Procesos psicológicos de riesgo de intento suicida en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción

Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología

CAROLINA ISABEL INOSTROZA ROVEGNO
CONCEPCIÓN—CHILE
2016

Profesor Guía: Félix Cova Solar
Dpto. de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción
A mis padres, quienes sembraron en mí el amor por el aprendizaje y me permitieron desarrollarlo.

A mis hijos, Francisco Manuel y Jorge Ignacio, quienes me han dado la motivación y apoyo para lograr completar este proyecto.
AGRADECIMIENTOS.

Comienzo por agradecer a mis profesores de doctorado, quienes me han guiado, orientado y apoyado durante estos años de formación. Al finalizar este camino, valoro sus consejos y enseñanzas entregadas desde su experticia y experiencia como investigadores. Con especial aprecio agradezco la guía de mi tutor y mentor, Félix Cova Solar. Su apoyo y comprensión me permitió continuar avanzando hasta lograr completar este proyecto.

Doy las gracias a mis compañeros de doctorado, Karla Lobos, Felipe García y Marco Valenzuela, quienes me acompañaron desde el inicio en este proceso de aprendizaje. A Claudio Bustos, mi compañero y asesor estadístico. A mi amiga Yanet Quijada, por el apoyo en la etapa final de redacción del manuscrito. Cada uno de ellos fue un apoyo incondicional en los distintos momentos de mi formación doctoral, especialmente en los más complejos.

Parte importante de la finalización de esta tesis fue la pasantía doctoral realizada en la Universidad Complutense de Madrid, espacio donde pude compartir y discutir los resultados de mi investigación y sus implicancias. Mis agradecimientos a Carmelo Vázquez, mi tutor en Madrid, y al “happy team” por su cálida recepción y generosidad. Así mismo doy las gracias a Loreto Villagrán por su acogida y apoyo durante esta experiencia.

Este estudio no habría logrado realizarse sin el aporte de numerosos estudiantes de Psicología de la Universidad de Concepción, grupos de seminario de licenciatura y psicólogos en práctica, quienes colaboraron en el pilotaje de instrumentos y recopilación de datos. Para ellos mi reconocimiento y aprecio.

De forma especial agradezco a las y los participantes de este estudio, quienes generosamente compartieron sus creencias, emociones y experiencias, con la sola retribución de contribuir a una mejor comprensión y abordaje del fenómeno suicida.

Finalmente, recibí el apoyo financiero de CONICYT, Chile, que me otorgó la Beca de Doctorado N° 21120340 para mi formación doctoral.
<table>
<thead>
<tr>
<th>TABLA DE CONTENIDO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ÍNDICE DE TABLAS .......................................................................................... 7</td>
</tr>
<tr>
<td>ÍNDICE DE FIGURAS .......................................................................................... 9</td>
</tr>
<tr>
<td>RESUMEN ........................................................................................................... 10</td>
</tr>
<tr>
<td>ABSTRACT ............................................................................................................. 12</td>
</tr>
<tr>
<td>I. INTRODUCCIÓN ................................................................................................. 13</td>
</tr>
<tr>
<td>II. MARCO TEÓRICO ............................................................................................. 16</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Conducta suicida: definiciones y epidemiología ........................................... 16</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Teorías sobre la conducta suicida ................................................................. 18</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1. Teoría de la mente suicida .......................................................................... 18</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2. El modo suicida ............................................................................................ 18</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3. Modelo cognitivo de la conducta suicida .................................................... 19</td>
</tr>
<tr>
<td>2.4. Teoría psicológica interpersonal del suicidio .............................................. 20</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5. Modelos de vulnerabilidad-estrés del suicidio ............................................ 21</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Factores de riesgo suicida .............................................................................. 23</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1. Factores y mecanismos de riesgo ................................................................. 23</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2. Factores de riesgo de conducta suicida ....................................................... 24</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.1. Factores socio-demográficos .................................................................... 25</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.2. Antecedente familiar de suicidio ............................................................... 26</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.3. Trastornos mentales ................................................................................. 26</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.4. Conducta suicida previa ........................................................................... 28</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.5. Factores psicológicos ................................................................................ 29</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2.6. Eventos vitales estresantes ...................................................................... 30</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Prevención del suicidio ................................................................................... 31</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Procesos psicológicos de riesgo suicida ........................................................ 33</td>
</tr>
<tr>
<td>5.1. Desesperanza ............................................................................................... 33</td>
</tr>
<tr>
<td>5.2. Impulsividad .................................................................................................. 35</td>
</tr>
<tr>
<td>5.3. Estrategias de Afrontamiento ....................................................................... 38</td>
</tr>
<tr>
<td>III. PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS ....................................................... 42</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Fundamentación del problema ........................................................................ 42</td>
</tr>
</tbody>
</table>
IV. MÉTODO

1. Diseño de investigación ............................................................... 49
2. Participantes ............................................................................. 50
3. Variables .................................................................................. 53
3.1. Variable Dependiente ............................................................. 53
3.2. Variables Independientes ..................................................... 53
4. Instrumentos ............................................................................ 55
4.1. Cuestionario de Salud de Goldberg, GHQ-12 ....................... 55
4.2. Cuestionario de Suicidalidad de Okasha, adaptación chilena .. 57
4.3. Cuestionario de Desesperanza de Beck .............................. 58
4.4. Escala de Impulsividad de Barratt, versión breve .................. 59
4.5. Inventario de Afrontamiento a Situaciones Estresantes, versión breve 59
4.6. Encuesta de Eventos Vitales Estresantes ............................. 61
5. Procedimiento ........................................................................ 62
5.1. Elección y preparación de los instrumentos ......................... 62
5.2. Consideraciones éticas .......................................................... 63
5.3. Reclutamiento y capacitación de encuestadores ................... 64
5.4. Recolección de datos ............................................................. 65
5.5. Poblamiento de datos ............................................................ 66
5.6. Análisis de datos .................................................................. 66
5.6.1. Tratamiento de datos perdidos ......................................... 66
5.6.2. Análisis descriptivos y exploratorios ............................... 67
5.6.3. Análisis multivariable para identificación de factores de riesgo de intento de suicidio en el último año ................................................................. 68
5.6.4. Análisis de moderación y mediación de riesgo suicida por las variables psicológicas ............................................................. 69
5.6.5. Análisis de sendero del modelo explicativo de intento de suicidio en el último año ................................................................. 70
V. RESULTADOS ........................................................................................................................................73
1. Análisis descriptivo de los instrumentos de estudio ........................................................................73
2. Caracterización del grupo con intento de suicidio en el último año ........................................75
3. Análisis de diferencias por grupo para las variables independientes ........................................75
  3.1. Diferencias por grupo en las características socio-demográficas ........................................75
  3.2. Diferencias por grupo en los antecedentes de conducta suicida ............................................78
  3.3. Diferencias por grupo en las escalas clínicas y factores psicológicos ..................................79
  3.4. Diferencias por grupo en eventos vitales estresantes del último año ....................................81
4. Asociaciones entre las variables del estudio ..................................................................................82
5. Determinación de factores de riesgo de intento de suicidio en el último año .............................84
6. Efectos moduladores de las variables psicológicas en la predicción del intento de suicidio por parte del estrés, síntomas depresivos e ideación suicida .........................................................90
  6.1. Efectos de moderación de los estilos de afrontamiento, la desesperanza y la impulsividad ..................................................................................................................................................90
  6.2. Efecto de mediación de la desesperanza entre síntomas depresivos e ideación suicida .........95
7. Propuesta de modelo explicativo del intento de suicidio en el último año por las variables predictoras .......................................................................................................................................96

VI. DISCUSIÓN .....................................................................................................................................103
1. Factores de riesgo de intento de suicidio en el último año ............................................................103
2. Efectos de modulación de los procesos psicológicos de riesgo de intento suicida en el último año .........................................................................................................................................110
3. Modelo explicativo de intento suicida en el último año ...............................................................113
4. Limitaciones ....................................................................................................................................119
5. Sugerencias de nuevas investigaciones .........................................................................................121
6. Consideraciones finales ..................................................................................................................123
7. Conclusiones ...................................................................................................................................124

VII. REFERENCIAS ...............................................................................................................................129

ANEXOS ...............................................................................................................................................151
ANEXO I: Set de Instrumentos ............................................................................................................152
I.I Cuestionario Socio-Demográfico .................................................................................................152
I.II Inventario de Estrategias de Afrontamiento, versión breve, CISS-21........ 153
I.III Cuestionario de Impulsividad de Baratt, versión breve, BISS-15S.......... 154
I.IV Cuestionario de Salud de Goldberg, GHQ-12.................................. 155
I.V Escala de desesperanza de Beck .................................................... 156
I.VI Escala de Suicidalidad de Okasha................................................... 157
I.VII Encuesta de Eventos Vítales Estresantes...................................... 158
ANEXO II: Consentimiento Informado ..................................................... 159
ANEXO III: Tablas de regresión múltiple jerárquica con moderación........ 160
ANEXO IV: Estudios preliminares............................................................ 163

IV.I Estudio Preliminar 1: Propiedades Psicométricas del Inventario de
Afrontamiento de Situaciones Estresantes, versión breve (CISS-21), en población
chilena........................................................................................................ 163

IV.II. Estudio Preliminar 2: Eventos vitales estresantes, estilo de afrontamiento,
desesperanza y síntomas depresivos en adultos usuarios de atención primaria de salud de
Chile.......................... ............................................................................. 185

IV.III. Estudio Preliminar 3: Desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea
median la relación entre sintomatología depresiva y conducta suicida no letal en
pacientes de salud mental........................................................................... 191
ÍNDEX DE TABLAS

Tabla 1: Características socio-demográficas................................................................. 52
Tabla 2. Distribución participantes............................................................................. 52
Tabla 3. Estadísticos descriptivos, asimetría, curtosis y confiabilidad (α de Cronbach) de los instrumentos del estudio................................................................. 74
Tabla 4. Distribución participantes en los grupos por sexo...................................... 76
Tabla 5. Distribución participantes en los grupos por estado civil.......................... 77
Tabla 6. Distribución participantes en los grupos por nivel de escolaridad............. 77
Tabla 7. Distribución participantes en los grupos por tramo de FONASA............... 78
Tabla 8. Distribución de los participantes en los grupos por antecedentes de conducta suicida ............................................................................................................. 79
Tabla 9. Diferencias de medias de los grupos en ideación suicida, síntomas depresivos y factores psicológicos................................................................................. 80
Tabla 10. Distribución de eventos vitales estresantes en el último año en los grupos ...... 81
Tabla 11. Asociaciones entre las escalas clínicas y psicológicas del estudio............... 83
Tabla 12. Odd ratios sobre intento de suicidio en el último año por características socio-demográficas........................................................................................................... 85
Tabla 13. Odd ratios sobre intento de suicidio en el último año por antecedentes de conducta suicida ............................................................................................................. 86
Tabla 14. Odd ratios sobre intento de suicidio en el último año por eventos vitales estresantes de los últimos doce meses................................................................. 87
Tabla 15. D sobre intento de suicidio en el último año por síntomas depresivos, ideación suicida y factores psicológicos ................................................................. 88
Tabla 16. Regresión logística múltiple sobre intento de suicidio en el último año........ 89
Tabla 17. Regresión logística jerárquica sobre intento de suicidio en el último año...... 91
Tabla 18. Regresión múltiple jerárquica sobre síntomas depresivos................................. 92
Tabla 19. Regresión múltiple jerárquica sobre desesperanza......................................... 94
Tabla 20. Índices de bondad de ajuste para los modelos de análisis de sendero hipotetizado y final .............................................................................................................. 99
ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Moderación del afrontamiento emocional desadaptativo en el efecto del estrés vital sobre los síntomas depresivos................................................................. 93

Figura 2: Moderación del afrontamiento centrado en la tarea en el efecto del estrés vital sobre la desesperanza......................................................................................... 95

Figura 3: Mediación de la desesperanza entre los síntomas depresivos y la ideación suicida................................................................................................................. 96

Figura 4: Modelo hipotetizado para la predicción del intento de suicidio en el último año...................................................................................................................... 98

Figura 5: Modelo estructural final para la predicción del intento de suicidio del último año..................................................................................................................... 99
RESUMEN

Este estudio se propuso identificar procesos psicológicos que influyen en que usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado realicen intentos de suicidio. De 151 consultantes adultos de salud mental (M= 43.8, DE= 12.3 años; 78.1% mujeres) se recopilaron antecedentes de conducta suicida y de eventos vitales estresantes. Asimismo, se les aplicó los cuestionarios GHQ-12 de Golberg, de desesperanza de Beck, de impulsividad BISS-15S, de suicidalidad de Okasha y el inventario de afrontamiento de situaciones estresantes CISS-21. Los análisis univariados mostraron que el antecedente de intento suicida, los síntomas depresivos, la ideación suicida, la desesperanza, el afrontamiento emocional desadaptativo, la impulsividad, y los eventos vitales estresantes actúan como factores de riesgo de intento de suicidio en el último año, mientras que el afrontamiento centrado en la tarea mostró un efecto protector. En base a las interacciones encontradas se construyó un modelo explicativo del intento de suicidio del último año mediante análisis de sendero.

Es posible concluir que, el afrontamiento emocional desadaptativo, el afrontamiento centrado en la tarea y la desesperanza son procesos psicológicos de riesgo que modulan la influencia del estrés vital y los síntomas depresivos en el intento de suicidio del último año de pacientes adultos de salud mental. La ideación suicida juega un rol relevante como factor de riesgo proximal al intento suicida.
PALABRAS CLAVES: intento de suicidio, ideación suicida, síntomas depresivos, eventos vitales estresantes, mecanismos psicológicos, afrontamiento, desesperanza, impulsividad, consultantes de servicios de salud mental especializados.
ABSTRACT

The aim of this study is to identify the modulating role of hopelessness, coping styles and impulsivity in the influence of well-known predictors of suicidal behavior. 151 psychiatric outpatients (M=43.8, SD=12.3 years; 78.1% female) answered GHQ-12, Beck's hopelessness, BISS-15S impulsivity's questionnaires, Okasha suicidality scale, and coping inventory for stressful situations, CISS-21. Data for suicide behavior and stressful life events was collected as well. Univariate analysis shows that previous suicide attempt, depressive symptoms, suicide ideation, hopelessness, maladaptive emotion-focused coping, impulsivity and stressful life events acts as risk factors for suicide attempt in the last year, whereas task-oriented coping strategies had a protective effect. Based on found associations, a model for 12-month suicide attempt was test with path analysis.

Coping and hopelessness are psychological mechanisms for life stress and depressive symptoms influence in suicide attempt among adult mental health patients. Suicidal ideation has an important role as a proximal risk factor on suicide attempt.

Key words: Suicide attempt, suicidal ideation, stressful life events, psychological mechanisms, coping, depressive symptoms, hopelessness, impulsivity, psychiatric outpatients.
I. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la segunda causa de muerte en los jóvenes, y en los pacientes de salud mental (Miller et al., 2006; World Health Organization, WHO, 2014). En Chile, la tasa de suicidio del año 2012 fue de 11.0 por cada 100,000 habitantes (OCDE, 2015), ocupando el segundo lugar en las causas de muerte no natural (Unidad de Estadísticas, Servicio Médico Legal, 2009), duplicando incluso las que ocurren por homicidio (Duarte, 2008). Luego de años de alza sostenida, el último informe de prevención del suicidio de la Organización Mundial de la Salud, OMS, (WHO, 2014) observa un estancamiento en las tasas de suicidio a nivel mundial, e incluso una tendencia a la disminución en países que han desarrollado planes integrados de prevención. Desafortunadamente, en nuestro país las estadísticas de suicidio han ascendido en los últimos años (Otzen et al., 2014), por lo que su reducción es un objetivo sanitario. Este esfuerzo está articulado en el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, actualmente en implementación (Ministerio de Salud, MINSAL, 2013a; WHO, 2014).

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 siguientes (Choi, Park, Yi & Hong, 2012; Christiansen & Jensen, 2007; Gibb, Beautrais & Fergusson, 2005). Los pacientes de salud mental tienen un mayor riesgo, observándose que un 90% de las personas que mueren por suicidio tienen un diagnóstico psiquiátrico, en su mayoría trastorno depresivo (Wasserman et al., 2012; Windfuhr & Kapur, 2011).
El fenómeno del suicidio es un problema complejo, resultando de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Maris, 2002; Wassermann et al., 2012). Desde los estudios pioneros de Shneidman en los años 60 del siglo pasado, el corpus de investigación en el tema ha determinado correlatos y factores de riesgo de conducta suicida (Nock et al., 2008). Pese a esto, aún no se comprenden a cabalidad los procesos a través de los cuales opera el riesgo a nivel individual (Fowler, 2012). Por estos motivos, la Organización Mundial de la Salud incentiva una mayor investigación, articulada con los esfuerzos de prevención en sus distintos niveles (WHO, 2014).

Uno de los factores de riesgo en población general de conducta suicida es presentar un trastorno mental (Nock et al., 2008; WHO, 2014). Naturalmente, sin embargo, no todos las personas con trastornos mentales presentan conductas suicidas. La presente tesis doctoral se focaliza en esta población para identificar procesos o mecanismos psicológicos de riesgo de intento de suicidio de usuarios adultos de servicios de salud mental. Comprender como operan los procesos de vulnerabilidad al suicidio en esta población permitiría diseñar intervenciones efectivas en personas con riesgo suicida (Echávarri et al., 2015; Wenzel & Beck, 2008). De forma paralela se busca determinar factores de riesgo contextualizados en población chilena que favorezcan los esfuerzos de detección e intervención temprana de esta conducta en nuestro país. La capacitación a los equipos de salud –especialmente médicos de atención primaria- en la identificación de riesgo suicida es una de las medidas con evidencia de reducir las tasas de suicidio (Van der Feltz-Cornelis et al., 2011).

El presente informe se estructura en cinco partes: la primera contiene el marco teórico, en el que se presentan los conceptos de conducta suicida, su epidemiología, teorías acerca del
suicidio, y revisión de las principales investigaciones sobre las variables de este estudio y su relación con intento de suicidio; la segunda sección desarrolla el problema de investigación, mostrando sus preguntas, objetivos e hipótesis; el tercer apartado expone el método utilizado, describiendo la selección de los participantes, las variables, los instrumentos, el procedimiento, los aspectos éticos y la estrategia de análisis de datos; la cuarta parte expone los resultados del estudio; y en la quinta sección se desarrolla la discusión de los mismos, incluyendo sus limitaciones, y se plantean líneas para futuras investigaciones.
II. MARCO TEÓRICO

Este capítulo incluye una revisión conceptual y empírica sobre temas relevantes para el estudio: Conducta suicida y su epidemiología, teorías sobre el suicidio, factores de riesgo de conducta suicida y modelos de prevención. Posteriormente se presenta evidencia sobre los procesos psicológicos de riesgo para intento suicida incluidos en esta investigación.

1. Conducta suicida: definiciones y epidemiología

El concepto de conducta suicida engloba ideación suicida, planificación suicida, intento de suicidio, y suicidio consumado (Nock et al., 2008). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992; OCDE, 2015) define el suicidio como un "acto deliberado iniciado y desarrollado para terminar con la propia vida, en conocimiento de la fatalidad del resultado"\(^1\). La ideación suicida comprende los pensamientos referidos a la intención de quitarse la vida. La planificación suicida incluye pensamientos sobre un método específico para quitarse la vida. El intento de suicidio se refiere a la ejecución de conductas potencialmente letales con alguna intención de morir. Ideación, planificación e intento de suicidio se agrupan en el concepto de conducta suicida no letal – en algunos casos señalada como conducta suicida (Nock et al., 2008).

---

\(^1\) Corresponde a “muerte por lesiones autoinflingidas intencionalmente” (Códigos X60-X84) de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10.
El informe mundial de prevención del suicidio de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014) reporta una tasa de suicidio global estandarizada por edad de 11.4 suicidios por cada 100.000 habitantes. Se observa un estancamiento de la evolución de las tasas de suicidio a nivel mundial, principalmente en algunos países que han desarrollado planes integrados de prevención del suicidio (WHO, 2014). En Chile, se observó un alza sostenida de las tasas entre los años 2000 (9.6 por cada 100.000 habitantes) al 2011 (12.6 por cada 100.000 habitantes) (Otzen et al., 2014), siendo la última tasa reportada, correspondiente al año 2012, de 11.0 por cada 100.000 habitantes (OCDE, 2015).

Debido a la variabilidad de la calidad de los datos epidemiológicos entre países, no se cuenta con datos globales sobre conducta suicida no letal (WHO, 2014). Revisiones de estudios internacionales detectan que la ideación suicida es relativamente prevalente en la población general, con una prevalencia de vida de 13.5%, y que un 4.5% de la población reporta haber realizado un intento de suicidio alguna vez en su vida. La proporción de intentos suicidas es mucho mayor que la de suicidios consumados, estimándose alrededor de 18 tentativas por cada suicidio consumado (Nock et al., 2008; Wenzel & Beck, 2008). 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 suicidio (Silva, Vicente, Saldivia & Kohn, 2013).
2. Teorías sobre la conducta suicida.

Desde la década de 1960 se han desarrollado teorías específicas del suicidio, las cuales se centran en distintos elementos. Se revisarán los modelos teóricos de conducta suicida más utilizados en investigación. Se comienza por presentar las teorías psicológicas del suicidio; luego se comentarán los modelos integrados de vulnerabilidad-estrés.

2.1. Teoría de la mente suicida.

La primera teoría psicológica sobre el suicidio es la propuesta por Shneidman a partir del estudio de las notas suicidas encontradas en las autopsias forenses (Shneidman 1998; Chávez-Hernández & Leenaars, 2010). Shneidman conceptualiza el suicidio como una forma de escapar de un dolor psicológico insoportable (denominado por el autor psychache) que proviene de la frustración de necesidades vitales como la afiliación, defensa, contraataque, inviolabilidad, evitación de la vergüenza, socorro, orden y comprensión. La persona suicida vive fuertes emociones de desesperanza, desesperación y dolor psicológico del que desea escapar atentando contra su vida; y al mismo tiempo experimenta ambivalencia sobre el deseo de ser rescatado. Este estado de alteración genera un cierre perceptual o "visión de túnel" que lleva al acto suicida como única forma de acabar con el sufrimiento.

2.2. El modo suicida.

Rudd (2004) aplicó la teoría cognitiva de Beck a la conducta suicida definiendo un “modo suicida” que incluye cuatro componentes a) modo cognitivo: caracterizado por creencias centrales orientadas por la desesperanza; tríada cognitiva consistente en percepción de “yo
inadecuado”, “otros rechazantes” y “futuro desesperanzador”; estrategias de sobrecompensación, perfeccionismo, subyugación; b) modo afectivo: sentimientos de disforia, angustia, miedo, tristeza, rabia, culpa y humillación; c) modo conductual: comportamientos relacionados con el suicidio como planificación, preparación e intento suicida; d) modo fisiológico: definido por arousal autonómico, motor y sensorial.

Para Rudd, el modo suicida sería una disposición de vulnerabilidad latente. Al activarse por algún evento vital estresante, la persona entraría en una crisis suicida de tiempo limitado en la que puede intentar o completar un suicidio.

2.3. Modelo cognitivo de la conducta suicida

Unos años más tarde, el propio Beck y sus colaboradores (Wenzel & Beck, 2008) presentaron un modelo cognitivo de la conducta suicida, el cual integra conceptos de vulnerabilidad-estrés, destacando los componentes cognitivos del proceso. De acuerdo a este modelo, las personas suicidas poseen características de vulnerabilidad general que se activan con el estrés, dando paso a procesos cognitivos desadaptativos que generan problemas psiquiátricos, y en caso de mayor estrés, a conductas suicidas. Los factores de vulnerabilidad incluidos en el modelo cognitivo del suicidio son: impulsividad, agresividad, hostilidad; déficit en resolución de problemas; memoria sobre-generalizada; estilo cognitivo desadaptativo, caracterizado por pensamiento dicotómico, sobregeneralización y magnificación; personalidad caracterizada por neuroticismo y perfeccionismo prescrito socialmente.

Dentro de los esquemas cognitivos suicidas característicos se detecta la desesperanza crónica y la percepción de no poder soportar (unbearability). Estos esquemas, al ser activados por el
estrés, generarían desesperanza de estado, que a su vez pondría en acción sesgos cognitivos a atender y procesar estímulos relacionados con el suicidio, generando ideación suicida. En estos momentos de crisis suicida las personas tendrían distorsiones cognitivas que dificultan salir de los pensamientos suicidas y buscar otras formas de solucionar sus problemas, gatillando agitación, visión de túnel y desesperación, conduciendo en muchos casos al acto suicida como única solución viable.

2.4. Teoría psicológica interpersonal del suicidio

Para Joiner y Van Orden (Van Orden, Merrill & Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) las discrepancias en las prevalencias de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio indican que corresponden a fenómenos algo distintos. La teoría psicológica interpersonal del suicidio señala que una persona no cometerá suicidio a menos que tenga tanto: 1) deseo de suicidarse, como 2) capacidad para realizarlo (Van Orden et al., 2010). El deseo suicida de alto riesgo surge de la combinación de dos constructos interpersonales: a) necesidad de pertenencia insatisfecha -constructo formado por sensación de soledad y falta de cuidados recíprocos-, que daría cuenta de factores de riesgo como la soledad, viudez y vejez; y b) sentirse una carga para los otros -combinación de la creencia de valer más muerto que vivo para los otros y autodesprecio-. Este último constructo explicaría por qué el desempleo, las enfermedades incapacitantes, y la vejez se relacionan con el suicidio. La presencia conjunta de necesidad de pertenencia insatisfecha y sentirse una carga generarían tanto desesperanza como deseo suicida.
La capacidad para realizar conducta suicida letal, por su parte, considera los componentes: a) ausencia de miedo a morir y b) alta tolerancia al dolor físico. Esta capacidad surge de la habituación generada por exposición repetida a experiencias dolorosas o que inducen miedo. Habituación que lograría quebrantar el instinto básico de supervivencia de los seres humanos, explicando, por ejemplo, la mayor proporción de suicidios en personas expuestas a violencia, militares y personal médico (Van Orden et al., 2005).

Así, solo quienes presenten tanto necesidad de pertenencia insatisfecha como la percepción de ser una carga, y, por lo tanto, tengan deseo suicida, y, al mismo tiempo, tengan la capacidad de infringirse daño letal, se suicidán o realizarán intentos de suicidio casi letales (Van Orden et al., 2005).

2.5. Modelos de vulnerabilidad-estrés del suicidio

Las investigaciones sobre factores de riesgo para el suicidio han propuesto teóricos generales de vulnerabilidad-estrés, los cuales plantean que factores biológicos, psicopatológicos y psicológicos predisponen a la persona a la conducta suicida, vulnerabilidad que se expresaría al interactuar con eventos vitales estresantes (Nock et al., 2008). El modelo general del suicidio de Maris (2002) destaca por integrar investigaciones de los planos biológico, psicológico, social y cultural. Las personas con riesgo suicida pueden tener factores predisponentes estables (por ejemplo: historia familiar de depresión y suicidio, sexo masculino, edad adulta joven), a los que se agregan factores de vulnerabilidad más variables como los episodios de enfermedad mental, abuso de alcohol, aislamiento o problemas económicos. El riesgo suicida puede ser amortiguado por factores protectores: apoyo social,
estilos de afrontamiento activos, cuidados de salud mental, o ser exacerbado hacia una crisis suicida por factores gatillantes: un episodio depresivo, hospitalización, estrés, acceso a métodos letales o consumo de alcohol. De acuerdo a Maris todas las personas tenemos un umbral del sufrimiento hasta el cual podemos funcionar; si ese umbral es sobrepasado, intentaremos escapar cometiendo suicidio. Para el modelo general del suicidio los factores de riesgo y protectores interactúan, se potencian y moderan entre sí, por lo que la persona tendrá distintos niveles de riesgo en distintos momentos de su vida.

Wasserman et al. (2012) aplican el modelo general de vulnerabilidad-estrés al suicidio, y tienen en consideración la evolución temporal de la conducta suicida en un individuo. De acuerdo a este modelo, la vulnerabilidad al suicidio se genera por la interacción de aspectos biológicos, psicológicos, ambientales y situacionales. Dos de los principales moduladores del riesgo son el estado de salud mental del individuo y su autoimagen. Existen personas que nacen genéticamente predispuestas a ser más vulnerables a los agentes estresores. Hay ciertas situaciones que ocupan un rol importante en el desarrollo de la vulnerabilidad; como las experiencias traumáticas tempranas, enfermedades crónicas (especialmente las del sistema nervioso central), consumo prolongado de alcohol y abuso de sustancias; y factores ambientales como la cultura, la posición social y la alimentación. El nivel de vulnerabilidad determinará que se realicen o no actos suicidas frente al estrés externo. La conducta suicida incluye: ideación suicida que puede ser manifestada verbalmente o de forma indirecta, autolesiones no suicidas, intentos de suicidio, y en algunos casos, suicidios consumados. Estos elementos suelen ir evolucionando en gravedad en la historia de vida una persona, generando una "trayectoria suicida".
Los estudios de seguimiento de conducta suicida no letal muestran que alrededor de un 34% de quienes presentan ideación suicida llegan a planificar suicidarse, y un 72% de quienes hacen un plan suicida llegan a ejecutar una tentativa suicida. Estas transiciones progresivas de conducta suicida ocurren en su mayoría dentro del primer año de aparecer la ideación suicida (Nock et al., 2008; Stein et al., 2010).

3. **Factores de riesgo suicida**

3.1. **Factores y mecanismos de riesgo**

Los estudios iniciados por Rutter en el siglo pasado han permitido generar un cuerpo teórico y de evidencia sobre los procesos de riesgo y protección para problemas de salud mental (Cova, 2004).

Técnicamente, riesgo es la probabilidad de que un evento suceda dadas ciertas condiciones. En el ámbito de la psicopatología, factor de riesgo es definido como cualquier influencia que incrementa la probabilidad de iniciar un problema o mantener un estado de problema. Esto también se aplica a influencias que causan una desviación a estados más serios, como una recaída o la recurrencia de síntomas después del período de remisión (Cova, 2004). Los factores de riesgo pueden ser entendidos como circunstancias biológicas o psicosociales que consistentemente facilitan la aparición de diversos trastornos psicopatológicos (Lemos, 1996; Rutter, 2006). Sin embargo, también pueden ser vistos como correlatos probabilísticos y no necesariamente causales. De allí la importancia de la distinción propuesta por Rutter (2006) entre indicador y mecanismos de riesgo. Desde el punto de vista de la investigación, para
considerar a una condición como factor de riesgo deben darse tres requisitos: el aumento de la probabilidad de ocurrencia del evento, evaluado tradicionalmente por *odds ratio*, o *D* para el caso de variables continuas; que está condición esté presente previo a la variable resultado o dependiente; y que no corresponda a una asociación espuria o dependiente de una tercera variable (Norman & Streiner, 2008). Un factor de riesgo puede más bien señalizar un riesgo que ser partícipe de su cadena causal; en ese caso, el factor de riesgo está operando como un indicador. Cuando el factor de riesgo participa de algún modo de la cadena causal con la condición psicopatológica, se habla de mecanismos de riesgo o factor de riesgo causal (Cova, 2004; Rutter, 2006).

Dada la complejidad del modo de operar de las variables de riesgo, estas se han clasificado en variables próximas, intermedias y distales dependiendo del grado en que actúan sobre el individuo (Rutter, 2006). Las investigaciones en psicopatología evolutiva señalan que la probabilidad de trastorno - o conducta suicida en este caso- puede incrementarse en función del número, duración, y la gravedad de las condiciones adversas (Rutter, 2006).

### 3.2. Factores de riesgo de conducta suicida

A nivel mundial existe investigación abundante sobre factores de riesgo relacionados con suicidio y conducta suicida no letal. A continuación se presentará evidencia sobre factores de riesgo de acuerdo a la siguiente categorización: socio-demográficos, antecedentes familiares de suicidio, trastornos mentales, conducta suicida previa, factores de riesgo psicológicos y eventos vitales estresantes.
3.2.1. Factores socio-demográficos

Con respecto a factores socio-demográficos, diversas revisiones (Nock et al., 2008; Van Orden et al., 2010; Wenzel & Beck, 2008) señalan que el género masculino, ser adolescente o adulto mayor se relacionan con el suicidio; mientras que el género femenino, ser joven, soltero/a, menor nivel educacional y estar desempleado se relacionan con conducta suicida no letal.

Uno de los hallazgos consistentes son las diferencias de género en conducta suicida. En promedio, los hombres se suicidan más que las mujeres, y las mujeres realizan más intentos de suicidio (Nock et al., 2008; Van Orden et al., 2005; Wenzel & Beck, 2008). Hasta hace poco se planteaba que los suicidios en los hombres eran tres veces más frecuentes que en las mujeres (Nock et al., 2008). El último reporte de la OMS (WHO, 2014) señala que esta diferencia es la que ocurre en los países con altos ingresos, pero que en promedio, el suicidio es sólo un 56% más prevalente entre los hombres. En Chile, existe una proporción de 4:1 entre los suicidios de hombres y mujeres (MINSAL, 2013a) y el intento de suicidio es 3.9 veces más frecuente en las mujeres a nivel poblacional (Silva et al., 2013).

Una aproximación a la comprensión de las diferencias de género en conducta suicida ha sido desarrollada por Beautrais (2006), quien señala que entre las mujeres se observan mayores proporciones de factores de riesgo asociado a suicidio, tales como depresión, trastornos alimentarios, psicosis postparto, abuso sexual, ser víctima de violencia intrafamiliar; pero también mayor proporción de factores protectores como embarazo, maternidad, conexión y
habilidades sociales, tendencia a buscar ayuda y, especialmente, elección de métodos menos letales para el suicidio, como los fármacos o venenos.

3.2.2. Antecedente familiar de suicidio

El antecedente familiar de suicidio está presente en muchos casos de suicidio e intento de suicidio (Maris, 2002). Estudios han determinado que existe una alta heredabilidad e influencia genética para el suicidio, la cual estaría ligada a genes relacionados con trastornos del ánimo principalmente (Nock et al., 2008), pero que también existiría una heredabilidad independiente de la vulnerabilidad general a trastorno mental (Wasserman et al., 2012). La OMS (WHO, 2014) señala que la muerte por suicidio de una persona cercana aumenta el riesgo de suicidio de manera relevante –y más allá de la heredabilidad-, ya que constituye un evento potencialmente traumático y facilita la conducta suicida.

Existe menos investigación sobre la influencia de los antecedentes familiares en el intento de suicidio. Se señala que el suicidio de un familiar es un factor de riesgo independiente para intento de suicidio (Wasserman et al., 2012). En un estudio de seguimiento en adolescentes, el intento de suicidio de un familiar se relacionó con aumento de riesgo de tentativa suicida en los siguientes doce meses (Thompson & Light, 2011).

3.2.3. Trastornos mentales

La presencia de trastorno mental en general; los trastornos del ánimo, de personalidad y esquizofrenia, en específico; y síntomas como los depresivos, descontrol de impulsos, abuso
de alcohol y drogas, se relacionan tanto con suicidio como con conducta suicida no letal (Nock et al., 2008; Van Orden et al., 2005; Wenzel & Beck, 2008; WHO, 2014).

Estudios han informado que el 90% de las personas que se suicidan tienen un trastorno mental (Wassserman et al., 2012), y que de estos un 25% se encontraba en tratamiento de salud mental en el último año (Appleby et al., 1999), y un 40% había consultado en atención primaria de salud en el mes previo al suicidio (Luoma, Martin & Pearson, 2002). Al desagregar los diagnósticos recibidos por personas que se suicidan, en diversos estudios se observa que, entre un 56 y un 87% tenía un trastorno del ánimo, de un 26 a un 55% presentaba abuso o dependencia de alcohol y otras drogas, un 60 a un 78% correspondía a trastornos de personalidad, y un 6 a 13% padecía esquizofrenia. Los trastornos comórbidos son habituales en los casos de suicidio (Windfuhr & Kapur, 2011).

Uno de los grupos diagnósticos más estudiados son los trastornos del ánimo. Investigaciones de seguimiento en pacientes con depresión reportan que el riesgo de morir por suicidio es mayor de acuerdo al tipo de tratamiento que requieran los sujetos. Los pacientes con depresión hospitalizados por intento de suicidio tienen el mayor riesgo de morir por suicidio, llegando a un 8.6% de prevalencia de muerte por suicidio (Bostwick & Pankratz, 2014). Un estudio de seguimiento en pacientes con trastornos del ánimo detectó que la severidad de los síntomas depresivos predecía nuevos intentos suicidas (Oquendo et al., 2004); y otro, que la ideación suicida se asociaba a intento de suicidio en pacientes depresivos hospitalizados (Chan, Maniam & Shamsul, 2015).
Existe menos evidencia sobre la asociación entre trastornos mentales y suicidio en nuestro país. Un trabajo de revisión de procesos judiciales por suicidio (Duarte, 2008) detectó antecedentes de depresión, problemas de alcohol y drogas, y en menor grado de esquizofrenia. Una investigación reciente por medio de autopsias psicológicas (N = 30) informa que un 90% de los casos presentaba trastornos mentales, principalmente trastornos del ánimo y abuso de drogas; de los cuales, un 36% se encontraba en tratamiento. A nivel poblacional, el intento de suicidio se asocia a trastorno depresivo, distimia, dependencia de alcohol, dependencia de otras drogas y consumo de tabaco; con un importante aumento del riesgo al existir comorbilidad (Silva et al., 2013). En estudios nacionales en pacientes hospitalizados por intento de suicidio destacan los trastornos depresivos, problemas de alcohol y otras drogas, y trastorno de personalidad límite (Echávarri et al., 2015; Leighton et al., 2008).

3.2.4. Conducta suicida previa

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 suicida aumenta el riesgo de morir por suicidio, especialmente dentro de los dos años siguientes (Choi et al., 2012; Christiansen & Jensen, 2007; Gibb et al., 2005), siendo el principal factor de riesgo en población general (WHO, 2014).

A nivel individual, estudios longitudinales han detectado que las personas que son hospitalizadas por intento de suicidio tienen de un 4.6 a un 6.0% de probabilidad de morir por suicidio, y un 28.1% de ser hospitalizados por una nueva tentativa suicida; ocurriendo la
mayoría de estas muertes y nuevos intentos en los dos años siguientes al intento índice (Gibb et al., 2005). Una investigación longitudinal reciente en población coreana determinó que los pacientes atendidos y dados de alta en urgencia por intento suicida tienen 54 veces más riesgo de morir por suicidio que la población general en los dos años y medio posteriores; riesgo aumentado en 82 veces en los pacientes hospitalizados por intento de suicidio (Choi et al., 2012). Al respecto, un estudio de seguimiento a 50 años de pacientes con depresión, detectó que el riesgo suicida era mayor a medida que aumentaban los intentos de suicidio, postulando una sensibilización conductual producto de las tentativas suicidas, independiente de la sensibilización (kindling) por los episodios depresivos; ya que el aumento de riesgo de morir por suicidio no era explicado por el mayor número de episodios depresivos, sino que por el mayor número de tentativas suicidas (Brädvik & Berglund, 2011). Otros estudios también han detectado que el antecedente de intentos suicidas predice una nueva tentativa suicida (Oquendo et al., 2004; Thompson & Light, 2011), aún por sobre los síntomas depresivos (Joiner et al., 2009).

### 3.2.5. Factores psicológicos

Procesos psicológicos como la desesperanza, impulsividad/agresividad, neuroticismo, perfeccionismo, baja capacidad de resolución de problemas y rumiación están presentes en personas que se suicidan y realizan intentos de suicidio, presentándose como potenciales mediadores entre los trastornos mentales y la conducta suicida general (Miranda & Nolen-Hoeksema, 2007; Nock et al., 2008; Van Orden et al., 2005; Wenzel & Beck, 2008). La evidencia sobre la influencia y el poder predictivo de los factores de riesgo psicológicos aún no es concluyente, por lo que no son considerados en los protocolos de detección e
intervención del riesgo suicida (Fowler, 2012; Wassermann et al., 2012; WHO, 2014), exceptuando la desesperanza (WHO, 2014). Los procesos psicológicos de riesgo suicida incluidos en este estudio se desarrollarán en mayor profundidad en un apartado posterior.

### 3.2.6. Eventos vitales estresantes

La conducta suicida habitualmente es precedida por eventos vitales estresantes como conflictos familiares y de pareja, o problemas legales (Nock et al., 2008). Al respecto, una revisión reciente de autopsias psicológicas señala que los eventos vitales adversos, especialmente conflictos interpersonales, están presentes en la gran mayoría de los suicidios en adultos (Foster, 2011). La encuesta OMS de conducta suicida determinó que: el haber realizado un intento de suicidio se relaciona con ser víctima de violencia interpersonal y sexual; el ser víctima de violencia sexual se relaciona específicamente con intentos de suicidio no planificados; y existe poco riesgo agregado por la presencia de más de un evento traumático (Stein et al., 2010). En personas con depresión, los problemas interpersonales; la separación reciente y las dificultades económicas graves (que incluyeran quiebra, cuentas impagas, etc.) se relacionan con intento de suicidio (Chan et al., 2015; Wang et al., 2015). En un estudio que comparaba mujeres afroamericanas con intento de suicidio con controles sin intento, se detectó que la presencia de violencia de pareja era mayor en el grupo de mujeres con intento suicida. La influencia de la violencia de pareja estaba mediada por el distrés psicológico, la desesperanza y el abuso de drogas (Kaslow et al., 1998). En relación a los adolescentes y jóvenes, un estudio en estudiantes universitarios de cuatro países latinoamericanos muestra que eventos vitales adversos tales como maltrato físico o sexual antes de los 18 años, haberse ido de la casa antes de los 18 años, maltrato físico o sexual
después de los 18 años, y consumo excesivo de alcohol y drogas se relacionan con haber realizado intentos de suicidio (Vásquez, Panadero & Rincón, 2010). En un seguimiento de adolescentes, la pérdida de un padre se relacionó con aumento de riesgo de intento de suicidio al cabo de un año (Thompson & Light, 2011).

La investigación sobre estrés y conducta suicida en Chile es escasa. El trabajo de Duarte (2008) en suicidios consumados detecta ocurrencia de eventos vitales como ruptura sentimental, problemas económicos y violencia intrafamiliar previos al suicidio. La investigación de autopsias psicológicas (Gómez et al., 2014) constató que las personas que se suicidaron habían estado expuestas a eventos vitales estresantes de orden interpersonal, económico o legal. Los estudios chilenos que evalúan estrés y conducta suicida no letal se han conducido en su mayoría en adolescentes, detectando relación con conflictos familiares como maltrato infantil o violencia intrafamiliar (Pacheco, Lizana & Celhay, 2010; Pavez, Santander, Carranza & Vera-Villarroel, 2009; Rona & Wettlin, 1986; Valdivia, Schaub & Díaz, 1998; Valdivia, Ebner, Fierro, Gajardo & Miranda, 2001; Von Dessauer et al., 2011). Se conoce un estudio realizado en población adulta hospitalizada que reporta asociación con violencia intrafamiliar (Salvo et al., 2004).

4. Prevención del suicidio

Para disminuir las muertes por suicidio, la OMS (WHO, 2014) propone intervenciones preventivas de tipo universal, selectivo e indicativo integradas en planes nacionales de intervención. Las intervenciones universales son diseñadas para llegar a una población
completa, maximizando la salud, y minimizando el riesgo. Las selectivas apuntan a grupos vulnerables dentro de una población, y las estrategias de prevención indicadas tienen como objetivo específico los individuos más vulnerables dentro de la población, porque han desarrollado algún nivel de síntomas correspondientes al trastorno o condición de riesgo (O'Connell, Boat & Warner, 2009).

Dentro de las intervenciones universales para prevenir el suicidio destacan la restricción del acceso a medios letales, la responsabilidad de los medios de comunicación, políticas para reducir el uso dañino de alcohol, mejorar el acceso a atención médica, entre otras. En las estrategias selectivas encontramos intervenciones en grupos vulnerables, formación en monitores o cuidadores (gatekeepers) y líneas telefónicas de ayuda en crisis. Por último, la prevención indicada incluye la evaluación y manejo de las conductas suicidas, la evaluación y tratamiento de trastornos mentales o por abuso de sustancias, y acciones de seguimiento y apoyo en la comunidad a las personas con riesgo suicida (WHO, 2014).

En Chile, en la presente década, se encuentra en implementación progresiva un Programa Nacional de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2013a; WHO, 2014), el cual incluye como estrategias: instalación de un sistema de estudio de casos, implementación de un plan regional intersectorial de prevención del suicidio, fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud, incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales, desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis, apoyo para una correcta cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la
prevención del suicidio. Hasta el año 2014, el programa se encontraba en ejecución en seis regiones del país con evaluación favorable de parte del Ministerio de Desarrollo Social.

5. Procesos psicológicos de riesgo suicida

De los factores psicológicos de riesgo suicida (Nock et al., 2008; Van Orden et al., 2010; Wenzel & Beck, 2008; WHO, 2014), se han escogido algunos constructos que tienen potencial como procesos o mecanismos de acción de acuerdo a modelos de vulnerabilidad-estrés, favoreciendo la intervención terapéutica. Se incluyeron, la desesperanza, por su alto poder predictivo (Wenzel & Beck, 2008; Wenzel et al., 2011); la impulsividad, debido a su relación con intento suicida (Gvion & Apter, 2011); y las estrategias de afrontamiento, tanto por su asociación con conducta suicida no letal (Kim & Kim, 2008; Nrugham, Holen & Sund, 2012; Fidan, Ceyhun & Kipidar, 2011) como por su utilidad para la prevención indicada (Daigle et al., 2011; Wenzel et al., 2009).

5.1. Desesperanza

La desesperanza -entendida como expectativas negativas respecto al futuro- es el factor de riesgo psicológico del suicidio que cuenta con mayor número de estudios y evidencias favorables, siendo un predictor de intentos de suicidio y suicidio consumado (Brown, 2002; Van Orden et al., 2010; Wenzel & Beck, 2008). De acuerdo al modelo cognitivo del suicidio (Wenzel & Beck, 2008), la desesperanza -entendida como desesperanza de rasgo- es uno de los esquemas cognitivos suicidas que se activa con el estrés, generando desesperanza de estado. La desesperanza de estado activaría sesgos cognitivos a atender y procesar estímulos...
relacionados con el suicidio, generando ideación suicida. Luego ocurriría un proceso de aumento de activación y malestar emocional, el que unido a las distorsiones cognitivas, generaría la percepción de que el suicidio es la única salida. La teoría interpersonal de suicidio también destaca el rol de la desesperanza en la génesis de un intento suicida grave o suicidio (Van Orden et al., 2010). Para esta teoría, si la insatisfacción de las necesidades psicológicas de pertenencia y el sentirse una carga son evaluadas como estables, generan desesperanza en el individuo; desesperanza que lleva al deseo suicida, y posteriormente a la ideación suicida.

Las investigaciones de los últimos años continúan aportando evidencia para las relaciones entre desesperanza y suicidio, aclarando algunas asociaciones y subpoblaciones. Con respecto a la población general, un estudio de seguimiento de jóvenes por cuatro años encontró que la desesperanza se asociaba al desarrollo de ideación suicida (Miranda, Tsypes, Gallagher & Rajappa, 2013). En estudiantes universitarios, tanto la ideación suicida como el intento de suicidio se asociaban a mayor desesperanza (Bagge, Lamis, Nadorff & Osman, 2014).

Los estudios en población clínica muestran resultados similares. En pacientes de atención primaria de salud, la ideación suicida se relaciona con la presencia de desesperanza (Linden, Zaske & Ahrens, 2003). Un estudio realizado en pacientes con intento suicida reciente reporta que desesperanza se asocia a intento de suicidio, independiente de su asociación con síntomas depresivos (Elliot & Frude, 2001). Una revisión de estudios sobre riesgo suicida en pacientes depresivos, señala que los pacientes con alta desesperanza tienen mayor riesgo de morir por suicidio en el seguimiento (Hawton et al., 2013). Una de las posibles vías de
ucción de la desesperanza es la asociación con ideación suicida. Al respecto, en una investigación longitudinal en pacientes con depresión e ideación suicida, la disminución de la desesperanza se asoció a una disminución de la ideación suicida (Sokero et al., 2006).

En Chile, la investigación sobre este constructo y suicidio es escasa, por lo que se requiere aún de mayor estudio en nuestro contexto para clarificar su relación con intento suicida. La desesperanza se ha asociado a mayor presencia de ideación suicida en consultantes de salud mental, actuando como un mediador de la influencia de los síntomas depresivos en la intención de quitarse la vida (Inostroza, Cova, Bustos & Quijada, 2015).

5.2. Impulsividad

La impulsividad es un rasgo psicológico que engloba una serie de comportamientos que reflejan una auto-regulación disminuida, entre los que se encuentran: falta de planificación, respuestas apresuradas, búsqueda de sensaciones, tendencia a tomar riesgos, déficit de inhibición conductual y preferencia por recompensas inmediatas (Gvion & Apter, 2011).

Numerosas investigaciones han detectado relaciones entre rasgos de impulsividad y conducta suicida letal y no letal (Nock et al., 2008; Van Orden et al., 2010; Wenzel & Beck, 2008), postulándose que sería un factor que potenciaría la transición entre ideación suicida e intento (Gvion & Apter, 2011). Al respecto, estudios con modelos estructurales han señalado que el rasgo que incrementa el riesgo corresponde a una dimensión compuesta de impulsividad/agresividad (Wenzel & Beck, 2008). Una revisión en el tema (Gvion & Apter, 2011) concluye que: si bien la impulsividad no está presente en todos los intentos de suicidio, existe relación entre la impulsividad y estos, presentándose como un factor de riesgo que
ayuda a detectar riesgo suicida, especialmente en pacientes. Menor claridad existe respecto a la relación entre suicidio consumado e impulsividad, ya que algunos estudios la relacionan con intentos leves sin resultado letal. Los suicidios consumados suelen asociarse a intentos de suicidio más planificados, lo que podría relacionarse con menor impulsividad de rasgo.

Las investigaciones iniciales en impulsividad y suicidio fueron conducidas en adolescentes. Al respecto, se detectó que, los adolescentes que presentaban planificación suicida sin ejecutar el intento eran menos impulsivos que quienes sí lo realizaban; y que, contrario a lo previsto, los intentos suicidas planificados tendían a ser realizados por adolescentes más impulsivos que los adolescentes que realizaban intentos no planificados (Witte et al., 2008). Un estudio de casos con intento de suicidio reciente y controles sin intento observó que los adolescentes intentadores presentaban mayor impulsividad total, y sus dimensiones: búsqueda de novedad, evitación de daño y dependencia de recompensa, así como menores puntajes en las dimensiones persistencia y autodeterminación (Ghanem et al., 2013). Un seguimiento de adolescentes determinó que quienes realizaban intento de suicidio presentaban mayor impulsividad que los adolescentes que no realizaron tentativas suicidas (Kasen, Cohen & Chen, 2011). En Chile, los estudios de Salvo en población adolescente (Salvo & Castro, 2013; Salvo & Melipillán, 2008) detectaron que la impulsividad se asociaba a mayor suicidalidad -un constructo que integra ideación suicida e intento de suicidio.

En los últimos años se han desarrollado estudios en población adulta. Un estudio que comparó personas con intento de suicidio versus ideadores suicidas en tres muestras (militares, estudiantes secundarios y estudiantes universitarios), detectó que, en los militares no había diferencias en la impulsividad -evaluada de forma global- entre intentadores e
ideadores suicidas. En las muestras de estudiantes universitarios y estudiantes secundarios se evaluó la impulsividad general y dividida en dimensiones, observándose que tanto los ideadores como los intentadores presentaban altos indicadores de urgencia; y que la falta de reflexión distingüía a los intentadores; ninguno de los grupos se caracterizaba por alta búsqueda de sensaciones ni falta de perseverancia (Klonsky & May, 2010).

En población clínica la evidencia es menor. En pacientes en rehabilitación de adicciones se detectó que la impulsividad global y tres de sus dimensiones -falta de premeditación, falta de perseverancia y urgencia- se asociaban a intentos de suicidio. Estas relaciones estaban mediadas por un historial de autolesiones no suicidas (NNSI por sus siglas en inglés). Para los autores, la relación entre impulsividad e intento de suicidio es indirecta y se explica mejor por su asociación con un historial de autolesiones no suicidas, las cuales otorgan al individuo la capacidad de infringirse daño letal (Anestis, Tull, Lavender & Gratz, 2014). Una investigación longitudinal en pacientes con trastornos del ánimo determinó que el rasgo de impulsividad/agresividad precedía futuros intentos de suicidio, y que este rasgo interactuaba con el pesimismo para generar mayor riesgo (Oquendo et al., 2004). En un estudio de casos con intento de suicidio y controles adultos hospitalizados, se observó que los intentadores presentaban mayor impulsividad total y el factor específico falta de planificación (Doihara et al., 2012). Una revisión reciente sobre impulsividad e intento de suicidio en pacientes bipolares informa que algunos estudios mostraban un mayor riesgo en pacientes más impulsivos, mientras que otros no; concluyendo que la relación entre impulsividad e intento de suicidio para esta población es menos contundente de la sostenida habitualmente (Watkins & Meyer, 2013). Hasta el momento, la evidencia sobre el efecto de la impulsividad
en población clínica no es concluyente, por lo que no es posible determinar con certeza la influencia de la impulsividad en los intentos suicidas de usuarios adultos de servicios de salud mental. En Chile, a nuestro saber, no se han realizado investigaciones en consultantes adultos de salud mental sobre este constructo y riesgo suicida.

5.3. Estrategias de Afrontamiento

El modelo de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) 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. Estas últimas serán denominadas estrategias de afrontamiento emocional desadaptativo\(^3\). Las investigaciones de las últimas décadas han determinado que las estrategias evitativas o emocionales desadaptativas suelen llevar al desarrollo de problemas de salud mental; mientras que las estrategias orientadas a la tarea o la búsqueda de apoyo social se relacionan con resultados diversos, dependiendo de la interacción con el estresor específico (Folkman & Moskowitz, 2004).

La influencia de las estrategias de afrontamiento en conducta suicida ha sido poco estudiada, concentrándose las investigaciones en población adolescente. Un estudio en población general adolescente determinó que el menor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la tarea se asociaba a mayor riesgo de intento de suicidio en los últimos 12 meses (Kim & Kim, 2008). En un seguimiento de adolescentes hacia la juventud se observó que el bajo uso de estrategias de afrontamiento centradas en la tarea, y alto uso de estrategias emocionales desadaptativas

---

\(^3\) Se ha decidido utilizar el concepto de afrontamiento emocional desadaptativo, por sobre el tradicional (afrontamiento centrado en la emoción) para distinguirlo del afrontamiento o procesamiento emocional positivo que se ha asociado a mejores resultados de regulación emocional (Hervás & Vazquez, 2006).
desadaptativas, se relacionaron con intento de suicidio único y repetido, aun controlando la sintomatología depresiva (Nrugham, Holen & Sund, 2012). Un estudio de casos con intento suicida y controles adolescentes observó que las estrategias de afrontamiento orientadas a la distracción (humor y distracción mental), el afrontamiento activo y la búsqueda de apoyo social se comportan como factores protectores de tentativa suicida, sin observarse relación con estrategias emocionales desadaptativas (Fidan, Ceyhun & Kipidar, 2011). En población general adolescente, los adolescentes de ambos sexos que presentaban ideación suicida tendían a utilizar más estrategias de descarga emocional y afrontamiento evitativo; las adolescentes mujeres con ideación suicida utilizaban más estrategias de análisis lógico, evitación cognitiva, y menos resolución de problemas que las adolescentes sin ideación suicida (Kirchner, Ferrer, For & Zanini, 2011). En un estudio de casos con intento de suicidio reciente y controles sin este antecedente, se determinó que los pacientes que habían realizado una tentativa suicida utilizaban menos estrategias activas u orientadas a la tarea, y al mismo tiempo usaban más estrategias desadaptativas que los controles sin intento (Konkan et al., 2014).

Una investigación de casos con intento suicida y controles en mujeres detectó mayor uso de estrategias de afrontamiento emocional desadaptativo en quienes habían intentado quitarse la vida (Mandal & Zalewska, 2010). En un grupo de pacientes adultos con intento suicidio reciente, el estrés interactuaba con el afrontamiento centrado en la tarea para predecir la desesperanza, sin que el afrontamiento emocional desadaptativo tuviera influencia (Elliot y Frude, 2001). Recientemente, una investigación en estudiantes universitarios afroamericanos detectó que el afrontamiento emocional desadaptativo se asociaba a mayor ideación suicida,
y que esta relación estaba mediada por la influencia del afrontamiento emocional en los síntomas depresivos (Wang, Nyutu & Tran, 2012). En un estudio reciente en población clínica chilena, el bajo uso del afrontamiento centrado en la tarea se relacionó con intento suicida previo (Inostroza et al., 2015). En una población similar, se había detectado que el afrontamiento emocional desadaptativo y el afrontamiento centrado en la tarea mediaban la relación entre estrés vital y síntomas depresivos (Inostroza et al., en preparación. Ver anexo IV).


Por otro lado, una variable asociada al afrontamiento centrado en la tarea es la capacidad de resolución de problemas. En un estudio en estudiantes universitarios, los participantes con historia de intento suicida utilizaban menos estrategias de resolución de problemas que los jóvenes que no habían realizado tentativas suicidas. En esta misma investigación, la capacidad de resolución de problemas ejercía un efecto protector al moderar negativamente los efectos del estrés sobre la ideación suicida (Linda, Marroquín & Miranda, 2012).

El estudio de la influencia del afrontamiento en la conducta suicida es un área de investigación reciente, pero prometedora. Los evidencia orientan a que existiría una influencia del
afrontamiento emocional desadaptativo en la ideación e intento suicida, y del afrontamiento centrado en la tarea en los intentos suicidas. Estos resultados deben replicarse y profundizarse a nivel internacional y local.
III. PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. Fundamentación del problema

El suicidio es un problema de salud pública en todos los países, siendo la segunda causa de muerte entre los 15 a 29 años, y en las personas con trastornos mentales (Miller et al., 2006; WHO, 2014). En nuestro país, la tasa de suicidio del año 2012 fue de 11.0 por cada 100.000 habitantes (OCDE, 2015). El último informe de OMS (WHO, 2014) sobre prevención del suicidio observa un estancamiento, e incluso una tendencia a la disminución de éste, en países que cuentan con planes de prevención. En Chile, las tasas de suicidio vienen ascendiendo en forma sostenida en los últimos años (Otzen et al., 2014), por lo que su reducción es un objetivo sanitario. Este esfuerzo está articulado en el reciente Programa Nacional de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2013a).

La conducta suicida incluye conducta suicida no letal (ideación suicida, plan suicida e intento de suicidio) y suicidio (Nock et al., 2008). En Chile, un 14.3 % de los adultos han presentado ideación suicida alguna vez en la vida, y un 7.7% han realizado un intento de suicidio (Silva et al., 2013). Los intentos suicidas aumentan el riesgo de heridas graves, sufrimiento y nuevos intentos de suicidio (Stein et al., 2010), siendo un problema de salud pública en sí mismo (WHO, 2014).

El fenómeno del suicidio es un problema complejo, resultando de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales (Maris, 2002; Wasserman et al., 2012; WHO, 2014). Existe abundante investigación sobre factores de riesgo relacionados...
con suicidio y conducta suicida no letal (Nock et al., 2008; Wasserman et al., 2012; WHO, 2014). Sin embargo, ha sido difícil determinar factores de riesgo específicos de la conducta suicida. Los resultados muestran que la mayoría de los factores de riesgo de problemas de salud mental también incrementan el riesgo de suicidio (Fowler, 2012; Van Orden et al., 2010). Uno de los factores de riesgo con mayor peso y especificidad es el intento suicida previo. Investigaciones longitudinales han determinado que el intento de suicidio aumenta el riesgo de morir por esta causa, especialmente dentro de los dos años siguientes (Choi et al., 2012; Christiansen & Jensen, 2007; Gibb et al., 2005), siendo el principal factor de riesgo en población general (WHO, 2014). La presencia de un trastorno mental es otro factor de riesgo, 90% de las personas que mueren por suicidio tienen un diagnóstico psiquiátrico, en su mayoría trastorno depresivo (Wasserman et al., 2012; Wenzel et al., 2011; WHO, 2014).

En esta línea, modelos psicológicos de conducta suicida, como la teoría cognitiva de Beck (Wenzel & Beck, 2008) o la teoría interpersonal de Joiner y Van Orden (Van Orden et al.; 2005), presentan constructos como desesperanza, impulsividad, baja capacidad de resolución de problemas, afrontamiento emocional desadaptativo y necesidades psicológicas insatisfechas, que permiten tanto comprender como ayudar terapéuticamente a quienes presentan riesgo suicida (Wenzel & Beck, 2008). Sin embargo, la evidencia sobre los mismos aún no es concluyente, por lo que no son considerados en los protocolos de detección e intervención del riesgo suicida (Fowler, 2012; Wassermann et al., 2012; WHO, 2014).

Todo modelo teórico, y aún más los que tienen implicancias preventivas, requieren evidencia sobre su generalización y validación transcultural (Makel, Plucker & Hegarty, 2012). En Chile, en las últimas décadas se han llevado a cabo investigaciones en factores psicológicos y
psicosociales de conducta suicida, la mayoría de estas en población adolescente (Barriolet et al., 2012; Haquin et al., 2004; Salvo & Melipillán, 2008; Salvo et al., 2013; Taylor, Morales, Zuloaga, Echávarri & Barros, 2012; Valdivia et al., 2015), y algunos recientes en población adulta (Echávarri et al, 2015, Gómez et al, 2014; Morales et al., 2014). Estos estudios, han aportado a la comprensión inicial del fenómeno suicida en nuestra población.

La presente tesis doctoral espera aumentar y profundizar dicho conocimiento. En específico, busca identificar procesos psicológicos mediadores o moderadores de la influencia de factores de riesgo conocidos de conducta suicida, como los síntomas depresivos, el antecedente de conducta suicida, y los eventos vitales estresantes, en el intento de suicidio reciente de usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado. Como propósito anexo, siguiendo el marco propuesto por el informe de Prevención del Suicidio de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014), se espera obtener indicadores de riesgo suicida para la población adulta de la provincia de Concepción, que favorezcan la prevención selectiva, así como identificar procesos psicológicos que sean útiles para la prevención indicada en usuarios de servicios de salud mental que hayan realizado intento de suicidio.

De las múltiples variables psicológicas asociadas a conducta suicida (WHO, 2014; Nock et al., 2008; Van Orden et al., 2010; Wenzel & Beck, 2008) se han escogido: la desesperanza por su alto poder predictivo (Wenzel & Beck, 2008; Wenzel et al., 2011); la impulsividad, por su asociación a intento suicida (Gvion & Apter, 2011); y las estrategias de afrontamiento, por su asociación con conducta suicida no letal (Kim & Kim, 2008; Nrugham et al., 2012; Fidan et al., 2011) y su utilidad para la prevención indicada en personas con ideación suicida o intentos suicidas previos (Daigle et al., 2011; Wenzel et al., 2009).
La población escogida obedece a dos criterios de relevancia epidemiológica: Los suicidios en adultos representan la mayor proporción de casos de suicidio a nivel mundial y nacional (MINSAL, 2013a; WHO, 2014), y las personas con problemas de salud mental son un grupo de mayor riesgo de desarrollar conducta suicida (Wasserman et al., 2012; Wenzel et al., 2011). Por este motivo, los lineamientos de la OMS (WHO, 2014) para la prevención indicada del suicidio señalan que es necesario favorecer el acceso a tratamiento de personas con problemas de salud mental; y además que, dentro de los consultantes de salud mental, deben concentrarse esfuerzos en aquellos con antecedentes de intento de suicidio o con otras manifestaciones de conducta suicida no letal, como la ideación suicida.

El diseño utilizado corresponde a un estudio transversal y correlacional multivariado en el que se compararon grupos de pacientes con intento de suicidio en el último año y sin intento de suicidio en los últimos 12 meses. A través de análisis bivariados se buscó determinar factores clínicos, psicológicos y eventos vitales estresantes que aumentan el riesgo suicida en esta población. Mediante el uso de análisis estadísticos multivariantes se analizan procesos moderadores y mediadores, que permiten reconocer vías psicológicas de acción de los factores de riesgo encontrados para conducta suicida no letal. Se analizó cómo la desesperanza, el uso de estrategias de afrontamiento emocional desadaptativo o centradas en la tarea y la impulsividad influyen en que algunas personas que experimentan eventos vitales estresantes y desarrollan problemas de salud mental, realizan intentos de suicidio; mientras que otras, que experimentan los mismos eventos estresantes y problemas mentales, no realizan esta conducta. Finalmente, se formuló un modelo explicativo -a nivel
exploratorio- de conducta suicida no letal en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado de la provincia de Concepción.

2. Preguntas

Las preguntas que guiaron esta investigación son:

¿Son los síntomas depresivos, la ideación suicida, la desesperanza, el bajo uso de afrontamiento centrado en la tarea, el afrontamiento emocional desadaptativo, la impulsividad y los eventos vitales estresantes, factores de riesgo para intento suicida en el último año de usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado?

¿Cuál es el rol de la desesperanza, el afrontamiento emocional desadaptativo, el afrontamiento centrado en la tarea y la impulsividad, en la relaciones entre eventos vitales estresantes, síntomas depresivos e ideación suicida con intento suicida en el último año de usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado?

3. Objetivos

Objetivo General:

Evaluar el tipo de modulación que ejercen la desesperanza, la impulsividad, el afrontamiento emocional desadaptativo y el afrontamiento centrado en la tarea, en las relaciones entre los eventos vitales estresantes del último año, los síntomas depresivos y la ideación suicida, con
el intento suicida en el último año de usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción.

**Objetivos Específicos:**

1. Determinar si los eventos vitales estresantes del último año, los síntomas depresivos, la ideación suicida, la desesperanza, la impulsividad, el afrontamiento emocional desadaptativo y el bajo uso de afrontamiento centrado en la tarea son factores de riesgo para intento suicida en el último año de usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción.

2. Determinar el tipo de modulación que ejerce la desesperanza, la impulsividad, el afrontamiento emocional desadaptativo y el afrontamiento centrado en la tarea, en la cadena de relaciones entre los eventos vitales estresantes del último año, los síntomas depresivos y la ideación suicida, con el intento suicida en el último año de usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción.

3. Proponer un modelo explicativo de la relación entre los eventos vitales estresantes del último año, los síntomas depresivos, la ideación suicida, la desesperanza, la impulsividad, el afrontamiento emocional desadaptativo, el afrontamiento centrado en la tarea, con el intento suicida en el último año de usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción.
4. Hipótesis

1. Los usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado con intento suicida en el último año presentarán mayor sintomatología depresiva, ideación suicida, impulsividad, desesperanza, uso de estrategias de afrontamiento emocional desadaptativo y eventos vitales estresantes del último año que los usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado sin intento suicida en el último año.

2. Los usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado con intento suicida en el último año utilizarán menos estrategias de afrontamiento centradas en la tarea que los usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado sin intento suicida en el último año.

3. El afrontamiento emocional desadaptativo y el afrontamiento centrado en la tarea mediarán las relaciones entre eventos vitales estresantes del último año y síntomas depresivos en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado.

4. La desesperanza mediará la relación entre sintomatología depresiva e ideación suicida en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado.

5. La impulsividad tendrá un efecto moderador positivo en la relación entre ideación suicida e intento suicida en el último año en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado.
IV. MÉTODO

1. Diseño de investigación

La presente tesis utiliza un diseño de investigación descriptivo y correlacional multivariado; se trata de un estudio no experimental ex-post-facto, de corte transversal, con datos obtenidos en un solo corte temporal (Hernández, Fernández & Baptista, 2003). El propósito del estudio es identificar procesos psicológicos moduladores que conducen al intento suicida en población clínica de servicios de salud mental. Debido al diseño no experimental, la función atribuida a las variables psicológicas en la cadena causal del intento de suicidio se basa en la teoría, investigaciones previas y temporalidad, ya que solo los modelos experimentales permiten establecer causalidad.

Desde la perspectiva epidemiológica, corresponde a un estudio observacional de casos y controles -o comparación de grupos- que busca determinar factores de riesgo de intento de suicidio en población clínica. Dentro de las principales fortalezas de los estudios de caso y control se encuentran (Riegelman & Hirsch, 1991): la capacidad para establecer factores de riesgo en estudios transversales, no requerir de muestras demasiado grandes, permitiendo el análisis de varias variables independientes a la vez, siendo especialmente útil para problemas de baja prevalencia como el intento suicida.
2. Participantes

La población del estudio corresponde a usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción. Se escogió esta población por su relevancia epidemiológica, al tratarse de un grupo con mayor riesgo suicida (Wasserman et al., 2012; Wenzel et al., 2011; WHO, 2014). Siguiendo las directrices para un estudio observacional de comparación de grupos (Riegelman & Hirsch, 1991), se escogió una población lo más homogénea posible, exceptuando la condición en estudio, el intento suicida en el último año.

Se utilizó un muestreo por criterio, reclutándose a los participantes desde la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Las Higueras de Talcahuano: usuarios en control ambulatorio, usuarios de hospital de día y usuarios de comunidad terapéutica ambulatoria. Los criterios de inclusión de la muestra fueron: 1) ser mayor de 18 y menor de 65 años, 2) ser usuario activo de la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Las Higueras durante al menos 6 meses, 3) vivir en la Provincia de Concepción, 4) encontrarse en condiciones cognitivas y emocionales para consentir y responder la evaluación, y 5) consentir informadamente a participar del estudio. Para asegurar la capacidad de consentir de forma personal, voluntaria e informada, se excluyeron de la muestra a aquellos usuarios que: 1) se encontraban en situación de discapacidad psíquica acreditada por organismos gubernamentales, 2) presentaban síntomas psicóticos positivos, deterioro psico-orgánico y/o alteración de conciencia al momento de la evaluación.

Participaron del estudio 151 personas. El reclutamiento de participantes se realizó durante 18 meses, tiempo estimado para obtener un tamaño muestral adecuado para realizar análisis
multivariados con el número de variables incluidas. Los usuarios evaluados tenían edades comprendidas entre los 18 y los 64 años (M=43.8, DE=12.3). De ellos, 118 eran mujeres (78.1%) y 33, hombres (21.9%). La mayor proporción de mujeres en la muestra es habitual en los usuarios de salud mental sin discapacidad psíquica y en estudios previos en conducta suicida no letal de nuestro país en población clínica (Echávarri et al., 2015; Inostroza et al., 2015). Los participantes se encontraban en tratamiento por diagnósticos de trastornos del ánimo, trastornos ansiosos, trastornos de personalidad y abuso o dependencia de drogas. La muestra pertenecía a estrato socioeconómico bajo y medio, lo que fue estimado por su previsión de salud, siendo todos usuarios de FONASA.

Las características socio-demográficas de los participantes del estudio se observan en la Tabla 1.
Para el logro de los objetivos, la muestra fue dividida en relación a la presencia de intento suicida (IS) en los participantes. Se conformaron dos grupos: usuarios con intento suicida en el último año (casos) y usuarios sin intento suicida en el último año (controles) (ver tabla 2).

**Tabla 1.**

**Características socio-demográficas**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Característica</th>
<th>N</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sexo</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mujer</td>
<td>118</td>
<td>78.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Hombre</td>
<td>33</td>
<td>21.9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Edad</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18-24 años</td>
<td>14</td>
<td>9.3</td>
</tr>
<tr>
<td>25 a 39 años</td>
<td>39</td>
<td>25.8</td>
</tr>
<tr>
<td>40-54 años</td>
<td>58</td>
<td>38.4</td>
</tr>
<tr>
<td>55-64 años</td>
<td>40</td>
<td>26.5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estado Civil</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Soltero</td>
<td>51</td>
<td>33.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Casado o conviviente</td>
<td>60</td>
<td>39.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Separado</td>
<td>31</td>
<td>20.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Viudo</td>
<td>9</td>
<td>6.0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Escolaridad (N=148)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Incompleta</td>
<td>55</td>
<td>37.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Media completa</td>
<td>58</td>
<td>39.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>35</td>
<td>23.6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Previsión</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FONASA A</td>
<td>50</td>
<td>33.1</td>
</tr>
<tr>
<td>FONASA B</td>
<td>45</td>
<td>29.8</td>
</tr>
<tr>
<td>FONASA C</td>
<td>26</td>
<td>17.2</td>
</tr>
<tr>
<td>FONASA D</td>
<td>30</td>
<td>19.9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tabla 2.**

*Distribución participantes*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>con IS en el último año (casos)</th>
<th>sin IS en el último año (controles)</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Mujeres</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>59</td>
<td>59</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hombres</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>10</td>
<td>23</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>69</td>
<td>82</td>
<td>151</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3. Variables

3.1. Variable Dependiente

1. **Intento suicida en el último año:** Conducta autolesiva realizada con el fin de quitarse la vida. Operacionalmente, la condición de intento de suicidio fue dividida en dos categorías: 1) con intento suicida en el último año, condición determinada por el registro de hospitalizaciones de la Unidad Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Las Higueras, y por el cuarto ítem de la escala de suicidalidad de Okasha, 2) sin intento suicida en el último año, evaluado a través de encuesta de antecedentes e ítem número cuatro de la escala de suicidalidad de Okasha.

3.2. Variables Independientes

- **Variables socio-demográficas:** sexo, edad, escolaridad, estado civil y previsión de salud. Estos datos se obtuvieron por medio de un Cuestionario Socio-Demográfico (ver anexo I).

- **Antecedentes de conducta suicida:** Antecedentes individuales y familiares de conducta suicida. Considera suicidio e intento de suicidio de familiar directo, y antecedente de intento suicida (personal) anterior a un año.
  
  - Antecedente familiar de suicidio: presentar un familiar directo que haya muerto por suicidio. Se evaluó con el siguiente ítem: "¿Alguno de sus familiares cercanos se quitó la vida (suicidio)?".
- Antecedente familiar de intento suicida: presentar un familiar directo que haya realizado un intento suicida. Para determinarlo se preguntó "¿Alguno de sus familiares cercanos ha intentado quitarse la vida?".

- Antecedente de intento suicida (individual): haber realizado un intento suicida previo a un período de tiempo o evaluación; en este estudio, anterior a un año. Como indicador se utilizó la pregunta: "Considerando toda su vida ¿Cuántas veces ha intentado quitarse la vida?". Esta pregunta fue agregada al final de la escala de suicidalidad de Okasha.

- **Síntomas depresivos:** agrupación de síntomas propios del síndrome depresivo, dentro de los que se incluyen humor bajo o depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, y disminución de la vitalidad. Fue medido con la escala de salud de Goldberg, GHQ-12 (Goldberg & Williams, 1988).

- **Ideación suicida:** presencia de ideas y/o planificación para terminar con la propia vida. Operacionalmente fue evaluada con los primeros tres ítems de la escala de suicidalidad de Okasha, adaptación chilena (Salvo, Melipillán & Castro, 2009) con un marco temporal de un año.

- **Desesperanza:** creencias negativas respecto al futuro. Fue evaluada con el puntaje total de la escala de desesperanza de Beck (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974).

---

4 Se consideró con antecedente de intento de suicidio anterior a un año a las personas que reportaban un número mayor de intentos de suicidio en la vida que los respondidos en el ítem cuatro de la escala de suicidalidad de Okasha, que consulta por el número de intentos de suicidio realizados en el último año.
• **Impulsividad**: tendencia a actuar sin pensar. Como indicador se utilizó el puntaje total de la escala de impulsividad de Baratt, versión breve (Baratt, 1959; Orozco-Cabal, Rodríguez, Herin, Gempeler & Uribe, 2010).

• **Estrategias de Afrontamiento**: tendencias habituales de enfrentar situaciones estresantes. Dentro de las estrategias de afrontamiento destacan dos grandes estilos: el afrontamiento centrado en la tarea o activo, y el afrontamiento emocional desadaptativo o pasivo. Las estrategias de afrontamiento fueron medidas con las subescalas afrontamiento centrado en la tarea y afrontamiento emocional desadaptativo del Inventario de afrontamiento a situaciones estresantes, versión breve (Endler & Parker, 1999).

• **Eventos vitales estresantes del último año**: estrés interpersonal, laboral, económico y legal en los últimos doce meses. Para su evaluación se construyó un cuestionario ad hoc de nueve ítems dicotómicos que cubre los eventos vitales estresantes relacionados con conducta suicida en investigaciones previas.

4. **Instrumentos.**

4.1. **Cuestionario de Salud de Goldberg, GHQ-12**

Para medir síntomas depresivos se utilizó el Cuestionario de Salud de Goldberg, GHQ-12 (Goldberg & Williams, 1988). Instrumento auto-administrado diseñado para detectar posibles casos de trastornos mentales comunes. La versión de 12 ítems utilizada en este estudio se
centra fundamentalmente en sintomatología depresiva (Rompell et al., 2013). En Chile, su uso forma parte de la guía clínica del Ministerio de Salud para detectar casos de depresión en atención primaria. Sus ítems miden nivel de malestar afectivo durante las últimas semanas. Por ejemplo: "¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?", con cuatro posibilidades de respuesta que van de “mejor que lo habitual” (0 puntos) a “mucho menos que lo habitual” (3 puntos), con un puntaje máximo total de 36 puntos, en el que a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva. Con fines de tamizaje, también es utilizada una codificación dicotómica, donde se puntúa 0 las dos primeras alternativas de respuesta y 1 para los dos últimas. En esta investigación se usó la puntuación original de 0 a 3 puntos.

Estudios de sus propiedades psicométricas han establecido consistencias internas por α de Cronbach de 0.86 en población española (Rocha et al, 2011) y 0.90 en población chilena (Garmendia, 2007). En este estudio se obtuvo una consistencia interna α de 0.94.

En relación a su estructura factorial, análisis exploratorios de componentes principales determinaron que la composición de un factor representa un 73% de la variabilidad del instrumento, agrupando los síntomas depresivos (Rocha et al, 2011). Análisis factoriales confirmatorios apoyan la estructura de un factor (Rompell et al., 2013). Respecto a su validez de criterio, la GHQ-12 presentó relación significativa con la autopercepción de depresión, ansiedad y trastorno mental en población general española (Rocha et al, 2011). Estudios a nivel nacional señalan que el puntaje mayor o igual a 7 puntos -utilizando la puntuación 0 o 1 para los ítems- es indicativo de presencia de psicopatología (Trucco, Larraín & Campusano, 1979; Araya, Wynn & Lewis, 1992; Humphreys et al., 1991; citados en MINSAL, 2013b).
4.2. Cuestionario de Suicidalidad de Okasha, adaptación chilena

La ideación suicida del último año se evaluó con el Cuestionario de Suicidalidad de Okasha, adaptación chilena (Salvo et al., 2009). La escala de Okasha es un cuestionario auto-administrado que tiene por objetivo detectar riesgo suicida (Okasha, Lotaif & Sadek, 1981). La adaptación chilena de la escala incluye tres ítems que evalúan ideación suicida en los últimos 12 meses. Un ejemplo de ítem es "En los últimos doce meses ¿Ha Pensado alguna vez que la vida no vale la pena?" con cuatro alternativas de respuesta que van desde "nunca" (0 puntos) a "muchas veces" (3 puntos), y un cuarto ítem que pregunta por la presencia de intentos de suicidio en los últimos 12 meses. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida, con un puntaje total que varía de 0 a 9, más el puntaje del reactivo de intento de suicidio, puntuado de 0 a 3. La suma de la escala total puede oscilar entre 0 y 12 puntos, a mayor puntuación, mayor riesgo suicida (Salvo et al., 2009).

Con respecto a sus propiedades psicométricas, se ha informado una consistencia interna α de Cronbach de 0.89 para la escala total (Salvo et al., 2009). En la presente investigación se obtuvo una consistencia interna α de 0.89 para la subescala de ideación suicida y α 0.88 para la escala total.

La escala de suicidalidad de Okasha se relaciona positivamente con impulsividad y negativamente con autoestima, aportando evidencias de validez de criterio convergente. En relación a su validez discriminante, se calculó que el punto de corte de cinco puntos para la subescala de ideación suicida permite discriminar entre quienes habían o no realizado un
intentó de suicidio en los últimos doce meses con una sensibilidad de 90% y una especificidad de 79% (Salvo et al, 2009).

4.3. Cuestionario de Desesperanza de Beck

La desesperanza fue medida con el cuestionario de Desesperanza de Beck, BHS (Beck et al., 1974). Corresponde a un instrumento autoaplicado de 20 ítems dicotómicos que mide actitudes hacia las expectativas futuras. Un ejemplo de pregunta es "Veo el futuro con esperanza y entusiasmo " a los que la persona puede responder verdadero o falso. Las respuestas que implican desesperanza se puntúan con 1 punto, y las que van en sentido contrario con 0 puntos. Se obtiene así un puntaje total que va de 0 a 20 puntos, donde mayor puntaje refleja mayor desesperanza.

Diversos estudios han obtenido adecuada consistencia interna, con índices Kuder Richardson 20 que varían de 0.87 a 0.93 (Brown, 2002). En este estudio, se determinó una consistencia interna α de Cronbach de 0.91.

En relación a evidencias de validez de criterio convergente, los puntajes altos en desesperanza se relacionan con ideación suicida e intento de suicidio reciente (Brown et al., 2002; Linden et al., 2003). Estudios de seguimiento han determinado validez predictiva de los puntajes mayores o iguales a 9 de la BHS para intento de suicidio y suicidio consumado en población clínica hospitalizada (Brown et al., 2002) y pacientes ambulatorios (Beck et al., 1990).

La escala de desesperanza de Beck ha mostrado indicadores de validez en diversos idiomas, incluido el castellano, y ha sido utilizada previamente en investigaciones chilenas con buenos resultados (Baader et al., 2014; Roizblatt et al., 2011).
4.4. Escala de Impulsividad de Barratt, versión breve

Se utilizó la escala de impulsividad de Barratt, versión breve (BIS-15S). La escala original (Baratt, 1959) es un instrumento diseñado para medir impulsividad ampliamente utilizado en investigación (Stanford et al., 2009). La versión actual de la escala, BIS-11, consta de 30 ítems. En la última década, Spinella (2007) desarrolló una versión breve de 15 ítems del instrumento, BIS-15S, la cual fue adaptada para población latinoamericana en Colombia con población universitaria y clínica (Orozco-Cabal et al., 2010). Esta última versión fue escogida para este estudio por su brevedad y mantención de propiedades psicométricas.

La versión breve de la escala de impulsividad presenta datos de consistencia interna α de Cronbach de 0.79 en inglés (Spinella, 2007) y 0.79 en la versión latinoamericana (Orozco-Cabal et al., 2010). Para este estudio, se determinó una consistencia interna α de Cronbach de 0.76.

En relación a criterios de validez concurrente, la escala presenta asociaciones moderadas con funcionamiento de la corteza prefrontal (Spinella, 2007). En su adaptación latinoamericana, los pacientes con diagnóstico de abuso y dependencia de alcohol y/o drogas, y trastorno de personalidad límite presentaron mayores puntajes que otros pacientes y que la población universitaria (Orozco-Cabal et al., 2010).

4.5. Inventario de Afrontamiento a Situaciones Estresantes, versión breve

El afrontamiento centrado en la tarea y el afrontamiento emocional desadaptativo fueron evaluados con el Inventario de afrontamiento a situaciones estresantes de Endler y Parker, CISS-21 (Endler & Parker, 1999; Sánchez-Elvira, 1997). Este instrumento fue originalmente diseñado para evaluar tres dimensiones de afrontamiento al estrés: afrontamiento centrado
en la tarea, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento evitativo (Endler & Parker, 1990). Análisis factoriales posteriores han dividido el afrontamiento evitativo en dos subescalas: distracción y diversión social (Endler & Parker, 1994, 1999). La versión original incluye 48 ítems a los que el sujeto tiene que contestar mediante escalas de respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 1 significa que la persona no utiliza la estrategia "casi nunca" y el 5 implica que suele utilizarla "casi siempre". Un ejemplo de ítem para el afrontamiento centrado en la tarea es "Me enfoco en el problema y veo cómo lo puedo solucionar", y uno correspondiente a afrontamiento centrado en la emoción es "Me culpo por haberme involucrado en esta situación".

Existe una versión breve del instrumento en inglés de 21 ítems, CISS-21 (Endler & Parker, 1999). En esta versión, las subescalas de afrontamiento centrado en la tarea y afrontamiento centrado en la emoción constan de siete ítems cada una, con un puntaje total que va de 0 a 21 puntos para cada una. Para esta tesis se desarrolló una adaptación al español de la versión breve (Inostroza & Cova, en preparación). Los detalles del estudio de sus propiedades psicométricas se detallan en el anexo IV.

En población de estudiantes universitarios y adulta general estadounidense, las subescalas del CISS-21 presentaron una consistencia interna por α de Cronbach de 0.79 a 0.88 (Cohan et al., 2006). En la presente tesis, se determinó una consistencia interna α de 0.76 para afrontamiento centrado en la tarea y 0.70 para afrontamiento emocional desadaptativo. Análisis factoriales confirmatorios de la versión 21 ítems del CISS sugieren que tanto el modelo de tres factores original como el de cuatro factores tienen un buen ajuste (Cohan et al., 2006). El estudio factorial exploratorio con población adulta general y clínica chilena
presenta una solución con cuatro factores: afrontamiento centrado en la tarea, afrontamiento emocional desadaptativo, búsqueda de apoyo social y distracción (Inostroza & Cova, en preparación).

En relación a criterios de validez convergente, escalas de ansiedad y depresión se relacionaron negativamente con la escala de afrontamiento centrada en la tarea y positivamente con la escala de afrontamiento emocional desadaptativo en estudiantes universitarios estadounidenses (Cohan et al., 2006). En muestra de adultos, la escala de afrontamiento emocional desadaptativo se relacionó negativamente con extroversión, y el afrontamiento centrado en la tarea se asoció negativamente con neurotismo (Cohan et al., 2006). En población adulta chilena, la escala de afrontamiento centrada en la tarea se asoció negativamente a síntomas depresivos, mientras que la escala de afrontamiento emocional desadaptativo se relacionó positivamente con rumiación negativa y síntomas depresivos (Inostroza & Cova, en preparación).

4.6. Encuesta de Eventos Vitales Estresantes

Para la evaluación de eventos vitales se construyó un cuestionario ad hoc de 9 ítems dicotómicos que cubre los eventos vitales estresantes asociados a conducta suicida en investigaciones previas (Foster, 2011; Gómez et al., 2013; Liu & Miller, 2012; Nock et al., 2008; Stein et al., 2010). Como estructura base se tomaron los ítems utilizados por Vásquez et al. (2010) en una investigación sobre eventos estresantes e intento de suicidio en jóvenes latinoamericanos. De esta forma se diseñaron 12 reactivos que fueron probados en el estudio preliminar 2 de esta tesis doctoral (ver anexo IV). Se eliminaron 3 ítems por no resultar pertinentes, construyéndose una versión final de 9 eventos vitales estresantes para
los últimos doce meses (ver anexo 1). Un ejemplo de pregunta es "En los últimos 12 meses ¿Falleció alguien importante para usted (pareja, hija/o, padres, hermana/o, mejor amigo/a)?" a los que la persona responde "sí" (1 punto) o "no" (0 puntos).

5. Procedimiento

5.1. Elección y preparación de los instrumentos

En primer lugar, se estudiaron las propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes, versión breve (CISS-21), para lo cual se encuestó a 238 personas: 112 adultos consultantes de salud mental de nivel primario y secundario, y 126 adultos de población general. Los cuestionarios se aplicaron entre los meses de mayo y octubre del año 2012, y se concluyó que el instrumento era apropiado para evaluar estilos de afrontamiento en nuestra población. El detalle de este estudio (Inostroza & Cova, en preparación) se encuentra en el anexo IV.

Luego se procedió a pilotear y evaluar la consistencia interna de los instrumentos seleccionados originalmente para la investigación: Cuestionario Autoaplicado de Historia Suicida, Cuestionario de Salud de Goldberg, Escala de Desesperanza de Beck, versión breve del Cuestionario de Impulsividad de Baratt, y versión breve Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes. El set de instrumentos fue piloteado en dos adultos, y luego aplicado a 262 usuarios de un centro de salud familiar de la comuna de Talcahuano (165 mujeres y 97 hombres). Estas actividades se desarrollaron en el contexto del estudio preliminar 2 desarrollado entre los meses de agosto y diciembre del año 2012 (ver anexo IV). Al evaluar
los resultados descriptivos y la consistencia interna de los instrumentos se detectó que el Cuestionario Autoaplicado de Historia Suicida resultaba difícil de comprender para los usuarios de salud pública, por lo que se decidió utilizar el Cuestionario de suicidalidad de Okasha, adaptación chilena, el cual fue piloteado en una investigación paralela en 660 jóvenes chilenos entre los meses de agosto y diciembre del año 2013, con buenos resultados de comprensión y consistencia interna.

El cuadernillo de instrumentos definitivo (ver anexo I) fue piloteado en cuatro usuarios de salud mental de nivel secundario durante el mes de mayo de 2013 con buena aceptación y comprensión por parte de los mismos.

5.2. Consideraciones éticas

Considerando el tema de investigación, y la inclusión de participantes usuarios de servicios de salud mental, se realizó una revisión de los principales protocolos de principios éticos para la investigación en humanos (Asociación Médica Mundial, 1964, 2000; reporte Belmont, 1979; CIOMS-WHO, 1993; NBCA, 2001) y la investigación psicológica (Asociación Psicológica Americana, 2010) para guiar la investigación. La investigación fue revisada y aceptada por el Comité de Ética de la Universidad de Concepción, y el Comité de Ética del Hospital "Las Higueras" de Talcahuano, de donde se obtuvo la muestra.

La participación de las personas en este estudio fue de carácter voluntario, sus identidades se manejaron con discreción y se les garantizó la confidencialidad de los datos entregados en los distintos instrumentos. Los cuestionarios están reguardados por la investigadora, quién garantiza el cuidado de toda la información.
Para asegurar la capacidad de disentir, se excluyeron del estudio aquellas personas que tenían su capacidad de comprensión reducida por la presencia de síntomas psicóticos positivos, deterioro psico-orgánico y/o alteración de conciencia al momento de la evaluación. Por el mismo motivo no se incluyó a personas con discapacidad psíquica.

Considerando que algunos participantes podrían verse afectados por la aplicación de los cuestionarios, se solicitó autorización verbal al equipo tratante en virtud de su condición clínica. Los evaluadores fueron entrenados para estar atentos al impacto de las preguntas en los participantes, contenerlos emocionalmente en los casos que fuera necesario e informar a sus tratantes. No existieron incidentes de desregulación emocional o agudización de síntomas por la aplicación de los cuestionarios.

Antes de responder las encuestas, se invito a los participantes a colaborar con el estudio, y se les aplicó un protocolo de consentimiento informado que presentaba la investigación y detallaba las condiciones de su participación, consignado por firma de acta de consentimiento (ver anexo II).

5.3. Reclutamiento y capacitación de encuestadores

Se reclutaron seis encuestadores, pagados, entre psicólogos titulados y estudiantes en práctica de psicología de la Universidad de Concepción, que hubieran tenido contacto previamente con usuarios y funcionarios de la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Las Higueras. Los encuestadores recibieron una capacitación de una hora sobre el reclutamiento de los participantes y la aplicación de los instrumentos, a fin de obtener una aplicación uniforme y velar por el respeto de las consideraciones éticas de la investigación.
5.4. Recolección de datos

La recolección de los datos se realizó entre los meses de julio del año 2013 y diciembre del año 2014. Se utilizó un muestreo por conveniencia, considerando los criterios de inclusión y exclusión. Se reclutaron los participantes con intento suicida en el último año (casos) desde un listado de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Las Higueras. Estos fueron siendo contactados por los encuestadores al asistir a sus controles médicos agendados. El resto de los participantes (controles) fueron convocados en la sala de espera cuando asistían a sus controles habituales.

Todos los participantes fueron invitados a participar voluntariamente, explicándoseles las características de la investigación y se aplicó el protocolo de consentimiento informado (anexo II), consignado por firma de acta de consentimiento. Los cuestionarios fueron aplicados en un lugar privado dentro del centro de salud. La aplicación de instrumentos comenzaba por un Cuestionario socio-demográfico, luego se entregaba y explicaba al participante el set de instrumentos, el cual respondía en forma personal, consultando al evaluador si tenía alguna duda. La última sección de cuestionarios que evaluaba conducta suicida y eventos vitales estresantes era aplicada por el encuestador verbalmente, para ir detectando y conteniendo cualquier reacción emocional adversa que el participante pudiera presentar.
5.5. Poblamiento de datos

Una vez finalizada la recolección de datos, dos digitadores capacitados para este fin ingresaron los valores en bases de datos paralelas en el programa estadístico SPSS versión 19. Una vez concluido el poblamiento de datos, la tesista llevó a cabo la revisión de los mismos, incluyendo la detección de valores fuera de rango con distribución de frecuencias, y corrección de la doble digitación mediante la función comparar conjuntos de datos del programa estadístico SPSS, y contraste con los cuestionarios en papel. Este procedimiento permitió conformar una base de datos depurada en el mes de enero del año 2015.

5.6. Análisis de datos

Los análisis de datos se efectuaron con los paquetes estadísticos R versión 3.1.2 y MPlus versión 6.

5.6.1. Tratamiento de datos perdidos

En primer lugar, se realizó un análisis de los patrones de datos faltantes. No se identificó un patrón claro de datos perdidos, por lo que se asumió que este se asociaba al azar (MCAR), ya que no se observó una asociación entre los datos faltantes y alguna de las variables evaluadas (Peugh & Enders, 2004).

En el caso de las escalas y subescalas, se decidió realizar imputación a la media del sujeto cuando el porcentaje de ítems perdidos no superaba el 20%. Para imputar el resto de los datos, se utilizó imputación múltiple por MCMC con 5 bases imputadas y 10 iteraciones, usando regresión sobre las variables numéricas y restricciones en los posibles valores de las escalas. Específicamente, se utilizó el método de ecuaciones encadenadas implementado en...
la librería estadística Mice de R (Van Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2011). Los análisis bivariados y multivariados conducidos fueron realizados con adaptación para bases de datos con imputación múltiple, los que permiten verificar que los resultados obtenidos no varíen entre las distintas bases.

5.6.2. Análisis descriptivos y exploratorios

El intento de suicidio en el último año, de carácter dicotómico, fue la variable criterio. Como variables predictoras clínicas y psicológicas, se incluyeron:

- Antecedentes familiares de intentos de suicidio
- Antecedentes familiares de suicidio consumado
- Antecedentes personales de intentos de suicidio (previos al último año)
- Síntomas depresivos
- Ideación suicida
- Desesperanza
- Impulsividad
- Afrontamiento centrado en la tarea
- Afrontamiento emocional desadaptativo
- Eventos vitales estresantes

Además, se consideraron como variables predictoras socio-demográficas:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Previsión de salud.

Se realizaron análisis exploratorios univariados gráficos, observándose la distribución de las variables predictoras clínicas, psicológicas y socio-demográficas, así como su normalidad en el caso de las variables numéricas. Los análisis de datos se realizaron con los valores estandarizados, exceptuando las diferencias de medias. Se analizó la consistencia interna de las escalas y subescalas utilizadas mediante el coeficiente $\alpha$ de Cronbach.

Luego se efectuó un análisis comparativo entre los casos y los controles en cada una de las variables predictoras, realizándose descripciones para el total y por grupo. Dichos análisis se efectuaron con pruebas de $\chi^2$ para las categóricas y $t$ de Student para las variables continuas. Posteriormente se realizó un análisis de las asociaciones entre las variables independientes continuas mediante correlación de Pearson; y entre las variables categóricas y las continuas con pruebas $t$ de Student.

5.6.3. Análisis multivariable para identificación de factores de riesgo de intento de suicidio en el último año

Para satisfacer el primer objetivo, relacionado con determinar la existencia de factores de riesgo para el intento suicida, se utilizó regresión logística simple para la relación entre cada variable y la tentativa suicida en el último año. Este tipo de análisis permite estimar la ventaja ($odds ratio$) en la presentación de la variable dependiente por parte de las predictoras (Rindskopf, 2012). Se utilizó, específicamente, la prueba de razón de verosimilitud entre el modelo sin ningún predictor y el modelo con cada uno de los predictores por separado. Posteriormente, se realizó una regresión múltiple logística de todos los factores sobre el intento de suicidio.
5.6.4. Análisis de moderación y mediación de riesgo suicida por las variables psicológicas

El segundo objetivo consistía en determinar el tipo de modulación que ejercían los factores psicológicos en las relaciones entre los factores de riesgo distales y el intento suicida. Se considera un efecto de modulación en la relación entre un predictor y una variable dependiente, a la presencia de efectos de moderación o mediación en la relación, por parte de una tercera variable. Esta tercera variable es mediadora cuando el efecto del predictor es determinado por su relación con el mediador, y la relación entre el mediador y la variable dependiente; es decir un efecto en cadena. La tercera variable es moderadora cuando se da un efecto de interacción, en que el efecto de la variable independiente en la dependiente aumenta o disminuye en relación al valor de la tercera variable (Edwards & Lambert, 2007).

El rol moderador de las variables se evaluó a través de regresiones múltiples por pasos en los que se incluía la interacción entre dos variables. En estos modelos de regresión se estudió la presencia de un posible efecto de moderación positiva de la impulsividad en la relación entre ideación suicida e intento suicida (hipótesis 5), así como el descarte de otros efectos de interacción, antes de realizar los estudios de mediación de las hipótesis 3 y 4. Específicamente, se probaron las siguientes interacciones: 1) interacción de la impulsividad en la relación entre: estilos de afrontamiento y síntomas depresivos; estilos de afrontamiento y desesperanza; y, desesperanza y depresión, e ideación suicida 2) interacción de los estilos de afrontamiento en la relación entre: estrés y sintomatología depresiva; estrés y desesperanza; estrés e ideación suicida; ideación suicida e intento suicida. 3) interacción de...
la desesperanza en la relación entre: depresión e ideación suicida; ideación suicida e intento suicida.

Para estudiar las hipótesis de mediación, se utilizó análisis de sendero con modelo de estructuras de ecuaciones (SEM). Este análisis considera las asociaciones entre los puntajes totales de varias escalas entre sí, siendo apropiado para el tamaño muestral del estudio (Cooper, 2012; Levy & Oubiña, 2006). El método de prueba de la mediación fue la presencia de un intervalo de confianza bootstrap -con 10.000 remuestreos- al 95%, del producto de los coeficientes a (relación entre independiente y mediadora) y b (relación entre mediadora y dependiente) que no incluyese el valor 0. Específicamente, se realizó esta prueba para evaluar el efecto de los síntomas depresivos en la ideación suicida, mediada por la desesperanza (hipótesis 4). El efecto del estrés en la depresión, mediada por el estilo de afrontamiento (hipótesis 3) no fue evaluado, ya que previamente se encontró moderación positiva del efecto del estrés sobre la depresión por parte del afrontamiento emocional desadaptativo.

5.6.5. Análisis de sendero del modelo explicativo de intento de suicidio en el último año

El tercer objetivo del estudio consistía un plantear un modelo explicativo de las variables que influyen en el intento de suicidio en el último año de los pacientes de salud mental. Para este propósito se utilizó análisis de sendero con modelo de estructuras de ecuaciones (SEM), considerado actualmente apropiado para determinar interacciones entre varios constructos psicológicos (Cooper, 2012; Levy & Oubiña, 2006), incluyendo las directrices para integrar moderación en análisis de sendero (Edwards & Lambert, 2007; Hair, Black, Babin &
Anderson, 2010). Los análisis se realizaron con el paquete estadístico MPlus. En los modelos SEM, las hipótesis se traducen en una serie de ecuaciones de regresión que se resuelven de forma simultánea con el fin de generar una matriz de covarianza estimada, la que se compara con la matriz de covarianza de la muestra (Hair et al., 2010). A través de este procedimiento se evalúa el ajuste del modelo propuesto.

Se comenzó generando un modelo hipotetizado que consideró todas las variables predictoras para el intento de suicidio, agregándolas de acuerdo a las relaciones de moderación y mediación determinadas en los análisis previos. A este modelo se agregó como predictora la variable antecedente de intento de suicidio previo a un año, ya que en los análisis previos se observó que aumentaba el riesgo de intento de suicidio en los últimos doce meses. De este modo se configuró un modelo que: se incluyó como variables exógenas el estrés, el afrontamiento centrado en la tarea, el afrontamiento emocional desadaptativo, la impulsividad y el antecedente de intento de suicidio; como mediadoras los síntomas depresivos y la desesperanza; y como proximal entre estas últimas y el intento, la ideación suicida. La variable impulsividad se agregó como exógena, ya que los análisis del objetivo 2 mostraron que no moderaba ni mediaba la relación entre ideación suicida e intento de suicidio, pero sí presentaba asociaciones con los otros factores psicológicos. Se correlacionaron las variables exógenas entre sí, exceptuando el estrés vital del último año por su temporalidad.

El objetivo era lograr un modelo lo más parsimonioso posible que mantuviese ajuste a los datos (Hair et al., 2010). Para determinar esto, se evaluaron diversos indicadores de bondad de ajuste: 1) prueba de $\chi^2$ con una significación mayor a 0.05; 2) valores de CFI y TLI
mayores a 0.90, lo que indica un ajuste aceptable, mientras que un valor $\geq 0.95$ es un indicador de un buen ajuste; 3) valores de RMSEA menores a 0.05 (90% CI $\leq 0.08$) indicando un ajuste parsimonioso (Hair et al., 2010; Hooper, Coughlan & Mullen, 2008). Al evaluar los ajustes del modelo hipotetizado, se encontró que no satisfacía los indicadores propuestos, por lo que se realizaron algunas modificaciones, logrando un modelo final con buenos indicadores de bondad de ajuste.

Finalmente, se realizaron análisis de las distintas rutas de mediación sobre el intento de suicidio que se encontraron en el análisis de sendero. Para esto se utilizaron los modelos de MacKinnon (2008) para variables dicotómicas.
V. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de esta investigación. En primer lugar, en los apartados del 1 al 4, se revisan los análisis descriptivos y exploratorios de las variables bajo estudio. Luego, en el apartado 5, se exponen los resultados de los análisis bivariados que permiten responder al primer objetivo del estudio, determinar los factores de riesgo de intento suicida en el último año. El apartado 6 presenta los análisis de moderación y mediación correspondientes al segundo objetivo, determinar los efectos de modulación de las variables psicológicas. Se finaliza en el apartado 7, con un análisis de sendero de una propuesta de modelo explicativo de las asociaciones entre las variables relacionadas con intento suicida en el último año en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado.

1. Análisis descriptivo de los instrumentos de estudio

Se realizó un análisis descriptivo para evaluar puntajes mínimos, máximo, media y desviación estándar de los instrumentos utilizados en esta investigación estudio. También se analizó asimetría y curtosis, así como la consistencia interna. Estos datos se presentan en la tabla 3.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Instrumento</th>
<th>Mínimo</th>
<th>Máximo</th>
<th>M</th>
<th>DE</th>
<th>Asimetría</th>
<th>Curtosis</th>
<th>α</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Síntomas depresivos</td>
<td>0</td>
<td>36</td>
<td>19.40</td>
<td>9.56</td>
<td>-0.06</td>
<td>-1.02</td>
<td>0.94</td>
</tr>
<tr>
<td>Ideación suicida</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>5.68</td>
<td>3.08</td>
<td>-0.58</td>
<td>-0.99</td>
<td>0.89</td>
</tr>
<tr>
<td>Desesperanza</td>
<td>0</td>
<td>20</td>
<td>7.29</td>
<td>5.69</td>
<td>0.57</td>
<td>-0.85</td>
<td>0.91</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento centrado en la tarea</td>
<td>7</td>
<td>35</td>
<td>21.62</td>
<td>6.39</td>
<td>-0.19</td>
<td>-0.41</td>
<td>0.76</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento emocional desadaptativo</td>
<td>11</td>
<td>35</td>
<td>27.21</td>
<td>5.44</td>
<td>-0.40</td>
<td>-0.48</td>
<td>0.70</td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad</td>
<td>20</td>
<td>60</td>
<td>37.96</td>
<td>8.00</td>
<td>0.32</td>
<td>-0.39</td>
<td>0.76</td>
</tr>
<tr>
<td>Estrés vital del último año</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
<td>1.50</td>
<td>1.17</td>
<td>0.18</td>
<td>-0.69</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Como se observa, la asimetría y curtosis son indicadores que la mayoría de los instrumentos utilizados tienen una distribución normal, pues todos los valores se ubican en el rango de +1 a -1. Esto es consistente con lo mostrado por los gráficos respectivos. Las excepciones son los síntomas depresivos y la ideación suicida que presentan una distribución caracterizada por "hombros pesados" con asimetría negativa. Para favorecer comparaciones entre los grupos, se decidió utilizar puntajes estandarizados para los análisis. Las consistencias internas son adecuadas para todos los instrumentos. No se determinó la consistencia interna de la escala de estrés vital total construida para este estudio, decisión que obedece a que los ítems de estrés vital total corresponden a eventos vitales individuales, que no corresponden a un constructo teórico que deba verse reflejado en asociación entre ítems.
2. Caracterización del grupo con intento de suicidio en el último año

A continuación se describen algunas características de los participantes que habían realizado un intento suicida en los últimos 12 meses. En promedio, los pacientes habían realizado el intento 4.92 meses previo a su evaluación (DE= 3.09, rango entre 1 y 10 meses). Un 74.2% de ellos se encontraba en tratamiento en un servicio de salud mental de nivel especializado previo al intento y un 10.6% en atención primaria de salud, detectándose un 15.2% que no se encontraba en tratamiento. El método del intento de suicidio había sido en su mayoría la intoxicación farmacológica (62.1%), seguida de ahorcamiento (16.76%) y cortes en antebrazos (10.6%).

3. Análisis de diferencias por grupo para las variables independientes

Con el fin de detectar diferencias entre los grupos en las variables independientes, se efectuó un análisis comparativo entre el grupo con intento suicida en el último año (casos) y el grupo sin intento suicida en los últimos doce meses (controles) para cada una de las variables predictoras.

3.1. Diferencias por grupo en las características socio-demográficas

Se realizaron comparaciones de grupo para evaluar si existían diferencias significativas en las distintas características socio-demográficas entre el grupo con intento suicida (IS) en el último año (casos) y el grupo sin intento suicida en el último año (controles). Para ello se utilizó la prueba de $\chi^2$ en el caso de las variables sexo, estado civil, escolaridad y previsión social; y la prueba $t$ de Student para la variable edad.
En la tabla 4 se puede apreciar que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, con mayor proporción de mujeres en el grupo de casos ($x^2 = 4.03; \text{gl} = 1; p =0.045$).

**Tabla 4.**

*Distribución participantes en los grupos por sexo*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>con IS en el último año (casos)</th>
<th>%</th>
<th>sin IS en el último año (controles)</th>
<th>%</th>
<th>Total</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mujeres</td>
<td>59</td>
<td>85.5</td>
<td>59</td>
<td>72.0</td>
<td>118</td>
<td>78.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Hombres</td>
<td>10</td>
<td>14.5</td>
<td>23</td>
<td>28.0</td>
<td>33</td>
<td>21.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>69</td>
<td>100.0</td>
<td>82</td>
<td>100.0</td>
<td>151</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

No se presentan diferencias significativas en las medias de edad de los participantes de ambos grupos ($t=1.82; \text{gl} = 149; p =0.070$). Los pacientes con intento de suicidio en el último tenían un promedio de edad de 41.83 (DE=12.09), mientras que los controles alcanzaron un promedio de 45.48 (DE=12.40).

La distribución por estado civil es similar entre ambos grupos ($x^2 = 3.46; \text{gl} = 3; p =0.326$). En la tabla 5 es posible apreciar que en ambos grupos la proporción de separados y viudos son similares y menores que las de solteros y casados o convivientes. En el grupo de casos es mayor el porcentaje de participantes casados que el de solteros, mientras que en los controles se da la distribución inversa; sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas.
Distribución participantes en los grupos por estado civil

<table>
<thead>
<tr>
<th>Estado civil</th>
<th>con IS en el último año (casos)</th>
<th>%</th>
<th>sin IS en el último año (controles)</th>
<th>%</th>
<th>Total</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Soltero/a</td>
<td>18</td>
<td>26.1</td>
<td>33</td>
<td>40.2</td>
<td>51</td>
<td>33.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Casado/a o conviviente</td>
<td>30</td>
<td>43.5</td>
<td>30</td>
<td>36.6</td>
<td>60</td>
<td>39.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Viudo/a</td>
<td>5</td>
<td>7.2</td>
<td>34</td>
<td>4.9</td>
<td>9</td>
<td>6.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Separado/a</td>
<td>16</td>
<td>23.2</td>
<td>15</td>
<td>18.3</td>
<td>31</td>
<td>20.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>69</td>
<td>100.0</td>
<td>82</td>
<td>100.0</td>
<td>151</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En relación a la escolaridad (ver tabla 6), no se aprecian diferencias significativas en su distribución entre los grupos ($x^2 = 1.52; gl = 2; p =0.469$); si bien se presenta una mayor proporción de personas con enseñanza incompleta en el grupo de pacientes que ha realizado intento de suicidio en el último año que en los controles, esta desigualdad no alcanza significación estadística.

Distribución participantes en los grupos por nivel de escolaridad

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nivel de escolaridad</th>
<th>con IS en el último año (casos)</th>
<th>%</th>
<th>sin IS en el último año (controles)</th>
<th>%</th>
<th>Total</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Incompleta</td>
<td>29</td>
<td>42.0</td>
<td>26</td>
<td>32.9</td>
<td>55</td>
<td>37.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Media</td>
<td>26</td>
<td>37.7</td>
<td>32</td>
<td>40.5</td>
<td>58</td>
<td>39.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td>14</td>
<td>20.3</td>
<td>21</td>
<td>26.6</td>
<td>35</td>
<td>23.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>69</td>
<td>100.0</td>
<td>82</td>
<td>100.0</td>
<td>151</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Como indicador de nivel socioeconómico se utilizó la previsión social, específicamente el tramo de FONASA al que pertenecían los participantes del estudio, quienes eran todos
usuarios de salud pública. La tabla 7 presenta la distribución de los grupos en relación a su previsión de salud. Es posible apreciar una tendencia en los casos a pertenecer a tramos de FONASA más bajos que los pacientes sin intento de suicidio en el último año, pero estas diferencias no son significativas de acuerdo al criterio estadístico ($\chi^2 = 7.84; \text{gl} = 3; p = 0.098$).

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>con IS en el último año (casos)</th>
<th>sin IS en el último año (controles)</th>
<th>Total</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tramo A</td>
<td>29</td>
<td>21</td>
<td>50</td>
<td>33.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Tramo B</td>
<td>21</td>
<td>24</td>
<td>45</td>
<td>29.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Tramo C</td>
<td>9</td>
<td>17</td>
<td>26</td>
<td>17.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Tramo D</td>
<td>10</td>
<td>20</td>
<td>30</td>
<td>19.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>69</td>
<td>82</td>
<td>151</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.2. **Diferencias por grupo en los antecedentes de conducta suicida**

Mediante la prueba de $\chi^2$ se comparó la proporción de participantes del grupo de casos y del de controles con los distintos antecedentes de conducta suicida: antecedente familiar de suicidio, antecedente familiar de intento de suicidio, antecedente personal de intento de suicidio previo a doce meses. Los resultados se resumen en la tabla 8.
La distribución de antecedentes de suicidio familiar es similar entre ambos grupos ($x^2 = 0.022; \text{gl} = 1; p =0.882$). Lo mismo ocurre con el antecedente familiar de intento de suicidio ($x^2 = 1.972; \text{gl} = 1; p =0.160$). En el caso del antecedente personal de intento de suicidio previo a un año, se observa que la proporción de esta condición es mucho mayor en los casos con intento de suicidio en el último año ($x^2 = 28.422; \text{gl} = 1; p =0.001$).

### 3.3. Diferencias por grupo en las escalas clínicas y factores psicológicos

Se analizó si existían diferencias de medias de las distintas escalas clínicas y psicológicas entre los grupos del estudio. Esto se realizó mediante la prueba $t$ de Student. Las medias de los grupos en las distintas escalas y los valores resultantes de la prueba $t$ se presentan a continuación (tabla 9).
Tabla 9. 
Diferencias de medias de los grupos en ideación suicida, síntomas depresivos y factores psicológicos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Escala</th>
<th>Grupo</th>
<th>N</th>
<th>M</th>
<th>DE</th>
<th>t</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Síntomas Depresivos</td>
<td>Sin IS &gt; 1 año (controles)</td>
<td>82</td>
<td>17.27</td>
<td>9.29</td>
<td>3.065**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Con IS &gt; 1 año (casos)</td>
<td>69</td>
<td>21.92</td>
<td>9.32</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ideación Suicida</td>
<td>Sin IS &gt; 1 año (controles)</td>
<td>82</td>
<td>3.90</td>
<td>2.97</td>
<td>9.904***</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Con IS &gt; 1 año (casos)</td>
<td>69</td>
<td>7.78</td>
<td>1.44</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Desesperanza</td>
<td>Sin IS &gt; 1 año (controles)</td>
<td>82</td>
<td>5.77</td>
<td>5.25</td>
<td>3.713***</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Con IS &gt; 1 año (casos)</td>
<td>69</td>
<td>9.09</td>
<td>5.70</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento centrado en la tarea</td>
<td>Sin IS &gt; 1 año (controles)</td>
<td>82</td>
<td>23.44</td>
<td>6.14</td>
<td>-3.994***</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Con IS &gt; 1 año (casos)</td>
<td>69</td>
<td>19.46</td>
<td>6.05</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento emocional desadaptativo</td>
<td>Sin IS &gt; 1 año (controles)</td>
<td>82</td>
<td>26.32</td>
<td>5.59</td>
<td>2.219*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Con IS &gt; 1 año (casos)</td>
<td>69</td>
<td>28.27</td>
<td>5.10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad</td>
<td>Sin IS &gt; 1 año (controles)</td>
<td>82</td>
<td>36.24</td>
<td>7.15</td>
<td>2.854**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Con IS &gt; 1 año (casos)</td>
<td>69</td>
<td>39.94</td>
<td>8.54</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001

Se aprecian diferencias en los puntajes de las distintas escalas entre los grupos de casos y controles. Los participantes con intento suicida en el último año presentan mayor nivel de síntomas depresivos, ideación suicida, desesperanza, afrontamiento emocional desadaptativo e impulsividad; y menor afrontamiento centrado en la tarea que los participantes sin intento de suicidio en los últimos doce meses.
3.4. Diferencias por grupo en eventos vitales estresantes del último año

A través de la prueba de $\chi^2$ se comparó la proporción de participantes del grupo de casos y del grupo de controles que había experimentado los distintos eventos vitales estresantes evaluados. Los resultados se resumen en la tabla 10.

Tabla 10.

*Consejo de eventos vitales estresantes en el último año en los grupos*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Evento</th>
<th>con IS en el último año (casos)</th>
<th>sin IS en el último año (controles)</th>
<th>Total</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fallecimiento familiar o persona cercana</td>
<td>Si 31 44.9</td>
<td>No 38 55.1</td>
<td>60</td>
<td>39.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Enfermedad o accidente grave</td>
<td>Si 25 36.2</td>
<td>No 44 63.8</td>
<td>58</td>
<td>38.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Enfermedad o accidente grave familiar o persona cercana</td>
<td>Si 30 43.5</td>
<td>No 39 56.5</td>
<td>72</td>
<td>47.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Separación o divorcio</td>
<td>Si 27 39.1</td>
<td>No 69 60.9</td>
<td>111</td>
<td>73.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Problemas económicos</td>
<td>Si 41 59.4</td>
<td>No 28 40.6</td>
<td>75</td>
<td>49.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Pérdida de empleo</td>
<td>Si 22 31.9</td>
<td>No 47 68.1</td>
<td>114</td>
<td>75.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Problemas judiciales</td>
<td>Si 14 20.3</td>
<td>No 55 79.7</td>
<td>126</td>
<td>83.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Violencia intrafamiliar</td>
<td>Si 30 43.5</td>
<td>No 39 56.5</td>
<td>52</td>
<td>34.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Abuso sexual</td>
<td>Si 9 13.0</td>
<td>No 60 87.0</td>
<td>138</td>
<td>91.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>69 100.0</td>
<td>82 100.0</td>
<td>151</td>
<td>100.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
El porcentaje de participantes del grupo de casos que había sufrido el fallecimiento de un familiar o persona cercana es similar al del grupo de controles ($\chi^2 = 1.431; \text{gl} = 1; p = 0.232$). Se da una distribución similar entre ambos grupos de los eventos estresantes enfermedad o accidente grave (personal) ($\chi^2 = 0.255; \text{gl} = 1; p = 0.614$), enfermedad o accidente grave de un familiar o persona cercana ($\chi^2 = 0.900; \text{gl} = 1; p = 0.343$) y problemas judiciales ($\chi^2 = 1.282; \text{gl} = 1; p = 0.258$). En el caso de los eventos estresantes pérdida de empleo ($\chi^2 = 3.742; \text{gl} = 1; p = 0.053$) y abuso sexual ($\chi^2 = 0.022; \text{gl} = 1; p = 0.882$), si bien es posible observar un mayor porcentaje del estresor en el grupo con intento de suicidio en el último año, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Finalmente, los eventos estresantes separación o divorcio ($\chi^2 = 10.426; \text{gl} = 1; p = 0.001$), problemas económicos ($\chi^2 = 4.833; \text{gl} = 1; p = 0.028$) y violencia intrafamiliar ($\chi^2 = 4.600; \text{gl} = 1; p = 0.032$) están presentes en mayor proporción en el grupo de casos que en los controles.

4. Asociaciones entre las variables del estudio

Para conocer el comportamiento de las variables independientes del estudio se realizaron análisis de asociaciones entre las mismas. En primer lugar, se describen las asociaciones entre los puntajes de las escalas clínicas y psicológicas de la investigación, determinadas por coeficiente de correlación de Pearson (ver tabla 11).
Tabla 11.

Asociaciones entre las escalas clínicas y psicológicas del estudio

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Síntomas depresivos</td>
<td>-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ideación suicida</td>
<td>0.58**</td>
<td>-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Desesperanza</td>
<td>0.70**</td>
<td>0.60**</td>
<td>-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Afrontamiento centrado en la tarea</td>
<td>-0.40**</td>
<td>-0.44**</td>
<td>-0.37**</td>
<td>-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Afrontamiento emocional desadaptativo</td>
<td>0.36**</td>
<td>0.33**</td>
<td>0.24**</td>
<td>-0.24**</td>
<td>-</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Impulsividad</td>
<td>0.34**</td>
<td>0.34**</td>
<td>0.33**</td>
<td>-0.50**</td>
<td>0.25**</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Estrés vital del último año</td>
<td>0.15</td>
<td>0.35**</td>
<td>0.09</td>
<td>-0.07</td>
<td>0.03</td>
<td>0.11</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p< 0.05; **p< 0.01; ***p< 0.001

Los síntomas depresivos presentan asociaciones positivas con ideación suicida, desesperanza, afrontamiento emocional desadaptativo e impulsividad; y relación negativa con afrontamiento centrado en la tarea. La ideación suicida se asocia en sentido directo a desesperanza, afrontamiento emocional desadaptativo, impulsividad y la suma de estrés vital del último año; y en sentido inverso con afrontamiento centrado en la tarea. Por su parte, la desesperanza se relaciona en sentido positivo con afrontamiento emocional desadaptativo e impulsividad; y de forma negativa con afrontamiento centrado en la tarea. El afrontamiento centrado en la tarea presenta una asociación inversa con afrontamiento emocional desadaptativo e impulsividad. Finalmente, el afrontamiento emocional desadaptativo se relaciona de forma inversa con impulsividad.

Luego se determinó la existencia de asociaciones relevantes entre las variables independientes dicótomicas y las evaluadas con escalas. Se realizaron pruebas t de Student...
para diferencias de grupos. Los resultados muestran que los participantes que tienen antecedente de intento de suicidio anterior a un año presentan mayores puntajes de depresión ($t=4.11; gl = 149; p =0.001$), ideación suicida ($t=6.08; gl = 149; p =0.001$, desesperanza ($t=2.95; gl = 149; p =0.004$), afrontamiento emocional desadaptativo ($t=2.07; gl = 149; p =0.040$) e impulsividad ($t=2.84; gl = 149; p =0.005$), y menores puntajes de afrontamiento centrado en la tarea ($t=-2.55; gl = 149; p =0.012$). En relación a los eventos vitales estresantes del último año se observó que los participantes que habían sufrido el fallecimiento de un familiar o persona cercana ($t=2.046; gl = 149; p =0.043$), se habían separado o divorciado ($t=2.56; gl = 149; p =0.011$), habían experimentado problemas económicos ($t=3.12.; gl = 149; p =0.002$) o habían sido víctimas de violencia intrafamiliar ($t=13.14; gl = 149; p =0.002$) presentaban mayor ideación suicida. Los participantes que habían tenido problemas judiciales presentaban mayor impulsividad ($t=2.07; gl = 149; p =0.040$). No se encontraron otras asociaciones entre los eventos vitales del último año y los puntajes de las escalas utilizadas.

5. **Determinación de factores de riesgo de intento de suicidio en el último año**

Con el objetivo de determinar la existencia de factores de riesgo para intento suicida en el último año se utilizó regresión logística simple, adaptada para imputación múltiple, para la relación entre cada variable predictora y el intento de suicidio$^5$ (Norman & Streiner, 2008).

En la tabla 12 se presentan los *odd ratios* con intervalo de confianza al 95% y valor $p$ del

---

$^5$ Desde el punto de vista estadístico se interpretan como factores de riesgo las variables con un *odd ratio* superior a 1, cuyo intervalo de confianza no pase por el 0, y cuyo valor $p$ del estadístico Wald sea menor a 0.05. Se consideran factores protectores, las variables con un *odd ratio* inferior a 1, cuyo intervalo de confianza no pase por el 0, y cuyo valor $p$ del estadístico Wald sea menor a 0.05.
estadístico Wald para las variables socio-demográficas. Se constata que ninguna de las características socio-demográficas opera como un factor de riesgo para intento de suicidio en el último año.

Tabla 12.

*Odd ratios sobre intento de suicidio en el último año por características socio-demográficas*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>Categoría</th>
<th>Odd ratio</th>
<th>IC 95% inferior</th>
<th>IC 95% superior</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sexo</td>
<td>Mujer</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Hombre</td>
<td>0.43</td>
<td>0.19</td>
<td>1.00</td>
<td>0.050</td>
</tr>
<tr>
<td>Estado Civil</td>
<td>Soltero</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Casado o conviviente</td>
<td>0.55</td>
<td>0.30</td>
<td>0.96</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Separado</td>
<td>1.83</td>
<td>0.86</td>
<td>3.99</td>
<td>0.321</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Viudo</td>
<td>2.29</td>
<td>0.54</td>
<td>10.31</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Escolaridad</td>
<td>Incompleta</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Media completa</td>
<td>0.44</td>
<td>0.14</td>
<td>1.33</td>
<td>0.513</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Superior</td>
<td>0.36</td>
<td>0.10</td>
<td>1.18</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Previsión</td>
<td>FONASA A</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>FONASA B</td>
<td>0.63</td>
<td>0.28</td>
<td>1.42</td>
<td>0.061</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>FONASA C</td>
<td>0.47</td>
<td>0.17</td>
<td>1.26</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>FONASA D</td>
<td>0.36</td>
<td>0.14</td>
<td>0.91</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

En relación a los antecedentes de conducta suicida familiar y personal (ver tabla 13) se detecta que el antecedente de intento de suicidio aumenta claramente (*OR* = 10.00, *p* = 0.001) la probabilidad de haber realizado una tentativa suicida en los últimos doce meses.
En la tabla 14 se presentan los *odd ratios* de los eventos vitales estresantes del último año.

De los eventos vitales estresantes estudiados, la separación o divorcio (*OR* = 3.41; *p* = 0.002), los problemas económicos (*OR* = 2.04; *p* = 0.029) y el ser víctima de violencia intrafamiliar (*OR* = 2.10; *p* = 0.033) inciden en mayores probabilidades de una tentativa suicida en el último año.
Para evaluar el aumento de riesgo por síntomas depresivos, ideación suicida y factores psicológicos estudiados, se utilizaron las puntuaciones estandarizadas de las escalas. Los estadísticos $D$ reportados corresponden al riesgo aumentado por tener una puntuación una desviación estándar sobre la media en relación a quienes se encuentran en la media de la escala. La tabla 15 presenta los $D$ resultantes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>Categoría</th>
<th>Odd ratio</th>
<th>Inferior</th>
<th>Superior</th>
<th>IC 95%</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fallecimiento familiar o persona cercana</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>1.50</td>
<td>0.77</td>
<td>2.87</td>
<td></td>
<td>0.233</td>
</tr>
<tr>
<td>Enfermedad o accidente grave</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>0.84</td>
<td>0.44</td>
<td>1.63</td>
<td></td>
<td>0.663</td>
</tr>
<tr>
<td>Enfermedad o accidente grave familiar o persona cercana</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>0.73</td>
<td>0.39</td>
<td>1.40</td>
<td></td>
<td>0.343</td>
</tr>
<tr>
<td>Separación o divorcio</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>3.41</td>
<td>1.59</td>
<td>7.33</td>
<td></td>
<td>0.002</td>
</tr>
<tr>
<td>Problemas económicos</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>2.07</td>
<td>1.08</td>
<td>3.96</td>
<td></td>
<td>0.029</td>
</tr>
<tr>
<td>Pérdida de empleo</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>2.10</td>
<td>0.99</td>
<td>4.49</td>
<td></td>
<td>0.055</td>
</tr>
<tr>
<td>Problemas judiciales</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>1.64</td>
<td>0.70</td>
<td>3.90</td>
<td></td>
<td>0.260</td>
</tr>
<tr>
<td>Violencia intrafamiliar</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>2.10</td>
<td>1.06</td>
<td>4.15</td>
<td></td>
<td>0.033</td>
</tr>
<tr>
<td>Abuso sexual</td>
<td>No</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Si</td>
<td>3.15</td>
<td>0.93</td>
<td>10.70</td>
<td></td>
<td>0.066</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabla 15. 
*D sobre intento de suicidio en el último año por síntomas depresivos, ideación suicida y factores psicológicos*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variable</th>
<th>D</th>
<th>Inferior</th>
<th>Superior</th>
<th>IC 95%</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Síntomas depresivos</td>
<td>1.67</td>
<td>1.18</td>
<td>2.35</td>
<td>0.004</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ideación suicida</td>
<td>7.87</td>
<td>4.04</td>
<td>15.33</td>
<td>0.000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Desesperanza</td>
<td>1.85</td>
<td>1.30</td>
<td>2.62</td>
<td>0.001</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento centrado en la tarea</td>
<td>0.51</td>
<td>0.35</td>
<td>0.73</td>
<td>0.000</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento emocional desadaptativo</td>
<td>1.45</td>
<td>1.03</td>
<td>2.03</td>
<td>0.032</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad</td>
<td>1.62</td>
<td>1.15</td>
<td>2.29</td>
<td>0.006</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Estrés vital del último año</td>
<td>1.83</td>
<td>1.29</td>
<td>2.58</td>
<td>0.001</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Los síntomas depresivos ($D = 1.67; p = 0.004$), la ideación suicida ($D = 7.87; p = 0.001$), la desesperanza ($D = 1.85; p = 0.001$), el afrontamiento emocional desadaptativo ($D = 1.45; p = 0.032$), la impulsividad ($D = 1.62; p = 0.006$) y el estrés vital ($D = 1.83; p = 0.001$) del último año aumentaron el riesgo de haber realizado un intento de suicidio en el último año; mientras que el afrontamiento centrado en la tarea ($D = 0.51; p = 0.001$) se presenta como un factor protector de la tentativa suicida.

Estos resultados aportan evidencia favorable a la hipótesis 1: "Los usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado con intento suicida en el último año presentarán mayor sintomatología depresiva, ideación suicida, impulsividad, desesperanza, uso de estrategias de afrontamiento emocional desadaptativo y eventos vitales estresantes del último año que los usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado sin intento suicida en el último año", e hipótesis 2: "Los usuarios adultos de servicios de salud
mental de nivel especializado con intento suicida en el último año utilizarán menos estrategias de afrontamiento centradas en la tarea que los usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado sin intento suicida en el último año", de este estudio.

Para evaluar el efecto combinado de las distintas variables planteadas como factores de riesgo se realizó una regresión múltiple logística, considerando conjuntamente todas las variables predictoras sobre el intento de suicidio en el último año (ver tabla 16). En este análisis, solo el antecedente de intento de suicidio, los síntomas depresivos y la ideación suicida tienen un poder predictor significativo. Tal como en las regresiones logísticas simples, el antecedente de intento de suicidio y la ideación suicida operan aumentando el riesgo suicida, mientras que en este caso los síntomas depresivos actúan disminuyendo el riesgo. El modelo completo tiene un buen ajuste ($\chi^2 (8) = 3.65; \ p = 0.887; \ R^2$ Nagelkerke $= 0.62$).

Tabla 16.

*Regresión logística múltiple sobre intento de suicidio en el último año*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>B</th>
<th>E.E</th>
<th>Wald</th>
<th>$Odd \ Ratio$</th>
<th>Inferior</th>
<th>Superior</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sexo</strong></td>
<td>-0.64</td>
<td>0.61</td>
<td>1.11</td>
<td>0.53</td>
<td>0.16</td>
<td>1.74</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Antecedente I. Suicidio</strong></td>
<td>1.79</td>
<td>0.63</td>
<td>8.21</td>
<td>6.00**</td>
<td>10.76</td>
<td>20.46</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Síntomas depresivos</strong></td>
<td>-1.07</td>
<td>0.40</td>
<td>6.98</td>
<td>0.34**</td>
<td>0.16</td>
<td>0.76</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ideación suicida</strong></td>
<td>2.67</td>
<td>0.55</td>
<td>23.38</td>
<td>14.45***</td>
<td>4.90</td>
<td>42.67</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estrés vital último año</strong></td>
<td>0.16</td>
<td>0.22</td>
<td>0.53</td>
<td>1.17</td>
<td>0.76</td>
<td>1.81</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Desesperanza</strong></td>
<td>-0.07</td>
<td>0.33</td>
<td>0.05</td>
<td>0.93</td>
<td>0.49</td>
<td>1.78</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Afrontamiento centrado en la tarea</strong></td>
<td>-0.21</td>
<td>0.31</td>
<td>0.48</td>
<td>0.81</td>
<td>0.44</td>
<td>1.48</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Afrontamiento emocional desadaptativo</strong></td>
<td>0.01</td>
<td>0.26</td>
<td>0.00</td>
<td>1.01</td>
<td>0.61</td>
<td>1.68</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Impulsividad</strong></td>
<td>0.06</td>
<td>0.29</td>
<td>0.04</td>
<td>1.06</td>
<td>0.60</td>
<td>1.85</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Constante</strong></td>
<td>-2.12</td>
<td>0.68</td>
<td>9.68</td>
<td>0.12**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* *p< 0.05; **p< 0.01; ***p< 0.001*
6. Efectos moduladores de las variables psicológicas en la predicción del intento de suicidio por parte del estrés, síntomas depresivos e ideación suicida

El segundo objetivo consistía en determinar el tipo de modulación de los factores psicológicos en las relaciones entre los factores de riesgo distales y el intento suicida. Se considera un efecto de modulación en la relación entre un predictor y una variable dependiente, a la presencia de efectos de moderación o mediación en la relación, por parte de una tercera variable. Como estrategia de análisis de los efectos de modulación de los factores psicológicos, se propusieron modelos de regresión de la desesperanza y la depresión, utilizando como predictores las variables distales, para luego generar los modelos de regresión de la ideación suicida y del intento suicida.

6.1. Efectos de moderación de los estilos de afrontamiento, la desesperanza y la impulsividad

En la construcción de los modelos de regresión se estudió la presencia de un efecto de moderación positiva de la impulsividad en la influencia de ideación suicida sobre el intento de suicidio el último año (hipótesis 5), así como el descarte de otros efectos de interacción, paso requerido para poder evaluar luego las hipótesis de mediación.

En este apartado se presentan los resultados de la evaluación de la moderación de impulsividad en la asociación entre ideación suicida e intento de suicidio en el último año, y los efectos de interacción encontrados: moderación del afrontamiento emocional desadaptativo en la relación entre estrés vital y síntomas depresivos, y moderación del afrontamiento centrado en la tarea en la relación entre estrés vital y desesperanza. El resto de los análisis de interacción conducidos se detallan en anexos (ver anexo 3).
No se observa efecto de moderación de la impulsividad en el efecto de la ideación suicida sobre el intento de suicidio en el último año (ver tabla 17). El modelo 2 no presenta mayor poder predictivo que el modelo sin interacción ($D_m(1, 1564486.61)=0; p =0.802$). Este resultado rechaza la hipótesis 5: "La impulsividad tendrá un efecto moderador positivo en la relación entre ideación suicida e intento suicida en el último año en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado".

Tabla 17.
Regresión logística jerárquica sobre intento de suicidio en el último año

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Modelo 1</th>
<th>IC 95%</th>
<th>Modelo 2</th>
<th>IC 95%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>$D$</td>
<td>Inferior</td>
<td>Superior</td>
<td>$D$</td>
</tr>
<tr>
<td>Constante</td>
<td>-0.546*</td>
<td>-1.031</td>
<td>-0.062</td>
<td>-0.531*</td>
</tr>
<tr>
<td>Ideación suicida</td>
<td>2.055***</td>
<td>1.366</td>
<td>2.744</td>
<td>2.045***</td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad</td>
<td>0.037</td>
<td>-0.414</td>
<td>0.487</td>
<td>0.071</td>
</tr>
<tr>
<td>Ideación suicida x Impulsividad</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-0.088</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p< 0.05; **p< 0.01; ***p< 0.001

La tabla 18 presenta los resultados de la regresión múltiple jerárquica que evalúa la interacción de los estilos de afrontamiento con el estrés total del último año en la predicción de los síntomas depresivos. En el modelo 2, se observa que hay interacción entre el afrontamiento emocional desadaptativo y el estrés vital para la predicción de los síntomas depresivos. Al mismo tiempo, el afrontamiento centrado en la tarea tiene una influencia directa sobre los síntomas depresivos. Si bien existe efecto de moderación, las diferencias de poder predictivo entre el modelo 1 y el 2 no alcanzan a ser significativas estadísticamente ($D_m (2, Inf)=3; p=0.051$).
La figura 1 presenta los efectos de moderación observados. Los efectos del estrés vital en la depresión son moderados en sentido positivo por el nivel de afrontamiento emocional desadaptativo; es decir, el estrés vital tiene mayor impacto en los síntomas depresivos en los individuos con alto uso de estrategias emocionales desadaptativas que en los que utilizan poco estas estrategias. Este resultado brinda apoyo parcial a la hipótesis 3 del estudio: "El afrontamiento emocional desadaptativo y el afrontamiento centrado en la tarea mediarán las relaciones entre eventos vitales estresantes del último año y síntomas depresivos en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado", puesto que se encontró un efecto de moderación en vez de mediación y solo por parte del afrontamiento emocional desadaptativo.

### Tabla 18.

**Regresión múltiple jerárquica sobre síntomas depresivos**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>B modelo 1</th>
<th>B modelo 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Constante</td>
<td>-0.114</td>
<td>-0.119</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento emocional desadaptativo</td>
<td>0.274***</td>
<td>0.119</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento centrado en la tarea</td>
<td>-0.330***</td>
<td>-0.283*</td>
</tr>
<tr>
<td>Estrés vital del último año</td>
<td>0.103</td>
<td>0.104</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento emocional desadaptativo X estrés vital</td>
<td>-</td>
<td>0.158*</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento centrado en la tarea X estrés vital</td>
<td>-</td>
<td>-0.041</td>
</tr>
<tr>
<td>R² del modelo</td>
<td>0.244*</td>
<td>0.274*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001
Figura 1: Moderación del afrontamiento emocional desadaptativo en el efecto del estrés vital sobre los síntomas depresivos

Al constatarse un efecto de interacción del afrontamiento emocional desadaptativo con el estrés vital no es posible verificar efectos de mediación de esta variable.

En la tabla 19 están descritos los resultados de la regresión múltiple jerárquica que evalúa la moderación de los estilos de afrontamiento en la influencia del estrés sobre la desesperanza. El modelo 2 permite constatar que hay interacción entre el afrontamiento centrado en la tarea y el estrés vital para la predicción de la desesperanza. En este caso el modelo con interacción tiene un mayor poder predictivo que el modelo sin interacción ($Dm(2, \text{Inf}) = 5; p = 0.008$).
### Tabla 19.

**Regresión múltiple jerárquica sobre desesperanza**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>B modelo 1</th>
<th>B modelo 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Constante)</td>
<td>8.438*</td>
<td>7.409</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento emocional desadaptativo</td>
<td>0.168*</td>
<td>0.037</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento centrado en la tarea</td>
<td>-0.288*</td>
<td>-0.085</td>
</tr>
<tr>
<td>Estrés vital del último año</td>
<td>0.321</td>
<td>0.248</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento emocional desadaptativo X estrés vital</td>
<td>-</td>
<td>0.113</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento centrado en la tarea X estrés vital</td>
<td>-</td>
<td>-0.134*</td>
</tr>
<tr>
<td>R² del modelo</td>
<td>0.163*</td>
<td>0.216*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p< 0.05; **p< 0.01; ***p< 0.001

La figura 2 muestra los efectos de interacción observados. Los efectos del estrés vital en la desesperanza son moderados en sentido negativo por el nivel de afrontamiento centrado en la tarea; es decir, el estrés tiene menor influencia en la predicción de desesperanza en las personas con alto uso de estrategias centradas en la tarea que en los que utilizan poco estas estrategias.
6.2. Efecto de mediación de la desesperanza entre síntomas depresivos e ideación suicida.

Una vez descartados efectos de interacción de la desesperanza en la relación entre síntomas depresivos e ideación suicida (ver anexo III) se pasó a verificar la existencia de mediación en esta relación (hipótesis 4). Para estudiar las hipótesis de mediación, se utilizó modelo de estructuras de ecuaciones (SEM) del tipo análisis de sendero. El método de prueba de la mediación fue la presencia de un intervalo de confianza bootstrap al 95% -con 10.000 remuestreos- del producto de los coeficientes $a$ (relación entre independiente: síntomas depresivos, y mediadora: desesperanza) y $b$ (relación entre mediadora: desesperanza y...
dependiente: ideación suicida) que no incluyese el valor 0. Se determinó un efecto indirecto significativo a través de la desesperanza de 0.27; con un intervalo de confianza de 0.16-0.38. También se observa un efecto directo de la depresión sobre la ideación suicida de 0.32 (p=0.001; IC 95%: 0.14, 0.49). Por lo tanto, en concordancia con la hipótesis 4, existe efecto de mediación de la desesperanza entre los síntomas depresivos y la ideación suicida en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado. Los resultados del análisis de mediación se presentan en la figura 3.

Figura 3. Mediación de la desesperanza entre los síntomas depresivos y la ideación suicida

7. Propuesta de modelo explicativo del intento de suicidio en el último año por las variables predictoras

El tercer objetivo del estudio consistía un plantear un modelo explicativo de las variables que influyen en el intento de suicidio en el último año de los pacientes de salud mental. Para este propósito se utilizó un análisis de sendero con modelo de ecuaciones estructurales (SEM),
considerando los efectos de moderación encontrados en los modelos de regresión y mediación preliminares.

Se comenzó generando un modelo hipotetizado, que consideró todas las variables predictoras para el intento de suicidio, incorporándolas de acuerdo a las relaciones de moderación y mediación determinadas en los análisis previos. A este modelo se agregó como predictora la variable antecedente de intento de suicidio previo a un año, ya que en los análisis previos se observó que aumentaba el riesgo de intento de suicidio en los últimos doce meses. De este modo, se configuró un modelo que: consideró como variables exógenas el estrés, el afrontamiento centrado en la tarea, el afrontamiento emocional desadaptativo, y el antecedente de intento de suicidio; como mediadoras la impulsividad, los síntomas depresivos y la desesperanza; y como proximal entre estas últimas y el intento, la ideación suicida. Se correlacionaron las variables exógenas entre sí, exceptuando el estrés vital del último año por su temporalidad. En la figura 4 se presenta el modelo hipotetizado para la predicción del intento de suicidio en el último año.
Figura 4. Modelo hipotetizado para la predicción del intento de suicidio en el último año

Al evaluar los ajustes del modelo hipotetizado, se encontró que no satisfacía los indicadores propuestos, por lo que se realizaron algunas modificaciones restando aquellas relaciones no significativas. Las asociaciones eliminadas fueron las interacciones de los estilos de afrontamiento con estrés, la influencia de impulsividad en ideación suicida, y la predicción de intento de suicidio por antecedente de intento suicida. El modelo estructural obtuvo buenos indicadores de bondad de ajuste (ver Tabla 20).
La figura 5 presenta el modelo estructural final para la predicción del intento de suicidio del último año por las variables predictoras del estudio.

**Figura 5.** Modelo estructural final para la predicción del intento de suicidio del último año
Para finalizar, se realizaron análisis de rutas de mediación sobre el intento de suicidio, usando las distintas variables predictoras que se encontraron en el análisis de sendero. Para esto se utilizaron los modelos de McKinonn (2008) para variables dicotómicas. El método de prueba de la mediación fue la presencia de un intervalo de confianza bootstrap al 95% del producto de los coeficientes $a$ (relación entre independiente y mediadora) y $b$ (relación entre mediadora y dependiente) que no incluyese el valor 0. El valor $ab$ corresponde al tamaño del efecto.

Las rutas de mediación probadas se presentan a continuación, reportándose los valores $ab$ y su intervalo de confianza.

- Existe un efecto indirecto estimado estandarizado de 0.412 (IC 95%: 0.246, 0.643; $p = 0.001$) del estrés vital del último año en el intento de suicidio a través de ideación suicida. Se observa una mediación total.

- Para el caso del antecedente de intento de suicidio, existen diversas rutas mediadas de su efecto en el intento de suicidio del último. La primera pasa a través de la ideación suicida (1.124; IC 95%: 0.166, 2.947 $p = 0.391$), una segunda por medio de los síntomas depresivos (-0.319; IC 95%: -1.527, -0.029; $p = 0.708$), y la última mediante los síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida (0.218; IC 95%: 0.029, 0.714; $p =0.553$). En el efecto indirecto combinado no existe mediación (0.924; IC 95%: -0.251, 2.163; $p =0.259$). En este caso, si bien existe mediación a través de la ideación, y los síntomas depresivos, desesperanza e ideación, sus efectos no son significativos estadísticamente.
• El efecto del afrontamiento emocional desadaptativo sigue distintos senderos de mediación hacia el intento de suicidio, las cuales tienen un efecto indirecto combinado de 0.195 (IC 95%: 0.024, 0.355; p =0.026). Este se descompone en: un efecto indirecto a través de ideación suicida (0.234; IC 95%: 0.011, 0.432; p = 0.039), el camino a través de los síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida (0.084; IC 95%: 0.022, 0.164; p =0.044), y la ruta que pasa por los síntomas depresivos (-0.122; IC 95%: -0.271, -0.024; p = 0.127). Este último efecto no es significativo. En el caso del afrontamiento emocional desadaptativo, su efecto sobre la tentativa suicida se encuentra mediado totalmente.

• El afrontamiento centrado en la tarea tiene un efecto indirecto combinado de -0.250 (IC 95%: -0.453, -0.037; p = 0.035). Este se descompone en tres efectos indirectos no significativos: uno a través de ideación suicida (-0.290; IC 95%: -0.553, -0.052; p = ), otro por depresión (-0.127; IC 95%: -0.044, 0.278; p = 0.057), y un último por síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida (-0.087; IC 95%: -0.208, 0.003; p = 0.226). La influencia del afrontamiento centrado en la tarea sobre el intento de suicidio se encuentra mediado totalmente.

• Para el efecto de los síntomas depresivos en intento de suicidio del último año, se presenta un efecto indirecto estimado estandarizado de 0.276 (IC 95%: 0.076, 0.504; p =0.013) a través de desesperanza e ideación suicida; y también se observa un efecto directo significativo de los síntomas depresivos de -0.403 (IC 95%: -0.710, -0.081; p =0.021). En este caso se observa un efecto positivo mediado parcialmente y unido a un efecto directo de supresión.
• Existe un efecto indirecto estimado estandarizado de 0.438 (IC 95%: 0.246, 0.643; \( p = 0.005 \)) de la desesperanza en el intento de suicidio a través de ideación suicida. Se observa una mediación total por parte de esta última variable.

Para concluir, se reporta el efecto directo de la ideación suicida sobre el intento de suicidio del último año, con un valor estandarizado estimado de 1.167 (0.872, 1.484; \( p = 0.001 \)). Esta última variable sólo tiene efecto directo.
VI. DISCUSIÓN

El presente estudio buscaba evaluar la influencia de un conjunto de variables sobre el intento suicida en el último año en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción. Este propósito se tradujo en tres objetivos principales: el primero fue determinar factores de riesgo para tentativa suicida en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado; el segundo correspondió a determinar el tipo de modulación que ejercen la desesperanza, la impulsividad, el afrontamiento emocional desadaptativo, y el afrontamiento centrado en la tarea, en la cadena de relaciones entre los eventos vitales estresantes del último año, los síntomas depresivos y la ideación suicida con el intento de suicidio del último año; y el último fue proponer un modelo explicativo del intento suicida reciente en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción. En el presente capítulo se analizan los hallazgos obtenidos en relación a cada uno de esos objetivos, se comentan las limitaciones del estudio, y se plantean líneas de investigación que se podrían proyectar a partir de los resultados obtenidos.

1. Factores de riesgo de intento de suicidio en el último año

Los resultados de los análisis de regresión logística muestran que el antecedente de intento suicida aumenta la probabilidad de haber realizado una tentativa suicida en los últimos doce meses. Así mismo, los síntomas depresivos, la ideación suicida, la desesperanza, el afrontamiento emocional desadaptativo, la impulsividad y el estrés vital del último año incrementan el riesgo de haber realizado un intento suicida; mientras que el afrontamiento
centrado en la tarea se presenta como un factor protector de la misma. Estos resultados dan respaldo a las dos primeras hipótesis de esta investigación.

Como es conocido, el incremento de riesgo asociado a un factor no basta para considerarlo un factor de riesgo. Además debe establecerse que el factor estaba presente antes del resultado evaluado y que se haya probado que las asociaciones no sean un mero artefacto estadístico (Cova, 2004; Rutter, 2006). En este estudio se buscó determinar variables que predijeran el intento de suicidio en el último año. Dado el carácter correlacional de la investigación, y el marco temporal de algunas mediciones, no es posible establecer de forma fehaciente que las condiciones estuvieran presentes en forma previa al intento. En relación al marco temporal, tanto la ideación suicida como los eventos vitales estresantes consultados fueron evaluados teniendo como marco temporal los últimos doce meses. El afrontamiento y la impulsividad fueron evaluados como rasgos de personalidad; la desesperanza y los síntomas depresivos, si bien fueron medidos en relación a las dos últimas semanas previas a la evaluación, corresponden a características relativamente estables, más aun en la población estudiada (Richards, 2011; Wenzel & Beck, 2008).

El intento de suicidio previo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida corresponden a factores “clínicos” que se presentaron en mayor medida en la población con intento de suicidio en el último año. Por el contrario, los antecedentes familiares de suicidio, los cuales tradicionalmente han sido relevados como factor de riesgo de suicidio (Nock et al., 2008; Wasserman et al., 2012), no aumentaron la probabilidad de intento suicida en esta muestra. En los participantes evaluados, el porcentaje de suicidios entre los familiares era equivalente
en ambos grupos, y el antecedente de intento de suicidio familiar era mayor entre el grupo de controles que en los casos con intento reciente.

Diversos estudios señalan que la depresión, tanto a nivel de diagnóstico como de sintomatología aumenta el riesgo de conducta suicida (Wasserman et al., 2012; WHO, 2014;). Los resultados obtenidos apuntan en esa dirección.

El antecedente de intento suicida se presentó como un factor de riesgo para una nueva tentativa suicida. Este es uno de los factores de riesgo más consistentes para intento de suicidio y suicidio consumado (WHO, 2014). Al respecto, la teoría interpersonal señala que el antecedente de intento de suicidio demuestra que el individuo posee la capacidad para infringirse daño potencialmente letal, eslabón preponderante en la cadena suicida (Van Orden et al., 2005). Este tipo de procesos pueden comprenderse desde el marco de la sensibilización conductual o kindling en psicopatología (Pettit, Joiner & Rudd, 2004; Brådvik & Berglung, 2011), aunque los resultados en esta línea aún no son concluyentes respecto a cómo opera este riesgo. Desde el punto de vista de la psicología del aprendizaje, puede considerarse que el intento previo genera una nueva alternativa de conducta que no estaba presente en el repertorio conductual de un individuo, lo que haría más fácil que esta se repitiese frente a situaciones similares.

Especial atención merece el riesgo aumentado por la ideación suicida. En el presente estudio los resultados muestran que la ideación suicida severa (en este caso cercana a los 8 puntos de un máximo de 9 en la subescala de ideación suicida de la escala de Okasha) caracteriza a la población que ha intentado suicidarse en el último año. Otros estudios igualmente han
apuntado a este resultado (Wasserman et al., 2012), por lo que debería considerarse un indicador de riesgo suicida relevante en esta población y evaluarse en el curso del tratamiento (Fowler, 2012).

En relación a los factores psicológicos impulsividad, desesperanza y uso de estrategias de afrontamiento emocional desadaptativo, todos se presentaron aumentados en la población con intento en comparación a pacientes sin este evento. En el caso de la impulsividad, este factor psicológico es uno de los que se ha planteado tendría mayor especificidad hacia los intentos de suicidio, favoreciendo el paso desde la ideación hacia el intento suicida (Gvion & Apter, 2011), efecto observado en un estudio de casos y controles de intento de suicidio (Ghanem et al., 2013). En este estudio, los resultados bivariados van en la misma línea sugiriendo que la impulsividad está asociado a un mayor riesgo de intento en población de pacientes adultos chilenos, lo que ya había sido detectado en población general adolescente (Salvo & Melipillán, 2008; Salvo & Castro, 2013).

Con respecto a la desesperanza, este factor ha sido ampliamente estudiado como núcleo de la teoría cognitiva del suicidio (Wenzel & Beck, 2008), con resultados consistentes que lo sitúan como un factor de riesgo. Este estudio sigue la misma tendencia y señala que en pacientes de salud mental la desesperanza aumenta el riesgo de suicidio.

En el caso específico de las estrategias de afrontamiento, las personas que han realizado intento de suicidio tienden a utilizar estrategias de afrontamiento emocional desadaptativo, las que incluyen culpabilización y rumiación, entre otros. Por el contrario, subutilizan estrategias de afrontamiento centrado en la tarea, como buscar activamente una solución e implementarla. La investigación en la relación de afrontamiento e intento de suicidio es
reciente, con la mayoría de la evidencia sobre adolescentes o población universitaria, convirtiéndose en un área de investigación relevante, en especial en contextos de prevención indicada del suicidio. Estos constructos pueden ser asimilables a otros conceptos utilizados en terapia cognitiva como la rumiación, en el caso de las estrategias de afrontamiento emocional; y por otro lado la resolución de problemas, como símil del afrontamiento centrado en la tarea. Las técnicas de intervención de las terapias con efecto comprobado para la conducta suicida (Daigle et al., 2011) -terapia cognitiva (Wenzel & Beck, 2009) y conductual dialéctica (Linehan & Dexter-Mazza, 2008)- utilizan la detención del pensamiento, distracción y *mindfulness* como formas de evitar o disminuir el afrontamiento emocional desadaptativo y el entrenamiento en resolución de problemas que favorece el afrontamiento activo.

Los eventos vitales estresantes del último año aumentaron el riesgo de intento de suicidio. Sin embargo, esta asociación no se dio con los nueve eventos vitales evaluados, sino que sólo con tres eventos: separación y divorcio, violencia intrafamiliar, y dificultades económicas. La separación y la violencia intrafamiliar son factores de riesgo interpersonales que han sido asociados a conducta suicida en adultos (Foster, 2011; Wasserman et al., 2012), y específicamente a intento de suicidio en revisiones recientes (Liu & Miller, 2014). La separación o divorcio puede estar asociado a un quiebre del proyecto de vida y es un factor de riesgo de depresión (Inostroza et al., en preparación ver anexo IV; Rotermann, 2007), lo que podría explicar la trayectoria desde este evento vital hacia un intento de suicidio. La violencia de pareja ha sido relacionada específicamente con intento de suicidio en estudios internacionales (Stein et al, 2010), y un estudio chileno con adultos hospitalizados por
intento de suicidio, reportó la presencia de violencia intrafamiliar; sin embargo, este estudio no tenía grupo control (Salvo et al., 2004). La violencia intrafamiliar, tiende a ser un estresor crónico vivido por las personas que la sufren con sentimientos de desesperanza (Kaslow et al., 1998), siendo éste un posible mecanismo de asociación a conducta suicida.

En relación a los problemas económicos éstos han sido asociados a un aumento de riesgo de intento de suicidio (Wang et al., 2015). En Chile se ha reportado una asociación entre factores económicos y suicidio consumado (Gómez et al., 2014). En esta línea, el presente estudio es el primero en nuestro país que igualmente asocia este factor a intento de suicidio en usuarios adultos de servicios de salud mental. Es de sorprender que el desempleo no aumentara el riesgo de intento de suicidio en este estudio, dado que ha sido identificado como un factor de riesgo para suicidio consumado. Una posible explicación puede encontrarse en la forma en que se evaluó el evento de desempleo, ya que se le preguntó a los participantes si habían perdido su empleo en el último año, pasando a ser un evento reciente cuyas consecuencias negativas podrían ser sólo incipientes, mientras que la variable problemas económicos hacía referencia a consecuencias sostenidas en el tiempo como cobranzas, embargos o pérdida de vivienda, transformándose en un estresor más bien crónico y de impacto comprobado. Al igual que en el caso de la separación, una posible vía de acción de los problemas económicos es su relación con síntomas depresivos que ha sido encontrada en usuarios de salud primaria (Inostroza et al., en preparación; ver anexo IV).

Otro evento vital estresante que no tuvo asociación con intento de suicidio fueron las enfermedades graves o accidentes. El dolor crónico y las enfermedades se señalan como un factor de riesgo para suicidio en población general (Van Orden et al., 2005; WHO, 2014), pero
puede no ser el caso para intentos de suicidios en usuarios de salud mental de nivel especializado. Es probable que para evaluar el efecto de condiciones graves de salud se requiera de estudios en poblaciones específicas por grupos de patologías (cáncer, dolor crónico, por ejemplo).

Al contrario de lo esperado (Stein et al, 2010; WHO, 2014), el abuso sexual en el último año no aumentó el riesgo de intento de suicidio. El abuso sexual fue reportado por menos de un 10% de los usuarios de servicios de salud mental evaluados, lo que puede haber dificultado encontrar un efecto estadístico por el tamaño muestral. Al respecto, debe tenerse presente que la literatura reporta dificultad para evaluar el abuso sexual en consultantes de salud cuando es cometido por externos (Van den Akker, Mol, Metsemakers, Dinant & Knottnerus, 2001), o que su reconocimiento queda enmascarado bajo el concepto de violencia intrafamiliar (Sprague et al., 2012), por lo que también es posible que haya estado presente en más casos y no haya sido reportado por los participantes.

Finalmente, dentro de los resultados no esperados en cuanto a eventos vitales estresantes, el tener problemas con la justicia no aumentó el riesgo de intento. Si bien este es un factor de riesgo tradicional para el suicidio consumado (Foster, 2011), incluyendo los estudios chilenos en el tema (Gómez et al., 2014), no se encuentra dentro de los factores de riesgo destacados por la OMS (WHO, 2014) en su último informe de prevención del suicidio, ni en revisiones específicas sobre estrés e intento de suicidio (Liu & Miller, 2014). Es posible que los problemas con la justicia sean un factor de riesgo en población general, pero que no distingan dentro de la población clínica.
En el análisis de la influencia de los factores de riesgo en su conjunto, se detecta que solo el antecedente de intento de suicidio, los síntomas depresivos y la ideación suicida tienen un poder predictor significativo. Tal como en los análisis de riesgo agregado por cada variable por separado, el antecedente de intento de suicidio previo a un año y la ideación suicida operan aumentando el riesgo suicida. Contrario a lo esperado, y al análisis de factores de riesgo de forma individual, en el análisis multivariado los síntomas depresivos actúan disminuyendo el riesgo. Este aspecto será comentado en mayor profundidad en el punto 3 de esta discusión. Ciertamente que algunas variables al ser analizadas conjuntamente con otras, y controlado su efecto por el de esas otras, no muestren una relación estadísticamente significativa con el intento de suicidio no implica que sean irrelevantes, sino que, si tienen algún efecto, este no es directo. El siguiente objetivo está relacionado con el análisis de cadenas causales y procesos mediacionales y moderadores, permitiendo profundizar en este aspecto.

2. **Efectos de modulación de los procesos psicológicos de riesgo de intento suicida en el último año.**

El segundo objetivo fue determinar el tipo de modulación que ejercen la desesperanza, la impulsividad, el afrontamiento emocional desadaptativo y el afrontamiento centrado en la tarea, en la cadena de relaciones entre los eventos vitales estresantes, los síntomas depresivos y la ideación suicida con el intento de suicidio del último año.

No se encontró evidencia para la hipótesis 3 que planteaba un rol mediador de los estilos de afrontamiento entre el estrés vital y los síntomas depresivos. Sin embargo, sí se encontraron
dos efectos de moderación relevantes: efecto moderador del afrontamiento emocional desadaptativo en la influencia del estrés en los síntomas depresivos, y un efecto moderador del afrontamiento centrado en la tarea en la influencia de estrés en la desesperanza.

Los análisis de regresión múltiple jerárquica mostraron que el afrontamiento emocional desadaptativo modera la influencia del estrés vital en los síntomas depresivos; es decir, el estrés vital tiene mayor impacto en los síntomas depresivos en pacientes que tienden a utilizar afrontamiento emocional desadaptativo (ver figura 1). Dentro estas estrategias se encuentra la tendencia a culparse, y centrarse de forma rumiativa en el estrés y en la emocionalidad negativa que se está experimentando. Por lo tanto, de acuerdo al modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1986) es esperable que el utilizarlo como principal estrategia de afrontamiento a los eventos vitales reste capacidad de enfrentar el problema de forma directa, manteniendo los estresores, y aumente la sensación de malestar. Este mecanismo ha sido descrito de mejor manera por Nolen-Hoeksema (2004) a través del constructo rumiación; los estudios en rumiación han detectado influencia de éstos en los síntomas depresivos e ideación suicida (Miranda & Nolen-Hoeksema, 2007). El estudio preliminar 2 (ver anexo IV) encontró una mediación parcial del efecto del estrés en los síntomas depresivos producto del afrontamiento emocional desadaptativo, por lo que se esperaba este tipo de modulación (hipótesis 3) y no una moderación. En consecuencia, si bien resulta claro que el afrontamiento emocional desadaptativo juega un rol en el desarrollo de síntomas depresivos, su función específica aún requiere mayor estudio.

Sorpresivamente, el afrontamiento centrado en la tarea tuvo un rol moderador en la relación entre estrés vital y desesperanza. Esto implica que el estrés tiene menos incidencia en la
desesperanza en aquellos pacientes que tienden a utilizar estrategias de afrontamiento activas. En esta línea, este tipo de afrontamiento, que incluye búsqueda, planificación y ejecución de solución de problemas, actúa como un mecanismo de protección de la desesperanza ante condiciones de alto estrés (figura 2). Esta interacción ha sido poco descrita por lo que a priori no se pudo establecer predicciones muy certeras. Al respecto, un estudio realizado en pacientes con intento suicidio reciente reporta que el estrés interactuaba con el afrontamiento centrado en la tarea para predecir la desesperanza, sin que el afrontamiento emocional desadaptativo tuviera influencia (Elliot & Frude, 2001).

Desde un punto de vista teórico, es posible comprender que aquellas personas que tienen pocas habilidades de resolución de problemas tiendan a desesperanzarse frente estresores vitales relevantes. En este estudio, los elementos considerados en la suma de estresores vitales implican un alto nivel de exigencia para los recursos personales del individuo (separación, violencia intrafamiliar, problemas económicos serios) por lo que podría darse el caso de que aquellas personas que utilicen habitualmente estrategias activas de afrontamiento mantengan expectativas positivas con respecto al desenlace de sus problemas, evitando la desesperanza. Desde otro punto de vista teórico, la asociación podría darse por la presencia de desesperanza de rasgo. Este tipo de desesperanza crónica, relacionada con la indefensión aprendida (Abramson et al., 1989), haría que las personas indefensas y desesperanzadas tiendan a utilizar menos afrontamiento a la tarea porque tienen bajas expectativas de que su esfuerzo resulte exitoso. El efecto moderador negativo del afrontamiento centrado en la tarea en la influencia de estrés en la desesperanza, tiene un potencial de factor protector, el cual será discutido en el punto siguiente.
De acuerdo a lo planteado en la hipótesis 4, la influencia de los síntomas depresivos sobre la ideación suicida es mediada parcialmente por la desesperanza. La teoría cognitiva de la depresión (Beck, 1967) y el modelo de desesperanza aprendida (Abramson et al., 1989) relacionan la desesperanza con la depresión. Se ha constatado que en pacientes con depresión, la disminución de la ideación suicida es precedida por la disminución de los síntomas depresivos y la desesperanza de forma independiente (Sokero et al., 2006). Al igual que en el estudio preliminar 3 (Inostroza et al., 2015), la desesperanza actuaría como el mecanismo de riesgo de los síntomas depresivos hacia la ideación suicida.

Los resultados no dan respaldo a la hipótesis 5 que planteaba que la impulsividad moderaría la relación entre ideación suicida e intento de suicidio del último año en usuarios adultos de servicios de salud mental de nivel especializado. La impulsividad es un factor que se ha relacionado de forma específica con intento de suicidio, favoreciendo el paso desde la ideación hacia el intento suicida (Gvion & Apter, 2011), lo que se esperaba tradujese en un efecto de interacción con la ideación suicida, aunque la evidencia al respecto aún es escasa (Klonsky & May, 2010; Watkins & Meyer, 2013). El rol de la impulsividad en la predicción de intento de suicidio en pacientes de salud mental será discutido en mayor detalle en el siguiente punto de esta discusión.

3. **Modelo explicativo de intento suicida en el último año**

El tercer objetivo del estudio consistía en plantear un modelo explicativo de las variables que influyen en el intento suicida en el último año en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado. Los análisis por grupos de constructos habían permitido determinar la
existencia de funciones moduladoras del estilo de afrontamiento centrado en la tarea, el afrontamiento emocional desadaptativo y la desesperanza en la influencia del estrés vital, los síntomas depresivos y la ideación suicida, en el intento de suicidio del último año en usuarios de servicios de salud mental. En este modelo explicativo se incluyó el estrés vital, el afrontamiento centrado en la tarea, el afrontamiento emocional desadaptativo, y el antecedente de intento suicida como variables exógenas; como mediadoras la impulsividad, los síntomas depresivos y la desesperanza; y como proximal entre estas últimas y el intento, la ideación suicida (ver figura 4). Considerando los efectos de moderación y mediación encontrados en los modelos de regresión del objetivo 2, para su evaluación se utilizó un análisis de sendero. El modelo hipotetizado requirió de algunas variaciones en las asociaciones para lograr un adecuado ajuste a los datos (ver figura 5). Estas consistieron en eliminar las interacciones de los estilos de afrontamiento con estrés, la influencia de impulsividad en ideación suicida, y la predicción de intento de suicidio previo por antecedente de intento de suicidio. Por tratarse de un modelo exploratorio, aunque basado en grupos de asociaciones probadas en pasos previos, el sendero construido debe considerarse como un modelo apropiado para esta muestra, que requiere de replicación para su extrapolación a la población de usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado.

El modelo explicativo del intento de suicidio reciente de usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado de la provincia de Concepción (ver figura 5), consiste en una cadena de relaciones entre variables. Teóricamente, el eslabón más distante es el antecedente de intento de suicidio. Como segundo paso, se encuentran los factores
psicológicos más estables que corresponden a estilos de funcionamiento cognitivo, emocional y conductual: impulsividad y estilos de afrontamiento, los cuales interactúan con uno o más estresores vitales. Estos estilos de funcionamiento psicológico prepondrían a desarrollar afectividad negativa frente a condiciones adversas. En tercer lugar, surge la sintomatología depresiva como un proceso psicopatológico que recibe la influencia de los estilos de afrontamiento y el antecedente de intento suicida. En este sentido los síntomas depresivos serían más bien un resultado de una vulnerabilidad previa de origen psicológico; y al mismo tiempo el estado depresivo es el inicio del proceso psicopatológico que podrá desencadenar en ideación suicida al interactuar con el estrés en el paso quinto. El cuarto eslabón es la desesperanza, la cual medía entre los síntomas depresivos y la ideación. En el último eslabón aparece la ideación suicida. En esta variable desembocan tanto variables exógenas como mediadoras, y esta a su vez desemboca directamente en el intento de suicidio. Por lo tanto, la ideación suicida se presenta en esta muestra como el factor proximal de riesgo suicida, por el que pasan los otros procesos de vulnerabilidad y psicopatología hacia el intento suicida.

El análisis del modelo en su conjunto permite seguir dos senderos hacia el suicidio: 1) en la sección superior del modelo (figura 5) se traza un camino “neurótico” o suicida clásico melancólico, el que pasa por los síntomas depresivos, la desesperanza y la ideación suicida, siendo habitualmente este un proceso de larga data, con probable antecedente de tentativas suicidas, que desemboca en intentos suicidas precedidas por ideación suicida y desesperanza larvada, habitualmente denominada desesperanza de rasgo. Este camino es explicado por Beck et al. (Wenzel & Beck, 2008) en su teoría cognitiva del suicidio. 2) Existe otro camino de
riesgo, en la porción inferior del modelo, donde la ideación suicida es influida directamente por el estrés vital y por los estilos de afrontamiento. Se postula que este segundo sendero podría estar asociado a otros estilos psicológicos, con una mezcla de bajos recursos de afrontamiento activo y alto uso de afrontamiento emocional desadaptativo, e hipotéticamente asociados a impulsividad; recursos que se ven sobrepasados por el estrés. Este segundo camino no pasa necesariamente por los síntomas depresivos y la desesperanza; aunque podría estar presente un componente denominado desesperanza de estado -no evaluada por el cuestionario de desesperanza de Beck-, la cual, de acuerdo a la teoría cognitiva del suicidio, es aquella que se activa frente a un nivel de estresores, gatillando ideación suicida. Desde la mirada psicopatológica, este camino podría asociarse a un perfil de pacientes con comorbilidad con trastornos de personalidad del tipo limitrofe o histriónico. Otra forma de integrar los senderos encontrados es interpretarlos como un proceso en un mismo individuo. En este caso, en el primer camino la vulnerabilidad psicológica conferida por un estilo de afrontamiento emocional desadaptativo, bajo uso de afrontamiento activo e impulsividad, estaría asociado a síntomas depresivos de larga data, los que generarían desesperanza e ideación suicida larvada o latente. Esta condición crónica de vulnerabilidad, presente en una proporción relevante de usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado, se vería activada y potenciada por eventos vitales estresantes interpersonales y económicos, gatillando un aumento en la ideación suicida en momentos de mayor impacto de los estresores -como por ejemplo un episodio de violencia severo, el embargo de bienes o la separación definitiva-, llevando al individuo a realizar un intento de suicidio.
En el análisis de los efectos directos e indirectos observados en el análisis de sendero, resaltan cuatro aspectos sobre las asociaciones entre las variables.

Por una parte, no está claro el rol que juega la impulsividad en la cadena de riesgo suicida, ya que presenta asociación bivariada con todas las escalas psicológicas y la conducta suicida, pero su influencia deja de tener efecto significativo al asociarse a otras variables. Al respecto existen dos posibles explicaciones. Una relacionada con el instrumento de medida. Se utilizó el cuestionario de impulsividad de Baratt, el cual no está factorizado para la población. La mayoría de los estudios que muestran asociaciones entre impulsividad e intento de suicidio, se han realizado con componentes de la misma (Ghanem et al., 2013; Klonsky & May, 2010). La segunda es teórica; podría darse el caso de que en esta población, la impulsividad estaría indicando algún componente de vulnerabilidad psicológico inespecífico para problemas de salud mental. Al respecto, investigaciones recientes están explorando el rol de la agresividad impulsiva como rasgo asociado a intentos de suicidio y suicidio consumado (Wenzel & Beck, 2008).

En segundo lugar, en el modelo testeado la influencia del antecedente de intento de suicidio no tiene efectos directos en la predicción de una tentativa suicida; y sus efectos indirectos, si bien existen, no alcanzan significación estadística. Lo anterior es contradictorio al análisis de regresión logística múltiple sobre intento de suicidio realizado en el objetivo 2, que señalaba que el antecedente de intento suicida era una de las variables predictoras, junto a la ideación suicida y los síntomas depresivos. Es posible que en el análisis de sendero el efecto haya cambiado porque se utiliza una estimación WLSMV (mínimos cuadrados ponderados) que implica una regresión probit sobre la tentativa suicida, no logística.
En tercer lugar, el análisis de los efectos indirectos de la sintomatología depresiva indica que esta tiene tanto un efecto indirecto, que aumenta el riesgo suicida a través de la desesperanza e ideación suicida, como un efecto directo de supresión del riesgo -efecto negativo que también se presentó en la regresión logística multivariada de intento de suicidio. Al mismo nivel de ideación suicida, altos niveles de depresión disminuyen la probabilidad de cometer suicidio. En altos niveles de síntomas depresivos, la posibilidad de intento es menor. Lo anterior podría explicarse a través de este primer sendero melancólico con ideación suicida larvada y síntomas depresivos crónicos, pero de intensidad variable, mientras que el otro podría representar el estado de gravedad de un episodio depresivo severo en el cual los pacientes no tienen la suficiente energía para intentar suicidarse (Wenzel & Beck, 2009).

Finalmente, la mayoría de los efectos indirectos de los mecanismos psicológicos de riesgo encontrados pasan por la ideación suicida, teniendo esta preponderancia en el modelo como factor proximal del intento suicida. Debe tenerse presente que la ideación suicida forma parte de la conducta suicida, y que fue evaluada con una misma escala que contiene un ítem sobre intento suicida en el último año, por lo que es esperable una fuerte asociación entre ambas variables. Por otro lado, las diferencias en cifras de prevalencia de ideación suicida e intento de suicidio (Nock et al., 2008; Van Orden et al., 2005; Silva et al., 2014) muestran que son fenómenos distintos. Es necesario recordar que en esta muestra, la ideación suicida promedio del grupo de casos, corresponde a ideación suicida severa o persistente, por lo que sería mejor considerar que el factor proximal de intento de suicidio en pacientes de

---

6 El promedio de ideación suicida del grupo con intento de suicidio fue de 7.78 puntos, con un máximo posible de 9 puntos, mientras que el de los controles fue de 3.90 puntos.
salud mental es la ideación suicida severa. Tanto la teoría cognitiva del suicidio (Wenzel & Beck, 2008) como el modo suicida planteado por Rudd (2004) señalan que los intentos de suicidio o suicidios ocurren cuando la persona se encuentra en una crisis suicida, caracterizada por ideación suicida persistente con alto arousal fisiológico y malestar emocional, en el que se genera un proceso de visión de túnel, donde la única salida vista como posible es el suicidio, gatillando esta conducta.

4. Limitaciones

El estudio realizado presenta algunas limitaciones. En primer lugar, corresponde a un diseño retrospectivo en el que se comparó a usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado que habían realizado un intento de suicidio en los últimos doce meses con usuarios sin una tentativa suicida durante el último año.

Se desarrolló un estudio retrospectivo, lo que no permite establecer causalidad. Los diseños de casos y controles posibilitan establecer indicadores de riesgo en estudios transversales, los cuales, en caso de justificarse la anterioridad de la variable independiente y su influencia teórica sobre el resultado predicho, pueden considerase factores de riesgo. En este caso, aunque no pueda asumirse causalidad entre las condiciones clínicas y psicológicas propuestas como factores de riesgo y el intento suicida reciente, sí es posible considerarlas como factores influyentes en el aumento de riesgo suicida en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado. Los análisis de mediación y moderación conducidos para evaluar las hipótesis, y el modelo propuesto con análisis de sendero ayudan a esclarecer
estas asociaciones, y proponer mecanismos y cadenas de riesgo para intentos de suicidio en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado.

Dos de los instrumentos utilizados, la escala de Golberg (GHQ-12), utilizada para medir síntomas depresivos, y el cuestionario de impulsividad de Baratt, presentan características psicométricas que pueden haber limitado la evaluación apropiada de estas variables. La GHQ-12 ha sido criticada por incluir síntomas ansiosos junto a los depresivos en análisis factoriales (Romppel et al., 2013). En este sentido, un artículo reciente (Fried, Epskamp, Nesse, Tuerlinckx & Borsboom, 2016) señala que síntomas del espectro ansioso son comunes y relevantes en la configuración sintomática de pacientes diagnosticados con depresión, incluso tanto o más que algunos de los síntomas depresivos considerados nucleares. Por otra parte, como se señaló previamente, el cuestionario de impulsividad no contó con un análisis factorial que permitiera diferenciar la influencia específica de sus componentes en el riesgo de intento de suicidio.

Por último en relación a la evaluación de variables, los eventos vitales estresantes no fueron evaluados con una escala propiamente tal, y se empleó una suma de los eventos asociados con ideación e intento de suicidio para configurar la variable estrés vital del último año en los análisis multivariados. La evaluación del impacto del estrés psicosocial es siempre compleja en los estudios de salud mental (Rutter, 2006). La estrategia utilizada para evaluar estrés vital, intentó reflejar el aumento de riesgo agregado por más de un evento vital en el tiempo cercano al intento suicida.

Pese a tratarse de una investigación en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado, no se contó con una evaluación estandarizada de sus diagnósticos, por lo que
no se incluyeron en los análisis. En este sentido, directrices recientes en investigación en salud mental señalan que la evaluación de diagnósticos no es una condición necesaria para estudiar procesos psicopatológicos en pacientes (Casey et al., 2013; Hicke et al., 2013). De todas formas, es plausible que los senderos encontrados hacia el intento de suicidio pudieran haberse clarificado de mejor forma si se hubiera incluido diagnósticos en el modelo.

La última de las limitaciones observadas refiere a la composición de la muestra. El tamaño muestral impidió realizar análisis por género en los análisis multivariados. Las diferencias de género en conducta suicida son conocidas y relevantes de explorar. Algunas de las asociaciones encontradas, especialmente en relación a los eventos vitales estresantes, serían relevantes declarificar con pruebas diferenciadas para ambos sexos.

5. **Sugerencias de nuevas investigaciones**

Los resultados y limitaciones de este estudio orientan hacia el desarrollo de futuras investigaciones. En primer lugar, es necesario replicar el modelo explicativo de riesgo de intento de suicidio generado en este estudio, en una nueva muestra de usuarios de servicios de salud mental.

Varias de las limitaciones del estudio serían subsanadas con un estudio longitudinal. El seguimiento y la reevaluación de los participantes de un estudio siempre es complejo, más en una condición de riesgo como ésta. En este sentido, desarrollar investigación en usuarios de servicios de salud mental con riesgo suicida de forma asociativa a los equipos tratantes, es una alternativa que permitiría subsanar esta dificultad.
Avanzar en la comprensión de los mecanismos de riesgo y protección implicados en el riesgo suicida de usuarios de servicios de salud mental, sería favorecido por la incorporación de otros constructos relacionados. Dentro de las condiciones asociadas a riesgo específico de intento de suicidio se considera relevante estudiar la influencia de grupos diagnósticos y comportamientos, como el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, incluyendo los mismos fármacos prescritos en el tratamiento. En la línea de la protección, es posible explorar la influencia de variables contextuales como el apoyo social en general, y el familiar en específico. Otra de las variables que aparece como un moderador del riesgo suicida en esta población específica, son las razones para vivir, las cuales han sido estudiadas recientemente en nuestro país con resultados relevantes (Echávarri et al., 2015).

Finalmente, se considera necesario ampliar el estudio hacia investigación en intervenciones que modifiquen los mecanismos de riesgo detectados, estilos de afrontamiento y desesperanza. Considerando que la investigación en psicoterapia aún es escasa en nuestro país, se sugiere comenzar por estudios de carácter observacional que recojan la intervenciones realizadas habitualmente, evalúen su efectividad, y determinen los mecanismos psicológicos de los componentes terapéuticos implicados. Un segundo paso podría ser la adaptación y evaluación de intervenciones con evidencia para riesgo suicida, como la terapia cognitiva para el suicidio y la terapia conductual dialéctica, en población de usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado. Como se comentará en el punto siete, estas se relacionan de forma cercana a los resultados de este estudio.
6. Consideraciones finales

Los resultados obtenidos son de interés, pese a las limitaciones indicadas. En particular, debe destacarse que se buscó identificar características asociadas a intento suicida en usuarios de servicios de salud mental, lo que implica que los resultados obtenidos permiten identificar procesos más específicos asociados al riesgo de intento suicida. Los factores de riesgo de conducta suicida tienen inevitablemente una relación con los factores de riesgo de diversos trastornos mentales, y resulta de importancia reconocer que, aun comparando con usuarios de servicios de salud mental, algunos muestran capacidad discriminatoria.

Dado el propósito de identificar factores asociados a intento reciente, se optó asimismo por no excluir del grupo control a usuarios con antecedente de intento anterior a los doce meses. Ello acentúa la especificidad de las asociaciones encontradas, con el costo de que existe más superposición entre el grupo de intentadores recientes y el grupo control. Lo que también puede explicar que, en esta comparación, factores de riesgo habituales de riesgo suicida no hayan mostrado asociaciones significativas. Una porción relevante de los estudios de casos y controles excluyen del grupo control a participantes que tienen antecedente de intento suicida para evitar esta dificultad. Al respecto, consideramos que los estudios de psicología de la salud deben proponer modelos que se permitan explicar la complejidad real de los fenómenos en estudio. En este caso, el antecedente de intento suicida es una parte de la trayectoria de riesgo hacia nuevos intentos de suicidio y suicidio consumado en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado, por lo que debe ser estudiada y explicada. En promedio, el grupo de casos había realizado el intento suicida cinco meses previo a la medición, por lo que los procesos asociados a la tentativa suicida en estudio son más
cercanos -reflejando una crisis suicida reciente- que los de los controles que habían realizado un intento de suicidio alguna vez en su vida.

7. Conclusiones

Se realizó una investigación que evalúa los mecanismos psicológicos de intento de suicidio reciente en una población de alto riesgo, los usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado. De los estudios revisados, este es el primero en nuestro país que reporta factores psicológicos de riesgo suicida en este grupo etario. Los resultados señalan que condiciones clínicas como el antecedente de intento suicida, los síntomas depresivos y la ideación suicida aumentan el riesgo de intentos suicidas. Características psicológicas, como el afrontamiento emocional desadaptativo, la impulsividad y la desesperanza se asocian a mayor vulnerabilidad, mientras que el estilo de afrontamiento centrado en la tarea surge como un factor protector. Los eventos vitales estresantes separación o divorcio, problemas económicos graves y el ser víctima de violencia intrafamiliar actúan como factores de riesgo de intento de suicidio en el último año.

Aportando a la comprensión de los mecanismos implicados en el proceso de riesgo en usuarios de servicios de salud mental, los análisis de multivariados determinaron que existe un efecto de moderación del afrontamiento emocional desadaptativo en la influencia del estrés en los síntomas depresivos; lo que indica que los usuarios que utilizan esta estrategia en mayor medida sean más vulnerables al desarrollo de sintomatología depresiva frente al estrés. El afrontamiento centrado en la tarea moderó la relación entre estrés y la desesperanza, lo que implica que los consultantes de salud mental que se orientan al
afrontamiento activo de problemas, son protegidos de generar desesperanza en periodos de mayor estrés vital. La influencia de los síntomas depresivos en la ideación suicida es mediada por la desesperanza.

Con estas asociaciones se construyó un modelo explicativo del intento de suicidio reciente en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado. En este modelo, el antecedente de intento suicida constituiría un indicador de vulnerabilidad. En esta vulnerabilidad se incluyen estilos de funcionamiento psicológico caracterizados por impulsividad, tendencia al afrontamiento emocional desadaptativo y bajo uso de afrontamiento centrado en la tarea, los que propenderían a desarrollar afectividad negativa frente a condiciones adversas. Los síntomas depresivos marcarían el inicio del proceso psicopatológico que desencadenaría en ideación suicida a través de la desesperanza. La ideación suicida sería el factor proximal de riesgo suicida, por el que pasan los otros procesos de vulnerabilidad y psicopatología hacia el intento suicida en usuarios de servicios de salud mental.

Es posible concluir que el afrontamiento emocional desadaptativo, el afrontamiento centrado en la tarea y la desesperanza son mecanismos de riesgo que modulan la influencia del estrés vital y los síntomas depresivos en el intento suicida del último año en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado. La ideación suicida juega un rol relevante como factor de riesgo proximal al intento suicida.

Los resultados de este estudio tienen diversas implicancias y aplicaciones potenciales para la prevención del suicidio en nuestro país. En primer lugar, se han determinado factores de riesgo de intento suicida en usuarios de servicios de salud mental. En relación a la detección, el hallazgo de la incidencia de eventos vitales estresantes, como la separación, problemas
económicos graves y violencia intrafamiliar en el aumento de riesgo suicida, permitiría orientar la pesquisa de personas con riesgo suicida incipiente; por ejemplo, en atención primaria de salud. Hasta ahora, los esfuerzos para prevención del suicidio en adultos en Chile se han organizado en torno a la detección temprana y tratamiento de los problemas de salud mental que se asocian a este: depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, y abuso y dependencia de alcohol y otras drogas. Sin embargo, en las guías clínicas de estos programas de atención (MINSAL, 2009; MINSAL, 2013b, 2013c, 2013d), así como en las orientaciones técnicas específicas del programa de prevención del suicidio (MINSAL 2013a), no se orienta a la pesquisa activa de condiciones de riesgo psicosocial asociadas a suicidio, sino que a su tratamiento secundario y terciario una vez que ha ocurrido un intento (prevención indicada). Consideramos que la detección e intervención del riesgo agregado por eventos vitales estresantes en usuarios de atención primaria de salud, sería una útil estrategia de prevención selectiva. En la línea de acción indicada para el suicidio, sería favorable agregar en la intervención de personas con depresión en atención primaria y en el nivel especializado, componentes que favorezcan el uso de afrontamiento centrado en la tarea y disminuyan el afrontamiento emocional desadaptativo. Creemos que dotar al paciente de estrategias para enfrentar los problemas de su día a día, tendría efectos preventivos para el suicidio, pero además mejoraría su bienestar general. El desarrollo de intervenciones psicosociales para la resolución de problemas y distracción, son posibles de implementar por un abanico de profesionales más amplio y multidisciplinar en atención primaria, permitiendo concentrar los esfuerzos de prevención psicoterapéutica indicada en el profesional psicólogo.
Dentro de los factores de riesgo detectados, destaca el rol jugado por la ideación suicida grave en usuarios de servicios de salud mental. Si bien este es un componente de riesgo conocido por los clínicos (Wasserman et al., 2012), no es lo suficientemente relevado en las orientaciones chilenas de prevención del suicidio en adultos (MINSAL, 2013a). La ideación suicida severa actúa como el factor proximal de riesgo de intento, y habitualmente no es reportada por los pacientes en forma activa; por estos motivos, su evaluación continua en los controles de usuarios de servicios de salud mental que han presentado intentos debe ser una práctica habitual de prevención indicada (Fowler, 2012).

La presente tesis doctoral tenía como objetivo general determinar mecanismos de riesgo psicológico para intento suicida en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado, por lo que su principal implicancia se orienta a la intervención psicoterapéutica en este grupo de pacientes con alto riesgo suicida. Se detectó que el afrontamiento emocional desadaptativo y el centrado en la tarea tienen un rol modulador del riesgo suicida, por su lugar en la cadena que lleva a síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida frente a eventos de estrés vital. Esto orienta a mejorar los recursos de afrontamiento centrado en la tarea, por ejemplo, a través del entrenamiento en resolución de problemas. Al mismo tiempo, se debe disminuir la utilización de estrategias rumiativas o emocionales desadaptativas; para esto la psicología clínica dispone de técnicas como la detención del pensamiento, distracción o mindfulness. Por último, es relevante detectar y trabajar la desesperanza en pacientes con síntomas depresivos e ideación suicida activa o latente. En este sentido pueden ser útiles la reestructuración cognitiva o el fomento de las
razones para vivir, que orientan a una mayor esperanza y sentido de vida (Wasserman et al., 2012).

En relación a la prevención indicada a través de la psicoterapia, a nivel internacional ya se aplican dos protocolos eficaces para la reducción del riesgo suicida (Daigle et al., 2011): la terapia cognitiva para pacientes suicidas (Wenzel & Beck, 2009) y la terapia conductual dialéctica (Linehan & Dexter-Mazza, 2008). Ambos formatos de psicoterapia aplican estrategias de resolución de problemas - es decir, favorecen el afrontamiento centrado en la tarea-, interrumpen las tendencias rumiantivas, disminuyendo el afrontamiento emocional desadaptativo, y fomentan la esperanza. Comprender el lugar que ocupan los estilos de afrontamiento y la desesperanza en la cadena de riesgo suicida de usuarios adultos de servicios de salud mental de nuestro país puede favorecer el desarrollo de intervenciones breves para periodos de riesgo crítico, como el posterior a un intento suicida.
VII. REFERENCIAS


American Psychological Association (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington DC, USA: APA.


Ministerio de Salud, Chile (2009). *Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio se esquizofrenia*. Santiago, Chile: MINSAL.


ANEXOS
ANEXO I: Set de Instrumentos

I.1 Cuestionario Socio-Demográfico

<table>
<thead>
<tr>
<th>ID:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>F___</th>
<th>M___</th>
<th>Edad: ______ años</th>
<th>Fecha de hoy:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Sexo:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estado Civil:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Soltera/o</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Casada/o o conviviente</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Viuda/o</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Separada/o</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Escolaridad:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enseñanza básica incompleta</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enseñanza básica completa</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enseñanza media incompleta</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enseñanza media completa</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Superior</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Previsión:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FONASA Tramo A</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FONASA Tramo B</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FONASA Tramo C</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FONASA Tramo D</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Otro</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Inventario de Estrategias de Afrontamiento, versión breve, CISS-21

**Instrucciones:** Señale que tanto realiza estas actividades cuando enfrenta una situación difícil, problemática o estresante.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Casi nunca</th>
<th>Pocas veces</th>
<th>Algunas veces</th>
<th>Frecuentemente</th>
<th>Casi siempre</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Me enfoco en el problema y veo cómo lo puedo solucionar.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Me culpo por haberme involucrado en esta situación.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Siento ansiedad por no ser capaz de sobrellevar la situación.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Pienso en cómo resolví un problema similar a este.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21.</td>
<td>...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Instrucciones:** Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es un cuestionario para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa en distintas situaciones.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Raramente</th>
<th>Ocasionalmente</th>
<th>A menudo</th>
<th>Siempre o casi siempre</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Actúo impulsivamente.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Hago las cosas en el momento que se me ocurren.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Hago las cosas sin pensarlas.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Digo las cosas sin pensarlas.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Compro cosas impulsivamente.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Planifico para el futuro. Me interesa más el futuro que el presente.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Ahorro con regularidad.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>Pienso las cosas cuidadosamente.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>Me siento inquieto en clases o charlas.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>Se me hace difícil estar quieto por largos periodos.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>Me concentro con facilidad.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td>Soy una persona que piensa sin distraerse.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Cuestionario de Salud de Goldberg, GHQ-12

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Pregunta</th>
<th>Opciones</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 1.  | ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?                               | __ Mejor que lo habitual  
__ Igual que lo habitual  
__ Menos que lo habitual  
__ Mucho menos que lo habitual |
| 2.  | ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?                       | __ No, en absoluto  
__ No más que lo habitual  
__ Bastante más que lo habitual  
__ Mucho más que lo habitual |
| 3.  | ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?                     | __ Más que lo habitual  
__ Igual que lo habitual  
__ Menos que lo habitual  
__ Mucho menos que lo habitual |
| 4.  | ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?                                  | __ Más capaz que lo habitual  
__ Igual que lo habitual  
__ Menos capaz que lo habitual  
__ Mucho menos capaz que lo habitual |
| 5.  | ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?                       | __ No, en absoluto  
__ No más que lo habitual  
__ Bastante más que lo habitual  
__ Mucho más que lo habitual |
| 6.  | ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?                         | __ Más que lo habitual  
__ Igual que lo habitual  
__ Menos que lo habitual  
__ Mucho menos que lo habitual |
| 7.  | ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día?             | __ Más capaz que lo habitual  
__ Igual que lo habitual  
__ Menos capaz que lo habitual  
__ Mucho menos capaz que lo habitual |
| 8.  | ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?                            | __ Más capaz que lo habitual  
__ Igual que lo habitual  
__ Menos capaz que lo habitual  
__ Mucho menos capaz que lo habitual |
| 9.  | ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?                                    | __ No, en absoluto  
__ No más que lo habitual  
__ Bastante más que lo habitual  
__ Mucho más que lo habitual |
| 10. | ¿Ha perdido confianza en sí mismo?                                        | __ No, en absoluto  
__ No más que lo habitual  
__ Bastante más que lo habitual  
__ Mucho más que lo habitual |
| 11. | ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?                | __ No, en absoluto  
__ No más que lo habitual  
__ Bastante más que lo habitual  
__ Mucho más que lo habitual |
| 12. | ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?     | __ Más feliz que lo habitual  
__ Aproximadamente lo mismo que lo habitual  
__ Menos feliz que lo habitual  
__ Mucho menos feliz que lo habitual |
### Escala de desesperanza de Beck

**Instrucciones:** Marque verdadero o falso según la expresión que refleje más su realidad.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Verdadero</th>
<th>Falso</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de 10 años.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. El futuro aparece oscuro para mí.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. No espero conseguir lo que realmente quiero.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14. Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. Tengo gran confianza en el futuro.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17. Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. El futuro aparece vago e incierto para mí.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Escala de Suicidalidad de Okasha

Instrucciones: Lo invitamos respetuosamente a contestar las siguientes preguntas en relación a los últimos doce meses. Marque con una x en la casilla que corresponda.

<p>| | | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Nunca</td>
<td>Casi nunca</td>
<td>Algunas veces</td>
<td>Muchas veces</td>
</tr>
<tr>
<td>1. En los últimos doce meses ¿Ha pensado alguna vez que la vida no vale la pena?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. En los últimos doce meses ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?</td>
<td>Nunca</td>
<td>Casi nunca</td>
<td>Algunas veces</td>
<td>Muchas veces</td>
</tr>
<tr>
<td>3. En los últimos doce meses ¿Ha pensado alguna vez en terminar con tu vida?</td>
<td>Nunca</td>
<td>Casi nunca</td>
<td>Algunas veces</td>
<td>Muchas veces</td>
</tr>
<tr>
<td>4. En los últimos doce meses ¿Ha intentado suicidarse?</td>
<td>Nunca</td>
<td>Una vez</td>
<td>Dos veces</td>
<td>Tres o más veces</td>
</tr>
</tbody>
</table>
I.VII Encuesta de Eventos Vitales Estresantes

**Instrucciones:** En la vida, las personas a veces debemos enfrentar experiencias difíciles. Lo invitamos respetuosamente a contestar las siguientes preguntas en relación a los **últimos doce meses** (último año).

<table>
<thead>
<tr>
<th>En los últimos doce meses</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>¿Falleció alguien importante para usted (pareja, hija/o, padres, hermana(o, mejor amigo/a)?</td>
<td>Sí___ No___</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Ha sufrido una enfermedad o accidente grave?</td>
<td>Sí___ No___</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Alguien importante para usted (pareja, hija/o, padres, hermana(o, mejor amigo/a) ha sufrido una enfermedad o accidente grave?</td>
<td>Sí___ No___</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Se ha separado o divorciado?</td>
<td>Sí___ No___</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Ha tenido dificultades económicas graves (cobranza judicial, embargo, pérdida vivienda, dejar de estudiar ud. o sus hijos)?</td>
<td>Sí___ No___</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Perdió su empleo?</td>
<td>Sí___ No___</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Tuvo problemas con la justicia (demanda, juicio, detención)?</td>
<td>Sí___ No___</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Sufrió violencia intrafamiliar?</td>
<td>Sí___ No___</td>
</tr>
<tr>
<td>¿Fue abusada/o sexualmente o violada/o?</td>
<td>Sí___ No___</td>
</tr>
<tr>
<td>Alguna otra experiencia no señalada en la lista. Indique cual:</td>
<td>Sí___ No___</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ANEXO II: Consentimiento Informado

FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Estimado Usuario(a):

Carolina Inostroza Rovegno, del Doctorado en Psicología de la Universidad de Concepción, está realizando el estudio: Factores de riesgo psicosociales de Intento suicida en Adultos de la Provincia de Concepción. Esta tiene por objetivo identificar aspectos relacionados con problemas de salud mental e intenso de suicidio en adultos. Esperamos que sus resultados ayuden a mejorar las intervenciones en salud mental y a prevenir el suicidio.

Su participación es voluntaria y consiste en la disponibilidad para responder unos cuestionarios por una sola vez. La información que usted nos proporcione será tratada de forma confidencial y nos ayudará a comprender mejor el problema del suicidio y avanzar en su prevención.

El que la (lo) hayamos escogido no significa que usted tiene riesgo suicida sino que estamos entrevistando a distintos usuarios de centros de salud de la zona.

De aceptar le rogamos firmar este documento que detalla las condiciones de su participación.

Acta de consentimiento

Proyecto: Factores de riesgo psicosociales de Intento suicida en Adultos de la Provincia de Concepción.

Acepto participar en el estudio descrito, entendiendo que éste cumple las características que han sido reseñadas y sobre la base de las siguientes condiciones adicionales:

- Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por D. Carolina Inostroza Rovegno. RUT 14.534.096-9, Teléfonos: (41) 2204301 y (41) 2204323, mail: carolinostroza@udec.cl
- Podré dejar de contestar los cuestionarios en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello perjudique las atenciones que pueda recibir y/o solicitar al centro de salud.
- Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y estos datos personales permanecerán en forma confidencial.
- No hay riesgos en este estudio para mí.
- Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado(a) u obligado(a).

YO, ____________________________________________ (nombre)

RUT: _______________________, comprendo la información que se me entregó, conozco los objetivos del estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

En atención a estas consideraciones, libremente (Marque la que corresponda)

YO ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO [ ]

YO NO ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO [ ]

FIRMA

Usted debe quedarse con una copia de este formulario
ANEXO III: Tablas de regresión múltiple jerárquica con moderación

Tabla I

**Coeficientes de regresión múltiple jerárquica sobre depresión**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>B modelo 1</th>
<th>B modelo 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Constante</td>
<td>0.001</td>
<td>0.032</td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad</td>
<td>0.143</td>
<td>0.176</td>
</tr>
<tr>
<td>A.E.Desadaptativo</td>
<td>0.253</td>
<td>* 0.231</td>
</tr>
<tr>
<td>A. Tarea</td>
<td>-0.270</td>
<td>* -0.254</td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad X A.E.Desadaptativo</td>
<td>-</td>
<td>-0.137</td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad X A. Tarea</td>
<td>-</td>
<td>-0.004</td>
</tr>
<tr>
<td>$R^2$</td>
<td>0.248*</td>
<td>0.265*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$Dm(2, 711907.52)=2,p=0.19.$  

*p< 0.05; **p< 0.01; ***p< 0.001

Tabla II

**Coeficientes de regresión múltiple jerárquica sobre desesperanza**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>B modelo 1</th>
<th>B modelo 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Constante</td>
<td>0.001</td>
<td>0.091</td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad</td>
<td>0.171</td>
<td>0.233</td>
</tr>
<tr>
<td>A.E.Desadaptativo</td>
<td>0.137</td>
<td>0.106</td>
</tr>
<tr>
<td>A. Tarea</td>
<td>-0.245</td>
<td>* -0.233</td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad X A.E.Desadaptativo</td>
<td>-</td>
<td>-0.118</td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad X A. Tarea</td>
<td>-</td>
<td>0.124</td>
</tr>
<tr>
<td>$R^2$</td>
<td>0.180*</td>
<td>0.209*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$Dm(2, 25164078.84)=3,p=0.071.$

*p< 0.05; **p< 0.01; ***p< 0.001
### Tabla III

*Coeficientes de regresión múltiple jerárquica sobre ideación suicida*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>B modelo 1</th>
<th>B modelo 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Constante</td>
<td>0.000</td>
<td>0.020</td>
</tr>
<tr>
<td>Síntomas Depresivos</td>
<td>0.288 *</td>
<td>0.266 *</td>
</tr>
<tr>
<td>Desesperanza</td>
<td>0.359 *</td>
<td>0.401 *</td>
</tr>
<tr>
<td>Impulsividad</td>
<td>0.124</td>
<td>0.108</td>
</tr>
<tr>
<td>Síntomas Depresivos x Impulsividad</td>
<td>-</td>
<td>0.127</td>
</tr>
<tr>
<td>Desesperanza x Impulsividad</td>
<td>-</td>
<td>-0.192</td>
</tr>
<tr>
<td>$R^2$</td>
<td>0.426*</td>
<td>0.439*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$Dm(2, 1876104.13)=2 , p=0.166.$

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001

### Tabla IV

*Coeficientes de regresión múltiple jerárquica sobre ideación suicida*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>B modelo 1</th>
<th>B modelo 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Constante</td>
<td>-0.337 *</td>
<td>-0.339 *</td>
</tr>
<tr>
<td>Estrés</td>
<td>0.305 *</td>
<td>0.305 *</td>
</tr>
<tr>
<td>A.E. Desadaptativo</td>
<td>0.241 *</td>
<td>0.195 *</td>
</tr>
<tr>
<td>A. Tarea</td>
<td>-0.358 *</td>
<td>-0.343 *</td>
</tr>
<tr>
<td>Estrés x A. E. Desadaptativo</td>
<td>-</td>
<td>0.046</td>
</tr>
<tr>
<td>Estrés x A. Tarea</td>
<td>-</td>
<td>-0.013</td>
</tr>
<tr>
<td>$R^2$</td>
<td>0.338*</td>
<td>0.340*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$Dm(2, Inf)=0 , p=0.749$

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001
Tabla V

*Coeficientes de regresión múltiple jerárquica sobre ideación suicida*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>B modelo 1</th>
<th>B modelo 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Constante</td>
<td>0.000</td>
<td>0.050</td>
</tr>
<tr>
<td>Desesperanza</td>
<td>0.381</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Síntomas Depresivos</td>
<td>0.315</td>
<td>*</td>
</tr>
<tr>
<td>Desesperanza X Síntomas Depresivos</td>
<td></td>
<td>-0.071</td>
</tr>
<tr>
<td>R²</td>
<td>0.412*</td>
<td>0.416*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Dm(1, Inf)=1,p=0.32

*p< 0.05; **p< 0.01; ***p< 0.001*
ANEXO IV: Estudios preliminares

IV.1 Estudio Preliminar 1: Propiedades Psicométricas del Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes, versión breve (CISS-21), en población chilena.
RESUMEN

Se examinan las propiedades psicométricas del Inventario de Afrontamiento a Situaciones Estresantes versión breve (CISS-21) en una muestra chilena de población general y clínica.

Método: 238 participantes (144 mujeres y 94 hombres) con edad promedio de 28,92 años (DE=11,86; rango 18-65) respondieron los cuestionarios CISS-21, GHQ-12 y escala de rumiación negativa.

Resultados: Análisis factorial exploratorio obtuvo 4 factores: afrontamiento emocional desadaptativo, afrontamiento centrado en la tarea, búsqueda de apoyo social y distracción.

Los índices de consistencia interna son adecuados. Afrontamiento centrado en la tarea correlacionó negativamente con sintomatología depresiva y rumiación negativa; afrontamiento emocional desadaptativo presentó un patrón de asociación inverso.

Conclusiones: La solución factorial es similar a la versión original del instrumento. Las asociaciones encontradas aportan datos de validez de criterio concurrente. Aun cuando son resultados que requieren corroborarse en muestras más amplias, indican que el CISS-21 en las poblaciones estudiadas es un instrumento adecuado para evaluar afrontamiento.

Palabras claves: estilos de afrontamiento, cuestionario, propiedades psicométricas.

---

8 Inostroza, C. & Cova, S. Propiedades Psicométricas del Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes, versión breve (CISS-21), en población chilena (Artículo sometido a revisión para su publicación).
ABSTRACT

Psychometric properties for Coping Inventory for Stressful Situations, short version (CISS-21) in Spanish were assessed in a Chilean sample from general and clinical population.

Method: 238 participants (144 women and 94 men; age: 28.92 years; SD:11.82) answered the CISS-21, GHQ-12 questionnaires and negative rumination scale (RRS).

Results: 4 factors were obtained through exploratory factor analysis: Maladaptive emotion oriented coping, task oriented coping, social support coping and distraction. Internal consistency indices are adequate. Task oriented coping negatively correlated with depressive symptoms and negative rumination; maladaptive emotion oriented coping was positively associated with depressive symptoms and negative rumination.

Conclusions: Exploratory factorial solution obtained is similar to the original version of the instrument. Associations found provide support for criterion validity. Results indicate that CISS-21 is an adequate instrument to assess coping strategies in the population studied. Although, additional research is needed to corroborate this results on larger samples.

Keywords: coping styles, questionnaire, psychometric properties.
INTRODUCCIÓN

El modelo transaccional de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) definió afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales empleados por el individuo para lidiar con demandas surgidas su interacción con el ambiente, contexto que configuran el estrés. La forma en que las personas afrontan el estrés tiene efectos a corto plazo en su malestar o bienestar emocional, como también a largo plazo en su salud física y mental (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). Para Lazarus y Folkman (1984), cada persona utiliza distintas estrategias de afrontamiento de acuerdo a la evaluación que hace de la demanda externa y de sus recursos en diversos momentos. Estudios posteriores han destacado la multideterminación de este proceso por factores disposicionales, la naturaleza de la demanda, procesos deliberados y automáticos de evaluación, características de la situación, entre otros (Folkman & Moskowitz, 2004).

El modelo transaccional distinguió originalmente dos estrategias generales de afrontamiento: estrategias centradas en la tarea o problema –denominadas también activas-, cuyo objetivo es resolver la situación problemática, y estrategias de afrontamiento centradas en la emoción –también conocidas como evitativas, las cuales buscan regular las emociones displacenteras que surgen en el proceso de estrés (Lazarus & Folkman, 1984). Diversos otros intentos de tipificación se han desarrollado. Tanto el apoyo social y la búsqueda de sentido o reestructuración cognitiva positiva han aparecido como estilos de afrontamiento recurrentemente identificados (Folkman & Moskowitz, 2004).

La evaluación de los estilos de afrontamiento se ha realizado fundamente a través de cuestionarios de autoinformes. A nivel internacional, los cuestionarios más utilizados y estudiados son: Ways of Coping de Folkman & Lazarus, COPE de Carver et al., Coping Response’s Inventory de Moos, Coping Strategy Indicator de Amirkhan y Coping Inventory for Stressful Situations de Endler y Parker (Folkman & Moskowitz, 2004; Frydenberg, 2014).

En nuestra región, se han empleado diversos cuestionarios (De Andrés Jiménez & Limiñana Gras, 2014; Fernández Liporace, Contini de González, Ongarato, Saavedra & Iglesia, 2009; Ramón, Krikorian & Palacio, 2015), pero aun no hay un instrumento que haya logrado un
El propósito del presente estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de una versión breve del Inventario de Afrontamiento a Situaciones Estresantes (Endler & Parker, 1999; Sánchez-Elvira, 1997) en una muestra de adultos chilenos consultantes de salud mental y población general. Endler y Parker (1990, 1999) elaboraron el Inventario de Afrontamiento a Situaciones Estresantes (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS) a partir del supuesto de que el afrontamiento debía ser concebido en forma multidimensional, por sobre las estrategias básicas de primer orden (Endler & Parker, 1990; 1994; Parker & Endler, 1992). A partir de análisis factoriales de diversos reactivos identificaron tres grandes dimensiones o estilos de afrontamiento: estrategias de afrontamiento centradas en la tarea o problema, estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y estrategias de afrontamiento evitativas (Endler & Parker, 1990; Parker & Endler, 1992). Las dos primeras son equivalentes a las planteadas originalmente por Lazarus y Folkman (1984); el afrontamiento evitativo incluye estrategias tendientes a evitar o distanciarse de la situación estresante realizando actividades de diversa índole (Endler & Parker, 1990; Parker & Endler, 1992). Versiones posteriores del instrumento mostraron la conveniencia de diferenciar el afrontamiento evitativo en dos aspectos: distracción y búsqueda de diversión social (Endler & Parker, 1994, 1999).

El CISS original contiene 48 ítems, y ha mostrado buenos indicadores de ajuste factorial, consistencia interna y validez convergente, tanto en su versión original en inglés (Cosway, Endler, Sadler & Deary, 2000; Endler & Parker, 1990, 1994, 1999; McWilliams, Cox & Enns, 2003), como en traducciones a otros idiomas (Rafnsson, Smari, Windle, Mears & Endler, 2006; Watanabe, Yokoyama & Furukawa, 2015). El CISS-48 ha sido utilizado en variados estudios sobre afrontamiento en población general (Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006; De Fazio et al., 2016; Gouvernet, Mouchard & Combaluzier, 2015; Higgins & Endler, 1995; Parker, Taylor & Bagby, 1998) y con problemas de salud específicos (Hurt et al., 2011; Matsushita et al., 2007; Naquin & Gilbert, 1996), incluyendo consultantes de salud mental (Jung et al., 2011; McWilliams, Cox & Enns, 2003; Morin, Rodriguez & Ivers, 2003; Uehara,
Dada la utilidad de contar con versiones breves para evaluar afrontamiento, se ha desarrollado una versión de 21 ítems, CISS-21 (Endler & Parker, 1999). Esta versión ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas (Boysan, 2012; Cohan et al., 2006; Endler & Parker, 1999; Pisanti et al., 2015), y ha sido usada en estudios previos (Calsbeek, Rijken, Bekkers, Van Berge Henegouwen & Dekker, 2006; De Maeyer, Vanderfaeillie, Robberechts, Vanschoonlandt & Van Holen, 2015; Smith, Saklofske, Keefer & Tremblay, 2015). No se cuenta hasta el momento con una versión en español. El propósito del presente estudio fue evaluar la estructura factorial y consistencia interna, así como aportar datos sobre la validez convergente, de una versión traducida al español de la CISS-21 en una muestra combinada de adultos chilenos consultantes de salud mental y población general.

**MÉTODO**

**PARTICIPANTES**

El muestro fue intencionado. Se obtuvieron dos muestras complementarias: la primera conformada por 112 consultantes adultos de salud mental de nivel primario y secundario (74 mujeres y 38 hombres) con una edad promedio de 33,14 años (DS= 13,72; rango 18-65); la segunda correspondió a 126 adultos de población general, incluyendo estudiantes universitarios y trabajadores (70 mujeres y 56 hombres) con una edad promedio de 26,00 años (DS= 9,47; rango 18 a 59). Se obtuvo así un tamaño muestral combinado de 238 participantes (144 mujeres y 94 hombres) con una edad promedio de 28,92 años (DE=11,86; rango 18-65). No hubo diferencia significativa en edad entre hombres y mujeres (M=27,30; DE=12,15; M=29,99; DE=11,55; F(1,236) =1,692; p=0,089). Para la mayoría de los análisis...
ambas muestras fueron fusionadas. Todos los participantes fueron invitados al estudio mediante protocolo de consentimiento informado.

**INSTRUMENTOS**

**Inventario de Afrontamiento a Situaciones Estresantes, versión breve, CISS-21** (Cohan et al., 2006; Endler & Parker, 1999).

Diseñado para evaluar tres dimensiones de afrontamiento en circunstancias estresantes: afrontamiento centrado en la tarea, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento evitativo (Endler & Parker, 1999). El instrumento original (CISS) consta de 48 ítems con formato de cinco alternativas de respuesta que van desde "casi nunca" (1 punto) a "casi siempre" (5 puntos), reflejando el grado de utilización de la estrategia frente a una situación estresante. Un ejemplo de ítem para el afrontamiento centrado en la tarea es "Me enfoco en el problema y veo cómo lo puedo solucionar". Análisis factoriales confirmatorios del CISS-48 obtienen buenos indicadores de ajuste tanto del modelo de tres factores original como de un modelo de cuatro factores que diferencia el afrontamiento evitativo en distracción y búsqueda de diversión social (Cosway et al., 2000; Endler & Parker, 1990, 1994, 1999; McWilliams et al., 2003).

La versión breve del instrumento (CISS-21) contiene 21 reactivos con las mismas alternativas de respuesta y dimensiones, existiendo la versión original en inglés (Cohan et al., 2006; Endler & Parker, 1999) y recientes traducciones al turco (Boysan, 2012) e italiano (Pisanti et al., 2015). En relación a su estructura factorial, la versión turca presenta una solución con tres factores (Boysan, 2012), mientras que la original estadounidense (Cohan et al., 2006) y adaptación italiana (Pisanti et al., 2015) obtienen mejores indicadores de ajuste con el modelo de cuatro factores (excluye el ítem 1 "Me tomó un tiempo libre y me alejó de la situación" por no cargar en ningún factor). Las consistencias internas reportadas van de alpha de Cronbach 0,61 a 0,88 para las distintas subescalas, siendo menores para la subescala de distracción (Boysan, 2012; Cohan et al., 2006; Endler & Parker, 1999; Pisanti et al., 2015). Respecto a su validez convergente, la escala de afrontamiento centrado en la tarea se asocia positivamente a afectividad positiva, y negativamente con ansiedad, depresión y neuroticismo; en cambio, la escala de afrontamiento centrado en la emoción se asocia
positivamente con ansiedad, depresión y afectividad negativa, y negativamente con extraversion (Cohan et al., 2006; Boysan, 2012).

**Cuestionario de Salud de Goldberg, (GHQ-12) (Goldberg & Williams, 1988).**

Instrumento auto-administrado diseñado para detectar posibles casos de trastornos mentales comunes. La versión de 12 ítems utilizada en este estudio se centra fundamentalmente en sintomatología depresiva (Rompell et al., 2013). Sus reactivos miden nivel de malestar afectivo durante las últimas semanas. Por ejemplo: "¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?", con cuatro posibilidades de respuesta que van de "mejor que lo habitual" (0 puntos) a "mucho menos que lo habitual" (3 puntos). El puntaje total va de 0 a 36 puntos, en el que a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva.

Estudios de sus propiedades psicométricas han establecido consistencias internas por alpha de Cronbach de 0,86 en población española (Rocha et al, 2011) y 0,90 en población chilena (Garmendia, 2007). En relación a su estructura factorial, análisis exploratorios de componentes principales determinaron que la composición de un factor representa un 73% de la variabilidad del instrumento, agrupando los síntomas depresivos (Rocha et al, 2011). Análisis factoriales confirmatorios apoyan la estructura de un factor (Rompell et al., 2013).

Respecto a su validez de criterio convergente, la GHQ-12 presentó relación significativa con la autopercepción de depresión, ansiedad y trastorno mental en población general española (Rocha et al, 2011).

**Escala de Rumiación Negativa (RRS) (Treynor et al., 2003, Cova, Rincón & Melipillán, 2007).**

Escala de autoinforme diseñada para evaluar la tendencia de las personas a focalizar su atención y pensamientos reiterativamente en el malestar emocional que se experimente. La Rumiación negativa alude específicamente a la focalización en este malestar de modo pasivo y autoculpabilizante. La rumiaciòn negativa ha sido identificada consistentemente como un componente particularmente perjudical de la rumiación y diferenciado de otras formas de pensamiento reiterativo como la reflexión (Treynor et al., 2003). Consta de 5 ítems frente a los que el individuo contesta qué tan frecuentemente realiza ciertas conductas cuando se encuentra bajoneado, triste o deprimido con cuatro alternativas de respuesta desde "casi nunca o nunca" (0 puntos) a "siempre o casi siempre" (3 puntos). En población adolescente
chilena esta escala ha mostrado propiedades psicométricas análogas a las originales (Cova et al., 2007).

**PROCEDIMIENTO**
La versión en español del Inventario de Afrontamiento a Situaciones Estresantes versión breve (CISS-21) evaluado en este estudio, se construyó seleccionando los 21 ítems de la versión breve en inglés (Cohan et al., 2006; Endler & Parker, 1999) desde la adaptación en español del cuestionario CISS-48 (Sanchéz-Elvira, 1997). Se realizó una prueba piloto con 30 estudiantes de psicología y 10 adultos de población general en la cual los participantes eran encuestados sobre la facilidad de comprensión y adecuación de los ítems. A partir de ello, se realizaron adecuaciones de formato de respuesta para hacerlo más sencillo y leves correcciones a la redacción de algunos ítems. La aplicación del set de instrumentos definitivo a los participantes se realizó en el segundo semestre del año 2012. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Concepción. El reclutamiento y aplicación de cuestionarios la realizaron estudiantes de psicología de últimos años, debidamente capacitados. Los participantes fueron invitados al estudio de forma voluntaria. Se aplicó protocolo de consentimiento informado, donde se explicaban los objetivos del estudio, las características de su participación, y se garantizaba la voluntariedad y el anonimato del proceso. La aplicación de los cuestionarios se realizó de forma individual y auto-administrada, en un espacio privado.

**Análisis de datos**
Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics 21.0 para Windows. Se evaluó la normalidad de la distribución de las variables y presencia de valores atípicos. Se utilizó un nivel de significación de p<0,05.

No identificamos ninguna publicación anterior de propiedades psicométricas del inventario CISS-21 en español. Dado ello, y considerando que estudios previos, en otros idiomas, presentan soluciones de tres y cuatro factores (Boysan, 2012; Cohan et al., 2006; Pisanti et al., 2015), se optó por realizar un análisis factorial exploratorio de la escala con extracción de ejes principales y rotación oblicua. La consistencia interna se estimó a través del estadístico alpha de Cronbach de las escalas. Para obtener datos de validez de criterio (convergente) se
correlacionó, mediante coeficiente producto-momento de Pearson, las subescalas de la CISS-21 con los puntajes de la escala de Salud General de Golberg GHQ-12 para la muestra combinada; y la subescala de Afrontamiento centrado en la emoción con la escala de Rumiación negativa en la muestra de población general.

RESULTADOS

Análisis Factorial
El estadístico de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,78, y la prueba de esfericidad de Bartlett $\chi^2(210)=1423,65; p<0,001$ corroboraron la factibilidad de analizar factorialmente la muestra. Los resultados de ambos estadísticas fueron satisfactorios. Se estimó el número de factores a extraer mediante la combinación de tres criterios: 1) criterio de Kaiser Guttman, 2) análisis del gráfico de sedimentación y 3) análisis del paralelo de Horn con 5000 muestras (Hair et al., 2010; Izquierdo et al., 2014). El seguimiento estricto del criterio de Kaiser Guttman orientaba a la extracción de cinco factores (factor 5 presentaba un autovalor de 1.03), pero la combinación con los otros criterios orientaba a la extracción de cuatro factores. Se probaron ambas soluciones, utilizando una extracción mediante ejes principales y rotación Oblimin directa, puesto que existe una asociación teórica y empírica entre las dimensiones de afrontamiento (Folkman & Moskowitz, 2004). Al analizar la solución de cinco factores se detectó que ninguno de los ítems del quinto factor presentaba comunalidades mayores a 0,30, ni una estructura teórica coherente, por lo que se optó por evaluar la segunda solución. Esta solución presenta cuatro factores que explican el 44.93%% de la varianza total de los ítems: el primero, denominado Afrontamiento centrado en la tarea contiene siete reactivos; el segundo, Afrontamiento emocional desadaptativo incluye siete ítems; el tercero, Distracción que incluye tres reactivos; y un cuarto, denominado Búsqueda de apoyo social, el cual también abarca tres ítems. Sólo el ítem 1 "Me tomó un tiempo libre y me alejó de la situación" no presentó una carga factorial mayor a 0,30 en ninguno de los factores, por lo que se excluyó de la matriz (Hair et al., 2010). La estructura factorial es similar a la obtenida en estudios previos del instrumento. La Tabla 1
presenta la matriz de configuración con las cargas factoriales rotadas del instrumento CISS-21 de la solución de cuatro factores.

Tabla 1
Cargas factoriales para las subescalas del CISS-21 (N=238).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ítem abreviado</th>
<th>Factor</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>A. centrado en la tarea</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Me enfoco en el problema</td>
<td>0,71</td>
</tr>
<tr>
<td>16. Reflexiono sobre el evento y aprendo</td>
<td>0,65</td>
</tr>
<tr>
<td>13. Hago cosas para corregirlo</td>
<td>0,63</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Me esfuerzo por entender la situación</td>
<td>0,61</td>
</tr>
<tr>
<td>19. Analizo el problema</td>
<td>0,55</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Armo un plan de acción</td>
<td>0,51</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Pienso en soluciones de problemas</td>
<td>0,42</td>
</tr>
<tr>
<td>17. Deseo poder cambiar lo sucedido</td>
<td>0,69</td>
</tr>
<tr>
<td>14. Me culpo por no saber qué hacer</td>
<td>0,66</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Me culpo por ser emocional</td>
<td>0,66</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Me culpo por involucrarme</td>
<td>0,65</td>
</tr>
<tr>
<td>12. Siento mucha tensión</td>
<td>0,63</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Me preocupo por no poder enfrentarlo</td>
<td>0,57</td>
</tr>
<tr>
<td>20. Me enfoco en mis defectos</td>
<td>0,52</td>
</tr>
<tr>
<td>21. Llamo a un amigo</td>
<td>0,83</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Visito a un amigo</td>
<td>0,82</td>
</tr>
<tr>
<td>15. Paso tiempo con alguien especial</td>
<td>0,43</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Me consuelo con algo rico</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. Salgo a comer</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Me compro algo</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fiabilidad

Una vez determinadas las subescalas de la versión breve del CISS, se procedió a la estimación de sus estadísticos descriptivos y análisis de fiabilidad, así como a las de las otras medidas utilizadas en el estudio. La tabla 2 presenta los puntajes promedio, desviaciones estándar y consistencias internas del Cuestionario de Salud de Golberg, subescala de Rumiación Negativa de la RRS y las 4 subescalas de la CISS-21. Los valores alfa de Cronbach variaron de 0,64 para el factor Distracción de la CISS-21 en población general a 0,82 en el factor Afrontamiento emocional desadaptativo.
### Tabla 2

**Puntajes promedio, desviación estándar y consistencia interna de las escalas del estudio para las muestras de población clínica y población general (N=238)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Escala</th>
<th>Población General</th>
<th>Muestra Clínica</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>M (DE)</td>
<td>A</td>
<td>M (DE)</td>
</tr>
<tr>
<td>A. Centrado en la tarea&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</td>
<td>25,4 (4,6)</td>
<td>0,76</td>
<td>23,3 (5,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>A. Emocional desadaptativo&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</td>
<td>19,0 (6,0)</td>
<td>0,82</td>
<td>23,5 (6,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>A. Búsqueda apoyo social&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</td>
<td>8,1 (2,9)</td>
<td>0,66</td>
<td>7,9 (3,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>A. Distracción&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</td>
<td>6,7 (2,8)</td>
<td>0,64</td>
<td>7,1 (3,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>GHQ-12</td>
<td>10,6 (5,0)</td>
<td>0,83</td>
<td>15,9 (8,0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Rumiación Negativa&lt;sup&gt;b,c&lt;/sup&gt;</td>
<td>5,2 (3,1)</td>
<td>0,76</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<sup>a</sup> CISS-21, <sup>b</sup> RRS, <sup>c</sup> N=126

#### Validez de criterio convergente

Como evidencia de validez de criterio convergente se correlacionó los factores de la CISS-21 entre sí, y con la escala de salud de Golberg para evaluar síntomas depresivos y la subescala Rumiación negativa de la RRS (esto último sólo en la muestra de población general). Se esperaba que el factor Afrontamiento centrado en la tarea se asociará negativamente a Síntomas depresivos, y que el factor Afrontamiento emocional desadaptativo se relacionará de forma directa con Síntomas depresivos y Rumiación negativa.
La Tabla 3 muestra las correlaciones producto-momento de Pearson entre las escalas evaluadas. Es posible observar que el afrontamiento centrado en la tarea se relaciona de forma directa con Búsqueda de apoyo social (r=0,16, p<0,05), e inversamente con Afrontamiento emocional desadaptativo (r=-0,23, p<0,01), Síntomas depresivos (r=-0,42, p<0,01) y Rumiación negativa (r=-0,30, p<0,01). Se presenta una asociación positiva entre el Afrontamiento emocional desadaptativo con Distracción (r=0,18, p<0,01), Síntomas depresivos (r=0,53, p<0,01) y Rumiación negativa (r=0,72, p<0,01). Finalmente, la Búsqueda de apoyo social se encuentra correlacionada positivamente con Distracción (r=0,16, p<0,05) y negativamente con Síntomas depresivos (r=-0,20, p<0,01).

**DISCUSIÓN**

Dada su relevancia en la comprensión y prevención de problemas de salud relacionados al estrés, el afrontamiento es un constructo con amplia investigación en psicología a nivel internacional (Folkman & Moskowitz, 2004; Frydenberg, 2014). Sin embargo, en español, existen pocos instrumentos para evaluar afrontamiento que se haya probado que presenten propiedades psicométricas adecuadas (Quiroz et al., 2013). La utilización de instrumentos de uso internacional, adaptados al español, favorece la comparación y agregación de evidencias.
con estudios internacionales. En la investigación en psicología, especialmente en el campo de la salud mental, es útil contar con instrumentos adecuados para la población general y clínica de formatos breves, que faciliten su uso. En el presente estudio se han estudiado la estructura factorial, fiabilidad y evidencias de validez de criterio concurrente de una versión breve en español del Inventario a Situaciones Estresantes de Endler & Parker (1999; Cohan et al., 2006) en población general y clínica chilena.

La solución factorial obtenida genera una estructura de cuatro factores del afrontamiento que explicarían un 44.93% de la varianza total de los ítems (ver tabla 1 para los nombres abreviados de los ítems de cada factor). Al analizar los ítems y la literatura sobre afrontamiento, se decidió modificar los nombres de dos subescalas del CISS-21. El factor conocido tradicionalmente como afrontamiento orientado a la emoción lo denominamos afrontamiento emocional desadaptativo para distinguirlo de otras formas de procesamiento emocional frente al estrés que tienen resultados benevolentes para la persona, como los descritos y desarrollados por la psicología positiva en la última década (Folkman & Moskowitz, 2004; Frydenberg, 2014; Hervás & Vázquéz, 2006). Del mismo modo, se decidió nombrar al cuarto factor como búsqueda de apoyo social en vez de distracción social puesto que la estrategia recoge aspectos de este tipo de afrontamiento que no era reconocido en los años que se construyó el CISS (Endler & Parker, 1990, 1994), pero que hoy forman parte de las dimensiones con relevancia y apoyo empírico en la investigación en el área (Folkman & Moskowitz, 2004). De este modo, la versión del CISS-21 para población chilena estaría conformada por los factores: Afrontamiento centrado en la tarea, Afrontamiento emocional desadaptativo, Búsqueda de apoyo social y Distracción. Si bien el contar con grandes estilos de afrontamiento que incluyan sólo estrategias de primer orden puede ser útil para comparar estudios, existen situaciones donde las distinciones son relevantes. Este es el caso de las estrategias denominadas centradas en la emoción o evitativas, en las cuales puede ser útil distinguir aquellas más desadaptativas, como culparse (Afrontamiento emocional desadaptativo), de aquellas que distancian de la situación, disminuyendo el malestar, como la Distracción (Folkman & Moskowitz, 2004).

La solución factorial obtenida es equivalente a la propuesta por los autores desde su modelo dimensional de afrontamiento (Endler & Parker 1994, 1999) y a la encontrada en estudios de
la estructura del CISS-21 mediante análisis factorial confirmatorio (Cohan et al., 2006; Pisanti et al., 2015). Al igual que en estas investigaciones, el ítem 1 "Me tomó un tiempo libre y me alejó de la situación" no cargó en ningún factor. Al analizar el contenido de este reactivo se puede apreciar que se refiere a una estrategia evitativa, que si bien podría considerarse distracción, es cualitativamente distinta a los tres ítems del factor distracción del CISS-21 que se orientan a distracción mediante compras o actividades concretas. En relación a esto, la solución factorial de la versión turca del CISS-21 (Boysan, 2012), considera tres factores, agrupando distracción y búsqueda de apoyo social en un factor equivalente a la dimensión de segundo orden evitación; factor que si incorpora el ítem 1. Al observar las comunalidades encontradas, es relevante señalar que los factores Afrontamiento centrado en la tarea, Afrontamiento emocional desadaptativo y Búsqueda de apoyo social presentan comunalidades superiores a 0,40 de todos los reactivos en su factor correspondiente; mientras que en el factor Distracción, el ítem 9 "Me compró algo" mostró una comunalidad de 0,32, cercano al mínimo aceptable (Hair et al., 2010). La estructura factorial detectada mediante AFE es concordante con la teórica e investigaciones previas. Un siguiente paso debe ser su replicación en otra muestra a través de análisis factorial confirmatorio (AFC) (Cooper, 2012; Hair et al., 2010; Izquierdo et al., 2014).

Las consistencias internas de las subescalas Afrontamiento centrado en la tarea y Afrontamiento emocional desadaptativo en ambas muestras son adecuadas, variando de 0,76 a 0,84 (Streiner, Norman & Cairney, 2014). Distinto es el caso de las subescalas Búsqueda de apoyo social y Distracción que presentaron alphas de Cronbach menores a 0,70. La consistencia interna de las escalas de afrontamiento suele ser menor a la habitual en los cuestionarios psicológicos, aspecto que pueda deberse a que una estrategia individual de afrontamiento (equivalente a un ítem) puede ser suficiente para resolver la situación estresante (Folkman & Moskowitz, 2004). Así mismo, debe recordarse que escalas con bajo número de ítems, suelen presentar consistencias internas bajas (Hair et al., 2010; Izquierdo et al., 2014).

Al considerar en conjunto el análisis factorial y de consistencia interna de las subescalas, es posible observar que el Afrontamiento centrado en la tarea y el Afrontamiento emocional desadaptativo son más robustos en sus aspectos psicométricos. Esto no es de extrañar, ya
que representan las dimensiones clásicas propuestas por Lazarus y Folkman (1984) a partir de las cuales se diseñaron los primeros instrumentos de afrontamiento. Esto puede deberse en parte, a que las escalas Búsqueda de apoyo social y Distracción cuentan sólo con tres ítems cada una. Directrices sobre la construcción de instrumentos orientan a desarrollar escalas con un mínimo de cuatro ítems para no afectar su consistencia interna (Hair et al., 2010; Izquierdo et al., 2014; Streiner, Norman & Cairney, 2014).

En relación a la validez de criterio del CISS-21. De acuerdo a lo esperado, el Afrontamiento emocional desadaptativo presentó relación directa con Síntomas depresivos y Rumiación negativa. Al analizar la composición de este factor y la literatura sobre rumiación y afrontamiento, se puede apreciar que el Afrontamiento centrado en la emoción y la rumiación (Nolen-Hoeksema, 2004) son constructos cercanos que incluyen respuestas poco adaptativas frente a una situación estresante o de malestar emocional. Investigaciones previas han reportado asociación entre Afrontamiento emocional desadaptativo y Síntomas depresivos. Relaciones inversas se obtuvieron para el factor Afrontamiento centrado en la tarea. Este se asoció de forma negativa con Síntomas depresivos, lo que podría comprenderse por la mayor efectividad de esta estrategia en resolver los eventos estresantes asociados a la sintomatología depresiva. De forma interesante, la Búsqueda de apoyo social se asoció de forma negativa con Síntomas depresivos. Al respecto, algunas investigaciones del área muestran que esta estrategia de afrontamiento se asocia a mejores resultados en salud frente al estrés, aunque la evidencia aún no es concluyente (Folkman & Moskowitz, 2004; Frydenberg, 2014). Estas asociaciones son similares a las encontradas en estudios previos con la versión extendida y breve del CISS (Cohan et al., 2006; Hurt et al., 2011; McWiliams et al., 2003) y aportan evidencia a la validez de criterio de la CISS-21 en población chilena.

Algunas subescalas del CISS-21 muestran asociaciones entre sí. El Afrontamiento centrado en la tarea se relacionó inversamente con Afrontamiento emocional desadaptativo, lo que se ha reportado de forma inconsistente y requiere mayor replicación (Boysan, 2012; Cohan et al., 2006). La Búsqueda de apoyo social correlacionó con intensidad leve y positiva con distracción. Esto podría comprenderse porque ambas subescalas forman parte de la
dimensión de segundo orden, Afrontamiento evitativo (Endler & Parker, 1993, 1999). No se esperaba la correlación positiva, aunque leve, entre Afrontamiento emocional desadaptativo y Distracción. Una explicación plausible, como plantean Folkman y Moskowitz (2004) es que ambas estrategias se encuentren encadenadas, y que el uso de la distracción sea una reacción al aumento de malestar ocasionado por el afrontamiento emocional desadaptativo.

En síntesis, considerando las evidencias de estructura factorial, fiabilidad y validez convergente encontradas en este estudio, el Inventario de Afrontamiento a Situaciones Estresantes, versión breve (CISS-21) se presenta como un instrumento útil para estudios en población general y clínica de Chile. Las propiedades psicométricas reportadas son más sólidas para la utilización de las subescalas Afrontamiento centrado en la tarea y Afrontamiento emocional desadaptativo. Sugiriéndose mayor desarrollo de las subescalas Búsqueda de apoyo social y Distracción.

REFERENCIAS


IV.II. Estudio Preliminar 2: Eventos vitales estresantes, estilo de afrontamiento, desesperanza y síntomas depresivos en adultos usuarios de atención primaria de salud de Chile.
Eventos vitales estresantes, estilo de afrontamiento, desesperanza y síntomas depresivos en adultos usuarios de atención primaria de salud de Chile⁹.

Introducción

La depresión es una patología frecuente y discapacitante que afecta al individuo y a la sociedad. Entre los usuarios de atención primaria (CESFAM), hay quienes concentran un mayor número de eventos vitales estresantes (MINSAL, 2001). Se utilizó el modelo de Estrés de Lazarus y Folkman (1986), analizando la influencia de los estilos de afrontamiento y la satisfacción con funcionalidad familiar en conjunto con el estrés para determinar la sintomatología depresiva.

Objetivo

Relacionar eventos vitales estresantes de los últimos seis meses, estilo de afrontamiento y satisfacción con la funcionalidad familiar, con la presencia de síntomas depresivos en usuarios adultos de atención primaria de salud.

Método

Participantes: 262 Usuarios de un centro de salud familiar de la comuna de Talcahuano fueron encuestados mientras se encontraban en las salas de espera, previa firma de consentimiento informado. 165 mujeres (63,0%) y 97 hombres (37,0%) con una edad promedio de 37,2 años (DS= 11,9).

---

Instrumentos: Se utilizaron los cuestionarios GHQ-12, CISS-21, APGAR familiar y una escala de eventos vitales estresantes de los últimos seis meses y de la infancia, construida para este estudio.

Resultados

Las personas que han vivido un eventos vitales estresantes como separación, dificultades económicas, desempleo y violencia intrafamiliar en los últimos seis meses, presentan mayores síntomas depresivos que quienes no lo han experimentado. Se observan diferencias de género. En el caso de las mujeres; separación, dificultades económicas y violencia intrafamiliar generan mayores síntomas depresivos; y en el caso de los hombres, sólo la pérdida de empleo aumenta la probabilidad de presentar sintomatología depresiva.

El modelo de mediación por regresión de Hayes y Preacher (2013) señala que el afrontamiento emocional desadaptativo, el afrontamiento centrado en la tarea y el apoyo familiar influyen en el nivel de sintomatología depresiva. La influencia de los eventos estresantes de los últimos seis meses y el impacto del apoyo social familiar están mediados parcialmente por el afrontamiento emocional desadaptativo y el afrontamiento centrado en la tarea. El modelo en su conjunto predice un 50.0% de la variación de la sintomatología depresiva.
Conclusiones

Se observan diferencias de género en la influencia de los eventos estresores evaluados en la presencia de sintomatología depresiva, con mayor influencia de eventos estresantes relacionales para las mujeres y económicos para los hombres. La influencia de los eventos estresantes de los últimos seis meses y el impacto del apoyo social familiar están mediados parcialmente por el afrontamiento emocional desadaptativo y el afrontamiento centrado en la tarea, por lo que deberían considerarse en su prevención y tratamiento en usuarios de atención primaria de salud.
Referencias


Ministerio de Salud, Chile (2013). Guía clínica tratamiento de personas con depresión. Santiago, Chile: MINSAL.

IV.III. Estudio Preliminar 3: 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.

ABSTRACT

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 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.

Keywords: non-lethal suicidal behavior, depression, hopelessness, coping.

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 medía 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.

**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 habitantes (3). Pese a los avances del Programa Nacional de Salud Mental, en Chile las tasas de suicidio vienen ascendiendo en forma sostenida durante los últimos años (2-4), 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 suicidio (5). 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 suicidio (6). Aunque la mayoría de los intentos de suicidio no termina en muerte, sí aumentan el riesgo de heridas graves, sufrimiento y nuevos intentos de suicidio (7).
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 siguientes (9,10,11), siendo el principal factor de riesgo en población general (2). 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 Beck (13), interpersonal de Joiner (14) o modelo conductual dialéctico de Linehan (15) 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 suicida (16).

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 suicida (16). Estudios empíricos han comprobado que la desesperanza tiene poder predictivo para conducta suicida letal y no letal (12).

El modelo de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman (17) 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 letal (18-20).

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 terapéuticos (21).

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 depresiva (23). 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 psicométricas (26).

Inventario de afrontamiento a situaciones estresantes, versión breve, CISS-21 (27,28): Autoinforme 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 social (27). 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 nacionales (29) (Inostroza & Cova, en preparación). Las escalas 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 2013 (30). El estudio cuenta con la aprobación del Comite 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 version 3.1.2. Para evitar sesgos derivados de la pérdida de casos se usaron procedimientos de imputación múltiple (31). Específicamente, se utilizó el método de ecuaciones encadenadas implementado en la librería estadística mice de R (32). 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 mediación (33) se verificaron mediante los análisis propuestos por MacKinnon (34) 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.
Tabla 1.  
**Estadísticos descriptivos y consistencia interna de las variables del estudio**

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

\(^{a}\) Escala de salud general de Golberg. \(^{b}\) 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.

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

Tabla 2.  
**Correlaciones de Pearson entre las variables del estudio**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Síntomas depresivos</th>
<th>Desesperanza</th>
<th>Afrontamiento tarea</th>
<th>Afrontamiento emoción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Síntomas depresivos</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Desesperanza</td>
<td>0,57**</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento tarea</td>
<td>-0,48**</td>
<td>-0,40**</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarea</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Afrontamiento Emoción</td>
<td>0,45**</td>
<td>0,37**</td>
<td>-0,43</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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).

Tabla 3.

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

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

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

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

**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 McKinnon (34) 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 0 (35). 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 agregarse desesperanza y ambos afrontamientos en el paso 2, $\chi^2 (3) = 9,16; p = 0,27$. 
**Tabla 4.**

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

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

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

**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 McKinnon (39) 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 general (6) 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 aprendida (38) y modelo cognitivo de la depresión (13)–, como en la conducta suicida – teoría cognitiva (16) e interpersonal del suicidio (14). 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 estudios (39). De acuerdo al modelo de estrés afrontamiento (17), 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 letal (18-20). 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 periodo 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 suicida (40): la terapia cognitiva para pacientes suicidas (13) y la terapia conductual dialéctica (15). 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 éste (16). En este sentido, conocer que la
deshesperanza 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 periodo post-intento.

**Referencias bibliográficas**


37. Öyekçin DG, Şahin EM. Suicidal ideations and attempts in patients admitted to psychiatry outpatient clinic. Eval 2013; 76, 80.

