

¿Por Qué No Me Suicidaría? Comparación Entre Pacientes Hospitalizados en un Servicio de Psiquiatría con Distinta Conducta Suicida

Why Wouldn't I Kill Myself? Comparison Between Psychiatric Inpatients With Different Suicidal Behavior

Orietta Echávarri, Susana Morales, Paula Bedregal, Jorge Barros,
María de la Paz Maino, Ronit Fischman, Fernanda Peñaloza y Claudia Moya
Pontificia Universidad Católica de Chile

Se presenta un estudio exploratorio transversal de factores asociados al riesgo suicida en 193 pacientes hospitalizados en Chile. La muestra intencionada incluyó grupos de pacientes con: (a) intento de suicidio, (b) ideación suicida y (c) otras causas psiquiátricas sin manifestación suicida. Por medio de χ^2 , prueba de diferencia de proporciones y ANOVA, fueron comparados según el diagnóstico psiquiátrico y de la personalidad y las razones para vivir. Los resultados confirman la alta asociación entre trastorno del ánimo y de la personalidad límite con manifestaciones suicidas. Se utilizó la Escala Reasons for Living que, aunque no está validada en Chile, mostró que el grupo sin manifestación suicida presenta mayor cantidad de razones para vivir; el grupo con intento de suicidio le otorga mayor importancia a motivos relacionados con el cuidado de amigos cercanos y el grupo con ideación suicida le otorga mayor importancia al miedo a fallar en el intento e ir al infierno. Esto indicaría que existen motivos disuasivos de la conducta suicida que podrían diferenciar una población clínica con menor y mayor riesgo suicida.

Palabras clave: suicidio, factores protectores, riesgo, instrumento

The article presents an exploratory cross-sectional study of factors associated with suicide risk in 193 patients hospitalized in Chile. The intentional sample included groups of patients displaying: (a) suicide attempt, (b) suicidal ideation, and (c) other psychiatric causes without suicidal manifestations. Using χ^2 , a test of proportion differences, and ANOVA, they were compared according to their psychiatric and personality diagnosis and their reasons for living. The results confirm the high association of mood disorder and borderline personality disorder with suicidal manifestations. Although the instrument used, Reasons for Living, has not been validated in Chile, it showed that the group without suicidal manifestations presents more reasons for living than the other groups, that the group with suicide attempt gives more importance to reasons related to the care of close friends, and that the group with suicidal ideation assigns greater importance to the fear of failing in the attempt and going to hell. This appears to indicate the existence of deterrents to suicidal behavior that could differentiate a clinical population with lower and higher suicide risk.

Keywords: suicide, protective factors, risk, instrument

El suicidio ha llegado a constituirse en un grave problema de salud pública que termina con la vida de cerca de un millón de personas en el mundo cada año (World Health Organization [WHO], 2009). Esta tasa de 14,5 muertes por cada 100.000 habitantes equivale a la muerte de una persona cada minuto en algún lugar del planeta (Hawton & van Heeringen, 2009; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2002). Según la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2004, Septiembre 8), en el año 2001 la cantidad de muertes registradas por suicidio en el mundo superó a la cantidad de muertes por homicidio y por guerras. Las tasas de suicidio han experimentado un incremento de más de un 60% a nivel mundial en los últimos 50 años y para el año 2020 se estima que 1,5 millones de personas se suicidarán (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2011) y un número entre 10 y 20 veces superior intentarán suicidarse (OPS, 2002).

Orietta Echávarri, Susana Morales, Paula Bedregal, Jorge Barros, María de la Paz Maino, Ronit Fischman, Fernanda Peñaloza y Claudia Moya, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

La elaboración de este artículo contó con financiamiento parcial del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Proyecto FONDECYT de Iniciación en Investigación N° 11121390).

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Orietta Echávarri o a Susana Morales, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Camino El Alba 12.351, Las Condes, Santiago, Chile. E-mail: oechava@med.puc.cl o sumorales@med.puc.cl

En Chile la tasa de suicidio es de 13,3 por 100.000 habitantes (Chile, Ministerio de Salud [MINSAL], 2013), siendo 4,1 por 100 mil en mujeres y 18,5 por 100 mil en hombres (OECD, 2011). En Chile mueren cinco personas por suicidio al día, es decir, unas 1.800 personas al año. Las tasas de suicidio entre el año 1995 y 2009 alcanzaron un crecimiento de un 54,9%, ocupando Chile el segundo lugar en el crecimiento del suicidio a nivel mundial, después de Corea (OECD, 2011; OMS, 2002).

El Plan Nacional de Salud Mental para la década 2000-2010 se propuso reducir en un 10% las tasas de crecimiento del suicidio en Chile. Sin embargo, esto no solo no se logró, sino que las tasas de crecimiento del suicidio aumentaron en casi un 60% (MINSAL, 2011). Actualmente el MINSAL se ha propuesto disminuir en un 15% las tasas de suicidio estimadas en adolescentes y en jóvenes para el 2020 (MINSAL, 2011). Al respecto, el Plan Nacional de Salud Mental ha incorporado, dentro de las patologías con garantía de atención oportuna (AUGE/GES), algunos trastornos altamente asociados con el suicidio (depresión, esquizofrenia, abuso y dependencia de alcohol y drogas, trastorno bipolar), logrando aumentar la cobertura en el tratamiento de estos cuadros clínicos. No obstante, estos esfuerzos no han sido suficientes para detener el aumento en las tasas de crecimiento del suicidio (MINSAL, 2011).

Lo anterior evidencia la necesidad de optimizar las medidas de prevención e intervención en los servicios de salud e implica una mayor capacitación de los profesionales en la detección y manejo del riesgo suicida (Baader et al., 2011). Al mismo tiempo, se requiere un cambio en la mirada de este fenómeno, que considere como parte fundamental del manejo y tratamiento la identificación y promoción de recursos personales y de los aspectos que la vinculan a la vida.

El comportamiento suicida se manifiesta por: (a) ideación suicida, (b) planificación del suicidio y (c) intento de suicidio. Cada una de estas conductas se asocia a distintos grados de riesgo. Es necesario evaluar la intencionalidad de la conducta, la letalidad del método empleado y la atención médica requerida en caso de sobrevivencia. Así, es posible diferenciar los intentos de suicidio de las conductas parasuicidas, que también se consideran un acto de autoagresión, pero con una baja intención de conseguir la muerte (Dyer & Kreitman, 1984).

Se sabe que la población con diagnóstico psiquiátrico presenta un riesgo de suicidio mayor que la población general (WHO, 1998), estimándose que el 90% de los casos de suicidios consumados está asociado a algún tipo de enfermedad mental (Blumenthal, 1988). Pese a esta fuerte asociación, una alta proporción de pacientes que sufren algún trastorno mental no intenta suicidarse y la mayoría de ellos no morirá por suicidio. Por lo tanto, surge la pregunta: ¿qué factores diferencian a aquellos pacientes psiquiátricos que intentan suicidarse de aquellos que no lo hacen?

En el estudio de los factores asociados al suicidio se han utilizado diversos métodos de autopsias psicológicas, en las que se comparan las características de las personas fallecidas por suicidio con las de la población general y poblaciones específicas, como estudiantes, quienes en su mayoría no tienen un riesgo suicida significativo. Estos estudios han establecido como factores de riesgo: ser hombre, mayor de 40 años o tener entre 15 y 24 años, ser extranjero, soltero, divorciado o viudo, estar desempleado y tener bajo nivel de educación, falta de redes de apoyo, patrones familiares destructivos, abuso de alcohol y sustancias, aislamiento y desesperanza (García-Resa et al., 2002). Diversos autores enfatizan la presencia de enfermedades psiquiátricas y médicas (Beautrais, 2009, Noviembre; Harris & Barraclough, 1997; Isometsä & Lönnqvist, 1998 o trastornos de & Pankratz, 2000). Haber intentado un suicidio previamente es considerado como uno de los principales indicadores de riesgo (Appleby et al., 1999; Baader, Richter & Mundt, 2004; Beautrais, 2009, Noviembre; Harris & Barraclough, 1997; Suokas, Suominen, Isometsä, Ostamo & Lönnqvist, 2001). Así, también, vivir en situación de pobreza, maltrato infantil, pérdida de seres queridos (Borowsky, Resnick, Ireland & Blum, 1999; Lester, 1994) y problemas laborales se asocian al riesgo suicida (Caldera, Herrera, Kullgren & Salander Renberg, 2007; González & Rego, 2006).

Ciertas características de la historia y del funcionamiento familiar también se constituyen como factores de riesgo suicida. Entre estas se encuentran la existencia de suicidio en otro miembro de la familia, la presencia de psicopatología familiar (Qin, Agerbo & Mortensen, 2002), dificultades económicas, bajo nivel de escolaridad en ambos padres (Valadez-Figueroa, Quintanilla-Montoya, González-Gallegos & Amezcua-Fernández, 2005), bajos niveles de cohesión y distancia emocional entre los miembros de la familia (Guibert Reyes & Torres Miranda, 2001; Salvo & Melipillán, 2008) y límites excesivamente rígidos o excesivamente laxos e inexistentes (Pavez, Santander, Carranza & Vera-Villaruel, 2009). Ambientes conflictivos, dificultades relacionales y peleas constantes (Guibert Reyes & Torres Miranda, 2001; Pavez et al., 2009), así como la

falta de apoyo frente a las adversidades y en la solución de problemas, también se consideran factores de vulnerabilidad suicida (Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela, 2000). Otros autores agregan como factores predictores de riesgo suicida no hablar con familiares de temas que hacen sufrir y la percepción por parte del individuo de altas dificultades en las relaciones familiares (Borowsky et al., 1999).

Por otra parte, existen distintos motivos para permanecer con vida, razones que pueden ser lo suficientemente poderosas para no intentar suicidarse. Se ha demostrado que un mayor número de razones para vivir se asociaría a un bajo riesgo de suicidio y a un menor riesgo de reincidencia en intentos de suicidio (García-Valencia et al., 2007). Como factores protectores de la conducta suicida, la OMS (2001) destaca la capacidad de búsqueda de ayuda, la receptividad hacia las experiencias de otros, la apertura a nuevos conocimientos y una relación familiar satisfactoria. También existe evidencia de que algunos estilos cognitivos y de la personalidad, como contar con una autoestima positiva y la confianza en sí mismo y en los logros alcanzados, protegen del suicidio. Del mismo modo, disponer de habilidades sociales que permitan mantener buenas relaciones interpersonales, contar con personas a quien recurrir en momentos de dificultad (apoyo social), estar integrado en actividades de la comunidad y tener creencias religiosas serían factores que protegen de la vulnerabilidad suicida (Borowsky et al., 1999; Cantor & Slater, 1995; Dervic et al., 2004; Durkheim, 1897/1951; Shagle & Barber, 1995). Diversos autores resaltan el rol protector de la familia en la función de cuidado de sus miembros y como promotora de las competencias personales y de la salud (Gençöz & Or, 2006; Wichstrøm, 2000). Ha sido demostrado que la familia cumple un rol preponderante en el desarrollo psicológico y protege del riesgo de patología mental (Larraguibel et al., 2000; Pavez et al., 2009). La familia que protege a sus miembros estimula el desarrollo de competencias personales (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Asimismo, la calidez y el apoyo de los padres están asociados con el bienestar psicológico, lo que puede proteger al adolescente de llevar a cabo una conducta suicida (Connor & Rueter, 2006; Flouri & Buchanan, 2002).

Todo este conocimiento no ha permitido, sin embargo, diseñar estrategias efectivas que disminuyan las tasas de suicidio. Incluso, muchas personas se suicidan estando en tratamiento especializado o durante el primer año de haber estado en contacto con un servicio de salud (Appleby et al., 1999; Baader et al., 2004; Beautrais, 2009, Noviembre; Hawton & van Heeringen, 2009). Es por esto que resulta evidente la necesidad de desarrollar nuevas estrategias de evaluación y manejo del riesgo suicida, especialmente en la población consultante de salud mental.

Con estos antecedentes parece relevante preguntarse ¿qué factores se asocian al riesgo suicida en pacientes hospitalizados en un centro especializado en atención psiquiátrica en Chile? ¿Qué elementos disuaden a estos pacientes de cometer un intento suicida? Estas preguntas son particularmente relevantes ante el desafío clínico de tratar con una amplia gama de pacientes y la necesidad de contar con herramientas que permitan ponderar el riesgo de suicidio en cada caso. Es necesario evaluar con mayor precisión el riesgo y estimar la inminencia de la conducta suicida para tomar las decisiones terapéuticas apropiadas.

Nuestro estudio —de carácter exploratorio, transversal y descriptivo— tuvo como propósito comparar factores asociados al riesgo suicida en pacientes psiquiátricos hospitalizados tras haber cometido un intento de suicidio, en pacientes hospitalizados por presentar ideación suicida y en pacientes hospitalizados que no presentan manifestación suicida actual. Las comparaciones se realizan en función del diagnóstico psiquiátrico, el diagnóstico de trastorno de la personalidad y las razones para vivir. La medición de las razones para vivir nos permite evaluar los recursos, fortalezas y creencias que disuaden la conducta suicida y, de esta manera, complementar el estudio de los factores de riesgo suicida (Malone et al., 2000; Range & Knott, 1997).

Nuestras hipótesis suponen que la conducta suicida se encuentra en una gradiente de gravedad, en la que a mayor riesgo suicida del paciente mayor es la severidad del trastorno psiquiátrico y/o de la personalidad. Se espera que los grupos con intento y con ideación suicida presenten una mayor proporción de trastornos del ánimo y de la personalidad. Además, se espera que los grupos con ideación suicida y sin manifestación suicida presenten una mayor proporción de razones disuasivas del suicidio.

Método

Participantes

La muestra incluyó a pacientes desde los 13 años (adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) de nivel socioeconómico (NSE) medio-alto, hospitalizados en un centro especializado en atención psiquiátrica en Chile, seleccionado por conveniencia. Entre Agosto de 2005 y Abril de 2009 el total de ingresos y egresos de este servicio fue de 1.360 pacientes. Invitamos a participar en el estudio a todos los pacientes, con excepción de: (a) aquellos que no se encontraban en condiciones emocionales, cognitivas o de estado de conciencia para responder a la evaluación; (b) quienes presentaban un cuadro psicótico y c) quienes no otorgaron su consentimiento. Ingresaron al estudio un total de 193 pacientes que dieron su consentimiento informado y contaban con las evaluaciones completas. La muestra estudiada fue categorizada en tres grupos, de acuerdo al motivo de ingreso: Grupo I: Pacientes cuyo motivo de ingreso fue un intento de suicidio ($n = 103$); Grupo II: Pacientes hospitalizados por ideación suicida, sin intento de suicidio actual ($n = 49$) y Grupo III: Pacientes hospitalizados por otros motivos, sin conducta o riesgo suicida actual ($n = 41$).

VARIABLES DEL ESTUDIO

La variable dependiente fue riesgo suicida, identificada por el motivo de ingreso a la hospitalización y categorizada en los tres grupos descritos. Las variables independientes fueron: (a) las características socio-demográficas, (b) el diagnóstico psiquiátrico DSM IV Eje I (López-Ibor & Valdés, 2002), (c) el diagnóstico de trastorno de la personalidad DSM IV Eje II (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1995) y (d) las razones para vivir (Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983).

Instrumentos

Empleamos los siguientes instrumentos:

Cuestionario MINI International Neuropsychiatric Interview (MINIPLUS) (Sheehan et al., 1997). Lo aplicamos para realizar el diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al DSM-IV(R) Eje I.

Entrevista clínica estructurada SCID II (First et al., 1995). El diagnóstico de trastorno de la personalidad, de acuerdo al DSM-IV(R) Eje II (López-Ibor & Valdés, 2002), se realizó a través de esta entrevista, la que fue administrada por un entrevistador experto y entrenado en su manejo.

Escala Reasons for Living (RFL; Linehan et al., 1983). Aplicamos la versión original traducida al español para evaluar los motivos que pueden contribuir a la inhibición de la conducta suicida. Para usarla, obtuvimos la autorización directa de su autora, M. Linehan. Es un instrumento auto-administrado, constituido por seis dimensiones: (a) Confianza en las propias habilidades para resolver conflictos, (b) Sentimiento de responsabilidad con la familia, (c) Preocupación por los hijos, (d) Miedo al suicidio, (e) Miedo a la desaprobación social y (f) Objeciones de tipo moral al suicidio. Estos factores se evalúan a través del grado de importancia que el sujeto le otorga a cada ítem, a través de una escala Likert de 6 puntos, siendo 1 *no es importante* y 6 *extremadamente importante*, como motivo para no suicidarse. La RFL se compone de 72 afirmaciones del tipo: “La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada”, “Tengo miedo a lo desconocido”, “Mis creencias religiosas lo prohíben”, “No sería justo dejar a mis hijos a cargo de otros para que los cuiden” o “Pienso que yo controlo mi vida y mi destino”.

Esta escala no está validada en Chile, por lo que para su aplicación realizamos las etapas preliminares de traducción del inglés al español, aplicamos una prueba de correspondencia bidireccional de idiomas con personas bilingües —una nativa angloparlante y otra nativa hispano (chilena)—. Posteriormente, hicimos una evaluación de la comprensión de los ítems y del lenguaje con 20 evaluaciones de prueba, realizando los ajustes del idioma para Chile. En su primera medición con esta muestra el instrumento arrojó una consistencia interna, medida con alfa de Cronbach, de 0,96.

La validación de la escala en español, realizada en Colombia, mostró una consistencia interna alta, tanto en la escala total (alfa de Cronbach = 0,89) como en cada dominio (alfa de Cronbach entre 0,72 y 0,89) en población general. Los valores fueron mayores en poblaciones clínicas (alfa de Cronbach entre 0,77 y 0,93).

Respecto de la validez de constructo, la escala ha demostrado que discrimina entre individuos con y sin conducta suicida, lo cual ha sido corroborado en diferentes poblaciones y grupos culturales (García-Valencia et al., 2009).

Procedimiento

Acorde con los procedimientos habituales del servicio de hospitalización en el que se realizó el estudio, tres de los autores —no formábamos parte de los profesionales tratantes del servicio— participamos de las reuniones clínicas en las que se presentó la evaluación psiquiátrica de ingreso de los pacientes. De esta manera se estableció si el motivo de ingreso fue un intento de suicidio, ideación suicida u otro motivo sin fenómenos suicidas. En acuerdo con el psiquiatra tratante, responsable del caso durante la hospitalización, determinamos el momento más indicado para invitar a cada paciente a participar, obtener su consentimiento informado y realizar las entrevistas y cuestionarios. El momento de la evaluación fue aproximadamente siete días después del ingreso, esperando a que cada paciente lograra la estabilización de su cuadro psicopatológico antes de ser invitado a participar en el estudio. En ese momento le explicábamos en qué consistía la investigación, la voluntariedad de participar y el derecho a rechazar su participación, sin que eso tuviera implicancias en su tratamiento. Le entregamos el documento escrito de consentimiento informado con las explicaciones propias de la investigación. En el caso de los participantes menores de edad, pedimos el consentimiento informado a los padres o tutores y el asentimiento de los mismos participantes. Este documento de consentimiento/ asentimiento informado contaba con la aprobación del respectivo Comité de Ética, asegurando los derechos de los pacientes de decidir acerca de su participación.

Con el propósito de guardar las debidas consideraciones éticas en el cuidado de los derechos de los pacientes, excluimos a aquellas personas que presentaran discapacidad mental o psíquica, menores de 14 años y quienes se negaron a participar en el estudio. De esta manera, nos fue posible asegurar que el paciente comprendía la naturaleza del estudio y se encontraba en completa libertad para expresar su voluntad de participar o no.

Análisis de Datos

Realizamos un análisis estadístico descriptivo de todas las variables del estudio. Calculamos el puntaje de la escala RFL e hicimos un análisis de cada ítem para ver su comportamiento en la muestra.

Para el análisis de asociación entre variables nominales realizamos pruebas no paramétricas (χ^2) y prueba de diferencias de proporciones entre grupos, previa evaluación de la normalidad de la distribución, usando la prueba de Shapiro y Wilk (1965). Llevamos a cabo similar procedimiento en el caso de las variables continuas, para las que realizamos un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, con contrastes post-hoc para distinguir las diferencias entre grupos, usando la prueba de Scheffé (Abdi, 2007). Consideramos significativo todo análisis estadístico con $p < 0,05$. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 16.0.

Resultados

Los 193 pacientes que conformaron la muestra tenían entre 13 y 69 años. La edad promedio fue de 31,2 años ($DS = 12,6$). El 64,8% era mujer, el 60,1% estaba casado, el 42% tenía hijos, el 71,5% tenía estudios superiores y el 52,8% tenía trabajo estable al momento de ser hospitalizado. Se observa que el grupo con intento suicida es más joven, hay un mayor porcentaje de estudiantes y un menor porcentaje de personas que trabajan. El detalle de las características socio-demográficas se puede observar en la Tabla 1.

En la Tabla 2 mostramos las diferencias entre los grupos en relación al diagnóstico psiquiátrico. Destaca que hay una mayor proporción de trastornos del ánimo en el grupo con intento de suicidio respecto del grupo sin manifestación suicida. Por el contrario, en el grupo con intento suicida hay una menor proporción de dependencia o abuso de sustancias. Cabe mencionar que parte de los pacientes evaluados que cumplían con los requisitos para pertenecer al grupo sin manifestación suicida correspondía a pacientes hospitalizados para desintoxicación por abuso de sustancias, lo que explicaría la alta presencia de dicho diagnóstico en este grupo en particular. No observamos otras diferencias significativas entre grupos.

Tabla 1
Características Socio-Demográficas de los Participantes: Diferencias Entre Grupos

Variable	Total	Con intento suicida	Con ideación suicida	Sin manifestación suicida	<i>p</i>
	<i>n</i> = 193	<i>n</i> = 103	<i>n</i> = 49	<i>n</i> = 41	
Edad (años)					
Promedio	31,2	29,6*	31,0	35,7*	0,032
Desviación estándar	12,6	12,6	11,9	12,8	
Sexo (%)					
Femenino	64,8	65,0	67,3	61,0	0,817
Masculino	35,2	35,0	32,7	39,0	
Estado civil (%)					
Casado/a	60,1	64,1	61,2	48,8	0,432
Soltero/a	25,9	24,3	26,5	29,3	
Viudo/a o separado/a	14,0	11,7	12,2	22,0	
Tenencia de hijos (%)					
Sí	42,0	41,7	36,7	48,8	0,513
Escolaridad (%)					
Con estudios superiores	71,5	67,0	79,6	73,2	0,265
Sin estudios superiores	28,5	33,0	20,4	26,8	
Situación ocupacional (%)					
Con trabajo	52,8	43,7	61,2	65,9	0,027
Estudiante	36,8	45,6	32,7	19,5	
Desempleado	10,4	10,7	6,1	14,6	

* Marca los grupos en los que hubo diferencias. ANOVA (para edad) y test diferencia de proporciones.

Tabla 2
Diagnóstico Psiquiátrico (Eje I-DSM IV-R): Diferencia Entre Grupos (Distribución en Porcentaje)

Variable	Total	Con intento suicida	Con ideación suicida	Sin manifestación suicida	<i>p</i>
	<i>n</i> = 193	<i>n</i> = 103	<i>n</i> = 49	<i>n</i> = 41	
Trastornos del ánimo	75,1	81,6*	79,6	53,7*	0,004
Trastornos ansiosos	0,5	0,0	0,0	2,4	0,648
Dependencias o abuso de sustancias	9,3	3,9*	6,1	26,8*	0,011
Psicosis	2,6	2,9	2,0	2,4	0,690
Trastornos alimentarios	1,6	1,0	4,1	0,0	0,651
Déficit atencional con hiperactividad	1,6	1,9	0,0	2,4	0,645
Trastorno adaptativo	9,3	8,7	8,2	12,2	0,743

* Marca los grupos en los que hubo diferencias. Test diferencia de proporciones.

Como se observa en la Tabla 3, el diagnóstico de trastorno de la personalidad estuvo presente en el 45,6% de los pacientes con intento de suicidio, en el 46,9% de los pacientes con ideación suicida y en el 29,3% del grupo sin manifestación suicida. Si bien en este último grupo la proporción es menor, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Sin embargo, si comparamos los diagnósticos específicos de trastorno de la personalidad, el grupo sin manifestación suicida se distinguió por una mayor proporción de trastorno obsesivo compulsivo y el grupo con intento suicida presentó una proporción significativamente mayor de trastorno límite, en comparación con el grupo sin manifestación suicida.

Tabla 3

Diagnóstico de Trastorno de la Personalidad: Diferencia Entre Grupos (Distribución en Porcentaje)

Variable	Total	Con intento suicida	Con ideación suicida	Sin manifestación suicida	<i>p</i>
	<i>n</i> = 193	<i>n</i> = 103	<i>n</i> = 49	<i>n</i> = 41	
Trastorno de personalidad					
Sí	42,5	45,6	46,9	29,3	0,154
Tipo de trastorno de personalidad					
Límite	58,8	76,6*	47,8	16,7*	0,001
Obsesivo compulsivo	12,2*	8,5*	8,7*	33,3*	0,001
Por evitación	12,2	6,4	21,7	16,7	0,110
Depresivo	6,1	6,4	8,7	0,0	0,224
Otros	9,8	2,1	6,4	8,5	0,190

* Marca los grupos en los que hubo diferencias. Test de diferencia de proporciones.

De acuerdo al puntaje total de la escala RFL, el grupo sin manifestación suicida presenta un mayor puntaje, lo que implica una cantidad mayor de motivos que disuaden la conducta suicida que los grupos con intento o ideación suicida, $F(2, 190) = 6,51$, $p = 0,002$, $\eta^2 = 0,064$, ICs 95% [3,83, 4,39], [3,39, 3,75] y [3,20, 3,72], respectivamente. La prueba de Scheffé apoyó el hecho de que las diferencias se producen entre el grupo sin manifestación suicida y los otros dos ($p < 0,001$). Esto apoya solo parcialmente la segunda hipótesis, ya que el grupo con ideación suicida no presentó mayor puntaje, es decir, una mayor cantidad de razones para vivir, que el grupo con intento suicida ($p = 0,794$). A la vez, existen razones referidas a la preocupación y afecto por la familia que son de alta importancia para no suicidarse en todos los grupos. Tener personas que lo quieren y ayudarían fue un motivo importante en todos los grupos; sin embargo, se destacó en el grupo sin manifestación suicida (ver Tabla 4). El grupo con intento de suicidio le otorga una importancia mayor a no querer dañar a los amigos más cercanos, respecto del grupo sin manifestación suicida, $F(2, 183) = 3,59$, $p = 0,030$, $\eta^2 = 0,038$, ICs 95% [4,19, 4,88] y [3,22, 4,31], respectivamente ($p < 0,010$ en la prueba de Scheffé). Esto se diferencia del grupo con ideación suicida respecto del grupo con intento, que le otorga mayor importancia a la responsabilidad y el compromiso con los amigos, $F(2, 192) = 4,22$, $p = 0,016$, $\eta^2 = 0,043$, ICs 95% [2,49, 3,43] y [3,47, 4,12], respectivamente ($p < 0,005$ en la prueba de Scheffé). Por su parte, el grupo con ideación suicida le atribuye una importancia mayor al miedo a fallar en el intento que el grupo sin manifestación suicida, $F(2, 192) = 3,59$, $p = 0,030$, $\eta^2 = 0,036$, ICs 95% [3,31, 4,41] y [2,16, 3,36], respectivamente ($p < 0,050$ en la prueba de Scheffé). El miedo a ir al infierno fue más importante para el grupo con ideación suicida que con intento suicida, $F(2, 192) = 3,35$, $p = 0,037$, $\eta^2 = 0,034$, ICs 95% [2,45, 3,55] y [1,77, 2,52], respectivamente ($p < 0,050$ en la prueba de Scheffé). También pudimos observar algunas razones que resultaron poco o nada importantes para todos los grupos. Estas se refieren al miedo a la muerte, miedo a lo desconocido y a lo que van a pensar los demás (ejemplos: soy débil, egoísta, sin control de mi vida).

Tabla 4
Motivos Inhibidores de la Conducta Suicida: Diferencia Entre Grupos (Promedios)

Motivo para no suicidarse	Total	Con intento suicida	Con ideación suicida	Sin manifestación suicida	<i>p</i>
	<i>n</i> = 193	<i>n</i> = 103	<i>n</i> = 49	<i>n</i> = 41	
Total puntaje RFL	3,66	3,57*	3,46*	4,11*	0,002
<i>De alta importancia para todos los grupos</i>					
Importancia de responsabilidad y compromiso con familia	4,78	4,62	4,78	5,17	0,079
Importancia de que familia podría pensar que no los quiso	4,44	4,32	4,51	4,63	0,564
Importancia de que su familia depende de él y lo necesita	4,11	4,03	4,33	4,05	0,569
Importancia de querer y disfrutar de su familia	4,63	4,58	4,45	4,95	0,239
Importancia de daño que causaría en sus hijos	4,68	4,50	4,84	4,95	0,379
Importancia de injusticia de dejar a sus hijos al cuidado de otros	4,36	4,28	4,29	4,63	0,563
Importancia de dolor de su familia	4,93	4,95	4,78	5,07	0,630
Importancia de no querer que su familia se sienta culpable	4,93	5,11	4,96	4,46	0,083
Importancia de tener personas que lo quieren y ayudarían	4,71	4,81*	4,19*	5,07*	0,015
<i>De mayor importancia para el grupo con intento suicida respecto de los grupos con ideación suicida o sin manifestación suicida</i>					
Importancia de que dañaría a sus amigos más cercanos	4,22	4,54*	3,96	3,76*	0,030
Importancia de responsabilidad y compromiso con amigos	3,50	3,80*	2,96*	3,41	0,016
<i>De mayor importancia para el grupo con ideación suicida respecto de los grupos sin manifestación suicida o con intento suicida</i>					
Importancia de tener miedo de fallar en el intento	3,34	3,32	3,86*	2,76*	0,030
Importancia de miedo a ir al infierno	2,46	2,15*	3,00*	2,59	0,037

* Marca los grupos en los que hubo diferencias. ANOVA y contraste post-hoc de Scheffé.

Discusión

Los resultados muestran la homogeneidad de los grupos en relación a la mayoría de las variables socio-demográficas, destacándose que el grupo con intento suicida fue menor en edad que el grupo sin manifestación suicida.

En todos los grupos el diagnóstico de trastorno del ánimo estuvo presente en más de la mitad de los casos. Sin embargo, de manera concordante con la literatura (OMS, 2002; OPS, 2002) y con una de nuestras hipótesis, este diagnóstico fue mucho más frecuente en los grupos con intento e ideación suicida. Nuestros resultados también confirman la alta asociación entre riesgo suicida y trastorno de la personalidad límite (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003; Foster, Gillespie & McClelland, 1997). Específicamente, el grupo con intento suicida presentó una proporción significativamente mayor de trastorno límite en comparación con el grupo sin manifestación suicida.

La medición de las razones que inhiben la conducta suicida (RFL) arroja información relevante y discriminante entre los grupos. Los resultados obtenidos con la RFL muestran que existen motivos importantes —y no importantes— comunes a todos los grupos y otros motivos específicos de cada grupo. Los motivos que son de alta importancia para no suicidarse, en todos los grupos, se refieren principalmente a la preocupación y afecto por la familia y a la importancia de tener personas que lo quieren y ayudarían. Como esperábamos, el grupo sin manifestación suicida presenta una cantidad significativamente mayor de motivos que disuaden la conducta suicida. Sin embargo, el grupo con ideación suicida no manifiesta mayor cantidad de razones para vivir que el grupo con intento suicida y, en este sentido, no presenta menor riesgo. De hecho, se ha observado que en muchos de los casos en que el paciente se hospitalizó por ideación suicida la presencia de un tercero que percibió el riesgo y actuó preventivamente fue crucial para impedir que ocurriera un intento de suicidio (Morales, Echávarri, Zuloaga, Barros & Taylor, en prensa). Es decir, en estos casos, cabe preguntarse en qué medida el intento de suicidio fue evitado por la intervención de un tercero, más que por el menor riesgo que presenta el paciente. Esto reafirma la importancia de una buena red de apoyo como factor protector, tanto por

su contribución a la percepción del sujeto de sentirse protegido y apoyado en momentos de dificultad, como por el valor preventivo que pudiera tener la intervención de un miembro de la red que identifique a tiempo una conducta suicida inminente.

Por su parte, el grupo con intento de suicidio le otorga mayor importancia a motivos relacionados con el cuidado, responsabilidad y compromiso con los amigos. Nos preguntamos en qué medida la valoración de estos motivos está influida porque el paciente observa el impacto de su conducta en su entorno familiar y social. El grupo con ideación suicida destacó la importancia al miedo a fallar en el intento y a ir al infierno. Esto nos muestra qué factores podrían estar inhibiendo a estos pacientes de llevar a cabo una conducta suicida.

Estos resultados permiten pensar que existen motivos que inhiben la conducta suicida que podrían diferenciar en una población clínica a aquellos con mayor o menor riesgo y podrían caracterizar grupos con distinta conducta suicida (García-Valencia et al., 2009). A su vez, se resalta la importancia de los vínculos afectivos con la familia y con los amigos como factor protector de la conducta suicida (Cantor & Slater, 1995; Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham & Harrington, 1996; Latha, D'Souza & Bhat, 1996; Morales et al., en prensa). Al respecto, existe evidencia del rol crucial que juegan los vínculos cercanos, tanto en las circunstancias predisponentes y desencadenantes de la conducta suicida como en el proceso de recuperación posterior (Morales et al., en prensa; Taylor, Morales, Zuloaga, Echávarri & Barros, 2012).

La OPS (2002) señala que cuando hay factores protectores fuertes, aunque se encuentren varios factores de riesgo, es posible que no se configuren las condiciones para la ideación o comportamiento suicida en una persona. Por su parte, Borowsky et al. (1999) indican que el hecho de reforzar y apoyarse en los factores protectores puede resultar aun más efectivo que intervenir sobre los factores de riesgo. El estudio de los factores protectores o disuasivos de la conducta suicida es clave para el diseño de intervenciones clínicas y sociales basadas en evidencias. Además, es perentorio indagar en profundidad sobre los significados socio-culturales y procesos psicológicos que subyacen a la conducta suicida y a las razones para vivir en los chilenos.

Por lo tanto, es de gran relevancia una evaluación que integre no solo la detección de los factores de riesgo, sino también la identificación de los recursos, fortalezas y creencias que inhiben la conducta suicida, ya que permite determinar aspectos personales que vinculan a la vida. En este contexto, la RFL se perfila como un instrumento que puede aportar en la evaluación más precisa del riesgo suicida. Cabe destacar que esta escala identifica las razones que disuaden a la persona de tomar la decisión de suicidarse, por lo tanto, se enfoca en aspectos adaptativos y permite identificar los recursos y factores protectores para cada individuo. Por ello, la RFL constituye un instrumento complementario a las mediciones de las características del intento de suicidio y de los factores de riesgo, aportando información útil para detectar las fortalezas y lo que vincula a las personas a la vida. Sus resultados son también aplicables en las intervenciones preventivas y terapéuticas (García-Valencia et al., 2009; Miller, Segal & Coolidge, 2001; Range & Knott, 1997). Dobrov y Thorell (2004) destacan la utilidad de la RFL, tanto en la investigación como en la práctica clínica, y Malone et al. (2000) recomiendan su inclusión como parte de la evaluación de los casos con riesgo suicida y subrayan el enfoque más optimista que permitiría modificar la desesperanza. Esto es de enorme importancia, ya que la desesperanza, junto con los intentos previos (Beck, Steer, Beck & Newman, 1993; García de Jalón & Peralta, 2002), son los predictores clínicos más poderosos del suicidio consumado. Una mayor desesperanza se ha asociado a menor sentido de la vida y a un mayor vacío existencial (Gallego-Pérez & García-Alandete, 2004). Considerando lo anterior, resultaría un aporte contar con la validación de la RFL en Chile, lo que nos permitiría contrastar estos primeros hallazgos y contar con evidencia más válida y robusta.

Debemos señalar que la muestra que utilizamos fue no probabilística y pertenece a un grupo social de características específicas (pacientes psiquiátricos hospitalizados de NSE medio-alto), por lo que los resultados no se pueden extrapolar. Además, el grupo de comparación —sin manifestación suicida— presentó una mayor edad y una mayor proporción de abuso o dependencia de sustancias. Pese a estas limitaciones, es interesante observar que existe una alta consistencia entre los resultados obtenidos en esta muestra con los hallazgos descritos por la literatura internacional.

Resulta de gran importancia continuar investigando para aportar nuevo conocimiento acerca de factores protectores y de riesgo suicida. Futuros estudios debieran contar con muestras más representativas de la realidad nacional, incluyendo consultantes y personas de la población general, pertenecientes a diversos grupos socioculturales. A su vez, sería interesante incluir, además de las variables socio-demográficas y diagnósticas, variables psicológicas (estilos depresivos, vínculos afectivos, manejo de la agresión, entre otras) que permitiera dilucidar factores protectores y de riesgo suicida más específicos.

Referencias

- Abdi, H. (2007). Bonferroni and Šidák corrections for multiple comparisons. En N. J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of measurement and statistics* (pp. 1-9). Thousand Oaks, CA: Sage. Extraído de <http://www.utdallas.edu/~herve/Abdi-Bonferroni2007-pretty.pdf>
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K. ... Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey. *British Medical Journal*, *318*, 1235-1239. doi:0.1136/bmj.318.7193.1235
- Baader, T., Behne, P., Molina, J. L., Gacitúa L., Yáñez, L., Urra, E. & Millán, R. (2011). ¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena?: análisis de las tasas de suicidios y sus características sociodemográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Región de Los Ríos, entre los años 1996 a 2008. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *49*, 273-282. doi:10.4067/S0717-92272011000300008
- Baader, T., Richter, P. & Mundt, C. (2004). Suicidio de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo: un estudio caso control. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *42*, 293-316. doi:10.4067/S0717-92272004000400006
- Beautrais, A. (2009, Noviembre). *Suicidio: estado actual de la ciencia*. Ponencia presentada en II Jornadas de Psiquiatría, Suicidio: Prevención, Evaluación y Tratamiento, Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S. & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *23*, 139-145. doi:10.1111/j.1943-278X.1993.tb00378.x
- Blumenthal, S. (1988). Suicide: A guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, *72*, 937-971.
- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M. & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth: Risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *153*, 573-580. doi:10.1016/S1054-139X(97)83226-0
- Botswick, J. M. & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *The American Journal of Psychiatry*, *157*, 1925-1932. doi:10.1176/appi.ajp.157.12.1925
- Caldera, T., Herrera, A., Kullgren, G. & Salander Renberg, E. (2007). Suicide intent among parasuicide patients in Nicaragua: A surveillance and follow-up study. *Archives of Suicide Research*, *11*, 351-360. doi:10.1080/1381110600894355
- Cantor, C. H. & Slater, P. J. (1995). Marital breakdown, parenthood, and suicide. *Journal of Family Studies*, *1*, 91-102.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, *33*, 395-405. doi:10.1017/S0033291702006943
- Chile, Ministerio de Salud (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago, Chile: Autor.
- Chile, Ministerio de Salud (2013). *Panorama de salud 2013: informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros*. Santiago, Chile: Autor. Extraído de http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf
- Connor, J. J. & Rueter, M. A. (2006). Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality. *Journal of Family Psychology*, *20*, 143-155. doi:10.1037/0893-3200.20.1.143
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K. & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *The American Journal of Psychiatry*, *161*, 2303-2308. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2303
- Dobrov, E. & Thorell, L. H. (2004). Reasons for living: Translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behavior in a Swedish random sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, *58*, 277-285. doi:10.1080/08039480410005783
- Durkheim, É. (1897/1951). *Suicide: A study in sociology* (J. Spaulding & G. Simpson, Trans.; Título original: Le suicide : Étude de sociologie). New York, NY: Free Press.
- Dyer, J. A. & Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *BJPsych: The British Journal of Psychiatry*, *144*, 127-133. doi:10.1192/bjp.144.2.127
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1995). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders: Patient edition (SCID I/P; Version 2.0)*. New York, NY: NY State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Flouri, E. & Buchanan, A. (2002). The protective role of parental involvement in adolescent suicide. *Crisis*, *23*, 17-22. doi:10.1027//0227-5910.23.1.17
- Foster, T., Gillespie, K. & McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *BJPsych: The British Journal of Psychiatry*, *170*, 447-452. doi:10.1192/bjp.170.5.447
- Gallego-Pérez, J. F. & García-Alandete, J. (2004). Sentido de la vida y desesperanza en un grupo de estudiantes universitarios. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, *8*, 49-64.
- García de Jalón, E. & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *25*(Supl. 3), 87-96.
- García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C. ... Sáiz, J. (2002). Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *30*, 112-119.
- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Arias, S., Ocampo, M., Calle, J., Restrepo, D. ... López, C. (2007). Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *36*, 610-627. Extraído de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.scielo.org.co/pdf/rcpv36n4/v36n4a0.pdf>
- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C. A., Vargas, G., Arias, S., Ocampo, M. V., Aguirre, B. ... García, H. (2009). Validación del "Inventario de Razones para Vivir" (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *38*, 66-84.
- Gençöz, T. & Or, P. (2006). Associated factors of suicide among university students: Importance of family environment. *Contemporary Family Therapy*, *28*, 261-268. doi:10.1007/s10591-006-9003-1
- González, B. & Rego, E. (2006). *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*. Madrid, España: Instituto de la Juventud. Extraído de <http://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/problemas-emergentes-en-la-salud-mental-de-la-juventud>
- Guibert Reyes, W. & Torres Miranda, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *17*, 452-460.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *BJPsych: The British Journal of Psychiatry*, *170*, 205-228. doi:10.1192/bjp.170.3.205
- Hawton, K. & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, *373*, 1372-1381. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*, 209-218.
- Isometsä, E. T. & Lönnqvist, J. K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *BJPsych: The British Journal of Psychiatry*, *173*, 531-535. doi:10.1192/bjp.173.6.531

- Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V., Woodham, A. & Harrington, R. (1996). Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *BJPsych: The British Journal of Psychiatry*, 168, 38-42. doi:10.1192/bjp.168.1.38
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71, 183-191. doi:10.4067/S0370-41062000000300002
- Latha, K., D'Souza, P. & Bhat, S. (1996). Social support and suicide attempts. *Indian Journal of Social Work*, 57(3), 386-395.
- Lester, D. (1994). Experience of loss and subsequent suicide. *Perceptual and Motor Skills*, 79(2), 730-738.
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S. L. & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286.
- López-Ibor, J. J. & Valdés, M. (Dir.) (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona, España: Masson.
- Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S. & Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicide acts in major depression: Reasons for living. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1084-1088. doi:10.1176/appi.ajp.157.7.1084 Extraído de <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3714/1084.pdf>
- Miller, J. S., Segal, D. L. & Coolidge, F. L. (2001). A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults. *Death Studies*, 25, 357-365. doi:10.1080/07481180126250 Extraído de <http://www.uccs.edu/Documents/dsegal/RFL-Younger-and-older-adults-Death-Studies-2001.pdf>
- Morales, S., Echávarri, O., Zuloaga, F., Barros, J. & Taylor, T. (en prensa). Cómo perciben su propio riesgo suicida pacientes psiquiátricos hospitalizados por intento o por ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2011). *Health at a glance 2011: OECD indicators*. Paris, Francia: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y personal institucional*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Extraído de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2004, Septiembre 8). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. *Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud*, Comunicados de prensa. Extraído de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud (2002). La violencia infligida. En Organización Panamericana de la Salud, *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp. 200-231). Washington, DC: Autor. Extraído de http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_7.pdf
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. & Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 137, 226-233. doi:10.4067/S0034-98872009000200006
- Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*, 360, 1126-1130. doi:10.1016/S0140-6736(02)11197-4
- Range, L. M. & Knott, E. C. (1997). Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations. *Death Studies*, 21, 25-58. doi:10.1080/074811897202128
- Salvo, L. & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46, 115-123. doi:10.4067/S0717-92272008000200005
- Shagle, S. C. & Barber, B. K. (1995). A social-ecological analysis of adolescent suicidal ideation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 114-124. doi:10.1037/h0079591
- Shapiro, S. S. & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52, 591-611. doi:10.1093/biomet/52.3-4.591
- Sheehan D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A. ... Dunbar, G. C. (1997). The validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241. doi:10.1016/S0924-9338(97)83297-X
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A. & Lönnqvist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide: Findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 117-121. doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00243.x
- Taylor, T., Morales, S., Zuloaga, F., Echávarri, O. & Barros, J. (2012). Lo que nos dicen los padres: perspectivas de los padres de pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 271-280.
- Valadez-Figueroa, I., Quintanilla-Montoya, R., González-Gallegos, N. & Amezcua-Fernández, R. (2005). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. *Salud Pública de México*, 47, 1-2.
- Wichstrøm, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 603-610. doi:10.1097/00004583-200005000-00014
- World Health Organization (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Ginebra, Suiza: Autor.
- World Health Organization (2009). *Suicide rates (per 100,000), by gender, Chile, 1950-2005*. Ginebra, Suiza: Autor. Extraído de http://www.who.int/mental_health/media/chil.pdf

Fecha de recepción: Septiembre de 2013.

Fecha de aceptación: Diciembre de 2014.