferencias entre los grupos con intento de suicidio de alta gravedad, intento de suicidio de baja gravedad, ideación suicida sin intento y sin conducta suicida en los estilos de vivencia depresiva (dependencia, autocrítica y autoeficacia), se realizó un análisis de varianza. Lo anterior se realizó utilizando tanto los puntajes de las subescalas de vivencia depresiva en base a la norma de Blatt (Blatt et al., 1976; Rude & Burnham, 1995), como a la de Desmet et al. (2007). Todas las variables dependientes se ajustaron a una distribución normal en base al test de normalidad Schapiro-Wilk, salvo la subescala Autocrítica que mostró una asimetría negativa. Esta escala, además mostró violaciones al supuesto de homocedasticidad. En este caso, se aplicó el estadístico de Welch como alternativa a F , lo que permite controlar ambas violaciones de supuestos (Lix, Keselman & Keselman, 1996). En los casos en que no se cumplía la homocedasticidad, además se aplicó la prueba de Games-Howell (Games, Keselman & Clinch, 1979) como prueba de comparación post-hoc, en reemplazo de la tradicional prueba de Tukey aplicada en casos de datos con igualdad de varianzas entre los grupos.

Se estudió a los participantes en términos del estilo depresivo predominante (dependiente, autocrítico y eficaz). A través de χ^2 se evaluó la asociación entre los estilos de vivencia depresiva y los grupos estudiados, con y sin conducta suicida, en la búsqueda de predominancia en alguno de los grupos en estudio. Se efectuaron, además, análisis post hoc, a través de la prueba de diferencia honestamente significativa (HSD) de Tukey, para detectar diferencias específicas entre los grupos.

Los puntajes de satisfacción con el funcionamiento familiar (APGAR) fueron categorizados en tres niveles: *disfunción familiar grave* para puntajes entre 0 y 3 puntos, *disfunción familiar moderada* para puntajes entre 4 y 6 y *familia funcional* para puntajes entre 7 y 10. Se anuló el registro de cinco casos (cuatro del grupo

sin riesgo y uno del grupo de ideación sin intento), por no haber completado la escala, de modo que se trabajó con 400 casos en total.

Considerando el predominio del estilo autocrítico de la vivencia depresiva en la muestra total (62,6%), se calcularon las correlaciones lineales de Pearson (r) de este con el malestar en las relaciones interpersonales, la satisfacción familiar, el riesgo de morir experimentado en el intento de suicidio y la intencionalidad suicida al momento del intento. Asimismo, se calculó la relación bivariada entre los puntajes del DEQ y riesgo desplegado en el intento suicida, intencionalidad suicida en el intento realizado, satisfacción con el funcionamiento familiar y sentimiento de malestar en las relaciones interpersonales.

Finalmente, a la luz de los resultados descriptivos y de asociación, junto con los antecedentes de la literatura, se buscó determinar la relación entre estas variables. Se indagó sobre el rol del malestar en las relaciones interpersonales (subescala OQ) y la satisfacción con el funcionamiento familiar (APGAR) en la relación entre el estilo de vivencia autocrítico y las variables de riesgo suicida. Para ello se utilizó la técnica de modelamiento de proceso condicional para la determinación de efectos de moderación y mediación, propuesta por Hayes (2013). Se realizó un análisis de mediación considerando el efecto de dos mediadores actuando en forma serial (uno sobre otro). Este implementa un modelo de análisis de regresión por cuadrados mínimos ordinarios, con estimación de los efectos indirectos por medio de *bootstrapping* y análisis de interacción entre los distintos mediadores. Este análisis permitió evaluar el efecto indirecto del estilo de vivencia depresiva sobre indicadores de riesgo suicida y de intencionalidad suicida.

Resultados

Respecto de los estilos de vivencia depresiva, la utilización del sistema de puntuación original de Blatt et al. (1976) no mostró diferencias entre los grupos con distinta conducta suicida en las subescalas de dependencia, autocrítica y autoeficacia (ver Tabla 2).

Al usar el sistema de puntuación ajustado a población clínica (Desmet et al., 2007), se observaron diferencias entre los distintos grupos de estudio en la subescala de dependencia. En los análisis post hoc, al aplicar la prueba HSD de Tukey, se detectó una diferencia entre el grupo con intento suicida de alta gravedad y el grupo sin conducta suicida, diferencia = 0,34, 95% IC [0,01, 0,68], $p = 0,039$, con una mayor predominancia del estilo dependiente en el grupo de alta gravedad.

En relación al estilo autocrítico, también se encontraron diferencias entre los grupos. Al analizar estas, usando la prueba de Games Howell para datos heterocedásticos, se encontró una diferencia entre el grupo de ideación suicida y el grupo sin conducta suicida, diferencia = 0,56, 95% IC [0,22, 0,91], $p < 0,001$, con una mayor presencia de estilo autocrítico en el grupo de ideación suicida.

Se observó una asociación entre los estilos de vivencia depresiva y los grupos estudiados, $\chi^2(6, N = 401) = 12,71$, $p = 0,048$. Existe una alta presencia del estilo autocrítico en toda la muestra; sin embargo, el grupo sin conducta suicida tiene un menor estilo autocrítico que los grupos que intentaron o idearon suicidarse. Por su parte, se observó una mayor presencia del estilo autoeficaz en el grupo sin conducta suicida, en comparación con los grupos que intentaron o idearon suicidarse y una proporción aumentada del estilo dependiente en el grupo con intento de suicidio de alta gravedad, incluso respecto del grupo con intento de suicidio de baja gravedad (ver Tabla 3).

Se registraron los puntajes OQ para un total de 374 casos del total de la muestra. Los casos perdidos corresponden a 29 sujetos (12,6%) del grupo sin conducta suicida y dos sujetos (2,1%) del grupo con ideación suicida sin intento. Los puntajes obtenidos en las subescalas OQ se clasificaron en cuanto a su funcionalidad o disfuncionalidad, dependiendo de si el puntaje estaba bajo o sobre el punto de corte para detección de población patológica en cada escala, según la validación chilena del test (von Bergen & de la Parra, 2002). Cuatro participantes no definían un estilo claro usando esta estrategia de clasificación, de modo que fueron excluidos de este análisis. Si bien se efectuaron los análisis con todas las subescalas del instrumento OQ, solo resultaron significativas para la muestra total una predominancia de disfuncionalidad en la subescala de malestar de relaciones interpersonales ($n = 216$, 57,8%) y una asociación de la incidencia de disfuncionalidad con el grupo de riesgo suicida, $\chi^2(3, N = 374) = 9,88$, $p = 0,019$, la que se incrementa en los grupos asociados a riesgo suicida: 68,8% ($n = 64$) de los casos en el grupo de ideación sin intento con puntaje disfuncional, 63,4% ($n = 26$) en el grupo de intento de baja gravedad y 62,5% ($n = 25$) en el grupo de intento de alta gravedad, disminuyendo en el grupo sin riesgo suicida a 50,5% ($n = 101$).

Tabla 2

Estilos de Vivencia Depresiva (Dependencia, Autocrítica y Autoeficacia) en los Grupos con y sin Conducta Suicida

Estilo de vivencia suicida	Intento suicida de alta gravedad	Intento suicida de baja gravedad	Ideación suicida sin intento	Sin conducta suicida	<i>F</i> (3, 400)	<i>p</i>	η^2
Blatt et al. (1976); Rude & Burnahm (1995)							
Dependencia							
Promedio	-0,37	-0,34	-0,15	-0,30	1,15	0,330	
DE	0,81	0,70	0,82	0,81			
Autocrítica							
Promedio	0,04	0,05	-0,06	0,03	2,29	0,078	
DE	0,08	0,07	0,09	0,09			
Autoeficacia							
Promedio	-0,05	-0,01	-0,05	-0,02	1,79	0,148	
DE	0,12	0,12	0,17	0,14			
Desmet et al. (2007)							
Dependencia							
Promedio	0,03	-0,17	0,01	-0,31	5,57	< 0,001	0,040
DE	0,82	0,76	0,76	0,73			
95% IC	[-0,25, 0,27]	[-0,42, 0,07]	[-0,14, 0,17]	[-0,40, -0,21]			
Autocrítica							
Promedio	0,66	0,94	1,08	0,51	6,49 ^a	< 0,001	0,036
DE	0,99	0,99	1,01	1,25			
95% IC	[0,34, 0,95]	[0,63, 1,26]	[0,85, 1,29]	[0,35, 0,68]			
Autoeficacia							
Promedio	-0,51	-0,14	-0,41	-0,31	2,50 ^a	0,063	
DE	0,86	1,00	1,43	0,73			

Notas. Primero se muestra la información según la sintaxis original de Blatt (Blatt et al., 1976; Rude & Burnham, 1995); posteriormente, se muestra según la sintaxis propuesta por Desmet et al. (2007) para población clínica.

Los intervalos de confianza se ajustaron en base a un bootstrapping de 1000 muestras.

^a *F* calculado con corrección de Welch, al detectar heterocedasticidad (tamaño del efecto ajustado).

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para sintaxis de Blatt: Dependencia *W* = 0,99, *p* = 0,103; Autocrítica *W* = 0,98, *p* = 0,004; Autoeficacia *W* = 0,99, *p* = 0,142.

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para sintaxis de Desmet: Dependencia *W* = 0,99, *p* = 0,603; Autocrítica *W* = 0,97, *p* < 0,001; Autoeficacia *W* = 0,99, *p* = 0,363.

Tabla 3

Grupos Estudiados Según Estilo de Vivencia Depresiva (Dependiente, Autocrítico y Autoeficaz)

Estilo de personalidad depresiva	Grupo de riesgo suicida				Total <i>n</i> (%)
	Intento suicida de alta gravedad <i>n</i> (%)	Intento suicida de baja gravedad <i>n</i> (%)	Ideación suicida sin intento <i>n</i> (%)	Sin conducta suicida <i>n</i> (%)	
Dependiente	9 (22,5)	5 (12,2)	13 (13,8)	34 (15,0)	61 (15,2)
Autocrítico	27 (67,5)	28 (68,3)	67 (71,3)	129 (57,1)	251 (62,6)
Autoeficaz	4 (10,0)	8 (19,5)	14 (14,9)	63 (27,9)	89 (22,2)

Nota. La clasificación según estilo depresivo se hizo considerando la dimensión que obtenía mayor puntaje en cada persona, esto es, el puntaje que superaba a las otras dos dimensiones. Cuatro personas no definían un estilo claro usando esta estrategia de clasificación, de modo que fueron excluidas de este análisis.

En cuanto a la satisfacción con el funcionamiento familiar, se detectó una asociación entre esta clasificación y el grupo de riesgo suicida, $\chi^2(6, N = 400) = 27,1, p < 0,001$, con una mayor incidencia de percepción de disfuncionalidad grave en los grupos de intento de alta gravedad (*n* = 12, 30,0%), intento de baja gravedad (*n* = 9, 21,9%) e ideación sin intento (*n* = 34, 36,2%), en comparación con el grupo sin riesgo suicida (*n* = 33, 14,7%). Un patrón similar, aunque con diferencias menos pronunciadas, se observa al revisar

la categoría de *disfunción moderada*, la que registra un 32,5% ($n = 13$) de incidencia en el grupo de intento de alta gravedad, 39,0% ($n = 16$) en el grupo de intento de baja gravedad y 27,7% ($n = 26$) en el grupo de ideación sin intento, comparado a un 26,2% ($n = 59$) en el grupo sin riesgo suicida. En el caso de la percepción de un *funcionamiento familiar funcional*, el patrón se invierte, con una presencia mayoritaria en el grupo sin riesgo suicida (59,1%, $n = 133$) y baja presencia en los grupos de ideación sin intento (23,5%, $n = 94$), intento de baja gravedad (10,3%, $n = 41$) e intento de alta gravedad (10%, $n = 40$).

Los análisis de correlación mostraron que el riesgo desplegado en el intento de suicidio se correlaciona en forma alta y directa con la intencionalidad suicida en el intento, en forma inversa y baja con la satisfacción con el funcionamiento familiar y en forma directa y baja con los sentimientos de malestar en las relaciones interpersonales. La intencionalidad suicida al momento del intento de suicidio se correlaciona en forma inversa y baja con la satisfacción con el funcionamiento familiar y en forma directa y media con los sentimientos de malestar en las relaciones interpersonales. El estilo autocrítico de vivencia depresiva se correlaciona en forma inversa y media con la satisfacción con el funcionamiento familiar y en forma directa y media con los sentimientos de malestar en las relaciones interpersonales. Por último, la satisfacción con el funcionamiento familiar se correlaciona en forma inversa y media con los sentimientos de malestar en las relaciones interpersonales (ver Tabla 4).

Tabla 4

Correlaciones Entre Autocrítica, Riesgo Suicida, Intencionalidad Suicida, Satisfacción con Funcionamiento Familiar y Sentimiento de Malestar en las Relaciones Interpersonales

	Autocrítica	Riesgo	Intención	APGAR
Riesgo desplegado en el intento (riesgo)	-0,173*			
Intencionalidad suicida en el intento (intención)	-0,200*	0,768**		
Satisfacción con funcionamiento familiar (APGAR)	-0,359**	-0,245**	-0,249**	
Sentimientos de malestar en las relaciones interpersonales	0,567**	0,295**	0,307**	-0,576**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Los resultados del modelamiento de proceso condicional para la determinación de efectos de moderación y mediación, realizados en el grupo de intento de suicidio de baja gravedad, no mostraron una relación entre el estilo autocrítico de vivencia depresiva y la intencionalidad suicida al momento del intento de suicidio, tanto al evaluar el efecto directo, $t(1) = 0,256$, $p = 0,800$, $b = 0,11$, como indirecto, $t(1) = 0,054$, $p = 0,958$, $b = 0,02$, que el estilo autocrítico pudiera tener. La satisfacción con el funcionamiento familiar, por su parte, muestra un efecto en la intencionalidad de morir al momento del intento de suicidio, $t(1) = -2,148$, $p = 0,038$, $b = -0,33$, 95% IC [-0,64, -0,02]. La satisfacción con el funcionamiento familiar se perfila, así, como un factor protector que media la relación entre el estilo autocrítico de la vivencia depresiva y la intención de morir. El malestar en las relaciones interpersonales, si bien es afectado por la satisfacción con el funcionamiento familiar, $t(1) = -2,42$, $p = 0,021$, $b = -0,76$, 95% IC [-1,40, -0,12], y por el estilo autocrítico de vivencia depresiva, $t(1) = 4,99$, $p < 0,001$, $b = 3,85$, 95% IC [2,29, 5,41], no registra efecto sobre la intencionalidad suicida al momento del intento de suicidio, $t(1) = -0,202$, $p = 0,841$, $b = -0,02$ (ver Figura 1).

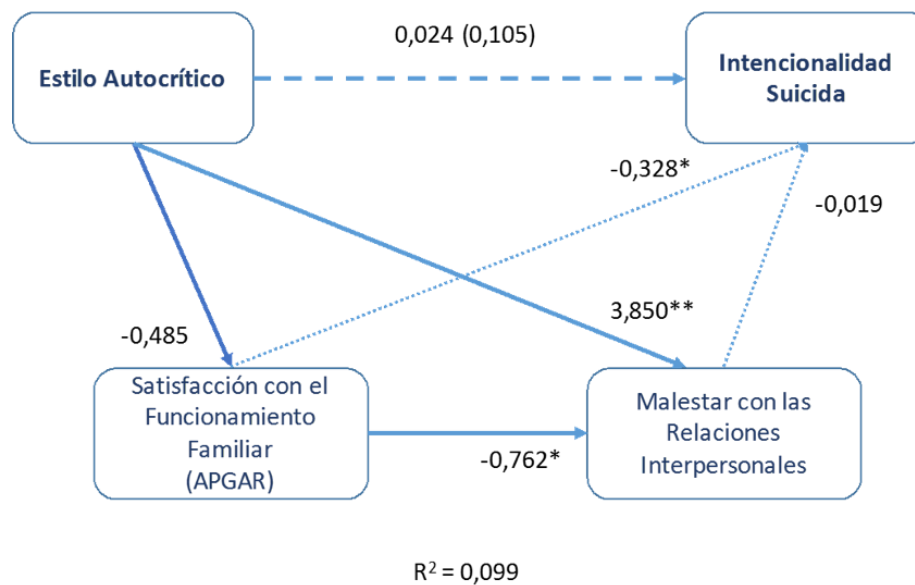


Figura 1. Modelo condicional de mediación en estilo de vivencia depresiva, intencionalidad suicida, satisfacción familiar y malestar en las relaciones interpersonales (Hayes, 2013) en el grupo de intento suicida de baja gravedad.

Se ha emulado el modelo de Campos, Besser y Blatt (2010). Un puntaje menor en satisfacción con el funcionamiento familiar se asocia a menor satisfacción con las relaciones interpersonales. Inversamente, a mayor puntaje en malestar en las relaciones interpersonales mayor es la insatisfacción con el funcionamiento familiar.

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

Discusión

Los resultados de este estudio confirman que un mejor funcionamiento en las relaciones interpersonales se asocia a un menor riesgo suicida. Al respecto, Borowsky, Resnick, Ireland y Blum (1999) observaron que una percepción de altas dificultades en las relaciones familiares y no hablar con familiares de temas que hacen sufrir se asocia a riesgo suicida. Del mismo modo, disponer de habilidades sociales que favorezcan las relaciones interpersonales y de apoyo social protege de la vulnerabilidad suicida (Borowsky et al. 1999). Por su parte, ser competente socialmente, tener una adecuada autoestima y sentirse integrado son variables que disminuyen la conducta suicida (Dale, Power, Kane, Stewart & Murray, 2010).

En los tres grupos con conducta suicida hubo una mayor proporción de solteros, lo que resulta consistente con lo planteado en la literatura respecto de que ser soltero, viudo o separado se asocia a mayor riesgo de suicidio (Heider et al., 2007; Smith, Mercy & Conn, 1988).

Se observaron otras diferencias entre los grupos con diferente conducta suicida. El grupo con intento de suicidio de alta gravedad presentó un promedio de edad menor. Este resultado reafirma la tendencia de los últimos años que muestra un aumento de suicidios en la población joven (MINSAL, 2013a; Quinteros, Riquelme, Riquelme & Loayza, 2008).

En relación al estilo de vivencia depresiva, se apreciaron diferencias entre los grupos. En la muestra total predominó la presencia del estilo de vivencia depresiva autocrítico, particularmente en el grupo con ideación suicida. Esto no confirmaría la primera hipótesis formulada, según la cual se esperaba encontrar un mayor estilo autocrítico en los intentos de suicidio de alta gravedad.

Se observó una proporción aumentada del estilo dependiente en el grupo con intento de suicidio de alta gravedad. Este estilo se asocia a temores en relación al abandono, pérdidas, soledad y no ser querido en la relación con otros (Blatt et al., 1976). Esto sería consistente con los desencadenantes más frecuentemente

observados en diversos estudios, como quiebres en vínculos significativos (Morales et al., 2016; Taylor, Morales, Zuloaga, Echávarri & Barros, 2012). Sin embargo, este resultado difiere de lo planteado en la segunda hipótesis planteada y con lo presentado por otros autores, que describen una asociación entre el estilo dependiente e intentos de suicidio de menor gravedad (Fazaa & Page, 2009). Esto podría estar relacionado con que los análisis aquí presentados fueron realizados con una población clínica y con una sintaxis basada en un grupo clínico (Desmet et al., 2007), en cambio, los análisis del grupo de Fazaa et al. fueron hechos con una sintaxis basada en población general y con una población universitaria (Blatt et al., 1976).

Consistente con la tercera hipótesis formulada, en el grupo sin conducta suicida se aprecia una mayor presencia del estilo autoeficaz, relacionado con la sensación de contar con habilidades y recursos personales para enfrentar situaciones adversas. Estos resultados van en la misma línea de los hallazgos de Campos et al. (2009) en cuanto al estilo autoeficaz como factor protector del riesgo suicida y los estilos dependiente y autocrítico como factores asociados al riesgo de cometer intento de suicidio.

Destaca la predominancia de disfuncionalidad en el malestar interpersonal, la que se acrecienta en los grupos con ideación suicida e intento suicida de baja gravedad, disminuyendo en el grupo sin riesgo suicida. Lo anterior concuerda con los hallazgos que indican que el momento que antecede a la conducta suicida se presenta con un estado abrumado y de malestar intenso (Fowler, 2012), siendo la ruptura de vínculos uno de los estresores más habituales que desencadenan la crisis suicida (Morales et al., 2016).

En cuanto a la satisfacción con el funcionamiento familiar, se detectó una asociación entre esta clasificación y los grupos con ideación y conducta suicida, existiendo una mayor incidencia de percepción de disfuncionalidad grave en los grupos con ideación suicida y conducta suicida de baja y alta gravedad. Consistentemente, en el grupo sin conducta suicida se observó una mayor presencia de percepción de funcionamiento familiar funcional, en comparación con los grupos con ideación e intento suicida.

En los análisis de los efectos de mediación se encontraron resultados significativos para el grupo con intento de suicidio de baja gravedad. En este grupo se observó la presencia de una relación directa entre el estilo autocrítico de vivencia depresiva y la intención de morir al momento del intento suicida. Dicha relación estaría mediada por la satisfacción con el funcionamiento familiar. Esto orienta a considerar que una alta satisfacción con el funcionamiento familiar disminuye el efecto adverso del estilo autocrítico en el riesgo de presentar conducta suicida.

Los resultados anteriores subrayan la importancia de la satisfacción con el funcionamiento familiar y con las relaciones interpersonales como factor protector del riesgo suicida (Lai & McBride-Chang, 2001). La familia puede ser tanto un factor protector como de riesgo suicida, según las características de las relaciones. Ambientes familiares muy críticos y hostiles pueden poner en riesgo de depresión y suicidio. En forma contraria, familias que protegen y contienen a sus miembros son protectoras y amortiguan la aparición de ideación suicida (Young, Lennie & Minnis, 2011). Los vínculos pueden atenuar o potenciar el riesgo de presentar conducta suicida, dependiendo de su calidad (Gormley & McNiel, 2010). A la luz de estos resultados, podría confirmarse que un funcionamiento de apoyo, de hablar los problemas, de expresar los afectos y compartir tiempo resultan protectores del riesgo suicida.

Los hallazgos obtenidos permitieron profundizar en la comprensión de los factores asociados al riesgo de presentar conducta suicida.

Limitaciones del Estudio y Proyecciones

Esta investigación se centró en consultantes a servicios de salud mental que presentaban principalmente trastornos del ánimo, por lo que sus resultados no son generalizables a quienes no consultan, a quienes consultan a otros centros de salud y a quienes presentan otros cuadros clínicos también altamente asociados al suicidio, como trastornos por abuso de sustancias, psicóticos, alimentarios y cognitivos. Si bien esto constituye una limitación de este estudio, al mismo tiempo permitió homogeneizar la variable de diagnóstico y enfocarse en los trastornos con más alta prevalencia de suicidio.

Se evaluó a los participantes en los servicios de salud mental, lo que permitió capturar la situación en el contexto en que se presentaba la consulta. No obstante, el proceso de reclutamiento estaba supeditado a la voluntariedad y disponibilidad de los participantes para acceder a ser evaluados en un determinado momento. De esta manera, hubo consultantes que, cumpliendo con los criterios de inclusión, rechazaron participar en el estudio. Este subgrupo pudo tener características que no fueron estudiadas en el presente trabajo y pudo diferir de los participantes que sí aceptaron participar.

Resulta necesario continuar investigando sobre los factores asociados a la protección y al riesgo suicida, incluyendo tamaños muestrales mayores y en otros centros de salud, tanto en la Región Metropolitana como en otras regiones del país, que permitan precisar las diferencias entre consultantes con y sin riesgo suicida. Al mismo tiempo, sería conveniente incluir nuevos análisis estadísticos para profundizar y enriquecer la comprensión del fenómeno suicida.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5ª ed.). Arlington, VA: Autor. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- Bearman, P. S. & Moody, J. (2004). Suicide and friendships among American adolescents. *American Journal of Public Health*, 94, 89-95. doi:10.2105/AJPH.94.1.89
- Bellos, C., Papadopoulos, A., Fotiadis, D. I. & Rosso, R. (2011). An intelligent system for classification of patients suffering from chronic diseases. En J. C. Lin & K. S. Nikita (Eds.), *Wireless Mobile communication and healthcare* (pp. 39-46). New York, NY: Springer.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10749-000
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P. & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389. doi:10.1037/0021-843X.85.4.383
- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M. & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth: Risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 573-580. doi:10.1001/archpedi.153.6.573
- Campos, R., Besser, A. & Blatt, S. (2009). *Questionário de Experiências Depressivas, QED* [Cuestionario de Experiencias Depresivas, QED] (Colección de textos científicos). Évora, Portugal: Universidad de Évora, Escuela de Psicología.
- Campos, R. C., Besser, A. & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of self-criticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27, 1149-1157. doi:10.1002/da.20763
- Chile, Ministerio de Salud (2011). *Metas 2011-2020: elige vivir sano. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago, Chile: Autor. Extraído de <http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf>
- Chile, Ministerio de Salud (2013a). *Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género*. Santiago, Chile: Autor. Extraído de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
- Chile, Ministerio de Salud (2013b). *Panorama de salud 2013: informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros*. Santiago, Chile: Autor. Extraído de http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_OECD_2013_21_11_final.pdf
- Dale, R., Power, K., Kane, S., Stewart, A. M. & Murray, L. (2010). The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Archives of Suicide Research*, 14, 311-328. doi:10.1080/13811118.2010.524066
- Desmet, M., Vanheule, S., Groenvynck, H., Verhaeghe, P., Vogel, J. & Bogaerts, S. (2007). The Depressive Experiences Questionnaire: An inquiry into the different scoring procedures. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 89-98. doi:10.1027/1015-5759.23.2.89
- Fazaa, N. & Page, S. (2009). Personality style and impulsivity as determinants of suicidal subgroups. *Archives of Suicide Research*, 13, 31-45. doi:10.1080/13811110802572122
- Florenzano, R., Cáceres, E., Valdés, M., Calderón, S., Santander, S., Cassasus, M. & Aspillaga, C. (2010). Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza, en estudiantes adolescentes de tres ciudades chilenas. *Cuadernos Médico Sociales*, 50, 115-123. Extraído de http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2010/50/2/50_2_4.pdf
- Fowler, J. C. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*, 49, 81-90. doi:10.1037/a0026148
- Games, P. A., Keselman, H. J. & Clinch, J. J. (1979). Tests for homogeneity of variance in factorial designs. *Psychological Bulletin*, 86, 978-984. doi:10.1037/0033-2909.86.5.978
- Gaynes, B. N., West, S. L., Ford, C. A., Frame, P., Klein, J. & Lohr, K. N. (2004). Screening for suicide risk in adults: A summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 822-835. doi:10.7326/0003-4819-140-10-200405180-00023
- Gormley, B. & McNiel, D. E. (2010). Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 272-281. doi:10.1007/s10608-009-9267-5
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Heider, D., Bernert, S., Matschinger, H., Angermeier, M. C., Haro, J. M. & Alonso, J. (2007). Parental bonding and suicidality in adulthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 66-73. doi:10.1080/00048670601057742
- Ingram, R. E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 77-88. doi:10.1023/A:1022590730752
- Lai, K. W. & McBride-Chang, C. (2001). Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, 36, 81-87. doi:10.1080/00207590042000065
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. & Yancher, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S
- Lix, L. M., Keselman, J. C. & Keselman, H. J. (1996). Consequences of assumption violations revisited: A quantitative review of alternatives to the one-way analysis of variance *F* test. *Review of Educational Research*, 66, 579-619. doi:10.3102/00346543066004579
- Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara Vargas, C., Florenzano Urzúa, R. & Zalazar, D. (1987). Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 58, 246-249.
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 6, 321-334. doi:10.4067/S1726-569X2000000200010

- Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C. ... Sánchez, G. (2014). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32, 403-417. doi:10.12804/apl32.03.2014.06
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Zuloaga, F. & Taylor, T. (2016). Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25, 245-258.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2015). *Health at a glance 2015: OECD indicators*. Paris, Francia: Autor. doi:10.1787/health_glance-2013-en
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. & Vera-Villarreal, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 137, 226-233. doi:10.4067/S0034-98872009000200006
- Pierce, D. W. (1981). The predictive validation of a suicide intent scale: A five year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 139, 391-396. doi:10.1192/bjp.139.5.391
- Potter, L. B., Kresnow, M., Powell, K. E., O'Carroll, P. W., Lee, R. K., Frankowski, R. F. ... Briscoe, M. G. (1998). Identification of nearly fatal suicide attempts: Self-inflicted injury severity form. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 174-186. doi:10.1111/j.1943-278X.1998.tb00637.x
- Quinteros, N., Riquelme, R., Riquelme, P. & Loayza, S. (2008). Epidemiología del intento de suicidio adolescente. *Revista Chilena de Estudiantes de Medicina*, 5(1), 19-26.
- Rosselló, J. & Berrios Hernández, M. N. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38, 295-302.
- Rude, S. S. & Burnham, B. L. (1995). Connectedness and neediness: Factors of the DEQ and SAS dependency scales. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 323-340. doi:10.1007/BF02230403
- Runeson, B. & Åsberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1525-1526. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1525
- Ryan, C., Nielssen, O., Paton, M. & Large, M. (2010). Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment. *Australasian Psychiatry*, 18, 398-403. doi:10.3109/10398562.2010.507816
- Sisask, M., Kölves, K. & Värnik, A. (2009). Severity of attempted suicide as measured by the Pierce Suicidal Intent Scale. *Crisis*, 30, 136-143. doi:10.1027/0227-5910.30.3.136
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239.
- Smith, J. C., Mercy, J. A. & Conn, J. M. (1988). Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 78, 78-80. doi:10.2105/AJPH.78.1.78
- Taylor, T., Morales, S., Zuloaga, F., Echávarri, O. & Barros, J. (2012). Lo que nos dicen los padres: perspectivas de los padres de pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 271-280.
- Urzúa, A. & Caqueo-Úrizar, A. (2011). Construcción y evaluación psicométrica de una escala para investigar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 10, 721-734. Extraído de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/564>
- von Bergen, A. & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica*, 20, 161-176.
- Weisman, A. D. & Worden, J. W. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry*, 22, 553-600. doi:10.1001/archpsyc.1972.01750240065010
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Luxembourg, Luxemburgo: Autor. Extraído de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
- Young, R., Lennie, S. & Minnis, H. (2011). Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 889-897. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02390.x

Fecha de recepción: Septiembre de 2015.

Fecha de aceptación: Agosto de 2016.