



REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Revista Oficial de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología (FIAP)
[Official Journal of the Latin-American Federation of Psychological Associations]

www.elsevier.es/rips



Vivencia-expresión de la rabia y razones para vivir en un grupo de pacientes chilenos con riesgo suicida



Susana Morales^{a,*}, Ronit Fischman^b, Orietta Echávarri^a, Jorge Barros^a, Iván Armijo^c, Claudia Moya^d, María de la Paz Maino^a y Catalina Núñez^a

^a Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^b Servicio de Neurología y Psiquiatría, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile

^c Facultad de Psicología, Universidad Gabriela Mistral, Santiago, Chile

^d Escuela de Enfermería, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Recibido el 14 de diciembre de 2015; aceptado el 25 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 10 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Manejo de la rabia;
Depresión;
Riesgo suicida;
Razones para vivir

KEYWORDS

Anger management;
Depression;
Suicide risk;
Reasons for living

Resumen Este estudio profundiza en factores de riesgo y protectores de la conducta suicida, comparando 676 consultantes a salud mental con cuadro depresivo, con y sin riesgo suicida, en 3 centros de salud de la Región Metropolitana de Chile. La muestra se dividió en: I) sin conducta suicida ($n = 354$), y II) con conducta suicida actual ($n = 321$). El grupo con conducta suicida fue subdividido en: a) ideación suicida, sin intento de suicidio ($n = 165$); b) intento de suicidio de baja gravedad ($n = 71$), y c) intento de suicidio de alta gravedad ($n = 85$). Se estudió la vivencia y la expresión de la rabia (STAXI-2) y las razones para vivir (RFL). Se realizaron análisis descriptivos y de correlación. El grupo sin conducta suicida mostró una experiencia y expresión de la rabia más funcional y más importancia a más razones para vivir. El subgrupo con ideación suicida mostró mayor disfuncionalidad en sobrecontrol de la rabia. Se destacan como razones para vivir el no querer dañar a los hijos ni causar sufrimiento a la familia. También se resalta como factor protector la creencia en las propias capacidades de afrontamiento. Los resultados contribuyen a la prevención y el tratamiento de consultantes con riesgo suicida.

© 2016 Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Experience-expression of anger and reasons for living in a group of Chilean patients with suicide risk

Abstract This study aimed to deepen in risk and protective factors of suicidal behavior by comparing mental health consultants, mostly with depressive symptoms, with and without suicidal risk. Six hundred and seventy-six consultants were studied in 3 health centers in the

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: sus.mosi@gmail.com, sumorales@med.puc.cl (S. Morales).

Metropolitan region in Chile. The sample was divided into 2 groups: I) without suicidal behavior ($n = 354$), and II) with current suicidal behavior ($n = 321$). At the same time, the group with suicidal behavior was divided into 3 subgroups: a) suicidal ideation, without current suicide attempts ($n = 165$); b) low severity suicide attempt ($n = 71$), and c) high severity suicide attempt ($n = 85$). The studied variables were experience and expression of anger (STAXI-2) and dissuasive reasons to commit suicide (RFL). Descriptive and correlation analyzes were performed. The consultants without suicidal behavior showed a more functional experience and expression of anger, and they emphasized the importance of more reasons for living than the group with suicidal behavior. The suicidal ideation subgroup showed a greater dysfunction in relation to over-control rage. They stand as reasons for not wanting to commit suicide, not want to harm the children or cause suffering to the family. It also highlights as protective factor believe in their own coping abilities in difficult situations. The results contribute to the prevention and treatment of suicidal risk consultants.

© 2016 Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las tasas de suicidio han experimentado un importante crecimiento en los últimos 50 años, llegando en la actualidad a una tasa de 11,4 por 100.000 habitantes a nivel mundial (15 por 100.000 hombres y 8 por 100.000 mujeres) (World Health Organization, 2014). Es decir, mueren alrededor de un millón de personas por suicidio al año y se espera que para el 2020 esta cifra llegue a 1,5 millones (World Health Organization, 2014). Se estima que los intentos de suicidio son hasta 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados (World Health Organization, 2012).

En todo el mundo el suicidio se ha constituido en un serio problema de salud pública y la situación en Chile también es preocupante. Según el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Chile se encuentra en el número 13 de los 34 países miembros, con una tasa de 13,3 por 100.000 habitantes, y en el segundo lugar en crecimiento de tasas de suicidio luego de Corea del Sur (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2013). Resulta especialmente alarmante el aumento de muertes de adolescentes producto de homicidios, accidentes de tránsito y suicidios, representando en la actualidad cerca de un 60% del total de las muertes (Ministerio de Salud, 2013b). Esto permite anticipar un aumento en los años de vida saludables perdidos por discapacidad y en la carga de enfermedad en los adultos de los próximos años (Ministerio de Salud, 2013b). En el intento por contrarrestar este problema, el Ministerio de Salud chileno se propuso disminuir en un 15% el aumento en las tasas de suicidio adolescente para la década 2011-2020 (Ministerio de Salud, 2011, 2013a).

Estas cifras dejan en evidencia la gravedad de este problema, a lo que se agrega que el suicidio es un fenómeno altamente complejo. En él participan múltiples variables de distinto tipo: individual, familiar, sociocultural y medioambiental. Variables que, además, se presentan e interactúan de manera particular en cada caso (Dour, Cha y Nock, 2011; Gaynes et al., 2004; McDermott, Schwartz y Trevathan-Minnis, 2012; World Health Organization, 2014).

También se cuenta con antecedentes de estudios realizados en atención primaria que revelan que un 90% de las personas que murieron por suicidio tenían un diagnóstico psiquiátrico, de los que un 80% presentaba sintomatología depresiva (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2011). Además, existe una importante relación entre la conducta suicida y los trastornos de personalidad, en especial con el trastorno límite de la personalidad (American Psychiatric Association, 2014). Al respecto, Joiner, Brown y Wingate (2005) postulan que la desregulación de impulsos y la desesperanza serían importantes factores de riesgo suicida. El intento de suicidio surgiría como una reacción impulsiva ante un estado emocional intolerable, en un estado de conciencia alterado y sin necesariamente una planificación previa (Baumeister, 1990; Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983; Swann et al., 2005). Dour et al. (2011) proponen una relación interactiva entre emociones y cogniciones, caracterizada por una alta reactividad emocional ante situaciones del entorno, por un deficiente control cognitivo y por la incapacidad de generar soluciones alternativas. Al respecto, en el presente estudio nos propusimos profundizar en el conocimiento de la relación entre la conducta suicida y la vivencia y la expresión de la rabia.

Entre los desencadenantes más frecuentes de conducta suicida se encuentran quiebres de tipo vincular ligados a un afecto intenso e insoportable. Pertenecer a ambientes familiares hostiles, críticos y negligentes es un factor de riesgo suicida. De manera consistente existen estudios que muestran que mantener relaciones interpersonales que acompañan y contienen, así como contar con personas significativas a quienes acudir en situaciones de necesidad actúan como factores protectores de depresión y suicidio (Bearman y Moody, 2004; Blatt, D'Afflitti y Quinlan, 1976; Campos, Besser y Blatt, 2013). En el estudio de los factores protectores se ha observado que un mayor número de razones para vivir se asocia a un menor riesgo y reincidencia de la conducta suicida. Entre estas razones destacan tener confianza en uno mismo, contar con habilidades para enfrentar crisis y la preocupación por la familia (Echavarrí et al., 2015; García-Valencia et al., 2007). Es por esto que el presente trabajo también incluye el estudio de las razones para vivir.

Es así como en la presente investigación nos centramos en el estudio de la relación entre la conducta suicida, en consultantes a salud mental, y la vivencia y la expresión de la rabia, y las razones para vivir. Los antecedentes permiten plantear las siguientes hipótesis generales: a) los consultantes a salud mental sin conducta suicida tendrían una vivencia y expresión de la rabia más funcionales que los consultantes con conducta suicida, y b) los consultantes a salud mental sin conducta suicida atribuirían más importancia a una mayor cantidad de razones para vivir que los consultantes con conducta suicida. Los resultados pueden aportar una mejor comprensión de los factores tanto de riesgo como disuasivos de intentar suicidarse. Al mismo tiempo, pueden orientar las evaluaciones clínicas y las intervenciones terapéuticas.

La vivencia de la rabia la conceptualizamos como la disposición a percibir situaciones como molestas o frustrantes y experimentar un aumento en el enojo y la intensidad de este sentimiento en un momento determinado. La expresión de la rabia se refiere al control funcional, sobrecontrol o descontrol de los sentimientos de enojo (Leibovich, Schmidt y Gol, 2001). Las razones para vivir aluden a los motivos para frenar la conducta suicida, dada su relevancia en relación con querer evitar ciertas consecuencias del propio suicidio.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por 676 consultantes a salud mental, desde los 14 años (adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores), de 3 centros asistenciales de distinto nivel socioeconómico de la Región Metropolitana de Santiago de Chile: Hospital Sótero del Río (50,14%), Clínica UC San Carlos de Apoquindo (30,62%) y Centro de Salud Mental San Joaquín (19,24%). Los participantes fueron evaluados entre junio de 2010 y diciembre de 2014. El promedio de edad fue de 39,5 años ($DE = 14,83$), con un rango de 14 a 83 años. Participaron un 79% ($n = 534$) de mujeres y un 21% ($n = 142$) de hombres. El 41,3% ($n = 279$) de la muestra estaba casado, el 16,4% ($n = 111$) estaba viudo o separado, el 42,3% ($n = 286$) soltero y el 63,9% tenía hijos. El 20,1% tenía estudios superiores y el 26,6% estaba sin ocupación. Para el detalle de las características sociodemográficas se puede consultar la tabla 1.

La muestra fue categorizada en 2 grupos: I) sin conducta suicida al menos en el último año (SCS, $n = 354$), y II) con conducta suicida actual (CCS, $n = 321$). A su vez, el grupo CCS fue dividido en 3 subgrupos: a) ideación suicida, sin intento de suicidio actual ($n = 165$); b) intento de suicidio de baja gravedad ($n = 71$), y c) intento de suicidio de alta gravedad ($n = 85$).

Procedimiento de recopilación de la información

Se seleccionaron los participantes del estudio de forma intencionada, verificando que cumplieran con los criterios de inclusión: mayor de 14 años, con juicio de realidad conservado, en condiciones de responder las preguntas de la evaluación y de consentir informadamente su participación. Se establecieron como criterios de exclusión:

consultantes que no se encontraran en condiciones emocionales, cognitivas o de estado de conciencia para responder a la evaluación y quienes no otorgaron su consentimiento. También fueron excluidos consultantes con diagnóstico principal de dependencia a sustancias, trastornos alimentarios, trastornos psicóticos y trastornos cognitivos. Una vez determinados los diagnósticos clínicos, con los respectivos equipos tratantes, se explicó a cada participante en qué consistía el estudio y se solicitó su participación de forma voluntaria junto con la firma del documento de consentimiento/sentimiento informado. Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con las recomendaciones de los comités de ética de las instituciones participantes, con el consentimiento informado por escrito de todos los sujetos, de acuerdo con la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000). En el caso de los participantes menores de edad, se pidió el consentimiento informado del padre/madre o tutor responsable a cargo, junto con el respectivo asentimiento del/de la menor de edad. Se efectuó una encuesta sociodemográfica para recopilar antecedentes generales, junto con el motivo de consulta, y se aplicaron los instrumentos para evaluar las variables del estudio a los participantes.

Instrumentos

State Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) (Forgays, Forgays y Spielberger, 1997, 2010) validado al idioma español. Evalúa desde la perspectiva del participante:

1. Vivencia de la rabia, en 2 dimensiones: a) estado: mide la intensidad del sentimiento, desde una molestia hasta la rabia intensa, en un momento determinado, y b) rasgo: mide la disposición a percibir situaciones como molestas o frustrantes y a experimentar un aumento en el estado de enojo.
2. Expresión de la rabia, en 3 direcciones: a) descontrol: mide la expresión del enojo hacia otras personas u objetos del ambiente; permite conocer la frecuencia de la expresión del enojo con otros; b) sobrecontrol: se refiere a la frecuencia con que la persona suprime los sentimientos de enojo, y c) control funcional de la rabia: hace referencia a la frecuencia con que se controlan los sentimientos de enojo.

Consta de 44 ítems con respuesta mediante escala tipo Likert de 3 puntos, que expresan las categorías: «muy en desacuerdo», «medianamente de acuerdo», «muy de acuerdo». Ha reportado buenos niveles de confiabilidad con un alfa de Cronbach entre 0,73 y 0,93. El STAXI-2 no está validado en Chile, por lo que para su aplicación se realizó una prueba de correspondencia de idiomas (inglés-español-chileno) y comprensión de ítems y lenguaje con 20 evaluaciones de prueba. La muestra de este estudio arrojó una consistencia interna medida según el alfa de Cronbach de 0,85.

Con base en los indicadores de la escala original, y adaptados a la aplicación a la población chilena, se consideran indicadores de posible disfuncionalidad el aumento de puntajes en las escalas de vivencia de la rabia (estado y rasgo de rabia), así como también en expresión (compuesta) de la rabia (externalización, guardado menos control). Se

Tabla 1 Características sociodemográficas de los consultantes. Diferencias entre grupos

Variable	Total <i>n</i> = 676	SCS Sin conducta suicida <i>n</i> = 354	Ideación suicida <i>n</i> = 165	CCS Intento suicida de baja gravedad <i>n</i> = 71	Intento suicida de alta gravedad <i>n</i> = 85	<i>P</i>
<i>Edad (años)</i>						
Promedio	39,50	42,06	38,59	32,66	36,19	< 0,001 ^a
Desviación estándar	14,83	14,47	14,71	13,22	15,45	
<i>Sexo (%)</i>						
Femenino	79	80	81	72	79	0,450 ^b
Masculino	21	20	19	28	21	
<i>Estado civil (%)</i>						
Casado/a	41,3	46,6	38,8	29,6	34,1	0,004 ^c
Soltero/a	42,3	35,6	45,5	60,6	49,4	
Viudo/a o separado/a	16,4	17,8	15,8	9,9	16,5	
<i>Tiene hijos (%)</i>						
Sí	63,9	69,5	62,4	49,3	55,3	0,004 ^d
<i>Escolaridad (%)</i>						
Con estudios superiores	0	20,9	17,0	29,6	15,3	0,097 ^e
Sin estudios superiores	79,9	79,1	83,0	71,4	84,7	
<i>Situación ocupacional (%)</i>						
Trabajo remunerado	33,0	30,6	36,2	35,2	35,3	< 0,001 ^f
Estudiante	22,4	15,4	24,5	35,2	36,5	
Desempleado	26,6	37,1	14,7	15,5	14,1	
Dueño de casa	18,1	16,9	24,5	14,1	14,1	

p corresponde a la probabilidad asociada a la prueba de diferencias significativas en cada indicador entre los grupos de estudio.

^a En edad se aplicó un ANOVA entre los grupos. Las diferencias se encontraron entre los grupos de intento de baja y de alta gravedad con el grupo sin conducta suicida.

^b En sexo se generó una variable dummy, 1 = sexo masculino y 0 = sexo femenino, y se aplicó un ANOVA.

^c En estado civil se aplicó la prueba de Ji cuadrado usando la corrección de Bonferroni; se encontraron diferencias significativas entre el grupo sin conducta suicida y el grupo de intento de baja gravedad.

^d En tenencia de hijos se aplicó un ANOVA entre los grupos, considerando la variable dummy 1 = tiene, 0 = no tiene, corrigiendo por heterocedasticidad. Las diferencias se encuentran entre el grupo de intento de baja gravedad y grupo sin conducta suicida.

^e En estudios superiores se aplicó un ANOVA entre los grupos. No se encontraron diferencias significativas entre ellos.

^f En situación ocupacional se aplicó la Ji cuadrado usando la corrección de Bonferroni; se encontraron diferencias significativas entre los 3 grupos con conducta suicida (ideación, intento suicida de baja gravedad e intento suicida de alta gravedad) y el grupo sin conducta suicida.

consideran indicadores de funcionalidad la disminución de puntajes en la subescala control (adecuado) de la rabia.

Escala Reasons for Living (RFL) (Linehan et al., 1983). Indaga sobre creencias, expectativas y capacidades de los sujetos como mediadores en la conducta suicida. Evalúa las razones para vivir que disuaden de cometer suicidio, según la importancia que el evaluado otorga a cada una de ellas. Está compuesta por 48 ítems con respuesta mediante escala tipo Likert de 6 puntos, que se agrupan en 6 subescalas: a) confianza en las propias capacidades de afrontamiento en situaciones difíciles; b) miedo a la muerte y a la desaprobación social; c) responsabilidad con la familia; d) preocupación por los hijos; e) percepción de incapacidad para suicidarse, y f) objeciones morales. Ha reportado buenos índices de confiabilidad (0,72-0,89) en su escala original. En este estudio se aplicó la versión original traducida al español, con autorización directa de su autora. Esta escala no está validada en Chile, por lo que para su aplicación realizamos una prueba de correspondencia de idiomas

(inglés-español-chileno), de comprensión de ítems y del lenguaje con 20 evaluaciones de prueba. Con la muestra del presente estudio arrojó una consistencia interna medida con alfa de Cronbach de 0,96.

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

Procedimiento de análisis de los datos

Una vez obtenidos los antecedentes demográficos, se clasificó a los participantes según centro de atención, sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad y tenencia de hijos. En los casos con intento suicida actual, se calculó un puntaje integrado de riesgo-rescate (Weisman y Worden, 1972)

Tabla 2 Distribución de consultantes según centros de atención de salud, edad y diagnósticos agrupados (n = 676)

Diagnóstico/centro	Clínica UC San Carlos		Centro de SM San Joaquín		Hospital Sótero del Río		Total
	Adolescente	Adulto	Adolescente	Adulto	Adolescente	Adulto	
Trastorno del ánimo	33	164	13	114	12	321	657
		197		127		333	
Otros trastornos	8	2	2	1	2	4	19
		10		3		6	
Total		207		130		339	676
Porcentaje		30,62		19,24		50,14	100,00

e intención suicida (Pierce, 1981), clasificando los intentos suicidas en niveles de alta y baja gravedad.

Para los análisis con el instrumento STAXI-2 se fusionaron las categorías intermedias del instrumento original generando una sola «medianamente de acuerdo», dado que, al analizar lingüísticamente el contenido de las alternativas, se determinó que la diferencia semántica entre las expresiones «en alguna medida» y «moderadamente» no presentaba una diferenciación que permitiera asegurar la ordinalidad de la escala a efectos de su puntuación.

Para los análisis estadísticos se optó por la recomendación de los autores que proponen una agrupación de subescalas de expresión de la rabia que se calcula: expresión de la rabia = exteriorización de la rabia + rabia guardada en el interior – control del enojo + 16. Este puntaje indica «la frecuencia y la probabilidad de expresar inadecuadamente la rabia sobre sí mismo o sobre los otros» (Mela et al., 2008). En nuestros cálculos, se utilizó este índice sumando 8 puntos, en vez de 16, en función de la escala Likert ajustada. Se realizaron análisis descriptivos, de consistencia interna, ANOVA, prueba HSD de Tukey y F corregidos para heterogeneidad de varianzas según el método de Welch. Para los análisis se efectuó un bootstrapping con un remuestreo de 1.000 muestras para el ajuste de la estimación de todos los indicadores reportados.

Resultados

Como se observa en la tabla 1, la proporción de solteros es mayor en los grupos con riesgo suicida, particularmente en el grupo con intento de suicidio de baja gravedad. Los grupos con intento suicida –de alta y baja gravedad– son más jóvenes y presentan un mayor porcentaje de estudiantes.

En la tabla 2 se presenta la distribución de los participantes según el centro de atención de salud, los diagnósticos psiquiátricos agrupados y el grupo etario. La proporción de adultos es mayor en todos los centros (89,64%, n = 606) en comparación con los adolescentes (10,36%, n = 70).

Los resultados del análisis ANOVA y la prueba de Tukey de la vivencia y la expresión de la rabia muestran diferencias entre el grupo SCS y el grupo CCS. Particularmente en la dimensión estado de rabia (cómo la persona se siente en el momento de la evaluación), el grupo SCS se considera a sí mismo en un estado de rabia menor que el grupo CCS ($t = 6,22$; $p < 0,001$, $d = 2,54$, IC 95% = 1,49; 3,58). En el rasgo de la rabia, el grupo SCS se reconoce a sí mismo siendo

habitualmente menos rabioso que el subgrupo con ideación suicida ($t = 2,95$; $p = 0,017$, $d = 1,37$, IC 95% = 0,18; 2,57).

Examinando la dimensión expresión de la rabia, el grupo SCS refiere sobrecontrolar la rabia en menor medida que el subgrupo con ideación suicida ($t = 4,21$, $p < 0,001$, $d = 1,35$, IC 95% = 0,53; 2,18). También encontramos diferencias entre los subgrupos CCS. El subgrupo con intento de suicidio de baja gravedad presenta un menor sobrecontrol de la rabia que el subgrupo con ideación suicida ($t = -3,10$; $p = 0,010$, $d = -1,42$, IC 95% = -2,59; 0,25). Consistente con lo anterior, el grupo SCS presenta un mayor control funcional de la rabia que el subgrupo con ideación suicida ($t = 3,47$; $p = 0,002$, $d = -1,11$, IC 95% = -1,93; -0,29) y que el subgrupo con intento de suicidio de baja gravedad ($t = 3,30$; $p = 0,005$, $d = -1,45$, IC 95% = -2,58; -0,32).

En el análisis conjunto de las 3 direcciones relativas a la expresión de la rabia se observaron diferencias en el mismo sentido que las presentadas de forma parcial. Es decir, el grupo SCS expresa más funcionalmente la rabia que el subgrupo con ideación suicida ($t = 3,87$, $p < 0,001$, $d = 2,67$, IC 95% = 0,90; 4,43). El subgrupo con intento de suicidio de baja gravedad presenta una expresión de la rabia menos disfuncional que el subgrupo con ideación suicida ($t = -2,99$; $p = 0,015$, $d = 2,84$, IC 95% = 0,41; 5,27) (tabla 3).

Respecto a las razones para vivir, según el análisis ANOVA y la prueba de Tukey, se observan diferencias significativas entre los grupos SCS y CCS. El grupo SCS otorga mayor importancia a las *propias capacidades de afrontamiento* que los subgrupos CCS: ideación suicida ($t = -10,37$; $p < 0,001$, diferencia media = -1,12, IC 95% = -1,40; -0,85); intento de suicidio de baja gravedad ($t = -2,89$; $p < 0,019$, diferencia media = -0,44, IC 95% = -0,84; -0,05); e intento de suicidio de alta gravedad ($t = -6,17$; $p < 0,001$, diferencia media = -0,87, IC 95% = -1,22; -0,50). Al comparar los subgrupos CCS, el subgrupo con intento de suicidio de baja gravedad otorga mayor importancia para no suicidarse a las *propias capacidades de afrontamiento* que el subgrupo con ideación suicida ($t = -4,07$; $p < 0,001$, diferencia media = 0,68, IC 95% = 0,25; 1,10).

El grupo SCS atribuye mayor importancia a las *objeciones morales* como motivo para no suicidarse que los 3 subgrupos CCS: subgrupo ideación suicida ($t = -4,36$; $p < 0,001$, diferencia media = -0,67, IC 95% = -1,06; -0,27); subgrupo con intento de suicidio de baja gravedad ($t = -4,410$; $p < 0,001$, diferencia media = -0,96, IC 95% = -1,52; -0,40); subgrupo con intento de suicidio de alta gravedad ($t = -3,48$; $p < 0,003$; diferencia media = -0,69, IC 95% = -1,20; -0,18).

Tabla 3 Puntajes promedio y desviación estándar del estado, el rasgo y la expresión de la rabia, según los grupos (n = 676)

Dimensión	Sin conducta suicida	Ideación suicida	Intento de baja gravedad	Intento de alta gravedad	F	p
Estado de rabia	12,42 (3,66)	14,96 (5,13)	13,39 (4,66)	13,59 (4,48)	11,35 ^a	< 0,001
Rasgo de rabia	19,77 (4,96)	21,15 (4,77)	20,73 (4,91)	19,89 (5,30)	3,27	0,002
Sobrecontrol de rabia	17,05 (3,53)	18,40 (3,12)	17,69 (3,45)	16,98 (3,41)	6,56	< 0,001
Descontrol de rabia	15,73 (3,40)	15,93 (3,45)	16,46 (3,57)	15,54 (3,28)	1,12	0,339
Control funcional de rabia	17,53 (3,39)	16,42 (3,52)	16,07 (3,19)	16,70 (3,31)	6,44	< 0,001
Expresión de rabia (dimensión compuesta)	23,24 (7,55)	25,92 (7,21)	26,08 (6,93)	23,82 (6,71)	6,67	< 0,001

Los datos se expresan como media (desviación estándar). p: muestra diferencias estadísticamente significativas con base en la prueba HSD de Tukey.

^a F corregido para heterogeneidad de varianzas según el método de Welch (Welch, 1951).

La *preocupación por los hijos* también es considerada más importante por el grupo SCS comparado con 2 subgrupos CCS: subgrupo con ideación suicida ($t = -4,19$; $p < 0,001$, diferencia media = $-0,79$, IC 95% = $-1,18$; $-0,40$); y subgrupo con intento de suicidio de alta gravedad ($t = -3,17$; $p < 0,008$, diferencia media = $-0,63$, IC 95% = $-1,13$; $-0,12$).

La *importancia de la familia* es mayor para el grupo SCS en comparación con el subgrupo con ideación suicida ($t = -4,35$; $p < 0,001$, diferencia media = $-0,49$, IC 95% = $-0,77$; $-0,21$).

Respecto de los sentimientos de *ser incapaz de suicidarse*, el subgrupo de ideación suicida le atribuye una mayor importancia que el subgrupo con intento de suicidio de baja gravedad ($t = -2,65$; $p < 0,039$, diferencia media = $-0,49$, IC 95% = $-0,97$; $-0,02$).

En cuanto al *miedo a la desaprobación social*, no se observan diferencias entre los grupos. Los puntajes promedio y las desviaciones estándar de las razones para no suicidarse, según los grupos en estudio, se pueden observar en la [tabla 4](#).

En cuanto a ítems específicos destacados de mucha o poca importancia para no suicidarse en los grupos de estudio, observamos lo siguiente: el subgrupo con intento de suicidio de alta gravedad destaca en importancia la razón «El efecto que tendría sobre mis hijos sería muy dañino» y le atribuye la menor importancia a «Mis creencias religiosas lo prohíben». Los subgrupos con intento de suicidio de

baja gravedad y con ideación suicida, y el grupo SCS coinciden en otorgar la mayor importancia al motivo «Le dolería mucho a mi familia y no quiero que sufran». El subgrupo con intento de suicidio de baja gravedad y el grupo SCS le otorgaron la menor importancia a la razón «Soy tan inepto que no resultaría». Por su parte, la razón considerada de menor importancia por el subgrupo con ideación suicida es «Tengo miedo a ir al infierno».

Las correlaciones entre las dimensiones de la vivencia y la expresión de la rabia y las dimensiones de las razones para no suicidarse mostraron que a mayor importancia atribuida a las propias capacidades de afrontamiento para no suicidarse en situaciones difíciles, menor es el estado y el rasgo de rabia, menor es el sobrecontrol de la rabia y mayor el control funcional de la rabia. Así también, en la medida en que se atribuye una mayor importancia a la preocupación por los hijos para no suicidarse, menor es el sobrecontrol de la rabia y menor el estado de rabia. A mayor importancia de las objeciones morales se observa un mayor control funcional de la rabia y una menor expresión disfuncional de esta. Adicionalmente, a mayor importancia atribuida a la percepción de ser incapaz para suicidarse se observa un menor rasgo de rabia. A mayor importancia atribuida a la responsabilidad con la familia se observa un menor estado de rabia. Las correlaciones entre las dimensiones de la vivencia-expresión de la rabia y las razones para vivir se observan en la [tabla 5](#).

Tabla 4 Puntajes promedio y desviación estándar de las razones para no intentar suicidarse según los grupo de estudio

Grupo	Grupo sin conducta suicida (n = 351)	Subgrupo ideación suicida (n = 160)	Subgrupo intento de baja gravedad (n = 64)	Subgrupo intento de alta gravedad (n = 84)	F	p
Razones para no suicidarse: total	4,11 (,0,90)	3,60 (1,11)	3,73 (0,90)	3,67 (,0,97)	3,14 ^a	0,024
Capacidad afrontamiento	4,72 (1)	3,59 (1,40)	4,27 (1,06)	3,85 (1,19)	12,27 ^a	< 0,001
Objeciones morales	3,80 (1,57)	3,14 (1,65)	2,84 (1,73)	3,11 (1,57)	11,95	< 0,001
Preocupación por los hijos	5,12 (1,42)	4,32 (1,85)	4,80 (1,71)	4,49 (1,78)	8,69 ^a	< 0,001
Responsabilidad con familia	4,82 (1,01)	4,33 (1,37)	4,70 (1,09)	4,60 (1,49)	6,35 ^a	< 0,001
Incapacidad para suicidarse	3,16 (1,34)	3,27 (1,26)	2,77 (1,12)	3,08 (1,05)	3,73 ^a	0,011
Miedo desaprobación social	3,05 (1,66)	2,96 (1,56)	2,94 (1,52)	2,91 (1,49)	0,25	0,855

Los datos se expresan como media (desviación estándar). p: muestra diferencias estadísticamente significativas con base en la prueba HSD Tukey.

^a F corregido para heterogeneidad de varianzas según el método de Welch (Welch, 1951).

Tabla 5 Correlaciones de vivencia y expresión de la rabia con razones para vivir

	Estado rabia	Rasgo rabia	Guardarse rabia	Externalizar rabia	Control rabia	Expresión rabia compuesta
<i>RFL (n = 670)</i>						
Afrontamiento	-0,30**	-0,20**	-0,32**	0,0	0,15*	0,21**
Miedo a desaprobación	0,00	0,11	0,00	0,05	0,05	0,00
Responsabilidad con familia	-0,14*	-0,01	-0,11	0,06	0,00	-0,02
Preocupación por hijos	-0,13*	-0,10	-0,15**	-0,02	0,07	-0,11
Percepción incapacidad	0,03	0,14*	0,11	0,06	-0,01	0,08
Objeciones morales	-0,07	-0,04	-0,07	-0,03	0,19**	-0,13**
Puntaje total razones	-0,14*	-0,02	-0,12	0,03	0,12	-0,10

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

Discusión

Se estudió una muestra de 676 consultantes a salud mental, comparando quienes presentaban intento o ideación suicida (CCS) con aquellos que no presentaban conducta suicida en al menos el último año (SCS). Las comparaciones se centraron en la vivencia y la expresión de la rabia y en las razones para vivir. En cuanto a las características sociodemográficas, el grupo CCS se asoció con ser más joven, estudiante y soltero. Los participantes CCS se dividieron en 3 subgrupos: intento de suicidio de alta gravedad, intento de suicidio de baja gravedad e ideación suicida. Sin embargo, las comparaciones entre estos 3 grupos arrojaron pocas diferencias significativas. Los resultados más consistentes se observaron en la comparación entre consultantes con y sin conducta suicida, lo que permite profundizar en aspectos más específicos asociados al riesgo suicida y que otorgan una mayor vulnerabilidad de cometer suicidio.

Tal como se esperaba, el grupo SCS presentó una mayor funcionalidad en la vivencia y la expresión de la rabia. Es decir, un menor estado de rabia en el momento de la evaluación, un menor rasgo de rabia en general, y un menor sobrecontrol de la rabia. Esta diferencia se destacó especialmente con respecto a 2 de los subgrupos CCS: ideación suicida e intento de suicidio de baja gravedad. El subgrupo con ideación suicida mostró una mayor disfuncionalidad en relación con el sobrecontrol y la expresión de la rabia. Estos resultados apuntan a que, en consultantes a salud mental, mayoritariamente con un cuadro depresivo, un manejo más funcional de la rabia actuaría como factor protector del riesgo suicida.

De manera consistente con las hipótesis planteadas, el grupo SCS otorgó importancia para no suicidarse a una mayor cantidad de razones para vivir que el grupo CCS. Al comparar por dimensiones, las razones consideradas más importantes por todos los grupos se refieren a motivos relacionados con no querer dañar a los hijos ni causar sufrimiento a la familia. El grupo SCS otorga mayor importancia a las propias capacidades de afrontamiento en situaciones difíciles y a las objeciones morales. El subgrupo con ideación suicida atribuye una importancia mayor a la incapacidad para suicidarse, pudiendo ser este un factor que inhibe el intento de suicidio. Los resultados permiten pensar que las objeciones de tipo moral y el temor al infierno son factores relevantes

para los consultantes SCS; sin embargo, no serían razones disuasivas en consultantes que presentan riesgo. También se resalta la importancia de fortalecer los vínculos familiares y la necesidad de trabajar terapéuticamente el desarrollo de la confianza en los propios recursos para lidiar con situaciones estresantes. Otros autores también destacan la función de los lazos protectores y el aumento de las razones para vivir en la disminución del riesgo suicida (Flowers, Walker, Thompson y Kaslow, 2014).

De manera consistente se observaron correlaciones significativas entre las dimensiones de las razones para vivir, y de la vivencia y la expresión de la rabia asociadas a la protección o ausencia de riesgo suicida. Esto ilustra la idea de que la conducta suicida es multifactorial y los diferentes factores están interrelacionados. Es decir, la posibilidad de contar con habilidades para enfrentar los problemas y tolerar la frustración contribuye a lograr un mejor manejo de la rabia, todo lo cual, en conjunto, protege del riesgo suicida.

Por otra parte, llama la atención que el subgrupo con ideación suicida no solo no se diferenció de los subgrupos con intento de suicidio (de alta y baja gravedad) en relación con el nivel de funcionalidad, sino que incluso en algunas variables presentó una disfuncionalidad mayor que los otros 2 subgrupos. Esto lleva a pensar que quienes consultan por ideación suicida no necesariamente presentan menor riesgo que quienes consultan por un intento de suicidio. Al respecto, en un estudio chileno se observó que una gran parte de quienes consultaban por ideación suicida habían contado con la intervención de un tercero que detectó el riesgo y tomó medidas oportunas, lo que contribuyó a evitar la realización del intento de suicidio. También es necesario considerar que en este estudio la evaluación se realizó, en promedio, una semana después del intento de suicidio, lo que nos lleva a pensar en cuál es el efecto de llevar a cabo un intento suicida y cuál es el efecto de la sobrevida posterior a un intento suicida. Realizar un intento suicida implica una descarga importante de tensión que puede significar un alivio transitorio. Además, la sobrevida, especialmente en los intentos de alta gravedad, lleva a un cuestionamiento que puede movilizar un replanteamiento del sentido de la vida («por algo quedé vivo»). Si a esto agregamos reacciones familiares de apoyo y preocupación, se podrían comprender los resultados observados respecto al subgrupo con ideación suicida. En este último, habitualmente a una semana de la

consulta o internación, las intervenciones aún no han tenido un impacto relevante para generar cambios en cómo evalúa su situación y en el valor que le atribuye al hecho de estar vivo. También surge la pregunta de por qué el subgrupo con intento de suicidio de alta gravedad no fue el que presentó la mayor disfuncionalidad en cuanto a vivencia y expresión de la rabia. Al respecto, se podría relacionar con el hecho de que los intentos de mayor severidad tienden a ser proporcionalmente más planificados, lo que supone un mayor control de los impulsos.

Los resultados obtenidos aportan una mayor comprensión de ciertos factores asociados al riesgo suicida y contribuyen a la pregunta respecto de qué marca la diferencia entre personas con cuadros clínicos psiquiátricos, agudos o descompensados, en situaciones personales críticas, con y sin conducta de riesgo suicida.

Limitaciones y proyecciones del estudio

El presente estudio se centró en consultantes que presentan, en su gran mayoría (97%), trastornos del ánimo, lo que permitió controlar la variable diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, los resultados no son generalizables a consultantes con otras afecciones, como dependencia de sustancias, trastornos psicóticos, trastornos alimentarios y trastornos cognitivos, aun cuando se ha observado que estas dolencias están altamente asociadas con el riesgo suicida. En este mismo sentido, hubo un subgrupo de participantes que, cumpliendo con todos los criterios de inclusión, rechazaron participar, por lo que las características particulares de este subgrupo no están representadas en la muestra.

Algunos de los instrumentos utilizados aún no están validados para la realidad chilena; no obstante, estos son ampliamente utilizados en servicios de salud chilenos (Escala de Riesgo-Rescate y Escala de Intención Suicida) y en estudios latinoamericanos (STAXI y RFL). A pesar de esta limitación, se cumplieron las etapas iniciales de traducción y comprensión de lenguaje del proceso de validación de estos instrumentos.

Para futuras investigaciones cabe preguntarse acerca de la utilidad de buscar diferencias sustantivas entre grupos con diferente tipo o grado de riesgo suicida. Los resultados apuntan más bien a que no es posible establecer que, en una medición transversal, un subgrupo de riesgo suicida sea de mayor o menor riesgo que otro. En cada subgrupo el riesgo es fluctuante en cada caso a través del tiempo. Y estas fluctuaciones se relacionan con una alta sensibilidad a contingencias personales. Esto muestra la necesidad de estudios longitudinales en que se realice seguimiento de los casos y se pueda observar la evolución del riesgo y los factores asociados a esta evolución.

Estudios de este tipo, con tamaños muestrales suficientes, permitirían establecer comparaciones por sexo, grupo socioeconómico y edad. En el caso particular del grupo de adolescentes sería interesante investigar longitudinalmente cómo evoluciona la vivencia y la expresión de la rabia, ya que existe evidencia de que la desregulación emocional podría asociarse con la falta de maduración del lóbulo frontal (Casey, Jones y Hare, 2008), situación que tendería a cambiar con la madurez del individuo.

Se requieren más investigaciones que contribuyan a la identificación de variables específicas que se asocian con la mayor vulnerabilidad y protección del riesgo suicida. Por ejemplo, estudios relacionados con aspectos más específicos de la calidad de los vínculos, los sentimientos de competencia personal y la regulación emocional, entre otros. Estos conocimientos contribuirían a la orientación y las definiciones de las intervenciones psicoterapéuticas más eficaces en el manejo del riesgo suicida.

Financiación

La elaboración de este artículo contó con financiamiento otorgado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) de Iniciación de Investigación, N.º 11121390.

Patrocinio del Millennium Institute for Research in Depression and Personality (MIDAP). Código del proyecto: IS130005.

Patrocinio del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). Madrid, España: Panamericana.
- Baumeister, R. (1990). *Suicide as escape from self*. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.
- Bearman, P. y Moody, J. (2004). *Suicide and friendships among American adolescents*. *American Journal of Public Health*, 94(1), 89-95.
- Blatt, S., D'Afflitti, J. y Quinlan, D. (1976). *Experiences of depression in normal young adults*. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383-389.
- Campos, R., Besser, A. y Blatt, S. (2013). *Questionário de Experiências Depressivas, QED*. Évora, Portugal: Editorial Universitaria.
- Casey, B. J., Jones, R. M. y Hare, T. A. (2008). *The adolescent brain*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111-126.
- Dour, H., Cha, C. y Nock, M. (2011). *Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts*. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 294-298.
- Echávarri, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, M. P., Fischman, R., et al. (2015). *¿Por qué no me suicidaría? Comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida*. *Psyche*, 24, 1-11.
- Flowers, K. C., Walker, R. L., Thompson, M. P. y Kaslow, N. J. (2014). *Associations between reasons for living and diminished suicide intent among African-American female suicide attempters*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(8), 569-575.
- Forgays, D. G., Forgays, D. K. y Spielberger, Ch. D. (1997). *Factor structure of the State-Trait Anger Expression Inventory*. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 497-507.
- Forgays, D. G., Forgays, D. K. y Spielberger, C. D. (2010). *Factor structure of the State-Trait Anger Expression Inventory*. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 37-41.
- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Arias, S., Ocampo, M., Calle, J., Restrepo, D., et al. (2007). *Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI(4), 610-627.

- Gaynes, B., West, L., Ford, C., Frame, P., Klein, J. y Lohr, K. (2004). Screening for suicide risk in adults: A summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(10), 822–835.
- Joiner, T. E., Brown, J. S. y Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287–314.
- Leibovich, N., Schmidt, V. y Gol, S. (2001). El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (STAXI) y su uso en diferentes poblaciones. *RIDEP*, 11(1), 55–74.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L. y Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276–286.
- Manzini, J. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 6(2), 321–334.
- McDermott, R. C., Schwartz, J. P. y Trevathan-Minnis, M. (2012). Predicting men's anger management: Relationships with gender role journey and entitlement. *Psychology of Men & Masculinity*, 13(1), 49–64.
- Mela, M., Balbuena, L., Duncan, R., Wong, S., Gu, D., Polvi, N., et al. (2008). The STAXI as a measure of inmate anger and a predictor of institutional offending. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(3), 396–406.
- Ministerio de Salud (2011). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Santiago, Chile: Ministerio de Salud [consultado 23 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf>
- Ministerio de Salud (2013a). Panorama de Salud 2013: Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros. Santiago, Chile: Ministerio de Salud [consultado 6 Ago 2015]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_OCDE_2013_21_11_final.pdf
- Ministerio de Salud (2013b). Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. Santiago, Chile: Ministerio de Salud [consultado 18 Mar 2015]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2013). Health at a glance 2013. Paris: OECD Publishing [consultado 18 Jun 2015]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- Pierce, D. (1981). The predictive validation of a suicide intent scale: A five year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 139(5), 391–396.
- Swann, A., Doughert, D., Pazzaglia, P., Pham, M., Steinberg, J. y Moeller, G. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1680–1687.
- Urzúa, M. A. y Caqueo-Urizar, A. (2011). Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 10(3), 721–734.
- Weisman, A. y Worden, J. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives General Psychiatry*, 20, 553–560.
- Welch, B. (1951). On the comparison of several mean values: An alternative approach. *Biometrika*, 330–336.
- World Health Organization (2012). Prevención del suicidio (SUPRE). Ginebra, Suiza: World Health Organization [consultado 23 Abr 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- World Health Organization (2014). Preventing suicide: A global imperative. Cataloguing in publication data (Vol. 1). Geneva, Switzerland: World Health Organization [consultado 23 Abr 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>