



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología

Facultad Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Programa de Doctorado en Psicoterapia

TESIS DOCTORAL:

**SIGNIFICADOS Y CAMBIO ASOCIADOS
AL PROPIO RIESGO SUICIDA Y A LA AYUDA RECIBIDA
DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR RIESGO SUICIDA**

Realizada por SUSANA MORALES SILVA

Marzo, 2012.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología

Facultad Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Programa de Doctorado en Psicoterapia

SIGNIFICADOS Y CAMBIO ASOCIADOS

AL PROPIO RIESGO SUICIDA Y A LA AYUDA RECIBIDA

DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR RIESGO SUICIDA

Tesis presentada a la Pontificia Universidad Católica de Chile y a la
Universidad de Chile para acceder al grado de Doctor en Psicoterapia.

Realizada por SUSANA MORALES SILVA

Director de Tesis: Profesor Juan Pablo Jiménez, Ph. D. Universidad de Chile

Co-Directora de Tesis: Profesora Mariane Krause, Ph.D. P. Universidad Católica de Chile

Miembros Comité de Tesis: Profesor Tomas Baader, Ph.D. Universidad Austral de Chile

Profesor Patrick Luyten, Ph.D. Katholieke Universiteit Leuven, Belgium

Marzo, 2012.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a cada una de las personas, grupos humanos y equipos de trabajo que me ayudaron a llevar a cabo esta investigación de Doctorado:

Mi familia

Las psicólogas y psiquiatra de la Unidad de investigación de riesgo suicida, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile

Mis Profesores de Comité de Tesis de Doctorado

Mis compañeros, personal administrativo y profesores del Doctorado

Los profesionales y técnicos del Servicio de Hospitalización Psiquiátrica, Clínica UC, San Carlos de Apoquindo

Los pacientes hospitalizados que participaron en este estudio, quienes son la principal motivación para investigar.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	6
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	16
1. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS	24
1.1 Definición de conceptos básicos	24
1.2 Cifras de prevalencia en el mundo y en Chile	25
1.3 Factores de riesgo suicida	28
1.4 Factores protectores de la conducta suicida	31
1.5 Señales de alarma suicida	32
1.6 Comprensiones teóricas acerca de la conducta suicida	32
1.6.1 Perspectiva Biológica	32
1.6.2 Visión Cognitivista	33
1.6.3 Teorías de la personalidad	34
1.6.4 Perspectiva Bio-psico-social	37

1.6.5 Teoría de la crisis	40
1.6.6 El suicidio como un proceso	40
1.7 Intervenciones psicoterapéuticas para pacientes en riesgo suicida	41
1.8 El cambio terapéutico	44
Diagrama de los estudios, artículos enviados y objetivos	46
2. ARTÍCULOS ENVIADOS PARA PUBLICACIÓN	47
2.1 Cómo perciben su propio riesgo suicida Pacientes psiquiátricos hospitalizados por intento o por ideación suicida. Susana Morales-Silva, Orietta Echávarri-Vesperinas, Fabiola Zuloaga-Andrés, Jorge Barros-Beck & Tracy Lee Taylor. Artículo enviado para su publicación a <i>Revista Terapia Psicológica, de la Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos</i> . (Revista ISI)	47
2.2 What Parents Tell Us: Perspectives of Chilean Parents whose Children were Hospitalized for Suicide Ideation or a Suicide Attempt. Tracy Lee Taylor, Susana Morales-Silva., Fabiola Zuloaga-Andrés, Orietta Echávarri-Vesperinas & Jorge Barros-Beck. Artículo aceptado para su publicación en <i>Revista Argentina de Clínica Psicológica</i> . (Revista ISI).	102
2.3 Cómo perciben la ayuda recibida pacientes hospitalizados por riesgo suicida	129

Susana Morales-Silva, Orietta Echávarri-Vesperinas, Ronit Fischman-Vogel, Fabiola Zuloaga-Andrés, Jorge Barros-Beck & Tracy Lee Taylor. Artículo enviado para su publicación a <i>Revista Terapia Psicológica, de la Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos</i> . (Revista ISI)	
2.4 Cambio luego de una hospitalización psiquiátrica por riesgo suicida. Susana Morales-Silva, Orietta Echávarri-Vesperinas, Ronit Fischman-Vogel, Jorge Barros-Beck & Andrés Mendiburo-Seguel. Artículo enviado para su publicación a <i>Revista Terapia Psicológica, de la Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos</i> (Revista ISI)	186
3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES	252
3.1 La perspectiva de los pacientes acerca de su vulnerabilidad	256
3.2 La visión de familiares cercanos de pacientes suicidas	262
3.3 La percepción de ayuda recibida	264
3.4 El cambio luego de la crisis	268
3.5 Sugerencias para los tratamientos con pacientes suicidas	278
3.6 Recomendaciones para la prevención del riesgo suicida	284
3.7 Recomendaciones para la detección del paciente suicida	285
3.8 Limitaciones de esta investigación y direcciones a seguir	286

4. REFERENCIAS GENERALES	289
5. ANEXOS	319
Anexo 1. Escala de Riesgo-Rescate (Weisman & Worden, 1972)	319
Anexo 2. Escala de Intención Suicida (Pierce, 1977)	322
Anexo 3. Cuestionario de funcionamiento familiar APGAR (Smilkstein, 1978)	324
Anexo 4. Cuestionario Outcome Questionnaire (OQ 45.2) (Lambert, 1996, Von Bergen & De la Parra, 2002)	325
Anexo 5. Cuestionario Inventario Estado, Rasgo, Expresión del enojo (STAXI) (Spielberger, 1996)	327
Anexo 6. Consentimiento informado Estudio Clínico	331
Anexo 7. Autorización para investigar Comité de Ética Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile	335
Anexo 8. Autorización para investigar Comité de Ética Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile	337
Anexo 9. Modelo comprensivo del proceso suicida experimentado por pacientes psiquiátricos hospitalizados por ideación o por intento suicida	340

RESUMEN

La investigación está compuesta de dos fases paralelas, una cualitativa y otra cuantitativa mediante cuatro estudios. En la fase cualitativa se analizó la perspectiva de pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida respecto de su riesgo; la perspectiva de los padres de jóvenes hospitalizados por intento o por ideación suicida y la percepción de los pacientes respecto de la ayuda recibida durante la hospitalización. El propósito de la fase cualitativa fue construir un modelo conceptual de significados asociados al propio riesgo suicida y a la ayuda recibida durante la hospitalización. Los resultados obtenidos en esta etapa iluminaron algunas preguntas que se realizaron a la información cuantitativa. En la fase cuantitativa se evaluaron variables del funcionamiento, individual, interpersonal y social, tales como el sentimiento de malestar subjetivo, la satisfacción con el funcionamiento familiar y el manejo del enojo. Complementariamente, los pacientes evaluaron el tratamiento recibido.

Las hipótesis formuladas al inicio de esta investigación consideraron que luego de la intervención hospitalaria, se producirían cambios positivos en el estado de enojo y en el sentimiento de malestar subjetivo. Junto a esto, se esperaba que no hubiera cambios, en el rasgo enojo y en la expresión del enojo. Respecto de la satisfacción con el funcionamiento familiar, las hipótesis apuntaban a que habría un menor cambio en la satisfacción en pacientes con mayor disfuncionalidad familiar y un mayor cambio en pacientes con menor disfuncionalidad familiar.

Estudio 1, artículo 1: La percepción de los pacientes de su propio riesgo. En los resultados, destaca la comprensión que realizan de su propia suicidalidad,

considerando que se produjo mediante un proceso a lo largo de los años. Ellos identifican eventos “predisponentes” ocurridos hace años atrás; otros eventos *precipitantes*, que ocurrieron durante el último año e identifican un evento *gatillante* que detonó la ideación suicida o el intento suicida actual. Estos acontecimientos se presentaron en un contexto personal que incluye características de su personalidad, de sus familias y del entorno social al que pertenecen.

Los dos diferentes procesos suicidas que se obtuvieron de los análisis son: Uno de ellos se produce de luego de un quiebre vincular (terminar una relación de pareja, discutir con una persona querida) lo que trae consigo un afecto de tipo angustioso-depresivo que resultó intolerable. Esta sensación de angustia insoportable sumada al quiebre vincular, gatilla un intento de suicidio, con la intención simultánea de demandar cuidado y de morir al mismo tiempo, aliviando así el sufrimiento. El otro proceso suicida se provoca tras un quiebre vincular, académico o laboral, en que los pacientes experimentan un afecto de tipo angustioso-depresivo, al que se le suma una confirmación categórica de un significado depresivo. Este significado depresivo, suele ser del tipo “*no pertenezco*”, “*nadie me quiere*”, “*no le importo a los demás*”, “*ninguna solución posible*”. Frente a esta confirmación drástica, no les quedó más opción que morir, gatillándose un intento suicida con clara intención de morir.

En relación a los factores protectores, los entrevistados valoran los vínculos y las relaciones cercanas. Refieren sentirse protegidos por vínculos donde se sientan acogidos, comprendidos y apoyados. Esta existencia de lazos comprensivos y acogedores es también lo que les ayudó durante su hospitalización. Existen también, factores que ellos consideran que los alivian, pero que pueden ser de riesgo, como por

ejemplo, consumo de alcohol y drogas al compartir con amigos, uso indiscriminado de internet y juegos de computador.

Asimismo, reconocen factores de riesgo en su familia, como la inestabilidad afectiva y la disminuida comunicación de temas personales. También identifican características de su personalidad que los perjudican, como por ejemplo, un sentimiento de poca capacidad para solucionar problemas, dificultades para pedir ayuda, impulsividad y dificultades en la regulación emocional. Los entrevistados también reconocen como riesgosos ciertos vínculos cercanos tormentosos (relaciones de pareja, de amistad y/o familiares) que son fuente de sufrimiento y de agobio psíquico.

Estudio 2, artículo 2: La visión de los padres respecto del riesgo de sus hijos (as): Muestra que ellos, mirando en retrospectiva, visualizan también un proceso que se gestó con el tiempo y que involucró múltiples factores. Mencionan características de la personalidad y circunstancias que fueron predeterminando (en el largo plazo) y (predisponiendo), en el corto plazo, al riesgo suicida actual de sus hijos (as). Identifican un evento gatillante que detonó el intento o la ideación suicida. Además, los padres visualizan características valiosas de sus hijos (as). Aunque la mayoría de los padres recordaron haber observado el comportamiento previo a la conducta suicida en sus hijos (as), que si bien les produjo preocupación, no lo interpretaron como señales de riesgo suicida. Ellos pensaron que se trataba de conductas propias de la edad y de la personalidad de sus hijos (as).

Estudio 3, artículo 3: Percepción por parte de los pacientes de la ayuda recibida. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes presentó una

recuperación clínica y valoraron positivamente el tratamiento recibido. Las intervenciones evaluadas favorablemente cuantitativamente por un mayor porcentaje de casos fueron psiquiatría, terapia ocupacional y psicología. En la evaluación cualitativa, los pacientes destacaron la relación con los otros pacientes, como una de las experiencias más relevantes que sirvió de ayuda en la hospitalización. Respecto a cada una de las intervenciones en la hospitalización los entrevistados se refieren a aspectos técnicos y a aspectos relacionales, enfatizando la importancia del encuentro, la conversación y el compartir con los otros pacientes, profesionales y técnicos. Destaca la valorización que realizan de la relación con los otros pacientes, principalmente a través de actividades grupales, tanto informales, como organizadas por el equipo de terapia ocupacional.

Estudio 4, artículo 4: El cambio ocurrido después de la hospitalización por intento o por ideación suicida. Los cambios más notorios se observaron en el sentimiento de malestar subjetivo. Los pacientes muestran una mejoría estadística y clínicamente significativa en todos los grupos estudiados. Casi la mitad de los estudiados lograron el índice de cambio confiable y encontrarse en la población funcional post alta. En cuanto a la satisfacción con el funcionamiento familiar, en las mujeres se observan cambios significativos en la *forma de compartir en familia*, a la *forma cómo se habla de las cosas* y en la *forma en cómo la familia expresa afecto*. El grupo de ideación suicida, sintió una significativa mayor satisfacción con la *forma de compartir en familia*.

Respecto al manejo del enojo las mujeres presentaron una disminución estadísticamente significativa en la experiencia del enojo (*estado de enojo* y *rasgo de*

enojo) y en la expresión del enojo (enojo *guardado* en el interior y en la *exteriorización* desregulada del enojo). Los hombres presentaron un cambio favorable significativo en el enojo *guardado* en el interior. El grupo de intento suicida de baja severidad, mostró una disminución significativa en el enojo *guardado* en el interior y en el grupo con intento de alta severidad, en el *rasgo* de enojo. Llama la atención el cambio en el *rasgo* de enojo conceptualizado como un aspecto estable de la personalidad.

Finalmente, se realizan recomendaciones para el tratamiento intrahospitalario y post alta. Tanto individual, como en intervenciones con la familia. Además, se sugiere el seguimiento de los pacientes estudiados y en particular aquellos que no se sintieron aliviados o que experimentaron cambios desfavorables después de la hospitalización psiquiátrica por riesgo suicida.

ABSTRACT

The study is made up by two parallel phases, a qualitative and a quantitative one, comprising four studies. The qualitative phase analyzed the perspective of patients hospitalized due to suicidal ideation or a suicide attempt according to their risk, that of the parents of young people hospitalized due to suicidal ideation or a suicide attempt, and that of patients with respect to the help that they received while hospitalized. The purpose of the qualitative phase was to construct a conceptual model of the meanings associated with patients' own suicide risk and the aid received during hospitalization. Results obtained in this stage shed light on some of the questions asked regarding the quantitative information gathered. The quantitative phase evaluated individual, interpersonal, and social functioning variables, such as subjective distress, satisfaction with family functioning, and anger management. In addition to this, the patients assessed the treatment received.

The hypotheses formulated at the beginning of this research considered that, after the hospital intervention, positive changes would ensue in the patients' anger state and subjective distress. It was also expected that there would be no changes in their anger and expression of anger. Regarding satisfaction with their family functioning, the hypotheses predicted a weaker improvement in patients with higher family dysfunction levels, and a stronger effect in those with lower family dysfunction levels.

Study 1 paper 1: Patients' perception of their own risk. Their comprehension of their suicidality is noteworthy as it was the result of a long-term process. They identify *predisposing* events which took place years before, *precipitating* events which happened during the last year, and “triggering” events which resulted in suicidal ideation or the

current suicide attempt. These events occurred in a personal context which includes characteristics of their personality, of their families, and of the social environment to which they belong.

Two different suicidal processes were identified after the analyses. The first one takes place after the breakdown of a bond (the end of a couple relationship, an argument with a loved one), which brings along a distressing-depressive affect intolerable for the patient. This feeling of unbearable anguish, added to the breakdown of the bond, triggers a suicide attempt, with the simultaneous intention of requiring care and of dying, thus relieving the suffering experienced. The other suicidal process takes place after the breakdown of an affective, academic, or work-related bond, in which patients experience a distressing-depressive affect which is combined with a categorical confirmation of a depressive meaning. This depressive meaning tends to be of the type “I don't belong here”, “nobody loves me”, “nobody cares about me”, “there's no possible solution”. Faced with this drastic confirmation, the patient saw no choice but to die, thus triggering a suicide attempt with a clear intention of dying.

Regarding protective factors, the interviewees value close bonds and relationships. They say that they feel protected by bonds in which they feel accepted, understood, and supported. These understanding and comforting bonds also helped them during their hospitalization. There are also factors which they think relieve them, but which can be risky, such as using alcohol and drugs when with friends, and browsing the Internet and playing computer games indiscriminately.

They also identify risk factors in their families, such as affective instability and limited communication concerning personal issues. In addition, they identify personality traits which negatively affect them, such as feelings of being bad at solving problems, difficulties for asking for help, impulsiveness, and trouble regulating emotions. The interviewees also deem certain close and stormy bonds to be risky (couple, friends, and/or relatives), as they bring them suffering and psychic exhaustion.

Study 2, paper 2: The perspective of patients' parents. The answers of the patients' parents show that they, in hindsight, can also see a process which occurred during a period of time and which involved multiple factors. They mention personality traits and circumstances which predetermined (in the long term) and predisposed (in the short term) their children's current suicide risk. They can identify an event which triggered suicidal ideation or the suicide attempt. In addition, parents see valuable characteristics in their children. Although most parents recalled having perceived the behavior that preceded their children's suicidal conduct, and said that it had worried them, they stated that they did not interpret it as a sign of suicide risk. They thought that it was typical of their children's age and personality.

Study 3, paper 3: Perception of the aid received through the institutional intervention program. Most patients displayed a clinical recovery and had a positive view of the treatment received. The interventions which were better rated quantitatively by most patients were psychiatry, occupational therapy, and psychology. In their qualitative assessment, patients highlighted the relationship with other patients as one of the most valuable experiences in their hospitalization. Regarding each of the interventions during their hospitalization, the interviewees refer to technical and

relational aspects, emphasizing the importance of meeting in person, talking, and spending time with other patients, professionals, and technicians. It is noteworthy that they stress the importance of their relationship with other patients, mostly through group activities, both informal and organized by the occupational therapy team.

Study 4, paper 4: The change after the hospitalization for suicide attempt or suicide ideation. The most noticeable changes were observed in the patients' feelings of subjective discomfort. The patients in all the groups studied displayed a statistically and clinically significant improvement. Nearly half of the patients who participated in the study attained the reliable change index and were found to be within the functional population after their discharge. Regarding their satisfaction with their family functioning, females displayed significant changes in the *way of spending time with their family, how they discuss issues, and how family members express affection*. The suicidal ideation group experienced a significantly greater level of satisfaction with how they spent time with their family.

With respect to anger management, females displayed a statistically significant decrease in their experience of anger (*anger state* and *anger trait*) and in their *anger expression (anger in and anger out)*. Males displayed a significant favorable change in *anger in*. The low severity suicide attempt group also showed a significant decrease in *anger in*, while the high severity attempt group presented a reduction in *anger trait*. This change in *anger trait* is noteworthy, as it is conceptualized as a stable aspect of personality.

Finally, recommendations are made for inpatient and post-discharge treatment, considering individual interventions as well as others involving the patient's family. It is also suggested that the patients studied be followed-up, especially those who did not feel relieved or who experienced unfavorable changes after their hospitalization due to suicide risk.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida se ha transformado en un problema prioritario de salud pública mundial. El incremento y la dificultad en el abordaje han puesto en evidencia la necesidad de revisar los mecanismos de prevención, evaluación y tratamiento de este problema. Su detección y estrategias de prevención se orientan por lo general a pesquisar señales de alarma y a promover factores protectores. Se requiere para su abordaje y tratamiento, de una apreciación detallada e individualizada del paciente y su realidad, siendo esta consideración compleja y única para cada caso. Actualmente, aún cuando se investiga y se ofrecen tratamientos, el problema ha aumentado críticamente y los criterios para prevenir no son suficientes (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003).

Anualmente se suicidan cerca de 1.000.000 de personas en el planeta y se calcula que para el 2020 serán 1,5 millones (OMS, 2002). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OECD) ha puesto una voz de alarma en su informe de la salud mundial 2011, en el que señala que Chile está en el segundo lugar en las tasas de crecimiento del suicidio en los últimos 15 años (1995-2009), con un 54,9% de crecimiento. El primer lugar lo ocupa Korea, con un aumento de un 153,6 %. Con los datos de prevalencia que existen, es posible hacerse una idea de la magnitud del problema. Aunque dimensionarlo a partir de las cifras oficiales no es posible, ya que en muchos el registro de estas muertes omite la causa del suicidio (Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela, 2000; Organization for Economic Cooperation and Development-OECD-, 2011).

Existe abundante investigación que busca predecir y prevenir la conducta suicida. Estos estudios, de tipo cuantitativo en su mayoría, indican factores protectores, factores de riesgo, que suelen ser de tipo socio-demográficos. También se realizan las investigaciones denominadas *autopsias psicológicas*, que analizan las circunstancias y características de la muerte por suicidio después de los acontecimientos (Roberts, Roberts & Xing, 2010; Salvo & Melipillán, 2008).

Los investigadores Hjelmeland & Knizek (2010), señalaron que la búsqueda de teorías explicativas para predecir la conducta suicida, ha sido una etapa necesaria que ha permitido la comprensión de este complejo problema. Constatan que Las publicaciones suelen ser cuantitativas, siendo muy escasa la investigación cualitativa en el tema del suicidio (De Wild, 2002; Hjelmeland & Knizek, 2010; Toomela, 2007). Esto se puede comprobar revisando las revistas especializadas (*Archives of suicide research, The journal of crisis intervention and suicide prevention, Suicide and life threatening behavior*). En ellas se encuentra un mínimo de los artículos publicados con metodología cualitativa (Hjelmeland & Knizek, 2010). Debido a esto, invitan a investigar con métodos cualitativos, poniendo el interés en el *entendimiento* y en la *experiencia* del paciente suicida (Jobes, Nelson & Peterson, 2004). Coincidiendo con lo propuesto por Tellenbach (1983), acerca de la esencia y complejidad del ser humano, que está aún incomprendida en sus profundidades. Resulta, sin embargo posible, acceder a una comprensión de la experiencia del individuo suicida, atendiendo a su individualidad.

La pregunta que fomentó esta investigación fue ¿Qué protege y qué pone en riesgo a las personas de intentar suicidarse, ¿Qué significa esto para ellos?, ¿Se producen cambios luego de una hospitalización por intento o ideación suicida?, ¿Cuáles

son estos cambios? Estas preguntas dieron la partida a una investigación que pretende continuar en su desarrollo, siendo esta tesis de doctorado el inicio de un programa de investigación. Para contestar a estas interrogantes se pensó un diseño mixto cualitativo y cuantitativo, con fases relacionadas entre sí. La fase cualitativa se desarrolló con el propósito de preguntar a los mismos pacientes, siguiendo la recomendación de Jobes, Nelson & Peterson (2004), en la búsqueda de *entender* al individuo suicida.

Luego de explorar la percepción de los pacientes obtenida en la fase cualitativa, en la fase cuantitativa, se optó por evaluar variables individuales, familiares y sociables. Es necesario en este punto, destacar que se estudiaron una mayor cantidad de variables que las publicadas. Específicamente las variables estudiadas son: 1. La satisfacción con el funcionamiento familiar; 2. El malestar subjetivo; 3. El manejo del enojo; 4. La vivencia depresiva y 5. El estilo de apego atribuido a los padres. No obstante, para la producción de los cuatro artículos enviados a publicación, se tomó la opción de utilizar los resultados de la satisfacción familiar, el malestar subjetivo y el manejo del enojo. Las mediciones para la experiencia depresiva y el apego atribuido a los padres, fueron realizadas y no publicadas aún. Se espera continuar publicando los hallazgos obtenidos, en el transcurso de un trabajo ulterior de esta investigación que se inicia.

Para contestar las preguntas iniciales, se definieron los siguientes objetivos generales y específicos: 1er Objetivo general: Construir un modelo conceptual de significados asociados al propio riesgo suicida, desde la perspectiva de los pacientes
Objetivos específicos. En cuanto a: 1.1 Intencionalidad del intento o ideación suicida; 1.2 Historia que puede haber afectado a su vulnerabilidad actual; 1.3 Factores de riesgo

suicida; 1.4 Factores protectores de la conducta suicida; 1.5 Deseos y proyectos para el futuro.

2º Objetivo general: Construir un modelo conceptual de significados asociados al riesgo suicida desde la perspectiva de los padres. Objetivos específicos. En cuanto a: 2.1 Factores de riesgo suicida; 2.2 Factores protectores de la conducta suicida.

3er Objetivo general: Construir un modelo conceptual de significados asociados a la percepción de la ayuda recibida por parte de un programa de intervención por intento o ideación suicida, desde la perspectiva de los pacientes. Objetivos específicos. En cuanto a: 3.1 Las expectativas que se tenían del tratamiento; 3.2 Involucración en actividades; 3.3 Actividades consideradas de ayuda; 3.4 Actividades consideradas que no ayudaron.

4to Objetivo general: Evaluar el cambio producido en variables transitorias y en variables relativamente estables de personalidad, en pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida. Objetivos específicos: En cuanto a: 4.1 La satisfacción con el funcionamiento familiar; 4.2 El sentimiento de malestar subjetivo en sintomatología ansiosa y depresiva, relaciones interpersonales y rol social; 4.3 Experiencia y expresión del enojo.

En el inicio, para la indagación con los protagonistas no se establecieron ni supuestos, ni hipótesis. El análisis de la información se orientó al descubrimiento de los significados de los pacientes. La información fue recogida en forma abierta, actualizando la búsqueda en forma emergente a través de un análisis inductivo,

inspirado en la técnica de la teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1998; Taylor & Bogdan, 1987).

Según lo anterior, el método propuesto para este estudio, en su fase cualitativa, responde a los criterios de dependabilidad, credibilidad y transferibilidad propuestos por Guba (1981). Estos conceptos, retomados luego por Elliot, Fischer & Rennie, (1999) y por Lindner (2006), proponen una forma de investigar que vincula una visión particular del paciente con la colectividad. Es una metodología que aporta a la investigación en psicoterapia, donde el objeto de estudio es clínicamente relevante y observado cualitativamente, ya que el funcionamiento humano como parámetro central es primordialmente subjetivo (Hempel 1965; Lindner, 2006; Malterud, 2001; Schwartz & Wiggins, 1987).

Las preguntas directrices en cuanto a los significados de su propio riesgo fueron: ¿Cuáles son los sentimientos y pensamientos con respecto al intento suicida realizado?; ¿Cuál es la intención que tenía tras su intento/ideación suicida?; ¿Hay elementos en su historia de vínculos que pudieron vulnerar al paciente?; ¿Los factores que el paciente considera protectores son similares a los comúnmente difundidos por los hallazgos de investigación?; ¿Estos son verdaderamente protectores?; ¿Los factores que el paciente considera de riesgo son similares a los comúnmente difundidos por los hallazgos de investigación?; ¿Cuáles son los factores que el paciente considera de riesgo para sí mismo (a)? (Si los hay) ¿Cuáles son los factores que el paciente considera protectores para sí mismo (a)? (Si los hay); ¿Qué espera del futuro?

Las preguntas directrices en cuanto a los significados de la ayuda recibida fueron: ¿El paciente tenía expectativas de ser ayudado?; ¿Cuáles expectativas tenía? (Si las hay); ¿Es beneficiosa la hospitalización? ¿De qué manera es o no beneficiosa?

Las hipótesis formuladas para el estudio cuantitativo consideraron que con posterioridad a la intervención en crisis por intento o por ideación suicida, se producirían cambios en algunas variables menos estables y en otras, más estables, no habría cambios. Es decir, se hipotetizó que experiencias impactantes de la vida, pueden otorgar un giro, un cierto movimiento en algunos aspectos del funcionamiento individual, familiar y social.

Específicamente, las hipótesis planteadas esperaban cambios favorables en la medición post alta en: Una mayor satisfacción con el funcionamiento familiar en los pacientes que presenten una mayor funcionalidad familiar en la 1ª medición; Se observará alivio en el sentimiento de malestar subjetivo en cuanto a la sintomatología ansiosa y depresiva, en las relaciones interpersonales y en el rol social. También se esperaba encontrar una evolución favorable del estado actual de enojo. Además se hipotetizó que no se observarían cambios (o los cambios no serán significativos) en: Aquellos pacientes que presenten mayor disfuncionalidad familiar en la 1ª medición; en el Rasgo (estado habitual) de enojo y en la expresión de este.

La elección de este diseño cualitativo y cuantitativo tuvo el propósito de contribuir a la perspectiva clínica presente en el contexto de la relación terapéutica, en cuanto ofrece una aproximación de mayor accesibilidad y afinidad (Jiménez, 1999). De esta manera, lo obtenido sustantivamente iluminó los análisis cuantitativos, que se

obtuvieron con un tamaño de muestra mayor, permitiendo visualizar tendencias y diferencias significativas en el grupo de pacientes estudiado.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, se desarrollaron cuatro estudios: El primer estudio (que responde al objetivo general 1) analizó la percepción del propio riesgo suicida, por parte de pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida, en cuanto a sus factores protectores, factores de riesgo y cómo se explican lo que los trajo a hospitalización por intento o por ideación suicida. Consideró la entrevista de 20 pacientes durante la primera semana de hospitalización psiquiátrica por intento o por ideación suicida.

El segundo estudio (que responde al objetivo general 2) indagó la visión de padres de jóvenes respecto de los factores protectores, factores de riesgo de sus hijos (as) y cómo ellos visualizan lo que los trajo a estar hospitalizados. Para ello se entrevistó a 11 padres de jóvenes pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida.

El tercer estudio (que responde al objetivo general 3) investigó la percepción de los pacientes respecto de la ayuda que recibieron durante el tiempo en que se encontraron hospitalizados en un servicio de hospitalización psiquiátrica debido a su riesgo suicida. Complementariamente, los pacientes evaluaron el tratamiento recibido con un instrumento cuantitativo, calificando las distintas instancias de intervención. Este estudio consideró la entrevista de 10 pacientes, luego de una semana de haber sido dados de alta psiquiátrica. Además, incluyó la evaluación por parte de 63 pacientes del tratamiento recibido, con una escala tipo likert que señalaba las distintas instancias de intervención del programa recibido.

El cuarto estudio (que responde al objetivo general 4) correspondió a la fase cuantitativa y buscó confirmar las hipótesis de cambio individual, interpersonal y social, en cuanto a la satisfacción con el funcionamiento familiar, el sentimiento de malestar subjetivo y el manejo del enojo. Consideró la evaluación de 80 pacientes durante la primera semana de estadía en internación psiquiátrica y 63 pacientes evaluados después de una semana de haber sido dados de alta. El cambio fue analizado con estos últimos que cumplían con las dos mediciones.

La investigación acá presentada cumplió con los estándares exigidos por el Comité de Ética de la Escuela de Psicología y de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Documentos de autorización para investigar de Comités de Ética y consentimientos informados se encuentran en anexos).

A continuación se entregan los antecedentes teóricos y empíricos que conceptualizan la investigación presentada, después se muestran los cuatro artículos desarrollados, con los principales resultados. Finalmente se incluye una discusión y conclusiones generales, con el propósito de integrar las reflexiones acerca de los hallazgos obtenidos. Para facilitar la lectura, se sugiere mirar los antecedentes teóricos - empíricos y la discusión general, lo que permite tener un panorama completo de la investigación que acá se presenta. Si se quisiera visualizar el detalle de la metodología y especificaciones de cada estudio, se pueden leer los artículos en particular. Esto se propone debido a que en este formato de tesis, suelen repetirse en la integración, aspectos ya tomados en los artículos.

1. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

1.1 Definición de conceptos básicos

La *violencia* como concepto es definida por la Organización Panamericana de la Salud, como el uso deliberado del poder o de la fuerza física, ya sea en grado de amenaza o de forma efectiva, contra uno mismo u otra persona, que produzca lesiones, muerte o daño (OPS, 2002). La *violencia auto infringida* considera aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y biológicos. Esta se puede entender como un síntoma observable en diversos trastornos mentales. No está incluido en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales como un trastorno, DSM IV-R (López-Ibor & Valdés, 2002), sin embargo es definida como síntoma en el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, de la esquizofrenia, de las adicciones y de los trastornos ansiosos. Es además, un criterio para el Diagnóstico del Trastorno de Personalidad Límite (López-Ibor & Valdés, 2002).

La palabra *suicidio* proviene del latín *sui* y *occidere*, que significa matarse a sí mismo (García de Jalón & Peralta, 2002; Minois, 1999). Shneidman (1985; 1994) lo definió como el acto humano de causar el término de la propia vida. La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como el acto deliberado iniciado y desarrollado para terminar con la propia vida, en conocimiento de la fatalidad del resultado (OECD, 2011). La *ideación suicida*, se entiende como el acto de pensar en atentar contra la propia integridad (Sarro, 1984), o como el sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño (Kessler, Borges & Walters, 1999; Paykel, Myers & Walters, 1974).

El término *comportamiento suicida mortal*, se usa para referir actos que ocasionan la muerte y el término *comportamiento suicida no mortal* se utiliza para las acciones suicidas que no provocan la muerte, recibiendo el nombre *intentos de suicidio* (Shneidman, 1985). El término *parasuicidio* alude al acto de autoagresión, con una baja intención de conseguir la muerte (Kreitman & Dyer, 1984; Bille-Brahe, Schmidtke, Kerkhof, De Leo, Lönqvist & Platt, 1995). Los conceptos *parasuicidio* y *daño auto infringido deliberado*, *suicidio no fatal* y *conducta auto agresiva* se consideran similares y se refieren al acto suicida, sin resultado fatal de la muerte. Estos términos se refieren a una conducta inhabitual, realizada sin la intervención de terceros con el propósito de hacerse daño físico (OPS, 2002). La palabra *autoagresión* se entiende como el acto autoagresivo en contra de la propia integridad física, sin la intención suicida (Favazza, 1999). Además, para que una autoagresión sea considerada un *intento suicida*, se requiere que exista intención suicida (Beck, Kovacs & Weisman, 1979).

1.2 Cifras de prevalencia en el mundo y en Chile

La OMS el año 2009 señaló que en los últimos 50 años, el suicidio consumado había aumentado en un 60%, lo que significaba que unas 3000 personas se suicidaban diariamente (una persona cada 40 segundos). A estas cifras se le suman el aumento de los últimos años y los intentos de suicidio que no han tenido por resultado la muerte. En relación a esto, los estudios indican que por cada persona que logra suicidarse, unas 20 han intentado hacerlo, ocasionando una progresión de traumatización y sufrimiento, tanto en la persona que atenta contra su vida, en su familia y en su entorno social (OMS, 2009).

Estas tasas ubican a la muerte por suicidio, entre las trece primeras causas de muerte en el mundo, (OMS, 2007), entre las tres primeras causas de muerte en adolescentes entre 10 y 24 años de edad (OMS, 2009) y entre las cuatro primeras causa de muerte en personas entre 15 y 44 años de edad (OPS, 2002). De igual forma, en términos porcentuales, la edad que registra el mayor porcentaje del total de suicidios en el mundo, se sitúa entre los 35 y 44 años, (19,2%), seguido por adultos jóvenes entre 25 y 34 años (17,5%), luego están los adultos entre 45 y 54 años de edad (16,4%). En cuarto lugar se encuentran las personas entre 55 y 64 años (13,9%) y son seguidos por los adolescentes entre 15 y 24 años (12,8) (OMS, 2002; OPS, 2002).

La OPS en su informe de salud de las Américas del año 2006, señala que en el año 2000, en el grupo de edad entre 15 y 24 años, el suicidio se ubicó entre las cinco principales causas de muerte en 25 países de América. En nuestro país, ocupó el primer lugar y el segundo en Canadá, Costa Rica y Uruguay (OPS, 2006).

El informe OECD (2011), muestra que en nuestro país mueren cinco personas por suicidio al día, alrededor de unas 1.800 personas al año (cinco personas diarias), con una tasa al año 2009 de un 11 por cada 100.000 habitantes, siendo un 4, 1 por 100.000 en las mujeres y 18,5 por 100.000 en los hombres. Estas preocupantes cifras estarían relacionadas según los analistas, con la baja calidad de vida, el consumo de alcohol y los estados depresivos que sufre nuestra población.

El Ministerio de Salud (MINSAL) por su parte, informa en la Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020, que existe un aumento importante en las conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años. Entre estas conductas de peligro destaca la conducta sexual

temeraria, el consumo excesivo de alcohol, tabaco y drogas, la alimentación poco saludable y el sedentarismo. Estas conductas afectan negativamente en la salud, trayendo consecuencias como embarazo precoz, drogadicción, deserción escolar, violencia, accidentes, invalidez, homicidios y suicidios. Estos antecedentes llevan a anticipar que se perderán años de vida saludable, ya sea por discapacidad o por muerte prematura (AVISA) en adolescentes y jóvenes chilenos. La consecuencia de esto señalado sería un aumento en la carga de enfermedad de los futuros adultos y personas mayores (MINSAL, 2011).

Se estima que para el año 2020 los adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años representarán el 21% de la población total chilena (INE, 2009). El informe también señala que la muerte de adolescentes por causas como el homicidio y el suicidio ha tenido un alarmante aumento en los últimos años y que en la actualidad estas causas representan un 60% del total de muertes en adolescentes (de este total, un 70,4% son de adolescentes hombres). Asimismo, el suicidio es una de las importantes causas externas de muerte para este grupo. En particular el grupo de 15 a 19 años, el año 2008 tuvo una tasa de 7,7 por 100.000 habitantes y se espera que llegue a 12 por 100.000 habitantes el año 2020 (MINSAL, 2011)

Debido a lo inquietante de los datos de salud pública chilena, MINSAL (2011) se ha propuesto disminuir estas tasas en un 15% para la década 2011-2020 y desarrolló un programa nacional de prevención del suicidio, con cuatro estrategias que se comenzarán a desarrollar a partir de este año: 1) Trabajo intersectorial del Ministerio de Educación en colaboración con organismos afines; 2) Detección de casos de riesgo por medio de controles anuales de salud en los adolescentes y jóvenes; 3) Cobertura y

calidad de atención de salud pública nacional y 4) Vigilancia a través de programas de formación de los miembros comunitarios, que han denominado “guardianes”, (policías, comerciantes, inspectores de colegios, bomberos y ciudadanos en general). Estas personas de la comunidad serán capacitadas para identificar y referir a los servicios de atención de salud, a quienes se encuentren en riesgo (MINSAL, 2011).

Se sabe además, en relación a los trastornos psiquiátricos relacionados con la conducta suicida, que en un 90% de los suicidios consumados en el mundo, existía una enfermedad psiquiátrica diagnosticada (Mental Health Foundation, 2000) y en un 80% estaban relacionados con depresión (OMS, 2002; OPS, 2002). Siendo los Trastornos del ánimo, ansiedad, sensación de desesperanza, impulsividad y esquizofrenia, los principales factores psicológicos y psiquiátricos relacionados con la conducta suicida.

La prevalencia de depresión en Chile alcanza cifras de 11,3% en mujeres y 6,4 % en hombres. Asimismo, a nivel de la atención en los servicios de salud, la conducta suicida se observa en casi un 40% de los trastornos depresivos atendidos a nivel secundario, durante el año 2004. Un estudio muestra que en ese período, fueron tratadas 5.076 personas, con diagnóstico de depresión severa, el 36% de estas personas ingresó al servicio de salud, por intento de suicidio. (MINSAL, 2009). Además, los trastornos depresivos unipolares son la segunda causa AVISA en nuestro país, (después de la enfermedad hipertensiva del corazón), estos ocupan el tercer lugar en mujeres y el quinto lugar en hombres (MINSAL, 2007).

1.3 Factores de riesgo suicida

La literatura describe extensamente los factores de riesgo para detectar a la población vulnerable. Entre los factores de riesgo se encuentran aspectos biológicos,

psiquiátricos, sociales y la vivencia de la historia personal (OPS, 2002). Según García de Jalón & Peralta (2002) los factores de riesgo son de tipo socio demográficos, clínicos y neurobiológicos, ente los que se encuentran: Los rasgos de personalidad, la carga genética, y los eventos desencadenantes, tales como situaciones perturbadoras o enfermedades psiquiátricas. Los autores opinan que el nivel de riesgo va en directa relación con los factores de riesgo.

Entre las variables socio-demográficas se señalan: Ser hombre (los hombres consuman sus intentos en una proporción 6:1 con respecto a las mujeres, para los intentos la relación es 1,5:1 mujer: hombre); ser mayor de 40 años y tener entre 15 y 24 años. Otros factores que se indican: Ser extranjero, soltero, divorciado, o viudo (Qin, Westergard-Nielsen, Eriksson & Mortensen, 2000), estar desempleado y tener bajo nivel de educación (García-Resa et al., 2002; Hawton, 2000; Kaplan & Sadock, 1999; Mann, Oquendo, Underwood & Arango, 1999; Mann, 2002; Qin, Agerbo, Westergard-Nielsen, Eriksson & Mortensen, 2000; Schmidtke, Bille-Brahe, De Leo, Kerhof, Bjerke & Crepet, 1999), ser inmigrante, tener falta de redes de apoyo, haber tenido patrones familiares destructivos, abuso de alcohol y o de sustancias, desarraigo, exclusión del grupo de pares, aislamiento, familias con patrones muy rígidos o muy laxos, acontecimientos traumáticos en la niñez y existencia de patología psiquiátrica en la familia (OMS, 2001).

Dentro de las variables clínicas, se mencionan las enfermedades médicas (Druss & Pincus, 2000; Harris & Barracclough, 1997; Kaplan & Sadock, 1999); las enfermedades psiquiátricas, como la depresión grave que se encuentra entre un 65% y un 90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas

(Blumenthal, 1988; OMS, 1998), otros trastornos del estado de ánimo, la sensación de desesperanza, la esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 1999), los trastornos por ansiedad; los trastornos conductuales, el abuso de sustancias, principalmente el alcohol y el abuso de drogas (Kaplan & Sadock, 1999; Ros-Montalbán, 1998), los trastornos de personalidad (Kaplan & Sadock, 1999; Ros-Montalbán, 1998), principalmente del cluster B y en especial el trastorno personalidad límite (Baxter & Appleby, Shaw & Amos 1999; Isometsa, Henriksson, Heikkinen, Aro & Marttunen, 1996; Kaplan & Sadock, 1999; Beck, Brown & Berchick, 1990; Blumenthal, 1988; Botswick & Pankratz, 2000; Caldwell & Gottesman, 1990; Guze & Robins, 1970; Harris & Barraclough, 1997; Roy, 1986).

El hecho de haber intentado previamente es considerado como uno de los principales indicadores de riesgo suicida (Beautrais, 2009; Harris & Barraclough, 1997; Isometsa & Lönqvist, 1998; Kaplan & Sadock, 1999; Suokas, Suominen, Isometsä, Ostamo & Lönqvist, 2001), vivir en situación de pobreza, el maltrato infantil, la pérdida de seres queridos (Borowsky, 1999; Bron, Strack & Rudolph, 1991; Lester, 1994; Stack, 1996), los problemas laborales (Caldera, Herrera & Kullgreen, 2007; Dervic, Oquendo, Grunebaum, Ellis, Ainsley, Burke & Mann, 2004; Forman, Berk & Henriques, 2004; González & Rego, 2008; 2004; Smith, Alloy, & Abramson, 2006; Suominen, Isometsä, & Suokas, 2004).

En cuanto a los estilos cognitivos y de la personalidad se señalan la impulsividad, humor inestable, irritabilidad, estilo agresivo o descontrolado, comportamiento antisocial, enojo o agresividad, escasa habilidad para solucionar problemas, tendencia a la desesperanza, tener fantasías de grandeza seguidas por desvalorización, baja

tolerancia a la frustración, incertidumbre en la identidad de género, sentimientos de inferioridad tras una fachada de petulancia y superioridad (OMS, 2001).

1.4 Factores protectores de la conducta suicida

Se consideran factores que protegen de la conducta suicida, las creencias religiosas (Dervic et al., 2004; Durkheim, 1951; Faupel, Kowalski & Starr, 1987; Burr, McCall & Powell-Griner, 1994), el apoyo social (Marzuk, 1993), la integración familiar (Wichstrom, 2000; Nisbet, 1996; McKeown, 1998; Morgan, Jones & Owen, 1993), la paternidad (Mazurk, 1993), la autoestima positiva (Botsis, 1997) y el bienestar emocional (Borowsky, 1999). Se han destacado también la relación con la familia, el estilo de personalidad y cognitivo, las habilidades sociales, la confianza en sí mismo y en los logros alcanzados (OMS, 2001). De los factores culturales destacan la capacidad de búsqueda de ayuda, la receptividad hacia las experiencias de otros, la receptividad a nuevos conocimientos. Entre los factores protectores socio-demográficos se encuentran la integración social (en actividades de la comunidad), las buenas relaciones interpersonales, tener apoyo de personas relevantes (OMS, 2001), tener amigos a quien recurrir (Bearman & Moody, 2004; Blanton-Lacy, Molock, Kimbrough, Williams, Nicholson & Hamilton, 1995, Cantor & Salter, 1995; Borowsky, 1999; Heikkinen, Isometa, Marttunen, Aro & Lonqvist, 1995; Hirsch & Ellis, 1995; Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham & Harrington, 1996; Latha, D'Souza & Bhat, 1996; Ordoñez, Barros, Echávarri & Morales, 2011; Shagle & Barber; Welz, 1994). La familia que cuida a sus miembros, promueve competencias personales y protege de tener problemas de salud mental (Horowitz, Wilner & Álvarez, 1979; Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano & Salazar, 1998).

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. (Borowsky, 1999) indica que el hecho de reforzar y apoyarse en los factores protectores, puede resultar aún más efectivo que intervenir sobre los factores de riesgo.

1.5 Señales de alarma suicida

Se suele decir que quien piensa realmente en suicidarse no lo va a decir. Distintos estudios muestran que contrariamente a esta creencia, los suicidas, si comunican sus pensamientos. Diferentes estudios indican cuáles son las señales de alarma previas a un intento suicida, que pueden o no acompañar verbalizaciones de los pensamientos suicidas estas son: Amenazas o comentarios de suicidio, comprar un arma, realizar comentarios acerca de “*que no va a causar más problemas*”, o que “*dejará de ser una carga*”, regalar posesiones, redactar un testamento o hacer arreglos funerarios, parecer muy tranquilo de pronto, luego de haber estado deprimido (Conemaugh Health System, 2012).

1.6 Comprensiones teóricas de la conducta suicida

Diferentes perspectivas teóricas pueden encontrarse en la literatura. Estas son del orden biológico, psicológico y social. A continuación se señalan algunas que han sido seleccionadas considerando aspectos relevantes para esta investigación.

1.6.1 Perspectiva biológica. Explicaciones de la biología de la conducta suicida plantean que existiría una disminución en la acción de la serotonina (5-HT) la que está

involucrada en conductas depresivas, agresivas y en el control de los impulsos. Se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral pre-frontal y a una disminución del procesamiento en la corteza pre-frontal del cerebro, área de la que dependen los procesos cognitivos superiores, como la toma de decisiones, la que se vería debilitada por los estados depresivos, el abuso de alcohol o sustancias psicoactivas y otros estados psicopatológicos (Kaplan & Sadock, 1999; Mann, Oquendo, Underwood & Arango, 1999; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999; Roy, Nielsen, Rylander, Sarchiapone & Segal, 1999; Silva, 2006).

Una explicación genética apunta hacia la existencia de suicidalidad replicada en distintos miembros de una misma familia y a través de las generaciones. Estudios han mostrado que en un 20% de los casos en los que un hermano gemelo se suicidaba, el otro fallecía de la misma manera. Este hecho puede atribuirse en parte a factores genéticos y a una *herencia ambiental familiar*, que se transmite a través de las creencias y de la historia. En un estudio peruano se encontró que en un 26.7 % familiares de primer grado de personas que habían intentado suicidarse, habían consumado el suicidio (Vásquez, Coronado, Morocho & Salgado, 2002).

1.6.2 Visión cognitivista. Una explicación de la teoría cognitivista plantea que la conducta autodestructiva está influida por unas denominadas *voces internas*, que se expresan en torno a pensamientos negativos. Estas voces representan un patrón de pensamientos, actitudes y creencias de tipo hostil hacia uno mismo y hacia los otros. Los rangos de esta voz interna se encuentran en un continuo de intensidad, desde la autocrítica (“*Tú eres estúpido*”, “*No mereces cosas buenas*”), hasta la afirmación de la

auto-aniquilación (“*No mereces vivir*”, “*Todos estarán mejor si tú no estás*”) (Firestone & Seiden, 1990).

1.6.3 Teorías de la personalidad. Abundante investigación han mostrado que personas con trastorno de personalidad tienen una alta tendencia a atentar en contra de su vida. La desregulación emocional y la impulsividad que les caracterizan, se descompensan frente eventos y se gatillan intentos suicidas, Estos gatillantes suelen ser eventos vitales inesperados, que desestabilizan un equilibrio precario, como por ejemplo, una enfermedad psiquiátrica, crisis familiares, laborales o sociales inesperadas (Mann, Oquendo, Underwood & Arango, 1999).

La experiencia depresiva. Es posible establecer una relación entre estilos de personalidad depresivos y la conducta suicida, considerando que el pensamiento y la conducta suicida serían expresiones distintas y no excluyentes, de una experiencia depresiva (Blatt, 1974, 1995a; 1995b; Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976; Fazaa & Page 2003; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982). Estos autores señalan que existirían dos tipos de personalidad depresiva, la dependiente y la autocrítica, las que emergen de dificultades para enfrentar las tareas del desarrollo, provocando consecuencias en la formación de la personalidad. La dependencia se relaciona con la tarea de lograr vínculos interpersonales mutuamente satisfactorios y la autocrítica concierne a la tarea de desarrollar un autoconcepto integrado (Blatt, 1990).

El estilo dependiente, se expresa por medio de una preocupación intensa por relaciones interpersonales y en la necesidad de recibir amor de los demás. En este estilo suele haber alta influencia de los factores ambientales, con tendencia a responder

exageradamente a factores perturbadores de tipo interpersonal o social. Personas con estilos dependientes, suelen comunicar a menudo su infelicidad a los otros, lo que les permite obtener su atención y cuidado (Fazaa & Page 2003). Ellos suelen realizar intentos suicidas de menor letalidad y desplegar estrategias para ser rescatados, buscando en el acto suicida una forma de escapar o de aliviarse del dolor psíquico (Fazaa & Page, 2003). El estilo autocrítico, por su parte, muestra intentos de suicidio con real intención de morir. Ellos suelen desplegar un alto nivel de letalidad en sus intentos y se tienden a preparar para no ser encontrados ni rescatados (Luyten, Sabbe, Blatt, Meganck, Jansen, De Grave & Corvelein (2007).

La disfunción del vínculo parental. Los modelos operativos internos de las experiencias tempranas, templan los prototipos que consolidan el sentido del sí mismo y los patrones de la experiencia subjetiva interpersonal (Ainsworth, 1985; Bowlby, 1969, 1973, 1988). Las teorías del Apego, indican que en el inicio de la vida, en la relación del infante con su cuidador se forman los esquemas cognitivo-afectivo, guiando para la vida, la experiencia del sí mismo y de la relación con los otros. En la medida en que este período se presente de manera saludable, se desarrollará una mayor madurez cognitivo-afectiva y habrá una formación saludable de estructuras representacionales. En situaciones de perturbación persistente de la experiencia vincular temprana, el desarrollo de estas estructuras cognitivo-afectivas, se comprometen (Blatt, 1991, 1995a). Sufrir abandono o sobreprotección ha sido señalado como fundamento de la patología psiquiátrica (Parker, 1990; Melis, Dávila Ormeño, Vera, Greppi & Gloger, 2001. Puede sostenerse que una percepción del vínculo concebido como abandonador

o controlador, puede inducir a trastornos severos en el apego, produciendo una grave fragilidad en la estructura de la personalidad.

La experiencia y expresión disfuncional de la agresión. La agresión se comprende como un constructo que enlaza la vivencia interna y la conducta. Consiste en sentimientos subjetivos de tensión, que varían desde molestia, pasando por un estado de máximo discomfort, hasta la furia desplegada. La agresión presenta una concomitante manifestación fisiológica, como palpitations aceleradas, agitación respiratoria, motricidad agilizada, angustia y surge de manera diferente, según el estilo de las personas. Esta expresión de la agresión varía en intensidad y se manifiesta en forma relativamente estable en la personalidad (Speilberger, 1991; Spielberger, Charles, Sydeman, Sumner, Owen, Marsh & Brian (1988). Los sentimientos de enojo (rabia) e irritación suelen asociarse a síntomas de angustia, pueden desencadenar actos impulsivos por una parte, o actos de un control extremo. Estos impulsos agresivos excesivamente contenidos, eventualmente irrumpen volcándose hacia otras personas o hacia el sujeto mismo, permitiendo cierto alivio de la angustia, sentida con un extremo displacer.

La conducta suicida es una conducta violenta y ha sido demostrado que el estado de enojo (o rabia) es una condición necesaria para realizar crímenes violentos, especialmente en poblaciones con patología mental (Novaco, 1994, 1997). Varias investigaciones muestran que el enojo y la hostilidad contribuyen a la patogénesis de ciertos desórdenes médicos (Leibovich, Schmidt & Gol, 2001). Es una función adaptativa humana, que regula procesos psicológicos, fisiológicos, permite actuar en defensa propia y contribuye a la regulación de conductas, tanto interpersonales, como

sociales. (Lemerise & Dodge, 1993). Entonces si el enojo se experimenta y expresa de manera funcional, es una conducta adaptativa; sin embargo si su manejo es disfuncional tiene asociado un mayor riesgo para la conducta suicida. En esta línea, los autores Baud, Courtet, Perroud, Jollant, Buresi & Malafosse (2007) han demostrado que el rasgo de personalidad rabioso es un factor de riesgo para la conducta suicida.

1.6.4 Perspectiva bio-psico-social. Estas teorías comprenden el comportamiento suicida como el resultado de una interacción de factores biológicos, ambiente psicosocial, enfermedades psiquiátricas, genética e historia familiar (Blumenthal & Kupfer, 1987). Es también el resultado de una combinación de factores que interactúan de manera única para cada persona (Schneidman, 1985, 1994; De la Espirella, 2010; O'Connor, Rasmussen & Hawton, 2010; Dour, Cha & Nock, 2011). Joiner, Brown & Wingate (2005) proponen que existirían dos categorías de riesgo suicida. Una es la relacionada con la desregulación en el control de impulsos y la otra es la propensión al sufrimiento psíquico (desesperanza, aislamiento social y otros). Ambas categorías que habitualmente se presentan en un contexto de patología mental y estarían sustentados por factores genéticos y neurobiológicos.

Dour, Cha & Nock (2011) sugieren que existe una interacción entre emoción y cognición que lleva a la conducta suicida. En esta interacción ocurre una alta reactividad emocional y un pobre control cognitivo para el enfrentamiento de problemas. Por un lado la experimentación de alto malestar emocional frente a eventos adversos e intolerables y por otro lado, una incapacidad de generar soluciones adaptativas. Esta interacción es predictor de la conducta suicida, donde el intento suicida es un medio de escape de un estado intolerable (Baumaister, 1990; Linehan, 1993a, 1993b). La

impulsividad estaría manifestada a través de una tendencia a responder rápidamente, sin planificación ni conciencia de los propios actos, frente a situaciones inmanejables o frustrantes (Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham, Steinberg & Moeller, 2005).

La disfunción familiar. La familia es fuente de salud y de enfermedad mental, pues cumple un rol esencial en el desarrollo psicológico (Weinreich & Hidalgo, 2004; Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela, 2000; Pavez., Santander, Carranza & Vera-Villaruel, 2009; Reyes & Miranda, 2001). Se ha demostrado que la familia que cuida a sus miembros, promueve el desarrollo de competencias personales y previene problemas de salud (Horowitz, Wilner & Álvarez, 1979; Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano & Salazar, 1998). Algunos estudios señalan que ciertos estilos familiares conllevan al riesgo suicida, como por ejemplo, bajos niveles de cohesión, de comunicación entre los miembros y distancia emocional (Reyes & Miranda, 2001; Salvo & Melipillán, 2008). Asimismo, se ha demostrado que pone en riesgo la salud psicológica de las personas, el funcionamiento familiar con límites muy rígidos o ausencia de ellos, ambientes conflictivos (Pavez et al., 2009; Reyes & Miranda, 2001); disminuido apoyo en la adversidad (Larraguibel et al., 2000). Así también, la percepción de disfunción familiar es un factor predictor de riesgo suicida (Randell, Wang, Herting & Eggert, 2006). La comunicación también ha sido descrita como una dimensión de la funcionalidad familiar. Esto es, en familias donde predomina la comunicación indirecta, enmascarada e incongruente se promueve la vulnerabilidad suicida (Borowsky, Resnick, Ireland & Blum (1999); Randell et al., 2006). Contrariamente, en familias donde se conversa de los problemas, se observan

menores niveles de intentos o pensamientos suicidas (Pavez et al., 2009; Reyes & Miranda, 2001).

El malestar psicológico. Ha sido demostrado que sentirse internamente bien, con relaciones interpersonales satisfactorias, cumpliendo con las tareas vitales y con el rol social, son indicadores de salud mental. Este bienestar aporta funcionalidad en la vida y sentimientos de adecuación individual, interpersonal y social. Contrariamente, sentirse angustiado, encontrarse deprimido, tiene habitualmente asociadas ciertas dificultades en las relaciones interpersonales, junto con tener sentimientos de inadecuación en las tareas sociales y en el rol que toca cumplir en la comunidad. Estos problemas son indicadores de desajuste individual, interpersonal y social (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse & Yanchar, 1996). El malestar psicológico puede promover el riesgo suicida de distintas maneras, pues los intentos suicidas suelen ocurrir durante momentos de crisis en la vida de las personas (Lester, 1994, 1997), que se asocian a conflictos interpersonales y a aislamiento social (Lester, 2000; Beautrais, 2000; Maskill, Hodges, McClellan & Collings, 2005).

Las dificultades interpersonales. Las personas consideran que las relaciones interpersonales son necesarias para la felicidad (Beiser, 1973; Andrews & Withey, 1974; Blau, 1977; Diener, 1984; Ordoñez, Barros, Echávarri & Morales, 2011; Veit & Ware, 1983), pues contribuyen al sentimiento de bienestar personal (Diener, 1984). Debido a esto, los problemas interpersonales están relacionados con malestar psicológico y con la psicopatología (Klerman, 1974; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Vulasenor, 1988). Estas dificultades traen como consecuencia conflictos interpersonales, sentimientos de malestar subjetivo, de inadecuación y aislamiento social (Frisch,

Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992; Horowitz, Locke, Morse, Waikar, Dryer, Tamow & Ghannam, 1991). En esta misma línea, ha sido demostrado que los lazos afectivos estrechos, el contacto social y las buenas relaciones interpersonales son factores protectores contra el suicidio (Bearman & Moody, 2004; Blanton-Lacy, Molock, Kimbrough, Williams, Nicholson & Hamilton, 1995; Cantor & Salter, 1995, Heikkinen, Isometa, Marttunen, Aro & Lonqvist, 1995; Hirsch & Ellis, 1995; Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham & Harrington, 1996; Latha, D'Souza & Bhat, 1996; Ordoñez, Barros, Echávarri & Morales, 2011; Shagle & Barber; Welz, 1994). Debido a la importancia de los lazos, se ha visto, además, que la pérdida de un lazo afectivo estrecho es un factor de riesgo suicida (Bron, Strack & Rudolph, 1991; Lester, 1994; Stack, 1996).

1.6.5 Teoría de la crisis. Esta perspectiva postula que la conducta suicida se presenta en una situación extrema, donde se produce una pérdida del equilibrio psíquico y una incapacidad de lidiar con situaciones difíciles, con un colapso de los recursos adaptativos de la persona (Kaplan & Pelkovitz, 1997). En este estado, el paciente se encuentra en un estado de desorganización temporal, con incapacidad de resolver (Slaikou (1984).

1.6.6 El suicidio como un proceso. Pöldinger describió en el año 1968, la conducta suicida como un proceso en etapas. Esta visión es compartida por autores actuales (García de Jalón & Peralta, 2002; Beautrais, 2009), siendo la idea suicida el inicio de este proceso, seguida por una fase de ambivalencia (entre la idea y la posibilidad de actuar). En personas impulsivas, la ambivalencia puede ser breve, o no existir y en depresiones melancólicas, esta fase puede durar varios meses. Una tercera fase es la

decisión, donde se pasa a la acción. En el caso de las depresiones melancólicas, puede producirse una cierta tranquilidad en esta etapa, en la que la decisión ya está tomada, como una especie de *calma antes de la tormenta*; en estilos más impulsivos puede estallar como un corto circuito frente a un gatillante, como una frustración o un abandono de un ser querido (Murphy, 1975). Los despliegues en la conducta, también se asocian al deseo de morir, que puede estar ligado según la tipología de Farberow (1969), a un real deseo de morir y a quienes desean ser salvados.

1.7 Intervenciones psicoterapéuticas para pacientes en riesgo suicida

Existen diversos tratamientos que han demostrado efectividad en prevenir la conducta suicida, entre los que se encuentran intervenciones comunitarias e individuales, tanto intrahospitalarias como ambulatorias. A nivel comunitario, la Alianza Europea contra la Depresión, organizó un programa preventivo de salud pública con cuatro formas de acción: Entrenamiento del personal de salud, campañas de difusión masiva, entrenamiento de facilitadores, psicoeducación y atención prioritaria a pacientes deprimidos (Hegerl, Althaus, Schmidtke & Nilklewski, 2006).

En Estados Unidos, destacan los tratamientos multifase de Linehan (1993a) y de Rudd, Joiner & Rahab (2001), con acciones a nivel comunitario e individual. En lo comunitario se encuentra un servicio de atención telefónica, sistemas de atención primaria y secundaria, hospitalización involuntaria, atención móvil, planes de salvataje y psicoeducación. Además hay talleres de entrenamiento al personal de colegios y tratamiento psicológico a los sobrevivientes de un suicida (postvención) (Debski, Dubord, Jacob, Poole & Hixson, 2007). A nivel individual, se proponen intervenciones

que promueven el compromiso con el tratamiento, sobre la base de la contención emocional y del vínculo terapéutico durante la hospitalización. Estas intervenciones, incorporan a la familia y sugieren aplicar los principios de Autoridad (actitud de competencia y conocimiento); Actividad (diligencia y disposición a ayudar), e Implicación de otros (reconstrucción de lazos afectivos). El énfasis lo ponen en actuar en tiempos acotados y con un mínimo de información, recomiendan usar toda la seguridad y habilidad comunicativa para lograr el objetivo terapéutico (Debski et al., 2007).

En Chile, el Ministerio de Salud desarrolló un programa comunitario de cuatro estrategias para la década presente: Trabajo intersectorial, detección de casos de riesgo, cobertura de la atención de salud y vigilancia de los jóvenes vulnerables que visualicen riesgo). En cuanto a intervenciones intrahospitalarias, en los servicios de salud de la Universidad de Chile se implementa un tratamiento de tipo combinado, a través de fármacos, psicoterapia cognitivo conductual, acompañamiento al paciente y sus familiares, con un plan de seguimiento post alta (Gómez, 2008).

En la P. Universidad Católica de Chile, se propone un programa de intervención intrahospitalaria que considera aliviar la crisis, reducir el riesgo suicida, el alivio sintomatológico, promover una comprensión de la situación crítica, sentar las bases para un cambio en el modo de funcionamiento personal y establecer las estrategias para el tratamiento posterior a la hospitalización. Los tratamientos incluyen intervenciones psiquiátricas, psicológicas, de terapia ocupacional, kinesiología, sesiones familiares, una reinserción progresiva e inicio de relación terapéutica con tratantes externos (Fuentes, Echávarri, Morales, Zuloaga, Parada & Said, 2009).

La efectividad de las hospitalizaciones en crisis es un tema controversial, algunos autores no recomiendan la hospitalización psiquiátrica como primera medida, considerando más efectivas las hospitalizaciones parciales. En esta línea, la investigación ha demostrado que a los dos y cinco años con posterioridad al alta, existe persistencia de un 25% de alta suicidalidad, alta sintomatología depresiva y ansiosa y altos niveles de disfunción familiar (Rutter, Bishop, Pine, Scott, Stevenson, Taylor & Thapar et al., 2008).

En casos de pacientes con trastornos de personalidad, se recomienda la hospitalización parcial, la que ha demostrado efectividad, observándose una disminución significativa en intentos suicidas, hospitalizaciones, uso de medicación psicotrópica, sintomatología depresiva y ansiosa (Bateman & Fonagy, 1999).

Para los tratamientos post hospitalización se proponen intervenciones para pacientes con trastorno de personalidad, como las que utiliza la Terapia Conductual Dialéctica (DBT), que busca la reconciliación de los opuestos idealizados y desvalorizados, en un proceso dialéctico de reestructuración cognitiva. El foco se orienta a la validación de la emociones, enseñarles técnicas de enfrentamiento y solución de problemas y en habilidades de comunicación y de autocontrol (Lazarus & Folkman, 1984; Linehan, 1993a, 1993b; Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter & Comtois, 1999).

También para el tratamiento de personas con trastorno de la personalidad, considerados pacientes difíciles (Viviani, Kächele & Buchhim, 2011), en otra perspectiva teórica, están los modelos psicodinámicos, que buscan modificaciones estructurales en

la personalidad. Entre estas se encuentra, la psicoterapia centrada en la transferencia (Clarking, Yeomans & Kernberg, 2006) y la psicoterapia centrada en la mentalización (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006). La psicoterapia centrada en la transferencia considera que el sufrimiento psicológico está caracterizado por un déficit en la capacidad de responsabilizarse de su identidad y de sus interrelaciones. También se caracteriza por el uso de mecanismos de defensa primitivos y por atribuir a los otros los aspectos negativos rechazados. Este modelo de psicoterapia busca la integración en la forma de verse a sí mismo y a los otros, tolerar las fallas, sin poner en peligro las relaciones interpersonales (Caligor, Diamond, Yeomans & Kernberg, 2009). La psicoterapia basada en la mentalización, propone que el trastorno de personalidad se enmarca en un déficit en la función específica de mentalización. Esta consiste en el proceso mental por el que se comprenden las acciones personales y las de los otros, como producto de estados mentales (deseos, necesidades, sentimientos y creencias) (Fonagy, 1999). En una primera etapa el terapeuta apoya el déficit de mentalización, luego el paciente la adquiere y la utiliza por si solo (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006), obteniendo un cambio estructural en la personalidad (Bateman & Fonagy, 2008).

1.8 El cambio psicoterapéutico

Existen distintos modelos de cambio terapéutico y se ha mostrado a través de años de estudio, que no importa el tratamiento que se trate, existen factores inespecíficos que promueven este cambio. Estos factores están relacionados con características del paciente, del terapeuta y de la relación que se produce entre ellos (Francés, Sweeney & Clarkin, 1985; Garfield, 1981). Se le atribuye un 45% de este

cambio a los factores de la relación entre el paciente y terapeuta, sin importar la escuela teórica del terapeuta. (Safran, Muran & Samstag, 1994; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

Krause (2005) postula que el cambio en psicoterapia se produce en un proceso interactivo entre el paciente y su terapeuta, en que la relación sirve de base para impulsarlo. En un principio, la relación es asimétrica, el paciente reconoce y asume la necesidad de ayuda, considera al terapeuta como experto para la ayuda. Con la evolución del proceso, se va desarrollando un vínculo emocional, que da paso a las etapas. Este culmina en un reconocimiento de la ayuda recibida, una disminución de la asimetría y la construcción de una nueva manera de comprender las experiencias, integrando la propia biografía. En estos últimos niveles del proceso, se obtiene el cambio y se considera que la terapia ha sido exitosa (Krause, 2005).

La intervención intra-hospitalaria por riesgo suicida de este estudio, es una intervención en crisis. El cambio luego de una crisis, se entiende como el inicio de movimientos individuales, interpersonales y sociales, que se espera puedan consolidarse con el paso de las intervenciones psicoterapéuticas posteriores.

Los antecedentes anteriormente señalados muestran que con distintas conceptualizaciones y técnicas, las diversas perspectivas terapéuticas referidas, se orientan a mejorar aspectos de la regulación emocional, las habilidades interpersonales, la comprensión de las acciones propias y de los demás y el logro de una mayor coherencia interna.

A continuación se muestra un Diagrama de los estudios, artículos y objetivos.

DETALLE ESTUDIO-ARTÍCULO-OBJETIVO

Estudio 1, artículo 1

Responde al objetivo general

1. Construir un modelo conceptual de significados asociados al propio riesgo suicida, desde la perspectiva de los pacientes

Responde los objetivos específicos:

- 1.1 Intencionalidad del intento o ideación suicida
- 1.2 Historia que puede haber afectado a su vulnerabilidad actual
- 1.3 Factores de riesgo suicida
- 1.4 Factores protectores de la conducta suicida
- 1.5 Deseos y proyectos para el futuro

Estudio 2, artículo 2

Responde al objetivo general

2. Construir un modelo conceptual de significados asociados al riesgo suicida desde la perspectiva de los familiares cercanos

Responde los objetivos específicos:

- 2.1 Factores de riesgo suicida
- 2.2 Factores protectores de la conducta suicida

Estudio 3, artículo 3

Responde al objetivo general

3. Construir un modelo conceptual de significados asociados a la percepción de la ayuda recibida por parte de un programa de intervención por intento o ideación suicida, desde la perspectiva de los pacientes

Responde los objetivos específicos:

- 3.1 Las expectativas que se tenían del tratamiento
- 3.2 Involucración en actividades
- 3.3 Actividades consideradas de ayuda
- 3.4 Actividades consideradas que no ayudaron

Estudio 4, artículo 4

Responde al objetivo general 4

Evaluar el cambio producido en variables transitorias y en variables relativamente estables de personalidad, en pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida.

Responde a los objetivos específicos de evaluar el cambio ocurrido después de una hospitalización psiquiátrica en:

- 4.1 La satisfacción con el funcionamiento familiar
- 4.2 El sentimiento de malestar subjetivo en cuanto a Sintomatología ansiosa y depresiva, relaciones interpersonales y rol social
- 4.3 Experiencia y expresión del enojo.

Artículo 1, enviado para su publicación a: *Revista Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos (Revista ISI)*

Cómo perciben su propio riesgo suicida

Pacientes psiquiátricos hospitalizados por intento o por ideación suicida

Susana Morales-Silva, Orietta Echávarri-Vesperinas, Fabiola Zuloaga-Andrés,

Jorge Barros-Beck & Tracy Lee Taylor

Abstract

Qualitative Study based on interviews with 20 psychiatric patients hospitalized with suicidal ideation or attempt. The analysis was conducted with the aim of building a comprehensive model of the meanings associated to one's own suicide risk from the patients perspective. The respondents consider their suicide risk as a process, there were situations in the long and short term, which played a role in their current suicide risk. Besides, they feel valued and protected by quality relationships.

Two types of suicide crisis was detected: 1) After a break down in a relationship, patients experience intolerable affects, which are followed by a suicide attempt. Their suicide attempt is characterized by the intention to die, simultaneously paired with a desire to receive help. 2) After a break down in a relationship or an academic/occupational crisis, patients experience depressive affects which categorically confirm previously existing depressive meanings. Patients feel that they are left no choice but to die. Finally, this research provides a clinical interview for assessing suicide risk.

Key words: suicidal attempts, suicidal ideation, suicidal intent, suicide risk factors, suicide protective factors.

Resumen

Se realizó un estudio cualitativo basado en entrevistas a 20 pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida. El análisis estuvo orientado a construir un modelo comprensivo de los significados asociados al propio riesgo suicida desde la perspectiva de los pacientes. Los evaluados perciben su riesgo suicida como un proceso, e identifican factores protectores y de riesgo en el corto y largo plazo. Destacan el rol protector de los vínculos de calidad.

Se observaron dos procesos suicidas diferentes: Para el grupo con clara intención de morir, luego de un quiebre vital, surge un afecto y una idea depresiva intolerable, no quedando subjetivamente más opción que morir. Para el grupo con intención ambivalente de morir, luego de un quiebre vincular surge un afecto intolerable, gatillándose un intento suicida que tuvo simultáneamente, la intención de morir y un deseo de demandar cuidado. Se aporta una entrevista clínica de evaluación de riesgo suicida.

Palabras clave: Intento suicida, ideación suicida, intención suicida, factores protectores y de riesgo suicida.

Introducción

La conducta suicida se ha transformado a nivel mundial en un tema de salud pública. El incremento de las tasas de suicidio ha puesto en evidencia la necesidad de revisar los mecanismos de prevención, evaluación y tratamiento de este problema. En la actualidad, se investiga y se desarrollan nuevos abordajes para la prevención e intervención, no obstante, el problema continúa presentando un aumento crítico: En el año 2000, 1,6 millones de personas perdieron la vida en el mundo por actos violentos (28,8 por 100.000), cerca de la mitad de estos fallecimientos (14,5 por 100.000) se debieron a suicidios (OMS, 2002; OPS, 2002).

Un promedio de casi 3.000 personas se suicidan cada día en el mundo y, por cada persona que logra suicidarse, unas 20 ya lo han intentado, produciéndose un espiral de traumatización y sufrimiento a nivel individual, familiar y social (OMS, 2007). Se estima además, que alrededor de unos 30 millones de personas estarían en riesgo de atentar contra su propia vida (García de Jalón & Peralta, 2002).

Estas tasas muestran que aproximadamente una persona muere cada 40 segundos, lo que ubica a la muerte por suicidio, entre las trece primeras causas de muerte en la población mundial total, (OMS, 2007), entre las tres primeras causas de muerte en adolescentes entre 10 y 24 años de edad (OMS, 2009) y entre las cuatro primeras causa de muerte en personas entre 15 y 44 años de edad (OPS, 2002).

La edad que registra el mayor porcentaje del total de suicidios en el mundo, se sitúa entre los 35 y 44 años, (19,2%), seguido por adultos jóvenes entre 25 y 34 años (17,5%), luego están los adultos entre 45 y 54 años de edad (16,4%). En cuarto lugar del porcentaje total mundial de suicidios, se encuentran las personas

entre 55 y 64 años (13,9%) y son seguidos por los adolescentes entre 15 y 24 años (12,8) (OMS, 2002; OPS, 2002). Se sabe además, con respecto a la morbilidad asociada a la conducta suicida, que en un 90% de los suicidios consumados en el mundo, existía una enfermedad psiquiátrica diagnosticada (Mental Health Foundation, 2000), y en un 80% estaban relacionados con depresión (OMS, 2002; OPS, 2002).

A nivel del continente Americano, los suicidios se ubican entre las cinco principales causas de muerte, ocupando el primer lugar en Chile seguido por Canadá, Costa Rica y Uruguay (OPS, 2006). En Chile, por su parte, durante el año 2006, se registraron 1.600 casos de suicidio consumado, lo que significa una tasa del 11 por cada 100.000 habitantes (Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2000).

En nuestro país, a nivel de la atención en los servicios de salud pública, el fenómeno suicida se observó en casi un 40% de los trastornos depresivos que se atendieron a nivel secundario, durante el año 2004. En ese período, fueron tratadas 5.076 personas, con diagnóstico de depresión severa; el 36% de estas personas ingresó al Servicio de Salud, por intento de suicidio (MINSAL, 2009).

Además, las lesiones auto inflingidas con consecuencia de muerte, representan la cuarta causa de años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM) en nuestro país, con una tasa de un 2,5 por 1.000 habitantes (MINSAL-UC, 2009). La encuesta nacional salud escolar (MINSAL, 2004) mostró que alrededor del 20% de los escolares (mayoritariamente las niñas) consideraron seriamente la posibilidad de un suicidio y un 16% hizo un plan de cómo suicidarse.

A nivel nacional, debido a lo alarmante de las cifras, se ha considerado al suicidio como un problema de Salud Pública y se ha establecido como objetivo sanitario para la década 2000-2010, reducir las tasas de suicidio en un 10% (MINSAL, 2009).

Aún cuando a nivel mundial, del continente y de nuestro país, se ha considerado que el suicidio es un problema de Salud Pública, los criterios para prevenir esta conducta son todavía insuficientes (Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003). Resulta, por lo tanto, imprescindible investigar este fenómeno desde distintas perspectivas, de modo de poder desarrollar mecanismos más precisos para detectar, prevenir e intervenir la conducta suicida.

La dificultad para lograr una prevención efectiva del suicidio, que se refleja en las tasas de prevalencia descritas, se relaciona con que este fenómeno es altamente complejo. Existe consenso que se trata de un problema en que diversos factores determinantes interactúan recíprocamente. (Dour, Cha, & Nock, 2011; O'Connor, Rasmussen & Hawton).

La investigación en este campo suele estar basada en autopsias psicológicas y estudios de prevalencia. Consideramos que una manera complementaria de enfocar el estudio de la conducta suicida, es explorando la perspectiva de los propios pacientes en riesgo. Con este abordaje, podemos indagar la propia visión de quienes han pensado o intentado suicidarse, accediendo a la individualidad de cada sujeto en riesgo.

Siguiendo el propósito de una comprensión cualitativa, llevamos a cabo un estudio basado en entrevistas en profundidad a pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida, siendo ellos mismos quienes revelaron información relevante.

Siguiendo lo sugerido por Baader (2009), nos parece que la entrevista al paciente permite encontrar, a través del vínculo y la conversación, el entendimiento de su vivencia y nos revela cuáles son sus propios indicadores de protección y de riesgo. En la misma dirección, los autores Davidson, Wingate, Rasmussen & Slish, (2009), enfatizan que el hecho de entrevistar a personas con patología psiquiátrica, que tienen un mayor riesgo suicida, puede aportar de manera más precisa a la comprensión de este fenómeno. Lindner (2006), también considera de aporte esta forma de investigar, señala que entrevistar a los pacientes permite abrirnos a la comprensión de ellos, en forma creativa, para entenderlos en su propia individualidad y al mismo tiempo, integrar estos hallazgos a la generalidad.

La entrevista realizada estuvo orientada por las siguientes preguntas directrices generales: a) Cómo los pacientes se explican, en retrospectiva, la situación que los trajo a hospitalización; b) Elementos de su historia que los pudieran haber afectado; c) Los cambios que experimentaron durante la hospitalización; d) Qué consideran que los pone en riesgo; e) Qué consideran que los protege; f) Deseos y proyectos para el futuro.

El análisis cualitativo de las entrevistas se realizó según la metodología de la Teoría Fundamentada (Glaser & Strauss, 1956; Strauss & Corbin, 1998; Taylor & Bogdan, 1987; Flick, 2006). En esta metodología se realiza un análisis, en pasos sucesivos de abstracción, con técnicas de triangulación por pares de investigadores. El uso de esta técnica, nos permitió alcanzar el objetivo previsto de construir un modelo conceptual de significados asociados al propio riesgo suicida, desde la perspectiva de los pacientes.

Método

Se entrevistaron 20 pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida en el año 2010, en un servicio privado de hospitalización psiquiátrica, quienes fueron informados del estudio y consintieron su participación. Este estudio forma parte de una investigación más amplia, que incluye, tanto mediciones cualitativas, como cuantitativas, y que ha sido aprobado por los Comités de Ética de la Escuelas de Psicología y de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Instrumentos

Para indagar acerca de los significados que los pacientes otorgaron a su intento o ideación suicida, se realizó una entrevista clínica semi-estructurada diseñada con el equipo investigador, junto a los profesionales tratantes del Servicio de hospitalización. (Ver Anexo 1. Guión de entrevista).

Para el diseño de la entrevista se trabajó con la colaboración de los profesionales tratantes de la hospitalización psiquiátrica, elaborando en forma inicial un guión de entrevista con una estructura flexible, que permitió ir incorporando nuevas preguntas y nuevos aspectos que surgían de los entrevistados. Estas entrevistas fueron realizadas por tres psicólogas del equipo de investigación (SM, FZ y OE).

En la entrevista semi estructurada, se explora la perspectiva del paciente en relación a los siguientes aspectos: a) Cómo se explica la situación que lo (la) trajo a hospitalización;

b) Elementos de su historia que pudieran haber afectado; c) Cambios ocurridos durante la hospitalización; d) Factores que lo (la) ponen en riesgo suicida; e) Factores que lo (la) protegen del suicidio; y f) Deseos y expectativas para el futuro.

Además de la exploración clínica, para evaluar la intención suicida al momento del intento, se utilizó la Escala de Intención Suicida de Pierce (1977), que arroja un puntaje general y, desde una perspectiva médica, mide tres variables: a) Las circunstancias en que se realizó el intento suicida; b) una calificación de la letalidad del intento asignada por parte del paciente y c) el nivel de riesgo de muerte evaluado médicamente.

Complementariamente, para obtener una evaluación general de la gravedad del intento suicida se utilizó la Escala de Riesgo Rescate (Weisman y Worden, 1972), que mide desde una perspectiva médica, dos variables: a) el riesgo corrido en cuanto a las circunstancias observables en el intento suicida; b) el rescate, que evalúa las circunstancias en las que fue encontrada la persona después del intento suicida. Ambas variables se conjugan para valorar la letalidad del intento suicida.

Procedimiento de recolección de la información

Para aquellos pacientes que ingresaron por un intento de suicidio, se evaluó el nivel de gravedad con la Escala de Riesgo Rescate (Weisman y Worden, 1972) y con la Escala de Intención Suicida (Pierce, 1977). Durante la primera semana de estadía en el servicio de psiquiatría, los pacientes fueron invitados a participar del estudio, se les informó en qué consistía y sus derechos como paciente. Luego de ello, otorgaron su consentimiento y fueron entrevistados en una de las salas de atención del Servicio de Hospitalización Psiquiátrica, siendo video – grabadas y posteriormente transcritas.

Procedimiento de análisis de la información

El análisis de la información cualitativa fue realizado progresivamente en la medida en que avanzaba el proceso de recolección de información, en un sistema generativo para obtener un modelo basado en la información recopilada del discurso de los participantes. Cada etapa del proceso: la codificación abierta, axial y selectiva se realizó utilizando la técnica de la Teoría Fundamentada propuesta en el año 1967 por los autores Glaser & Strauss y luego complementada por los autores Strauss & Corbin, (1998); Taylor & Bogdan, (1987); Flick, (2006).

Se realizó una primera fase de codificación abierta, a partir de las entrevistas transcritas, codificadas línea a línea, en grupos de a tres personas investigadoras, con el propósito de minimizar los sesgos individuales. El equipo de investigadoras estuvo compuesto por tres psicólogas, dos de ellas realizan una labor asistencial e investigadora y una de ellas realizaba una labor investigadora en el Servicio de Hospitalización Psiquiátrica. Luego prosiguió un ordenamiento de los conceptos obtenidos organizándolos en categorías que se basaron en las propiedades y dimensiones de estos. En una etapa final de los análisis, se procedió a abstraer los fenómenos centrales y sus interrelaciones.

Participantes

La muestra está compuesta por 20 pacientes dentro de los que se encuentran 11 hombres y 9 mujeres, entre 15 y 60 años de edad. Doce de los veinte pacientes entrevistados, realizaron una ingesta de fármacos, uno de ellos combinando con alcohol y otro combinando la ingesta con ahorcamiento. Otros dos pacientes usaron un método único, uno de ellos intentó ahorcarse y otro se disparó con un revólver. Siete pensaron en suicidarse sin llegar a intentarlo. Del total de los intentos suicidas,

siete fueron impulsivos y seis de ellos fueron planificados. Una de las personas que tenía la idea de morir, estaba realizando un plan y fue hospitalizada cuando lo mencionó.

Las características de la muestra se presentan en la Tabla 1, donde los pacientes fueron ordenados de mayor a menor gravedad, según las características del intento y la intencionalidad medidas con los instrumentos ya descritos. (Escala de Riesgo Rescate de Weisman y Worden, 1972); y la Escala de Intención Suicida (Pierce, 1977).

Tabla1. Descripción de los pacientes evaluados

Género	Edad	Ocupación	Diag.	Motivo hosp	Método	Impulsividad	Gravedad int	Intención
F	17	Estudiante	TDM (*)	Intento suicida	Ingesta de fármacos	Planificado	Alta	Alta
M	58	Ingeniero	TDM (*)	Intento suicida	Disparo+OH	Planificado	Alta	Alta
F	15	Estudiante	TDM (*)	Intento suicida	Ingesta fármacos	Impulsivo	Alta	Alta
F	37	Oficinista	TDM (*)	Intento suicida	Ingesta fármacos	Impulsivo	Moderada	Mediana
M	30	Ingeniero	TDM (*)	Intento suicida	Ingesta fármacos	Planificado	Moderada	Alta
F	53	Profesora	TDM (*)	Intento suicida	Ingesta fármacos+ahorcam	Impulsivo	Moderada	Mediana
M	22	Estudiante	TDM (*)	Intento suicida	Ahorcamiento + Alcohol	Impulsivo	Baja	Alta
M	15	Estudiante	TDM (*)	Intento suicida	Ingesta fármacos	Impulsivo	Baja	Mediana
M	60	Desempleado	TDM (*)	Intento suicida	Ingesta fármacos	Impulsivo	Baja	Mediana
F	27	Oficinista	TDM (*)	Intento suicida	Ingesta fármacos	Impulsivo	Baja	Mediana
M	24	Estudiante	TDM (*)	Intento suicida	Ingesta fármacos	Planificado	Baja	Mediana
M	25	Estudiante	TDM (*) juego	Intento suicida	Ingesta fármacos	Planificado	Baja	Mediana
F	30	Socióloga	TDM (*)	Intento suicida	Ingesta fármacos	Planificado	Baja	Mediana
M	24	Estudiante	TDM (*)	Ideación	No intento	No intento	No intento	No intento
M	22	Estudiante	TDM (*)	Ideación	No intento	No intento	No intento	No intento
F	61	Vendedora	TDM (*)	Ideación	No intento	No intento	No intento	No intento
F	50	D. de Casa	TDM (*)	Ideación	No intento	No intento	No intento	No intento
M	26	Seminarista	TDM (*)	Ideación	No intento	No intento	No intento	No intento
F	42	A.Turismo	TDM (*)	Ideación	No intento	No intento	No intento	No intento
M	44	Vendedor	TDM (*)	Ideación	No intento	No intento	No intento	No intento

* Trastorno Depresivo Mayor

Criterios de inclusión y de exclusión

Se consideraron como criterios de inclusión: Encontrarse hospitalizado por intento ó por ideación suicida; tener el diagnóstico del trastorno del ánimo, encontrarse en condiciones para contestar a una entrevista y haber consentido informadamente su participación. En cuanto a los criterios de exclusión de este estudio, se consideraron como criterios para no incorporar en las evaluaciones, aquellos pacientes que padecieran alguna adicción, quienes fueron diagnosticados con algún trastorno psicótico, quienes se encontraran en un estado cognitivo que no permitiera responder y, aquellos que se negaron a participar de la investigación.

Resultados

La exploración clínica nos ha mostrado que los pacientes suicidas son un grupo heterogéneo y nos pareció relevante distinguir tres grupos entre ellos a modo de clasificarlos para los análisis de este estudio. 1) Pacientes que se hospitalizan por un intento de suicidio con clara intención de morir; 2) Pacientes que se hospitalizan por un intento de suicidio con intención ambivalente de morir (The vocabulary of loss, 2009) y, 3) pacientes que se hospitalizan por presentar ideación suicida de alto riesgo.

Los resultados del análisis cualitativo del contenido de las entrevistas de los tres grupos de pacientes, se presentan en dos partes. **La primera parte** contiene los resultados descriptivos de las diferentes categorías en que se agruparon los conceptos referidos por los pacientes, los que se describen de la siguiente manera: **a) Qué perciben que los pone en riesgo de intentar o pensar en suicidarse; b) Qué perciben que los protege actualmente del suicidio; c) Qué esperaban**

conseguir con su intento o ideación suicida; d) Su experiencia y cambios ocurridos durante la hospitalización; e) Deseos y expectativas para el futuro.

En la **segunda parte** de los resultados, se muestran dos procesos que se obtuvieron del análisis de relaciones entre los conceptos. Estos, serían distintivos entre los tres grupos comparados y caracterizados por: **a) El deseo de morir y de demandar cuidado simultáneamente;** **b) La confirmación categórica de un significado depresivo, no quedando más opción que morir.**

I. Resultados Descriptivos

a) Lo que consideran que los pone en riesgo suicida

Las personas entrevistadas muestran una visión de su riesgo suicida como un proceso, *“que se viene arrastrando hace tiempo”*. En este proceso ellos distinguen factores de largo plazo, que hemos denominado **“predisponentes”**; factores del último año, que hemos denominado **“precipitantes”** y un factor que desencadena la conducta suicida, que hemos denominado **“gatillante”**.

Los pacientes reconocen **predisponentes** que mirados en retrospectiva, se relacionarían con su vulnerabilidad actual. Destacan entre ellos, los **factores familiares en el pasado y las características de su propia personalidad de la infancia**, mencionados por la mayoría de los pacientes entrevistados.

En **la historia familiar**, la mayor parte de los entrevistados describen separaciones tempranas vividas en forma dolorosa y dificultades en el vínculo con alguno de los padres; cuatro de ellos mencionan haber recibido maltrato y uno de ellos refirió haber sido abandonado en la infancia.

...*"Mis padres se separaron cuando tenía ocho años...yo mantuve por muchos años la ilusión de ir a vivir con mi mamá, lo que nunca sucedió"...* (XVI, 32).

...*"Vivía en el campo con mis abuelos,...yo sentía igual que los animalitos, te vas donde hay cariño y no donde no hay cariño"...* (XII, 40).

...*"Nos pegaban a mí y a mis hermanos con una correa de caballo cuando no hacíamos caso...mi papá nos abandonó"...* (XI, 30).

Dos entrevistados relatan haber tenido a alguno de sus padres con problemas psiquiátricos; cinco de ellos refieren tener familiares que han consumado el suicidio y tres señalan que hay intentos de suicidio entre sus familiares.

...*"Mi papá intentó suicidarse cuatro veces: Desaparecerse tomando, un corte, enterrarse un cuchillo y disparo (en el último intento, murió)"...* (VII, 35).

...*"Un tío abuelo se suicidó"...* (X, 76).

...*"Un tío paterno que se separó, intentó suicidarse, tenía depresión y estaba mal por la separación de su esposa"...* (XII, 42).

Dentro de las **características de personalidad en la infancia**, los pacientes a menudo describen haber sido niños con dificultades en la interrelación con los demás, con estilos de personalidad solitarios, sentimientos de aislamiento y de ser diferente de los demás. Algunos recuerdan que cuando eran niños tuvieron problemas de mal carácter y dificultades para enfrentar la frustración.

...*"Desde niña tener un estilo de no pedir ayuda y no permitir que me ayuden"...* (XVI, 4, 36).

...“Me aparté de mi familia, era muy distinta....mi mamá me decía si yo me consideraba un marciano”... (II, 40, 42).

...“Fui una niña demasiado sensible horriblemente sensible, siempre he sido temerosa. Las cosas que eran normales para los otros, a mi me afectaban mucho”... (VIII, 36).

Refieren además, tener pensamientos suicidas desde pequeños y haber intentado suicidarse anteriormente. Esto último, fue mencionado por seis de los pacientes entrevistados.

...“Los pensamientos suicidas los tengo desde que tengo doce años”... (XVI, 20).

...“Intenté la primera vez a los 7, 8 años. Intenté ahorcarme y fui a pedir ayuda. Mi papá me pegó antes de soltarme... (XVIII, 64). Pienso que mi papá me pegó de desesperación, no de malo”... (XVIII, 68).

También mencionan **situaciones en el pasado, de tipo laboral, académicas, interpersonal y factores de salud.**

...“Problemas en el trabajo, me avisaron que no continuaría cuando me encontraba en un momento muy difícil”... (VIII, 34, 38).

...“La frustración de no poder cumplir con mis deberes..., el sentimiento de incapacidad de sacar adelante mi carrera y de estar defraudando a mis padres”... (X, 14, 16).

...“Problemas en mi casa, con mi pololo y con mis amigas, dificultades en el colegio y con mi papá... (XVI, 4, 78, 80) ... además mi mamá se abuenó con su

marido...me sentía incómoda, me iba para la casa de mi abuela"... (XVI, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96 98, 100, 102, 104).

...”Estuve muy mal, mucho tiempo en cama, deshidratado, se me fue acumulando el sentirme mal, lo que me llevó a una depresión”... (VIII, 6).

Algunos factores del último año son considerados **precipitantes** del riesgo actual. Estos se relacionan con: ***Dificultades interpersonales, laborales y académicas.***

Las dificultades interpersonales se encuentran en torno a las relaciones familiares y de pareja.

...“El viernes (anterior) mi hijo llegó un poco pasado a trago... y me dijo tú has hecho puras tonteras en tu vida”... (VI, 42).

...“Ida de mi hijo (hace unas semanas atrás), que se fue de una manera muy brutal de la casa, sin despedirse”... (XIII, 22).

...“Mi matrimonio era idílico, se derrumbó (unos meses atrás)”... (III, 66, 68).

...”Terminé con mi pololo hace algunos meses”... (II, 96).

Las dificultades académicas y laborales se relacionan con exceso de trabajo, exceso de estudio, problemas económicos, despido del trabajo y fallar en la universidad

...” Esa angustia de hacer algo y que todo te salga mal o intentarlo hacerlo muy bien y que igual te salga mal”... (VI, 8).

...“frustración de no poder cumplir con mis deberes, de sentirme incapaz de sacar adelante mi carrera, de estar decepcionando a mis padres en eso, de hacerlos gastar plata en tratar de educarme y que yo no pudiera”... (X, 14).

...“Exceso de trabajo, exceso de estudio, complicaciones económicas... eso significa mucho estrés para mí”... (XX, 22).

...“Tuve además, problemas en el trabajo Me avisaron que no iba a continuar, en un período en que yo me encontraba muy solo, luego de un cáncer, depresión y problemas familiares”... (VIII, 34, 38).

También señalan otros eventos del último año. Un paciente refiere haber tenido problemas de salud y otro refiere el suicidio del padre como factores del último año que les afectaron.

...“Tenía una decepción de mi mismo y sufría de jaquecas dos o tres veces por semana”... (X, 14).

...“De donde parte todo en el fondo...ya el 17 de mayo del año pasado mi viejo se suicidó, se disparó en la cabeza, todos vimos todo, lo encontramos en mi casa. Y de ahí, eso me ha complicado....soy el único hombre, el menor... Mi papá era mi imagen a seguir, un modelo”... (VII, 7).

Un **gatillante** es identificado por todos los pacientes entrevistados. Se trata de un evento que suele asociarse a un afecto, ya sea de tipo depresivo o a una angustia insoportable, gatillando el acto suicida.

Los pacientes entrevistados refieren en su mayoría, quiebres vinculares **de pareja, familiares o con amigos**, frente a lo que sintieron una angustia intolerable

...*"Fue un hecho puntual que me hizo explotar, soltar la pena, la rabia, todo de una..." simplemente la saqué no lo hice con ningún fin especial...sabía que me podía morir....quería que desapareciera la angustia"... (I, 15, 17).*

En otros casos, luego de un **quiebre vincular, académico o laboral**, confirmaron de manera categórica, una idea depresiva, que la venían pensando hace tiempo, frente a lo que no encontraron más opción que morir.

...*"Me dijeron que no podía ir a un cumpleaños porque iban a ir otras personas. Eso me afirmó la idea que le importaba poco a las personas. Pensé en que no era necesario alargar más el elástico de esto que venía pasando hace mucho tiempo"... (II, 24).*

...*"El sábado en la mañana me levanté, pregunté a mi señora y a mi hijo qué había de comida... ¡nada!, me dijeron y se fueron, me dejaron solo. Ahí sentí que no tenía nada más que hacer, no tenía a quién recurrir, a mi familia ya no la tenía"... (VIII, 44).*

Junto a esto, los pacientes identifican retrospectivamente, algunos **factores de su contexto**, que han estado presentes en el pasado y en la actualidad, que los ponen en situación de vulnerabilidad. **A nivel laboral y académicos**, señalan que suelen sentirse en riesgo cuando tienen problemas en el trabajo, o fracasar en los estudios

...*"Quedar mal frente a mis responsabilidades"... (V, 63).*

...*"estresarme en el trabajo"... (XVI, 56).*

...*"Ver el contraste entre las expectativas y mis logros"... (XIV, 16, 22, 24).*

Así también, dan cuenta de **relaciones familiares difíciles**, en las que hay cercanía en algunos aspectos, pero a la vez mucha distancia de sus familiares.

... "pelear con mis hermanos y con mis papás" ... (V, 66).

... "como que evito contarle mis cosas (a sus familiares) para que no se preocupen, es una relación cercana, pero no al punto de saber lo que estaba pasando" ... (IV, 20).

Respecto de sus **características de personalidad habituales**, reconocen en sí mismos la característica de no pedir ayuda, considerarse a sí mismos diferentes de los demás desde pequeños y, una alta intensidad emocional que han tenido desde niños hasta la actualidad, junto a esto, sentirse solos habitualmente.

... "Sentirme solo, sin cariño, ni apoyo" ... (VII, 142).

... "Sentirme sola, sentirme triste, no hablar" ... (VI, 58).

... "No saber salir de mis estados angustiosos" ... (V, 74).

... "No me permito sentir, ni hablar, ni pedir ayuda yo creo que soy tan experta que ni siquiera lo llevé a mis sesiones de terapia, ni de psiquiatra. Claro, les decía que estaba angustiada, pero no era capaz de profundizar, ni decir que me estaba sintiendo vacía, ni decir que estaba mal, mal. Soy experta en evadirme de mis emociones" ... (XVI, 56, 58).

Una paciente refiere con preocupación, el haberle perdido el miedo a la muerte como un factor importante de su propio riesgo, ya que es posible que... "si se desilusionara, podría intentar suicidarse de nuevo" ... (IX, 68, 70).

b) Lo que consideran que los protege actualmente

Lo que gratifica y hace sentir bien para la mayoría está relacionado con **situaciones vinculares, recreativas y de alivio emocional**. Evitar la soledad, estar con amigos, con la pareja, con los seres queridos. Divertirse escuchando música, leyendo, navegando o jugando en el computador, hacer deporte, trabajar y tomar alcohol. Algunos pacientes señalan que el reconocimiento laboral los gratifica y protege, otros entrevistados refieren que poder desahogarse llorando y pensar en algo grato, los alivia en momentos de vulnerabilidad.

... llegar a mi casa del trabajo, ver a mis hijas... ver tele, fumar, ver revistas, trabajar desahogarme llorando”... (X, 76, 84).

...”estar con mi hija, pintar, estar en mi casa, llorar como una forma de sacar la angustia, escuchar música, equilibrar el foco, conversar, pedir ayuda... (XVI, 66).

...”no estar sola, no físicamente sino esa de adentro; ser valorada, hacer cosas como coser y bordar”... (XVII, 106).

...”fumar marihuana, escuchar música, estar con la polola, con los amigos, tomar alcohol con los amigos, no estar solo”...

Otros factores, como no tener elementos que causen tristeza y que le impidan suicidarse, es referido por dos pacientes como elementos que protegen de sentirse vulnerables.

...”Si no hay cosas que me causen tristeza estoy tranquilo” (I, 115)... ...”Nada me alivia cuando estoy abrumado”... (I, 127).

c) Lo que esperaban conseguir con su intento suicida

La mayoría de los pacientes estaba en conocimiento del riesgo que corría cuando realizó su intento suicida. Con respecto a la intención que tenían: Cinco de los intentos suicidas sintieron una combinación de querer morir y junto con ello, querer demandar atención de sus seres cercanos.

...“que me durmiera y pero lo consideraba como una apuesta 50 y 50, si corría el riesgo y ese otro 50 me iban a prestar la atención si sobrevivía, que no supiera más de nada, y un poco que él se diera cuenta, mi marido, de lo que yo era capaz de hacer”... (IV, 18).

...“quería puro morirme en ese momento, no pensé en mi mamá, no pensé en hijos, en nada, quería puro morirme no más, porque yo le rogaba que volviera, que volviera... que él volviera conmigo, yo pensé eso, que él a lo mejor volvería conmigo”... (XI, 2, 10).

Por otro lado, ocho de los intentos suicidas son referidos con una clara y determinada intención de morir al momento de intentar suicidarse.

...“buscaba liberar a mi familia de mis problemas y encontrarme con mi viejo (Suicidio hace un año)”... (VII, 70).

...“esperaba realmente morir,...había pensado en que si quedaba vivo, pegarme un segundo tiro. Yo lo hice consciente, lo sé”... (VIII, 46, 93).

...“pensé que si, que si me ahorcaba iba a dejar de vivir, y como estaba con los medicamentos me iba a dormir y no iba a sentir... esperaba atontarme y doparme para no sentir nada, y cuando me puse la corbata, era morir, no existir más, correrme de este mundo”... (XVIII, 22).

d) Experiencia vivida en esta crisis y cambios experimentados en la hospitalización

En relación a lo que **piensan y sienten** los pacientes evaluados **acerca de haber intentado suicidarse**, se observa que la mayoría de ellos, mirando en retrospectiva, se sienten avergonzados por haber intentado suicidarse y se arrepienten de haberlo hecho. Uno de los motivos principales de este

arrepentimiento se relaciona con las consecuencias que esto pudo traer a sus seres queridos y por las reacciones de preocupación que observaron de parte de sus familiares y seres cercanos.

...*"Pensándolo fríamente, es algo penoso"*... (I, 1).

...*"Fue una estupidez, un arranque, se me nubló el cerebro, lo racional"*... (III, 3).

...*"Creo que fue una falta de consideración, mi hijo no se merece esto, pero de repente la mente te traiciona"*... (IV, 34).

...*"Fue muy egoísta, una imbecilidad"*... (VII, 57, 62).

...*"Me imagino lo angustiante que pudo ser para mi hija encontrarme...no sé cómo pude hacerle esto"*... (XVIII, 10).

Una paciente refiere sentir frustración porque no le resultó el atentado contra su vida, pero que a la vez siente esperanza de que las cosas pueden cambiar y piensa *"que quedó viva para algo"*.

Los que pensaron en suicidarse, hospitalizados por ideación suicida de alto riesgo, pero que no llegaron al acto, refieren en retrospectiva que ahora se dan cuenta que no era la solución y uno de ellos indica que quiere salir para reparar las cosas que hizo mal y que lo llevaron a pensar en el suicidio.

...*"No era la solución"*... (VII, 2, 14).

...*"Dejo atrás esa idea"*... (VI, 16).

...*"Tristeza por haber pensado que el suicidio era la solución"*... (IX, 8).

En cuanto a los cambios experimentados, los entrevistados perciben cambios favorables en sí mismos y también en sus seres queridos. Mayoritariamente se

sienten con mejor ánimo, con disposición a cambiar y a no volver a intentar suicidarse. Los cambios en ellos mismos se asocian con una mayor tranquilidad y alejamiento de los problemas. Refieren sentir una mayor aceptación y comprensión por parte de sus seres cercanos, lo que los lleva a sentirse más apoyados y con esperanza. Una paciente se logra dar cuenta lo crónica que ha sido suicidalidad y que este problema lo ha venido arrastrando desde niña. Algunos entrevistados indican que sus familiares, si bien los están apoyando, no han hablado con ellos acerca de lo ocurrido. Otros, que se sienten más aliviados y tranquilos, temen que al volver a sus vidas, vuelvan a sentirse vulnerables.

...”me siento mucho más firme y seguro de mi mismo, de las personas que me rodean, como que me han demostrado ya su lealtad, su cariño su apoyo, entonces al menos en este minuto no desconfío... por otro lado, me siento frágil, frágil en cualquier momento pudiera romperme”... (XV, 38).

e) Motivos para vivir, deseos y expectativas para el futuro

Diferentes **motivos para vivir** son señalados por los pacientes estudiados. Se destaca que compartir con los seres queridos es un motivo para vivir mencionado por todos los entrevistados. Así también, este motivo disuadiría a la mayoría de los pacientes de volver a intentar suicidarse o a pensar en hacerlo. En algunos casos, el hecho de haber quedado vivo los conecta con una nueva esperanza y posibilidad de que es posible tener una vida diferente.

...” ver qué me tiene preparada la vida, no creo que sean puras desilusiones”...

...”todavía me quedan cosas por hacer y por vivir. Y esa es la esperanza que tengo...algo tiene que pasar... Algo tiene que cambiar”... (II, 22). ...“Que me ayuden a estar bien, compartir con ellos. Quizás hacer todo lo que no hice estos 17 años de

vida, abrazarlos más, compartir más., conversar más, estar más en la casa”... (II, 123, 125).

Los **deseos, expectativas** y proyectos para el futuro son referidos en cuanto a ***cambios personales y ambientales, algunos posibles y otros imposibles de realizar***. Deseos y expectativas de cambio personal son mayormente referidos por los entrevistados: Pedir y aceptar ayuda, ser más demostrativos, superarse a sí mismo, cambiar de actitud, esforzarse, entender lo que les ocurre, hablar acerca de los problemas y vivir como vaya saliendo. Por otro lado, deseos y expectativas de cambios ambientales, tales como casarse, tener (o adoptar) hijos, salir de vacaciones, estudiar, cambiarse de trabajo, solucionar problemas económicos, tener salud y trabajar menos, son a menudo mencionados por los pacientes. Estos deseos y proyectos, también se pueden considerar posibles de conseguir y alcanzables mediante el desarrollo de nuevos proyectos en la vida.

Señalaron además, otros deseos y expectativas, que serían imposibles de realizar: Felicidad constante, cambiar todo y controlar la materia. Dentro de su impracticabilidad, estos deseos podrían promover a un mayor riesgo, en caso de no verse cumplidos.

...”estar feliz toda la vida, o sea eso, que nunca se me quite el ánimo de estar alegre”... (VI, 106).

II. El proceso que desencadena la conducta suicida

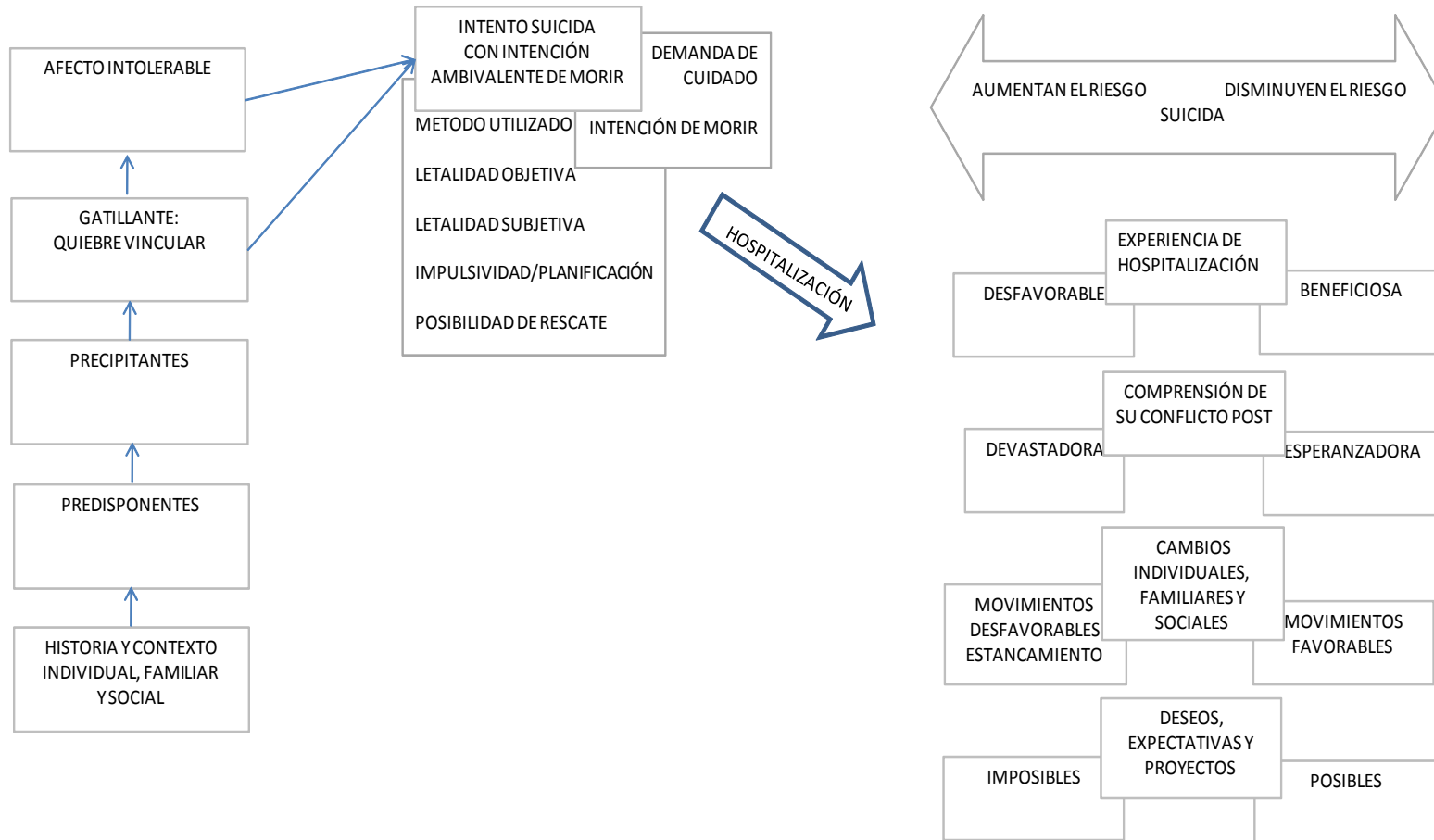
Analizando cómo los pacientes describen los momentos previos a la conducta suicida, se distingue la presencia de ciertos afectos y significados que son compartidos y otros que diferencian a los tres grupos estudiados. A continuación se

muestra los diferentes procesos que desencadenan la conducta según la perspectiva de los pacientes de este estudio:

a) La intención de morir y el deseo de pedir cuidado a la vez.

El proceso visto en retrospectiva por parte de los cinco pacientes categorizados con intención ambivalente de morir, presenta en forma simultánea, la intención de morir y una petición de cuidado, al momento de intentar suicidarse. (Ver Figura 1. Proceso que desencadena el intento suicida con intención ambivalente de morir).

FIGURA 1. PROCESO QUE DESENCADENA EL INTENTO SUICIDA CON INTENCIÓN AMBIVALENTE DE MORIR



El relato de la historia de estos pacientes da cuenta de una serie de dificultades interpersonales recurrentes a lo largo de su vida, intentos o autoagresiones previas, que según su propia comprensión, debilitan su funcionamiento y los ponen en situación de vulnerabilidad. Reconocen en sí mismos grandes dificultades para tolerar y regular los distintos estados emocionales y se dan cuenta de la marcada impulsividad que los caracteriza.

Un evento gatillante que se relacionó con un quiebre, como por ejemplo, enterarse de una infidelidad después de una ruptura de pareja, que les pidieran la separación o rompieran con ellos sus parejas, que el esposo no atendiera un llamado telefónico, no haber sido aceptada por la pareja luego de ruptura, haber sido abandonada por el esposo. Luego de estas situaciones, afloraron afectos angustiosos, que fueron sumamente dolorosos y que les resultaron intolerables, desencadenándose una sobre ingesta de fármacos.

Este acto tenía, mirado unos días después, dos propósitos en forma simultánea: Por un lado la intención de moriré, y por otro, una demanda de cuidado, al mismo tiempo. La experiencia se presentó en una combinación de deseos y expectativas, en que ambas posibilidades podían presentarse, queriendo por una parte haber sido acogidos, escuchados, haber marcado un punto de quiebre que demostrara que tenían razón y haber sido entendidos; Sin embargo, también esperaban morir y aliviarse del sufrimiento.

En la Tabla 2 se resumen las situaciones gatillantes que incluyen el evento y el afecto intolerable inmediatamente anterior a la conducta suicida. Estos intentos suicidas, fueron en presencia de personas en la casa, o con personas fácilmente contactables; o seguidos de llamados telefónicos, mensajes de texto y/o correos

electrónicos. Además, utilizaron métodos objetivamente no letales (The Vocabulary of loss, 2009). Gracias a estas características, estos pacientes pudieron permanecer con vida y fueron hospitalizados.

Tabla. 2.

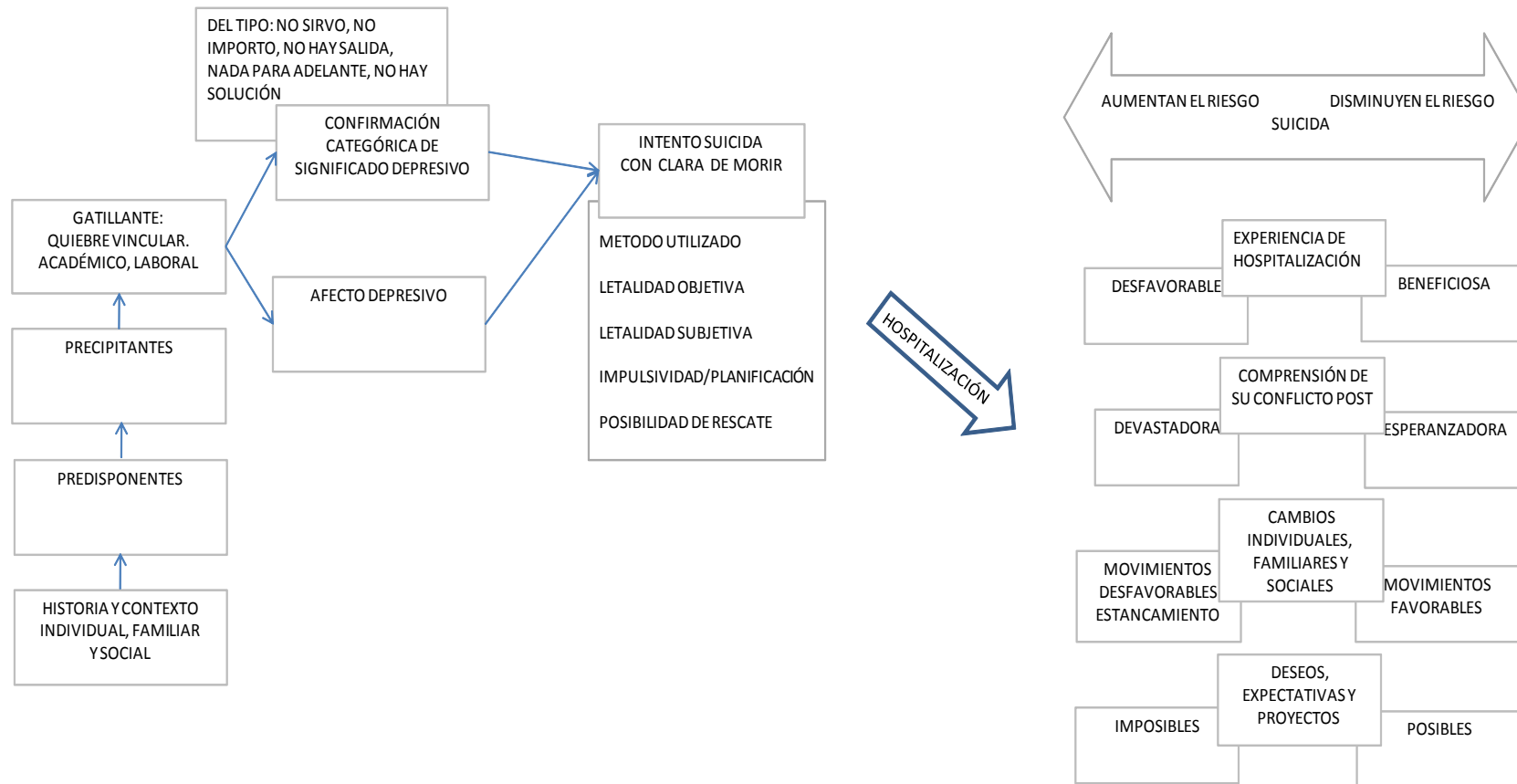
Evento gatillante, afecto intolerable previos al intento suicida con intención ambivalente de morir

- Ruptura de pareja, enterarse que estuvo con otro, sentir la cabeza llena de sentimientos y emociones, angustia terrible, dificultad para respirar, ganas de vomitar no pensar conscientemente y simplemente sacar, explotar, soltar la pena y la rabia, todo de una vez (I).
- Solicitud de la esposa de distanciarse, de darse un espacio, dificultad para aceptar lo que considera el paciente un segundo fracaso, sentimiento de derrumbe, luego de lo que se nubló el cerebro, se nubló lo racional (III),
- Percibir desinterés por parte del marido en momento de crisis de la paciente, sentirse como en un hoyo, invisible y no tolerarlo (IV).
- Rompimiento con el marido, luego de echarlo, pedirle que vuelva, él decide no volver. Darse cuenta que marido no va a volver y no poder hacer nada, Sentir pena, dolor, tomarse las pastillas y no pensar en nada (XI)
- Ruptura de pareja, sentimiento de vacío, frustración y dolor físico, aumentando progresivamente sus dosis de fármacos sin estar en conocimiento del riesgo que corría (XVI)

b) La intención de morir, tras la confirmación categórica de un significado depresivo

En el caso de los ocho intentos suicidas con clara intención de morir se observa que luego de una confirmación subjetiva, drástica y categórica de un significado depresivo acuñado a lo largo de la vida, experimentaron que no les quedaba más opción que morir, intentado suicidarse con la intención de morir. (Ver Figura 2. Proceso que desencadena el intento con clara intención de morir)

FIGURA 2. PROCESO QUE DESENCADENA EL INTENTO SUICIDA CON CLARA INTENCIÓN DE MORIR



La historia de estas personas es referida en retrospectiva con eventos que marcaron sus vidas, separaciones tempranas y a menudo refieren la existencia de intentos de suicidio en parientes. Ellos realizan además, una descripción de sí mismos caracterizada por un estilo solitario, de sentirse diferentes, no pertenecientes a su grupo y de aislamiento con respecto a los otros. Los entrevistados destacan también haber tenido una marcada timidez desde pequeños y una pronunciada sensibilidad en su infancia.

Relatan ciertos eventos que predispusieron su vulnerabilidad, como separaciones tempranas de personas importantes, como la madre, el padre y, la muerte de los abuelos, que habría marcado significativamente la niñez de estos pacientes. En ocasiones algunos de ellos señalan intentos suicidas y depresiones previas, que fueron solucionadas con tratamientos psiquiátricos y psicológicos que dieron resultados en ese momento.

En cuanto a eventos precipitantes que fueron predisponiendo el momento de la crisis, se observan dificultades en las relaciones interpersonales, en los estudios y en el trabajo, junto con problemas de salud en algunos de los pacientes.

El evento gatillante, que es claramente reconocido y descrito por las personas entrevistadas, se refiere a un quiebre vincular, o de naturaleza académica, o laboral, frente a lo que se presenta un afecto de tipo depresivo, que ocurre junto con una confirmación subjetiva y categórica de un significado también de tipo depresivo acuñado a lo largo del tiempo.

Este significado, que se confirma de manera radical y absoluta, es del tipo “*no sirvo*”, “*no importo*”, “*no hay salida*”, “*nada para adelante*”, “*no hay solución*”. Esta

confirmación subjetiva y categórica los lleva a tener la certeza que no queda más alternativa que morir.

Se gatilla luego de este proceso, un intento suicida que entre sus características, tiene el propósito de la muerte, Estas características distintivas son, tanto subjetivas como objetivas: Los métodos utilizados son ingesta de fármacos en su mayoría, ingesta de alcohol, intento de ahorcamiento y dispararse, la sobrevida se debió a que utilizaron métodos objetivamente no letales, aunque subjetivamente letales (The Vocabulary of Loss, 2009). Estos pacientes sobrevivieron y fueron hospitalizados debido a un rescate inesperado por parte de los pacientes. (Ver Tabla 3. Evento, afecto, significado previos al intento con clara intención de morir).

Tabla. 3.

Evento, afecto y significado previos al intento suicida con clara intención de morir

- Rechazo por parte de amigos, sentimiento de tristeza, soledad y confirmación de la idea de que no le importa a los demás (II).
- Discusión con la polola, sentimientos de tristeza, soledad y confirmación de la idea de ser un “cacho para los demás”(VII),
- Discusión con la señora, encontrándose en un momento de crisis prolongada de salud y, dificultades laborales actuales, sentimientos de soledad y confirmación que no queda nada más por qué vivir (VIII).
- Fracaso académico, imposibilidad de mantener el ritmo en los estudios, confirmación de que no se la va a poder y si no se la puede, no queda nada para adelante (X).
- Quedarse solo sin pareja, agudiza sentimiento arrastrado de soledad

prolongada y confirmación de la idea de su que no importa lo que haga, no hay solución, entonces ya nada importa (XII).

- Fracaso académico, luego de reiterados fracasos académicos anteriores, sentimiento incapacidad, presionado a dar explicaciones y confirmación de la idea de que no va a poder seguir ocultando y que ya no quedan más opciones (XIV).
- Discusión con la madre, sentimiento de soledad y confirmación de la idea de su postergación afectiva sin solución (XVII).
- Discusión con marido y sentimiento de tristeza, soledad y confirmación de la idea que no le importa a nadie (XVIII).

c) Qué ocurrió con aquellos que pensaron en suicidarse y no intentaron hacerlo

Aquellos pacientes que tuvieron la idea de morir o que pensaron en hacerlo, presentan procesos similares a los dos grupos anteriores previos al momento de crisis. Algunos de ellos se vieron desbordados por un afecto insoportable, y otros confirmaron significados depresivos, acuñados durante la historia de su vida. La diferencia observada en los relatos de ellos mismos, y en la ficha de ingreso, es que al momento de pensar en morir, algún familiar o persona cercana, decide traer al paciente a hospitalizarse, ya sea luego de observar el estado crítico, ó porque ellos manifiestan su deseo de morir. Nos parece que si estos pacientes llegaron a ser hospitalizados antes de cometer el intento suicida, esto se relaciona con que hubo una persona cercana que fue capaz de percibir las señales de riesgo y tomar medidas para la protección del paciente y a que probablemente estos pacientes

también fueron más claros en comunicar lo que les estaba ocurriendo y en el riesgo en el que se encontraban.

Discusión

Efectivamente, entrevistar a los propios pacientes acerca de su conducta suicida constituyó una valiosa fuente de información para enriquecer la comprensión de esta conducta. Ellos fueron capaces de observar su situación y aportar su propia visión respecto de aquello que los pone en riesgo y aquello que los protege. También fue posible explorar con ellos las circunstancias en torno a su conducta suicida actual y a su experiencia durante la hospitalización.

Los veinte pacientes, consultados aproximadamente después de una semana de hospitalización, describieron, en retrospectiva, ciertos aspectos que los fueron vulnerando a lo largo del tiempo. Todos ellos manifiestan la visión de su suicidalidad como un proceso que se viene arrastrando hace tiempo, incluso algunos mencionan haber tenido pensamientos suicidas desde la niñez.

Ellos identifican eventos que ocurrieron durante su vida, que denominamos “predisponentes”; otros eventos ocurridos en el último año, que denominamos “precipitantes”, y un evento “gatillante” del intento o de la ideación suicida actual. Estos acontecimientos tuvieron lugar en cierto contexto personal que incluye características del paciente, de su familia y del entorno social en el que se encuentran inmersos.

A partir de estos relatos fue posible apreciar que una particular configuración de situaciones, en la historia y en el presente, fue lo que los condujo a intentar suicidarse o a pensar en hacerlo. Tal como señala la literatura, los factores de riesgo

se presentan en una combinación o diátesis de predisposición genética y adquirida, tanto de factores individuales y ambientales, que son activados por un evento gatillante (Mann, Oquendo, Underwood, & Arango, 1999), y esto se produciría en forma paralela al diagnóstico psiquiátrico (Mann, 2002). Cada factor de riesgo aislado provee una comprensión limitada de por qué emerge la conducta suicida, ya que los efectos de cada factor no son independientes. Para comprender entonces la conducta suicida, es necesario considerar la interacción de distintos factores de riesgo. Esto también permite entender por qué personas con algún factor de riesgo clave no presenta conducta suicida (Dour, Cha, & Nock, 2011; O'Connor, Rasmussen & Hawton).

Dentro de los factores predisponentes que los pacientes fueron señalando de su historia, se confirman algunos ampliamente conocidos como factores de riesgo suicida: La presencia de intentos previos (García de Jalón y Peralta, 2002), antecedentes de maltrato y abuso en la infancia (Espinosa, Blum, & Romero, 2009; Wojnar, Ilgen, Czyz, Strobbe, Klimkiewicz, & Andrzej, 2009), antecedentes de patología psiquiátrica y suicidio en la familia (Espinosa, Blum, Romero, 2009; García de Jalón & Peralta, 2002; OMS, 2011) y ciertas características de personalidad en la infancia como sentirse aislados, diferentes y solos (Beck, Steer, Beck, & Newman, 1993).

Los factores precipitantes identificados en el último año se refieren a situaciones que fueron agudizando conflictos familiares, tales como distanciamiento de seres queridos, problemas de pareja, rupturas de relación y discusiones con personas cercanas. También se observaron problemas académicos, como fracasos en los

estudios de la universidad, y dificultades laborales, como por ejemplo, notificaciones de cambios laborales desfavorables o despidos.

En relación al gatillante que detonó la conducta suicida, lo más frecuentemente observado en nuestro grupo es un quiebre en una relación significativa. Este evento suele estar asociado a una angustia intolerable, y en algunos casos, también a un afecto de tipo depresivo. En este punto, se observa una diferencia en el proceso gatillante de la conducta suicida actual, entre aquellos casos de intentos suicidas con intención ambivalente de morir y aquellos con clara intención de morir. En el primer grupo, tras un quiebre vincular (como por ejemplo: romper con la pareja o discutir con un ser querido) se produjo un afecto intolerable, que gatilló una ingesta farmacológica, con la intención simultánea de demandar cuidado y de morir al mismo tiempo, aliviando así el sufrimiento.

Los pacientes del grupo con clara intención de morir, tras un quiebre vincular, académico o laboral, experimentaron una reacción emocional a la que se le agrega una confirmación categórica de un significado depresivo. Este significado es del tipo *“no pertenecer”, “no ser querido”, “no importarle a los demás”, “no ver solución posible a los problemas”*. Frente a esta confirmación drástica, (desde su perspectiva y en retrospectiva) no les queda más opción que morir, gatillándose un intento suicida con la intención clara de morir. Observamos que en este grupo, en el proceso gatillante del intento suicida se combinan la presencia de un afecto, con un determinado significado. Otros autores han destacado la interacción entre emoción-cognición como factor asociado al intento suicida, específicamente la interacción entre una mayor reactividad emocional y una menor habilidad para resolver problemas interpersonales (Dour, Cha, & Nock, 2011).

El grupo sin intento de suicidio actual y que fue hospitalizado por presentar ideación suicida de alto riesgo, presentó un proceso gatillante similar a los otros dos grupos, con la diferencia que en este grupo hubo alguien cercano (familiar o tratante) que pesquisó el riesgo y tomó medidas oportunas.

Estos resultados son consistentes con ciertos modelos teóricos que proponen que las personas eligen suicidarse como una manera de terminar con un afecto intolerable porque ellos no podrían generar soluciones más adaptativas (Dour, Cha, & Nock, 2001).

Con respecto a los factores de riesgo actuales, los entrevistados aluden a formas de funcionamiento familiar caracterizadas por cercanía y distancia afectiva al mismo tiempo, sin comunicación de temas personales relevantes con los cercanos. También reportan características de su personalidad que los hacen más vulnerables, como no pedir ayuda, sentirse incapaces de lidiar con los problemas, reaccionar impulsivamente frente a situaciones dolorosas y no saber manejar las propias emociones. La impulsividad ya ha sido descrita por otros autores como factor de riesgo de suicida (Wojnar, Ilgen, Czyz, Strobbe, Klimkiewicz & Andrzej, 2009; Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham, Steinberg & Moeller, 2005; Pompili, Innamorati, Raja, Falcone, Ducci & Angeletti, 2008), y ha sido confirmada en los relatos de este estudio.

Adicionalmente, los pacientes señalaron sentimientos de soledad, aislamiento, incompetencia y desesperanza como factores que los ponen en riesgo. La agudización de estos sentimientos puede considerarse como una señal de alarma. La existencia de estos sentimientos ha sido señalada como factor de riesgo por los autores Beck, Steer, Beck, & Newman, (1993), junto con el hecho de sentirse una

carga para los otros y haberle perdido el miedo a la muerte, descritos por Joiner (2007).

En relación a los factores protectores, los pacientes entrevistados valoran los vínculos y las relaciones estrechas. Refiriéndose a aquello que los ayudó en la hospitalización y promovió los deseos para vivir, destacan los vínculos de calidad, donde se sientan acompañados y puedan pedir y recibir ayuda. Esto les permite sentirse acogidos, comprendidos y apoyados en sus dificultades. Tal como se señala en la literatura, los vínculos de calidad y el apoyo social serían contundentes elementos de protección contra el riesgo suicida. (Bearman & Moody, 2004; Blanton-Lacy, Molock, Kimbrough, Williams, Nicholson, & Hamilton, 1995; Cantor & Slater, 1995, Heikkinen, Isometa, Marttunen, Aro & Lonqvist, 1995; Gunnel, Harbord, Singleton, Jenkins, & Lewis, 2004; Hirsch & Ellis, 1995; Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham, & Harrington, 1996; Latha, D'Souza & Bhat, 1996; Ordoñez, Barros, Echávarri, & Morales 2011; Shagle & Barber, 1995; Welz, 1994). Estos autores se refieren a la prevención del suicidio promoviendo el desarrollo de relaciones afectivas estrechas y activando redes sociales protectoras. La cercanía en los vínculos contribuye a la regulación emocional, al alivio de la angustia y a sentirse acompañados en momentos de tristeza. La existencia de lazos sociales puede colaborar con el desarrollo de un sentido de pertenencia social y de efectividad personal que resultan protectoras psicológicamente (Joiner, 2007; Durkheim, 1951) y aportar un sentimiento de mayor seguridad en sí mismo.

No obstante, clínicamente podemos observar que las relaciones sociales y cercanas también suelen ser una fuente de estrés y de agobio psíquico, y pueden llevar a perder el sentido de la vida. Las relaciones tormentosas pueden ser

altamente riesgosas, especialmente si disminuyen las capacidades de afrontamiento de los problemas, o llevan a sentirse aislado socialmente, o también pueden conducir a estados angustiosos y sentimientos de desprotección.

Los conflictos vinculares que los pacientes relacionan con su riesgo suicida, generalmente se refieren a relaciones familiares cercanas. Además, cada vez que un paciente es hospitalizado por riesgo suicida, no solo él, sino que la familia en su conjunto, se encuentran en situación de crisis. Debido a esto, nos parece fundamental acoger a la familia en el marco de las intervenciones. En este contexto nos parece importante favorecer y contener la expresión de lo que significó el acto suicida para cada uno de los miembros de la familia. Así, el paciente puede tener la oportunidad de percibir la importancia que tiene él para los otros miembros de su familia. En este espacio, el paciente puede hablar acerca de su ideación suicida con sus familiares, de manera protegida y orientada por un especialista.

Complementariamente Schreiber (2010), destaca que conversar sobre el suicidio es una oportunidad de alivio que reduce incluso el riesgo de actuar el deseo de suicidarse. En nuestra experiencia, muchos pacientes valoran la posibilidad de hablar descarnadamente acerca de sus pensamientos suicidas en el espacio terapéutico y, contrariamente a lo que se puede pensar, concordando con Schreiber, nos parece que el hecho de conversar sobre el suicidio no empuja a las personas a suicidarse, sino que permite compartir y elaborar vivencias muy extremas.

Los pacientes refieren algunos factores que ellos consideran protectores, pero que a nuestro juicio, pueden ser también de riesgo. Por ejemplo, tomar alcohol cuando se sale con amigos, fumar marihuana, o jugar en el computador por períodos prolongados. Si bien estas actividades pueden aliviarlos y hacerlos sentir bien,

también pueden llevarlos a alejarse de sus roles, a disminuir sus sentimientos de competencia y retirarse socialmente de aquello que los conecta con sus motivos para vivir. Concordantemente con esta afirmación, observamos que la investigación muestra que el consumo excesivo y la dependencia de alcohol y de sustancias, incrementan el riesgo de intentos suicidas de tipo impulsivos (Lejoyeux, Huet, Claudon, Fichelle, Casalino, & Lequen, 2008; Oquendo, Bongiovi-García, Galfalvy, Goldberg, Grunebaum, & Burke (2007).

Los 20 pacientes estudiados evolucionaron favorablemente entre la segunda y cuarta semana de hospitalización. Ellos experimentaron alivio sintomático, llegaron a estar sin ideación suicida, manifestaron preocupación por el impacto de su conducta en los familiares y retomaron algún grado de esperanza y de sentido para sus vidas. Para ellos, el tiempo de hospitalización, si bien es considerado un tiempo de crisis, al mismo tiempo les ofreció un espacio de tranquilidad y de alejamiento de los problemas que los aquejaban en ese momento, otorgándoles la posibilidad que pudieran observarse y reflexionar en perspectiva. En relación a su positiva evolución, ellos también destacan haber sentido, luego de la crisis, una mayor aceptación y comprensión por parte de sus seres queridos, lo que los llevó a sentirse más apoyados y con alguna esperanza. Por otro lado, reportaron el temor que al volver a sus vidas volvieran a sentirse vulnerables. Debido a esto, consideramos que el momento de la hospitalización es una oportunidad para promover una reflexión acerca de qué protege a los pacientes y qué los lleva a encontrarse en situación de vulnerabilidad y de riesgo.

A lo anterior se agrega el impacto de sobrevivir a un intento suicida, especialmente en el grupo con clara intención de morir. Esta sobrevida impulsa una

reflexión acerca del sentido de haber quedado vivo y frecuentemente los conecta con una nueva esperanza y posibilidad de tener una vida diferente. De hecho, los pacientes reportan deseos y proyectos a futuro, lo que, a nuestro parecer, es un factor protector, en la medida en que estos proyectos sean posibles de realizar. Si estos deseos y proyectos son poco realistas, se pueden convertir en un factor de frustración inmanejable y, por lo tanto, en un factor de riesgo suicida. Considerando esto, nos parece que este período de crisis es altamente sensible al cambio y, en consecuencia, una oportunidad clave para el equipo tratante de realizar intervenciones oportunas y eficaces.

Los resultados obtenidos en este estudio resaltan la importancia de orientar intervenciones terapéuticas hacia el manejo de las propias emociones, hacia el desarrollo de habilidades sociales, de habilidades de enfrentamiento de problemas y de manejo de situaciones estresantes. Esto ya ha sido planteado por varios autores como Lazarus & Folkman (1984); Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, (1991); Linehan, (1993a, 1993b), quienes enfatizan la validación de la emociones del paciente y la utilidad de enseñarles técnicas para enfrentar problemas, habilidades de comunicación y de autocontrol. Estas habilidades les permiten aprender a regular las reacciones emocionales, previniendo el riesgo suicida. Los autores Blasco-Fontecilla, Baca-García, Duberstein, Pérez-Rodríguez, Dervic, & Saiz-Ruiz (2010); y DeJong, Overholser & Stockmeier (2010), igualmente han observado que ciertos eventos en la vida, en personas con trastorno de la personalidad pueden gatillar intentos de suicidio. Ellos también proponen dirigir las intervenciones hacia el aprendizaje de estrategias de manejo de los problemas y de las reacciones emocionales frente a estos. Por su parte, los autores Clarkin, Yeomans & Kernberg

(2006), sugieren un modelo de psicoterapia que promueve la integración de aspectos amorosos y agresivos en pacientes con trastorno de personalidad.

A favor de una mejor regulación emocional y la posibilidad de establecer relaciones afectivas cercanas de calidad, resulta importante promover la comprensión acerca de cómo los otros se ven afectados por la propia conducta. Considerar cómo impacta en los demás las propias acciones, implica ver a las otras personas como seres diferentes, con sus propias necesidades y motivaciones. Estas estrategias terapéuticas son sostenidas por diversos autores como Fonagy, Luyten, & Stratheam (2011), quienes sugieren promover la mentalización y la función reflexiva, lo que permite reducir la suicidalidad en pacientes impulsivos.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, cabe mencionar que hubo pacientes con riesgo suicida que no fueron representados en la muestra analizada. Estos pacientes corresponden a aquellos que no dieron su consentimiento para participar en el estudio, aquellos que estaban molestos con el hecho de estar hospitalizados, y también aquellos que no lograron una suficiente estabilización emocional como para ser entrevistados. Es así que pensamos que los casos con evoluciones menos favorables, no están bien representados en los resultados de esta investigación.

Nos parece que el presente estudio aporta un modelo para una comprensión de los significados y el proceso asociados al riesgo suicida desde la perspectiva de los propios pacientes. Los resultados aportan en la identificación de factores protectores y de riesgo, junto con la relevancia de considerar estos factores de manera conjunta para la comprensión de cada caso en particular. A futuro, resulta importante contrastar lo observado en un mayor número de casos, por lo que se puede pensar

en un estudio cuantitativo con una muestra clínica de pacientes con distintos niveles de riesgo suicida, que permita detectar aquellos factores mayormente asociados al riesgo. Dado los resultados expuestos aquí, surgen como variables relevantes de continuar investigando, la calidad de los vínculos cercanos y la regulación emocional, especialmente aspectos angustiosos y depresivos.

Referencias Bibliográficas

- Baader T. (2009). Suicidio en Chile: Evaluación, Prevención y Tratamiento. Jornadas Departamentales Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina, Departamento de Psiquiatría.
- Bearman, P. & Moody, J. (2004). Suicide and friendship among american adolescents. *American Journal of Public Health*, 94, 89 - 95.
- Beck, A., Steer, R., Beck, J. & Newman, C. (1993). Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23/2, 139–145.
- Blanton-Lacy, M., Molock, S. D., Kimbrough, R., Williams, S., Nicholson, M. & Hamilton, D. (1995). Validity of the use of suicide scales with african americans. En D. Lester, *Suicide '95*. Washington, DC: AAS.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Duberstein, P., Pérez-Rodríguez, M., Dervic, K. & Saiz-Ruiz, J. (2010). An exploratory study of the relationship between diverse life events and personality disorders in a sample of suicide attempters. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 773–784.
- Cantor, C. & Slater, P. J. (1995). Marital breakdown, parenthood, and suicide. *Journal of Family Studies*, 1, 91-102.
- Clarkin, J., Yeomans, F. & Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing in Objects Relations*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Davidson, C., Wingate, L., Rasmussen, K. & Sligh, M. (2009). Hope as Predictor of Interpersonal Suicide Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(5), 499-507.
- De Jong, T., Overholser, J. & Stockmeier, C. (2010) Apples to oranges? : A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 90–97.
- Dour, H., Cha, C. & Nock, M. (2011). Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 294-298.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press.
- Espinosa, J., Blum, B. & Romero, M. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 32, 317-325.
- Flick, U. (2006). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- García de Jalón, E. & Peralta, V., (2002). Suicidio y Riesgo de Suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Pamplona, 25, 87-96.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Gunnel, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R. & Lewis, G. (2004). Factors

- influencing the amelioration of suicidal thoughts in the general population. *The British Journal of Psychiatry*, *185*, 385-393.
- Hirsch, J. & Ellis, J. B. (1995). Family support and other social factors precipitating suicidal ideation. *International Journal of Social Psychiatry*, *41*, 26-30.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *40(1)*, 73-80.
- Fonagy, P., Luyten, P. & Stratheam, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization and neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *32*, 47-69.
- Gould M., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal American Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 386-405.
- Joiner, Th. (2007/2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge, Massachussets:Harvard University Press, 16-45.
- Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V., Woodham, A. & Harrington, R. (1996). R. correlates and short.term course of self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, *168*, 38-42.
- Kissane, M. & McLaren, S. (2006). Sense of belonging as a predictor of reasons for living in older adults. *Death Studies*, *30*, 243–258.
- Latha, K. S., D'Souza, P. & Bhat, S. M. (1996). Social support and suicide attempts.

- Indian Journal of Social Work, 57, 386-395.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71, 183-191.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Lejoyeux, M., Huet, F., Claudon, M., Fichelle, A., Casalino, E. & Lequen, V. (2008). Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Archives of Suicide Research*, 12, 30–38.
- Lindner, R. (2006). Suicidality in men in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20, 197-217.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. (1993a). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press
- Linehan, M. (1993b). Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press. Traducción al castellano por Paidós (2003).
- Mann, J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals International Medicine*, 136, 302-311.
- Mann, J., Oquendo, M., Underwood, M. & Arango, V. (1999). The neurobiology of

suicide risk: a review for the clinician. *Journal Clinical Psychiatry*, 60, 7-11.

Mental Health Fundation. (2000). *Mental Health A - Z: Suicide*. Downloaded on august 15th, from <http://www.mentalhealth.org.uk/information/mental-health-a-z/suicide/>

Ministerio de Salud-Universidad Católica (2009). Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2004.

O'Connor, R.C, Rasmussen, S. & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and sel-harm in adolescent: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, 48 52-59.

Oquendo, M., Bongiovi-García, M., Galfalvy, H., Goldberg, P., Grunebaum, M., Burke, A., & Mann, J. (2007). Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*. 164(1):134-41.

Ordoñez, M., Barros, J., Echávarri, O. & Morales, S. (2011). Beyond Mental Illness *Archives Suicide Research*. Sometido a Publicación.

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington DC: OPS. 75324220. Downloaded on September 27th, 2009 from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2007). Día mundial de prevención del suicidio.

Downloaded september 11th, 2009 from

<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2009). Comunicación pública: Accidentes automovilísticos, enfermedades maternas y suicidio, tres principales causas de muerte en adolescentes, .Downloaded on september 11th. 2009. From http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/adolescent_mortality_20090911/en/

Organización Mundial de la Salud (2011). Suicide Prevention and Special programmes. Downloaded on august 10th, 2011 from http://www.who.int/mental_health/prevention/en/

Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington DC: OPS. 75324220. Downloaded on September 27th, 2009 from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: La Violencia Autoinflingida. Washington DC: OPS 7:201-231. ISBN 92 75 32422 0. Downloaded on september 27th, 2009 from http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_7.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2006). Estadísticas para las Américas. Downloaded on september 22th, 2009 from http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/HSA2006_ST.pdf.

- Pierce, D. (1977). Suicidal intent in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130, 377-385.
- Pompili, M., Innamorati, M., Raja, M., Falcone, I., Ducci, G., Angeletti, G., Lester, D., Girardi, P., Tatarrelli, R. & DePisa, E., (2008). Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent? *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(1), 247-255.
- Shagle, S., & Barber, B. (1995). Social ecological analysis of adolescent suicidal ideation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 114-124.
- Schreiber, J. (2010), Suicidal ideation and behavior in adults. Downloaded on February 9, 2010 from <http://www.uptodate.com/home/index.html>. Accessed Feb. 9, 2010.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basic of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. New York: Sage.
- Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham, Steinberg & Moeller. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1680–1687.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós
- The Vocabulary of Loss (2009). A Glossary of Suicide-related Terminology. Downloaded on august 20th, 2011 from <http://lifeguard.tripod.com/index-2.html#A>.

Wojnar, M., Ilgen, M., Czyz, E., Strobbe, S., Klimkiewicz, A. Kakubczyk, A., Glass, J. & Brower, K. (2009). Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 131–139.

Weismman, A. & Worden, J. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives General Psychiatry*, 20, 553-560.

Welz, R. (1994). The social supports of suicide attempters. En D. Lester, *Suicide '94*. Denver: AAS.

Anexo 1: Pauta de entrevista a pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida

Nota para la (el) entrevistadora (r): Se recomienda realizar esta entrevista permitiendo que el paciente se exprese de la manera que le sea natural. Mantener la actitud de escucha y contención es fundamental, recordando que se encuentra en el marco de una intervención hospitalaria. Se sugiere también, agradecer al paciente por su autorización para grabar esta entrevista y señalarle que su utilización será únicamente con fines de investigación y académicos.

Primera Entrevista semi estructurada.

Significados asociados al propio riesgo suicida

De cómo se explica la situación, siente y piensa

¿Qué piensa de lo ocurrido, cómo ve usted lo ocurrido?

¿Cómo se siente con lo ocurrido?

De la intencionalidad del intento/ideación

Con respecto al intento/Ideación que provocó que lo (a) hospitalizaran

¿Qué le afectó en ese momento?

¿Qué era lo que esperaba que ocurriera con lo que estaba haciendo?

¿Estaba en conocimiento del nivel de peligro que corría?

De los elementos de su historia que pudieran haber afectado

¿Hay algo que usted recuerde de su infancia que le puede haber afectado?

¿Hay antecedentes de suicidio en su familia?

¿Cómo fue esa situación?

De los cambios ocurridos en el período luego del intento

¿Ha habido cambios en la manera en que usted se siente?

¿Su familia ha reaccionado de alguna manera?

¿Qué cambios ha habido en su casa,

¿Qué cambios ha notado en su familia,

¿Qué cambios ha notado en sus amigos,

¿Qué cambios ha habido en su trabajo/estudio?

¿Cómo ha reaccionado su familia en situaciones como esta anteriormente?

De los factores que lo (la) ponen en riesgo suicida

¿Qué puede recordar que estaba pasando cuando realizó su intento?

¿Qué le habrá afectado en el último tiempo?

¿Qué situaciones lo pueden haber disgustado/apenado/molestado/afectado/despertado (rabia, tristeza, miedo)

¿Cómo se observaba esta situación en la casa, en el trabajo/estudio; con sus amigos, en la relación de pareja.

¿Qué habrá sido desde su punto de vista, lo que lo (a) sobrepasó (gota que rebalsó el vaso)?

¿En el caso de intentos repetidos ¿Usted ve alguna situación común en estas situaciones, algún elemento que haya estado presente en estas situaciones?

¿Recuerda usted en qué momento de su vida que no tuvo más sentido vivir, qué estaba pasando en ese momento?

De los factores que protegen del suicidio

¿Qué lo pone contento?

¿Con qué disfruta cuando se encuentra bien?

¿Qué lo motiva a vivir?

¿Qué lo anima a hacer eso que le hace feliz?

Cuando se encuentra en un estado de calma/equilibrio, ¿qué lo ayuda a encontrarse bien?

¿Cuando se siente abrumado que lo alivia?

¿Qué lo ayuda a salir de sus estados complicados?

¿Qué lo puede disuadir cuando está sobrepasado (pensando en la muerte)

De los deseos y expectativas para el futuro

¿Qué podría ayudarlo (a) a sentirse mejor en su vida?

¿Qué le gustaría, si pudiera pedir un deseo...por ejemplo si se encontrara con un genio en una lámpara?

¿Qué proyecto podría conseguir ese deseo?

¿Qué aconsejaría a alguna persona que se encontrara en esta situación?

¿Hay algo que le gustaría agregar?

Artículo 2, aceptado para su publicación en: *Revista Argentina de Clínica Psicológica (ISI Journal)*

**What Parents Tell Us: Perspectives of Chilean Parents whose Children were
Hospitalized for Suicide Ideation or a Suicide Attempt**

Tracy Taylor, Susana Morales-Silva., Fabiola Zuloaga-Andrés

Orietta Echávarri-Vesperinas & Jorge Barros Beck

Abstract

Eleven semi-structured interviews were conducted with Chilean parents whose children had been hospitalized for suicide ideation or a suicide attempt. This qualitative, exploratory study explored the perception of parents regarding their children's suicide risk factors, protective factors and suicidal behavior prior to their hospitalization. The study contributes to the few that exist that focus on the perception of significant others of suicidal patients and demonstrates that parents constitute a valuable source of information. Additionally, the use of a clinical semi-structured interview is proposed to explore suicide risk and protective factors from the perspective of significant others.

Key words: attempted suicide, protective factors, risk factors, Grounded Theory

Resumen

Se realizaron once entrevistas semi estructuradas a padres y madres chilenos de pacientes hospitalizados por ideación o por intento suicida. Es un estudio cualitativo, exploratorio que indaga la percepción de los padres respecto de los factores de riesgo, factores protectores y la percepción en retrospectiva acerca de la conducta suicida de sus hijos/as en el tiempo previo a la hospitalización. Esta investigación contribuye al conocimiento, dentro de los escasos estudios que existen, respecto de la percepción de familiares significativos de pacientes suicidas y demuestra que los padres constituyen una valiosa fuente de información. Se aporta además, un modelo de entrevista semi estructurada, de utilidad clínica, para explorar factores protectores y de riesgo suicida, desde la perspectiva de familiares significativos.

Palabras clave: intento suicida, factores protectores, factores de riesgo, teoría fundamentada.

Introduction

Despite increased research on the phenomena of suicide, suicide death rates have increased by 60% over the last 45 years and if rates continue their pattern, it is estimated that casualties could rise to 1.5 million in 2020 (World Health Organization [WHO], 2004). Although most Latin American countries tend to have lower suicide rates than in the Western world, in Chile, the average suicide rates have increased over the years from 4.2% per 100,000 people in 1950 to 10.3% per 100,000 people in 2005 (WHO, 2009; Diaz & Barria, 2006). The Chilean youth suicide rates in particular have also increased (Ventura-Juncá et al., 2010). Suicide accounted for an estimated 5.5% of all deaths among Chileans between 10 to 24 years of age during the eighties, and in 2003, the figure reached 15.9% in the same age group (Salvo & Melipillán, 2008). Salvo & Melipillán (2008) found that in the twelve months previous to their study, 19.1% of 763 high school students between 9th and 12th grade in the municipality of Chillán had attempted suicide. Fifty percent of this group had made two or more suicide attempts within that year. Another study of Chilean high school students between the ages of 14 to 19 years in the Metropolitan Region also found a prevalence of attempted suicide in 19% of the sample and of suicidal ideation in 62% of the sample - a value which was more than triple the rate of suicide attempts (Ventura-Juncá et al., 2010). In other words, the authors found that for every three high school teenagers who thought that life was not worth living, two thought about how to end their life and one actually tried to end it (Ventura-Juncá et al., 2010). Studying suicidal ideation and suicide attempts is particularly relevant given the fact that the latter continues to be the best predictor of a completed suicide, preceding up to 50% of suicides (Gould, Greenberg, Velting &

Shafer, 2003; Larraguilbel, González, Martínez & Valenzuela, 2000; Salvo & Melipillán, 2008).

Suicide research today

In spite of an overall increase in the number of publications in the field of suicidology over the past two decades, particularly quantitative studies, some criticize that few new theories have emerged and that little insight has been generated (de Wild, 2002; Hjelmeland & Knizek, 2010). Hjelmeland and Knizek (2010) contend that the quantitative focus on trying to *explain* suicide has led research to an impasse of repetitive studies. They argue that an increased focus on *understanding* suicide, through the use of qualitative studies, is necessary to advance the suicidological field. Nonetheless, qualitative data remains sparse (de Wild, 2002; Hjelmeland & Knizek, 2010; Toomela, 2007). In fact, only 3% of research articles published between 2005-2007 in three major international journals (Archives of Suicide Research, In Crisis, Suicide and Life Threatening Behavior) implemented qualitative methods (Hjelmeland & Knizek, 2010).

The epidemiology of suicidal behavior is also still surprisingly limited, as well as the ability to predict suicidal behaviors, especially suicide attempts among adolescents (Roberts, Roberts, Xing, 2010). The majority of studies which examine risk and protective factors have been based on cross-sectional designs (e.g., prevalence surveys) or retrospective designs (e.g., case control studies or psychological autopsy studies) (Roberts et al., 2010; Barros et al., 2009). Despite knowledge of risk factors for suicidal behavior, there is still little information about *how* certain risk factors relate to

suicidal behavior, as current quantitative assessments may fail to capture essential information about an experience (Jobes, Nelson, Peterson et al., 2004).

People close to an individual who attempts suicide, such as family members or significant others, can provide valuable information regarding the patient's risk or symptoms (DeJong & Overholser, 2009; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a). DeJong & Overholser (2009) found that psychiatric patients and close friends or family members tended to agree on the presence of depressive symptoms, the presence of recent stressful life events, and specific actions taken during the suicidal crisis, suggesting that significant others may be capable of providing useful information about the patient. Additionally, Shneiderman (1994) suggests that a common interpersonal act of suicide is the communication of intention. In fact, psychological autopsies reveal that clues to the impending lethal event are present in approximately 80% of committed suicides (Shneiderman, 1994). Other studies show that friends and family are most likely to be contacted before an individual makes a suicide attempt (Seymour-Barnes, Ikeda & Krensnow, 2001). Nonetheless, very few published international studies approach the inner world of suicide from the perspective of relatives and no such studies exist in Chile.

Considering the above, a different, more comprehensive approach is necessary to gain a deeper understanding of suicide. In this qualitative study, Chilean parents were contacted directly after their child's hospitalization for suicide ideation or a suicide attempt as part of the psychiatric evaluation. The objective of the study was to explore parents' perception regarding the following:

- (1) Risk factors involved in their child's suicidal ideation/attempt
- (2) Their child's suicidal behavior prior to their hospitalization
- (3) Protective factors involved in their child's suicidal ideation/attempt

Method

Eleven semi-structured interviews were conducted with the informed consent of parents whose children had been hospitalized for suicidal ideation (n=2) or for a suicide attempt (n=9) in the Psychiatric Unit of Clínica UC San Carlos de Apoquindo in Santiago, Chile. This study was part of a larger, ongoing study of suicidal patients approved by the Research Ethics Committee for Clinical Studies of the Pontificia Universidad Católica de Chile, as well as the Ethics Committee at the School of Psychology at the university's Faculty of Social Sciences.

Data collection procedures

Parents were interviewed by a psychologist from their child's treatment team, who was also part of the research team. The semi-structured interview was jointly designed by both the research team and treatment team. Interviews were videotaped, transcribed, and later analyzed in teams in order to minimize individual biases. The flexible design of the study allowed it to adjust to new information as it emerged, updating the interview guide and incorporating new criteria for the selection of participants at different stages.

Participants

The sample was composed of parents of 11 patients, both male ($n = 7$) and female ($n = 4$), between the ages of 15 and 25 (See Table 1). If both parents could not participate, an interview was conducted with just one parent ($n=8$). Eligible to participate in the study were parents whose children still lived with them, were of high school or college age, and who were financially dependent on them. Patients also had to agree to participate in the larger ongoing study and be in a clinical condition to do so. Excluded from the sample were parents whose children were diagnosed with substance addictions, psychotic disorders, or who declined to participate.

Table 1. Demographic Information for Patient and Study Participant

Case	Patient				Participant/s			
	Age (yrs)	Sex	Diagnosis ^a	Occupation	Reason for hospitalization	Method	Lethality ^d	Parent
1	15	M	M.D.D ^b	High School Student	Suicide attempt	Overdose	Moderate	Mother & Father
2	17	F	M.D.D	High School Student	Suicide attempt	Overdose	Severe	Mother & Father
3	24	M	M.D.D	College graduate	Suicide ideation	-	-	Mother & Father
4	22	M	M.D.D	College student	Suicide ideation	-	-	Mother
5	22	M	M.D.D	College student	Suicide attempt	Hanging + alcohol	Moderate	Mother
6	25	M	M.D.D & Gambling	College student	Suicide attempt	Overdose	Severe	Mother
7	24	M	M.D.D	College student	Suicide attempt	Overdose	Moderate	Mother
8	19	M	M.D.D	College student	Suicide attempt	Overdose	Mild	Mother
9	25	F	M.D.D	Unemployed	Suicide attempt	Overdose	Moderate	Mother
10	16	F	M.D.D & G.A.D.	High School Student	Suicide attempt	Overdose	Moderate	Mother
11	15	F	M.D.D	High School Student	Suicide attempt	Overdose	Severe	Mother

^a According to the DSM-IV

^b Major Depressive Disorder

^c Generalized Anxiety Disorder

^d According to SADS criteria

Data analysis

Interview data was systematically collected and analyzed as the study progressed according to the procedures established by the Grounded Theory Model (GTM) by Glaser and Strauss (1967). It is a generative method, whose aim is to develop theory based on data, and therefore is centered on the content of the participants' discourse. During the initial phase of open coding, data from written transcripts of the interviews was fragmented, coded and then conceptualized line by line. The concepts were organized into categories based on their properties and trends in the data were established (Glaser & Strauss, 1967). This paper will present the results of descriptive analysis of this process.

Results

Perception of risk factors

When parents considered in retrospect what might have influenced their child's suicidal ideation or attempt, they tended to refer to various components that could have affected the patient in different ways over time. Most parents considered their child's hospitalization to be the **result of a process** that had been underway for some time. In fact, three respondents used the same phrase to convey that what had been affecting the patient "*had been dragging on for some time.*"

Parents often identified predisposing (long-term), precipitating (short-term) and triggering (immediate) factors which could have influenced in the evolution of their child's suicide risk. Regardless of their time frame, **these factors were predominately composed of family factors, academic or vocational difficulties, interpersonal**

conflict, and certain personality characteristics of their child. Regarding family factors, the parents named characteristics or events, which could have negatively affected the patient and perhaps increased his or her vulnerability to suicide risk. For example, the absence, loss or suicide of an important family member, family dysfunction, marital instability, divorce, low parental alliance, an aggressive household and instances of parental overprotection or underprotection were seen as related to the patient's current suicide risk. Additionally, some parents perceived that their children experienced difficulty adapting to academic or professional demands and struggled to progress at the same rhythm as their peers. Parents also perceived interpersonal conflict, in form of fights, romantic break-ups, or lack of acceptance by peers as situations which could have increased their child's risk of suicide. Moreover, parents also named the following personality characteristics or tendencies which may have contributed to their suicide risk: **low tolerance to frustration, impulsivity, hypersensitivity, perfectionism, being self-demanding, difficulty organizing time or activities, difficulty defining one's identity, difficulty regulating oneself emotionally, a tendency to hide emotions, and the propensity to maintain intense and unstable relationships.** It is important to recognize that while parents identified similar risk factors that they believe influenced their child's suicidality, each patient and his or her history was markedly unique.

Perception of suicidal behavior prior to hospitalization: Observation, interpretation and management

In retrospect, parents recall what they observed in their children in the time prior to his or her hospitalization, highlighting what caught their attention or alarmed them.

Nonetheless, in two cases, the parents reported that their child was the same as always, perhaps even better than in previous periods. However, other parents usually remembered noticing ***signs of intense anxiety, depression, physical complaints or significant changes in their child's daily life.*** Among the latter, parents recalled that their child seemed ***markedly less motivated, lost interest in activities that he or she previously enjoyed or submerged him or herself in many activities without stopping, distanced him or herself from friends, drank in excess and demonstrated little desire to leave home or attend school or college.*** Additionally, parents in two cases reported that their children ***verbally communicated their desire to die.***

The way in which the parents interpreted these observations was different in each case, although ***none of the parents interpreted these observations as signs of suicide risk.*** The parents interviewed did not realize, or believe, that their children wanted to die or would attempt to do so. One couple insists that they never saw "anything wrong" with their daughter, only different, in spite of having observed most of her symptoms at some point. They attributed her depressive symptoms and intense way of relating to others, as characteristic of adolescence.

"...I thought she was a teenager, a teenager by the book. I see, or I saw, a daughter from the view point of her age, of normal adolescence, with a particular intensity in her personal relationships. I never thought this could be an abnormality. We assumed it was part of how teens suffer the metamorphosis from child to adolescent."

Some parents explained that they simply did not consider their child's symptoms to be so intense or extreme. One parent relayed that she tried to minimize her son's physical symptoms because he complained about them so frequently. In other cases, parents attributed their child's symptoms to factors other than the patient's risk level. For example, one mother thought her daughter's difficulties were due to the medicine prescribed to her.

Although none of the parents interviewed anticipated suicide risk, they did resort to various strategies to help the patient, depending on the severity they attributed to his or her situation. ***Participants who did not attribute a high degree of severity to what they observed tended to seek milder forms of help or took fewer precautions.*** For example, some parents did not seek professional help until the patient made his or her attempt, or, in one case, sought alternative forms of therapy. It appeared as though the parents did not delve into the subject of death with their child and generally tried not invade their space or be intrusive. In contrast, ***parents who associated greater severity to what they observed in their child tended to actively seek professional help*** (e.g. psychologists, psychiatrists and neurologists). The majority of parents on this side of the continuum also tried to talk with their child about how they were feeling and discussed possible suicidal thoughts, which allowed the parents to offer their children more support and companionship in moments of distress. In addition, when considered necessary, these parents intervened in their child's school or work, requesting medical leave from doctors or talking with employers to mitigate excessive demands.

In retrospect, some parents reflect on what they would have done differently or what they would recommend to other families going through a similar situation. One

parent stated that she would have disagreed more openly with some of the decisions her son's treatment team made and followed her maternal instinct. Similarly, another couple claimed that in hindsight they would have hospitalized their son sooner, had they suspected he was suicidal. One participant urged other parents to utilize professional help if they themselves did not feel adequately equipped to help their child. Another participant commented that she would have made different decisions in her family to improve the quality of relationships and integrate her daughter more. Some parents wonder if it would have been better to have just given their child what they had been asking for just prior to their suicide attempt (e.g. not force them to go school or let them buy what they want). Another participant said that they would have tried to communicate more often with their child and offered her more emotional support when she was distressed. In fact, ***parents often repeated the recommendation that other parents talk more frequently with their child if they observed mood changes and suggested that they pay attention to behavior that is unusual for their child in particular.*** Similarly, another parent advised others to pay extra attention to their child's distress and anxiety, because they are strong emotions for children and they need help dealing with them:

"Children, when they are distressed and anxious, are not well ... that does not pass by itself. They are not being cry babies, nor should one throw them to the lions so they toughen up. The emotions that they feel are so strong ... as strong and as solid as a table."

In summary, when parents reflected on their child's history previous to their hospitalization, they perceived an evolution in their suicide risk, which they believed was

influenced by various predisposing, precipitating and triggering factors which interacted between each other. However, during the time leading up to their child's suicidal ideation or suicide attempt, parents experienced difficulty interpreting their child's symptoms as indicators of suicide risk. The way in which parents assessed what they saw influenced how they decided to care for the patient, with many of them expressing regret about how they handled the situation.

Perception of protective factors

While parents identified factors that could have augmented their child's suicide risk, they also highlighted elements that could have offered some protection from suicidal behavior. When the parents contemplated what their child enjoyed or what motivated them to live, most referred to his or her social and family network, as well as their interests or hobbies. In addition, it appeared that the way in which the patient was able to regulate the intensity of his or her emotions could have also played a protective role, as could some of the patient's more positive personality characteristics.

With respect to the patient's circle of significant others, many parents believed that their child's friends and relatives were a principal source of stability and support for him or her. Other parents pointed out that the closeness between family members, both in relationships and in physical proximity, was helpful for their child. Another couple believed that their son would not be able to withstand a marital separation and therefore considered their marriage essential to his stability. Also, in two cases, parents thought that the level of communication they maintained with their children helped their children to share their feelings about what they were going through. In addition, two parents

stated that their child's love for their family and his or her desire to spare their loved ones suffering motivated the patient to live.

Parents also felt that their child's interests or activities played an important role in their happiness. The interests that they named tended to be solitary (e.g. playing on the computer, knitting, baking desserts, etc.) or more social or interactive activities (e.g. getting together with friends or family, spending time with a boyfriend/girlfriend, barbecuing, drinking with friends, going out, playing sports, etc.) Another parent noticed that her daughter liked to "generate things," such as raise money for her class, an activity that points to a need to feel useful or make a contribution. In fact, nearly half of the parents believed it was important for their children to have jobs or responsibilities that made them feel useful or that gave them a purpose.

Although in general, parents identified all of the above as elements that helped their children feel better, made them happy, or motivated them to live, some also questioned if some of these elements could actually increase their child's risk of suicide. For example, although one mother acknowledged that her son child had a very strong bond with his group of friends, she did not consider them to be a source of protection for him because they engaged in activities that could put him at risk or be unhealthy for him. This would suggest that in order for certain factors to perform a protective function, they must meet certain criteria that go beyond the patient's likes and dislikes and which promote his or her overall wellbeing.

Finally, parents also considered what helped their children manage their unpleasant and intense emotional experiences, like anger or anxiety. Three sets of

parents reported that nothing, or very little, helped their children feel better, which suggests a lack of coping strategies. In contrast, other parents noted that providing the patient with affection, emotional support, comfort, physical contact and contextualizing their anxiety was helpful (i.e. reminding the patient that they would not feel like how they feel forever or that their feelings would to pass). Perhaps these patients benefited from certain forms of external help, which aided them in managing difficult emotional experiences. Another parent observed that distracting her son with different activities could help him feel better. One parent noticed that it calmed her son to talk if he was a little sad, but if he was very upset, talking only seemed to further intensify his feelings. Other parents reported that their children used the computer or television to avoid what they were feeling. In general, parents expressed that it was very difficult for their children to cope with, or regulate, their emotional experiences, although in some cases the involvement of others appeared to help. Some parents saw themselves as involved in this process and believed that they could help alleviate the intensity of their child's emotional states.

While parents mentioned characteristics of their child which they felt could have increased their risk of suicide, they also listed many qualities which they felt should have protected him or her from considering taking his or her life. Several parents described their child's personal resources, such as being someone who always lifts himself up, who is a good friend, friendly, optimistic, intelligent, successful, motivated and healthy. Although these strengths do not eliminate the patient's difficulties, they do provide him or her with tools to confront them.

Discussion

The results of the current study both confirm and elaborate previous findings of suicide risk through the perceptions of those closest to the suicidal individual. The findings confirm the importance of conducting interviews with parents regarding the patient's suicidal behavior as part of the patient's treatment. The use of the semi-structured interview implemented in this study is highly recommended (see appendix). It is suggested that the interview begins generally, and grows increasingly tailored to the particulars of each case. The questions should be formulated in such a way that encourages the parents to explore what they think and feel, stimulating their memories and reflections. The interview should extract as much as possible from the content that arises from the parents' discourse. The clinical interviewer should refrain from formulating and imposing their own impressions, rather, they should wait and listen to the parents' ideas. Another meeting later on can be dedicated to psychoeducational interventions.

Not only does interviewing parents provide them with a therapeutic space in which to contemplate their experience, it also promotes a comprehensive dialogue about topics which, for some, are still considered taboo in Chile. This empathetic, yet direct, way of discussing suicide could offer parents a model for how to do so with their child. This could be beneficial for the patient, since research demonstrates that the individual's perception that he or she can talk about their suicidal ideas helps to alleviate their intensity (Randell et al., 2006; Borowsky et al., 1999).

Professional support teams can learn from parents as they evaluate their experience in retrospect. Parents offer unique insight regarding risk and protective factors which should be taken into account when working with the patient and their family and designing a treatment plan. Many parents felt that their child's suicidal ideation or suicide attempt was the result of a process involving multiple factors that accumulated over time, a finding consistent with the literature (Guibert & Torres, 2001; Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003). The parents' perception that suicide risk evolves over time is clinically advantageous because it implies that it is possible to intervene as it develops and potentially alter its course. These results add qualitative support for quantitative findings of cumulative risk (e.g. Roberts et al., 2010; Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003). In our study, the depressed individual's vulnerability or resiliency to suicidal behavior appeared to be influenced by compounding components such as family factors, academic or vocational difficulties, interpersonal conflict, and certain personality characteristics of the patient. Negative configurations of these components appeared to increase the patient's vulnerability towards suicide risk, while positive configurations favored resiliency in earlier moments of the patient's life and may have the potential to do so in the future. Research suggests that identifying, developing and enhancing protective factors could be more effective than reducing suicide risk factors (Borowsky et al., 1999).

However, it is important to note that parents were only aware of the evolution of their child's suicidal risk in retrospect. While parents recall having observed a range of diverse behavior in their children before their hospitalization for suicidal ideation or a suicide attempt, they did not associate it with suicide risk. This finding supports

conclusions reached by Stanely (2005), suggesting that “the range of behaviors perceived by parents was too broad and diverse to allow for a checklist approach to the identification of risk” (p. 304). In spite of the fact that patients showed similarities in their risk and protective factors, each patient was unique. What was a trigger for one patient wasn’t always a trigger for another; personality characteristics perceived in some patients were absent in others, etc. Stoelb and Chiriboga (1998) describe suicidal adolescents as a heterogeneous group of individuals which require a risk assessment that accounts for this diversity. For the same reason, it is important to work with parents to transform what Stanely (2005) describes as “warning signs discernible only with the benefit of hindsight” (p.206), into red flags indicative of suicide risk in the present or future. Since the evidence indicates that the time immediately after discharge is a time of increased risk (Appleby et al., 1999), it is essential that parents have a plan they feel comfortable and capable of implementing, thus increasing their sense of self-efficacy and competence.

Future directions for research

In this study, the parents’ perspective was not analyzed according to the patient’s risk level, intentionality, or lethality of attempt. In other words, the differences between the perceptions of parents whose children had different levels of suicide risk were not analyzed. However, similarly to how other quantitative studies evaluate differences between patients who show different levels of risk, using qualitative methods to compare the perspectives of parents (or significant others) of patients with varying degrees of suicidology could also offer applicable insight. This information could not only deepen

our understanding of the subtle differences that exist between different levels of suicide risk, but it could also guide more precise and timely interventions.

Also interesting would be to compare the perspectives of parents or significant others of individuals hospitalized for suicide risk to the perspectives of the patients themselves with respect to suicide risk and protective factors. While similar research exists in which the perceptions of the patients' past *symptoms* are explored and compared (e.g. DeJong and Overholser, 2009; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999), there appears to be less emphasis on discovering risk and protective factors. The latter could help further dimensionalize our current understanding of suicide risk and enrich findings from quantitative studies.

Finally, while the semi-structured interview utilized in this study is considered to be an intervention, it remains to be seen if it has any short-term or long-term effects in the parents interviewed. It would be interesting to investigate if this interview has the potential to foster changes in the significant others who participate, since it provides them with the opportunity to contemplate and elaborate what happened to the patient in a safe space with professionals. It would also be worthwhile to compare the evolution of cases that integrate this specialized interview with the patient's treatment with the evolution of cases that do not include such an interview.

References

- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnel, R., Harris, C., McCann, K., Kierman, K., Davies, S., Bickley, H. & Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318:1235-1239.
- Bickley, H. & Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1235-1239.
- Barros, J., Echávarri, O., Marty, C., Maino MP., Morales, S., Cumsille, P. & Ventura, T. (2009). A comparative study of inpatients with different degrees of suicidality. Presented in the Psychiatric Department Annual Meeting of Psychiatry, IV. Suicide: Prevention, assessment and treatment. The Pontifical Catholic University of Chile, Santiago, November 6th, 2009.
- Borowsky, I., Resnick, M., Ireland, M. & Blum, R. (1999). Suicide attempts among american Indian and alaska native youth. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153, 573-580.
- DeJong, T. & Overholser, J (2009). Assessment of Depression and Suicidal Actions: Agreement between Suicide Attempters and Informant Reports. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 1, 38-46.
- De Wild, E. (2002). Quantitative research in suicidology: still a well-disguised blessing? *Archives of Suicide Research*, 6, 55-59.

- Diaz, E. & Barría, R. (2006). Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 343-359.
- Fergusson, D., Beautrais, A. & Horwood, L. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33, 61–73.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Sociology Press.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D & Shafer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *American Academy of Child adolescent psychiatry*, 42, 386-405.
- Guilbert, W. & Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(5), 452-460.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 73-80.
- Jobes, D., Nelson, K., Peterson, E. et al. (2004). Describing Suicidality: An investigation of Qualitative SSF Responses. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 34(2), 99-112.
- Larraguilbel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3).
- Magne-Ingvar, U. & Öjehagen, A. (1999a). Significant others of suicide attempters: Their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 73-79.

Randell, B., Wang, W., Herting, J. & Eggert, L. (2006) Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 255-270.

Roberts, R., Roberts., C. & Xing, Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives of Suicide Research*, 14, 66–78.

Salvo, L. & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46(2) 115-123.

Seymour-Barnes, L., Ikeda, R. & Kresnow. (2001). Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 32, 68-72.

Shneidman, E. (1994). Definition of Suicide. Jason Aronson INC: Northvale, New Jersey.

Stoelb, M. & Chiriboga, J. (1998). A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*, 21, 359-370.

Toomela, A. (2007). Culture of science: Strange history of the methodological thinking in psychology. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 41, 6-20.

Wolk-Wasserman, D. (1986). Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 481-499.

World Health Organization. (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Accessed November 11th, 2009 from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.

World Health Organization. (2009). Suicide rates (per 100,000), by gender, Chile, 1950-2005. Accessed January 7th, 2010 from http://www.who.int/mental_health/media/chil.pdf.

Ventura-Juncad, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. & Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 138, 309-315.

APENDIX

Semi-structured interview with significant others of patients who present suicide risk.

Experience of hospitalizing the patient

To begin, I would like to ask you how you are feeling now, after what happened?

What has this experience been like for you?

How has your family reacted?

Have you noticed any changes in yourself, your family or (name of patient) since (name of patient) has been hospitalized?

Perception of the patient during the time previous to their suicidal ideation or suicide attempt

What do you remember having observed in (name of patient) during the time prior to his/her hospitalization for suicidal ideation/suicide attempt?

At the time, what did you think this meant?

Did you take any particular course of action?

What can you remember about what was going on around the time when (name of patient) made his/her attempt?

Did it ever seem as though (name of patient)'s life was starting to lose meaning for him/her?

When?

What was happening during that time?

Did you imagine that (name of patient) could make a decision like this or (in the case of suicidal ideation) could have these ideas? At what point, if any, did you think that (name of patient) may be at risk for suicide?

What do you think (name of patient) expected to happen with his/her suicide attempt?

Do you think that (name of patient) was aware of the extent of the danger of his/her attempt?

Risk factors

How would you explain what has happened to (name of patient)?

What do you think influenced (name of patient) to try to commit suicide now (or influenced his/her suicidal thoughts in the case of suicidal ideation)?

Are you aware of any situation that could have triggered his/her suicidal ideation/suicide attempt?

What do you think could be dangerous for (name of patient) in his/her life?

What do you think could lead them to try to commit suicide in the future?

In the case of repeat attempts: What situations have provoked (name of patient) to try to take his/her life on previous occasions?

Do you see any situation or element in common in these attempts?

Protective factors

What do you think kept the patient from considering or attempting suicide sooner?

What aspects of (name of patient)'s life do you think make him/her want to keep living?

Who are people that (name of patient) loves or that you believe connect him/her to life?

Who do you think (name of patient) talks to or confides in with his worries, feelings or difficulties?

What helps (name of patient)

feel better when he/she is feeling depressed/anxious/sad/angry etc.?

What do you think could help (name of patient) feel better with his/her life in the future?

What do you think stopped (name of patient) from trying to take his/her own life sooner?

If (name of patient) found a genie in a bottle who gave him/her one wish, what do you think he/she would wish for?

Given the perspective you've gained from your recent experiences, what would you recommend to other families going through something similar?

Is there anything else you would like to add?

Artículo 3, enviado para su publicación a: *Revista Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos (Revista ISI)*

Cómo perciben la ayuda recibida pacientes hospitalizados por riesgo suicida
Psychiatric inpatients' perception about the help received during their
hospitalization for suicide risk

Susana Morales-Silva¹, Orietta Echávarri-Vesperinas¹, Ronit Fischman-Vogel¹,
Fabiola Zuloaga-Andrés¹, Jorge Barros-Beck¹, Tracy Lee Taylor¹.

Resumen (150 palabras)

En este artículo se presenta la percepción de pacientes hospitalizados por intento/ideación suicida, acerca de la ayuda recibida durante la internación. Se combinaron técnicas cuantitativas (n=63) y cualitativas (n=10) en una evaluación una semana después del alta. Aunque no todos presentaron una favorable evolución clínica (OQ-45.2), aproximadamente el 80% consideró beneficiosas las intervenciones recibidas. Los resultados muestran que los pacientes ingresan a la hospitalización psiquiátrica con gran desconocimiento de ella y su visión cambia sustancialmente en el transcurso de los días de hospitalización. Ellos distinguen aspectos técnicos y aspectos relacionales en la interacción con los profesionales y con los otros pacientes. La relación con estos últimos, que no es parte de las intervenciones formales, es considerada como uno de los elementos que más ayudó. En los resultados se detallan las características del 'conversar' y 'compartir' consideradas como un factor terapéutico especialmente significativo. Además, se diferencia la percepción de las diferentes intervenciones terapéuticas.

Palabras clave: *Intento suicida, ideación suicida, tratamiento, perspectiva pacientes.*

Abstract

This article presents the perception of psychiatric inpatients regarding the help they received during their hospitalization for attempted suicide or suicidal thoughts. The study combines quantitative (n = 63) and qualitative (n = 10), techniques in an evaluation after one week after discharge. Although not all patients had a favorable clinical outcome (OQ-45.2), approximately 80% considered the interventions they received to be beneficial. The results show that patients admitted to psychiatric hospitalization were largely uncertain of what to expect during their hospitalization and their vision changes substantially throughout their hospital stay. They distinguish technical and relational aspects of interaction with other professionals and with other inpatients. Interaction with other inpatients, while not considered part of the formal interventions, is considered to be one of the elements that helped the most. The results demonstrate that 'talking' and 'sharing' are considered particularly significant therapeutic factors. In addition, the results describe the patients' varied perceptions of the different therapeutic interventions they received during their hospitalization.

Key words: *Suicide attempt, suicide ideation, treatment, patients' perspective.*

Introducción

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública, tanto a nivel mundial como en nuestro país. Anualmente se suicidan cerca de 1.000.000 de personas al año en el mundo y se calcula que para el 2020 serán 1,5 millones (OMS, 2002). Las tasas en Chile son del orden de 11 por cada 100.000 habitantes (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000). Los adolescentes y jóvenes chilenos han presentado un aumento preocupante en las tasas de suicidio en los últimos años, con tasas actuales de 7,7 por cada 100.000 habitantes (60% del total de muertes) y se espera que para el 2020 esta tasa sea de un 12 por cada 100.000 habitantes. Debido a lo alarmante de estas cifras, el Ministerio de Salud se ha propuesto para la década 2011-2020, disminuir la tasa de suicidio en jóvenes en un 15%. (MINSAL, 2011). Sin embargo, el conocimiento y la evidencia disponible aún no es suficiente para diseñar técnicas de prevención y de tratamiento precisas y eficaces, por lo que es fundamental seguir investigando en este tema (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003).

Existen **programas de intervención** que han demostrado mayor efectividad en prevenir la conducta suicida, entre los que se encuentran intervenciones de tipo comunitario y de tipo individual, tanto intrahospitalario como ambulatorio. A nivel comunitario, la Alianza Europea contra la Depresión, diseñó un programa preventivo de salud pública con cuatro formas de acción: Entrenamiento del personal de salud en atención primaria; campañas de difusión masiva por los medios de comunicación; entrenamiento de facilitadores comunitarios y psicoeducación y atención prioritaria a pacientes deprimidos y sus familias (Hegerl, Althaus, Schmidtke & Nilklewski, 2006).

En los Estados Unidos, destacan los tratamientos propuestos por Linehan (1993a) y por Rudd, Joiner & Rahab (2001), quienes abordan el asunto con métodos de tratamiento multifase, que involucran tanto acciones a nivel de la comunidad, como intervenciones individuales. Estas consisten en: Servicio de atención telefónica para disuadir en el momento agudo; sistemas de atención primaria y secundaria; hospitalización involuntaria en casos de alto riesgo; atención móvil; planes de salvataje en crisis y psicoeducación de la familia. Complementariamente a esto, los autores Debski, Dubord, Jacob, Poole & Hixson (2007), sugieren entrenar al personal de los colegios, junto con la postvención, para el trabajo con adolescentes en riesgo suicida. Los mismos autores, a nivel individual, proponen intervenciones que se orientan a conseguir un compromiso con el tratamiento por parte del paciente en el momento de la crisis. Para ello recomiendan, dentro de un ambiente de comprensión y contención, el desarrollo de un vínculo terapéutico que sienta la base del tratamiento posterior al momento crítico. Junto a esto, durante la intervención en crisis, sugieren evaluar constantemente el riesgo, de manera de preparar al paciente para volver a su entorno y proseguir su tratamiento en forma ambulatoria. En este proceso, incorporan a la familia y elaboran junto a ellos y al paciente, un plan de tratamiento ajustado a las necesidades particulares, junto con un plan de acción de seguridad para intervenir en una eventual crisis suicida. Shneidman & Farberow (2010) proponen para la intervención con pacientes suicidas, los principios de Autoridad (actitud de competencia y conocimiento); Actividad (diligencia y disposición a ayudar), e Implicación de otros (reconstrucción de lazos afectivos). Estos principios, indican los autores, promueven un cambio en la forma en que los equipos tratantes abordan al paciente suicida, tanto en el modo de

relacionarse, como en la actitud hacia el paciente. Ellos ponen énfasis en la necesidad de actuar en tiempos muy acotados y con un mínimo de información, por lo que recomiendan que se utilice toda la seguridad y habilidad comunicativa para lograr el objetivo terapéutico.

En Chile, el Ministerio de Salud ha puesto una alerta frente al suicidio adolescente y joven, desarrollando un programa comunitario de cuatro estrategias: Trabajo intersectorial (trabajo entre sectores sociales involucrados con los jóvenes); detección de casos de riesgo (ante conductas de riesgo como el consumo de sustancias); cobertura y calidad de la atención de servicios de salud (servicios de salud activos en la meta); y vigilancia (por parte de adultos que visualicen riesgo). Estas estrategias han sido planteadas en el programa 2011-2020 para detectar y prevenir el riesgo suicida (MINSAL, 2011).

En cuanto a las intervenciones intrahospitalarias, en nuestro país, en los servicios de salud de la Universidad de Chile se implementa un tratamiento de tipo combinado, a través de fármacos, psicoterapia cognitivo conductual, acompañamiento al paciente y sus familiares y un plan de seguimiento (Gómez, 2008). En un inicio consideran informar a la red del paciente e involucrarlo en las decisiones, para definir el encuadre terapéutico, protegiendo y alejando al paciente de los medios suicidas a su alcance. Paralelamente crear un vínculo terapéutico que posibilite el trabajo. La intervención en su parte biológica, se orienta a controlar el consumo de alcohol y sustancias y tratar farmacológicamente los síntomas asociados al riesgo suicida, como la angustia, el insomnio, la impulsividad y el ánimo disfórico. La prevención de otro acto suicida se realiza mediante acuerdos, acciones destinadas a la protección y la

elaboración de la situación. Las tareas cognitivo conductuales en la intervención en crisis consisten en focalizar las emociones y validarlas y hacer un análisis de la conducta paso a paso, para identificar las distorsiones cognitivas y las emociones asociadas. El foco de esta estrategia es la desesperanza y las conductas de riesgo. Se analizan y modifican esquemas cognitivos disfuncionales para restaurar la esperanza y las razones para vivir. Se monitorea al paciente y se realiza un plan de contingencia ante eventuales crisis (Gómez, 2008).

En la P. Universidad Católica de Chile, se propone un programa de intervención intrahospitalaria que tiene por objetivo entregar un tratamiento oportuno y ajustado a los pacientes que ingresan por intento o ideación suicida (Fuentes, Echávarri, Morales, Zuloaga, Parada & Said, 2009). Este es el programa de intervención que reciben los pacientes del presente estudio, cuyos objetivos son: a) reducir el riesgo suicida; b) alivio sintomatológico; c) promover una comprensión de la situación crítica; d) sentar las bases para un cambio en el modo de funcionamiento personal; y e) establecer las estrategias para el tratamiento posterior a la hospitalización. Al momento del ingreso, se realiza una evaluación diagnóstica del cuadro clínico y una evaluación de la conducta suicida, pesquisando posibles factores de riesgo y desencadenantes de la crisis. Se establece un nivel de riesgo con el que ingresa cada caso. Una vez hospitalizado, se asigna un equipo tratante compuesto por un psiquiatra y una psicóloga, quienes realizan una evaluación comprensiva más amplia y precisa del diagnóstico psiquiátrico y de la personalidad, e inician el tratamiento tanto farmacológico como psicoterapéutico. Se busca establecer la evolución del riesgo suicida y los factores, biográficos y actuales, tanto individuales como contextuales, que dinamizan este riesgo. Se pone

especial atención en los niveles de desesperanza y de impulsividad. (Fuentes, Echávarri, Morales, Zuloaga, Parada & Said, 2009). Consistente con lo planteado por diversos autores, desde el principio se prioriza el vínculo y la alianza terapéutica (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter & Comtois, 1999), fomentando el compromiso del paciente con su tratamiento. Paralelamente, el paciente se integra a las actividades de terapia ocupacional, kinesiología y a la rutina del servicio, con períodos de descanso, interacción con los otros pacientes, horarios de visitas y eventuales salidas de la unidad de hospitalización. Estas actividades se ajustan en su tipo y periodicidad, según el estado y posibilidades del paciente (Fuentes, Echávarri, Morales, Zuloaga, Parada & Said, 2009). Las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas individuales, se caracterizan por una actitud de disponibilidad y acogida por parte de los profesionales que propician la contención emocional del paciente. Se transita entre la labor de apoyo y la comprensión y elaboración de la situación crítica. Se busca promover la expresión de las experiencias y sentimientos más conflictivos para el paciente y despertar en él la curiosidad por comprender lo que le ocurrió. Se destacan los recursos personales y familiares que permitirán potenciar los aspectos saludables. En conjunto se evalúa y define el enfoque terapéutico más conveniente para el tratamiento posterior al alta hospitalaria. Las intervenciones familiares son fundamentales ya que es necesario diagnosticar las dinámicas familiares tanto de riesgo como protectoras (Blumenthal, 1988). Por su parte, la familia necesita ser acogida, comprender lo que está ocurriendo, conversar temas que a veces no han hablado anteriormente y expresar sentimientos en un contexto seguro. En esta instancia se busca favorecer y contener la máxima expresión emocional de lo que

significó la conducta suicida para cada una de las personas. En la preparación del alta, se realiza un proceso de permisos progresivos, que van aumentando en su duración y distancia del lugar de la hospitalización. Esto permite evaluar en qué medida la familia va siendo capaz de acoger al paciente y hacerse cargo de sus cuidados, en qué medida el paciente va siendo capaz de ajustarse a la reinserción en su medio, y en qué medida se mantienen los logros alcanzados. Es así como los familiares requieren aprender a manejar los conflictos, los cuidados, las señales de riesgo y las situaciones críticas. Al final de la hospitalización se realiza un acuerdo de cómo proceder ante situaciones de emergencia, si vuelven los deseos de morir (Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter & Comtois, 1999; Fuentes, Echávarri, Morales, Zuloaga, Parada & Said, 2009).

En cuanto a la **efectividad de las intervenciones en crisis**, algunos autores no recomiendan la hospitalización psiquiátrica como primera medida, considerando más efectivas las hospitalizaciones parciales. En esta línea, la investigación ha demostrado que a los dos y cinco años con posterioridad al alta psiquiátrica, existe persistencia de un 25% de alta suicidalidad, alta sintomatología depresiva y ansiosa, y altos niveles de disfunción familiar (Rutter, Bishop, Pine, Scott, Stevenson, Taylor, Thapar et al. 2008). En algunos casos de pacientes con trastornos de personalidad, se recomienda la hospitalización parcial, la que ha demostrado efectividad, observándose una disminución significativa en la frecuencia de intentos suicidas, en conductas automutilatorias, en número y duración de hospitalizaciones, en uso de medicación psicotrópica, en sintomatología depresiva y ansiosa, en la función interpersonal y en su adaptación social (Bateman & Fonagy, 1999). Por otro lado, Lazarus & Folkman (1984); Linehan, (1993a, 1993b); Linehan, Schmidt, Dimeff et al. 1999), proponen

intervenciones con pacientes con trastorno de personalidad, focalizándose en la validación de la emociones, en enseñarles técnicas para el enfrentamiento y solución de problemas y en habilidades de comunicación y de autocontrol. Para este tipo de casos, los autores Clarkin, Yeomans & Kernberg (2006), sugieren un modelo de intervención que promueve la integración de aspectos amorosos y agresivos, lo que también ha demostrado una disminución de la suicidalidad en pacientes con trastorno de la personalidad.

Si bien las intervenciones descritas cuentan con cierta evidencia respecto a su efectividad, aún se requiere continuar investigando para esclarecer los factores terapéuticos más relevantes en los casos con riesgo suicida. Llama la atención que en los estudios sobre resultados y efectividad de diferentes intervenciones terapéuticas con pacientes con riesgo suicida, son escasos los trabajos que consideren el punto de vista de los mismos pacientes acerca de qué les ayuda en su alivio y alejamiento de la ideación y conductas suicidas. Es por esto que nos pareció muy importante acceder a la perspectiva de los pacientes, tanto en lo que respecta a sus propios factores protectores y de riesgo (Morales, Echávarri, Zuloaga, Barros & Taylor, 2011) como respecto a su propia evaluación de las intervenciones recibidas. En el presente artículo presentamos los resultados de la percepción de los pacientes acerca de la ayuda recibida durante hospitalización. El punto de vista de los pacientes fue evaluado combinando técnicas cuantitativas y cualitativas. La medición cuantitativa nos permitió acceder a la percepción general de los pacientes en un mayor número de casos y la entrevista cualitativa nos permitió profundizar en esta percepción. Tal como plantea Baader (2009), a través de la conversación se puede acceder al entendimiento de la

vivencia del paciente. Por su parte Jiménez (1999) señala que las técnicas cualitativas son una forma de investigar más “amigable” y de “directa aplicación”, en cuanto ofrece una aproximación de mayor accesibilidad a una mirada clínica. En la misma línea Lindner (2006) argumenta que esta forma de investigar permite abrirse a la comprensión del paciente de una manera creativa para entenderlos en su individualidad e integrar estos hallazgos a la generalidad.

Método

El estudio contempla técnicas cuantitativas y cualitativas para determinar cómo perciben la ayuda recibida los pacientes que han sido hospitalizados por riesgo suicida. La combinación de técnicas tuvo el propósito de indagar esta percepción en el mayor número de casos posible y luego profundizar de manera cualitativa en una sub muestra, enfocando hacia los aspectos sustantivos considerados por los pacientes. Este modo de abordaje se basa en que entendemos la conducta suicida como producto de una combinación de factores que se desarrollan e interactúan de manera única para cada individuo (Schneidman, 1996; De la Espirella, 2010; O’Connor, Rasmussen & Hawton, 2010; Dour, Cha & Nock, 2011). Debido a esto, a través de este modo de abordaje, es posible precisar la comprensión de estos factores en los pacientes con riesgo suicida.

Se evaluaron 63 pacientes que fueron hospitalizados por intento o por ideación suicida de alto riesgo. De este grupo se eligió una sub muestra de 10 pacientes a los que se entrevistó acerca de su percepción de la experiencia de hospitalización y de la ayuda que recibieron a través de las distintas intervenciones.

Este estudio forma parte de una investigación más amplia, que incluye, tanto mediciones cualitativas, como cuantitativas, y que ha sido aprobado por los Comités de Ética asociados al servicio de hospitalización psiquiátrica.

Instrumentos

Para la evaluación general de la gravedad del intento suicida se utilizó la **Escala de Riesgo Rescate** (Weisman & Worden, 1972), que mide dos variables desde una perspectiva médica: a) el riesgo corrido en cuanto a las circunstancias observables en el intento suicida (método, alteración de conciencia, lesiones o toxicidad, reversibilidad y tratamiento requerido); b) el rescate, que evalúa las circunstancias en las que fue encontrada la persona después del intento suicida (lugar, persona que inicia rescate, probabilidad de ser descubierto, facilitación del rescate y demora del descubrimiento). Ambas variables se conjugan para valorar la gravedad del intento suicida.

Para evaluar la intención suicida al momento del intento, se utilizó la **Escala de Intención Suicida de Pierce** (1977), tres variables: a) circunstancias relacionadas con el intento suicida (aislamiento, momento escogido, precauciones contra el descubrimiento, actuación para obtener ayuda después del intento, actos de anticipación a la muerte y nota suicida); b) desde la perspectiva del paciente: calificación de la letalidad del intento, intención, impulsividad o premeditación y la reacción frente al acto; c) nivel de riesgo de sobrevida o muerte probable. Estas tres variables aportan una evaluación general de la intención suicida que el paciente tenía al momento de atentar contra su vida (Pierce, 1977).

Para dimensionar la sintomatología ansiosa y depresiva, las relaciones interpersonales y el sentimiento de adecuación en torno a los roles sociales, se utilizó el **Outcome Questionnaire** (OQ-45.2) de Lambert, (1996). Este cuestionario permite evaluar resultados de las intervenciones a través de la evolución clínica del paciente. Arroja un puntaje de discomfort general, con un punto de corte que separa la población funcional de la disfuncional (73 puntos). A medida que el puntaje de discomfort general disminuye, se observa una recuperación y cuando la disminución del nivel de discomfort alcanza los 17 puntos o más, se obtiene un índice de cambio confiable (ICC), que indica mejoría. Estos valores corresponden a la adaptación y validación en Chile, cuya información e indicaciones para su aplicación e interpretación pueden encontrarse en Von Bergen, & De la Parra, (2002).

La **percepción de los pacientes de la ayuda recibida durante la hospitalización** fue evaluada de manera cuantitativa y cualitativa. Para la evaluación cuantitativa de las distintas intervenciones recibidas se utilizó una escala de tipo likert, en la que ellos debían elegir entre cinco alternativas, desde “no beneficioso” hasta “muy beneficioso”, para calificar cada intervención. Estas son: Intervención psiquiátrica, psicológica, terapia ocupacional, kinesiología, relación con otros pacientes, actividades grupales, sesiones familiares, atención de enfermería, personal de aseo, del casino y relación con la cuidadora. Estas categorías obedecen a las intervenciones contempladas en el Programa para los pacientes con riesgo suicida y otras surgieron de la retroalimentación espontánea entregada por los pacientes.

Con el propósito de profundizar en la percepción de la ayuda recibida, se utilizó una **entrevista focalizada**, diseñada previamente con el equipo de investigación. Se trata

de una entrevista abierta que comienza indagando sobre las expectativas acerca de la hospitalización y su cumplimiento. Continúa explorando cuán involucrado estuvo el paciente en las distintas instancias y actividades del servicio, recogiendo su opinión y calificación respecto de cada una de ellas. Finalmente se les preguntó sobre la relación que pudo haber sido especialmente significativa y lo que más lo ayudó, lo que no lo ayudó, lo que pudo haber faltado y se recogieron sus sugerencias. (Ver anexo guión de entrevista).

Procedimiento de recolección de la información

De acuerdo a los protocolos habituales del servicio de hospitalización psiquiátrica, en los casos que ingresan por un intento de suicidio, se complementa la evaluación clínica del nivel de gravedad del intento, con la Escala de Riesgo Rescate (Weisman & Worden, 1972) y con la Escala de Intención Suicida (Pierce, 1977). Durante la primera semana de estadía en el servicio de psiquiatría, los pacientes fueron invitados a participar en el estudio, informándoles en qué consistía y sus derechos como paciente. Luego, a quienes otorgaron su consentimiento se les administró el cuestionario OQ-45.2 y se planificó una segunda evaluación, después de una semana de haber sido dados de alta, en la que se volvió a aplicar el OQ-45.2 y se realizó la entrevista sobre su percepción de la ayuda recibida. Esta entrevista fue realizada por tres psicólogas investigadoras (SM, FZ y TT), en las dependencias de la clínica y tuvo una duración aproximada de una hora, fue video grabada y luego transcrita para sus análisis. Al cabo de una semana de alta, los pacientes, además de haber logrado la suficiente mejoría como para no seguir hospitalizados, habían vuelto a su realidad y

estaban en condiciones de mirar con cercanía y a la vez perspectiva, la experiencia y la ayuda recibida.

Procedimiento de análisis de la información

El análisis del contenido de las entrevistas fue realizado en forma progresiva en la medida en que avanzaba el proceso de recolección de información, en un sistema generativo basado en la información recopilada del discurso de los participantes. Las etapas del proceso consistieron en una primera parte de codificación abierta, donde se analizaron línea a línea las entrevistas que habían sido transcritas, realizando una triangulación por pares para disminuir los sesgos en los análisis. Los distintos contenidos entregados por los pacientes codificados en esta primera etapa, fueron luego analizados realizando una codificación axial, donde se establecieron las relaciones existentes entre los distintos conceptos emergentes de las entrevistas. Finalmente, se realizó una etapa de análisis selectivo donde se abstraieron el fenómeno central y sus interrelaciones, diseñándose un modelo comprensivo de cómo perciben la ayuda recibida los pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida. Este sistema de análisis es el que indica la técnica de la Teoría Fundamentada propuesta en el año 1967 por los autores Glaser & Strauss y luego desarrollada por los autores Strauss & Corbin, (1998); Taylor & Bogdan, (1987); Flick, (2006). Participaron de este proceso completo, el equipo de investigadoras que estuvo compuesto por tres psicólogas.

Participantes evaluación cuantitativa

La muestra estuvo conformada por 63 pacientes que ingresaron a hospitalización psiquiátrica por intento o por ideación suicida entre abril de 2010 y octubre de 2011. De ellos, 39 son mujeres (62%) y 24 hombres (38%), cuyas edades fluctuaron entre los 18 y los 60 años. El 75% es menor de 40 años, y el 51% es menor de 29 años (promedio 31,5 + - 11,9 años). En cuanto al estado civil, 39 de ellos (62%), son solteros y 22 (35%) son casados, el resto (3%) es separado o divorciado. La ocupación predominante es estudiante (n=26, 41%) y le siguen los servicios (n=22, 35%). 39 casos (62%) ingresaron al servicio por haber presentado un intento de suicidio, y 24 (38%) ingresaron por haber presentado ideación suicida de alto riesgo. El diagnóstico más frecuente fue el de Episodio Depresivo severo en 24 pacientes (38%), a los que se agregan 4 casos con Episodio Depresivo Moderado y 3 casos con Trastorno Depresivo Mayor, los que en conjunto representan un 47% de la muestra. El Trastorno del ánimo Bipolar I fue diagnosticado en 10 pacientes (16%), los que en su mayoría cursaban una fase depresiva. De los 39 intentos de suicidio, 33 de ellos (84,6%) fue a través de una intoxicación farmacológica. La mayoría de los intentos 94,9% fueron calificados médicamente con una gravedad mediana o baja. En cuanto a la intencionalidad suicida, el 97,4% de los intentos fue calificado con un nivel medio o alto. En promedio los pacientes estuvieron hospitalizados 20,9 días +- 13 días, con un mínimo de 4 días y un máximo de 80 días. (Las características socio-demográficas y clínicas de la muestra se presentan en la Tabla 1).

ARTÍCULOS ENVIADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas	N		%	TOTAL
Género				
Femenino/Masculino	39/24		61,90% / 38,10%	100%
<i>Promedio hospitalización =20,9 días +- 13 días</i>				
<i>mínimo 4 días - máximo 80 días</i>				
Edad en años <i>Promedio=31,5 +-11,9 años. Mínimo 18 años, máximo 60 años</i>				
18-28	32		50,79%	
29-39	15		23,81%	
40-50	10		15,87%	
51-60	6	63	9,52%	100%
Estado Civil				
Soltero (a)	39		61,90%	
Casado (a)	22		34,92%	
Separado (a)/Divorciado (a)	2	63	3,17%	100%
Ocupación				
Servicios	22		34,92%	
Industria	5		7,94%	
Estudiante	26		41,27%	
Desempleado	4		6,35%	
Dueña de casa	6	63	9,52%	100%
Motivo de la hospitalización				
Intento suicida	39		61,90%	
Ideación suicida	24	63	38,10%	100%
Diagnóstico psiquiátrico				
Trastorno depresivo mayor	19		30,16%	
Trastorno del ánimo bipolar I	10		15,87%	
Trastorno del ánimo bipolar II	2		3,17%	
Episodio depresivo severo	24		38,10%	
Episodio depresivo moderado	8	63	12,70%	100%
Método utilizado				
Ingesta de fármacos	33		84,62%	
Disparo con un revolver	2		5,13%	
Ahorcamiento	1		2,56%	
Inhalación de gas	1		2,56%	
Ingesta de veneno	1		2,56%	
Ahogamiento	1	39	2,56%	100%
Nivel de Gravedad general del intento suicida				
Baja	25		64,10%	
Media	12		30,77%	
Alta	2	39	5,13%	100%
Nivel de Intención del intento suicida				
Baja	1		2,56%	
Media	18		46,15%	
Alta	20	39	51,28%	100%

Participantes evaluación cualitativa

Para la fase cualitativa de la investigación, se entrevistaron 10 pacientes entre los 24 y 61 años. Siete de ellos son hombres y tres mujeres. Siete de ellos fueron hospitalizados por intento de suicidio y tres ingresaron por presentar ideación suicida, todos atravesando por un estado depresivo. De los siete pacientes que presentaban un intento de suicidio, seis de ellos realizaron una intoxicación farmacológica y un caso se disparó con un revólver. Seis de estos intentos fueron calificados de una gravedad media o baja y la intención suicida fue considerada media-alta en los siete casos. (Para ver el detalle de las características de esta sub muestra, ver Tabla 2).

Tabla 2: Descripción de pacientes entrevistados

Género	Edad	Ocupación	Diagnóstico	Motivo de hospitalización	Método	Gravedad Gral del intento (Escala Weisman y Borden)	Intención Suicida (Escala Pierce)
M	58	Ingeniero	Episodio Depresivo Mayor	Intento suicida	Disparo	Alta	Alta
M	30	Ingeniero	Episodio Depresivo Mayor	Intento suicida	Ingesta de fármacos	Moderada	Alta
F	53	Profesora	Trastorno del Ánimo Bipolar I	Intento suicida	Ingesta de fármacos+ ahorcamiento	Moderada	Mediana
F	16	Estudiante	Trastorno Depresivo Mayor	Intento suicida	Ingesta de fármacos	Moderada	Mediana
M	60	Desempleado	Trastorno del Ánimo Bipolar I	Intento suicida	Ingesta de OH+ fármacos	Baja	Mediana
M	24	Estudiante	Episodio Depresivo Mayor	Intento suicida	Ingesta de fármacos	Baja	Mediana
M	25	Estudiante	Trastorno Depresivo Mayor	Intento suicida	Ingesta de fármacos	Baja	Mediana
F	30	Socióloga	Trastorno Depresivo Mayor	Intento suicida	Ingesta de fármacos	Baja	Mediana
M	24	Estudiante	Episodio Depresivo Mayor	Ideación suicida	No realizó intento suicida	No realizó intento suicida	No realizó intento suicida
F	50	Dueña de Casa	Episodio Depresivo Mayor	Ideación suicida	No realizó intento suicida	No realizó intento suicida	No realizó intento suicida
M	26	Seminarista	Episodio Depresivo Mayor	Ideación suicida	No realizó intento suicida	No realizó intento suicida	No realizó intento suicida

Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión considerados para este estudio son: Hombres y mujeres adultos (mayores de 18 años), hospitalizados por intento o por ideación suicida, con diagnóstico de trastorno del ánimo, en condiciones de contestar a una entrevista y haber consentido informadamente su participación. En cuanto a los criterios de

exclusión, se decidió no incorporar en el estudio aquellos pacientes que presentaran alguna adicción o trastorno psicótico, ya que estos cuadros clínicos son la prioridad en las intervenciones intrahospitalarias, quedando el riesgo suicida en observación y foco del tratamiento para otra fase, según su evolución. También se excluyeron aquellos casos que se encontraban en un estado cognitivo que no permitía realizar las evaluaciones y aquellos que se negaron a participar de la investigación.

Resultados

Resultados análisis cuantitativos

A partir de la calificación que realizaron los 63 pacientes de la hospitalización, es posible observar que en su gran mayoría consideraron beneficiosas, o muy beneficiosas las distintas intervenciones recibidas. Algunos no recibieron todas las intervenciones por lo que no realizaron esas evaluaciones. Las intervenciones mayoritariamente calificadas como beneficiosas son: Psiquiatría (84% de los pacientes), Psicología (81%), Terapia Ocupacional (81%), la relación con los otros pacientes (76%) y enfermería (73%). Existen además, algunas actividades que son evaluadas favorablemente por un menor porcentaje de casos, como las intervenciones familiares (57%), la relación con la cuidadora (38%) y Kinesiología (14%). Respecto a estos últimos datos, es posible señalar que muchos pacientes no recibieron este tipo de intervenciones durante el período de su hospitalización, por ejemplo; un 62% no recibió atención de kinesiología, por lo que estos porcentajes más bajos obedecen a que solo un número reducido de pacientes recibió este tipo de intervenciones, y no debido a que

la calificación haya sido peor. El detalle de estas evaluaciones se encuentra en la Tabla 3.

Tabla 3. Evaluación de la hospitalización según intervenciones recibidas.

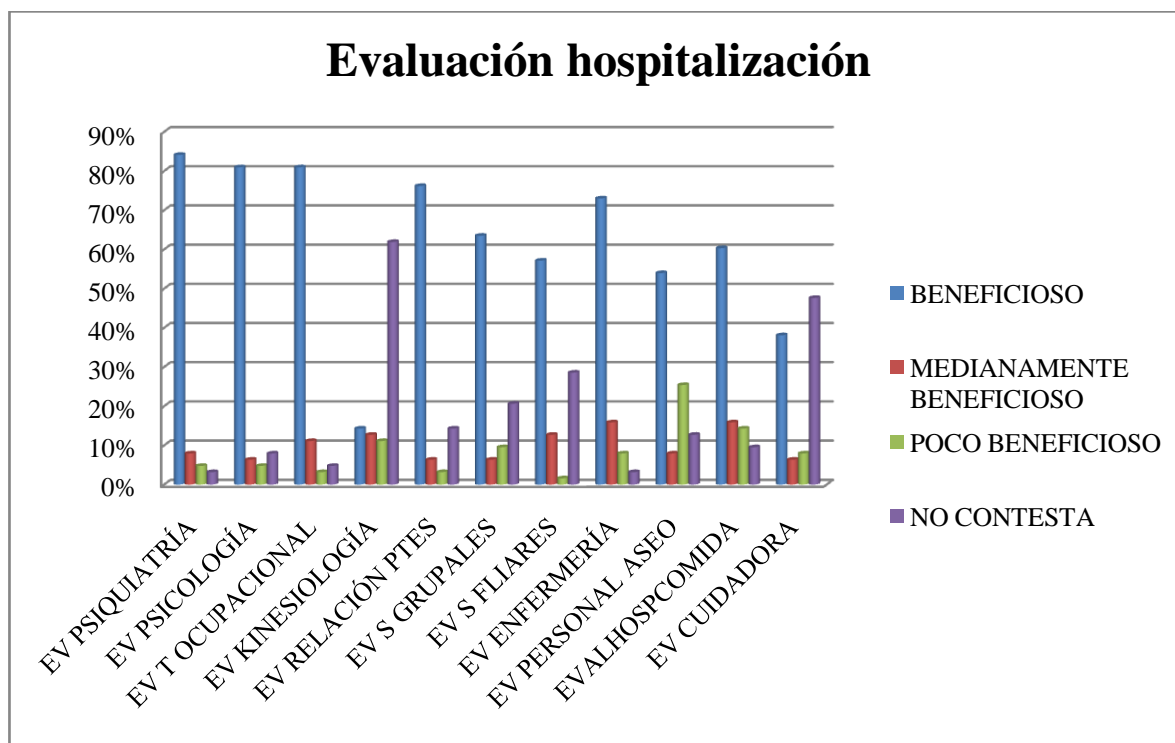


Tabla 3. Distribución de evaluación de la hospitalización según intervenciones

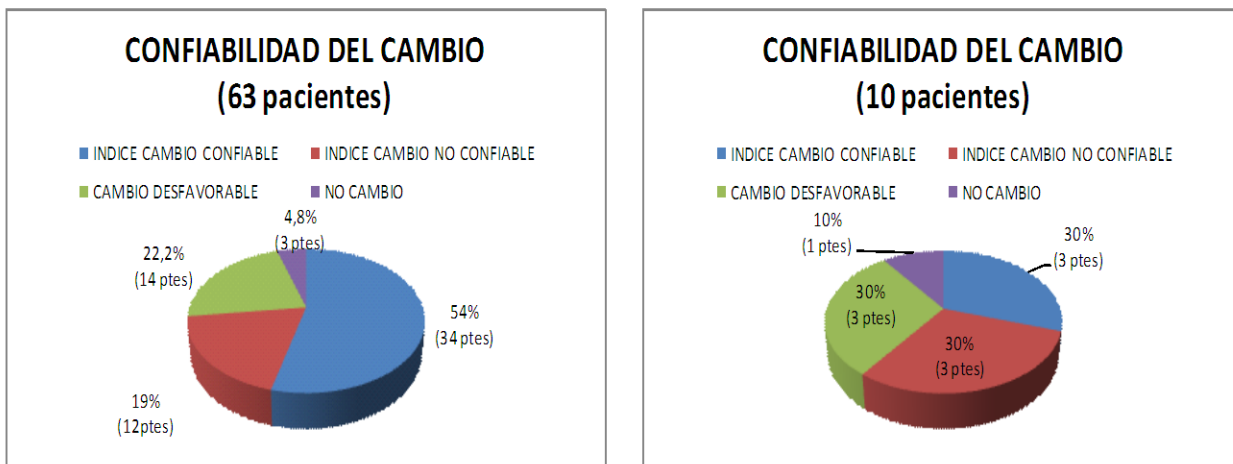
	EV PSIQUIATRÍA	EV PSICOLOGÍA	EV T OCUPACIONAL	EV KINESIOLOGÍA	EV RELACIÓN PTES	EV S GRUPALES	EV S FLIARES	EV ENFERMERÍA	EV PERSONAL ASEO	EV ALHOSP COMIDA	EV CUIDADORA
BENEFICIOSO	84%	81%	81%	14%	76%	63%	57%	73%	54%	60%	38%
MEDIANAMENTE BENEFICIOSO	8%	6%	11%	13%	6%	6%	13%	16%	8%	16%	6%
POCO BENEFICIOSO	5%	5%	3%	11%	3%	10%	2%	8%	25%	14%	8%
NO CONTESTA	3%	8%	5%	62%	14%	21%	29%	3%	13%	10%	48%
TOTAL %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

En relación a la evolución clínica de los 63 pacientes estudiados, un 54% de ellos (n=34) logró la mejoría expresada en el Índice de Cambio Confiable (ICC) del OQ. 45.2; un 19% (n=12) logró una recuperación inferior a los 17 puntos del ICC; un 4,8% (n=3) no presentó cambios y un 22,2% (n=14) presentó un cambio desfavorable. En cuanto a

la evolución de la sub muestra de 10 entrevistados, 30% (n=3) presentaron una mejoría (ICC >17 puntos); 30% (n=3) presentaron una recuperación, aunque inferior al ICC; y 30% (n=3) presentaron un cambio desfavorable. Uno de los pacientes de la sub muestra (10%) se mantuvo igual, sin cambios en su nivel de discomfort general.

Estos resultados que muestran una evolución clínica favorable en la mayoría de los pacientes estudiados (73%) son consistentes con la evaluación que ellos realizan de la ayuda recibida de la hospitalización, considerada en su mayoría beneficiosa, y también con los resultados cualitativos que se presentan a continuación.

Los resultados cualitativos de las entrevistas muestran una percepción favorable de la experiencia durante la hospitalización, pese a que la mitad de estos 10 casos no evidencian mejoría en el cuestionario de discomfort general. Los gráficos y puntajes de Índice de Cambio del OQ 45.2 se encuentran en la Tabla 4. (Adjuntar Tabla 4, aproximadamente aquí).

Tabla 4. Confiabilidad del cambio en disconfort general (según OQ 45.2).

INDICE CAMBIO CONFIABLE	INDICE CAMBIO NO CONFIABLE	CAMBIO DESFAVORABLE	NO CAMBIO	MUESTRA PRE Y POST
34	12	14	3	63
54,0%	19,0%	22,2%	4,8%	100,0%
INDICE CAMBIO CONFIABLE	INDICE CAMBIO NO CONFIABLE	CAMBIO DESFAVORABLE	NO CAMBIO	MUESTRA PRE Y POST
3	3	3	1	10
30,0%	30,0%	30,0%	10,0%	100,0%

Resultados cualitativos

I. Descriptivos. Mayoritariamente, los casos entrevistados consideran la hospitalización como un suceso significativo y presentaron una reducción de la sintomatología que se observó en la evaluación al ingreso. A través de las entrevistas se pudo constatar que la mayor parte los pacientes dan cuenta de un proceso que atraviesan, desde el inicio hasta el fin del período de hospitalización. Los pacientes no solo evolucionan clínicamente, sino que también evolucionan en su experiencia de la hospitalización y en cuanto a su visión acerca de ella.

Respecto a los contenidos que refieren los diez pacientes entrevistados, estos fueron agrupados en las siguientes categorías que se desarrollan a continuación: a) Expectativas; b) quien decide la hospitalización; c) Participación en actividades de la hospitalización; d) Evaluación de atención psiquiátrica; e) Evaluación de atención psicológica; f) Evaluación de terapia ocupacional; g) Evaluación de enfermería; h) Evaluación de cuidadoras; i) Evaluación de kinesiología; j) Evaluación de atención de casino; k) Evaluación de sesiones familiares; l) Impacto de la relación con otros pacientes; m) Percepción de cambio; n) Evaluación general de la hospitalización.

a) Expectativas de la hospitalización psiquiátrica

En general más de la mitad de los pacientes manifiestan haber tenido poca claridad en las expectativas de la hospitalización, ya que no sospechaban de qué se trataba. Consideraban el lugar como desconocido o “de locos”. Tres de los pacientes tenían expectativas idealizadas, creían que en este lugar iban a obtener una mejoría total y rápida. Aunque otros dos pacientes expresan expectativas acordes y realistas respecto de su período de hospitalización, ellos esperaban salir de su estado depresivo y de su riesgo suicida.

“No tenía una expectativa clara, no sabía lo que me pasaba, estaba desesperado y en verdad como objetivo tenía sentirme un poco mejor y estar, eliminar esos pensamientos de suicidio y eso principalmente”. (V, 2p).

“Yo creí que iba a estar un par de días y me iban a poner algo...me van a hacer dormir y...se solucionó el problema...No fue así, fue mucho más largo de lo que pensé”. (III, 14p).

b) Quién decide la hospitalización

Los diez pacientes atribuyen la decisión de haber sido hospitalizados a un familiar cercano, en acuerdo con el psiquiatra tratante. En algunos de los casos, los pacientes estuvieron de acuerdo con ser hospitalizados.

“Fue decisión de mis hijas, ellas me suplicaron que me internara” (III, 14p).

“Me trajeron mis hermanos, y yo por qué voy a estar internada decía, por qué voy a estar internada y bueno me internaron no más, cuando tenís nueve papás arriba (hermanos), hay que hacer caso no más” (XIII, 8p).

c) Participación en actividades de la hospitalización.

Todos los pacientes, algunos desde el principio y otros después de los primeros días, declaran haber participado motivadamente en la mayor cantidad de actividades que pudieron en la hospitalización, tanto en terapia ocupacional, como ejercicio físico y talleres grupales. Dos pacientes señalan que al principio pensaban que estas actividades no les iban a ayudar y se rehusaban a participar, pero luego aceptaron unirse a las actividades, terminaron involucrándose y sintiéndose a gusto. Algunos de los pacientes destacan la posibilidad de compartir y relacionarse con los otros pacientes, como uno de los aspectos más relevantes de las actividades de la hospitalización y en general destacan las actividades de terapia ocupacional y los espacios en que pueden compartir con otros. Ellos valoran conversar con los otros pacientes, consideran estas actividades *“útiles”* y las esperaban con entusiasmo día a día.

” Al principio me rehusaba, no me iba a ayudar, me aislé... Al principio miraba, me iba, hasta que el tercer día me puse a hacer todas las cosas que podía, la gimnasia la hacía

a medias, porque no tenía, me dolía con algunos ejercicios, pero participe después en todo, incluso después esperaba la hora para participar” (VIII. 6p)

“Yo las hice todas, trate de ir a todas las sesiones, de las terapias de la mañana, A mí me sirvieron harto, hubo algunas que me dejaron muy marcado, que aprendí mucho, además de la relación con los otros pacientes que están en otros escenarios del tuyo, que realmente me sirvieron harto” (XII, 8p).

d) Evaluación de la atención psiquiátrica

Siete pacientes realizan una valoración positiva del psiquiatra como persona, consideran haber establecido una relación de confianza, con un buen vínculo y consideran que recibieron un buen trato por parte del profesional. Cuatro pacientes destacan una evaluación positiva de aspectos más técnicos, como por ejemplo un diagnóstico acertado y que su psiquiatra les aportó una buena retroalimentación e interpretaciones.

Dos pacientes descalifican al psiquiatra y su atención, consideran que hubo una mala relación, poca empatía, distancia por parte del médico y uno de los pacientes evaluados señala que el doctor *“Solo sirve para dar los fármacos”*. Uno de los casos mostró una evolución en su relación con el psiquiatra en la que inicialmente se sintió muy abandonado, debido a que éste se tuvo que ausentar. Sin embargo, al volver el psiquiatra le pidió disculpas y la relación logró recuperarse. Este paciente señala que la relación con el psiquiatra terminó siendo cercana, que su doctor estuvo disponible y que mantuvieron una buena comunicación.

“Fue súper buena.... de a poco fui teniendo más confianza en ellos y me fui sintiendo bien con ellos, me abrí hartito, cada sesión iba sacando más cosas de adentro, en ese sentido los evalué súper bien, tengo una muy buena impresión de ellos” (XII, 4p)

“Sentí un poco alejado a mi psiquiatra, yo nunca supe que me iban a dar fármacos, nunca supe hasta qué medida iba a ser el fármaco, nunca me dieron un diagnóstico diciendo M esto es lo que tienes, esto esto y esto. Si no que siempre fue por partes, dependiendo como estuviera el día dependía lo que entendía. Quizás fue por falta de tiempo porque fue bastante rápida mi estadía como para decir en una sesión todo lo que tenía” (XIV, 88p).

e) Evaluación de la atención psicológica

Todos los entrevistados valoran positivamente la ayuda recibida en la atención psicológica. Algunos incluso la califican como “*Excelente*” o “*Muy buena*” y al igual que con la atención psiquiátrica, se refieren a aspectos del profesional y a aspectos de tipo técnico relacionados con las intervenciones. De la relación con la psicóloga, lo que más destacan es el haber sentido confianza y afinidad. Refieren haber percibido a su terapeuta como una profesional empática, de calidad, interesada y preocupada, con quien se sintieron acogidos, escuchados y no juzgados. Los pacientes consideran que las sesiones psicológicas fueron un espacio donde podían hablar y contar todo lo que tenían guardado, donde se podían abrir, donde podían contar todo y sacar todo a la luz. Opinan que en esos momentos pudieron profundizar en sus temas y buscar más allá e irse “*Aclarando*” en sus problemas. Para ellos, esta experiencia les abrió “*Puertas*”, “*Ventanas*”, “*perspectivas nuevas*” para ver y abordar los problemas desde otro ángulo.

“Muy buenas porque partí contándole todas las cosas que a mí me costaba sacar fuera, yo en un principio le dije que no confiaba o no creía mucho ni en los psicólogos ni en los psiquiatras, entonces partí diciéndole no!, pero ya en la primera sesión ya me entregué y en la segunda ya estaba contándole todas las cosas que me consultaba y que yo tenía guardadas” (VIII, 10 p.)

“Era la persona que buscaba más allá qué me pasaba interiormente...yo lo sentí con la psicóloga, yo pude abrirme mucho más” (XIII, 16p), excelente, súper buena empatía, me sentí al tiro en confianza, me sentí al tiro acogida, cobijada, entendida, comprendida, sin juzgar, me dejó hablar todo, y como de alguna manera, no me hacía sentirme un bicho raro, que totalmente normal, y lo que me pasaba a mí no era la única, si no que a todo el mundo le pasan cosas parecidas a las mías” (XIII, 44p).

Solo una de las pacientes, que aunque reconoce haber sido ayudada por las intervenciones psicológicas, refiere que le costó ver la continuidad de las sesiones. *“No había relación en los temas que se trataban, entonces me costó ver una continuidad en los temas que tratábamos”....”No sé si tratábamos algún foco” (XVI, 22, 24p).*

f) Evaluación de terapia ocupacional

Todos los pacientes evalúan muy favorablemente las actividades de terapia ocupacional. Se refieren a ellas con expresiones como *“Extraordinarias” (III, 33p), “Muy buenas” (V, 16p), “Muy esenciales para mi sanación” (VIII, 14p), “Fantásticas” (VIII, 18p), “Entretenido” (XIV, 26p), “Muy agradables, Un relajo” (XVIII, 6p), “Súper choras” (XVI, 8, 20p).* La mayoría de los pacientes señalan que participaron motivadamente de estas actividades y destacan los aspectos terapéuticos y entretenidos de estas sesiones, los

ejercicios físicos, las manualidades, las sesiones grupales, los talleres de temas, y que estas actividades se realizaban en interacción con los otros pacientes. Tres pacientes mencionan el valor que le otorgan a las conversaciones individuales que sostuvieron con las terapeutas ocupacionales.

“Poder sacar todo fuera, ellas lo lograron con juegos y con una muy buena predisposición” (VIII, 14p). “Iban justo al grano, me sentí relajado y por eso partí contando todas mis cosas” (VIII, 38p).

“Creo que eso fue lo que me encausó para poder sacar todo afuera, las terapeutas hacen una labor que realmente es muy esencial, porque de ahí partió todo, yo ahí partí contando a otras personas que estaban igual que yo, cosas íntimas que no se las he contado a nadie, y ellas lograron con juegos, con una muy buena predisposición, me indujeron a que yo contara todo” (VIII, 12 p). “Si, si fue ahí que partió mi sanación” (VIII, 14p).

Una paciente valora que le cuestionaban lo que decía y considera que eso fue de mucha ayuda (VIII, 8).

También destacan aspectos personales de las terapeutas ocupacionales, las encontraron amorosas, humanas, asertivas, con mucha paciencia, muy profesionales y que establecían una muy buena relación con los pacientes. Uno de ellos destacó que se observaba que las actividades estaban bien preparadas y que se sabían el nombre de cada uno de los pacientes. Uno de los pacientes señaló que la terapeuta ocupacional le daba recomendaciones *“Desde el corazón”* (XV, 24p). Otra paciente señala haberse encariñado mucho con ellas.

Dos entrevistados, pese a evaluar esta instancia positivamente, dicen haber asistido poco a las actividades grupales de terapia ocupacional, atribuyendo esta situación a características personales de ellos mismos. Un paciente reconoce que le costaba especialmente abrirse y exponer sus problemas.

“A mí me cuesta mucho abrirme y exponer mis problemas...sentirme un fracaso en este caso... lo hice con mucha dificultad...una de las terapeutas ocupacionales me preguntaba y por mi forma de ser, fue invasivo para mí” (X, 44, 46, 48,50p).

Otra persona señala que prefería excluirse de las actividades de terapia ocupacional y ponerse a leer en esos momentos: *“Estuve 10 minutos y luego me salí porque no estaba de ganas para estar en la reunión, además que al siguiente día me daban de alta entonces... No volví a participar de ninguna otra porque yo prefería leer”* (XV, 8, 24p).

Una persona, a pesar de la evaluación positiva de terapia ocupacional y de la alta participación en estas actividades, se queja que las conversaciones individuales con la terapeuta ocupacional no tuvieron un cierre: *“Como que no me hizo un cierre, quedó material pendiente...quedó en el aire lo que venía trabajando con ella”* (XVI, 34, 36p). La misma paciente sugiere que las actividades sean menos infantiles. *“En una primera instancia, a uno le sirve, pero, pensando que acá no estás menos de diez días, la verdad es que eso no es estimulante”* (XVI, 68p).

g) Evaluación de enfermería

Todos los pacientes entrevistados evalúan positivamente la atención de enfermería y, tal como lo hicieron con los otros profesionales, también hacen la distinción entre aspectos personales y aspectos técnicos. Relacionan la atención de enfermería con la

administración de los medicamentos y la implementación de las normas del servicio. En cuanto a los aspectos personales, se expresan con calificativos como: “*Son todos bellas personas*” (III, 40, 44, 53p); “*Muy simpáticos*” (V,18p); “*Son realmente muy buenas personas y bien capacitadas*” (VIII,32p); “*Una muy buena relación*” (X, 56), (XIV,46p); “*Muy cercanos, cariñosos, dispuestos a atenderte, también te ayudaban, eran preocupados, estoy muy agradecido*” (XV,32); “*estaban disponibles*” (XVI,50p) “*súper preocupados, un siete*” (XVI,32p); “*excelente, mucho apoyo, bien acogida*” (XVIII,24,26p).

Una de las personas entrevistadas explicita que, si bien una parte del personal de enfermería era agradable y simpático, “*Había algunos que eran más pesados*” (V, 25, 26p). Otro paciente señala que “*Los que tienen uniforme oscuro tendían a ser más fríos y duros, porque se veían que eran los más experimentados*” (XV, 32p). Uno de los pacientes evalúa negativamente al personal de enfermería señalando “*Encontré que trataban muy mal a los enfermos, muy intransigentes, muy estrictos con las normas, se atrasan con los remedios, pienso que están presionados*” (XIII, 32, 34, 36, 76p).

Además de este caso, hay dos pacientes más que también mencionan los errores en la administración de los fármacos: “*Simplemente se demoró tres horas...harta espera*” (XVI, 52p); “*Varias veces se cometen errores*” (V, 40, 44, 53p), y “*el horario de los remedios no se cumplía tan bien*” (V, 58p).

Tres entrevistados refieren que les molestó la implementación de las reglas y normas del servicio, Consideran que fueron rígidos y estrictos. Sin embargo, uno de ellos comenta que luego comprendió el sentido de esas normas que aplicaban estrictamente los enfermeros. Otra persona defiende la necesidad de esos límites

rigurosos, sosteniendo que es una *“Forma de protección de los pacientes durante la hospitalización”* (X, 56p).

h) Evaluación de cuidadoras

Sólo cuatro pacientes tuvieron cuidadora personal durante su período de hospitalización (debido a una calificación de riesgo de mayor gravedad). En relación a ellas, los pacientes consideran que no era un servicio necesario, que no entendieron los motivos por los que una persona estuvo a cargo de ellos. Sin embargo, reportan haber tenido una buena relación con las cuidadoras y haber sido bien atendidos por ellas.

“Eran un siete, demasiado preocupadas, muy amorosas conmigo, aunque los cuidados eran excesivos, como si yo no hubiera podido en esos momentos hacer las cosas por mí misma” (XVI, 38p).

“No es una queja a las cuidadoras en lo personal, sino que al protocolo de la hospitalización” (XVIII30, 32p).

i) Evaluación de kinesiología

Solo tres pacientes evaluaron la atención de kinesiología, los otros no tuvieron sesiones kinesiológicas. Ellos consideran que es una actividad necesaria, entretenida y que resulta un aporte, pero que fue insuficiente. Califican positivamente a los profesionales y proponen que haya más sesiones con kinesiólogos y que fueran obligatorias.

“Muy externos, nada especial, como era poco rato y era muy liviano, eran muy como de un ambiente de alegría digamos, pero fue poquito, y diría que sería mucho mejor tener terapia de ejercicio obligatoria” (XIII, 22p)

“Es necesario que haya más sesiones con el kinesiólogo” (XVI, 28,30p).

j) Evaluación de atención de casino

Seis personas opinaron de la atención del casino. De ellos, cinco expresan una opinión favorable en cuanto a la atención y a la calidad de la comida. Respecto al personal destacan que eran amables, respetuosos, de un trato adecuado. Una entrevistada dice que eran cariñosos.

“El almuerzo de primera calidad, de restorán” (XIII, 38p).

“El fin de semana se atrasan, pero no nos tienen una hora y media esperando muertos de hambre esperando que llegue la comida, y que cada vez que sonada el timbre todos volteábamos para ver si era el carrito de comida, esa es la única queja, y eso a varios les molestaba porque decías: bueno y la comida muy buena y rica, variada y todo, pero el servicio de los horarios mal” (XV, 36p).

k) Evaluación de sesiones familiares

Existe consenso entre los pacientes que las sesiones familiares eran beneficiosas. Aunque para dos pacientes, al principio fueron difíciles o forzadas, luego les ayudaron mucho. Estas intervenciones les permitieron hablar de cosas con sus familiares que, en algunos casos, no se habían hablado nunca y en otros, si bien lo habían hablado, sirvieron para tener más claridad. Señalan que fue una instancia en que pudieron hacerse preguntas entre los familiares. También consideran que ofrecieron la posibilidad de expresar sentimientos positivos que a veces se olvidan y una oportunidad para darse cuenta de lo que sintieron los demás frente a su riesgo suicida. Algunos pacientes pudieron darse cuenta cuán importantes son para sus familiares. Ellos, por su parte, pudieron explicar lo que les pasó en ese momento crítico. Por otro lado, refieren que es un momento en que los profesionales aclararon a los

familiares distintos temas respecto al tratamiento y las indicaciones de cuidados post alta.

”Para que ellos tuvieran más claro el panorama a mi vuelta a la casa y así, poder ayudarme más y mejor” (XV, 28p).

”Fue de utilidad en la medida en que todos pudimos decir qué nos había pasado con mi intento de suicidio y qué les había pasado a ellos. Más que nada, yo conocer lo de ellos” (XVI, 42p).

Tres pacientes dan cuenta que en estas sesiones estuvieron en una posición de escuchar a sus familiares y profesionales. Lo que consideran que les sirvió para poder entender lo que les ocurría a ellos. Una paciente asoció directamente estas sesiones con cambios que observó en su familia. Otra paciente se quejó que no tuvo sesión familiar y que la hubiera necesitado. Se preguntó por qué ella no pudo tener este espacio con su familia: *“Me faltó la sesión familiar, me faltó la sesión del psiquiatra, psicóloga y mis hermanos” (XIII, 26).* *“Claro todos juntos, yo no lo tuve y me hizo sentir como una cosa ajena a algo que en el fondo que me incluía y que me sentía con derecho propio porque era yo” (XIII, 28p).*

1) Impacto de la relación con los otros pacientes

Los pacientes relatan el impacto de haber visto y compartido con otros pacientes que a veces los percibieron mucho peor que ellos mismos; otras veces se identificaron con ellos o percibieron cómo fueron cambiando y mejorando.

“Me impactó como dije antes que, en las primeras horas de hospitalización, me pusieran a una persona al lado, que esa persona durmiera a mi lado, que tuviera el

baño cerrado con llave, el closet, me impactó”. (III, 51, 57p). “Me di cuenta que había gente que tenía peores problemas”. (V, 4p).

Todos los entrevistados destacan la relación que establecieron con los otros pacientes como algo importante que les ocurrió durante el período que estuvieron internados. Refieren haberse sentido acogidos, apoyados, que pudieron establecer relaciones de amistad, de conversar, sincerarse y encariñarse unos con otros.

” La convivencia interna aquí en la clínica es lo mejor que me ha pasado en la vida” (III, 10p).

”Llegué aquí y me sentí protegida, acogida, acompañada” (XIII, 4p).

”Participé en el grupo con las amigas que uno se hace, es sincerarse, darte cuenta que todas tenemos problemas, que no eres la única” (XIII, 10p).

Por otro lado, señalan sentirse identificados con otros que están viviendo situaciones similares.

”Estábamos pasando por las mismas dificultades, eso creo que nos ayudó bastante, compartíamos bastante, a pesar que somos diferentes en forma de ser, edades, estatus, formas de ser, compartíamos bastante bien “(XVIII, 12, 36p).

Para algunos pacientes fue importante sentirse cumpliendo un rol con respecto a los otros pacientes. *“Estaba en una posición de liderazgo, integrándolos en el grupo y animándolos a participar y compartir”. (III, 33p).*

“Hice muchos lazos con mucha gente de acá, creo que yo también era importante para ellos, porque les daba alegría. Yo soy alegre, participativo, tiraba la talla y se reían conmigo” (XII, 28p).

Además, cuatro pacientes refieren que inicialmente se sintieron impactados y con algo de temor por aquellos pacientes más graves. *"Me impactó todo lo que vi...había personas que daban susto..., incluso un poco autistas, un poco agresivos algunos"* (III, 4, 8p).

Cuatro entrevistados mencionan que luego de salir de la hospitalización, mantuvieron contacto con los amigos(as) que hicieron durante el período de hospitalización y que piensan seguir haciéndolo.

"Me hice amiga de ellas, y te diría que van a ser amigas de siempre conmigo, porque como que estás desnudada y ahora nos llamamos y somos amigas. Es como que sale lo bueno y lo malo tuyo y, generalmente la vida afuera no es así" (XIII, 68p).

"Vamos a hacer un asado de manicomio, con entrada de locos, ja, ja" (X, 80p).

Un entrevistado señala que junto a esta sensación de compartir con otros, tenía también algunos sentimientos dolorosos respecto de lo que él estaba viviendo.

"Igual me sentía triste, deprimido, decepcionado de mí, angustiado por las cosas que van a haber al salir (al alta de la hospitalización). Me sentía avergonzado, a veces cuando jugaba y hacía otras cosas, ahí trataba de no pensar siempre lo mismo, pero me sentía más o menos enrabiado conmigo, avergonzado" (V, 44p).

Otro paciente declara no haber participado con el grupo y no haber establecido relaciones con los demás. Atribuye esto a sus características de personalidad y a que aprovechó de leer lo más posible en los momentos en que estuvo hospitalizado.

"Como yo tendía a aislarme con esto de los libros y visitas, no es como que yo hubiera convivido mucho con ellos, con algunos más... la variedad es lo complicado,... verlos"

tan mal como que me angustiaba, me incomodaba, pero había algunos que se veían bien, y con esos fue con los que uno trata más” (XV, 26p).

En su mayoría, los pacientes refieren que fue especialmente significativa la relación que establecieron con sus compañeros, con los otros pacientes que estuvieron hospitalizados. Para algunos de ellos son lazos que van a permanecer en forma posterior.

“Mis compañeros están en las misma situación que yo o parecidas, esos fueron mi apoyo” (XIV, 78p).

m) percepción de cambio

La mayoría de los entrevistados da cuenta de una percepción de cambio favorable. Se refieren a cambios como: haberse dado cuenta de cosas nuevas; haber logrado mayor “claridad” y “visión de futuro”; sentirse más calmados; haber disminuido su riesgo suicida; ser capaces de hablar con mayor apertura sus temas; pensar más en ellos mismos y en cómo protegerse; y estar más abiertos a recibir la ayuda de otros.

“Antes para mí todo era negro, oscuro, chocar con la pared, no tenía ninguna visión de futuro” (III, 30p).

“El programa me sirvió para calmarme, para despejar la mente, ver las cosas más calmado....y también me sirvió para hablar de mi tema”, lo que hice abiertamente y sin vergüenza con lo que hice. Entonces ahora estoy más propenso a recibir ayuda, que era algo que a mí me había fallado. (XIV, 84p).

Dos pacientes, ven una percepción de cambio menos favorable, señalando que si bien ahora, no se suicidarían, mantienen una sensación de no apego a la vida o tristeza.

"Siento que no me suicidaría, eso lo tengo claro, pero sigo teniéndole un no apego a la vida. Ese es un problema que tengo desde la niñez" (XIII, 72p).

"Siento que sigo con la misma sensación de tristeza, pena y angustia" (V, 4p).

n) Evaluación general de la hospitalización

Todos los pacientes están agradecidos de la ayuda recibida durante el período de hospitalización, algunos de ellos hasta felicitan la labor de sus equipos tratantes. También indican que al principio les resultó un poco chocante las normas del servicio, pero en su mayoría, a los pocos días logran entenderlas y adaptarse.

"La hospitalización fue para mí fue absolutamente necesaria, yo estuve cuatro años con esta depresión y me trató un neurólogo solo con medicamentos...uno tiene que ser apoyado con actividades, con profesionales" (VIII, 42p). Agradecerle a la clínica, a los profesionales, excelentes, una atención más que adecuada y es por eso que ahora me siento bien y con ganas de salir adelante y mejorarme del todo" (VIII, 58p).

"En serio, a mí me dejó marcado esto, me dejó marcado...para mí, me sirvió mucho, hubo un antes y un después, ahora soy otro, tengo otros intereses, otras aspiraciones. A lo mejor siempre tuve ganas y aspiraciones" (XII, 72, 74p).

En relación a los aspectos generales, que los entrevistados evalúan negativamente, mencionan algunas normas del servicio que percibieron que no fueron suficientemente explicadas. La norma que más quejas recibe es la de mantener el baño y el closet cerrados.

"Me causaba molestia que tuviera el baño cerrado" (XIV, 60, 64p).

"No entendí por qué me cerraron la puerta del baño y del closet" (XVIII, 38, 40, 42p).

Otro aspecto evaluado negativamente es la cantidad de tiempo libre, especialmente durante el fin de semana, se sentían con demasiado tiempo desocupado. Relacionado con esto, está la necesidad de un espacio al aire libre, donde poder caminar y un espacio físico para poder hacer ejercicio.

“Faltó hacer deporte o algún tipo de ejercicio físico” (XV, 44p).

“A veces se pasaban un poco largo los días, sobre todo los fines de semana, hubiese sido agradable haber caminado en un gimnasio o lo que más me gustaría es una plaza donde respirar aire libre” (XVIII, 58p).

Un entrevistado considera negativo el hecho de estar hospitalizado. Señala que es estar *“Aislado de la realidad”*, por eso considera *“cobarde” tratarse hospitalizado, porque eso significa no enfrentar los problemas que tiene afuera. Hay que enfrentar las cosas solo, no solucionó mis problemas que tengo afuera, tengo que empezar a solucionar los problemas que tengo afuera y avanzar” (V, 42p).*

Una persona señala que le gustaría que hubiera más orientación a la familia para los cuidados post alta y sugiere hacer un seguimiento, *“Incluso en una segunda semana, tener otra reunión post alta” (XVI, 46, 48, 72, 74p).* Otra evaluada sugiere apoyo psicológico para el personal de enfermería: *“Todo el personal, los enfermeros, auxiliares y ayudantes, pienso que deberían ir una vez al mes a una evaluación de cómo están ellos, porque hay gente ahí que es muy alterada, muy rabiosa, te tratan mal” (XIII, 74p).*

II. Relaciones que sanan a través del compartir y conversar. En el relato de los pacientes es

posible observar que existió un proceso desde el inicio hasta el final de la hospitalización. Al comienzo, la mayoría de ellos no sospechaba de qué se trataba este tipo hospitalización y no tenían expectativas muy claras de lo que sucedería en ese período. En un inicio, tuvieron dudas y escepticismo, se resistían a participar de algunas actividades y ciertas situaciones les provocaban rechazo. Sin embargo, todos, después de los primeros días, refieren haber sentido confianza y haberse abierto, o entregado, a las distintas actividades e intervenciones. Finalmente, destacan que fue de utilidad y que esta experiencia les sirvió. De manera paralela al conocimiento y adaptación al servicio, se fue produciendo una mayor conciencia y aceptación de lo que a ellos mismos les estaba ocurriendo y respecto de su necesidad de ayuda. Es decir, progresivamente ellos fueron comprendiendo su situación de riesgo y abriéndose a recibir diferentes formas de ayuda. Así, en este proceso, los pacientes no solo evolucionan en su experiencia y visión respecto del servicio de hospitalización, sino que, al mismo tiempo evolucionan en su visión y comprensión de sí mismos.

En la evaluación que realizan los entrevistados de las distintas instancias del tratamiento recibido, es posible apreciar que, repetidamente, resaltan lo importante que fue para ellos compartir y conversar con los otros pacientes y con los diferentes profesionales.

Respecto de las instancias de intervención, los pacientes aluden a un aspecto técnico, propio de cada especialidad, y a un aspecto de la relación humana con el otro. Por ejemplo, dentro de los aspectos técnicos, en cuanto al psiquiatra destacan lo acertado de su diagnóstico; en la psicóloga, la posibilidad de profundizar en sus temas; en la terapia ocupacional, el poder compartir de una manera más entretenida; en

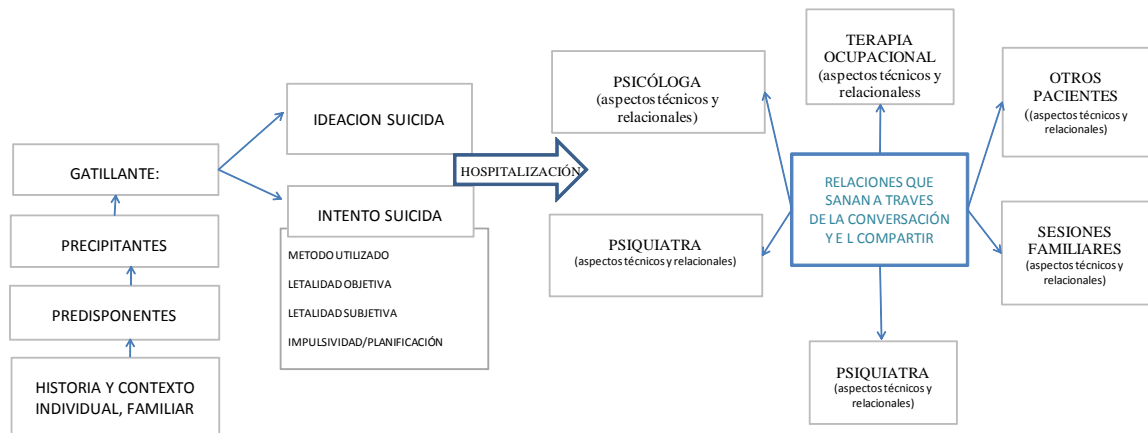
enfermería la administración de los fármacos y la regulación a través de las normas del servicio. En cuanto a los aspectos de la relación, el compartir y conversar es descrito por los entrevistados, con ciertas particularidades. Ellos enfatizan que sintieron a los otros interesados, preocupados y disponibles. Ellos mismos se sintieron bien tratados, contenidos, escuchados, acogidos, no juzgados, libres para hablar de sus temas, abiertos a través del diálogo, junto a la posibilidad de hacer su propia introspección en un ambiente seguro.

(Insertar Figura 1, aproximadamente aquí).

FIGURA 1. PERCEPCIÓN DE LA AYUDA RECIBIDA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

PERCEPCIÓN DE LA AYUDA RECIBIDA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN
POR INTENTO O POR IDEACIÓN SUICIDA

PROCESO QUE LLEVA A LA CONDUCTA SUICIDA



Discusión

En el presente trabajo se estudió la percepción de pacientes que fueron hospitalizados por riesgo suicida, acerca de la ayuda recibida. Esta percepción fue

evaluada una semana después del alta, de manera cuantitativa en una muestra de 63 pacientes y de manera cualitativa, a través de una entrevista, en una submuestra de 10 casos. Al realizar estas entrevistas observamos que esta se configuró en una intervención psicoterapéutica en sí misma. La exploración promovió una reflexión y elaboración por parte del paciente, que se encontraba de regreso a su contexto habitual, a unos días de alejamiento de la hospitalización.

La mayoría de los pacientes (73%) al momento de la evaluación presentaba una mejoría o recuperación clínica y valoraban positivamente el tratamiento recibido. A través de los 10 casos entrevistados, fue posible explorar en mayor detalle la percepción de las intervenciones durante la hospitalización. La mitad de estos casos (n=5) no mostró mejoría clínica, en el nivel de discomfort general, no obstante, de igual manera, evaluaron como beneficiosas las intervenciones recibidas. Las intervenciones evaluadas favorablemente, por un mayor porcentaje de casos (entre 73% y 84%), fueron psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, la relación con los otros pacientes y enfermería. Nótese que la relación con los otros pacientes fue referida como una de las experiencias más relevantes en cuanto a la ayuda recibida. Hubo otras intervenciones, como las sesiones con los familiares y de kinesiología, que fueron muy valoradas, pero que muchos pacientes no las recibieron y ellos sugieren implementarlas de manera más sistemática y generalizada.

En relación a cada una de las instancias en la hospitalización los entrevistados se refieren a aspectos técnicos y a aspectos relacionales, enfatizando la importancia del encuentro con otros, compartir y conversar. Destacan el impacto de la relación con los otros pacientes, principalmente a través de actividades grupales, tanto informales, como

organizadas por el equipo de terapia ocupacional. Tal vez el énfasis en lo que les aportó la relación con los otros pacientes tiene que ver con lo inesperado de esta experiencia. Las intervenciones profesionales, médicas, psicoterapéuticas y de enfermería, pueden haber estado dentro de lo más esperable en el contexto de una hospitalización. Esto también se relaciona con el desconocimiento previo acerca de lo que constituye una hospitalización psiquiátrica, por lo que la mayoría dice no haber tenido expectativas claras inicialmente. Más bien nos relatan su sorpresa y cómo fueron evolucionando después de los primeros días. Inicialmente, temían encontrarse con pacientes muy graves o muy diferentes a ellos, y a veces ellos mismos o sus familiares, manifestaron preocupación respecto a una influencia perjudicial desde los otros pacientes. Con el transcurso de los días fueron cambiando estas creencias o mitos y los pacientes declaran haberse enriquecido del compartir y dialogar con sus compañeros. Muchos se sintieron identificados con algunos, y en posición de aportar a otros y a la convivencia grupal. Finalmente, dan cuenta de una imagen de la hospitalización psiquiátrica benigna y desmitificada, tanto en los aspectos idealizados de cura rápida y mágica, como en cuanto a los aspectos persecutorios de salir dañado.

En cuanto a la relación con los otros pacientes, y con los profesionales, destacan que sintieron a los otros interesados, preocupados y disponibles. Ellos mismos se sintieron bien tratados, contenidos, escuchados, acogidos y no juzgados. También valoran haber sentido libertad para hablar sus temas, haber tenido la posibilidad de abrirse a través del diálogo y hacer su propia introspección en un ambiente seguro. Este énfasis en los aspectos relacionales, concuerda con lo ampliamente divulgado en la literatura respecto a los factores específicos (Frances, Sweeney, & Clarktosin, 1985;

Garfield, 1981; Opazo, 2001) y la relevancia de los factores inespecíficos o comunes, en el resultado de las intervenciones psicoterapéuticas (Bandura 1977; Frank, 1982; Karasu, 1986; Krause, 1992; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1986; Santibañez, Román, Lucero et al. 2008). Ellos se refieren a características individuales y de disposición, tanto del terapeuta como del paciente, que al presentarse en conjunto con una interacción constructiva entre ambos, permite el éxito en la psicoterapia. Bien conocido es también que la alianza terapéutica constituye el factor que por sí solo, ha mostrado la mayor capacidad predictiva de los resultados en diversas intervenciones psicoterapéuticas (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000; Barber, Luborsky, Crits-Cristoph, Thase, Weiss, Onken & Gallop, 1999; Gaston Marmar, Thompson, & Gallagher; 1991; Horvath & Luborsky, 1993; Orlinsky & Howard, 1993; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Por su parte, Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Bruschiweiler-Stern & Tronick, 1998, plantean que mucho de lo que se observa como efecto terapéutico duradero resulta de los cambios en el dominio relacional e intersubjetivo.

Del relato en las entrevistas también fue posible identificar elementos distintivos, o específicos, entre las instancias terapéuticas. Por ejemplo, en la relación con la psicóloga destacan la oportunidad de profundizar en temas difíciles que no hablaban en otros espacios. De terapia ocupacional mencionan la posibilidad de compartir en actividades grupales, constatar que no son los únicos, ponderar sus problemas respecto de los otros, y lo refieren como el espacio donde encuentran entretención, distensión y apoyo. En cuanto a las intervenciones familiares destacan la posibilidad de

conversar temas que no hablaban, observar el impacto de su conducta en sus seres queridos y que sus familiares recibieran indicaciones para sus cuidados.

Estos hallazgos nos permiten aportar al diseño de intervenciones ambulatorias e intrahospitalarias, integrando la visión de los propios pacientes respecto de lo que más los ayuda. Es así como se refuerza la importancia de promover vínculos de calidad, donde los pacientes en riesgo suicida puedan sentirse acogidos, acompañados y comprendidos en sus dificultades. Este punto ha sido altamente resaltado por otros autores que consideran que la clave de la conducta suicida está en la interacción con otros, en tanto las relaciones estrechas y las redes protectoras ayudan en la regulación emocional y alejan de la desesperanza (Guibert, 2002). Otros estudios también señalan que los lazos cercanos protegen del riesgo suicida (Bearman & Moody, 2004; Blanton-Lacy, Molock, Kimbrough, Williams, Nicholson & Hamilton, 1995; Cantor & Slater, 1995, Heikkinen, Isometa, Marttunen, Aro & Lonqvist, 1995; Gunnel, Harbord, Singleton, Jenkins, & Lewis, 2004; Hirsch & Ellis, 1995; Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham, & Harrington, 1996; Latha, D'Souza & Bhat, 1996; Morales, Echávarri, Zuloaga et al., 2011; Ordoñez, Barros, Echávarri & Morales 2011; Shagle & Barber, 1995; Welz, 1994). Estos lazos afectivos también promueven un sentido de pertenencia social y de efectividad personal (Durkheim, 1951; Joiner, 2007), entregando bienestar y gratificando la necesidad de los pacientes de ser amados y comprendidos (Chance, Bakeman, Kaslow et al., 2000).

Por otro lado, también se sabe que las relaciones conflictivas pueden llevar a la desregulación emocional y ser una fuente de agobio psíquico, aumentando el riesgo suicida. (Cohen, 2004; DeJong, Overholser & Stockmeier, 2010; Morales et al., 2011;

Ordoñez et al., 2011). En esta línea entonces, junto con promover vínculos de calidad, resulta necesario alejar al paciente de relaciones conflictivas que los puedan desregular emocionalmente o promover en ellos sentimientos de agobio o incapacidad grave.

Los resultados de este estudio también refuerzan algunas estrategias de tratamiento intrahospitalario sugeridas en la literatura. Entre estas, se pueden mencionar las siguientes: Poner énfasis en el restablecimiento de la autoestima y la autoconfianza en el proceso de elaboración de la crisis suicida (Shneidman, 1996); trabajar en los elementos manifiestos del problema, en lo que ocurre en el momento actual, más que ir al origen del problema (Blumenthal, 1988); reconstruir los lazos efectivos que hayan sido deteriorados en la crisis (Shneidman & Farberow (2010); y realizar sesiones de seguimiento con el equipo tratante de la hospitalización, en forma paralela al tratamiento ambulatorio, con el propósito de monitorizar el cumplimiento de las indicaciones post alta (Baader, 2004).

En aquellos casos en que el riesgo suicida se presenta en un trastorno grave de la personalidad, puede que la hospitalización aguda no sea la alternativa más efectiva. Debido a la inestabilidad emocional característica de estos pacientes, puede resultar más indicado un acompañamiento sostenido a través del tiempo. En esta línea, nos parece adecuado lo sugerido por Bateman et al., 1999; Linehan, 1993a; Rudd et al., 2001; Rutter et al., 2008, en cuanto a la hospitalización parcial, la que permite que, en períodos prolongados de tiempo, los pacientes reciban tratamientos multifase, con acompañamiento permanente. Otros autores argumentan que la hospitalización parcial es de menor costo y no se retira al paciente de su sistema, con lo cual los tratamientos y el proceso de cambios se van integrando y ajustando a la realidad cotidiana.

(Martínez, 2005). El problema surge cuando en el sistema no existe una red familiar o social capaz de hacerse cargo de la protección del paciente. Otra alternativa es que después de la hospitalización aguda se continúe con la implementación de una hospitalización domiciliaria.

En este estudio participaron pacientes con diferente evolución desde el punto de vista de la reducción de la sintomatología y del riesgo suicida. Sin embargo, hubo casos que no dieron su consentimiento y otros que negaban la conducta suicida, por lo que era muy difícil explorar con ellos su riesgo o la percepción de la ayuda recibida. Por lo tanto, existe un subgrupo de pacientes con riesgo suicida que, cumpliendo con los criterios de inclusión, no está representado en este estudio. A futuro resulta necesario un seguimiento a mediano y a largo plazo con un diseño longitudinal, que permita visualizar lo que ocurrirá con los pacientes, tanto respecto a la evolución del riesgo y conductas suicidas, como respecto a las intervenciones terapéuticas recibidas y la percepción de su efectividad. Se podría complementar un abordaje cuantitativo y cualitativo que, además de lo mencionado, evalúe en qué medida la visión de los pacientes se mantiene o cambia con el tiempo post hospitalizado. Este estudio de seguimiento nos parece aún más relevante si tomamos en cuenta que hasta un año después de la hospitalización se considera un periodo crítico de riesgo suicida (Appleby et al., 1999; Baader et al., 2004; Geddes et al., 1995; Hawton, 2009; Stark et al., 1995), especialmente entre una semana y un mes desde el alta (Appleby et al., 1999; Baader, Richter & Mundt, 2004; Geddes & Juszczak, 1995; Hawton, 2009; Stark, Hall, O'Brien & Smith, 1995).

Referencias Bibliográficas

- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnel, R., Harris, C., McCann, K., Kierman, K., Davies, S., Bickley, H. & Parsons, R. (1999). Suicida within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318:1235-1239.
- Baader T. (2009). Suicidio en Chile: Evaluación, Prevención y Tratamiento. Jornadas Departamentales Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina, Departamento de Psiquiatría.
- Baader, T., Richter, P. & Mundt, C. (2004). Suicidio de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo: Un estudio de caso control. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42, 293-316.
- Bandura, A. (1977). Self- Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barber, J., Connolly, M., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Onken, L. & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine }dependence. *Psychotherapy Research*, 1, 54-73.
- Bateman, A. & Fonagy, P. 1999 Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial.

American Journal of Psychiatry , vol 156 (10).

Bearman, P. & Moody, J. (2004). Suicide and friendship among american adolescents. *American Journal of Public Health*, 94, 89 - 95.

Blanton-Lacy, M., Molock, S. D., Kimbrough, R., Williams, S., Nicholson, M., & Hamilton, D. (1995). Validity of the use of suicide scales with african americans. En D. Lester, *Suicide '95*. Washington, DC: AAS.

Blumenthal, S. (1988). Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clinica Médica Norteamericana*, 4: 999-1035.

Cantor, C. & Slater, P. (1995). Marital breakdown, parenthood, and suicide. *Journal of Family Studies* (1), 91-102.

Chance, S., Bakeman, R., Kaslow, N., Farber, E. & Burge-Callaway, K. (2000): Core conflictual relationship themes in patients diagnosed with borderline personality disorder who attempted, or who did not attempt, suicide, *Psychotherapy Research*, 10:3, 337-355

Clarkin, J., Yeomans, F. & Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing in Objects Relations*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist* , 59 (8) , 676-684.

- De Jong, T., Overholser, J. & Stockmeier, C. (2010) Apples to oranges? : A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2): 90–97.
- De la Espirella, R. (2010). Suicidio en instituciones psiquiátrica, 1998-2007. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 268-290.
- Debski, J., Dubord, S., Jacob, S., Poole, D. & Hixson, M. (2007). Suicide Intervention: Training roles and knowledge of shchool psychologists. *Psychology in the Schools*, 44, 157-169.
- Dour, H., Cha, C, & Nock, M. (2011). Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 294-298.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press.
- Flick, Uwe. (2006). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Francés, A., Sweeney J. & Clarkin, J. (1985). Do Psychotherapies have Specific Effects?. *American Journal of Psychotherapy*, 39 (2).
- Frank, J. (1982). Therapeutic Components Shared by all Psychotherapies. En: J. Harvey, M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington: APA.
- Fuentes, X., Echávarri, O., Morales, S., Zuloaga, F., Parada, L.M. & Said, M. (2009).

Programa de intervención pacientes hospitalizados unidad de hospitalización psiquiátrica, Clínica UC San Carlos. Presentados en las IV Jornadas de Psiquiatría, Suicidio: Prevención, evaluación y Tratamiento. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 6 de noviembre 2009.

Garfield, S. (1981). Evaluating the Psychotherapies. *Behavior Therapy* 12, 295-307.

Gaston, L., Marmar, C. Thompson, L. & Gallager, D. (1991). Alliance prediction of outcome beyond intreatment symptomatic change as psychotherapy progreses. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.

Geddes, J. & Juszczak, E. (1995). Period trends in rate of suicide in first 28 days after discharge from psychiatric hospital in Scotland, 1968-92. *British Medical Journal*, 311, 357-360.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

Gómez, A. (2008). *Tratamiento Farmacológico y Cognitivo Conductual. Perspectiva actual.* Presented on Jornadas: El Suicidio en Chile, Perspectivas Actuales, Abril 2008. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Gould M. Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal American Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.

Guibert, R. (2002). Enfrentamiento especializado del paciente suicida. *Revista Cubana de Medicina General*, 18(2).

- Gunnel, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R. & Lewis, G. (2004). Factors influencing the amelioration of suicidal thoughts in the general population. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 385-393.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K., (2009). Seminar on Suicide. *The Lancet*, vol. 373.
- Hegerl, U., Althaus, A., Schmidtke, A. & Nilklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2 year evaluation of a community based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36, 1225-1233.
- Heikkinen, M. Isometa, E. Marttunen, M. Aro, H. & Lonqvist, J. (1995). Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry* (167), 747-753.
- Hirsch, J. & Ellis, J. (1995). Family support and other social factors precipitating suicidal ideation. *International Journal of Social Psychiatry* (41), 26-30.
- Horvath, A. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome.*, U British Columbia, Vancouver, Canada.
- Horvath, A. O. (1982). Working Alliance Inventory (Revised). Instructional Psychology Research Group, 82 (1). Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.
- Horvath, A. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the Working Alliance Inventory Perspective. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research, and practice* (pp. 109-130). New York: Wiley.
- Horvath, A. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in

- psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561-573.
- INE (2009). Gobierno de Chile. Instituto Nacional de Estadísticas. *Proyecciones Poblacionales 1990-2020*.
- Jiménez, J. (1999). ¿Investigación en Psicoterapia? Claro que sí. ¿Pero a quién le interesa? *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*.
- Joiner, Th., (2007/2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge, Massachussets:Harvard University Press.16-45.
- Karasu, T. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry* 143, 687-695.
- Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V., Woodham, A. & Harrington, R. (1996). R. correlates and short.term course of self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry* (168), 38-42.
- Krause, M. (1992). Efectos Subjetivos de la Ayuda Psicológica. Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psykhe*, 1, 41-52.
- Lambert, M., Burlingame, G, M., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G. & Yanchar, S. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258

- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71, 183-191.
- Latha, K., D'Souza, P., & Bhat, S. (1996). Social support and suicide attempts. *Indian Journal of Social Work* (57), 386-395.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer..
- Lindner, R. (2006). Suicidality in men in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20, 197-217.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Traducción al castellano por Paidós (2003).
- Linehan, M. Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, J., Kanter, J. & Comtois, K. (1999). Dialectical Behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Medical Journal Addictions*, 8, .279-92.
- Martínez, C. (2005). Intervención en crisis en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe. *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*. 39, 1, 151-158.
- Ministerio de Salud (MINSAL) Gobierno de Chile (2011). *Estrategia nacional de salud*

para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

Morales, S., Echávarri, O. Zuloaga, F., Barros, J. & Taylor, T. (2011). Cómo perciben su propio riesgo suicida pacientes hospitalizados por intento o por ideación. *Revista Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos*. Sometido a publicación.

O'Connor, R.C, Rasmussen, S. & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and sel-harm in adolescent: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy, 48* 52-59.

Opazo, R. (2001). Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI

Ordoñez, M., Barros, J., Echávarri, O. & Morales, S. (2011). Beyond Mental Illness *Archives Suicide Research*. Sometido a Publicación.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington DC: OPS. 75324220. Downloaded on September 27th, 2009 from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf.

Orlinsky, D. & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En: S. Garfield y A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ra. Ed.). New York: Wiley.

- Orlinsky, D. y Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En: L. Bergin y L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Pierce, D. (1977). Suicidal intent in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130, 377-385.
- Rudd, M., Joiner, T. & Rabah, M. (2001). *Treating suicidal Behavior: An effective time limited approach*. New York: Guilford Press.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. &Thapar, A. (2008). : *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Using Epidemiology to plan services: A conceptual approach. Fifth Edition, chapter 6. New York: Blackwell Publishing.
- Santibañez, P., Román, F., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D. & Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en Psicoterapia. *Revista Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos*, 26,1, 89-98.
- Shagle, S. & Barber, B. (1995). Social ecological analysis of adolescent suicidal ideation. *American Journal of Orthopsychiatry* (65) , 114-124.
- Shneidman, E., (1996). *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford UP.
- Shneidman, E. & Farberow, N. (2010). *Clues to suicide*. New York: Mc Graw Hill;

1961; 17-52.

Stark, Hall, O'Brian & Smith (1995) Suicide after discharge from psychiatric hospitals in Scotland. *British Medical Journal*, 311: 1368-1369.

Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basic of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. New York: Sage.

Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós

Von Bergen, A. & De la Parra, G., (2002). OQ-45.2 Cuestionario para Evaluación de Resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 38-48.

Weismman, A. & Worden, J. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives General Psychiatry*. (20): 553-560.

Welz, R. (1994). *The social supports of suicide attempters*. En D. Lester, Suicide '94. Denver: AAS.

Anexo**Entrevista pos alta: Evaluación de la hospitalización**

Significados asociados a la ayuda recibida por el programa de intervención en crisis durante la hospitalización.

Con respecto al período en que usted estuvo hospitalizado (a)

De las expectativas

¿Qué expectativas tenía de la ayuda que iba a recibir en la hospitalización?

¿En qué medida estas se cumplieron o no?

De la involucración en actividades

¿En qué actividades participó?

¿Qué opina y cómo calificaría las distintas intervenciones realizadas en la hospitalización:

Psiquiatría

Psicología

Terapia ocupacional

kinesiología

Sesiones familiares

Enfermería

Cuidadora

Otros

De lo que ayudó y no ayudó

¿Qué piensa de lo que más le ayudó de todas estas actividades y por qué?

¿Hubo algo que usted considere que le hizo mal, o que lo afectó negativamente?

¿Hubo actividades que estuvieron de más para usted?

¿Qué podría haberlo ayudado que no recibió durante la hospitalización?

¿De la relación con las distintas personas y profesionales del servicio, hubo alguna(s) en particular que fue especialmente significativa?

En resumen, usted podría decir qué fue provechoso / positivo/útil

¿Hay algo que usted quisiera agregar?

Nota para la entrevistadora (a). Recordar agradecer y señalar que su experiencia nos permite desarrollar programas de intervención ajustados a lo que nuestros pacientes necesitan.

Artículo 4, enviado para su publicación a: *Revista Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos (Revista ISI)*

Cambio después de una hospitalización psiquiátrica por riesgo suicida.

Change after a psychiatric hospitalization for suicidal risk

Susana Morales-Silva¹, Orietta Echávarri-Vesperinas¹,

Ronit Fischman-Vogel¹, Jorge Barros-Beck¹ y Andrés Mendiburo-Seguel¹

¹ Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dirección: Camino El Alba 12.351,

Las Condes,

Santiago, Chile.

Fono: 56 2 7548873

Correo electrónico de contacto Susana Morales Silva

sumorales@med.puc.cl

sus.mosi@gmail.com

Resumen (150 palabras)

Esta investigación evalúa variables relacionadas con la conducta suicida, en pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida, durante la primera semana de hospitalización y luego de una semana del alta. Las variables evaluadas son: Satisfacción familiar (APGAR familiar), sentimiento de malestar subjetivo (OQ 45.2); y experiencia y expresión del enojo (STAXI). Los resultados obtenidos en una muestra de 63 pacientes indican una mejoría estadística y clínicamente significativa en el sentimiento de malestar subjetivo en todos los grupos, una disminución en la disfuncionalidad familiar y un mejor manejo del enojo. Contrariamente a lo supuesto al inicio de este estudio, el *rasgo del enojo*, considerada una variable estable de la personalidad, presentó cambios en algunos de los grupos estudiados. No obstante la evolución positiva de los pacientes, hubo un grupo que no evolucionó favorablemente, lo que remarca la necesidad del seguimiento de pacientes con riesgo suicida, en forma posterior al alta hospitalaria.

Palabras clave: Riesgo suicida, satisfacción familiar, malestar subjetivo, manejo del enojo

Abstract

This study examined variables associated with suicidal behavior in patients hospitalized after a suicide attempt or because of suicide ideation. The assessments were done after a week of admission and a week after their discharge. The variables assessed included: family satisfaction (Family APGAR), subjective distress (OQ 45.2) and the experience and expression of anger (STAXI). The results obtained in a sample

of 63 patients indicate: A statistically and clinically significant improvement in subjective distress in all groups studied, and a decrease in family dysfunction. Furthermore, contrary to the assumption at the beginning of this study, trait anger, considered a stable personality variable, presented changes to some of the groups studied. Despite the favorable outcome of patients, there was a group that evolved unfavorably, which highlights the need for monitoring of patients with suicidal risk after their discharge.

Key Words: Suicide risk, family functioning satisfaction, feelings of discomfort, anger management.

Introducción

El suicidio ha sido considerado un problema de salud pública con alarmantes tasas de crecimiento a nivel mundial y nacional; la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) ha puesto una voz de alarma en su informe de la salud mundial 2011. En este señala que Chile se encuentra en segundo lugar en las tasas de crecimiento del suicidio entre los años 1995-2009, con un 54,9% de crecimiento. El primer lugar lo ocupa Korea que ha aumentado en un 153,6 % en los últimos 15 años. Además el informe muestra que en nuestro país mueren cinco personas por suicidio al día (unas 1.800 al año), con una tasa al año 2009 de un 11 por cada 100.000 habitantes, siendo un 4, 1 por 100.000 en las mujeres y 18,5 por 100.000 en los hombres. Estas alarmantes cifras estarían relacionadas según los analistas OCDE, con la baja calidad de vida, el consumo de alcohol y los estados depresivos que sufre nuestra población (OCDE, 2011).

La Organización Panamericana de la Salud, (OPS) en su informe de salud de las Américas del año 2006, señala que en el año 2000, en el grupo de edad entre 15 y 24 años, el suicidio se encuentra entre las cinco principales causas de muerte en 25 países de América. En nuestro país, ocupó el primer lugar y el segundo en Canadá, Costa Rica y Uruguay (OPS, 2006). El Ministerio de Salud (MINSAL) por su parte, señaló en el año 2011, que existe un aumento considerable en conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, tales como conducta sexual riesgosa, consumo problemático de drogas, alcohol, tabaco, alimentación poco saludable y sedentarismo. Estas conductas suelen afectar negativamente en la salud de esta población, trayendo consecuencias como embarazos no deseados, drogadicción,

deserción escolar, violencia, accidentes, invalidez, suicidios y homicidios. Estos antecedentes llevan a anticipar un aumento en los años de vida saludable perdidos por enfermedad, discapacidad y muerte (AVISA) en los adolescentes y jóvenes, junto con un aumento en la carga de enfermedad de los futuros adultos y mayores (MINSAL, 2011). Se estima que para el año 2020 los adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años representarían el 21% de la población total (INE, 2009). El MINSAL también señala que la muerte de adolescentes por causas como el homicidio y el suicidio ha tenido un alarmante aumento en los últimos años. En la actualidad estas causas representan un 60% del total de muertes en adolescentes, y de este total, un 70,4% son de adolescentes hombres. El suicidio es una de las importantes causas externas de muerte para este grupo. En particular el grupo de 15 a 19 años, el año 2008 tuvo una tasa de 7,7 por 100.000 habitantes y se espera que llegue a 12 por 100.000 habitantes el año 2020. Por esto, el MINSAL se ha propuesto disminuir estas tasas en un 15% y desarrolló un programa nacional de prevención con cuatro estrategias: 1) trabajo intersectorial (Ministerio de Educación y organismos afines como JUNAEB, JUNJI, INTEGRA, SENAME, CONACE y algunas Corporaciones de Educación Municipal); 2) detección de casos de riesgo por medio de controles anuales de salud en los adolescentes; 3) cobertura y calidad de la atención de salud pública y 4) vigilancia a través de programas de formación de los miembros de la comunidad, denominados “guardianes”, (sacerdotes, policías, comerciantes, inspectores de colegios y bomberos) capacitados para identificar y referir a quienes se encuentren en riesgo (MINSAL, 2011).

La depresión es un problema que está estrechamente relacionado con el suicidio. Su prevalencia en Chile es de 11,3% en mujeres y 6,4 % en hombres. A nivel de la atención en los servicios de salud, la conducta suicida se observa en casi un 40% de los trastornos depresivos atendidos a nivel secundario, durante el año 2004. En ese período, fueron tratadas 5.076 personas, con diagnóstico de depresión severa, el 36% de estas personas ingresó al servicio de salud, por intento de suicidio. (MINSAL, 2009). Además, los trastornos depresivos unipolares son la segunda causa AVISA en nuestro país, (después de la enfermedad hipertensiva del corazón), ocupan el tercer lugar en las mujeres y el quinto lugar en los hombres (MINSAL, 2007). Cifras de la Organización Mundial de la Salud dan cuenta que esta patología psiquiátrica interviene entre un 65% y un 90% del total de suicidios en donde está presente una enfermedad psiquiátrica (OMS, 2002). Siendo los principales factores psicológicos y psiquiátricos relacionados con el suicidio, los siguientes: Trastornos del ánimo, ansiedad, sensación de desesperanza, impulsividad y esquizofrenia. Estas cifras muestran la relevancia de un problema de salud que, siendo prevenible, está en un preocupante crecimiento y pone una voz de alarma para las instituciones, profesionales y ciudadanos frente a un asunto de salud pública.

Existe amplia investigación que profundiza la comprensión y la prevención de la conducta suicida. Entendemos, tal como señalan diversos autores, que la conducta suicida resulta de una combinación de factores que se desarrollan e interactúan de manera única para cada individuo (Schneidman, 1996; De la Espirella, 2010; O'Connor, Rasmussen & Hawton, 2010; Dour, Cha & Nock, 2011). Entre los distintos modelos explicativos, destaca la perspectiva de Joiner, Brown & Wingate (2005) quienes

proponen que existirían dos categorías de riesgo suicida. Una es la desregulación en el control de impulsos y la otra es la propensión al sufrimiento psíquico, como por ejemplo, sentir desesperanza y estar aislado socialmente. Ambas categorías suelen producirse en presencia de un trastorno mental, especialmente trastornos del ánimo y contribuyen al riesgo suicida. Estos tipos de riesgo estarían sustentados por algún grado de factores genéticos y neurobiológicos. Dour, Cha & Nock (2011) proponen, por su parte, que existe una interacción entre emoción y cognición que lleva a la conducta suicida. En esta interacción ocurre una alta reactividad emocional y un pobre control cognitivo para el enfrentamiento de problemas, que llevan al intento suicida. Por un lado, la experimentación de alto malestar emocional frente a eventos adversos e intolerables, y por otro lado, una incapacidad de generar soluciones adaptativas. Esta interacción es, según los autores, un predictor de la conducta suicida, donde el intento suicida es un medio de escape de un estado que resulta intolerable (Baumaister, 1990; Linehan, 1993). En esta misma línea, sostuvimos en un estudio anterior, que el intento de suicidio, principalmente de tipo impulsivo, se produce luego de un quiebre vincular y un afecto que resulta intolerable (Morales, Echávarri, Zuloaga, Barros & Taylor, 2011). La impulsividad estaría manifestada a través de una tendencia a responder rápidamente, sin planificación ni conciencia de los propios actos (Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham, Steinberg & Moeller, 2005),

Existe abundante investigación que muestra que la familia cumple un rol fundamental en el desarrollo psicológico, siendo un factor protector y de riesgo de la salud mental de las personas (Weinreich & Hidalgo, 2004; Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela, 2000; Pavez., Santander, Carranza & Vera-Villaruel, 2009;

Reyes & Miranda, 2001). Numerosos estudios indican que la familia que protege y cuida a sus miembros, promueve el desarrollo de competencias personales y previene problemas de salud (Horowitz, Wilner & Álvarez, 1979; Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano & Salazar, 1998). Otras investigaciones muestran que ciertos estilos familiares conllevan a tener riesgo suicida, entre los que se encuentran: Bajos niveles de cohesión y distancia emocional (Reyes & Miranda, 2001; Salvo & Melipillán, 2008); límites excesivamente rígidos o excesivamente laxos e inexistentes (Pavez et al., 2009); ambientes conflictivos, dificultades relacionales y peleas constantes (Pavez et al., 2009; Reyes & Miranda, 2001); disminuido apoyo frente a adversidades y en la solución de problemas (Larraguibel et al. 2000). Además, la percepción por parte del individuo de altas dificultades en las relaciones familiares, es un factor predictor de riesgo suicida (Randell, Wang, Herting & Eggert, 2006),

El concepto de comunicación en la familia como dimensión de la funcionalidad global, considera que hay altos niveles de riesgo en familias donde predomina la comunicación indirecta, enmascarada e incongruente. El hecho de no hablar con familiares de temas que preocupan y que hacen sufrir, está asociado a un aumento de riesgo suicida y de intento de suicidio (Borowsky, Resnick, Ireland & Blum (1999); Randell et al. 2006). Por el contrario, en aquellos grupos familiares donde se puede conversar acerca de los problemas, de la depresión y de las ideas suicidas, muestran menores niveles de intentar suicidarse o de pensar en hacerlo (Pavez et al. 2009; Reyes & Miranda, 2001).

Según los distintos miembros del grupo, existen distintas percepciones y apreciaciones del funcionamiento familiar. Lo que algunos experimentan como falta de

apoyo, para otros puede ser, por ejemplo, desconocimiento o libertad. En uno de nuestros estudios previos, centrado en la visión de los padres, pudimos constatar que ellos, si bien percibían los cambios en sus hijos, no los interpretaron como señales de riesgo suicida. Para los padres, aún mirando en retrospectiva, se les hacía difícil distinguir entre un comportamiento adolescente normal y una conducta de riesgo suicida. (Taylor, Morales, Zuloaga, Echávarri & Barros, 2011). Estos resultados son consistentes con lo que plantea Stanley (2005), que en el ambiente familiar de un paciente suicida, no captan adecuadamente las señales de riesgo o no saben cómo interpretarlas.

Sentirse internamente bien, con relaciones interpersonales satisfactorias, cumpliendo con las tareas vitales y con el rol social, son indicadores de salud mental. Este bienestar otorga funcionalidad y sentimientos de adecuación individual, interpersonal y social. En el sentido contrario, padecer de síntomas ansiosos y depresivos -los síntomas más comunes y prevalentes en la población- (Veit & Ware, 1983), tener dificultades en las relaciones interpersonales, junto con experimentar sentimientos de inadecuación en el rol social y en las tareas vitales, son indicadores de desajuste individual, interpersonal y social (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse & Yanchar, 1996). El malestar psicológico puede promover el riesgo suicida en variadas formas, ya que los intentos suicidas suelen ocurrir durante crisis en la vida de las personas (Lester, 1997), que se asocian a conflictos interpersonales y aislamiento (Lester, 2000; Beautrais, 2000; Maskill, Hodges, McClellan & Collings, 2005).

Las personas consideran que las relaciones interpersonales son esenciales para la felicidad y la satisfacción en la vida (Beiser, 1973; Andrews & Withey, 1974; Blau, 1977; Diener, 1984; Morales, Echávarri, Zuloaga, Barros & Taylor; 2011; Ordoñez, Barros, Echávarri & Morales, 2011; Veit & Ware, 1983), pues contribuyen al sentimiento de bienestar personal (Diener, 1984). De esta manera, los problemas interpersonales están relacionados con malestar psicológico y tienen una relación directa con la psicopatología (Klerman, 1974; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Vulasenor, 1988), trayendo consigo conflictos, sentimientos de inadecuación y aislamiento (Horowitz, Locke, Morse, Waikar, Dryer, Tamow & Ghannam, 1991). Variadas investigaciones han demostrado que los lazos afectivos estrechos, el contacto social y las buenas relaciones interpersonales son factores altamente protectores contra el suicidio (Bearman & Moody, 2004; Blanton-Lacy, Molock, Kimbrough, Williams, Nicholson & Hamilton, 1995, Cantor & Salter, 1995, Heikkinen, Isometa, Marttunen, Aro & Lonqvist, 1995; Hirsch & Ellis, 1995; Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham & Harrington, 1996; Latha, D'Souza & Bhat, 1996; Morales, Echávarri, Zuloaga, Barros & Taylor 2011; Ordoñez, Barros, Echávarri & Morales, 2011; Shagle & Barber; Welz, 1994). Así también, la pérdida de un lazo afectivo estrecho es un importante factor de riesgo suicida (Bron, Strack & Rudolph, 1991; Lester, 1994; Stack, 1996). Entonces, tener conflictos interpersonales y sentirse molesto internamente puede disminuir las capacidades de sobrellevar las tareas cotidianas y el cumplimiento de los roles del ciclo vital, ya que los síntomas padecidos producen efectos en la vida interpersonal y en el trabajo (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992).

La conducta suicida en sí misma es una conducta violenta y existe evidencia que muestra que el enojo (o rabia) es una condición necesaria para realizar crímenes violentos (ya sea contra otros o contra sí mismo), especialmente en poblaciones con patología mental (Novaco, 1994, 1997). Algunas investigaciones han demostrado que el enojo y la hostilidad contribuyen a la patogénesis de varios desórdenes médicos (Leibovich, Schmidt & Gol, 2001). Baud, Courtet, Perroud, Jollant, Buresi & Malafosse (2007) han propuesto que el rasgo de personalidad rabioso es un factor de riesgo para la conducta suicida. No obstante lo anterior, se sabe también, que el enojo (o rabia) es una función adaptativa del ser humano que permite regular procesos psicológicos, fisiológicos y reaccionar defensivamente ante los ataques que puedan vulnerar la seguridad personal. También contribuye a la regulación de conductas interpersonales y sociales. (Lemerise & Dodge, 1993). Por lo tanto, en la medida que exista un manejo disfuncional de la agresión existe un mayor riesgo para la conducta suicida.

Spielberger, Charles, Sydeman, Sumner, Owen, Marsh & Brian, (1988); Spielberger, (1991) distinguen entre la experiencia del enojo y la expresión de este. En la experiencia del enojo propone los siguientes conceptos: *El estado de enojo*, definido como una emoción en un momento determinado, que se caracteriza por sentimientos subjetivos que varían en su intensidad y que van desde una pequeña molestia o irritación, hasta furia o rabia intensa. Esta emoción suele estar acompañada de tensión y de una activación del Sistema Nervioso Autónomo. *El rasgo de enojo*, es la disposición a percibir una amplia gama de eventos y situaciones, como frustrantes o molestas, junto con experimentar un aumento en el estado de enojo. En la expresión del enojo, el autor distingue tres direcciones: *La exteriorización del enojo hacia afuera*

es la comunicación desregulada de esta emoción hacia otras personas, situaciones u objetos, como por ejemplo golpear a personas o a cosas, dar portazos, insultar, entre otras expresiones, las que son consideradas una manera inadecuada de exteriorización del enojo. *El enojo guardado en el interior* es la supresión de los sentimientos de enojo, como por ejemplo encontrarse furioso y no decirlo, o guardarse la opinión respecto de situaciones que provocaron molestia, lo que también es considerado como una manera inadecuada de expresión del enojo. Además, el *control del enojo* es definido por los autores como el intento de manejar la expresión –no a la supresión- de la rabia. Aunque se esté muy enojado, dominar la expresión de este enojo, ser tolerante, comprensivo y no exaltarse. Esta forma es considerada como una expresión adecuada del malestar.

Existen distintos modelos de cambio terapéutico y ha sido demostrado que independientemente del tipo de tratamiento que se utilice, existen factores inespecíficos que promueven la mejoría o el cambio terapéutico. Estos factores están relacionados con características del paciente, del terapeuta y de la relación entre ellos. (Francés, Sweeney & Clarkin, 1985; Garfield, 1981). En particular, se atribuye un 45% de este cambio a los factores de la relación entre el tratante y el paciente, independientemente de la escuela teórica a la que se adscriba el terapeuta. (Safran, Muran & Samstag, 1994; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

En particular, para el tratamiento de personas con trastorno de la personalidad, considerados pacientes difíciles (Viviani, Kächele & Buchhim, 2011), existen distintos modelos de intervención. Entre estos destaca el propuesto por Linehan (1993), que ha sido ampliamente reconocido por sus positivos resultados en cuanto a la estabilización

de este tipo de paciente. Este propone la Terapia Conductual Dialéctica (DBT), con un foco que se orienta a promover un cambio cognitivo conductual en la desregulación emocional y en la polarización de los otros. Este cambio se realiza a través de la reconciliación de los opuestos idealizados y desvalorizados, en un proceso dialéctico, que permite sintetizarlos por medio de técnicas, como la validación de las emociones, el entrenamiento de habilidades para el manejo emocional, la resolución de conflictos, habilidades interpersonales y la reestructuración cognitiva.

En otra perspectiva teórica, están los modelos que postulan el cambio por medio de terapias psicodinámicas, que promueven modificaciones estructurales en la personalidad. Destacan entre estas, la psicoterapia centrada en la transferencia (Clarking, Kernberg & Yeomans, 2006) y la psicoterapia centrada en la mentalización (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006). La psicoterapia centrada en la transferencia considera que el sufrimiento psicológico de personas con trastorno de personalidad está caracterizado por un déficit en la capacidad de hacerse responsable de su identidad y de sus relaciones con el medio. Esta fragilidad se manifiesta en el uso de mecanismos de defensa primitivos, como por ejemplo la división en polos idealizados-devaluados de los hechos y de las personas. También se caracteriza por atribuir a los otros, todos los aspectos negativos y rechazados. Esta forma de comprender a las personas y los hechos, les permiten dar cierta coherencia a la intensidad de sus sentimientos de odio y de amor en sus relaciones interpersonales. El cambio en este modelo de psicoterapia se manifiesta mediante el logro de la integración en la forma de verse a sí mismo y a los otros, tolerar las fallas en ellos mismos y en los

demás, sin poner en peligro las relaciones interpersonales (Caligor, Diamond, Yeomans & Kernberg, 2009).

La psicoterapia basada en la mentalización, postula que el trastorno de personalidad se enmarca en un déficit en la función específica de mentalización. Esta consiste en el proceso mental mediante el que se comprenden las propias acciones y las acciones de los demás. Estas son producto de estados mentales, tales como, deseos, necesidades, sentimientos y creencias (Fonagy, 1999). El propósito de este tipo de intervención es lograr un cambio gradual; en una primera etapa el terapeuta apoya el déficit de mentalización, para que posteriormente el paciente adquiera esta capacidad y la utilice autónomamente (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006), obteniendo un cambio estructural en la personalidad (Bateman & Fonagy, 2008).

Por su parte, Krause (2005) postula que el cambio en psicoterapia se produce en un proceso interactivo entre el paciente y su terapeuta. En este proceso, la relación terapéutica sirve de base para impulsar el cambio; en el inicio se establece una relación asimétrica, en que el paciente reconoce, asume la necesidad de ayuda y considera al terapeuta como experto calificado para brindarle esta ayuda. Con la evolución del proceso, se va desarrollando la confianza y un vínculo emocional, para dar paso a las distintas etapas del cambio. Este culmina en un reconocimiento de la ayuda recibida, una disminución de la asimetría y la construcción de una nueva manera de interpretar y comprender las experiencias propias y la relación con el entorno, integrando la propia biografía. En estos últimos niveles del proceso, se obtiene el cambio buscado y se considera que la terapia ha sido exitosa (Krause, 2005).

Lo anteriormente señalado muestra que con distintas conceptualizaciones y técnicas, las diversas perspectivas terapéuticas referidas, se orientan a mejorar la regulación emocional, las habilidades interpersonales, la comprensión de las acciones propias y de los demás, y el logro de una mayor coherencia interna.

La intervención intra-hospitalaria por riesgo suicida de este estudio, constituye una intervención en crisis (el modelo de intervención que se aplica se puede ver en artículo anterior, Morales, Echávarri, Fischman, Zuloaga, Barros & Taylor, 2011), donde el paciente se encuentra en un estado temporal de desorganización e incapacidad de resolver los problemas que lo aquejan (Slaikeu (1984). La teoría de la crisis considera que la conducta suicida surge en una situación extrema, donde la persona pierde el equilibrio psíquico y se siente incapaz de lidiar con las situaciones difíciles que lo agobian. Ocurre un colapso de los recursos adaptativos y se produce la conducta suicida (Kaplan & Pelkovitz, 1997). El cambio luego de esta intervención, lo entendemos como el inicio de movimientos individuales, interpersonales y sociales, que se espera puedan consolidarse con el paso del tiempo y de las intervenciones psicoterapéuticas posteriores. Consideramos además, que el cambio tras una hospitalización psiquiátrica estaría relacionado con los aspectos señalados anteriormente. En particular pusimos el foco en evaluar el funcionamiento familiar, el sentimiento de malestar individual, interpersonal y social y el manejo de la agresión (enojo). Además, determinar en qué medida estas variables cambian en una evaluación posterior a la hospitalización psiquiátrica. Más específicamente, el propósito fue determinar el cambio ocurrido luego de una hospitalización psiquiátrica en variables relacionadas con: a) La satisfacción con el funcionamiento familiar (Afectividad,

adaptabilidad, desarrollo familiar; cooperación y resolución); b) El nivel de malestar general sentido por el paciente (Sintomatología ansiosa y depresiva, relaciones interpersonales y rol social); y c) El manejo del enojo (Estado, rasgo, enojo guardado en el interior, exteriorización y control de el enojo). Nuestra hipótesis es que después de la intervención hospitalaria se espera una mejoría en la satisfacción con el funcionamiento familiar, el nivel de malestar sentido por los pacientes y algunas dimensiones transitorias –no estables- del manejo del enojo.

Método

El Diseño de este estudio es cuasi experimental de medidas repetidas intra grupos. Los pacientes son estudiados en su ambiente natural, mientras permanecen internados en un servicio de hospitalización psiquiátrica debido a su riesgo suicida, y después de haber sido dados de alta. El reclutamiento de la muestra fue entre abril 2010 y octubre 2011, donde se evaluaron 80 pacientes en una primera medición (intra-hospitalaria) y 63 pacientes en una segunda medición (post alta). Este estudio ha sido realizado en la ciudad de Santiago de Chile y forma parte de una investigación más amplia que incluye, tanto técnicas cuantitativas, como cualitativas y cuenta con las aprobaciones de los Comités de Ética relacionados con el servicio de hospitalización psiquiátrica.

Participantes

La muestra tuvo dos mediciones: La primera ocurrida durante la primera semana de hospitalización psiquiátrica (n=80) y la segunda, luego de una semana del alta psiquiátrica (n=63). Los evaluados recibieron una intervención en crisis por haber

realizado un intento suicida o haber presentado ideación suicida de alto riesgo. Las características socio demográficas y clínicas de la muestra de 63 pacientes son: 39 (62%) son mujeres y 24 son hombres (38%); promedio de edad es de 31,5 años, +- DS de 11, 9 años (mínimo 18 años y máximo 60 años); el 75% de los evaluados es menor de 40 años; 39 pacientes (62%) son solteros; 22 (35%) son casados; 26 (41%) son estudiantes y 22 (35%) se dedican como profesión a los servicios. Todos los pacientes evaluados tienen un diagnóstico de trastorno del ánimo relacionado con síntomas depresivos; 39 (62%) pacientes fueron hospitalizados por intento de suicidio y 24 (38%) fueron internados por presentar ideación suicida de alto riesgo De los intentos suicidas, el método más utilizado (n=33; 52%) es la ingesta de fármacos. Estos pacientes estuvieron hospitalizados en promedio 20,3 días (+- 13,04 días), con un mínimo de 4 días y un máximo de estadía de 80 días. Las características socio-demográficas y clínicas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características clínicas y socio-demográficas de los pacientes evaluados

Características de pacientes a los que se les realizó la primera y la segunda medición (n=63)

Característica	Intento suicida de baja severidad		Intento suicida de alta severidad		Ideación suicida		Totales	
	N	%	N	%	N	%		
Género								
Femenino	12	30,8%	11	28,2%	16	41,0%	39	62%
Masculino	8	33,3%	8	33,3%	8	33,3%	24	63 38% 100%
<i>N y % del total de 63 pacientes</i>	20	31,74%	19	30,2%	24	38,1%		
<i>Promedio de edad mín.= 18; máx. = 60</i>	31,24		29,67		33,17		31,5	+11,9 años
18-28	12	37,5%	10	31,3%	10	31,3%	32	51%
29-39	3	20,0%	4	26,7%	8	53,3%	15	24%
40-50	1	10,0%	4	40,0%	5	50,0%	10	16%
51-60	4	66,7%	1	16,7%	1	16,7%	6	63 10% 100%
Estado Civil								
Soltero (a)	13	33,3%	13	33,3%	13	33,3%	39	62%
Casado (a)	6	27,3%	6	27,3%	10	45,5%	22	35%
Unión libre	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Separado (a)	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	3%
Viudo (a)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	63 0% 100%
Ocupación								
Servicios	8	36,4%	4	18,2%	10	45,5%	22	35%
Industria	0	0,0%	4	80,0%	1	20,0%	5	8%
Estudiante	9	34,6%	10	38,5%	7	26,9%	26	41%
Desempleado	1	25,0%	0	0,0%	3	75,0%	4	6%
Dueña de casa	2	33,3%	1	16,7%	3	50,0%	6	63 10% 100%
Diagnóstico psiquiátrico								
Trastorno depresivo mayor	6	31,6%	4	21,1%	9	47,4%	19	30%
Trastorno del ánimo bipolar I	4	40,0%	2	20,0%	4	40,0%	10	16%
Trastorno del ánimo bipolar II	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	3%
Episodio depresivo severo	4	16,7%	9	37,5%	11	45,8%	24	38%
Episodio depresivo moderado	5	62,5%	3	37,5%	0	0,0%	8	63 13% 100%
Método utilizado								
Ingesta de fármacos	19	57,6%	14	42,4%	0	0,0%	33	52%
Disparo con un revolver	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	2	3%
Ahorcamiento	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	2%
Inhalación de gas	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	2%
Ingesta de veneno	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	2%
Ahogamiento	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2%
Ideación suicida (sin intento suicida)	0	0,0%	0	0,0%	24	100,0%	24	63 38% 100%

Los pacientes fueron distribuidos en tres grupos de acuerdo a las condiciones que motivaron la hospitalización: a) intento de suicidio de alta severidad; b) intento de suicidio de baja severidad e c) ideación suicida. Los criterios para determinar alta o baja severidad del intento suicida se explican en el siguiente punto.

Instrumentos

Se utilizaron cinco instrumentos para este estudio. Los dos primeros (Escala de Riesgo Rescate y Escala de Intención Suicida), forman parte del protocolo de hospitalización psiquiátrica para evaluar el nivel de riesgo suicida de los pacientes al momento de su ingreso:

Escala de Riesgo Rescate (Weisman y Worden, 1972, mide desde una perspectiva médica, dos variables relacionadas con el intento suicida: a) El riesgo experimentado (5 ítems), con puntajes de 1, 2 y 3 puntos, evalúa las circunstancias observables del intento suicida (método, alteración de conciencia, lesiones o toxicidad, reversibilidad de los daños y tratamiento requerido), la puntuación va desde menor a mayor riesgo; a mayor puntaje, se considera que hubo mayor riesgo de muerte en el intento suicida. b) La segunda variable se refiere a las circunstancias del rescate (5 ítems), con puntajes de 1, 2 y 3 puntos, evalúa las condiciones en las que fue encontrada la persona después de haber realizado el intento suicida (lugar, persona que inicia el rescate, probabilidad de ser descubierto, facilitación del rescate y tardanza en el descubrimiento), la puntuación va desde menor a mayor rescatabilidad; a mayor puntaje, mayor es la rescatabilidad del intento. El cuestionario puntúa entre 5 y 15 puntos los factores del riesgo experimentados y entre 5 y 15 puntos los factores del

rescate ocurrido. Estos puntajes se reúnen en un factor, que va entre 17 y 83 puntos, quedando el tercio de los puntos más altos en mayor riesgo-rescate, los intermedios en riesgo-rescate medio y los bajos en riesgo-rescate bajo. Esta escala no está validada en Chile, tiene en su aplicación en formato original una confiabilidad inter-jueces de 0,95 (Weisman y Worden, 1972).

Escala de Intención Suicida (Pierce, 1977) mide tres variables desde una perspectiva médica: a) Las circunstancias relacionadas con el intento suicida (6 ítems), con puntajes de 0, 1 y 2 puntos, (Aislamiento, momento escogido para el intento, precauciones tomadas para no ser descubierto, acciones para obtener ayuda después de haber realizado el intento suicida, acciones anticipatorias a la muerte y existencia de nota suicida), la puntuación va desde menor a mayor intencionalidad suicida; a mayor puntaje, mayor es la intención de morir que tuvo el paciente al momento de intentar suicidarse. b) Desde la perspectiva del paciente, la calificación del intento (4 ítems), con puntajes de 0, 1 y 2 puntos, evalúa la letalidad del método, la intención que tenía el paciente en ese momento, la impulsividad o premeditación y la reacción frente al acto, la puntuación va desde menor a mayor intencionalidad suicida; a mayor puntaje, mayor intención de morir al momento del intento. c) El resultado predecible en términos de la letalidad del acto del paciente y de las circunstancias (2 ítems), con puntajes de 0, 1 y 2 puntos evalúa la posibilidad de sobrevivir o muerte si no hubiera habido intervención médica, la puntuación va desde menor a mayor probabilidad de haber muerto; a mayor puntaje, mayor es la probabilidad de haber muerto si no hubiera habido intervención. Estas tres variables arrojan puntajes entre 0 y 25 puntos y aportan una evaluación general de los niveles (bajo, medio y alto) de intención suicida que tenía el paciente al

momento de atentar contra su vida. Esta escala no está validada en Chile, aunque se utiliza habitualmente en servicios de atención psiquiátrica de nuestro país para evaluar las intenciones suicidas en nuestra población (Fuentes, Echávarri, Morales, Zuloaga, Parada & Said, 2009; Benavides, Pérez, Eriz, Hillerns & Elgueta, 2002).

APGAR Familiar (Smilkstein, 1978). Instrumento que mide la satisfacción del paciente respecto del funcionamiento de su familia, a través de una valoración general de la satisfacción en cinco aspectos de su vida familiar. Son 5 ítems que se responden en escala likert “nunca”, “a veces” y “siempre”, con puntajes de 0, 1 y 2 puntos: a) *Adaptabilidad*, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado por situaciones de crisis; b) *Participación*, mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos; c) *Gradiente de crecimiento*, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo. Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia; d) *Afecto*, mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos; e) *Resolución*, mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia. Una suma general de puntajes superior a 7 puntos, se considera una familia normo-funcionante; si la suma es entre 4 y 6 puntos, se considera disfunción familiar; y si el puntaje es igual o

inferior a 3 puntos, se considera que la familia tiene una disfunción familiar grave. Esta escala cuenta con su validación para Chile (Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano & Salazar, 1987). En cuanto a la consistencia interna de la escala validada para Chile, tiene un $\alpha = 0,79$ y para este estudio, presentó un $\alpha = 0,85$ para la primera medición y $\alpha = 0,82$ para la segunda medición.

Outcome Questionnaire (OQ-45.2). (Lambert Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse & Yanchar, 1996). Se trata de un instrumento de auto reporte, con respuestas tipo likert, “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “con frecuencia”, “casi siempre” con 45 ítems que evalúa cómo el paciente se ha sentido en los últimos días en cuanto a: a) *La sintomatología ansiosa y depresiva* (25 ítems). b) *Las relaciones interpersonales*, tanto en relación a la satisfacción en este ámbito, como a los problemas en las relaciones interpersonales (11 ítems). c) *El sentido de adecuación en el rol social*, en cuanto a la insatisfacción, conflicto, trastorno o inadecuación del paciente en tareas relacionadas con los roles familiares, el empleo y el ocio (9 ítems). Los autores proponen para la evaluación del progreso de la terapia, un continuo desde cómo el paciente se siente internamente, cómo se relaciona con otros significativos y cómo está funcionando en tareas vitales como trabajo y estudio, en una evolución centrífuga, individual, interpersonal y social. El puntaje del OQ se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem, entregando un valor total y uno para cada sub escala. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de nivel ordinal de 0, 1, 2, 3 y 4 puntos, siendo el total desde de 0 a 180 puntos; a mayor puntaje, mayor es el malestar sentido por el paciente. Este instrumento permite evaluar los resultados de las intervenciones realizadas, a través de la evolución clínica del paciente y el reporte que hace de ella. El

puntaje de malestar general tiene un punto de corte que separa la población funcional de la disfuncional (73 puntos). A medida que el puntaje disminuye, se observa una recuperación y cuando el cambio alcanza los 17 puntos o más, se obtiene un índice de cambio confiable (ICC) que indica que existe un cambio estadísticamente significativo (es decir que excede el error muestral). El cambio es estadística y clínicamente significativo si se produce un ICC y si la en la segunda medición, el paciente evaluado se encuentra bajo el PC, es decir en población funcional (Jacobson y Truax, 2002). Estos parámetros corresponden a la adaptación y validación en Chile, realizada por Von Bergen & De la Parra, (2002). En cuanto a la confiabilidad interna calculada con Alfa de Cronbach, el instrumento original (Lambert et al. 1996) tuvo un $\alpha = 0,84$, la validación para Chile tuvo un $\alpha = 0,91$ (Von Bergen & De la Parra, 2002). Para este estudio los valores de confiabilidad interna fueron $\alpha = 0,94$ para la primera medición y $\alpha = 0,91$ para la segunda medición.

State trait Anger Expression Inventory (STAXI-2), (Spielberger, 1988), Es un cuestionario de auto reporte, de 44 ítems con escalas tipo likert “muy en desacuerdo”, “medianamente de acuerdo”, “muy de acuerdo”, que permite evaluar la experiencia y expresión de enojo, en sus dos dimensiones (estado y rasgo) y en sus tres direcciones (exteriorización, enojo guardado o supresión y control del enojo), tiene cinco sub escalas. Para la dimensión Estado-Rasgo: a) *El estado de enojo*, que mide la intensidad del sentimiento de enojo experimentado por un sujeto, en un momento determinado. Son 10 ítems con puntajes que fluctúan entre 10 y 40 puntos, desde ausencia de enojo hasta un alto sentimiento de enojo; mientras más alto el puntaje significa un mayor estado de enojo en el momento actual. b) *El rasgo enojo* en términos de cómo se siente

habitualmente el paciente, mide la predisposición del sujeto a experimentar enojo, manteniendo un temperamento irritable, sin provocación de parte de otros y a reaccionar con enojo inadecuadamente ante una mínima provocación. Son 10 ítems, con puntajes que fluctúan entre 10 y 40 puntos, desde ausencia de un sentimiento habitual de enojo hasta un alto sentimiento habitual de enojo; mientras más alto el puntaje, mayor es el rasgo habitual de enojo en el estilo de personalidad del paciente.

c) *Enojo guardado en el interior* cuando el paciente se siente furioso o muy enojado, permite obtener la medida en que un individuo contiene o suprime los sentimientos de enojo. Son 8 ítems, con puntajes que fluctúan entre 10 y 40 puntos, desde ausencia de enojo guardado en el interior, hasta un alto enojo guardado en el interior; mientras más alto el puntaje, mayor es el enojo guardado en el interior cuando el paciente se siente furioso o enojado (i. e: guardarse los pensamientos de enojo). d) *La salida o exteriorización* del enojo cuando el paciente se siente furioso o enojado, permite conocer la frecuencia con la que un individuo expresa su enojo hacia otras personas u objetos del entorno, Son 8 ítems, con puntajes que fluctúan entre 10 y 40 puntos, desde no exteriorización habitual del enojo, hasta una alta exteriorización del enojo; mientras más alto el puntaje, mayor es la inadecuación en la exteriorización del enojo cuando el paciente se siente furioso o enojado (i, e: dar portazos, gritar). e) *El control del enojo* en momentos en que el paciente se siente furioso o enojado, evalúa la frecuencia con la que un individuo logra dominar los sentimientos de enojo. Con 8 ítems, con puntajes que fluctúan entre 10 y 40 puntos, desde ausencia de control del enojo, hasta un alto control del enojo; mientras más alto el puntaje, mayor es la adecuación en el control del

enojo cuando el paciente se siente furioso o enojado. Es decir que se expresa más adecuadamente (i. e: ser tolerante, comprensivo y paciente).

Esta escala no está validada en Chile y para su aplicación, se realizó la traducción del inglés al español para este estudio, se aplicó una prueba de correspondencia de idiomas con personas angloparlantes e hispano (chileno) parlantes nativos. Posteriormente se hizo una evaluación de comprensión de los ítems y del lenguaje con 20 evaluaciones de prueba, realizando los ajustes del idioma para nuestro país. El instrumento en su primera medición con esta muestra arrojó una consistencia interna, medida según Alfa de Cronbach $\alpha = 0,84$ y en la segunda medición $\alpha = 0,85$.

Procedimiento de recolección de la información

La recolección de información comenzó en el momento del ingreso del paciente al Servicio de hospitalización psiquiátrica, siguiendo el protocolo de este servicio. Para los casos que ingresaron por intento suicida, se realizó una evaluación clínica del nivel de severidad del intento realizado. Adicionalmente se les aplicó la Escala de Riesgo Rescate (Weisman & Worden, 1972) y la Escala de Intención Suicida (Pierce, 1977). Para los casos que ingresaron por ideación suicida, se realizó la evaluación del nivel de gravedad de la ideación, que determinó el protocolo de cuidados y vigilancia que tendrían los pacientes durante la hospitalización. Durante la primera semana hospitalización se invitó a los pacientes a participar en el estudio, se les informó los detalles del estudio y sus derechos como pacientes. A quienes otorgaron su consentimiento para participar en la investigación, se les administró los cuestionarios de la primera medición (n=80), OQ-45.2, APGAR y STAXI. Al finalizar esta primera

evaluación, se planificó una segunda medición, acordada para después de una semana aproximadamente de haber sido dados de alta. En ese momento se realizó la segunda medición a 63 pacientes, quienes fueron posibles de ubicar y que contestaron la segunda evaluación.

Los criterios de inclusión que se utilizaron para esta investigación fueron los siguientes: Hombres y mujeres mayores de 18 años, que se encuentren en hospitalización psiquiátrica por intento o por ideación suicida, con diagnóstico de trastorno del ánimo, en condiciones de conciencia y cognitivas para contestar cuestionarios y escalas, y haber consentido informadamente la participación en el estudio. Con respecto a los criterios de exclusión, se decidió que no se incorporarían los pacientes con adicciones o con trastornos psicóticos. También fueron excluidos aquellos pacientes que se encontraban en un estado cognitivo que no permitiera realizar las evaluaciones y quienes se negaron a participar de este estudio.

Procedimientos de análisis de la información

Para el análisis de los datos se utilizaron los programas SPSS 15.0 e IBM PASW Statistics 18.0, como herramienta estadística se utilizaron los análisis descriptivos, porcentajes y pruebas *t* para medidas repetidas o muestras relacionadas (Walpole, Myers & Ye, 2002), por tratarse de dos mediciones separadas en el tiempo. Con respecto a los análisis de los resultados arrojados por los instrumentos utilizados, para aprovechar el máximo de respuestas posibles, se decidió realizar las comparaciones según las medias aritméticas. Esto, debido a que al usar sumatorias simples de los puntajes de cada sub escala y escala, se hacía necesario prorratear aquellos puntajes

donde existiesen ítems no respondidos. Se examinaron los supuestos estadísticos de todas las escalas, tanto en medición pre como medición post. La mayoría cumplió con los criterios y en los casos en que no, se utilizó la prueba no paramétrica homologable, con análisis W de Wilcoxon (Wilcoxon, 1945).

Con el propósito de integrar en un solo indicador los parámetros entregados por la Escala de Riesgo Rescate (Weisman & Worden, 1972) y de la escala de Intención Suicida (Pierce, 1977), se obtuvo un nuevo puntaje considerando tanto los niveles de gravedad general del intento suicida, como los niveles de intención suicida, agrupando en niveles alta y baja severidad del intento.

En cuanto al cuestionario OQ 45.2, se utilizaron los parámetros de puntajes y de índice de cambio confiable aplicables a la población chilena. (Von Bergen y de la Parra, 2002). Para ello, se consideró el Puntaje de Corte (PC=73), que permite evaluar si el paciente pertenece a la población funcional o disfuncional, en la medida en que se encuentre sobre o bajo el nivel de este punto de corte. Además, se consideró el valor del Índice de Cambio Confiable (ICC=17) para considerar si el cambio entre el inicio y el final del tratamiento, fue estadísticamente significativo, excediendo el error muestral. ($p < 0.05$). Junto a esto, se consideró que el cambio fue clínica y estadísticamente significativo cuando el puntaje final está dentro de la población funcional y se logra el ICC (Jacobson y Truax, 1991; Lambert et al., 1996; Von Bergen & De La Parra, 2002).

En relación a la escala para medir el manejo del enojo (STAXI) se utilizó el puntaje correspondiente a cada sub escala y además un índice adicional de la *expresión* del enojo que considera tres de las cinco dimensiones del instrumento (*exteriorización, guardado en el interior y control*). Las otras dos dimensiones se

refieren a la *experiencia* del enojo. Este índice es propuesto por Melaa, Balbuena, Duncan, Wang, Gu, Polvi & Gordon (2008) y se calcula con la siguiente fórmula:

$$\text{Expresión del enojo} = \text{Exteriorización del enojo} + \text{enojo guardado en el interior} - \text{control del enojo} + 16$$

Así se obtiene un puntaje que fluctúa entre 0 y 72 puntos que indica según sus autores “la frecuencia y la probabilidad de expresar inadecuadamente el enojo sobre sí mismo o sobre los otros” (Melaa et al., 2008, página 4). Para nuestros análisis establecimos cinco niveles de inadecuación en la expresión del enojo de acuerdo a los puntajes obtenidos en este estudio, según los siguientes rangos: 0-13 muy baja inadecuación en la *expresión del enojo*; 14-28 baja inadecuación en la *expresión del enojo*; 29-43 mediana inadecuación en la *expresión del enojo*; 44-58 alta inadecuación en la expresión del enojo; 59-72 muy alta inadecuación en la *expresión del enojo*.

Resultados

Consistencia interna de los instrumentos

En el caso de la escala APGAR, por tratarse de ítems únicos para medición de diferentes variables, se utilizó una correlación bivariada entre la primera la segunda medición, como medida de fiabilidad por test-retest. Estas fiabilidades resultaron satisfactorias. En la Tabla 2 se pueden observar estas medidas de correlación bivariada para el instrumento APGAR familiar).

Tabla 2. Correlación bivariada entre las mediciones pre y post APGAR como medida de fiabilidad por test-retest

	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	Me satisface como compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	0,44**	0,33**	0,18 ψ	0,19 ψ	0,36**
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	0,49** 63	0,47** 63	0,27* 63	0,43** 62	0,54** 63
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	0,56**	0,37**	0,59**	0,17 ψ	0,32**
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	0,28*	0,28*	0,08	0,33**	0,33**
Me satisface como compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero	0,41**	0,23*	0,14	0,13	0,64**

** correlaciones al 0,01

* correlaciones al 0,05

ψ correlación al 0,10

Para las escalas OQ y STAXI las fiabilidades son aceptables, variando entre 0,50 para la sub escala de *control del enojo del paciente* de la escala STAXI en medición previa y 0,93 en la sub escala de *síntomas, malestar subjetivo* de la escala OQ 45.2 en la segunda medición. Los tamaños de las muestras para las mediciones previas son mayores, puesto que 80 personas respondieron a los instrumentos en la primera medición

Para el cuestionario de resultados (OQ 45.2) en el total tenemos una confiabilidad interna de $\alpha=0,94$ y $\alpha =0,91$ para la primera y segunda medida respectivamente. En la validación chilena este instrumento obtuvo una consistencia interna en OQ total $\alpha=0,93$. Para el inventario del manejo del enojo (STAXI) en el total observamos para la primera medida $\alpha=0,84$ y $\alpha=0,85$ para la segunda. La tabla 3 muestra el tamaño de las muestras, medias, desviaciones típicas y la consistencia interna de las pruebas, medidas según coeficiente Alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) para los instrumentos OQ y STAXI).

Tabla 3. Indicadores de Confiabilidad Interna OQ y STAXI

	Confiabilidad Interna OQ, STAXI por alfa Cronbach	N	Media	DT	α Cronbach
OQ 45.2	Primera Medición				
	Síntomas, malestar subjetivo	62	1,49	0,52	0,93
	Relaciones Interpersonales	79	1,7	0,59	0,72
	Rol Social	79	1,76	0,61	0,67
	OQ45.2 Total	80	1,62	0,46	0,94
	Segunda Medición				
	Síntomas, malestar subjetivo	62	1,49	0,52	0,87
	Relaciones Interpersonales	62	1,31	0,59	0,76
	Rol Social	62	1,35	0,53	0,69
	OQ45.2 Total	62	1,42	0,48	0,91
STAXI	Primera Medición				
	Cómo el paciente se siente actualmente	79	1,36	0,38	0,83
	Cómo el paciente se siente habitualmente	79	2,01	0,55	0,88
	Guardado en su interior del paciente	79	2,23	0,44	0,64
	Expresión de la rabia del paciente	79	1,99	0,47	0,72
	Control de la rabia del paciente	79	2,02	0,38	0,64
	STAXI Total	79	1,9	0,27	0,84
	Segunda Medición				
	Cómo el paciente se siente actualmente	62	1,24	0,31	0,85
	Cómo el paciente se siente habitualmente	61	1,92	0,46	0,83
Guardado en su interior del paciente	63	2,08	0,47	0,73	
Expresión de la rabia del paciente	63	1,9	0,41	0,64	
Control de la rabia del paciente	63	2,08	0,34	0,5	
STAXI Total	63	1,81	0,26	0,85	

Cambio en la satisfacción con el funcionamiento familiar

En términos porcentuales, de acuerdo a la primera medición se pudo observar que un 35,5% (n=22) se encontraban en familias funcionales. Un 64,5% (n=40) del total de la muestra se encontraría en familias disfuncionales. 14 de ellos (22,6% de la muestra), se encontraban en familias con disfunción familiar grave. Esta distribución se mantiene entre hombres y mujeres de manera homogénea. Respecto de los grupos estudiados, un 75% (n=15) de los pacientes con intento de baja severidad, estaban en familias disfuncionales, y un 25% con disfuncionalidad grave (n=5). Del grupo con intento suicida de alta severidad, un 63,2% (n=12) se encontraban en familias disfuncionales y 21,1%, en disfuncionalidad familiar grave (n=4). Respecto del grupo con ideación suicida, un 56,5 % (n=13) se encontraban en la primera medida en familias disfuncionales y 21,7% en familias con disfuncionalidad grave (n=5).

Para la segunda medición en términos porcentuales, del total de pacientes, un 49,2% (n=31) estaban en familias disfuncionales según su nivel de satisfacción y 9,5% (n=6), se encontraban con disfuncionalidad grave. En cuanto a la distribución por género, estas diferencias se mantienen similares entre hombres y mujeres. Respecto de los grupos estudiados, un 65% (n=13) de los pacientes con intento de baja severidad suicida estaban en familias disfuncionales, ninguna de ellas con disfuncionalidad grave. Del grupo con intentos de alta severidad suicida, un 52,6% (n=10) se encontraban en familias disfuncionales y 15,8% en disfuncionalidad familiar grave (n=3). Respecto del grupo con ideación suicida, un 33,3% (n=8) se encontraban en familias disfuncionales y 12,5% en familias con disfuncionalidad grave (n=3). En la Tabla 4 se pueden observar

los niveles y porcentajes de satisfacción familiar en los grupos estudiados, en ambas mediciones.

Tabla 4. Satisfacción con el funcionamiento familiar y malestar general por género y por grupo de riesgo

Satisfacción familiar APGAR	Total muestra		Mujeres		Hombres		Intento baja severidad		Intento alta severidad		Ideación suicida	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Primera medición												
Funcionamiento normal	22	35,5%	13	33,3%	9	39,1%	5	25,0%	7	36,8%	10	43,5%
Disfunción familiar	26	41,9%	18	46,2%	8	34,8%	10	50,0%	8	42,1%	8	34,8%
Disfunción familiar grave	14	22,6%	8	20,5%	6	26,1%	5	25,0%	4	21,1%	5	21,7%
Total	62	100%	39	62,9%	23	37,1%	20	32%	19	31%	23	37,0%
Segunda medición												
Funcionamiento normal	32	50,8%	19	48,7%	13	54,2%	7	35,0%	9	47,4%	16	66,7%
Disfunción familiar	25	39,7%	18	46,2%	7	29,2%	13	65,0%	7	36,8%	5	20,8%
Disfunción familiar grave	6	9,5%	2	5,1%	4	16,7%	0	0	3	15,8%	3	12,5%
Total	63	100%	39	61,9%	24	38,1%	20	31,7%	19	30,2%	24	38,1%
Malestar general OQ 45.2	Total muestra		Mujeres		Hombres		Intento baja severidad		Intento alta severidad		Ideación suicida	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Primera medición												
Población Funcional (puntaje<73)	23	37,1%	14	35,9%	9	39,1%	8	40,0%	8	42,1%	7	30,4%
Población Disfuncional (puntaje >73)	39	62,9%	25	64,1%	14	60,9%	12	60,0%	11	57,9%	16	69,6%
Total	62	100%	39	62,9%	23	37,1%	20	32,3%	19	30,6%	23	37,1%
Segunda medición												
Población Funcional (puntaje<73)	42	67,7%	24	63,2%	18	75,0%	15	75,0%	14	73,7%	13	56,5%
Población Disfuncional (puntaje >73)	20	32,3%	14	36,8%	6	25,0%	5	25,0%	5	26,3%	10	43,5%
Total	62	100%	38	61,3%	24	38,7%	20	32,3%	19	30,6%	23	37,1%
Índice de Cambio Confiable OQ 45.2 ICC*												
I C confiable (cambio>17 puntos)	34	55,7%	21	55,3%	13	56,5%	9	45,0%	10	52,6%	15	68,2%
IC no confiable (cambio 1<17puntos)	12	19,7%	7	18,4%	5	21,7%	6	30,0%	5	26,3%	1	4,5%
IC desfavorable (cambio<0)	14	23,0%	9	23,7%	5	21,7%	5	25,0%	4	21,1%	5	22,7%
IC no cambio (cambio=0)	1	1,6%	1	2,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,5%
Total	61	100%	38	62,3%	23	37,7%	20	32,8%	19	31,1%	22	36,1%
ICC**												
(cambio>17 puntos y puntaje post<73)	28	44,4%	16	57,1%	12	42,9%	9	32,1%	8	28,6%	11	39,3%

*Índice de Cambio Confiable estadísticamente significativo según Jacobson y Truax (2002) ($p=0,05$)** Índice de Cambio Confiable clínicamente significativo según Jacobson y Truax (2002)($p=0,05$)

En relación al cambio que arrojan las dimensiones del APGAR Familiar (Smilkstein, 1987), se observó que este siempre se orienta hacia la mayor satisfacción. Los cambios estadísticamente significativos se presentaron en las mujeres y en el grupo de ideación suicida, en dos de las cinco dimensiones. La dimensión que muestra mayor cambio es *resolución (satisfacción con la forma de compartir en familia)*, la que aumenta significativamente en el grupo de ideación suicida y en las mujeres. En las mujeres también aumenta significativamente la satisfacción en *participación (forma cómo la familia habla y comparte los problemas)* y en cuanto a la dimensión *afecto (forma en que la familia expresa afecto)*. No se observan más diferencias significativas, salvo una tendencia en el grupo de ideación suicida a tener, en la segunda medición, una mayor satisfacción en la dimensión *participación (como la familia habla y comparte los problemas)*. Se puede observar en la tabla 5 las medias para ambas mediciones del cuestionario APGAR familiar, en cada una de las sub escalas y en el total del instrumento, el valor de t y el nivel de significación. Se separan los resultados según el total y cada grupo evaluado.

Tabla 5. Pruebas t para muestras relacionadas (APGAR Familiar)

	Total del muestra		Mujeres		Hombres		Bajo Riesgo		Alto Riesgo		Ideación suicida	
	Media	T	Media	T	Media	T	Media	t	Media	t	Media	t
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	1,29		1,31		1,25		1,14		1,28		1,42	
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	1,43	-1,83 ψ	1,44	-1,4	1,42	-1,16	1,29	-1	1,39	-1	1,58	-1,16
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	1,29		1,28		1,29		1,29		1,28		1,29	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	1,38	-1,29	1,41	-1,4	1,33	-0,33	1,43	-1,37	1,33	-0,32	1,38	-0,7
Me satisface como compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero	1,05		1,03		1,08		0,95		1,17		1,04	
Me satisface como compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero	1,24	-2,44*	1,26	-2,04*	1,21	-1,37	1,14	-1,28	1,22	-0,44	1,33	-2,29*
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	1,05		1,08		1		1,05		1		1,08	
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	1,25	-2,34*	1,38	-3,13**	1,04	-0,25	1,38	-2,09	1	0	1,33	-1,81 ψ
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	1,11		1,08		1,17		1,1		1		1,21	
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	1,29	-1,9 ψ	1,33	-2,04*	1,22	-0,33	1,29	-1,71	1,12	-0,57	1,42	-1,23
Apgar Familiar Total Primera Medición	1,16		1,15		1,17		1,1		1,16		1,21	
Apgar Familiar Total Segunda Medición	1,32	-2,71**	1,36	-2,62*	1,25	-0,96	1,3	-2,07 ψ	1,22	-0,56	1,41	-2,03 ψ

**<0,01 *<0,05 ψ <0,1 (tendencial)

Cambio en el malestar en sintomatología ansiosa-depresiva, relaciones interpersonales y rol social

En términos porcentuales en cuanto al sentimiento de malestar subjetivo general, en la primera medición un 37,1% (n=23) de los pacientes estudiados se encontraban dentro de la población funcional y un 62,9% (n=39) estaban dentro de los criterios de población disfuncional. En relación al género, de las mujeres, un 64,1% (n=25) se encontraban en la población disfuncional y de los hombres, un 60,9% de ellos (n=14) estaba en la población disfuncional. Esta primera medición mostró que el grupo de ideación suicida es el que presentó un mayor porcentaje en población disfuncional en la primera medición, con un 69,6% (16 pacientes), el grupo de intento suicida de baja severidad mostró que en un 60% de ellos (n=12) estaban en población disfuncional y el grupo de intento suicida de alta severidad estaba con un 57,9% de ellos (n=11) en población disfuncional (El detalle de estos resultados se pueden observar en la Tabla 4).

El cambio experimentado en porcentajes, a nivel de la funcionalidad de estos pacientes mostró que en la segunda medición un 67,7% (n= 42) se encontraba dentro de la población funcional y un 32,3% (n=20) se situaba dentro de la población disfuncional. En lo que respecta al género, un 36,8% (n=14) de las mujeres y un 25% de los hombres (n=6) se encontraron dentro de la población disfuncional. Así mismo, el 43,5% (n=10) del grupo de ideación suicida, el 25% (n=5) del grupo con intento de baja severidad y un 26,3% (n=5) del grupo con intento suicida de alta severidad, se encontraba dentro de los criterios de población disfuncional al momento de la segunda

medición. En la tabla 4 se observan los resultados de las mediciones de malestar general por género y por grupo de análisis.

El Índice de Cambio Confiable OQ 45.2 muestra que un 55,7% de los pacientes estudiados (n=34) logró una mejoría estadísticamente significativa; un 19,7% (n=12) logró una recuperación inferior a los 17 puntos del ICC; un 1,6% (n=1) no presentó cambios y un 23% (n=14) presentó un cambio desfavorable. De estos 14 pacientes, 9 son mujeres (23,7% de ellas) y 5 son hombres (21,7% de ellos). Además, estos 14 pacientes se distribuyen homogéneamente en los tres grupos estudiados, 5 pacientes, 25% del grupo con intentos suicidas de baja severidad, 4 pacientes, 21,1% del grupo con intentos suicidas de alta severidad y 5 pacientes, 22,7% del grupo con ideación suicida.

Este ICC según el género y los grupos estudiados, muestra que un 55,3% (n=21) de las mujeres logró una mejoría (ICC>17); un 18,4% (n=7) de ellas logró una recuperación inferior a los 17 puntos del ICC; un 2,6% (n=1) no presentó cambios y un 23,7% (n=9) presentó un cambio desfavorable. En cuanto a los hombres, todos presentaron algún cambio, ya sea positivo o negativo. Es decir, un 56,5% (n=13) de ellos logró una mejoría (ICC>17); un 21,7% (n=5) de ellos logró una recuperación inferior a los 17 puntos del ICC y un 21,7% de ellos (n=5) presentó un cambio desfavorable.

Todos los pacientes que tuvieron intentos suicidas de baja severidad, presentaron algún tipo de cambio en el su malestar general, con un 45% de ellos (n=9) que logró una mejoría; un 30% (n=6) que logró una recuperación inferior a los 17 puntos del ICC y un 25% (n=5) de ellos, que presentó un cambio desfavorable. Todos los

pacientes que tuvieron intentos suicidas de alta severidad también presentaron cambios: Un 52,6% de ellos (n=10) logró una mejoría; un 26,3% (n=5) logró una recuperación inferior a los 17 puntos del ICC y un 21,1% de ellos (n=4) presentó un cambio desfavorable. Los pacientes con ideación suicida presentaron una mejoría en un 68,2% (n=15) (ICC>17); en un 4,5% (n=1) lograron una recuperación inferior a los 17 puntos del ICC; en un 4,5% (n=1) no tuvieron cambios y en un 22,7% de ellos (n=5) presentaron un cambio desfavorable (En la Tabla 4 se pueden observar los Índices de Cambio por género y por grupo de análisis).

En cuanto a los cambios estadística y clínicamente significativos, es decir que hayan presentado en la segunda medición, un ICC>17 y un nivel de malestar general dentro de la población funcional (Puntaje Total<73), un 44,4% (n=28) del total de pacientes, alcanzó estos dos indicadores de mejoría simultáneamente. De ellos, 16 (57,1% de este grupo) son mujeres y 12 (42,9% de este grupo) son hombres. De estos 28 con mejoría clínica y estadísticamente significativa: 9 pacientes (32,1%) son del grupo de baja severidad suicida, 8 pacientes (28,6%) son del grupo con intentos de alta severidad suicida y 11 pacientes (39,3%) son del grupo de ideación suicida. En la tabla 5 se observan las evaluaciones de malestar (malestar general) en la primera y segunda medida, junto con el Índice de Cambio Confiable (OQ 45.2) por género y por grupo de riesgo.

En la evaluación del cambio en las dimensiones del OQ45.2, (Lambert et al. 1996), los pacientes muestran una evolución clínica favorable y significativa en cuanto a la sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Estas diferencias estadísticamente significativas se mantienen al diferenciar por género y por grupos

estudiados suicida. Esto evidencia una clara mejoría en el malestar subjetivo (síntomas depresivos y ansiosos), en las relaciones interpersonales y en el rol social, en todos los grupos. En la tabla 6 se pueden ver las medias para ambas mediciones en cada una de las sub escalas y en el total del instrumento, el valor de t y el nivel de significación. Se separan los resultados según el total y cada grupo evaluado.

Tabla 6. Pruebas t para muestras relacionadas (OQ45.2)

	Total del muestra		Mujeres		Hombres		Baja severidad		Alta severidad		Ideación suicida	
	Media	T	Media	T	Media	T	Media	t	Media	t	Media	t
Social Primera Medición	1,76		1,79		1,72		1,84		1,69		1,76	
Social Segunda Medición	1,34	4,90**	1,38	3,36**	1,27	3,93**	1,39	3,02**	1,37	1,84 ψ	1,27	3,55**
Interpersonal Primera Medición	1,7		1,75		1,61		1,72		1,81		1,6	
Interpersonal Segunda Medición	1,3	5,33**	1,26	4,85**	1,36	2,43*	1,33	2,74*	1,37	3,34**	1,21	3,11**
Sintomatología Primera Medición	2		2,09		1,85		1,93		1,92		2,13	
Sintomatología Segunda Medición	1,48	5,44**	1,57	3,98**	1,33	3,8**	1,5	2,96**	1,37	2,92**	1,55	3,41**
OQ45.2 Primera Medición	1,6		1,66		1,5		1,62		1,54		1,62	
OQ45.2 Segunda Medición	1,42	5,67**	1,46	4,52**	1,36	3,52**	1,44	3,25**	1,37	2,68*	1,44	3,75**

**<0,01 *<0,05 ψ <0,1 (tendencial)

Cambio en el manejo del enojo

El cuanto cambio en el manejo del enojo, medido a través del *estado, rasgo, enojo guardado en el interior, exteriorización y control del enojo* del instrumento STAXI (Spielberger et al. 1988), se observaron los siguientes resultados: En el *estado actual de enojo* no hay cambios significativos en el grupo en total. El grupo de las mujeres sin embargo, es el único que presentó una disminución significativa ($t=2,13$; $p<0,05$). En el rasgo enojo, el total de pacientes presentó una disminución estadísticamente significativa en esta variables (*cómo se siente generalmente*), Es decir, los evaluados declaran sentirse generalmente menos rabiosos en la segunda medición ($t=2,01$; $p<0,05$). Esta disminución del rasgo enojo está principalmente presente en las mujeres ($t=2,56$; $p<0,05$) y en el grupo con intento de alta severidad ($t=2,13$; $p<0,05$), no existiendo diferencias significativas en los otros grupos. También disminuye en forma estadísticamente significativa, *el enojo guardado en el interior*. Es decir, al momento de la segunda evaluación, los pacientes en el grupo total evalúan que guardan menos sus sentimientos de enojo ($t=3,07$; $p<0,01$). Este cambio es significativo en las mujeres, ($t=2,07$; $p<0,05$), en los hombres ($t=2,28$; $p<0,05$) y en el grupo con intento de baja severidad ($t=2,71$; $p<0,05$). Resulta notorio que en los hombres este indicador es el único que cambia significativamente. Para el grupo de ideación suicida hay una disminución en el *enojo guardado en el interior*, pero es solo tendencial ($t=1,92$; $p<0,10$) y para el grupo de alta severidad esta disminución no es significativa. En *la exteriorización de enojo* en el total existe una disminución tendencial. Esto quiere decir que en la segunda evaluación los pacientes consideran que tienden a desregularse menos en la exteriorización de su enojo ($t=1,67$; $p<0,10$). Este cambio es significativo

estadísticamente sólo en el grupo de mujeres ($t=2,22$; $p<0,05$) y no lo es en ninguno de los otros grupos estudiados. En cuanto al el *control del enojo*, tanto en la muestra total, como en los grupos, se observó un aumento en la adecuación del control del enojo, pero no es estadísticamente significativo. En la Tabla 7 se observan las medias para ambas mediciones STAXI, en cada una de las sub escalas y en el total del instrumento, el valor de t y el nivel de significación. Se separan los resultados según el total y cada grupo evaluado.

Tabla 7. Pruebas t para muestras relacionadas (STAXI)

	Total del muestra		Mujeres		Hombres		Baja severidad		Alta severidad		Ideación suicida	
	Media	T	Media	t	Media	T	Media	t	Media	t	Media	T
Cómo se siente ahora Primera Medición	1,30		1,31		1,27		1,26		1,28		1,34	
Cómo se siente ahora Segunda Medición	1,24	1,18	1,21	2,13**	1,30	-0,37	1,28	-0,44	1,24	0,54	1,22	1,33
Cómo se siente en general Primera Medición	2,02		2,04		1,97		2,08		2,06		1,94	
Cómo se siente en general Segunda Medición	1,92	2,01*	1,89	2,56**	1,96	0,15	1,99	1,34	1,84	2,13**	1,91	0,29
Enojo guardada adentro Primera Medición	2,24		2,20		2,32		2,24		2,16		2,29	
Enojo guardada adentro Segunda Medición	2,08	3,07**	2,07	2,07**	2,10	2,28**	2,04	2,71**	2,08	0,8	2,12	1,92 ψ
Exteriorización de enojo Primera Medición	1,99		2,05		1,89		2,06		2,01		1,92	
Exteriorización de enojo Segunda Medición	1,91	1,67 ψ	1,91	2,22**	1,91	-0,21	2,08	-0,28	1,90	1,54	1,78	1,44
Control de el enojo Primera Medición	2,01		1,97		2,08		1,98		2,04		2,02	
Control de el enojo Segunda Medición	2,08	-1,190	2,08	-1,33	2,08	0,00	2,11	-1,18	2,14	-1,43	2,02	-0,02
STAXI total Primera Medición	1,88		1,89		1,87		1,89		1,89		1,88	
STAXI total Segunda Medición	1,81	2,52*	1,80	2,55**	1,82	0,83	1,86	0,84	1,79	1,53	1,78	1,81 ψ

**<0,01 *<0,05 ψ <0,1 (tendencial)

De acuerdo al índice de inadecuación en la expresión de enojo (Melaa et al., 2008) en la segunda medición se observó una mejoría (cambio a un rango de puntajes de menor inadecuación) en el 17,7% de los pacientes (n=11). En cuanto al género, en el 15,8% (n=6) son mujeres y el 20,8% (n=5) son hombres. En cuanto a los grupos estudiados, 15,8% (n=3) son pacientes con intento de suicidio de baja severidad, 31,6% (n=6) son pacientes intento de alta severidad y 8,3% (n=2) son pacientes con ideación suicida. En la Tabla 8 se puede observar los puntajes obtenidos y porcentajes de las dos mediciones de expresión del enojo según el género y los grupos estudiados.

Tabla 8. Expresión del enojo STAXI por sexo y por grupo

	Total muestra		Mujeres		Hombres		Intento baja severidad		Intento alta severidad		Ideación suicida	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Primera medición												
Baja inadecuación expresión del enojo	10	16,1%	7	17,9%	3	13,0%	3	15,0%	2	11,1%	5	20,8%
Mediana inadecuación expresión del enojo	49	79,0%	29	74,4%	20	87,0%	15	75,0%	16	88,9%	18	75,0%
Alta inadecuación expresión del enojo	3	4,8%	3	7,7%	0	0,0%	2	10,0%	0	0,0%	1	4,2%
Total	62	100%	39	62,9%	23	37,1%	20	32,3%	18	29,0%	24	38,7%
Segunda medición												
Baja inadecuación expresión del enojo	21	33,9%	12	31,6%	9	37,5%	5	26,3%	9	47,4%	7	29,2%
Mediana inadecuación expresión del enojo	39	62,9%	25	65,8%	14	58,3%	12	63,2%	10	52,6%	17	70,8%
Alta inadecuación expresión del enojo	2	3,2%	1	2,6%	1	4,2%	2	10,5%	0	0,0%	0	0,0%
Total	62	100%	38	61,3%	24	38,7%	19	30,6%	19	30,6%	24	38,7%
Mejoran en adecuación expresión	11		6		5		3		6		2	
	17,7%		15,8%		20,8%		15,8%		31,6%		8,3%	

Según Melaa et al. (2008).

Discusión

El presente estudio se enfocó en la evaluación y el cambio –durante y después de la hospitalización psiquiátrica- en variables que han mostrado estar asociadas al riesgo suicida. Estas variables son: La satisfacción con el funcionamiento familiar; el sentimiento de malestar subjetivo (en relación a síntomas depresivos y ansiosos, a las relaciones interpersonales y al rol social); y la experiencia y expresión del enojo. En relación a todas estas variables pudimos observar cambios significativos después de una semana que los pacientes fueron dados de alta. Los cambios más contundentes se presentaron en el sentimiento de malestar subjetivo, a través del OQ-45.2. El sentirse mal respecto a sintomatología depresiva y ansiosa, las relaciones interpersonales y al rol social, muestran una mejoría estadística y clínicamente significativa en cuanto al género y a los grupos estudiados (pacientes con intento de suicidio de baja severidad, de alta severidad y con ideación suicida). Un 44,4% (n=28) del total de 63 pacientes logra, simultáneamente, el ICC y encontrarse en la población funcional al momento de la evaluación post alta, lo que constituye la medida más exigente de mejoría con este instrumento. Estos resultados son consistentes con lo planteado por diversos autores que señalan que una disminución de síntomas depresivos y ansiosos pueden considerarse como un primer indicador de cambio terapéutico. Esta mejoría a nivel sintomático puede presentar consecuencias inmediatas que se manifiestan en las relaciones interpersonales y en el rol social. (Lambert et al., 1996; Blatt, 1990, 1991; Leichtman, 1996, en Blatt & Auerbach, 2003). No obstante la mejoría experimentada que se observa en una gran cantidad de los pacientes estudiados, es necesario poner atención a que existen 15 pacientes (24,6%) que reportaron sentirse peor o igual que al

inicio, lo que, estadísticamente es bajo, pero clínicamente resulta preocupante considerando el riesgo suicida asociado.

En lo que respecta al funcionamiento familiar también se observaron cambios significativos. Lo más destacable fue la disminución de la cantidad de familias disfuncionales de un 64,5% a un 49,2% en la evaluación post alta. Las mujeres obtienen una significativa mayor satisfacción en tres dimensiones del funcionamiento familiar, lo que no se observó en los hombres. Este cambio en las mujeres se presentó en la *forma de compartir en familia*, a la *forma cómo se habla de las cosas y se comparten los problemas* y en la *forma en cómo la familia expresa afecto*. El grupo de ideación suicida, sintió una significativa mayor satisfacción con la *forma de compartir en familia*. Es posible relacionar estos cambios observados, con las intervenciones en la hospitalización en las que se realizaron sesiones familiares para hablar de la ideación y de la conducta suicida. En estas sesiones se fomentó el diálogo sobre el impacto que produjo el intento o la ideación suicida en los miembros del grupo familiar. También se promovió la expresión emocional relacionada con este impacto. En una investigación anterior mostramos que el hecho de hablar y de compartir es considerado por los pacientes con riesgo suicida, como un factor de ayuda significativo (Morales, Echávarri, Fischman, Zuloaga, Barros & Taylor, 2012). Existen además estudios que señalan que la insatisfacción con el apoyo familiar, se relaciona con un mayor riesgo suicida (Randell, Wang, Herting & Eggert, 2006). Otros autores han encontrado que en familias con escasa habilidad para negociar conflictos, afrontar crisis y realizar cambios, presentan altos niveles de riesgo suicida en sus miembros (Reyes & Miranda, 2001). Nos parece entonces, a la luz de estos resultados, que la intervención familiar es

necesaria y beneficiosa como parte del tratamiento en el momento de la crisis. Esta puede ser utilizada y reforzada por los equipos tratantes.

Es posible relacionar también esta mayor satisfacción posterior a la crisis, con la *forma de compartir y hablar de la familia*, con la idea que la ideación suicida, e incluso el intento suicida, son formas de pedir ayuda. A este respecto, algunos autores diferencian el intento de suicidio, de la tentativa de suicidio, donde no existe una voluntad de morir, si no una voluntad de pedir ayuda. (Contreras, Gutiérrez-Alaniz y Lara-Morales, 1994; De la Espirella, 2010; Fernández, Saiz, González, González y García, 2009). En esta misma línea, en un estudio anterior sostuvimos que en intentos suicidas de tipo impulsivo existe una demanda de cuidado que se une a la voluntad de morir, ante la dificultad de tolerar afectos angustiosos (Morales, Echávarri, Zuloaga, Barros & Taylor, 2011). Considerando entonces que el intento, o la ideación suicida, pueden tener la intención de demandar cuidado o de pedir ayuda, nos parece que la estimulación al diálogo, hablar de los problemas, comunicar los sentimientos de agobio psicológico, puede prevenir futuros intentos. Si esta demanda se connota peyorativamente como “está llamando la atención” es probable que se invalide la conducta y se le reste importancia. Creemos que es igualmente importante el deseo de pedir ayuda, como el deseo de morir; ambos pueden ser acogidos y escuchados, no solo por las personas a cargo de los tratamientos, sino que también por las personas cercanas al paciente, como los familiares y amigos. Estimular estos diálogos y apertura a escuchar las palabras de agobio psicológico, puede ser altamente terapéutico y prevenir futuros intentos suicidas.

La evolución positiva en cuanto a la satisfacción con las familiar, está además confirmada por el hecho que en un inicio, 14 pacientes estaban con una disfunción familiar grave y en la medición posterior al alta, esa cantidad disminuyó a 6 pacientes. No obstante, nos parece necesario realizar un seguimiento, especialmente de estos últimos.

En relación al manejo del enojo o rabia, los mayores cambios favorables se observaron en las mujeres. En ellas se presentó una disminución estadísticamente significativa en el *estado* de enojo, *rasgo* de enojo, enojo *guardado* en el interior y la *exteriorización* desregulada del enojo. En cambio en los hombres solo hubo un cambio favorable significativo en el enojo *guardado* en el interior. Este resultado es consistente con el 20,8% de hombres (n=5) que mejoraron en su expresión del enojo. Respecto a los grupos en estudio, se presentó una mejoría significativa en el grupo de intento suicida con baja severidad, en el enojo *guardado* en el interior y en el grupo con intento de alta severidad, en el *rasgo* de enojo. Llama la atención estos cambios teniendo en cuenta que el manejo del enojo o rabia puede considerarse una dimensión más estable o estructural de la personalidad y que requeriría tratamientos de más largo plazo. Especialmente llama la atención el cambio en el *rasgo* de enojo que está definido como un aspecto estable de la personalidad (Clarking, Kernberg & Yeomans, 2006); Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006). Por otro lado, autores como Marsha Linehan (1993) plantean la desregulación emocional más bien relacionada con un ambiente actual invalidante. De manera que intervenciones enfocadas a la validación del paciente, de parte de familiares y profesionales, pueden generar cambios significativos en un corto plazo. En cuanto a la evidencia en estudios genéticos, el

manejo de la agresión también sería estable en el tiempo. Esto ha sido señalado por diversos autores que plantean que el binomio impulsividad-agresividad sería un endofenotipo (genéticamente determinado) para la conducta suicida, que estaría asociado a una disfunción en la función neurotransmisora de la serotonina, que se mantiene estable en el tiempo (Jiménez-Treviño, Blasco-Fontecilla, Braquehais, Ceverino-Domínguez & Baca-García, 2011). Por otro lado, no debe olvidarse que se evaluó la percepción de cada paciente en relación a su experiencia y la expresión del enojo y puede ser cuestionable en qué medida esta percepción refleja una dimensión estructural de la personalidad. En cualquier caso, para las intervenciones posteriores al alta, es altamente recomendable realizar tratamientos focalizados en el manejo del enojo o rabia.

Los mayores cambios observados en las mujeres, especialmente respecto al funcionamiento familiar y al manejo de la agresión, nos remite a las diferencias de género. Al respecto, en un estudio de resultados de una intervención por adicciones en España, se encontró que las mujeres mejoraban en mayor proporción y presentaban actitudes más colaboradoras, de auto exigencia y compromiso, en su proceso de cambio terapéutico (Urbano, 2006). Al parecer las mujeres serian más receptivas de las intervenciones terapéuticas. En el caso de los hombres, se observó una disminución significativa únicamente en el enojo guardado en el interior. Esto puede estar mostrando que a partir de la intervención lograron una mayor comunicación de sus sentimientos rabiosos. Además, los hombres mantuvieron sin cambio significativo el estado general o rasgo de enojo. Es sabido que los hombres en cuanto a la expresión de su enojo, tienden a desplegar expresiones verbales y físicas más violentas que las

mujeres (Dykeman, Daehlin, Doyle & Flamer, 1996; Gladue 1991; Harris 1994; Joint, 1995; Volavka 1999). Por su parte, las mujeres suelen manifestar una agresión más velada, (Paquette & Underwood 1999) y dirigida específicamente a sus parejas (Chase , Treboux, O'Leary, & Strassberg1998; George, 1999).

Junto a lo anterior, si observamos la severidad de los intentos en las mujeres, podríamos señalar que estos son menos graves y ellas tienen más ideación suicida. Estos resultados permiten plantear que al haber menor severidad, mayor es la susceptibilidad al cambio. Esto ha sido formulado por numerosos investigadores que han encontrado que una de las variables más consistentemente relacionada con los resultados del tratamiento, es la perturbación psicológica al inicio del tratamiento (Bergin & Lambert, 1978; Beutler, 1983). Es decir, los pacientes con trastornos afectivos y conductuales leves muestran mayor mejoría (Truax & Carkhuff, 1967; en Trull & Jerry, 2003), mientras que pacientes con trastornos psicóticos o limítrofes graves, tienden a mostrar bajos índices de mejoría e incluso un deterioro en términos de madurez del comportamiento y adaptación social (Bergin, 1964).

Desde nuestra perspectiva es fundamental realizar un seguimiento de todos los casos representados en este estudio, con mayor urgencia aún en aquellos que experimentaron cambios desfavorables su malestar (15 casos); que se mantenían con familias con grave disfunción (6 casos); y que no mejoraron en su inadecuada expresión del enojo (2 casos). El seguimiento permitiría evaluar la estabilidad de los cambios observados, las intervenciones que están recibiendo los pacientes y la evolución de su riesgo suicida. Además la necesidad del seguimiento se refuerza más aún, ya que se sabe que el período posterior al alta psiquiátrica por riesgo suicida

(hasta un año después de que el paciente ha estado en contacto con la atención de salud), es un período crítico de alto riesgo (Appleby, Shaw, Amos, McDonnel, Harris, McCann, et al. 1999; Baader, Richter & Mundt, 2004; Geddes & Juszczak, 1995; Hawton & Van Heeringen, 2009; Stark, Hall, O'Brien, & Smith, 1995). Junto con el seguimiento, nos parece recomendable para estos casos, que se refuercen las intervenciones y la red de apoyo terapéutico que pueda aliviar el malestar y riesgos de estos pacientes.

En relación a la mejoría experimentada por los pacientes con intentos de alta severidad y de baja severidad, es posible relacionar este cambio con el "efecto catártico" señalado por Jallade, Sarfati & Hardy-Bayle (2005). Este consiste en una remisión importante y abrupta de la suicidalidad después de haber realizado un intento suicida, posiblemente relacionada con el impacto de haber quedado vivos y la necesidad de encontrarle un sentido a la sobrevivida. Esto está confirmado también por el resultado de la expresión del enojo en los pacientes con intento suicida de alta severidad, (Un 31,6 %, 6 pacientes de este grupo mejoraron en su expresión del enojo). Nos parece que este efecto, durante el período reciente post intento, otorga una oportunidad particular para la intervención clínica ya que, en este estado, el paciente puede estar más permeable a las intervenciones y este periodo crítico puede ser transitorio y cambiar con el paso de las semanas. Es decir, cuando el paciente haya regresado a su entorno y retome su habitual modo de funcionamiento familiar, interpersonal y social, se puede encontrar con riesgo suicida nuevamente.

Referencias Bibliográficas

- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Kierman, K., Davies, S., Bickley, H. & Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318:1235-1239.
- Aseltine, R. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*.
- Baader, T., Richter, P. & Mundt, C. (2004). Suicidio de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo: Un estudio de caso control. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42, 293-316.
- Babiss, L. & Gangwisch, J. (2009). Sports participation as a protective factor against depression and suicidal ideation in adolescents as mediated by self-esteem and social support. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 30(5):376-84.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, vol 156 (10)
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165: 631–638.

- Baud, P., Courtet, Ph., Perroud, N., Jollant, F., Buresi, C. & Malafosse, A. (2007). Catechol - O - methyltransferase polymorphism (COMT) in suicide attempters: A possible gender effect on anger traits. *American Journal of medical Genetics*, 144 (8), 1042–1047.
- Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Bearman, P. & Moody, J. (2004). Suicide and friendship among american adolescents. *American Journal of Public Health*, 94, 89 - 95.
- Beautrais, A. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide amongst young people. Canberra: Australia, National Health and Medical Research Council.
- Benavides, T. Pérez, N., Eriz, E., Hillerns, A. & Elgueta, M. (2002). Intento suicida en la comuna de Panguipulli. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 19(1):18-23.
- Bergin, A. & Lambert, M. (1978). The Evaluation of Therapeutic Out-comes. En: S. Garfieldy A. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley and Sons.
- Bergin, A. (1964). Some Implications of Psychotherapy Research for Therapeutic Practice. En: G. Stollak, B. Guerney y M. Rothberg (Eds.), *Psychotherapy Research Selected Readings*, USA: Rand Mc Nally y Co.
- Beutler, L. (1983). *Eclectic Psychotherapy: A Systematic Approach*. New York, Pergamon Press Inc.

- Blanton-Lacy, M., Molock, S. D., Kimbrough, R., Williams, S., Nicholson, M. & Hamilton, D. (1995). Validity of the use of suicide scales with african americans. En D. Lester, *Suicide '95*. Washington, DC: AAS.
- Blatt, S. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations ant their implication for psychopathology and psychotherapy. Repression and dissociation: Implications for personality theory. *Psychopathology and health*. Chicago: University of Chicago press, 299-335.
- Blatt, S. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. & Auerbach, J.S. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307.
- Borowsky, I., Resnick, M., Ireland, M. & Blum, R. (1999). Suicide attempts among american Indian and alaska native youth. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153, 573-580.
- Bron, B., Strack, M. & Rudolph, G. (1991). Childhood experiences of loss and suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, (23), 165-172.
- Caligor, E., Diamond, D., Yeomans, F. & Kernberg, O. (2009). The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57: 271–301.
- Cantor, C. & Slater, P. (1995). Marital breakdown, parenthood, and suicide. *Journal of Family Studies*, (1) 91-102.

- Chase, K., Treboux, D., O'Leary, K. D. & Strassberg, Z. (1998). Specificity of dating aggression and its justification among high-risk adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 467–473.
- Clarkin, J., Yeomans, F. & Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing in Objects Relations*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Contreras, M., Gutiérrez-Alaniz, T. & Lara-Morales, H. (1994). La depresión en las etapas tempranas de la vida. *Psiquis (México)*, 3(2), 31-35.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16 (3), 297-334.
- De la Espirella, R. (2010). Suicidio en instituciones psiquiátrica, 1998-2007. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 268-290.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dour, H., Cha, C. & Nock, M. (2011). Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 294-298.
- Dykeman, C., Daehlin, W., Doyle, S. & Flamer, H. (1996). Psychological predictors of school-based violence: implications for school counselors. *School Counselor*, 44, 35–47.
- Fuentes, X., Echávarri, O., Morales, S., Zuloaga, F., Parada, L. & Said, M. (2009).

Programa de intervención pacientes hospitalizados unidad de hospitalización psiquiátrica, Clínica UC San Carlos. Presentados en las IV Jornadas de Psiquiatría, Suicidio: Prevención, evaluación y Tratamiento. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 6 de noviembre 2009.

Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic Theory from the Viewpoint of Attachment Theory and Research. En: Cassidy, J. & Shaver, PR. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*(pp. 595-624). New York: Guilford Press.

Frances, A., Sweeney J. & Clarkin, J. (1985). Do Psychotherapies have Specific Effects?. *American Journal of Psychotherapy*, 39 (2).

Frisch, M. Cornell, J., Villanueva, M. & Retzlaff, P. (1992). Clinical validation of the quality of life inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.

Garfield, S. (1981). Evaluating the Psychotherapies. *Behavior Therapy* 12, 295-307.

Geddes, J., R. & Juszczak, E. (1995). Period trends in rate of suicide in first 28 days after discharge from psychiatric hospital in Scotland, 1968-92. *British Medical Journal*, 311, 357-360.

Gladue, B. (1991). Aggressive behavioral characteristics, hormones, and sexual orientation in men and women. *Aggressive Behavior*, 17, 313–326.

Harris, M. (1994). Gender of a subject and target as mediators of aggression. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 453–471.

- Hawton, K. & Van Heeringen, K., (2009). Seminar on Suicide. *The Lancet*, vol. 373.
- Heikkinen, M., Isometa, E., Marttunen, M., Aro, H. & Lonqvist, J. (1995). Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry* (167), 747-753.
- Hirsch, J., & Ellis, J. (1995). Family support and other social factors precipitating suicidal ideation. *International Journal of Social Psychiatry* (41), 26-30.
- Horowitz, L., Locke, K., Morse, M., Waikar, S., Dryer, D., Tamow, E. & Ghannam, J. (1991). Selfderogations and the interpersonal theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 68-79.
- Horowitz, L., Rosenberg, S., Baer, B., Ureno, G. & Vulasenor, V. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Horowitz, L., Wilner, N. & Álvarez, W. (1979) Impact of Events Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209-218.
- INE (2009) Gobierno de Chile. Instituto nacional de estadísticas. *Proyecciones poblacionales 1990-2020*.
- Jallade, C., Sarfati, Y. & Hardy-Bayle, M. (2005) Clinical evolution after self-induced or accidental traumatism: a controlled study of the extent and the specificity of suicidal catharsis. *Journal of Affective Disorders*, 85 (3), 283-92.
- Joiner, Th., Brown, J. & Wingate, L. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal Behavior. *Annual Review Psychology*, 56:287-314.

- Joint, M. (1995). Road rage. AAA Foundation for Traffic Safety. Retrieved May 23, 2003, from [http:// www.aaafoundation.org/resources/index.cfm?button=agdrtext](http://www.aaafoundation.org/resources/index.cfm?button=agdrtext)
- Kaplan, S. & Pelcovitz, D. (1997) Adolescent Physical Abuse and Suicide attempts, *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 36, 799-808.
- Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V., Woodham, A. & Harrington, R. (1996). R. correlates and short.term course of self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry (168)*, 38-42.
- Krause. M. (2005). Inicio de la relación de ayuda y modificación de los patrones de Interpretación. En *Psicoterapia y Cambio: una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile. (Cap. 5, pp.187-218).
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G. & Yanchar, S. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71, 183-191.
- Latha, K., D'Souza, P. & Bhat, S. M. (1996). Social support and suicide attempts. *Indian Journal of Social Work (57)*, 386-395.
- Leibovich, N., Schmidt, V. & Gol, S. (2001). El inventario de expresión de enojo, Estado-Rasgo (STAXI) y su uso en diferentes poblaciones. *RIDEP*, 11, vol.1.

Lemerise, E. & Dodge, K. (1993). The Development of Anger and Hostile Interactions.

En Lewis, M. y Haviland, J. N.Y.: Guilford.

Lester, D. (2000). Why people kill themselves: A 2000 summary of research on suicide. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

Linehan, M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Maddaleno, M., Horwitz N., Jara, C., Florenzano, R. & Salazar, D. (1998). Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 58, 246-9.

Maskill, C., Hodges, I., McClellan, V. & Collings, S. (2005). Explaining Patterns of Suicide: A selective review of studies examining social, economic, cultural and other population-level influences. Wellington: Ministry of Health, New Zealand.

Medina, B., Gonzalez, G., Guerrero, A., Burgos, A., Chiu, M. & Aguilera, X. (2007). Problemas de Salud Mental en adolescentes chilenos. Resultados de la primera Encuesta Mundial de Salud Escolar 2004. Ministerio de Salud 2004.

Melaa, M., Balbuena, L., Duncan, R., Wong, S., Gu, D., Polvy, N. & Gordon, A. (2008). The STAXI as a measure of inmate anger and a predictor of institutional offending. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, (3), 396–406.

Ministerio de Salud (MINSAL) Gobierno de Chile (2007). *Informe final estudio de carga y carga atribuible*. Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile y Departamento de Epidemiología,

División de Planificación Sanitaria.

Ministerio de Salud (MINSAL) Gobierno de Chile (2009). *Boletines ENO, Estadísticas de la Población Chilena*. Departamento de Epidemiología. Departamento de Estadísticas e información en salud.

Ministerio de Salud-Universidad Católica (2009). *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2004*.

MINSAL Gobierno de Chile (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

Morales, S., Echávarri, O. Zuloaga, F., Barros, J. & Taylor, T. (2011). Cómo perciben su propio riesgo suicida pacientes hospitalizados por intento o por ideación. *Revista Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos*. Sometido a publicación.

Morales, S., Echávarri, O., Fischman, R., Zuloaga, F., Barros, J. & Taylor, T. (2012). Cómo perciben la ayuda recibida pacientes hospitalizados por riesgo suicida. *Revista Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos*. Sometido a publicación.

Novaco, R. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.), *Mental disorder and violence: Developments in risk assessment* (pp. 137–159). Chicago: *University of Chicago Press*.

Novaco, R. (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Legal*

and Criminological Psychology, 2, 77–88.

O'Connor, R.C, Rasmussen, S. & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and sel-harm in adolescent: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, 48 52-59.

Ordoñez, M., Barros, J., Echávarri, O. & Morales, S. (2011). Beyond Mental Illness *Archives Suicide Research*. Sometido a Publicación.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington DC: OPS. 75324220. Downloaded on September 27th, 2009 from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2006). *Estadísticas de Salud de las Américas*. Downloaded on september 22th, 2009 from http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/HSA2006_ST.pdf.

Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En: L. Bergin y L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). Nueva York: John Wiley and Sons.

Paquette, J., & Underwood, M. (1999). Gender differences in young adolescents' experiences of peer victimization: social and physical aggression. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45, 242–266.

Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. & Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno

- depresivo. *Revista de Medicina de Chile*, 137, 226-233.
- Pierce, D. (1977). Suicidal intent in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130, 377-385.
- Randell, B., Wang, W., Herting, J. & Eggert, L. (2006) Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 255-270.
- Reyes, W. & Miranda, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(5), 452-460.
- Safran, J. Muran, J. & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation, *Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes..* New York, NY: John Wiley and Sons, 225-255.
- Salvo, L. & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de*
- Shagle, S. C. & Barber, B. K. (1995). Social ecological analysis of adolescent suicidal ideation. *American Journal of Orthopsychiatry* (65), 114-124.
- Shneidman, E., (1996). *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford UP.
- Slaikue, K. (1994). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Smilkstein, G. (1987). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Spielberger, D. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory Manual*. Odessa,

Florida, Psychological Assessment Resources

Spielberger, D., Charles D., Sydeman, S., Sumner, J., Owen, A., Marsh, E. & Brian, J. (1988). State-Trait Anger Expression Inventory: Research Edition. Odessa: Psychological assessment resources.

Stark, Hall, O'Brian & Smith (1995). Suicide after discharge from psychiatric hospitals in Scotland. *British Medical Journal*, 3(11): 1368-1369.

Swann, A., Dougherty, D., Pazzaglia, P., Pham, M., Steinberg J. & Moeller, F. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162:9, 1680–1687.

Taliaferro, L., Rienzo, B., Pigg, R., Miller, M., & Dod, V. (2008). High school youth and suicide risk: exploring protection afforded through physical activity and sport participation. *Journal of School Health*, 78(10):545-53.

Taylor, T., Morales, S., Zuloaga, F., Echávarri, O. & Barros, J. (2011). What Parents Tell Us: Perspectives of Chilean Parents whose Children were Hospitalized for Suicide Ideation or a Suicide Attempt. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Artículo aceptado para su publicación.

Trull, T. & Jerry, P. (2003). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: International Thomson Editores, S.A

Urbano, A. (2006). El uso diferencial, según la variable género, de las herramientas terapéuticas en tratamiento residencial. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 276-81.

- Viviani, R., Kächele, H. & Buchhim, A. (2011). Models of change in the psychotherapy of borderline personality disorders. *Neuropsychoanalysis*, 13 (2), 147-160.
- Volavka, J. (1999). The neurobiology of violence: an update. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 307–314.
- Von Bergen, A. & De la Parra, G., (2002). OQ-45.2 Cuestionario para Evaluación de Resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 38-48.
- Walpole, R., Myers, R. & Ye, K. (2002). *Probability and Statistics for Engineers and Scientists*. Pearson Education.
- Weinreich, M. & Hidalgo, C. (2004). Intervención en salud en familias de alto riesgo biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del funcionamiento familiar. *Psykhé*, 13 (1). 33-42.
- Weisman, A. & Worden, J. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives General Psychiatry*. (20): 553-560.
- Welz, R. (1994). *The social supports of suicide attempters*. En D. Lester, *Suicide '94*. Denver: AAS.
- Wilcoxon, F. (1945) "Individual Comparisons by Ranking Methods." *Biometrics* 1, 80-83.

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

La investigación realizada estuvo compuesta de dos fases paralelas, una cualitativa y otra cuantitativa, materializadas en cuatro estudios. En la fase cualitativa se analizó la percepción de riesgo, por parte de pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida. Específicamente, qué los protege, qué los pone en riesgo y cómo se explican el intento o ideación suicida que los llevó a una hospitalización psiquiátrica. Dentro de esta fase cualitativa se indagó también la perspectiva de los padres de jóvenes pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida, respecto de qué protege y qué pone en riesgo a sus hijos (as). Adicionalmente, en esta fase cualitativa, se indagó acerca de la percepción de los pacientes respecto de la ayuda recibida durante el período en que estuvieron internados.

El propósito de la fase cualitativa fue construir un modelo conceptual de significados asociados al propio riesgo suicida y a la ayuda recibida durante la hospitalización, de pacientes hospitalizados por intento o por ideación suicida. Los resultados obtenidos en esta etapa iluminaron algunas de las preguntas que se realizaron a los datos obtenidos con instrumentos cuantitativos, específicamente sugirieron la clasificación de los pacientes y las variables a medir.

En la fase cuantitativa, se evaluó variables del funcionamiento individual, interpersonal y social, tales como el sentimiento de malestar subjetivo, la satisfacción con el funcionamiento familiar y el manejo del enojo. Complementariamente, los pacientes evaluaron el tratamiento recibido durante su período de internación.

Las hipótesis formuladas al inicio de esta investigación consideraron que luego de la intervención hospitalaria, se producirían cambios en algunas variables menos estables y en otras, más estables, no habría cambios. Es decir, considerando que experiencias impactantes de la vida, pueden otorgar un giro, un cierto cambio en el funcionamiento individual, familiar y social. En esta perspectiva, se esperaba que hubiera cambios positivos en: El estado de enojo y en el sentimiento de malestar subjetivo (en cuanto a sintomatología ansiosa y depresiva, relaciones interpersonales y rol social). Junto a esto, se esperaba que no hubiera cambios en: El rasgo enojo y en su expresión (*guardado en el interior, en la exteriorización y en el control del enojo*). Respecto de la satisfacción con el funcionamiento familiar, las hipótesis apuntaban a que habría un menor cambio en la satisfacción en pacientes con mayor disfuncionalidad familiar y un mayor cambio en pacientes con menor disfuncionalidad familiar.

Estas hipótesis se formularon bajo el supuesto que se produciría alivio luego de la crisis aguda, después de haber recibido las intervenciones hospitalarias y después de haberse producido los movimientos en el entorno social. Esto permitiría que algunas de las variables presentaran una mejoría en la medición posterior al alta psiquiátrica. No obstante, se hipotetizó al inicio de esta investigación, que aquellas variables consideradas más estructurales, tanto de la personalidad, como de la organización familiar, no cambiarían. Este estancamiento (o no cambio) se pensó bajo el supuesto que estas configuraciones estructurales requieren tratamientos de largo plazo para ser modificadas. El objetivo de esta fase cuantitativa fue evaluar las variables señaladas, tanto durante la hospitalización, como después de una semana del alta, con el propósito de determinar el cambio ocurrido en ellas.

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, es posible señalar que la entrevista a los padres de jóvenes pacientes suicidas, aportó una valiosa información en relación a lo que protege y a lo que pone en riesgo a sus hijos (as). Esto muestra que los familiares directos pueden ofrecer una visión particular sobre la suicidalidad de sus hijos, óptica que resulta útil y necesaria de considerar durante el trabajo con el paciente y con su familia en las intervenciones hospitalarias. Se trató de una entrevista realizada en forma directa y empática, donde fue posible conversar sobre el riesgo suicida de sus hijos (as) y permitió al equipo clínico obtener de los mismos padres, información valiosa para el tratamiento.

La entrevista realizada a los pacientes posibilitó obtener su propia visión del riesgo que ellos tienen, los elementos que los protegen y qué los ayuda en momentos de crisis suicidas. Estas entrevistas fueron una útil fuente de información para enriquecer la comprensión de la conducta suicida. Los pacientes observaron su situación, pensaron acerca de ella y distinguieron estos factores protectores y de riesgo. También, mediante la conversación con ellos, fue posible explorar junto a ellos, cuáles fueron las circunstancias relacionadas con su conducta suicida actual, cómo fue su experiencia durante la hospitalización, lo que esperan del futuro y lo que les sirvió de ayuda durante el período en que estuvieron internados.

Los hallazgos obtenidos hicieron posible formular un modelo comprensivo del proceso suicida experimentado por los pacientes estudiados. Se obtuvo como resultado final, un modelo integrado que considera tanto los hallazgos de la fase cualitativa, como los hallazgos de la fase cuantitativa (El diagrama de este modelo se encuentra al final de esta discusión).

Los resultados, muestran una serie de elementos comunes de los pacientes en riesgo suicida. No obstante estas similitudes, cada uno de ellos tiene una particular configuración de factores (tanto en su historia, como en el presente) que los condujo a intentar suicidarse o a pensar en hacerlo. Esto ha sido ampliamente señalado por diversas investigaciones que postulan que la conducta suicida se presenta en una combinación de predisposición genética y adquirida, tanto de factores individuales, como ambientales. Estos serían activados por un evento gatillante que lleva a la conducta de atentar contra la propia vida (Mann, Oquendo, Underwood & Arango, 1999). Este fenómeno se produciría mayoritariamente en presencia de un trastorno psiquiátrico (Mann, 2002).

La perspectiva antes señalada nos permite considerar que cada factor de riesgo en sí mismo, nos provee de una comprensión parcial de la conducta suicida, ya que estos factores interactúan con otros (tanto protectores, como de riesgo) (Dour, Cha & Nock, 2011; O'Connor, Rasmussen & Hawton) y se configuran en el individuo de manera particular. Puesto que los pacientes suicidas son un grupo heterogéneo, se requiere por lo tanto para su evaluación, prevención y tratamiento, el esfuerzo de considerar esta diversidad y diferencia de cada uno de ellos (Stoelb & Chiriboga, 1998).

Cabe mencionar que las entrevistas diseñadas como instrumento de investigación cualitativa, fueron además (sin haberlo previsto), un instrumento de intervención. El proceso mismo de indagación fue promoviendo durante la hospitalización y luego de ella, la reflexión en los pacientes, acompañando a las intervenciones oficiales del programa de hospitalización. Debido a esto, se puede señalar que este estudio aporta también, tres guías de entrevistas semi estructuradas para el uso clínico. La primera de

ellas, posibilita la exploración del riesgo suicida desde la perspectiva de los mismos pacientes; la segunda, permite indagar acerca de la visión de padres de pacientes con conducta suicida respecto de lo que protege y de lo que pone en riesgo a sus hijos (as). La tercera de estas entrevistas accede a lo que consideran los pacientes que les sirve de ayuda como intervención psicoterapéutica (Los tres guiones de entrevista se encuentran en los anexos de los artículos 1, 2 y 3).

3.1 La perspectiva de los pacientes acerca de su vulnerabilidad

Respecto de la visión que tienen los propios pacientes, destaca la comprensión que realizan de su propia suicidalidad. Ellos manifiestan, en retrospectiva y desde su visión subjetiva, que se fue configurando mediante un proceso, que se venía arrastrando a lo largo del tiempo. Esta visión de proceso ya ha sido establecida por otros autores (García de Jalón & Peralta, 2002; Beautrais, 2009). Algunos pacientes refieren, que incluso pensaban en suicidarse desde la infancia. Ellos identifican eventos *predisponentes* ocurridos en el largo plazo, hace años atrás; otros eventos *precipitantes*, que ocurrieron durante el último año e identifican un evento *gatillante* que detonó la ideación suicida o el intento suicida actual. Estos acontecimientos, que se fueron produciendo a lo largo del tiempo, se presentaron en un contexto personal que incluye ciertas características de su personalidad, características de sus familias y del entorno social en el que se han desenvuelto y en el que se encuentran actualmente inmersos.

Dentro de los factores predisponentes señalados por los pacientes estudiados, se corroboran algunos que han sido ampliamente difundidos por la investigación, como

factores de riesgo suicida. Entre ellos destacan la presencia de intentos previos (García de Jalón & Peralta, 2002), antecedentes de trauma en la infancia, como maltrato y abuso (Espinosa, Blum & Romero, 2009; Wojnar, Ilgen, Czyz, Strobbe, Klimkiewicz & Andrzej, 2009), antecedentes de suicidio en la familia y de patología psiquiátrica (Espinosa, Blum & Romero, 2009; García de Jalón & Peralta, 2002; OMS, 2011). Así también, los pacientes señalaron características de su personalidad, que han estado desde la infancia y que consideran como factores que los ponen en riesgo. Entre estas características se encuentran, sentimientos de soledad, de aislamiento, de incompetencia y de ser diferentes. La existencia de sentimientos de este tipo ha sido señalada como factor de riesgo por algunos autores como Beck, Steer, Beck & Newman, (1993).

Los factores precipitantes descritos por los entrevistados, se refieren a conflictos y dificultades que se fueron agudizando durante el último año. Entre estos se mencionó: El distanciamiento de seres queridos, problemas con la pareja, quiebres en relaciones y discusiones con personas importantes en la vida. También señalaron fracasos en la universidad y dificultades laborales (despidos, cambios desfavorables para el paciente). Los elementos gatillantes que detonaron la conducta suicida fueron quiebres en una relación significativa y quiebres académicos o laborales. Este evento estuvo asociado a un afecto de tipo angustioso, que en algunos casos fue intolerable y en otros casos, se asoció a un afecto de tipo depresivo marcado por la desesperanza. Esta interacción entre el evento y el afecto, detonó el intento suicida, en algunos de los casos con intención ambivalente de morir y en otros, con clara intención de morir.

Específicamente, mirando en detalle los dos diferentes modelos de procesos suicidas que se obtuvieron de los análisis de este estudio, se puede precisar lo siguiente:

Proceso suicida 1: Se produce luego de un quiebre vincular (terminar una relación de pareja, discutir con una persona querida) lo que trae consigo un afecto de tipo angustioso-depresivo que resultó intolerable para ellos. Esta sensación de angustia insoportable sumada al quiebre vincular, gatilla un intento de suicidio con la intención simultánea de demandar cuidado y de morir al mismo tiempo, aliviando así el sufrimiento. Estos resultados son consistentes con algunos modelos teóricos que plantean que el intento suicida se puede comprender como una vía de *escape*, en que las personas eligen suicidarse como una manera de terminar con un afecto intolerable, ya que ellos creen que no podrían generar soluciones más adaptativas (Dour, Cha & Nock, 2001; Fazaa & Page, 2003). También coincide con lo propuesto por otros estudios que postulan que frente a un gatillante como una frustración o abandono por un ser querido, estalla un intento suicida de tipo ambivalente (Murphy, 1975).

Proceso suicida 2: El otro proceso suicida se produce tras un quiebre vincular, académico o laboral, en que los pacientes experimentan un afecto de tipo angustioso-depresivo, al que se le suma una confirmación categórica de un significado depresivo. Este significado depresivo, con un alto contenido de desesperanza, suele ser del tipo *“no pertenezco”, “nadie me quiere”, “no le importo a los demás”, “ninguna solución posible”*. Frente a esta confirmación drástica, (en retrospectiva y según su experiencia subjetiva) no les quedó más opción que morir, gatillándose un intento suicida con la intención clara de morir. Observamos que en este grupo, en el proceso gatillante del intento suicida se combinan la presencia de un afecto, con un determinado significado.

Otros autores ya han destacado la interacción entre emoción-cognición como factor que incrementa el riesgo suicida, específicamente la interacción entre una mayor reactividad emocional y una menor habilidad para resolver problemas interpersonales (Dour, Cha & Nock, 2011).

La clara intención de morir concuerda con la tipología suicida que plantea Farberow (1969), refiriéndose a una distinción entre aquellas personas que tienen un real deseo de morir y quienes dejan al azar la supervivencia, pues desean ser salvados. Así también, concuerda con lo sugerido por Luyten, Sabbe, Blatt, Meganck, Jansen, De Grave & Corvelein (2007) quienes señalan que en personas autocríticas en extremo, se pueden encontrar intentos de suicidio con real intención de morir. Ellos suelen desplegar un alto nivel de letalidad en sus intentos y se preparan para no ser rescatados, aumentando así su probabilidad de alcanzar la muerte.

Las personas que fueron hospitalizadas por ideación suicida presentaron procesos gatillantes, tal como los descritos. La diferencia que hubo con este grupo de pacientes, es que algún familiar, o persona cercana, detectó las señales y se movilizó para la oportuna hospitalización.

En relación a los factores protectores, los entrevistados valoran los vínculos y las relaciones cercanas. A este respecto, cuando miran lo que en general los protege y lo que en particular los ayudó en la hospitalización, se refieren a los vínculos donde se sientan acogidos, acompañados en su sufrimiento, comprendidos y apoyados en sus dificultades. Tal como la investigación ha ampliamente demostrado, los vínculos de calidad y el apoyo social serían elementos importantes para la protección contra el

suicidio. (Bearman & Moody, 2004; Blanton-Lacy, Molock, Kimbrough, Williams, Nicholson & Hamilton, 1995; Cantor & Slater, 1995, Heikkinen, Isometa, Marttunen, Aro & Lonqvist, 1995; Gunnell, Harbord, Singleton, Jenkins & Lewis, 2004; Hirsch & Ellis, 1995; Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham & Harrington, 1996; Latha, D'Souza & Bhat, 1996; Morales, Echávarri, Barros & Taylor, 2011; Morales, Echávarri, Fischman, Zuloaga, Barros & Taylor, 2012; Ordoñez, Barros, Echávarri & Morales 2011; Shagle & Barber, 1995; Taylor, Morales, Zuloaga, Echávarri & Barros, 2011; Welz, 1994). Estos autores proponen que las relaciones afectivas estrechas y las redes protectoras previenen la conducta suicida.

El mecanismo de protección se produce, según los pacientes entrevistados, en la cercanía de los vínculos, que contribuye a la regulación emocional, al alivio de la angustia y al sentimiento de no estar solos en momentos de tristeza o de agobio psicológico. Esto coincide con lo que ya ha sido dicho en otros estudios, los lazos sociales pueden promover un sentimiento de pertenencia social y de efectividad personal, que resultan altamente protectores y preventivos (Durkheim, 1951; Joiner, 2007).

Los entrevistados también identifican en su experiencia que los vínculos cercanos también pueden ser fuente de sufrimiento y de agobio psíquico, que en determinadas circunstancias fomentan una pérdida del sentido de la vida. Las relaciones conflictivas y tormentosas tienen el potencial de ser altamente riesgosas, especialmente si disminuyen las capacidades de afrontamiento de los problemas, o llevan a sentirse aislado socialmente. También suelen conducir a estados angustiosos y sentimientos de desesperanza que gatillan intentos suicidas o conducen a la ideación suicida. Los

conflictos en los vínculos que los pacientes relacionan con su riesgo suicida, se refieren a relaciones familiares cercanas, a relaciones de pareja y relaciones significativas de amistad.

Respecto a los factores de riesgo que están presentes en la actualidad, los entrevistados destacan que algunos modos de funcionamiento que se encuentran presentes en sus familias, son nocivos y los vulneran. Entre estos modos, se mencionan, la inestabilidad afectiva y la disminuida comunicación de temas personales entre los miembros. También identifican características de su personalidad que los perjudican, como por ejemplo, sentirse poco capaces de solucionar sus problemas, tener dificultades para pedir ayuda, reaccionar impulsivamente (*sin pensar*) y tener dificultades para regular las propias emociones. Estas características ya han sido confirmadas por otros estudios (Linehan, 1993; Clarkin, Yeomans & Kernberg (2006). En particular, la impulsividad ya ha sido descrita como un factor de riesgo de suicida (Wojnar, Ilgen, Czyz, Strobbe, Klimkiewicz & Andrzej, 2009; Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham, Steinberg & Moeller, 2005; Pompili, Innamorati, Raja, Falcone, Ducci & Angeletti, 2008).

Los entrevistados también señalan que su forma de ser que los complica, sigue siendo un factor de riesgo en la actualidad. Estas características, que se encuentran presentes en sus vidas desde la infancia, suelen agudizarse en momentos de mayor agobio y pueden considerarse clínicamente una señal de alarma, en caso que se intensifiquen. También se consideran señales de alarma, los sentimientos de ser una carga para los otros y haberle perdido el miedo a la muerte, descritos por Joiner (2007).

Por otro lado, los evaluados refieren algunos factores que ellos consideran protectores, pero que considerado clínicamente, pueden ser también de riesgo. Por ejemplo, divertirse tomando alcohol cuando se sale con amigos, fumar marihuana, o jugar en el computador por períodos prolongados. Si bien estas actividades pueden aliviarlos y hacerlos sentir bien, también pueden llevarlos a alejarse de sus roles, a disminuir sus sentimientos de competencia y retirarse socialmente de aquello que los conecta con sus motivos para vivir.

Concordantemente con lo anterior, se aprecia que otros autores han demostrado que el consumo excesivo y la dependencia de alcohol y de sustancias, incrementan el riesgo de intentos suicidas de tipo impulsivos (Lejoyeux, Huet, Claudon, Fichelle, Casalino & Lequen, 2008; Oquendo, Bongiovi-García, Galfalvy, Goldberg, Grunebaum & Burke, (2007). Por su parte, los padres, al ser entrevistados reportaron también que ciertas conductas habituales de sus hijos (as) eran preocupantes para ellos y las consideraron como factores que vulneran a sus hijos (as). Entre estas actividades, mencionan las fiestas (en exceso), amistades poco protectoras, consumo de alcohol y drogas. (Los resultados de las entrevistas a familiares, vienen a continuación en esta discusión).

3.2 La visión de familiares cercanos los padres de pacientes suicidas

Un grupo de padres y madres, mirando en retrospectiva y según se experiencia subjetiva, visualizan también (tal como lo hacen los pacientes), una evolución de la conducta suicida de sus hijos (as), la consideran como un proceso que se gestó durante años y que involucró múltiples factores. Esto coincide con otras investigaciones

(Guilbert & Torres, 2001; Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003), que muestran que los familiares de pacientes suicidas visualizan un proceso acumulativo que se va produciendo a lo largo del tiempo. En cuanto a los factores que fueron poniendo en riesgo a sus hijos (as), los padres mencionan ciertas características de la personalidad y circunstancias que fueron predeterminando (en el largo plazo) y predisponiendo (en el corto plazo), al riesgo suicida actual de sus hijos (as). Identifican en todos los casos, un evento gatillante relacionado con un quiebre vincular o académico, que detonó el intento o la ideación suicida.

Respecto de situaciones familiares que pudieran haber fragilizado en este proceso acumulativo, los padres mencionan la pérdida de algún ser querido, disfuncionalidad familiar, altos niveles de sobreprotección del paciente, o momentos en la vida en que sus hijos se sintieron desprotegidos. Igualmente, ellos detectan en sus hijos (as), algunas dificultades para cumplir con tareas propias de su etapa en la vida (como por ejemplo avanzar académicamente), relacionarse establemente con una pareja, rupturas sentimentales, dificultades académicas y peleas con amigos.

Dentro de las características de la personalidad de los jóvenes, los familiares mencionan, altos niveles de agresividad, incapacidad para tolerar las frustraciones o fracasos, dificultades para organizarse, impulsividad, hipersensibilidad, tendencia a esconder emociones, altos niveles de exigencia personal, distanciamiento de sus seres queridos. Además, refieren una alta propensión a la desregulación emocional y relaciones interpersonales intensas e inestables. Estas fueron reconocidas por sus padres como los factores precipitantes y gatillantes de la conducta suicida.

Por otro lado, los padres visualizaron una serie de atributos que consideran valiosos de sus hijos (as), como por ejemplo las capacidades de emprender, de luchar, de relacionarse afectivamente con personas significativas. Ellos reconocen que estas virtudes, pueden ayudar a sus hijos (as) a salir adelante en momentos difíciles.

Aunque la mayoría de los padres recordaron haber observado en sus hijos (as), el comportamiento previo a su intento o ideación. A este respecto recuerdan que, si bien les produjo preocupación, no lo interpretaron como señales de riesgo suicida en ese momento. Ellos pensaron que se trataba de conductas propias de la edad y de la personalidad de sus hijos (as). Este hallazgo concuerda con lo que afirman Stanley, Brodsky, Nelson & Dulit (2007), que postulan que los padres suelen no interpretar las conductas que observan en sus hijos (as), como las señales de alarma suicida que fueron en su momento.

3.3 La percepción de ayuda recibida

En relación a lo que consideran de ayuda recibida durante la hospitalización, cabe señalar que esta visión de los pacientes fue evaluada, tanto con técnicas cualitativas, como cuantitativas. Cualitativamente esto fue mediante una entrevista a una sub muestra de 10 casos y cuantitativamente, evaluando a una muestra de 63 pacientes. Es necesario destacar la evaluación de la ayuda fue realizada cuando el paciente se encontraba de regreso a su contexto habitual, a unos días de alejamiento de la hospitalización.

La relación con los otros pacientes fue destacada en las entrevistas como una de las experiencias más relevantes en relación a lo que sirvió de ayuda en la hospitalización.

Con respecto a las intervenciones de la hospitalización, los entrevistados se refieren a aspectos técnicos y a aspectos relacionales, enfatizando la importancia del encuentro con los otros, el compartir con los profesionales, técnicos y con otros pacientes, conversar con ellos, junto con sentirse acogidos y acompañados.

Destaca la valorización que realizan los entrevistados de la relación con los otros pacientes, principalmente a través de actividades grupales, tanto informales, como organizadas por el equipo de terapia ocupacional. Es posible pensar que el énfasis que ellos ponen en este aspecto se puede relacionar con lo inesperado de esta experiencia. Es decir, las intervenciones profesionales, médicas, psicoterapéuticas y de enfermería, se pueden haber encontrado dentro de lo esperable en una hospitalización. Sin embargo, el acompañamiento a través de instancias formales (como Terapia Ocupacional) e informales con otros pacientes, sería inesperado para ellos, junto con notoriamente terapéutico.

Lo insospechado de la relación con los otros, puede relacionarse también con el desconocimiento que los pacientes tenían acerca de lo que involucra una hospitalización psiquiátrica. La mayoría no tenía conocimiento de lo que ocurriría durante su internación y reconocen que sintieron temor de encontrarse con pacientes muy graves o muy diferentes a ellos, incluso les preocupaba que fueran perjudiciales para su propia salud. Con el transcurso de los días, estas creencias fueron cambiando y los pacientes declaran haberse enriquecido del hecho de compartir y de conversar con sus compañeros. Más aún, muchos de ellos se sintieron identificados con otros pacientes y compartieron experiencias, se acompañaron mutuamente y aportaron a la convivencia grupal. Estas situaciones se dieron principalmente durante las sesiones de

terapia ocupacional, en los espacios comunes y en los momentos libres durante la hospitalización. Finalmente, dan cuenta de una imagen de la hospitalización psiquiátrica más benigna y desmitificada en cuanto a lo mágica y/o amenazante que resultaba en un inicio.

En la relación con los demás pacientes y con los profesionales, mencionan que ellos encontraron que los profesionales y sus compañeros tuvieron una actitud de interés, de preocupación y disponibilidad para ayudarlos. Además, se sintieron bien tratados, acogidos, escuchados, contenidos y no juzgados. También otorgan valor a la sensación de libertad que tuvieron para hablar acerca de sus temas, de haber tenido la posibilidad de abrirse a través del diálogo y hacer su propia introspección, en un ambiente que sintieron seguro. Este énfasis en los aspectos relacionales, coincide con la investigación publicada respecto de los factores específicos en psicoterapia (Frances, Sweeney & Clarkin, 1985; Garfield, 1981; Opazo, 2001) y la relevancia de los factores inespecíficos o comunes, en el resultado de las intervenciones psicoterapéuticas (Bandura 1977; Frank, 1982; Karasu, 1986; Krause, 1992; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1986; Santibañez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra & Müller, 2008). Ellos señalan que ciertas características individuales y de disposición, tanto del terapeuta como del paciente, al presentarse en una interacción constructiva entre ambos, permiten el éxito en psicoterapia.

También ha sido difundido por numerosas investigaciones, que la alianza terapéutica es un factor con alta capacidad predictiva de los resultados y del éxito en psicoterapia (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000; Barber, Luborsky, Crits-Christoph, Thase, Weiss, Onken & Gallop, 1999; Gaston, Marmar, Thompson &

Gallager; 1991; Horvath & Luborsky, 1993; Orlinsky & Howard, 1993; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Por su parte, dentro de esta misma idea, Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Bruschweiler-Stern & Tronick (1998), plantean que mucho de lo que se observa como efecto terapéutico duradero, resulta de los cambios en el dominio relacional e intersubjetivo.

Del análisis de la entrevista de la ayuda recibida también fue posible identificar elementos específicos de las distintas intervenciones terapéuticas. En la relación con la psicóloga destacan la oportunidad de profundizar en temas difíciles, que no hablaban en otros espacios. De terapia ocupacional, los pacientes valoran la posibilidad de compartir en actividades grupales y consideraron esta instancia como especialmente beneficiosa en la ayuda que recibieron. En este espacio pudieron entretenerse, sentirse acogidos, apoyados y fue posible compartir y dialogar con los otros pacientes. En cuanto a las intervenciones familiares, los entrevistados destacaron la posibilidad de conversar temas que no hablaban habitualmente con sus personas cercanas, de observar el impacto de su conducta en sus seres queridos y que sus familiares recibieran indicaciones para sus cuidados.

Los análisis cuantitativos de lo beneficioso de la intervención recibida muestran que los evaluados valoraron positivamente el tratamiento recibido. Las intervenciones evaluadas favorablemente cuantitativamente por un mayor porcentaje de casos fueron psiquiatría (84% de los pacientes), terapia ocupacional (81%) y psicología (81%). Las intervenciones evaluadas menos favorablemente fueron kinesiología (14% de los pacientes), cuidadora personal (38%) y personal de aseo (64%). Es necesario destacar en este punto, que algunos de los hospitalizados recibieron sesiones de kinesiología y

solo algunos tuvieron cuidadora. Entonces, estas evaluaciones menos favorables pueden relacionarse con que no recibieron ese tipo de intervención. Kinesiología fue solicitada repetidamente por los pacientes, cuando se les preguntó sugerencias al servicio de hospitalización.

3.4 El cambio luego de la crisis

Se puede considerar, a la luz de las distintas teorías en relación al cambio en psicoterapia, que la intervención intra-hospitalaria por riesgo suicida de este estudio, es una intervención en crisis. El cambio luego de una crisis, se entiende como el inicio de movimientos individuales, interpersonales y sociales, que se espera puedan consolidarse en la medida en que se van produciendo las intervenciones psicoterapéuticas, posteriores al momento de la hospitalización. Así también, la crisis se entiende una situación extrema, donde se gatilló la conducta suicida, en que se produjo una pérdida del equilibrio psíquico y una incapacidad de lidiar con situaciones complicadas, sentidas como inmanejables. Se produjo entonces, un colapso de los recursos adaptativos de la persona (Kaplan & Pelkovitz, 1997). En este estado, el paciente se encontraba en una situación de desorganización temporal, con incapacidad de resolver lo que le estaba ocurriendo y que lo sobrepasaba en sus recursos (Slaikeu (1984).

3.4.1. El cambio verbalizado en la entrevista

En cuanto al cambio experimentado tras la hospitalización, la mayoría de los pacientes estudiados reportaron en la entrevista que experimentaron alivio sintomático, llegaron a estar sin ideación suicida, manifestaron preocupación por el impacto de su

conducta en los familiares, retomando algún grado de esperanza y de sentido para sus vidas. Para ellos, el tiempo de hospitalización, aunque fue considerado una época de crisis, les ofreció también, un espacio de tranquilidad y de alejamiento de los problemas que los aquejaban en ese momento. Les dio la oportunidad de observarse, de compartir con otros, de conversar acerca de sus pensamientos suicidas y de reflexionar tomando cierta perspectiva.

En relación a su positiva evolución, ellos mayoritariamente también destacan haber sentido, una mayor aceptación y comprensión por parte de sus seres queridos, lo que los hizo sentir más apoyados y con alguna esperanza. Por otro lado, algunos señalaron que también sentían temor de volver a sus vidas y sentirse nuevamente en peligro o vulnerables. Debido a esto, se puede considerar que el momento de la hospitalización es una oportunidad especial para los clínicos, de promover una reflexión acerca de cuáles son los factores en la vida de los pacientes, que los protegen y que los vulneran, apuntando a un mayor conocimiento de sus situaciones, para promover una mayor protección de los individuos en riesgo de suicidarse.

A lo anterior se agrega el impacto de sobrevivir a un intento suicida, especialmente en el grupo con clara intención de morir. Esta sobrevida estaría impulsando una reflexión acerca del sentido de haber quedado vivo y los conectaría con una nueva esperanza y posibilidad de tener una existencia diferente. De hecho, los pacientes reportan deseos y proyectos a futuro, lo que, sería un factor protector, en la medida en que estos proyectos sean posibles de realizar.

Si estos deseos y proyectos son poco apegados a la realidad, se pueden convertir en un factor de frustración y por lo tanto, en un factor de riesgo suicida. Considerando esto, el período de crisis sería altamente sensible al cambio y una oportunidad especial para el equipo tratante de realizar intervenciones oportunas, considerando que se habrían restablecido (en parte) los recursos perdidos y el sentimiento de capacidad para lidiar con los conflictos (Kaplan & Pelkovitz, 1997).

Con respecto a los cambios medidos cuantitativamente, surgieron distintas variables en su relevancia (tanto a nivel de la literatura, como del estudio cualitativo). Estas variables son el sentimiento de malestar subjetivo, la satisfacción con el manejo familiar y la experiencia y expresión del enojo. En lo que respecta a estas variables, se pudo observar cambios significativos, después de una semana que los pacientes fueron dados de alta.

3.4.2 El cambio en el sentimiento de malestar subjetivo

Los cambios más notorios se observaron en el sentimiento de malestar subjetivo, a través del instrumento OQ-45.2. Tanto, a en relación a los síntomas depresivos y ansiosos, como a las relaciones interpersonales y en cuanto al rol social. Los pacientes muestran una mejoría estadística y clínicamente significativa en todos los grupos estudiados (mujeres y hombres, pacientes con intento de suicidio de baja severidad, de alta severidad y con ideación suicida). ($T=4,90$; $p<0,01$).

Un 44,4% ($n=28$) del total de 63 pacientes logra, simultáneamente, un índice de cambio confiable y encontrarse en la población funcional al momento de la evaluación post alta (medida más exigente de mejoría con este instrumento). Estos resultados son

consistentes con lo que plantean algunas investigaciones que señalan que una disminución de síntomas ansiosos y depresivos se puede considerar como uno de los primeros indicadores de cambio terapéutico. Este alivio sintomático trae consigo consecuencias inmediatas, que pueden reflejarse en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento social. (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse & Yanchar, 1996; Blatt, 1990, 1991; Leichtman, 1996, en Blatt & Auerbach, 2003).

A pesar de la mejoría experimentada, que se observa en una gran cantidad de los pacientes estudiados, es necesario poner atención a que hubo 15 de ellos (24,6%) que reportaron sentirse peor o igual que al inicio. Esto resulta clínicamente preocupante, considerando el riesgo suicida asociado a estos pacientes. Se destaca en esta situación, una responsabilidad ética que no estaría siendo cubierta en la actualidad en relación a este tipo de pacientes. Si bien, se toman medidas para orientar un tratamiento y cuidados posteriores al alta, no hay un acompañamiento posterior por parte del equipo tratante de la hospitalización.

3.4.3 El cambio en la satisfacción con el funcionamiento familiar

En lo que respecta al funcionamiento familiar también se observaron cambios significativos. Las mujeres obtienen una significativa mayor satisfacción en tres dimensiones del funcionamiento familiar, cosa no observada en los hombres. Este cambio en las mujeres se presentó en la *forma de compartir en familia* ($t=-2,04$; $p<0,05$), a la *forma cómo se habla de las cosas y se comparten los problemas* ($t=-3,13$; $p<0,01$), y en la *forma en cómo la familia expresa afecto* ($t=-2,04$; $p<0,05$). El grupo de

ideación suicida, sintió una significativa mayor satisfacción con la *forma de compartir en familia* ($t=-2,29$; $p<0,05$).

Destaca la disminución en la proporción de disfuncionalidad familiar que reportaron los pacientes una vez que estuvieron de alta. De un 22,6% (14 personas) de la muestra a 9,5% (6 personas) del total de pacientes, se encontraban con disfuncionalidad grave en la medición post alta. Esto se distribuye de manera homogénea entre hombres y mujeres. En cuanto a los grupos estudiados, ninguno de los pacientes de baja severidad se observó en disfuncionalidad grave y 15,8% ($n=3$) de los pacientes de alta severidad se observaron en disfuncionalidad familiar grave post alta. Respecto del grupo con ideación suicida, un 12,5% estaba en familias con disfuncionalidad grave ($n=3$) en la evaluación post alta.

Es posible relacionar estos cambios observados, con el tratamiento durante la hospitalización, donde se realizaron sesiones familiares para hablar de la ideación y de la conducta suicida. En estas sesiones, se promueve que los participantes expresen el impacto que les produjo el intento o la ideación suicida de uno de sus miembros. También se estimula la expresión emocional relacionada con este impacto (El modelo de intervención en crisis suicida se puede visualizar en uno de los artículos que forman parte de este trabajo (Morales, Echávarri, Fischman, Zuloaga, Barros & Taylor, 2012). investigación anterior. El hecho de hablar y de compartir es considerado por los pacientes con intentos y con ideación suicida, como un factor importante de ayuda en la internación.

Complementariamente a lo anteriormente señalado, existen estudios que indican que la insatisfacción con el apoyo familiar, se relaciona con un mayor riesgo suicida

(Randell, Wang, Herting & Eggert, 2006). Otros autores han encontrado que en familias con escasa habilidad para negociar conflictos, afrontar crisis y realizar cambios, se observan niveles altos de riesgo suicida en sus miembros (Reyes & Miranda, 2001). En virtud de estos resultados, es necesario considerar y aplicar habitualmente la intervención familiar en el tratamiento durante la crisis, ya que es altamente beneficiosa y puede ser utilizada por los equipos tratantes de la hospitalización.

La mayor satisfacción familiar posterior a la crisis con la *forma de compartir y hablar de la familia*, se puede relacionar con el planteamiento que la ideación y el intento suicida, serían formas de pedir ayuda. En relación a esto, algunos autores diferencian el intento de suicidio, de la tentativa de suicidio, donde no existe una voluntad clara de morir, si no una voluntad de pedir ayuda. (Contreras, Gutiérrez-Alaniz & Lara-Morales, 1994; De la Espirella, 2010; Fernández, Saiz, González, González & García, 2009). En esta misma idea, en el estudio 1 (artículo 1) de esta tesis, se muestra que en intentos suicidas de tipo impulsivo existe una demanda de cuidado que se une a la voluntad de morir. El intento surge ante la dificultad de tolerar afectos angustiosos. Considerando entonces que el intento o la ideación suicida pueden tener entre sus intenciones, una demanda de cuidado o de pedir ayuda, resulta relevante en la intervención, la estimulación al diálogo, fomentar la conversación de los sentimientos de agobio psicológico, ya que puede proteger contra futuros intentos suicidas.

Si esta demanda se connota peyorativamente considerándola como que se intenta *llamar la atención o manipular*, es probable que se invalide la conducta y se le reste importancia. Es necesario considerar igualmente importante el deseo de pedir ayuda, como el deseo de morir; ambos pueden ser entendidos como una necesidad de ser

acogidos y escuchados, no solo por las personas a cargo de los tratamientos, sino que también por los seres cercanos al paciente. El hecho de *estar llamando la atención* también puede ser considerado un signo de necesidad de acogida. Por lo tanto, estimular estos diálogos y esta apertura a escuchar por partes de los cercanos, puede ser altamente terapéutico y atenuar la probabilidad de futuros intentos suicidas.

3.4.4 El cambio en la experiencia y expresión del enojo

Respecto al manejo del enojo y los cambios observados según el género, las mujeres presentaron una disminución estadísticamente significativa tanto en la experiencia, como en la expresión del enojo. Es decir, en el *estado de enojo* ($t=2,13$; $p<0,05$) y en el *rasgo de enojo* ($t=2,56$; $p<0,05$). Los cambios significativos de las mujeres también se ven en la expresión del enojo, en el *enojo guardado en el interior* ($t=2,07$; $p<0,05$) y en la *exteriorización* desregulada del enojo ($t=2,22$; $p<0,05$). Ellas también mejoraron en cuanto a la inadecuación en la expresión de su enojo en un 15,8%. En cambio en los hombres solo hubo un cambio favorable significativo en el *enojo guardado en el interior* ($t=2,28$; $p<0,05$). Respecto a la inadecuación en la expresión de su enojo, en un 20,8% de ellos se observaron cambios hacia una menor inadecuación de esta.

Respecto a los grupos estudio, se presentó una mejoría significativa también en el grupo de intento suicida de baja severidad, en el *enojo guardado en el interior* ($t=2,71$; $p<0,05$) y en un 15,8% de este grupo, mejoraron en la inadecuación de su expresión de enojo. En el grupo con intento de alta severidad, se observó una mejoría en el *rasgo de enojo* ($t=2,13$; $p<0,05$) y en un 31,6% mejoraron en la inadecuación de la expresión de

su enojo. Llama la atención estos cambios teniendo en cuenta que el *rasgo* y *la expresión del enojo*, pueden considerarse dimensiones más estables de la personalidad (relacionadas con su estructura) y se suele pensar que requeriría tratamientos de largo plazo (Estos resultados son contrarios a lo que se estableció como hipótesis). Especialmente llama la atención el cambio en el *rasgo de enojo* que se suele conceptualizar como un aspecto estable de la personalidad (Clarking, Kernberg & Yeomans, 2006); Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006). No obstante esta perspectiva, existen otras visiones de la personalidad como la que sostiene Marsha Linehan (1993). Ella plantea que la desregulación emocional estaría relacionada con un ambiente invalidante, donde no son aceptadas ni contenidas las emociones de los pacientes con trastorno de la personalidad.

El grupo ideación suicida no presenta cambios estadísticamente significativos en la experiencia y en la expresión del enojo, salvo tendencialmente en el *enojo guardado en el interior* ($t=1,92p<0,10$). Junto a esto, un 8,3% de estos pacientes mejoraron en la inadecuación en *la expresión* de su enojo. Estos resultados muestran que los pacientes con ideación no son necesariamente menos graves (como pudiera pensarse en una gradiente de gravedad). Anteriormente se señaló que estos pacientes no intentaron suicidarse y fueron hospitalizados cuando alguna persona cercana detectó ciertas señales de alarma. Es importante entonces destacar, que estos pacientes pueden estar en alto riesgo, ya que se observa en este grupo mejorías más disminuidas en cuanto al manejo de su agresión.

Considerando la evolución de esta variable, las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a la validación del paciente de parte de familiares y profesionales, pueden

generar cambios importantes en un corto plazo. Tomando en cuenta, por otro lado, la evidencia entregada por estudios genéticos, el manejo de la agresión también sería estable en el tiempo. Esto ha sido señalado por diversos autores que plantean que la dupla impulsividad-agresividad, sería un endofenotipo, genéticamente determinado, para la conducta suicida, que estaría asociado a una disfunción serotoninérgica, estable en el tiempo (Jiménez-Treviño, Blasco-Fontecilla, Braquehais, Ceverino-Domínguez & Baca-García, 2011). Es necesario, por otro lado, recordar que los pacientes fueron preguntados por su propia visión de la experiencia y expresión del enojo, que visualizaban en ellos mismos. De todas maneras, considerando una u otra perspectiva de la personalidad, es recomendable para las intervenciones posteriores al alta, realizar tratamientos focalizados en el manejo del enojo o rabia.

Los mayores cambios observados en las mujeres, especialmente respecto al funcionamiento familiar y al manejo del enojo, llevan a formularse las diferencias de género que se presentan en los resultados en psicoterapia. En relación a esto, cabe señalar un estudio de resultados de intervenciones por adicción en España, hallaron que las mujeres eran más colaboradoras con su tratamiento y mejoraban en mayor proporción que los hombres. Asimismo, presentaban una actitud de mayor auto exigencia y compromiso en su proceso de cambio terapéutico (Urbano, 2006). Al parecer, las mujeres serían más receptivas y disponibles para las intervenciones terapéuticas.

En el caso de los hombres, se observó una disminución significativa únicamente en el enojo guardado en el interior. Esto puede estar mostrando que a partir de la intervención, lograron una mayor comunicación de sus sentimientos rabiosos.

Asimismo, los hombres mantuvieron sin cambio significativo, el estado general o rasgo de enojo. Es sabido que los hombres en cuanto a la expresión de su enojo, tienden a desplegar expresiones verbales y físicas más violentas que las mujeres (Dykeman, Daehlin, Doyle & Flamer, 1996; Gladue, 1991; Harris, 1994; Joint, 1995; Volavka, 1999). En forma diferente a los hombres, las mujeres suelen expresar su agresión de una manera más velada, (Paquette & Underwood 1999) y dirigida específicamente a sus parejas (Chase, Treboux, O'Leary & Strassberg, 1998; George, 1999).

Junto a lo anterior, si observamos la gravedad de los intentos en las mujeres, podríamos señalar que estos son menos graves y tienen más ideación suicida proporcionalmente en comparación con los hombres. Estos resultados permiten plantear, que al haber menor gravedad, mayor sería la susceptibilidad al cambio. Esto ha sido postulado en diversos artículos, que han encontrado que una de las variables más consistentemente relacionada con los resultados del tratamiento, es la perturbación psicológica al inicio del tratamiento (Bergin & Lambert, 1978; Beutler, 1983). Es decir, los pacientes con trastornos afectivos y conductuales leves, muestran mayor mejoría tras los tratamientos (Truax & Carkhuff, 1967; en Trull & Jerry, 2003), mientras que aquellos pacientes diagnosticados con trastornos psicóticos o limítrofes graves, muestran bajos índices de mejoría e incluso presentan un deterioro en términos de madurez del comportamiento y adaptación social (Bergin, 1964).

En relación a la mejoría experimentada por los pacientes con intentos de alta severidad y de baja severidad, es posible relacionar este cambio con el concepto de *efecto catártico* que proponen los autores Jallade, Sarfati & Hardy-Bayle (2005). Este efecto consiste en una remisión de la suicidalidad en forma importante y abrupta,

después de haber realizado un intento suicida, la que estaría posiblemente relacionada con el impacto de haber quedado vivos y con la necesidad de hallar un sentido a la sobrevivida. Esta idea estaría también sustentada por el resultado de la mejoría en el rasgo enojo y en la expresión del enojo en los pacientes con intento suicida de alta severidad. Aún cuando estas variables podrían considerarse más estables de la personalidad, en este grupo hubo cambios que no concuerdan con las hipótesis formuladas al inicio de este estudio. Este efecto durante el período reciente post intento, otorga una oportunidad especial para el tratamiento en hospitalización, ya que este estado puede ser transitorio y cambiar con el paso de los días. Probablemente, cuando el paciente regrese a su entorno y retome su modo de funcionamiento familiar, interpersonal y social, se puede volver a encontrar vulnerable.

3.5 Sugerencias para los tratamientos

A partir de los resultados obtenidos, se pueden hacer sugerencias para los tratamientos intra-hospitalarios y posteriores al alta. Para el tratamiento durante la hospitalización la información recabada muestra la necesidad de reforzar algunas estrategias que han sido sugeridas en la literatura. Entre ellas se destacan las siguientes: Énfasis en el restablecimiento de la autoestima y la autoconfianza en el proceso de elaboración de la crisis suicida (Shneidman, 1996); trabajar en los elementos manifiestos del problema, en lo que ocurre en el momento actual, más que ir al origen del problema (Blumenthal, 1988); reconstruir los lazos efectivos que hayan sido deteriorados en la crisis (Shneidman & Farberow (2010).

De alta importancia, dada la gravedad y que no todos los pacientes muestran mejoría, es realizar sesiones de seguimiento y de acompañamiento por parte del

equipo tratante de la hospitalización. La modalidad de hospitalización parcial puede ayudar en la transición y permitir un cuidado más prolongado, ya que se ha demostrado su efectividad en disminuir intentos suicidas, hospitalizaciones, uso de medicación psicotrópica, sintomatología depresiva y ansiosa (Bateman & Fonagy, 1999). Si la hospitalización parcial no fuera posible, se recomienda hacer un acompañamiento (aunque sea telefónicamente), en forma paralela al tratamiento ambulatorio, con el propósito de monitorizar el cumplimiento de las indicaciones post alta. Esto ya ha sido propuesto por otros investigadores y aplicado en países de Europa y en Estados Unidos (Baader, Richter & Mundt, 2004; Schmidtke, 2000).

Se sugiere la hospitalización parcial, considerando los aspectos éticos de acompañamiento prolongado de los pacientes suicidas, ya que debido a la inestabilidad emocional que suele caracterizarlos, sobre todo si tienen un trastorno de la personalidad, puede resultar indicado (y necesario) un acompañamiento sostenido a través del tiempo. En esta línea está lo propuesto Bateman & Fonagy (2008); Linehan (1993^a); Rudd Joiner & Rabah (2001); Rutter, Bishop, Pine, Scott, Stevenson, Taylor & Thapar (2008), en cuanto a la hospitalización parcial, que permite que, en períodos prolongados de tiempo, los pacientes reciban tratamientos multi-fase, con acompañamiento permanente. Otros autores apoyan esta forma de intervención, argumentando que la hospitalización parcial tiene un menor costo y no se retira al paciente de su sistema. De esta manera, los tratamientos y el proceso de cambio se van ajustando a la realidad cotidiana del paciente. (Martínez, 2005).

No obstante lo favorable que pueda ser este modo de intervención para los pacientes con alta suicidalidad y trastornos de personalidad, surge un obstáculo cuando en el

sistema no existe una red familiar o social con capacidad de hacerse cargo de la protección del paciente. Tomando en cuenta esta posibilidad, otra alternativa que resulta adecuada es, luego de la hospitalización en crisis, continuar con un sistema hospitalización domiciliaria, que haga posible prolongar los cuidados del paciente y acompañarlo a que se consolide en sus tratamientos ambulatorios.

Además, resulta necesario, debido a la importancia de la familia, hacerlos participar del tratamiento intrahospitalario. Se recomienda no dejar de realizar sesiones con el grupo familiar durante la hospitalización, en las se favorezca y se contenga la expresión de las emociones relacionadas al intento suicida. Con esta intervención el paciente puede percibir la importancia que tiene él para su familia y puede hablar acerca de sus pensamientos suicidas, de manera protegida y orientada por un profesional especialista. Junto a esto, se les estará dando la oportunidad a todos los miembros del grupo familiar, de hablar de un tema que no ha afectado al paciente solamente, sino a todos los miembros del grupo. En esta misma noción, Schreiber (2010), propone que el acto de conversar sobre el suicidio, es una oportunidad de alivio que ayuda a reducir el riesgo de actuar el deseo de suicidarse.

En esta investigación, los pacientes explicitaron su valoración de la oportunidad que tuvieron de hablar acerca de sus pensamientos suicidas, dentro del espacio terapéutico. Contrariamente a lo que se puede pensar, concordando con Schreiber (2010), resulta terapéutica la conversación del suicidio. Aún más, el autor afirma que el hecho de hacerlo, no empuja a las personas a suicidarse, sino que permite compartir y elaborar vivencias sumamente dolorosas y disminuye el riesgo.

Adicionalmente a lo anterior, la psicoeducación de las personas cercanas al paciente suicida resalta como indispensable. Este abordaje se sugiere para promover en ellos, un aprendizaje de la detección e interpretación de las señales de riesgo suicida. Este conocimiento puede permitir a los cercanos de pacientes suicidas, ayudarlos a alejarse de aquello que los pone en riesgo y a fomentar los factores protectores. Esto ya ha sido señalado por otros autores que indican que el alejamiento de los factores de riesgo suicida y sobre todo, la promoción de los factores protectores, son herramientas eficaces de protección y que pueden contribuir en la ayuda (Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003; Roberts, Roberts & Xing, 2010). Más específicamente, otros autores han puesto énfasis en lo beneficioso de fortalecer los factores protectores. Indican que resulta aún más efectivo que reducir los factores de riesgo suicida (Borowsky, Resnick, Ireland & Blum, 1999).

En lo que respecta a las intervenciones posteriores al período de hospitalización en crisis, los resultados conseguidos en esta investigación resaltan la importancia de orientar tratamientos individuales post hospitalización. Esta orientación puede focalizarse en el manejo de las propias emociones, el desarrollo de habilidades sociales, de habilidades de enfrentamiento de problemas y de manejo de situaciones estresantes. Esto ya ha sido planteado por variados estudiosos (Lazarus & Folkman, 1984; Linehan, 1993a, 1993b; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991), quienes remarcan que la validación de la emociones del paciente es terapéutica y enfatizan en la utilidad de enseñarles técnicas para enfrentar problemas, habilidades de comunicación y de autocontrol. Estas habilidades les permiten aprender a regular las reacciones emocionales, previniendo el riesgo suicida.

Los autores Blasco-Fontecilla, Baca-García, Duberstein, Pérez-Rodríguez, Dervic & Saiz-Ruiz (2010); DeJong, Overholser & Stockmeier (2010), igualmente han observado que ciertos eventos en la vida, en personas con trastorno de la personalidad, pueden gatillar intentos de suicidio. Ellos también proponen dirigir las intervenciones psicoterapéuticas individuales hacia el aprendizaje de estrategias de manejo de los problemas y de las reacciones emocionales frente a estos. Por su parte, los autores Clarkin, Yeomans & Kernberg (2006), sugieren un modelo de psicoterapia que promueve la integración de aspectos amorosos y agresivos en pacientes con trastorno de personalidad.

A favor de una mejor regulación emocional y la posibilidad de establecer relaciones afectivas cercanas de calidad, resulta importante promover la comprensión acerca de cómo los otros se ven afectados por la propia conducta. Considerar cómo impacta en los demás las propias acciones, implica ver a las otras personas como seres diferentes, con sus propias necesidades y motivaciones. Estas estrategias terapéuticas son sostenidas por investigadores como Fonagy, Luyten & Stratheam (2011), quienes sugieren promover la mentalización y la función reflexiva, lo que permite reducir la suicidalidad en pacientes impulsivos.

Para las intervenciones psicoterapéuticas con los familiares en la hospitalización, se puede acudir a la entrevista a los padres o a los familiares cercanos. Esto puede ofrecer al paciente y a sus familiares, un espacio terapéutico, que promueva la elaboración de la crisis y servir de modelo para los familiares en cuanto a cómo hablar del tema, estimulando la conversación en torno al suicidio. Esto puede resultar beneficioso para el paciente, ya que ha demostrado que, como decíamos, conversar sobre la conducta

suicida, alivia y protege (Borowsky, Resnick, Ireland & Blum, 1999; Randell, Wang, Herting & Eggert, 2006; Schreiber, 2010).

En cuanto a las intervenciones individuales posteriores a la hospitalización, se sugiere promover vínculos de calidad, donde los pacientes vulnerables puedan sentirse acompañados y comprendidos en sus dificultades. Los resultados anteriormente señalados confirman lo postulado por la teoría del apego, en el sentido que las experiencias tempranas templan los prototipos que consolidan el sentido del sí mismo y de la experiencia intersubjetiva interpersonal (Ainsworth, 1985; Bowlby, 1969). Es decir, en el caso de los pacientes estudiados, se observa que las experiencias tempranas dolorosas dificultaron una formación saludable de las estructuras representacionales. Las consecuencias de este deterioro de los vínculos en el inicio de la vida se relacionaron con una mayor vulnerabilidad y con riesgo suicida. Para el tratamiento, surge entonces, la importancia del énfasis en el establecimiento de vínculos protectores, ya que en la medida en que estos puedan ir restableciéndose o construyéndose, podrán proteger y alejar de la conducta suicida.

La promoción de vínculos de calidad ha sido resaltado por otros autores que consideran que la clave de la conducta suicida está en la interacción con los demás, ya que relaciones estrechas y las redes protectoras ayudan en la regulación emocional y alejan de la desesperanza (Guibert, 2002).

Otros estudios han mostrado también que los lazos afectivos cercanos protegen del riesgo suicida (Bearman & Moody, 2004; Blanton-Lacy, Molock, Kimbrough, Williams, Nicholson & Hamilton, 1995; Cantor & Slater, 1995, Heikkinen, Isometa, Marttunen, Aro

& Lonqvist, 1995; Gunnel, Harbord, Singleton, Jenkins & Lewis, 2004; Hirsch & Ellis, 1995; Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham & Harrington, 1996; Latha, D'Souza & Bhat, 1996; Ordoñez, Barros, Echávarri & Morales 2011; Shagle & Barber, 1995; Welz, 1994). Estos lazos afectivos favorecen un sentido de pertenencia social y de efectividad personal (Durkheim, 1951; Joiner, 2007), aportando bienestar y gratificación para la necesidad de los pacientes de ser comprendidos y amados (Chance, Bakeman, Kaslow, Farber & Burge-Callaway, 2000).

En un sentido contrario, también se sabe que las relaciones conflictivas pueden llevar a desregulación emocional y ser una fuente de agobio psíquico, aumentando el riesgo suicida. (Cohen, 2004; DeJong, Overholser & Stockmeier, 2010; Ordoñez et al., 2011). Considerando este aspecto, entonces sería recomendable para las intervenciones post hospitalización, que junto con promover vínculos de calidad, se aleje (dentro de lo posible) al paciente de relaciones conflictivas que los puedan desregular emocionalmente, o que puedan incentivar sentimientos de agobio o de incapacidad.

3.6 Recomendaciones para la prevención del riesgo suicida

Para la prevención de futuros intentos suicidas, Stanley et al., (2007) acuñan el concepto de *señales de riesgo perceptibles*, que consiste en la comunicación efectiva de los sentimientos de debilidad, agobio, desesperanza, que se logra mediante la *retrospección*. Es decir, proponen que es posible lograr una comprensión de la vulnerabilidad (tanto por parte de los familiares, como parte del paciente), para que las señales de peligro sean oportunamente vistas, comprendidas e interpretadas en

contexto de vulnerabilidad. Por lo tanto, ser consideradas como señales de alarma y se puedan tomar las medidas de protección necesarias.

La aplicación de estos criterios para prevenir futuros intentos, puede ayudar a los familiares y personas cercanas de un paciente suicida, a detectar y anticiparse a las conductas riesgosas. Para ello, los familiares pueden evaluar su experiencia en retrospectiva y emprender estrategias de afrontamiento de posibles crisis. Este afrontamiento anticipado y preventivo, permite la protección del paciente en riesgo, aumentando la sensación de auto eficacia de sus seres queridos y de él mismo, junto con aliviar los sentimientos de agobio y culpa por experiencias anteriores.

Para los cercanos y familiares que no han tenido la experiencia que recordar, las sesiones de psicoeducación serían una forma de preparar para situaciones críticas. Estas pueden enseñar cuáles son los síntomas depresivos y ansiosos, las señales de alarma, cuáles son características propias de la adolescencia y cuáles son señales de depresión. El propósito de la psicoeducación es capacitar a las personas cercanas y familiares para detectar y prevenir la conducta suicida y estar conscientes de que es un peligro latente.

3.7 Recomendaciones para la detección del paciente suicida

A partir de los resultados de este estudio y de los antecedentes revisados, se puede recomendar para la detección de riesgo suicida en servicios de atención primaria, los siguientes criterios a considerar: Si nos encontramos con un paciente que manifiesta: pensamientos suicidas, habla de la muerte como una posibilidad, ha tenido intentos previos (el mismo o hay en su familia), muestra desesperanza o ideas depresivas

devaluadoras acerca de sí mismo, se siente solo, refiere una dificultad para regular sus estados emocionales. Además, cuenta con pocas personas para apoyarse y ha tenido algún quiebre, ya sea vincular, académico o laboral, podríamos considerar que estamos frente a una persona con riesgo suicida. Considerar entonces las alternativas para hospitalizarla o dejar a un familiar responsable a cargo de su cuidado.

La suma de factores es lo que va dando el nivel de gravedad, ya que es posible que se presenten algunas, o muchas de las características recién señaladas. El profesional, en función de esa consideración, puede darse cuenta el nivel de riesgo en el que se encuentra el paciente.

Es posible además, hacer una distinción si la probabilidad del intento puede tener mayor o menor severidad. Es decir, tener por propósito la muerte o tener una intención ambivalente (de morir y de pedir cuidado a la vez). Esto es, una mayor desesperanza y planificación puede tener asociado un intento de mayor severidad, una mayor desregulación y reactividad emocional puede asociarse a un riesgo de intento menos letal y ambivalente. No obstante estas distinciones, resultaría peligroso considerar que uno tiene mayor riesgo que el otro, ya que ambos pueden ser letales y es necesario tomar medidas de precaución y de cuidado para proteger al paciente, en cualquiera de los casos.

3.8 Limitaciones de esta investigación y direcciones a seguir

Con respecto a las limitaciones de este estudio, es posible señalar que participaron pacientes con diferente evolución, desde el punto de vista de la reducción de la sintomatología y del riesgo suicida. Sin embargo, hubo casos que no dieron su

consentimiento y otros que negaban la conducta suicida, por lo que era muy difícil explorar con ellos su riesgo o la percepción de la ayuda recibida. Por lo tanto, existe un subgrupo de pacientes con riesgo suicida que, cumpliendo con los criterios de inclusión, no está representado en este estudio. Junto a esto está el hecho de que hubo una mayor proporción de mujeres, lo que siendo una limitación, es también una característica de la población consultante y hospitalizada. Suele haber mayor proporción de mujeres que consultan en servicios de atención de salud. Un estudio SAS muestra que en Chile, seis de cada diez visitas al médico de familia, corresponden a mujeres, mientras que cuatro de cada diez, son de hombres. (Werner & Leal, 2002)

La necesidad de realizar un seguimiento de los pacientes ha surgido como fundamental. Evaluar después de un tiempo (meses y años) lo que ha ocurrido con estos pacientes, específicamente aquellos casos que en este estudio, experimentaron cambios desfavorables en su sentimiento de malestar, quienes se mantenían con familias con grave disfunción y quienes no mejoraron en su inadecuada expresión del enojo. La necesidad del seguimiento ha sido demostrada por otras investigaciones, que indican que el período posterior al alta psiquiátrica por riesgo suicida (hasta un año después de que el paciente ha estado en contacto con la atención de salud), es un período crítico de riesgo suicida (Appleby, Shaw, Amos, McDonnel, Harris, McCann, et al., 1999; Baader, Richter & Mundt, 2004; Geddes & Juszczak, 1995; Hawton & Van Heeringen, 2009; Stark, Hall, O'Brien & Smith, 1995), especialmente entre una semana y un mes desde el alta (Appleby et al., 1999; Baader, Richter & Mundt, 2004; Geddes & Juszczak, 1995; Hawton, 2009; Stark, Hall, O'Brien & Smith, 1995). El seguimiento

permitiría evaluar la estabilidad de los cambios observados, las intervenciones que están recibiendo los pacientes y la evolución de su riesgo suicida.

Finalmente queda por señalar, que se espera continuar con los análisis de este mismo proceso de evaluación. Como se indicaba anteriormente, están medidas otras variables, como la experiencia depresiva y el estilo de apego percibido de los padres, que esperan por ser analizadas y publicadas.

4. REFERENCIAS GENERALES

- Ainsworth, M. (1985). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York academy of Medicine*, 61, 771-791.
- Andrews, F. & Withey, S. (1974). Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1-26.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Kierman, K., Davies, S., Bickley, H. & Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318:1235-1239.
- Baader, T., Richter, P. & Mundt, C. (2004). Suicidio de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo: Un estudio de caso control. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42, 293-316.
- Bandura, A. (1977). Self- Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1027-1032.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Onken, L. & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 1, 54-73.

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* , 156 (10).
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165: 631–638.
- Baud, P., Courtet, Ph., Perroud, N., Jollant, F., Buresi, C., Malafosse, A. (2007). Catechol - O - methyltransferase polymorphism (COMT) in suicide attempters: A possible gender effect on anger traits. *American Journal of medical Genetics*, 144 (8), 1042–1047.
- Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Baxter, D. & Appleby, L. (1999). Case register study of suicide risk in mental disorders. *British Journal Psychiatry*, 175, 322-326.
- Bearman, P. & Moody, J. (2004). Suicide and friendship among american adolescents. *American Journal of Public Health*, 94, 89 - 95.
- Beautrais, A. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide amongst young people. Canberra: Australia, *National Health and Medical Research Council*.

- Beautrais, A., (2009). Suicidio: Estado actual de la ciencia. Presented on IV Jornadas de Psiquiatría, Suicidio: Prevención, evaluación y Tratamiento. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 6 de noviembre 2009.
- Beck, A., Brown, G. & Berchick R., (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190–195.
- Beck, A., Steer, R., Beck, J. & Newman, C. (1993). Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. (23/2), 139–145.
- Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beiser, M. (1973). Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 320-327.
- Bergin, A. (1964). Some Implications of Psychotherapy Research for Therapeutic Practice. En: G. Stollak, B. Guerney y M. Rothberg (Eds.), *Psychotherapy Research Selected Readings*, USA: Rand Mc Nally y Co.
- Bille-Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A, De Leo, D., Lönqvist, J. & Platt, S. (1995). *Blackground and introduction to the WHO/Euro Multicenter Study on Parasuicide Crisis*, 16,72-84.
- Blanton-Lacy, M., Molock, S., Kimbrough, R., Williams, S., Nicholson, M. & Hamilton, D. (1995). Validity of the use of suicide scales with african americans. En D.

Lester, Suicide '95. Washington, DC: AAS.

Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., Duberstein, P., Pérez-Rodríguez, M., Dervic, K. & Saiz-Ruiz, J. (2010). An exploratory study of the relationship between diverse life events and personality disorders in a sample of suicide attempters. *Journal of Personality Disorders, 24*(6), 773–784.

Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child, 29*. 105-157.

Blatt, S. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implication for psychopathology and psychotherapy. Repression and dissociation: Implications for personality theory, *Psychopathology and health. Chicago: University of Chicago press*, 299-335.

Blatt, S. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 179*, 449-458.

Blatt, S. (1995a). *Representational structures in psychopathology*. Presented on Rochester Symposium on Developmental Psychopathology : Emotion, Cognition and Representation. New York: University of Rochester press, 1-33.

Blatt, S. (1995b). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist, 50*, 1003-1020.

Blatt, S. & Auerbach, J. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry, 23*, 268-307.

- Blatt, S. & Blass, R. (1990). Attachment and separateness: A dialectical model of the products and processes of psychological development. *Psychoanalytic Study of the child, 45*, 107-127.
- Blatt, S., D’Afflitti, J. & Quinlan, D. (1976). Depressive Experiences Questionnaire. New Haven: Yale University.
- Blatt, S., Quinlan D. Chevron, E., McDonald, C. & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal Consulting Clinical Psychology, 50*, 113–124.
- Blau, T. (1977). Quality of life, social interaction and criteria of change. *Professional Psychology, 8*, 464-473.
- Blumenthal, S. & Kupfer, D. (1987). Overview of early detection and treatment strategies for suicidal behavior in young people. *Journal of Youth and Adolescence, 17*, 769-773.
- 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., Resnick, M., Ireland, M. & Blum, R. (1999). Suicide attempts among american Indian and alaska native youth. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine, 153*, 573-580.
- Borowsky, I. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153*, 573–580.

- Botsis, A., (1997). Suicidal behaviour: risk and protective factors. En: Botsis, A., Soldatos C., Stefanis C., eds. Suicide: biopsychosocial approaches. Amsterdam: Elsevier Science, 129–146.
- Botswick, J. & Pankratz, V. (2000). Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1925–1932.
- Bowlby, J. (1969). El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1973): La Separación Afectiva. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1988). A secure base. New York: Basic books.
- Bron, B., Strack, M. & Rudolph, G. (1991). Childhood experiences of loss and suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 23 , 165-172.
- Burr, J., McCall, P. & Powell-Griner, E. (1994). Catholic religion and suicide: the mediating effect of divorce. *Social Science Quarterly*, 75, 300–318.
- Caldera, T., Herrera, A. & Kullgren, G. (2007). Suicide intent among parasuicide patients in Nicaragua: A surveillance and follow-up study. *Archives of Suicide Research*, 11, 351–360.
- Caldwell, C. & Gottesman, I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 571–589.
- Caligor, E., Diamond, D., Yeomans, F. & Kernberg, O. (2009). The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 271–301.

- Cantor, C. & Slater, P. (1995). Marital breakdown, parenthood, and suicide. *Journal of Family Studies*, 1, 91-102.
- Chance, S., Bakeman, R., Kaslow, N., Farber, E. & Burge-Callaway, K. (2000): Core conflictual relationship themes in patients diagnosed with borderline personality disorder who attempted, or who did not attempt, suicide, *Psychotherapy Research*, 10:3, 337-355
- Chase, K. A., Treboux, D., O'Leary, K. D. & Strassberg, Z. (1998). Specificity of dating aggression and its justification among high-risk adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 467–473.
- Clarkin, J., Yeomans, F., Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing in Objects Relations*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist* , 59 (8) , 676-684.
- Conemaugh Health System (2012). Cómo reconocer las señales de alarma suicida en otras personas. Downloaded november 19th, 2011 from <http://conemaugh.kramesonline.com/spanish/3,S,84356>.
- De Jong, T., Overholser, J. & Stockmeier, C. (2010) Apples to oranges? : A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2): 90–97.
- De la Espirella, R. (2010). Suicidio en instituciones psiquiátrica, 1998-2007. *Revista*

Colombiana de Psiquiatría, 39 (2), 268-290.

De Wild, E. (2002). Quantitative research in suicidology: still a well-disguised blessing? *Archives of Suicide Research*, 6, 55-59.

Debski, J., Dubord, S., Jacob, S., Poole, D. & Hixson, M. (2007). Suicide Intervention: Training roles and knowledge of school psychologists. *Psychology in the Schools*, 44, 157-169.

DeJong, T. & Overholser, J. (2009). Assessment of Depression and Suicidal Actions: Agreement between Suicide Attempters and Informant Reports. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 1, 38-46.

DeJong, T., Overholser, J. & Stockmeier C. (2010). Apples to oranges? A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective disorders*, 124 (1-2), 90-7.

Dervic, K., Oquendo, M., Grunebaum, M., Ellis, S., Ainsley, K., Burke, J. & Mann, J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2303-2308.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.

Dour, A., Cha, Ch., Nock, M. (2011). Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 294-298.

Druss, B. & Pincus, H. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts in general

- medical illnesses. *Archives of International Medicine*, 160, 1522-1526.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press.
- Dykeman, C., Daehlin, W., Doyle, S. & Flamer, H. (1996). Psychological predictors of school-based violence: implications for school counselors. *School Counselor*, 44, 35–47.
- Elliot, R., Fischer, C. & Rennie, D. (1999). Envolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Espinosa, J., Blum, B., & Romero, M. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental*, 32, 317-325.
- Farberow, N., (1969). Training in suicide prevention for professional and community agents. *American Journal of Psychiatry*, 125, 1702-1705.
- Faupel, C., Kowalski, G. & Starr, P.D. (1987). Sociology's one law: religion and suicide in the urban context. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 26, 523–534.
- Favazza, A. (1999). *Self-mutilation. the Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention* San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 125–145.
- Fazaa, N. & Page, S. (2003). Dependency and Self-Criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and life Threatening behavior*, 33, 172-185.

- Fergusson, D., Beautrais, A. & Horwood, L. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33, 61–73.
- Fernández, C., Sáiz, P., González, M., González, S. & García, N. (2009). Tentativa suicida versus intención suicida: un estudio de las características diferenciales. Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.
- Firestone, R. & Seiden, R. (1990). Suicide and the continuum of self destructive behavior. *Journal of American College Health*, 38, 207-213.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic Theory from the Viewpoint of Attachment Theory and Research. En: Cassidy, J. & Shaver, PR. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*(pp. 595-624). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P., Luyten, P. & Stratheam, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization and neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal* (32), 47-69.
- Forman, E., Berk, M. & Henriques, G. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe Psychopathology. *American Journal Psychiatry*, 161, 437–443.
- Frances, A., Sweeney J. & Clarkin, J. (1985). Do Psychotherapies have Specific Effects?. *American Journal of Psychotherapy*, 39 (2).
- Frank, J. (1982). Therapeutic Components Shared by all Psychotherapies. En: J.

- Harvey, M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington: APA.
- Fuentes, X., Echávarri, O., Morales, S., Zuloaga, F., Parada, L. & Said, M. (2009). *Programa de intervención pacientes hospitalizados unidad de hospitalización psiquiátrica, Clínica UC San Carlos*. Presentados en las IV Jornadas de Psiquiatría, Suicidio: Prevención, evaluación y Tratamiento. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 6 de noviembre 2009.
- García de Jalón, E. & Peralta, V. (2002). Suicidio y Riesgo de Suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Pamplona, 25, 87-96*.
- García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L. & Díaz-Sastre, C. (2002). Sociodemographic features of suicide attempts. *Actas Españolas de Psiquiatría, 30, 112-119*.
- Garfield, S. (1981). Evaluating the Psychotherapies. *Behavior Therapy 12, 295-307*.
- Gaston, L., Marmar, C., Thompson, L. & Gallagher, D. (1991). Alliance prediction of outcome beyond intreatment symptomatic change as psychotherapy progreses. *Psychotherapy Research, 1, 104-112*.
- Geddes, J. & Juszczak, E. (1995). Period trends in rate of suicide in first 28 days after discharge from psychiatric hospital in Scotland, 1968-92. *British Medical Journal, 311, 357-360*.
- Gladue, B. (1991). Aggressive behavioral characteristics, hormones, and sexual orientation in men and women. *Aggressive Behavior, 17, 313-326*.

- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Gómez, A. (2008). *Tratamiento Farmacológico y Cognitivo Conductual. Perspectiva actual*. Presented on Jornadas: El Suicidio en Chile, Perspectivas Actuales, Abril 2008. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- González, B. & Rego, E. (2008). Problemas emergentes en la salud mental de la juventud. Madrid: Instituto de la Juventud (España), 2006 downloaded on January 20th 2008, from <http://www.injuve.mtas.es>.
- Gould M., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal American Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.
- Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology Journal*. 29, 75-92.
- Guibert, R. (2002). Enfrentamiento especializado del paciente suicida. *Revista Cubana de Medicina General*, 18(2).
- Guilbert, W. & Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(5), 452-460.
- Gunnell, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R. & Lewis, G. (2004). Factors influencing the amelioration of suicidal thoughts in the general population. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 385-393.

- Guze, S. & Robins, E. (1970). Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, *117*, 437– 438.
- Harris, E. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, *170*, 447–452.
- Harris, M. (1994). Gender of a subject and target as mediators of aggression. *Journal of Applied Social Psychology*, *24*, 453–471.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide. gender differences in suicidal behaviour. *British Journal Psychiatry*, *177*, 484-485.
- Hegerl, U., Althaus, A., Schmidtke, A. & Nilklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2 year evaluation of a community based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, *36*, 1225-1233.
- Heikkinen, M., Isometa, E., Marttunen, M., Aro, H. & Lonqvist, J. (1995). Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry*, *167*, 747-753.
- Hempel, C. (1965). Fundamentals of taxonomy. *Aspects of Scientific Explanation and Other Essays in th Philosophy of Science*. New Work: Free Press, 137-154.
- Hirsch, J. & Ellis, J. (1995). Family support and other social factors precipitating suicidal ideation. *International Journal of Social Psychiatry*, *41*, 26-30.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *40(1)*, 73-80.
- Horowitz, L., Wilner, N., Álvarez, W. (1979) Impact of Events Scale: A measure of

- subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 3, 209-218.
- Horvath, A. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 561-573.
- Isometsä, E. & Lönnquist, J., (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal Psychiatry*, 73, 531-535.
- Isometsä, E., Henriksson, M., Heikkinen, M.E., Aro, H., Marttunen, M., Kuoppasalmi, K. & Lonqvist, J. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 667-673.
- Jallade, C., Sarfati, Y. & Hardy-Bayle, M. (2005) Clinical evolution after self-induced or accidental traumatism: a controlled study of the extent and the specificity of suicidal catharsis. *Journal of Affective Disorders*, 85 (3), 283-92.
- Jiménez, J.P. (1999). ¿Investigación en Psicoterapia? Claro que sí. ¿Pero a quién le interesa? *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*.
- Jiménez-Treviño, L., Blasco-Fontecilla, M.D., Braquehais, A., Ceverino-Domínguez, E., Baca-García, D. (2011). Endofenotipos y conductas suicidas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (1), 61-69.
- Jobes, D., Nelson, K. & Peterson, E. (2004). Describing Suicidality: An investigation of Qualitative SSF Responses. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 34(2), 99-112.

- Joiner, Th., (2007/2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge, Massachussets:Harvard University Press.16-45.
- Joiner, Th., Brown, J., Wingate, L. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal Behavior. *Annual Review Psychology*, 56, 287-314.
- Joint, M. (1995). Road rage. AAA Foundation for Traffic Safety. Retrieved May 23, 2003, from [http:// www.aaafoundation.org/resources/index.cfm?button=agdrtext](http://www.aaafoundation.org/resources/index.cfm?button=agdrtext)
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). Sinopsis de Psiquiatría. 8ª edición, 983-992.Philadelphia: Lippincott.
- Kaplan, S. & Pelcovitz, D. (1997) Adolescent Physical Abuse and Suicide attempts, *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 36, 799-808.
- Karasu, T. (1986). The specificity versus non-specificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American. Journal of Psychiatry* 143, 687-695.
- Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V., Woodham, A. & Harrington, R. (1996). R. correlates and short.term course of self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 168, 38-42.
- Kessler, R., Borges, G. & Walters, E., (1999). Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617–626.
- Klerman, G. (1974). Depression and adaptation. In R. J. Friedman and M. M. Katz (Eds), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*.

- Washington, DC: Winston-Wiley.
- Krause, M. (1992). Efectos Subjetivos de la Ayuda Psicológica. Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psykhe*, 1, 41-52.
- Krause, M. (2005). Inicio de la relación de ayuda y modificación de los patrones de Interpretación. En *Psicoterapia y Cambio: una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.(Cap. 5, pp.187-218).
- Kreitman, N. & Dyer, J. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 127-33.
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G. & Yanchar, S. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71, 183-191.
- Latha, K., D'Souza, P. & Bhat, S., (1996). Social support and suicide attempts. *Indian Journal of Social Work*, 57, 386-395.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leibovich, N., Schmidt, V. & Gol, S. (2001). El inventario de expresión de enojo, Estado-Rasgo (STAXI) y su uso en diferentes poblaciones. *RIDEP*, 11, vol.1.
- Lejoyeux, M., Huet, F., Claudon, M., Fichelle, A.,Casalino, E., Lequen, V. (2008).

- Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Archives of Suicide Research*, 12, 30–38.
- Lemerise, E. & Dodge, K. (1993). *The Development of Anger and Hostile Interactions*. En Lewis, M. y Haviland, JNY: Guilford Press.
- Lester, D. (1994). Experience of loss and subsequent suicide. *Perceptual and Motor Skills* 79, 730-738.
- Lester, D. (1997). Suicide in America: a nation of immigrants. *Suicide and Life-Threatening Behavior* , 27 (1), 50-59.
- Lester, D. (2000). Why people kill themselves: A 2000 summary of research on suicide. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Lindner, R. (2006). Suicidality in men in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20, 197-217.
- Linehan, M. (1993a). Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Traducción al castellano por Paidós (2003).
- Linehan, M., Armstrong, H. Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, (48), 1060-1064.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L. A. Craft, J. C., Kanter, J. & Comtois, K. (1999).

- Dialectical Behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Medical Journal Addictions*, 8, .279-92.
- López-Ibor, J., Valdés, M. (2002/1994). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado, Barcelona: Masson, 443-454.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S., Meganck, S., Jansen, M., De Grave, & Corvelein, J.(2007). Dependency and self criticism: Relationship with major depression and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24, 586-596.
- Maddaleno, M., Horwitz N., Jara, C., Florenzano, R. & Salazar, D. (1998). Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 58, 246-9.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483-488.
- Mann, J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals International Medicine*, 136, 302-311.
- Mann, J., Oquendo, M., Underwood, M., & Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *Journal Clinical Psychiatry*, 60, 7-11.
- Mann, J., Waternaux, C., Haas, G. & Malone, K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal Psychiatry*, 156, 181-189.
- Martínez, C. (2005). Intervención en crisis en pacientes con trastorno de

- personalidad limítrofe. *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*. 39, 1, 151-158.
- Maskill, C., Hodges, I., McClellan, V. & Collings, S. (2005). *Explaining Patterns of Suicide: A selective review of studies examining social, economic, cultural and other population-level influences*. Wellington: Ministry of Health, New Zealand.
- Mazurk, P. (1993). Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of "Final Exit". *New England Journal of Medicine*, 329, 1508–1510.
- McKeown, R. (1998). Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 612–619.
- Melaa, M., Balbuena, M., Duncan, C., Wong, S., Gu, D., Polvy, N. & Gordon, A. (2008). The STAXI as a measure of inmate anger and a predictor of institutional offending. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, (3), 396–406.
- Melis, F., Dávila M. Á., Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C. & Gloger, S. (2001). Estandarización del P.B.I. (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. *Revista Chilena de neuropsiquiatría*, 39, 132-139.
- Ministerio de Salud (MINSAL) Gobierno de Chile (2007). *Informe final estudio de carga y carga atribuible*. Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile y Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria.

Ministerio de Salud (2009a). Protección de la Salud – Depresión. Downloaded on september 22, 2009 from http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/proteccion/saludmental3.html.

Ministerio de Salud (MINSAL) Gobierno de Chile (2009b). *Boletines ENO, Estadísticas de la Población Chilena*. Departamento de Epidemiología. Departamento de Estadísticas e información en salud.

Ministerio de Salud-Universidad Católica (2009). *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2004*.

Minois, G., (1999). History of suicide: voluntary death in Western culture. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

Morales, S., Echávarri, O. Zuloaga, F., Barros, J. & Taylor, T. (2011). Cómo perciben su propio riesgo suicida pacientes hospitalizados por intento o por ideación. *Revista Terapia Psicológica*. Sometido a publicación.

Morales, S., Echávarri, O., Fischman, R., Zuloaga, F., Barros, J. & Taylor, T. (2012). Cómo perciben la ayuda recibida pacientes hospitalizados por riesgo suicida. *Revista Terapia Psicológica*. Sometido a publicación.

Morales, S., Echávarri; Fischman, R., Barros, J., Mendiburo, A. (2012). Cambio después de una hospitalización psiquiátrica por riesgo suicida. *Revista Terapia Psicológica*. Sometido a publicación.

- Morgan, H., Jones, E. & Owen, J., (1993). Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The Green Card Study. *British Journal of Psychiatry*, 163, 111–112.
- Murphy, G. (1975). The Physician's Responsibility for Suicide. II. Errors of Omission. *Annals of Internal Medicine*, 82, 305-309.
- Nisbet, P. (1996). Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 96, 325–340.
- Nock, M., Teper, R. & Hollander, M. (2007). Psychological Treatment of self injury among adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1081-1089.
- Novaco, R. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.), *Mental disorder and violence: Developments in risk assessment* (pp. 137–159). Chicago: *University of Chicago Press*.
- Novaco, R. (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 2, 77–88.
- OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing.
- Opazo, R. (1992). *Fuerzas de cambio en psicoterapia: Un Modelo Integrativo*. Santiago, Chile: Ediciones CECIDEP.
- Oquendo, M., Bongiovi-García, M., Galfalvy, H., Goldberg, P., Grunebaum, M., Burke, A., & Mann, J. (2007). Sex differences in clinical predictors of suicidal acts

after major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*.
164(1):134-41.

Ordoñez, M., Barros, J., Echávarri, O. & Morales, S. (2011). Beyond Mental Illness
Archives Suicide Research. Sometido a Publicación.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Prevención del suicidio*. Un instrumento
para docentes y personal institucional.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la
Salud*. Washington DC: OPS. 75324220. Downloaded on September 27th, 2009
from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2009 a). Día mundial de prevención del suicidio.
Downloaded september 11th, 2009 from
<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2009 b). *Comunicación pública: Accidentes
automovilísticos, enfermedades maternas y suicidio, tres principales causas de
muerte en adolescentes*, .Downloaded on september 11th. 2009. From
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/adolescent_mortality_20090911/en/.

Organización Mundial de la Salud (2011). Suicide Prevention and Special
programmes. Downloaded on august 10th, 2011 from
http://www.who.int/mental_health/prevention/en/

Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: La Violencia Autoinflingida. Washington DC: OPS 7:201-231. ISBN 92 75 32422 0. Downloaded on september 27th, 2009 from http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_7.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (2006). *Estadísticas de Salud de las Américas*. Downloaded on september 22th, 2009 from http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/HSA2006_ST.pdf.

Orlinsky, D. & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En: S. Garfield y A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ra. Ed.). New York: Wiley.

Orlinsky, D. & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley

Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En: L. Bergin & L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). Nueva York: John Wiley and Sons.

Paquette, J. & Underwood, M. (1999). Gender differences in young adolescents' experiences of peer victimization: social and physical aggression. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45, 242–266.

Parker, G., Tupling, H. & Brown, B.. (1990). The Parental Bonding Instrument. *Society Psychiatry Epidemiology*, 25, 281-282.

- 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 de Médica de Chile*, 137, 226-233.
- Paykel, E., Myers, J. & Walters, E. (1974). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 124, 460–469.
- Pöldinger, W. (1969). *La Tendencia al Suicidio*. Madrid: Morata.
- Qin, P., Agerbo, E., Westergard-Nielsen, N., Eriksson, T. & Mortensen, P.(2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry*, 177, 546-550.
- Randell, B., Wang, W., Herting, J. & Eggert, L. (2006) Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 255-270.
- Reyes, W. & Miranda, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15 (5), 452-460.
- Roberts, R., Roberts., C. & Xing, Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives of Suicide Research*, 14, 66–78.
- Ros-Montalbán, S. (1998). *La conducta suicida*. Madrid: Ela-Arán.
- Roy, A. (1986). *Suicide in schizophrenia*. Baltimore: Williams & Wilkins, 97–112.
- Rudd, M., Joiner, T. & Rabah, M. (2001). *Treating suicidal Behavior: An effective time limited approach*. New York: Guilford Press.

- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (2008). : *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Using Epidemiology to plan services: A conceptual approach. Fifth Edition, chapter 6. New York: Blackwell Publishing.
- Safran, J., Muran, J. & Samstag, L. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation, *Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). The working alliance: Theory, research, and practice. Wiley series on personality processes..* New York, NY: John Wiley and Sons, 225-255..
- Salvo, L. & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 46 (2), 115-123.*
- Santibañez, P., Román, F., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D. & Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en Psicoterapia. *Revista Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos, 26,1, 89-98.*
- Sarro, B. (1984). Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Revista de psiquiatría y Psicología Médica Europa Amércia Latina, 16, 512-516.*
- Schmidtke, A. (2000). Selbstschädigendes und suizidales Verhalten. Störungen der Impulskontrolle. Vortrag in der Psychiatrischen Universitätsklinik Schmidtke A. Selbstschädigendes und suizidales Verhalten. Störungen der Impulskontrolle. Vortrag in der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg.
- Schmidtke, A. & Bille-Brahe U., Deleo, D., Kerhof, A., Bjerke, T. & Crepet, P. (1999). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO

- Multicentre study on Parasuicide. *Acta Psychiátrica Scandinava*, 93, 327-338.
- Schreiber, J. (2010), Suicidal ideation and behavior in adults. Downloaded on February 9, 2010 from <http://www.uptodate.com/home/index.html>. Accessed Feb. 9, 2010.
- Schwartz, M. & Wiggins, O. (1987). Diagnosis of ideal types: A contribution to psychiatric classification. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 227-291.
- Shagle, S. & Barber, B. (1995). Social ecological analysis of adolescent suicidal ideation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 114-124.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. (1994). *Definition of Suicide*. Jason Aronson INC: Northvale, New Jersey.
- Shneidman, E. (1996). *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford UP.
- Shneidman, E. & Farberow, N. (2010). *Clues to suicide*. New York: Mc Graw Hill; 1961; 17-52.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 40, (1), 9-20.
- Slaikeu, K. (1994). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Smilkstein, G. (1987). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.

- Smith, J., Alloy, L. & Abramson, L. (2006). Cognitive Vulnerability to Depression, Rumination, Hopelessness, and Suicidal Ideation: Multiple Pathways to Self-Injurious Thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 443-453.
- Spielberger, D. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory Manual*. Odessa, Florida, Psychological Assessment Resources
- Spielberger, D., Charles, D., Sydeman, S., Sumner, J., Owen, A., Marsh, E. & Brian, J. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory: Research Edition*. Odessa: Psychological assessment resources.
- Stack, S. (1996). The effect of marital integration on african american suicide. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 26 , 405-414.
- Stanley, B. Brodsky, B., Nelson, J., & Dulit, R. (2007) Brief Dialectical Behavior Therapy (DBT-B) for Suicidal Behavior and Non-Suicidal Self Injury. *Archives of Suicide Research*, 11:4,337 — 341
- Stark, Hall, O'Brian & Smith (1995). Suicide after discharge from psychiatric hospitals in Scotland. *British Medical Journal*, 3(11): 1368-1369.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J. Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschiweilerstern, N. & Tronick, E. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the 'something more' than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79:903-921.
- Stoelb, M. & Chiriboga, J. (1998). A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*, 21, 359-370.

- Strauss, A., Corbin, J., (1998). *Basic of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. New York: Sage.
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo A. & Lönquist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide. Findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 104, 117-121
- Suominen, k., Isometsä, E. & Suokas, J. (2004). Completed Suicide After a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 161, 563-564.
- Swann, A., Dougherty, D., Pazzaglia, P., Pham, M., Steinberg, J. & Moeller, F. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162 (9), 1680–1687.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós
- Taylor, T., Morales, S., Zuloaga, F., Echávarri, O. & Barros, J. (2011). What Parents Tell Us: Perspectives of Chilean Parents whose Children were Hospitalized for Suicide Ideation or a Suicide Attempt. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Artículo aceptado para su publicación.
- Tellenbach, H. (1983). *Melancolía, delirio y epilepsia del original Schermerhorn, Wahn und Fallsucht in der abendländischen Dichtung*. Guido Pressler: Hürtgenwald University Press.
- Toomela, A. (2007). Culture of science: Strange history of the methodological thinking

- in psychology. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 41, 6-20.
- Trull, T. & Jerry, P. (2003). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: International Thomson Editores, S.A.
- Urbano, A. (2006). El uso diferencial, según la variable género, de las herramientas terapéuticas en tratamiento residencial. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 276-81.
- Vasquez, F., Coronado, O., Morocho V. & Salgado, V.,(2002), A contribution to genetic factor in suicidality based on family history, *American Journal of Medical Genetics*, 114.1-7.
- Veit, C. & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 730-742.
- Viviani, R., Kächele, H. & Buchhim, A. (2011). Models of change in the psychotherapy of borderline personality disorders. *Neuropsychoanalysis*, 13 (2), 147-160.
- Volavka, J. (1999). The neurobiology of violence: an update. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 307–314.
- Weinreich, M., Hidalgo, C. (2004). Intervención en salud en familias de alto riesgo biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del funcionamiento familiar. *Psykhe*, 13 (1), 33-42.
- Welz, R. (1994). *The social supports of suicide attempters*. En D. Lester, *Suicide '94*. Denver: AAS.

Werner, A. & Leal, H. (2002). Análisis de las interconsultas de pacientes nuevos recibidas en un policlínico de reumatología de un hospital terciario. *Revista médica de Chile*, 130, 753-759.

Wichstrom, L.(2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 603–610.

Wojnar, M., Ilgen, M., Czyz, E., Strobbe, S., Klimkiewicz, A. Kakubczyk, A., Glass, J. & Brower, K<. (2009). Impulsive-non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders*, 115 (1-2), 131–139.

5. ANEXOS

Anexo 1

Escala de Riesgo-Rescate (Weisman & Worden, 1972)

Nombre Fecha	Fecha
Circunstancias	
Puntuación Riesgo	Puntuación Rescate
Relación Riesgo/Rescate	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE RESCATE
1. Método utilizado 1. Ingestión, cortes, apuñalamiento 2. Ahogamiento, asfixia, estrangulamiento 3. Precipitación, disparo	1. Lugar 3. Familiar 2. No familiar, no lejano 1. Lejano
2. Alteración de la conciencia 1. No evidencia 2. Confusión, semi coma 3. Coma, coma profundo	2 Persona que inicia el rescate 3. Persona "clave" 2. Profesional 1. Transeúnte
3. Lesiones/Toxicidad 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	3. Probabilidad de ser descubierto por un "salvador" 3. Alta, casi segura 2. Descubrimiento incierto 1. Descubrimiento accidental
4. Reversibilidad 1. Buena 2. Favorable. Expectativa de recuperación con el tiempo 3. Mala. Expectativa de secuelas, si se recupera	4. Facilitación del rescate 3. Pide ayuda 2. Deja "pistas" 1. No pide ayuda
5. Tratamiento requerido	5. Demora hasta el descubrimiento

1. Primeros auxilios en Urgencias
 3. Cuidados Intensivos, tratamientos especiales
 - * El **auto rescate** determina automáticamente una puntuación de rescate de 5
 - * Si hay excesivo tiempo de demora en obtener tratamiento después del descubrimiento, reducir la puntuación de rescate 1 punto
 - * Si utiliza varios métodos puntuar el más letal.
3. Inmediatamente 1 hora
 1. Más de tres horas

FACTORES DE RIESGO

5. Alto riesgo (13-15 puntos riesgo)
4. Alto moderado (11-12 puntos riesgo)
3. Moderado (9-10 puntos riesgo)
2. Bajo moderado (7-8 puntos riesgo)
1. Bajo riesgo (5-6 puntos riesgo)

FACTORES DE RESCATE

1. El menos rescatable (5-7 puntos rescate)
2. Bajo moderado (8-9 puntos rescate)
3. Moderado (10-11 puntos rescate)
4. Moderado alto (12-13 puntos rescate)
5. Más rescatable (14-15 puntos rescate)

COMPUTACION DE LAS PUNTUACIONES**RIESGO/RESCATE**

Puntuación Riesgo Puntuación Rescate Puntuación

Riesgo-Rescate

Puntuación riesgo**Puntuación rescate****Puntuación
Riesgo
Rescate**

1	5	17
1	4	20
1	3	25
1	2	33
1	1	50
2	5	29
2	4	33
2	3	40
2	2	50
2	1	60
3	5	38
3	4	43
3	3	50
3	2	60
3	1	75
4	5	44
4	4	50
4	3	57
4	2	66
4	1	80
5	5	50
5	4	56
5	3	63
5	2	71
5	1	83

Anexo 2

Escala de Intención Suicida (Pierce, 1977)**CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS AL INTENTO SUICIDA.**1.- Aislamiento.

- 0 Alguien presente
- 1 Alguien cerca o en contacto.
- 2 Nadie cerca o en contacto.

2.- Momento.

- 0 Escogido de tal manera que la intervención es probable.
- 1 Escogido de tal manera que la intervención no es probable.
- 2 Escogido de tal manera que la intervención es altamente improbable.

3.- Precauciones contra el descubrimiento y o intervención.

- 0 No tomo precauciones
- 1 Precauciones pasivas, evitación de otros, pero sin hacer nada para prevenir su intervención (estar sólo en su pieza, puertas sin llave).
- 2 Activas precauciones como el poner llave a la puerta.

4.- Actuación para obtener ayuda durante o después del intento.

- 0 Notificó a auxiliador potencial respecto al intento.
- 1 Contactó pero específicamente no notificó al auxiliador potencial respecto al intento.
- 2 No contacto ni notificó a auxiliador potencial.

5.- Actos finales en anticipación de la muerte.

- 0 Ninguno
- 1 Preparación parcial o ideación.
- 2 Planes definidos realizados (v.gr.camibios en un testamento, tomar un seguro)

6.- Nota suicida.

- 0 Ausencia de nota.
- 1 Nota escrita pero destruida.
- 2 Presencia de Nota.

AUTOINFORME.

1.- Calificación de letalidad por parte del paciente.

- 0 Pensó que lo efectuado no le provocaría la muerte.
- 1 Inseguro acerca de que lo efectuado le provocaría la muerte.
- 2 Creyó que lo efectuado le provocaría la muerte.

2.- Intento establecido.

- 0 No quiso morir
- 1 Incierto no se preocupó de si viviría o moriría.
- 2 Quiso morir.

3.- Premeditación.

- 0 impulsivo, consideró acto por menos de una hora
- 1 Consideró acto por más de una hora
- 2 Consideró acto por menos de un día
- 3 Consideró acto por más de un día

4.- Reacción frente al acto

- 0 Paciente contento de haberse recuperado
- 1 Paciente inseguro de estar contento o descontento
- 2 Paciente descontento de haberse recuperado

RIESGO**1.-Resultado predecible en términos de la letalidad del acto del paciente y de las circunstancias.**

- 0 Sobreviva segura
- 1 Muerte improbable
- 2 Muerte probable o segura

2.- Habría ocurrido la muerte sin tratamiento médico.

- 0 No
- 1 Incierto
- 2 Sí

RESULTADOS:

- 0 – 3 Baja intención suicida.
- 4 – 10 Mediana intención suicida
- 10 o más Alta intención suicida.

Anexo 3

Cuestionario de funcionamiento familiar

(Smilkstein, 1978)

Por favor indique con un X el espacio que refleje mejor la frecuencia con que está de acuerdo con las siguientes afirmaciones respecto a su familia

	Nunca 0	Algunas veces 1	Siempre 2
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor			
Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero			

Anexo 4

Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Nº Ficha: _____ Sesión Nº _____ Fono: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, básiense en los **ÚLTIMOS SIETE DIAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En el cuestionario el término "**TRABAJO**" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "X" en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	A veces frecuencia	Con frecuencia	Casi siempre	SD	IR	SR
1. Me llevo bien con otros	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nada me interesa	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela/dueña de casa	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela/dueña de casa.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trabajo/estudio/dueña de casa, excesivamente (mas de la cuenta).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me abruma (angustian) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	SD	IR	SR
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>		
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
28. Trabajo/estudio/dueña de casa, tan bien como lo hacía antes.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>		
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela/dueña de casa.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela/dueña de casa.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
42. Me siento triste.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela/casa, que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
45. Me dan dolores de cabeza.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D. Para mayor información con Guillermo de la Parra C.							+	+
© Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC. All Rights Reserved. License Required For All Uses. E-MAIL: gdelap@net.vtr								
Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R. E-MAIL: avonbergen@terra.cl								
Total=								

Anexo 5

Spielberger, C.D. (1996). State-Trait Anger Expression Inventory**(STAXI 2). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.**

Traducción y adaptación al idioma español por Susana Morales Silva
 Doctorado en Psicoterapia, P. Universidad Católica, Universidad de Chile
sumorales@med.puc.cl

Parte 1 Instrucciones

A continuación, hay una serie de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas. Se le solicita que lea cada una y luego marque con un círculo el número que lo (a) representa a usted ahora. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas. No destine demasiado tiempo en una afirmación y por favor responda con aquella afirmación que más se ajusta a su sentimiento actual

EN TOTAL DESACUERDO 1	MEDIANAMENTE DE ACUERDO 2	MUY DE ACUERDO 3
--------------------------------------	--	-----------------------------

COMO ME SIENTO AHORA

1. Estoy furioso (a)

1	2	3
---	---	---

2. Me siento cohibido (a)

1	2	3
---	---	---

3. Me siento enojado (a)

1	2	3
---	---	---

4. Me siento como si estuviera gritándole a alguien

1	2	3
---	---	---

5. Me siento como si estuviera rompiendo cosas

1	2	3
---	---	---

6. Yo soy enojón (a)

1	2	3
---	---	---

7. Me siento como que quisiera golpear una mesa

1	2	3
---	---	---

8. Me siento como que quisiera golpear a alguien

1	2	3
---	---	---

9. Me siento enrabado (a)

1	2	3
---	---	---

10. Me siento como que quisiera maldecir

1	2	3
---	---	---

Parte 2 Instrucciones

A continuación, hay una serie de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas. Se le solicita que lea cada una y luego marque con un círculo el número que indica cuál lo (a) representa como usted generalmente se siente. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas. No destine demasiado tiempo en una afirmación y por favor responda con aquella afirmación que más se ajusta a su sentimiento en general.

EN TOTAL DESACUERDO 1	MEDIANAMENTE DE ACUERDO 2	MUY DE ACUERDO 3
CÓMO ME SIENTO GENERALMENTE		
11. Soy temperamental		
1	2	3
12. Tengo un temperamento explosivo		
1	2	3
13. Soy una persona enojona		
1	2	3
14. Me enoja cuando me retrasan los errores de otros		
1	2	3
15. Me siento molesto (a) cuando no soy reconocido por un trabajo bien hecho		
1	2	3
16. Pierdo los estribos generalmente		
1	2	3
17. Cuando me enojo digo groserías		
1	2	3
18. Me pone furioso (a) ser criticado (a) frente a otros		
1	2	3
19. Cuando me frustro, me siento como si quisiera golpear a alguien		
1	2	3
20. Me pongo furioso (a) cuando hago un buen trabajo y obtengo una pobre evaluación		
1	2	3

Parte 3 Instrucciones

Todas las personas se enojan o se ponen furiosas de vez en cuando. Sin embargo, la gente difiere en la forma en cómo reaccionan cuando están enojados. Se señalan a continuación, una serie de afirmaciones que describe las reacciones que usualmente tienen las personas cuando se enojan ó cuando se ponen furiosos. Se le solicita que lea cada afirmación y luego marque con un círculo, el número que mejor indica la forma en que a menudo reacciona cuando se enoja. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No destine demasiado tiempo en ninguna de las afirmaciones.

EN TOTAL DESACUERDO 1	MEDIANAMENTE DE ACUERDO 2	MUY DE ACUERDO 3
CUANDO ME ENOJO O ME PONGO FURIOSO (A)		
21. Controlo mi temperamento		
1	2	3
22. Expreso mi enojo		
1	2	3
23. Me guardo las cosas en mi interior		
1	2	3
24. Soy paciente con los demás		
1	2	3
25. Pongo mala cara o de mal humor		
1	2	3
26. Me alejo de la gente		
1	2	3
27. Hago comentarios sarcásticos		
1	2	3
28. Me mantengo controlado (a)		
1	2	3
29. Hago cosas como dar portazos		
1	2	3
30. Hiervo por dentro, pero no lo demuestro		
1	2	3
31. Controlo mi conducta		
1	2	3
32. Soy peleador (a) con los demás		
1	2	3

EN TOTAL DESACUERDO 1	MEDIANAMENTE DE ACUERDO 2	MUY DE ACUERDO 3
33. Tiendo a guardar rencores que no le cuento a los demás		
1	2	3
34. Elimino (borro) todo lo que me pone furioso (a)		
1	2	3
35. No puedo detenerme, pierdo la paciencia		
1	2	3
36. Soy íntimamente bastante crítico (a) con los demás		
1	2	3
37. Soy más rabioso (a) de lo que estoy generalmente dispuesto (a) a admitir		
1	2	3
38. Me calmo más rápidamente que la mayoría de la gente		
1	2	3
39. Digo groserías		
1	2	3
40. Intento ser tolerante y comprensivo (a)		
1	2	3
41. Me irrito mucho más de lo que las personas imaginan que lo hago		
1	2	3
42. Pierdo la paciencia		
1	2	3
43. Si alguien me molesta, estoy preparado (a) para decirle como me siento		
1	2	3
44. Controló mis sentimientos de rabia		
1	2	3

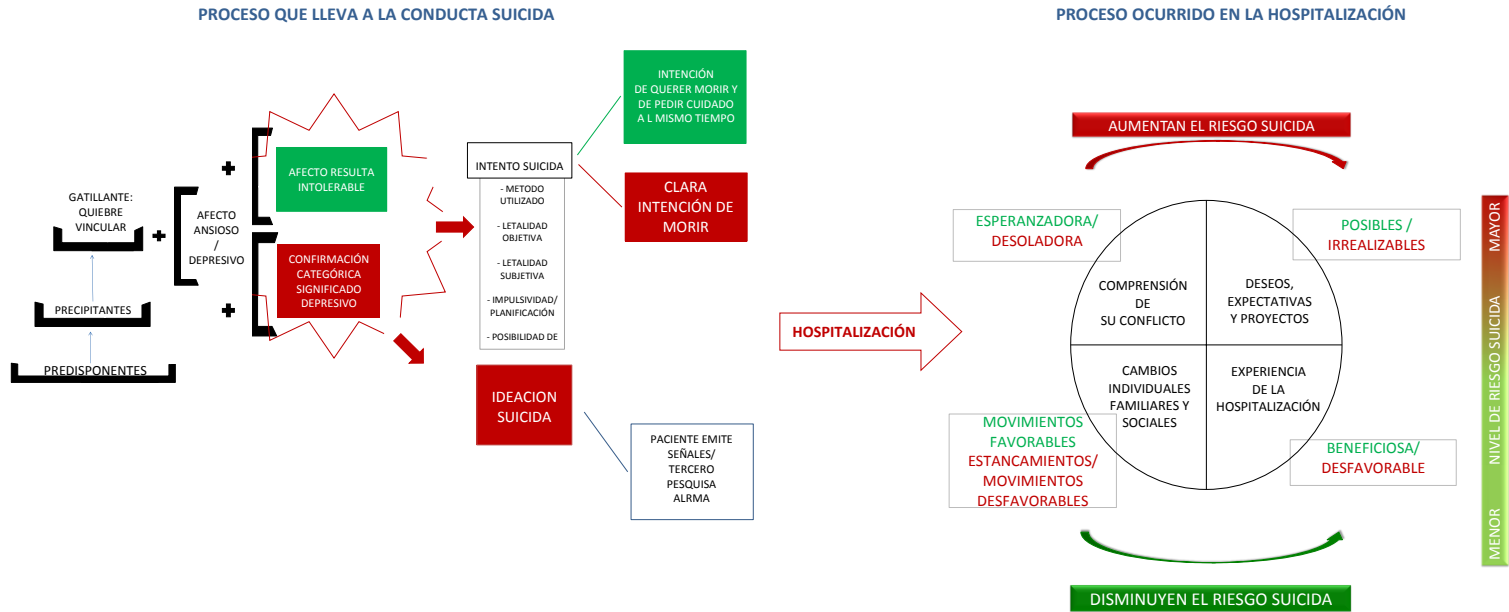
Spielberger, C.D. (1996).

Diagrama Comprensivo Evolución del Riesgo suicida

En hoja plegable adjunta.

-

EVOLUCIÓN RIESGO SUICIDA



HISTORIA Y CONTEXTO INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL