

# Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida

Perception of Early Parental Care in Mental Health Consultants with Attempt and Suicidal Ideation

Percepção de cuidados parentais precoces em consulentes a saúde mental com tentativa e ideação suicida

Susana Morales, Iván Armijo, Claudia Moya, Orietta Echávarri, Jorge Barros, Consuelo Varela, Ronit Fischman, Fernanda Peñaloza, Giselle Sánchez\*  
*Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Doi:

## Resumen

Presentamos un estudio cuantitativo de sujetos con conducta suicida, realizado en 176 pacientes consultantes en servicios de salud mental, los que tenían diagnóstico de trastorno depresivo, bipolar y adaptativo. Se estudió la percepción que ellos tenían acerca del modo en que habían sido cuidados por sus padres hasta los 16 años. Los resultados indican que el riesgo de un intento de suicidio de alta severidad se asocia a una percepción de cuidado parental, definido como negligencia en el cuidado y en la protección. Esta asociación sería particularmente clara con la figura paterna. Un vínculo paterno que privilegia la sobre protección, aun si presenta bajos niveles de cuidado, se asocia a menor riesgo de suicidio y/o a intentos suicidas de menor severidad. Un rol materno de cuidado pareciera ser un factor protector. Estos hallazgos abren

preguntas importantes acerca de la necesidad de estudiar factores protectores o de riesgo, en los antecedentes biográficos de los pacientes con riesgo de suicidio.

*Palabras clave:* riesgo suicida, percepción, cuidados parentales tempranos.

## Abstract

We present a quantitative study on people with suicidal behavior, it evaluated 176 patients to mental health consultants, diagnosed with mood disorder, bipolar disorder and adjustment disorder. It investigated about the perception that the evaluated patients had about early parental care, as they remembered to age 16. The results show that the negligence in the care and control, would be related to a higher probability to commit a severe suicide attempt by the child. This association is particularly clear with the father figure. Also, the kind of pater-

\* Susana Morales, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile; Iván Armijo, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile; Claudia Moya, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile; Orietta Echávarri, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile; Jorge Barros, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile; Consuelo Varela, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile; Ronit Fischman, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile; Fernanda Peñaloza, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile; Giselle Sánchez, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La elaboración de este artículo contó con financiamiento otorgado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico FONDECYT de iniciación de investigación N° 11121390.

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Susana Morales, Correo electrónico: sus.mosi@gmail.com

Para citar este artículo: Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C.,... Sánchez, G. (2014). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), pp. 403-417. doi:

nal bond that favors the parental control over the kids, even if it presents low levels of care, it's associated to a lower risk of committing suicide or less severe suicide attempts. The role of maternal care would have a protective role of suicide risk. This findings open important questions about the necessity of studying the protective and risk factors on the biography of the patients with suicidal risk. Also, this investigation invite us to keep on studying this factors, to corroborate this findings and to achieve a better understanding of them.

*Key words:* Suicide risk; early perception of parental care.

## Resumo

Apresentamos um estudo quantitativo de sujeitos com conduta suicida, realizado em 176 pacientes consulentes em serviços de saúde mental. Estudou-se a percepção que eles tinham acerca do modo como tinham sido cuidados por seus pais até os 16 anos. Os resultados indicam o risco de uma tentativa de suicídio de alta severidade, associado a uma percepção de cuidado parental, definido como negligência no cuidado e na proteção. Esta associação seria particularmente clara com a figura paterna. Um vínculo que privilegia o controle excessivo, ainda se apresenta baixos níveis de cuidado, se associa a menor risco de suicídio e/ou a tentativas mais leves. Um rol materno de cuidado parecesse ser um fator protetor. Estes resultados geram perguntas importantes acerca da necessidade de estudar fatores protetores ou de risco, nos antecedentes biográficos dos pacientes com risco de suicídio.

*Palavras-chave:* Risco suicida, percepção cuidados parentais prematuros.

El suicidio es, en la actualidad, un problema de salud pública, ya que presenta importantes tasas de crecimiento en el mundo. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) ha mostrado en su informe de 2011 que Chile está en segundo lugar de crecimiento del suicidio en el periodo 1995-2009, con un aumento de 54.9%. El informe pone en evidencia la situación de nuestro país, donde mueren unas 1800 personas por suicidio cada año. Esto representa una tasa de un 11 por cada

100000 habitantes. De estos, un 4.1 por 100000 son mujeres y 18.5 por 100000 son hombres. Estas cifras tendrían relación con la baja calidad de vida, el elevado consumo de alcohol y los estados depresivos que experimenta la población chilena (OECD, 2011).

Esta situación es especialmente preocupante en los adolescentes chilenos. El Ministerio de Salud señala que la muerte de adolescentes por causas como el suicidio y homicidio representa en la actualidad un 60%. Específicamente el grupo de 15 a 19 años presentó en 2008 una tasa de 7.7 por 100000 habitantes y se espera que llegue a 12 por 100000 habitantes en 2020. En este grupo el suicidio se ubica entre las cinco principales causas de muerte en países americanos, lo que se relaciona con el aumento considerable de conductas de riesgo tales como, actividad sexual temeraria, consumo problemático de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo y alimentación poco saludable (MINSAL, 2011).

El término suicidio se define como la acción de matarse a sí mismo (García de Jalón & Peralta, 2002; Minois, 1999). También se entiende como la acción humana de causar fin a la propia vida (Shneidman, 1985; 1994). La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo plantea como el acto deliberado iniciado y desarrollado para terminar con la propia vida, en conocimiento de la fatalidad del resultado (OMS, 2011). A su vez, la ideación suicida se conceptualiza como el acto de pensar en atentar contra la propia integridad (Sarro, 1984). También se la ha definido como el sentimiento de estar cansado de vivir, la creencia de que no vale la pena la vida y el deseo de no despertar del sueño (Kessler, Borges & Walters, 1999; Paykel, Myers & Walters, 1974). La conducta suicida se considera un proceso que se inicia con la ideación suicida (deseo de muerte, preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal), discurre por el intento suicida y que finaliza, en algunos de los casos, con el suicidio consumado (Gould, Greenberg, Velting & Shafer, 2003).

El suicidio se ha comprendido como una conducta determinada por una constelación de múltiples variables, resultado de una interacción de factores biológicos, del ambiente psicosocial,

enfermedades psiquiátricas, genética e historia familiar (Blumenthal & Kupfer, 1987). Esta combinación de factores interactúa de manera particular para cada persona (De la Espirella, 2010; Dour, Cha & Nock, 2011; García de Jalón & Peralta, 2002; Joiner, Brown & Wingate, 2005; O'Connor, Rasmussen & Hawton, 2010; O'Carroll, Berman, Maris, Moscinski, Tanney & Silverman, 1996; OPS, 2002; Schneidman, 1985, 1994; Silverman, Berman, Sanddal, O'carroll & Joiner, 2007). Aun cuando existen distintos modelos explicativos de tipo bio-psico-social, es todavía difícil predecir esta conducta, pues nuestra comprensión de este fenómeno es limitada.

Se ha demostrado que distintos trastornos psiquiátricos están relacionados con la conducta suicida, principalmente los del ánimo, el abuso de drogas, los trastornos psicóticos y alimentarios (Burbach, Kashani & Rosenberg, 1989; De la Espirella, 2010; Dour, Cha & Nock, 2011; Joiner, Brown & Wingate, 2005; O'Connor, Rasmussen & Hawton, 2010; Schneidman, 1996). Específicamente, se calcula que un 90% de los suicidios consumados está relacionado con trastornos psiquiátricos (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008; Sokerro, Melartin, Rytälä, Leskelä, Lestelä-Mielonen & Isometsä, 2005; Urzúa & Caqueo-Uriza, 2011) y un 80% de estos estaría relacionado con trastornos depresivos (OMS, 2002).

La integración familiar, la paternidad, la autoestima positiva y el bienestar emocional son factores protectores frente a las enfermedades psiquiátricas y el riesgo suicida (Forero, Avendaño, Duarte & Campo, 2006; Sarchiapone, Carli, Janiri, Marchetti, Cesaro & Roy, 2009). La familia cumple un rol fundamental en el desarrollo psicológico, conformándose en un factor protector y de riesgo de la salud mental, en tanto la familia que cuida y protege a sus miembros promueve el desarrollo de competencias personales y previene problemas de salud (Pavez, Santander, Carranza & Vera-Villarreal, 2009). Otro de los factores que influyen en la salud es la capacidad de los seres humanos para entenderse a sí mismos y a los otros, que se fundamenta en la atribución de estados mentales para sí y para los demás. Esta capacidad, denominada mentalización

o función reflexiva, otorga sentido a las acciones de los demás y permite anticiparlas (Fonagy & Target, 1997). Los cuidadores tempranos que presentan una alta capacidad reflexiva son capaces de proveer un apego seguro al niño, debido a que comprenden sus propios estados emocionales y son capaces de regular sus propias reacciones y las relaciones con sus hijos (Morales & Santelices, 2007).

Se ha estudiado la asociación existente entre el patrón de apego temprano con la conducta suicida, en particular el estilo de apego inseguro (Rozenel, 2006; Ruiz & Cano, 2005).

En el ámbito nacional, estudios han demostrado que los estilos parentales se relacionan con el desarrollo psicológico y emocional de niños y adolescentes. Así, estilos de crianza más afectuosos promueven conductas prosociales, la competencia interpersonal, la autorregulación emocional y protegen de la depresión (Florenzano, Cáceres, Valdés, Calderón, Santander, Casasus & Aspillaga, 2010).

Padres que presentan bajos niveles de función reflexiva generan estilos de apegos inseguros. Esto provoca una incapacidad en la regulación de los afectos, en la sensibilidad ante el estrés y en la regulación de las emociones e impulsos, lo que se asocia con una grave fragilidad en la estructura de personalidad y con un mayor riesgo suicida (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Heider, Bernet, Matschinger, Haro, Alonso & Angermeyer, 2007; Ortiz-Tallo & Ferragut, 2010). Estas personas, además, desarrollan una mayor vulnerabilidad a las enfermedades psiquiátricas (Schore, 2010). Lo anterior podría considerarse un trauma relacional, ligado con la formación de la identidad, que se construye en la interacción recurrente con otras personas significativas, donde se produce una influencia mutua. Entonces, el trauma sería una falla en el vínculo de dependencia con el cuidador y con el reconocimiento temprano de la persona (Benjamin, 2012).

El apego desarrollado en la temprana infancia tiene relación con la forma posterior de establecer vínculos con los demás en la adultez, lo que afecta las relaciones interpersonales significativas, el bienestar individual y el ajuste socio emocional. Es así que los patrones de apego temprano tienden a

mantenerse estables durante el tiempo y se transmiten intergeneracionalmente (Fonagy, 1999). Existe una relación entre patrones de apego e ideación suicida, en particular el estilo de apego inseguro, que se asocia con mayor presencia de esta. Esto se entiende dado que la representación negativa de sí mismos y el sentimiento de no merecer ser querido son elementos de vulnerabilidad hacia el riesgo de cometer un acto suicida o pensar en terminar con la propia vida (Lessard & Moretti, 1998).

La percepción de los cuidados parentales tempranos es una variable indicadora del estilo de apego y de la manera en que nos relacionamos con los otros. Se ha señalado que factores como la protección y el cuidado son relevantes para el establecimiento de vínculos con los demás en la adultez (Parker & Mc Nally, 2008). En esta línea de comprensión, una figura materna y paterna, que cuida y controla de manera adecuada, promueve el desarrollo saludable de sus hijos. Por otra parte, la figura paterna y materna controladora puede ser visualizada como intrusiva e interferir en la autonomía. Culturalmente, podemos señalar que se percibe a las madres como figuras sobrecontroladoras, en relación con que ellas estarían mayormente preocupadas de regular los eventos del día a día con los hijos, mientras que los padres tendrían menor contacto con ellos, debido a las extensas jornadas laborales (Lai & McBride-Chang, 2001). De alguna forma, el rol sobre-controlador de la madre interfiere de mayor manera en el desarrollo de la autonomía, no así el del padre, ya que de ellos sí se espera que sean más controladores y restrictivos (Ho, 1987).

En la perspectiva anteriormente señalada, al considerar la conducta suicida como una manifestación de un trauma relacional, es fundamental indagar sobre la percepción de los cuidados parentales tempranos. Para esto seleccionamos el instrumento Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker, 1989), con el propósito de precisar de qué manera estos vínculos se relacionan con el riesgo suicida (cometer un intento suicida o pensar en terminar con la propia vida). Establecimos la hipótesis de que a mayor disfuncionalidad en la percepción del vínculo temprano, mayor será la severidad del intento suicida.

## Método

Se realizó un estudio que evaluó cuantitativamente la percepción de los cuidados parentales tempranos en una población de 176 pacientes consultantes por intento o ideación suicida, diagnosticados con trastorno depresivo, bipolar y adaptativo, en tres centros de atención en Salud Mental en Santiago de Chile. El objetivo fue establecer la relación existente entre la percepción de los cuidados parentales tempranos y los distintos tipos de conducta suicida. Se indagó acerca de la percepción que los pacientes evaluados tenían en la actualidad, en relación con el vínculo establecido con sus figuras parentales hasta los 16 años.

## Instrumentos

Siguiendo el protocolo oficial de las instituciones de salud que albergan este estudio, fueron utilizadas complementariamente dos escalas para los casos de intento suicida. La Escala de Riesgo Rescate (Weisman & Worden, 1972) y la de Intención Suicida (Pierce, 1977). Estas no están validadas en Chile, entonces se realizó una revisión de expertos para detectar posibles problemas en su aplicación en Chile (de idioma y de comprensión de preguntas). Después de haber constatado su aplicabilidad, se utilizaron como un sistema de categorización de los casos. Adicionalmente, se decidió su aplicabilidad, ya que estos instrumentos son utilizados habitualmente en servicios de atención psiquiátrica nacionales, al momento de evaluar las características desplegadas y la intención suicida durante un intento de suicidio (Benavides, Pérez, Eriz, Hillerns & Elgueta, 2002; Fuentes, Echavarrri, Morales, Zuloaga & Parada, 2009). A continuación se detallan las características de estos instrumentos.

**Escala de Riesgo Rescate.** (Weisman & Worden, 1972), mide desde una perspectiva médica, dos variables relacionadas con el intento suicida: (a) El riesgo experimentado, que 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 mide las circunstancias del rescate, 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 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.

**Escala de Intención Suicida** (Pierce, 1977) mide tres variables desde una perspectiva médica: (a) Las circunstancias relacionadas con el intento suicida (Aislamiento, momento escogido para el intento, precauciones tomadas para no ser descubierto, acciones para obtener ayuda después de haber realizado el intento, 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, 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. Evalúa la posibilidad de sobrevivida 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.

Un tercer instrumento utilizado para este estudio fue Parental Bonding Instrument (PBI) (Parker, 1989). Este evalúa la percepción de los cuidados parentales (madre y padre) en retrospectiva, recordando hasta los 16 años de edad. Las dimensiones que arroja son: (a) cuidado (apunta a la presencia o ausencia de este y es definido como afectuosidad, contención emocional, empatía y cercanía o frialdad emotiva, indiferencia y negligencia) y (b) protección (alude a la presencia o ausencia de esta y se define como control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma). Esta última variable, en altos niveles que interfiere con el desarrollo de la autonomía, la conceptualizaremos como sobre control. Con los puntajes obtenidos de esta percepción del vínculo temprano se consigue el tipo de vínculo parental, según cuatro tipologías: control sin afecto (alta sobreprotección, bajo cuidado); constricción cariñosa (alta sobreprotección, alto cuidado); vínculo ausente (baja sobreprotección, bajo cuidado); y vínculo óptimo (baja sobreprotección, alto cuidado). Los tres primeros tipos serían tipos disfuncionales, y el vínculo ausente el más disfuncional. Este instrumento está validado en nuestro país, en una versión adaptada a la población general de colegios y universidades de Santiago. Este instrumento cuenta con estándares nacionales para población general (Melis, Dávila, Ormeño, Vera, Greppi & Gloger, 2001).

Los resultados que entrega esta escala se basan en el concepto teórico de que los seres humanos estamos determinados por los factores ambientales tempranos, lo que da lugar a una percepción determinada y particular de la realidad. Esta se mantiene relativamente estable durante toda nuestra vida (Parker, Tupling & Brown, 1990).

### Participantes

La población estudiada son consultantes a salud mental por ideación o intento suicida, en la Red de Salud U.C., diagnosticados con trastornos depresivo, bipolar y adaptativo. Específicamente del Centro de Salud Mental del Centro Médico San Joaquín, Servicio de Psiquiatría de la Clínica U.C. San Carlos de Apoquindo y en el Servicio de Salud

Mental del Hospital Sótero del Río. La muestra es probabilística, constituida por 176 casos desde los 14 a los 65 años. Estos fueron estratificados en tres grupos según el tipo de riesgo suicida. Los distintos grupos se definieron como se detalla a continuación:

**Grupo con ideación suicida:** Consultantes a salud mental que estén en tratamiento en relación con su ideación suicida.

**Grupo con intento suicida de baja severidad.** Consultante a salud mental que se encuentre actualmente en tratamiento por un intento de suicidio de baja severidad (baja intención de morir, baja letalidad subjetiva u objetiva del intento, medidas compensatorias desplegadas tras el intento suicida).

**Grupo con intento suicida de alta severidad.** Paciente en tratamiento por haber realizado un intento suicida de alta severidad (alta intención de morir, alta letalidad subjetiva u objetiva del intento, o sin medidas compensatorias desplegadas tras el intento suicida).

#### **Procedimiento de recopilación de la información**

Se realizaron los diagnósticos clínicos con el equipo tratante de los pacientes. Luego de explicar y solicitar la participación en forma voluntaria, se procedió a la firma del consentimiento/asentimiento informado, el que se encuentra aprobado por los respectivos comités de ética institucionales. En el caso de los participantes menores de edad, se solicitó el consentimiento informado de los padres o tutores y el asentimiento de los menores. Se aseguró que el paciente comprendiera la naturaleza del estudio y se encontrara en completa libertad para tomar la decisión de participar en este.

Se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión: Ser mayor de 14 años, adolescente o adulto de ambos sexos, que se encontraran con el juicio de realidad conservado y en condiciones, tanto de consentir informadamente su participación, como de responder a las preguntas de la evaluación. Además, se verificaron los criterios de exclusión (en el caso de los pacientes que se dejaron fuera de

esta investigación): Pacientes definidos por la Ley 20.584 Artículo 28 (presentar discapacidad psíquica o mental que impida expresar su voluntad), pacientes que se negaron a participar del estudio y menores de 14 años. Fueron también excluidos pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias, trastornos alimentarios, psicóticos y cognitivos. Si bien estas patologías tienen una alta relación con la conducta suicida, su sintomatología dominante y los requerimientos de tratamiento intrahospitalario, no se relacionaron durante la internación, directamente con el riesgo suicida, aunque este haya sido parte de la comorbilidad. Es así, entonces, que se seleccionaron casos con diagnóstico de trastornos depresivo, bipolar y adaptativo. Esta se determinó para enfocar el estudio hacia estas patologías en particular.

Posteriormente se realizó una encuesta demográfica, donde se recopilaban los antecedentes generales y se consiguió el motivo de consulta. Con este dato se pudo clasificar el tipo de riesgo suicida que tenía el consultante. Los consultantes del grupo de ideación suicida se obtuvieron al preguntar directamente la presencia de esta. En el caso de que el paciente estuviera consultando por haber realizado un intento de suicidio, se les aplicó las escalas de Riesgo Rescate (Weisman & Worden, 1972) y la Escala de Intención suicida (Pierce, 1977). Posteriormente, se aplicó el PBI (Parker, 1989), con el que se consiguió la percepción de los cuidados de las figuras parentales (materna y paterna), en retrospectiva, hasta los dieciséis años.

#### **Método de análisis**

Los antecedentes demográficos permitieron la clasificación de los pacientes por género, edad, centro de atención, estado civil, escolaridad y tenencia de hijos. Así también, 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 calculó un nuevo puntaje en el que se tuvieron en cuenta 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 la tabla 1 se puede observar

Tabla 1  
*Clasificación del Riesgo Suicida General Detectado*

Gravedad general del intento suicida	Nivel de intención suicida	Hospitalización por riesgo suicida	Grupo de riesgo suicida general
No aplica	No Aplica	Sí	Ideación suicida sin intento
Bajo	Bajo	Sí	Intento suicida de baja severidad
Bajo	Medio		
Medio	Bajo		
Medio	Medio		
Alto	Bajo		
Medio	Medio	Sí	Intento suicida de alta severidad
Medio	Alto		
Alto	Alto		
Bajo	Alto		

la clasificación del riesgo suicida detectado en los pacientes evaluados.

Se trabajó con un modelo de regresión logística para determinar los factores que aumentan la probabilidad de (a) la ocurrencia de un intento suicida (en comparación con grupo de ideación suicida); (b) la ocurrencia de un intento de alta severidad (en comparación con intento de baja severidad).

Para la clasificación de los tipos de cuidados parentales percibidos utilizamos la validación para Chile del instrumento PBI (Melis, et al., 2001). A partir de esta norma, se separaron los puntajes altos y medios-bajos y se asignaron a los cuadrantes bajo y alto, respectivamente, para cada uno de los tipos de cuidado parental. Esta clasificación se puede observar en la tabla 2.

## Resultados

La muestra está compuesta por 176 pacientes. El 87% ( $n = 153$ ) presentaba un diagnóstico clínico de un trastorno depresivo, el 8% ( $n = 14$ ) trastorno bipolar y el 5% ( $n = 9$ ) fue diagnosticado con trastorno adaptativo. Un 28.9% ( $n = 41$ ) de hombres, con una edad promedio de 33.6 años (+13,16), edad mínima 14 años y máxima 65 años; 59,9% ( $n = 85$ ) es soltero, 33.8% ( $n = 48$ ) se encuentra con pareja estable y un 6.3% ( $n = 9$ ) es separado o viudo. El 43.7% ( $n = 62$ ) tiene hijos; el 83.7% ( $n = 113$ ) de los casos cuenta con al menos escolaridad media completa. El detalle de la descripción de la muestra se puede observar en la tabla 3.

Tabla 2  
*Asignación de tipos de niveles de cuidado y protección parental*

	Madre			Padre		
	Cuidado		Protección			
Nivel instrumento	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Puntaje	39-33	32-21	20-2	36-19	18-9	8-0
Nivel asignado análisis	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Bajo

Continúa

Puntaje	39-33	32-2		36-19	18-0	
Padre						
	Cuidado			Protección		
Nivel instrumento	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Puntaje	39-33	32-20	19-0	36-18	17-8	7-0
Nivel asignado análisis	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Bajo
Puntaje	39-33	32-0		36-18	17-0	

Tabla 3  
Descripción general de la muestra (N=176)

	Ideación suicida sin intento	Intento suicida de baja severidad	Intento suicida de alta severidad
Número de Casos	95 (54%)	41 (23.3%)	40 (22.3%)
Hombres (%)	21 (22.1%)	11 (26.8%)	12 (30%)
Edad (años) <i>M (+-DT)</i>	35.11 (13.53%)	32.41 (11.66%)	31.27 (13.58%)
Estado Civil			
Soltero	49 (51.6%)	25 (61%)	25 (62.5%)
Casado	28 (29.5%)	11 (26.8%)	14 (35%)
Unión libre	6 (6.3%)	2 (4.9%)	0 (0%)
Separado	7 (7.4%)	3 (7.3%)	1(2.5%)
Viudo	3 (3.2%)	0 (0%)	0 (0%)
Tiene Hijos (%) (Nro.)	54 (56.8%)	19 (46.3%)	17 (42.5%)
Vive con			
Solo	7 (8.1%)	5 (15.2%)	4 (11.4%)
Pareja	11 (12.8%)	2 (6.1%)	1 (2.9%)
Familia	68 (79.1%)	26 (68.8%)	30 (85.7%)
Escolaridad			
Básica Incompleta	4 (4.4%)	0 (0%)	1 (2.6%)
Básica Completa	3 (3.3%)	1 (2.5%)	0 (0%)
Media Incompleta	11 (12.1%)	5 (12.5%)	6 (15.8%)
Media Completa	23 (25.3%)	4 (10%)	2 (5.2%)
Técnica Completa	10 (11%)	3 (7.5%)	3 (7.9%)
Universitaria Incompleta	22 (24.2%)	12 (30%)	15 (39.5%)
Universitaria Completa	18(19.8%)	14 (35%)	10 (26.3%)
Postgrado completo	0 (0%)	1 (2.5%)	1 (2.6%)

Al analizar el tipo de vínculo detectado según los tipos de riesgo, observamos que en términos generales no existen diferencias significativas en

las edades; se observa un predominio del estilo de constricción cariñosa, tanto en el vínculo materno  $n = 72$  (43.9%), como en el vínculo paterno  $n = 47$



(29%) de los casos. El vínculo negligente y el vínculo óptimo tienen una distribución similar, de la siguiente manera en la muestra total:

Vínculo negligente paterno  $n=17$  (10.5%), vínculo negligente materno  $n=14$  (8.5%); vínculo óptimo, figura paterna  $n=16$  (9.9%), vínculo óptimo materno  $n=15$  (9.2%). El detalle en cuanto a los 3 grupos de riesgo suicida se puede observar en detalle en la tabla 4.

Los resultados de la regresión logística, al utilizar como criterio la presencia del intento de suicidio en comparación con el grupo de solo ideación suicida, muestran que la negligencia paterna se asocia a un aumento de la probabilidad de realizar un intento de suicidio (OR= 1.59, 95% IC: [1.12; 25.23]). Más aún, al comparar el grupo de vínculo negligente con todos los otros tipos de vínculo, en su rol de factor de riesgo para el intento de suicidio, se mantiene la figura negligente paterna como factor de riesgo (OR= 3.95, 95% IC: [1.30; 14.88]), patrón que no se observa en el caso de la figura negligente materna (OR= 0.79, 95% IC: [0.23; 2.54]). Más específicamente, niveles bajos o medios de control por parte de la figura paterna

aumentan la probabilidad de que el hijo realice un intento de suicidio de alta severidad (OR= 3.56, 95% IC: [1.20; 11.86]).

### Discusión y conclusiones

Se realizó un estudio en 176 consultantes de salud mental, con intento o ideación suicida, evaluando la percepción que tenían acerca del modo en que habían sido cuidados por sus padres hasta los 16 años. El 87% de los participantes presentaban un diagnóstico clínico de un trastorno depresivo, el 8% un trastorno bipolar y el 5% fueron diagnosticados con trastorno adaptativo. Se establecieron comparaciones entre quienes presentaban ideación suicida sin intento, intento de suicidio de alta severidad e intento de suicidio de baja severidad. En todos los grupos la percepción de haber tenido un vínculo óptimo es muy baja (cerca al 10%) y los tipos de vínculo más frecuentes fueron restricción cariñosa y control sin afecto, principalmente respecto de la figura materna. La percepción del vínculo como negligente también fue proporcionalmente baja. Estos resultados con-

Tabla 4  
Tipo de vínculo temprano percibido según grupo de riesgo suicida

	Grupo de riesgo suicida general			Total
	Ideación suicida sin intento	Intento suicida de baja severidad	Intento suicida de alta severidad	
<b>Control sin afecto</b>				
Padre	29 (34.9%)	11 (26.8%)	7 (18.4%)	47 (29%)
Madre	37 (44.1%)	14 (34.2%)	12 (30.8%)	63 (38.4%)
<b>Constricción Cariñosa</b>				
Padre	40 (48.2%)	23 (56.1%)	19 (50%)	47 (29%)
Madre	32 (38.1%)	22 (53.7%)	18 (46,2%)	72 (43.9%)
<b>Vínculo Negligente</b>				
Padre	4 (4.8%)	4 (9.8%)	9 (23.7%)	17 (10.5%)
Madre	7 (8.3%)	1 (2.4%)	6 (15.4%)	14 (8.5%)
<b>Vínculo Óptimo</b>				
Padre	10 (12.1%)	3 (7.3%)	3 (7.9%)	16 (9.9%)
Madre	8 (9.5%)	4 (9.8%)	3 (7.7%)	15 (9.2%)
Total	84	41	39	164

firman la asociación entre el déficit o fallas en los cuidados y vínculos tempranos con la presencia de psicopatología y riesgo suicida. En nuestra muestra el 95% de los consultantes presentaban trastorno del ánimo, cursando mayoritariamente un cuadro depresivo y es bien conocida la asociación entre depresión y riesgo suicida.

Se ha planteado el estilo de apego como un factor que puede proteger o acrecentar el riesgo para desarrollar psicopatología depresiva y conductas suicidas. Lessard & Moretti (1998) encontraron una asociación entre el estilo de apego inseguro y la ideación suicida. En nuestro estudio, al realizar las comparaciones entre los grupos, se encontró que la percepción de negligencia paterna se asocia a una mayor probabilidad de realizar un intento de suicidio y la percepción de niveles bajos o medios de control por parte del padre aumenta la probabilidad de presentar un intento de suicidio de alta severidad. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis planteada inicialmente, ya que a mayor disfuncionalidad en la percepción del vínculo, mayor fue la severidad del intento, en el caso del padre, y no así respecto de la percepción de los cuidados de la madre. Estos hallazgos llevan a concluir que un tipo de vínculo, por parte del padre, que privilegie el control del hijo, incluso aunque tenga bajo cuidado, puede tener un efecto, estadísticamente significativo, en disminuir la probabilidad de cometer un intento de suicidio de alta severidad. Al respecto, Young, Lennie y Minnis (2011) sostienen que una forma de parentalidad adecuada, de padre y madre, es aquella que mayoritariamente cuida y minoritariamente controla. Sin embargo, también indican que existen otras formas de parentalidad, moderadas y comunes en la mayoría de los padres y madres, que son cuidar a menudo, controlando algunas veces y no cuidar, pero habitualmente controlar. Es necesario considerar que en nuestro estudio analizamos el cuidado en una muestra clínica con riesgo suicida (ideación e intento de suicidio), en la cual el vínculo óptimo fue escaso y, al parecer, en este tipo de casos, sería preferible el control antes que la negligencia, aunque el cuidado sea bajo, especialmente para el caso del vínculo con la figura paterna.

Otros estudios también han mostrado que la negligencia en los cuidados tempranos es un factor de mayor riesgo de psicopatología. Particularmente la observación que el rechazo parental aumenta el riesgo suicida, especialmente cuando existen altos niveles de autocrítica, malestar y depresión (Young, Lennie & Minnis, 2011). Esto es compartido por los autores Lai y McBride-Chang (2001) quienes postulan una asociación significativa entre riesgo suicida y la percepción que los padres son autoritarios, poco cálidos y que presentan prácticas de crianza y clima familiar hostil. En oposición, un clima familiar afectuoso puede actuar como amortiguador frente al desarrollo de ideación suicida en adolescentes (Young, et al., 2011). Otros estudios indican que el sobre control puede ser interpretado como benevolente y aceptable en un ambiente de cuidado, como así también coercitivo y malévolo si se encuentra en un contexto de menor cuidado (Diamond, Didner, Wainel, Priel, Asherov & Arbel, 2005).

¿Cómo podemos comprender las diferencias en la percepción de los cuidados de la madre y del padre que se observan en nuestros resultados? Los resultados presentados resaltan la percepción del vínculo con el padre como protector, o de riesgo, en la severidad de conducta suicida y esto fue independiente del género y de la edad de las personas evaluadas. Consideramos que para comprender estas diferencias es necesario tomar en cuenta aspectos culturales. Clásicamente, el rol del padre se orienta hacia una función principalmente proveedora y nuestros resultados remarcan la importancia del rol paterno en la crianza y cuidado de los hijos. Lai y McBride-Chang (2001) plantean que culturalmente el sobre control de las madres se ejerce en las actividades cotidianas y esto resulta más interferente con el desarrollo de la autonomía. A diferencia de los padres, de los cuales se esperaría que sean más controladores y restrictivos (Ho, 1897). El sobre control del padre puede interpretarse como más cercano al cuidado, por ejemplo, en conductas de restricción horaria, conocimiento de los amigos, énfasis en el respeto de la autoridad, búsqueda y/o acompañamiento de los hijos en salidas y monitoreo de conductas adolescentes límites o de riesgo.

No obstante lo anterior, es insoslayable que en un desarrollo sano, excesivos niveles de control interfieren con el desarrollo de la autonomía. El sobre control parental puede generar dificultades en la autoestima y en el establecimiento de relaciones estables y satisfactorias. Sin embargo, el rol del control parental puede ser diferente en niños y adolescentes vulnerables y con conductas de riesgo, tales como conducta sexual temeraria, consumo problemático de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo y alimentación poco saludable.

Se refuerza, entonces, el rol protector de los cuidados parentales suficientemente buenos, que promueven la capacidad de regulación emocional, el desarrollo de habilidades sociales, la confianza en sí mismo y las habilidades para enfrentar situaciones difíciles (OMS, 2001). Al mismo tiempo, los vínculos de calidad y el apoyo social serían factores importantes para la protección del riesgo suicida.

En cuanto a la transmisión inter generacional del estilo de apego, si bien este se tiende a mantener durante la vida, también se ha sostenido que es posible de modificar con la presencia de nuevas figuras significativas que promuevan un vínculo reparador (Howes, 1999; Sagi, -Schwartz & Aviezer, 2005). Este aspecto resulta especialmente relevante si pensamos en las posibilidades de prevención en el ámbito de la salud pública y en las indicaciones de tratamiento. Ante la vulnerabilidad en los cuidadores principales, la presencia de otros cuidadores puede proteger del desarrollo de psicopatología y riesgo suicida (Edhborg, Lundh, Seimyr & Widström, 2003; Howes, 1999).

En la misma línea, se recomienda generar instancias de promoción de relaciones de cuidado entre las personas de una comunidad, por ejemplo mediante profesores o guías de agrupaciones sociales. En Chile, el programa piloto de la Alianza Chilena contra la Depresión y el Suicidio (ACHID) promueve esta forma de prevención que incluye a la comunidad (Baader, 2012). Los resultados presentados en este artículo destacan la importancia de fomentar el rol paterno, sobre todo en su función de protección desde edades tempranas. En caso de que este no exista, se recomienda el ejercicio del rol paterno por parte de otros familiares o figuras cercanas masculinas sustitutas.

Para el tratamiento psicoterapéutico, se enfatiza en la reparación de las alteraciones o déficits en los vínculos tempranos, y se ofrece la posibilidad de un vínculo terapéutico restaurador. Junto con esto, resulta fundamental promover el desarrollo y recuperación de relaciones cercanas protectoras y contenedoras en momentos de dificultad.

### Limitaciones de este estudio

La focalización en pacientes con trastorno depresivo, del ánimo y adaptativo, nos ha permitido dirigir la búsqueda hacia esas áreas específicas de la patología. No obstante, se ha dejado fuera de este estudio a aquellos pacientes con otras patologías como los trastornos cognitivos, psicóticos, dependencias y trastornos alimentarios. Se conoce la alta asociación de estos últimos con la conducta suicida y el no considerarlos sería una limitación de nuestro estudio. Sin embargo, esto nos ha permitido controlar la variable. Es también una dificultad de esta investigación no incluir a quienes hayan rechazado participar, ya que ese grupo de personas no está representado en nuestros resultados.

El uso de la escala de Riesgo Rescate (Weisman & Worden, 1972) y de Intención suicida (Pierce, 1977), no están validadas para nuestra realidad nacional, lo que puede significar también una limitación para nuestro estudio, ya que podría restar fuerza estadística a nuestros hallazgos. No obstante esta dificultad, al no haber disponibilidad de escalas de evaluación de intentos suicidas validadas para Chile, se decidió acoplarse a los protocolos oficiales de los servicios involucrados y utilizarlas para la clasificación de los pacientes.

El instrumento PBI está validado para Chile en una versión adaptada a la población general, de colegios y universidades de Santiago. Esta escala cuenta con estándares nacionales para población general, lo que difiere de una población clínica. Sería, por lo tanto, una limitación de nuestro estudio.

### Proyecciones de esta investigación

Los resultados obtenidos nos han permitido aportar en la comprensión de la conducta suicida como la expresión de un trauma relacional, donde la

percepción de los cuidados parentales tempranos se evidencia como un factor que puede tanto proteger como poner en riesgo de suicidio. Nos parece relevante continuar profundizando y verificando de qué manera protegen, o ponen en riesgo, los vínculos tempranos con los cuidadores y las particularidades de las experiencias y funciones de la madre y del padre en su asociación con el riesgo suicida. Sería interesante contrastar los resultados presentados con estudios que incluyeran consultantes con otros cuadros clínicos y también con consultantes en salud mental sin fenomenología o riesgo suicida. Esto último permitiría establecer comparaciones y detectar aquellos factores específicos que se asocian a la conducta suicida, diferenciándolo, por ejemplo, de la depresión. En cuanto a la percepción de los cuidados parentales, resulta importante contar con muestras de suficiente tamaño que permitan comparaciones entre consultantes de diferentes grupos etarios, ya que podemos suponer que es diferente la percepción retrospectiva de un adolescente, un adulto o un adulto mayor. Estas diferencias podrían observarse más claramente con tamaños muestrales mayores. Asimismo, es importante considerar otros antecedentes biográficos que pudieran ser gravitantes en el riesgo suicida. Lo anterior, en su conjunto, permitiría precisar criterios para la prevención e intervención en el riesgo suicida.

### Referencias Bibliográficas

- Baader, T. (diciembre, 2012). *Alianza Chilena contra la Depresión (ACHID): Implementación de una Estrategia de Intervención y Prevención en Depresión y Suicidio*. Ponencia presentada en el XVII Congreso Chileno Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Valdivia.
- Bearman, P., & Moody, J. (2004). Suicide and friendships among American adolescents. *American Journal of Public Health, 94*(1), 89-95.
- Benavides, T., Pérez, N., Eriz, E., Hillerns, A., & Elgueta, M. (2002). Intento suicida en la comuna de Panguipulli. *Psiquiatría y salud mental, 19*(1), 18-23.
- Benjamin, J. (2012). El Tercero. Reconocimiento. *Clínica e Investigación Relacional, 6*(2), 169-179.
- 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.
- Burbach, D. J., Kashani, J. H., & Rosenberg, T. K. (1989). Parental bonding and depressive disorders in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 30*(3), 417-429. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2745592>.
- De la Espirella, R. (2010). Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998-2007. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39*(2), 268-290.
- Diamond, G., Didner, H., Waniel, A., Priel, B., Asherov, J., & Arbel, S. (2005). Perceived parental care and control among Israeli female adolescents presenting to emergency rooms after self-poisoning. *Adolescence, 40*(158), 257-272.
- 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.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., & Widström, A. M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives of women's mental health, 6*(3), 211-216.
- Florenzano, R., Cáceres, E., Valdés, M., Calderón, S., Santander, S., Cassasus, M., & Aspillaga, C. (2010). Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza, en estudiantes adolescentes de tres ciudades chilenas. *Cuadernos Médico Sociales, 50*(2), 115-123.
- Fonagy, P. (1999). *Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría*. Ponencia presentada en el Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo. Asociación Psicoanalítica Americana., Washington DC.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Nueva York: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*, 679-700.
- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z., & Campo, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 35*(1), 23-29.

- Fuentes, X., Echávarri, O., Morales, S., Zuloaga, F., & Parada, L. M. (6 de noviembre de 2009). *Programa de intervención pacientes hospitalizados unidad de hospitalización psiquiátrica, Clínica UC San Carlos*. Ponencia presentada en las IV Jornadas de Psiquiatría, Suicidio: Prevención, evaluación y Tratamiento. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
- García de Jalón, E., & Peralta, V. (2002). Suicidio y Riesgo de Suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Pamplona*, 25, 87-96.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D., & Shafer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive intervention: a review of the past 10 years. *American Academy of Child adolescent psychiatry*, 42, 386-405.
- Heider, D., Bernert, S., Matschinger, H., Haro, J. M., Alonso, J., & Angermeyer, M. C. (2007). Parental bonding and suicidality in adulthood. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 41(1), 66-73. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17464683>
- Ho, Y. F. (1987). Fatherhood in Chinese culture. In M. E. Lamb (Ed.), *The father's role: Cross-cultural perspective* (pp. 227-245). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine: Journal of Biobehavioral Medicine*, 41(3), 209-218.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In J. Cassidy, & Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Implications*. Nueva York: The Guilford Press.
- Joiner, Th., Brown, J., & Wingate, L. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review Psychology*, 56, 287-314.
- 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.
- Lai, K. W., & McBride-Chang, C. (2001). Suicidal ideation, parenting style and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*, 36(2), 81-87. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207590042000065>
- Lessard, J. C., & Moretti, M. (1998). Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: attachment patterns and clinical implications. *Journal of Adolescence*, 21(4), 383-395.
- Maddaleno, M., Horwitz, N., Jara, C., Florenzano, R., & Salazar, D. (1987). Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 58(3), 246-249.
- Melis, F., Dávila, M. A., Ormeño, 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 neuro-psiquiatría*, 39(2), 132-139.
- Minois, G. (1999). *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2011). *Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes. En Estrategia Nacional de Salud: Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago: MINSAL.
- Morales, S., & Santelices, M. P. (2007). Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 25(2), 163-172.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscinski, E., Tanne, B., & Silverman, M. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescent: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 52-59.
- OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en).
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Prevención del suicidio: Un instrumento para docentes y personal institucional*. Recuperado de [http://www.familiardesuicida.com.ar/oms/oms\\_docentes.pdf](http://www.familiardesuicida.com.ar/oms/oms_docentes.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*.

- Recuperado de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Suicide Prevention and Special programmes*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/en/)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: La Violencia Autoinflingida*. Recuperado de [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo\\_7.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_7.pdf)
- Ortiz-Tallo, M., & Ferragut, M. (2010). Análisis Cualitativo de la Personalidad de una Actriz. Estudio de Caso y Trastorno de Personalidad Límite. *Revista de Psicología de Clínica y Salud*, 21(2), 167-182. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000&numero=20100628143925421000>
- Parker, G. (1989). The Parental Bonding Instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatric developments*, 7(4), 317-335.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, B. (1990). The Parental Bonding Instrument. *Society Psychiatry Epidemiology*, 25, 281-282.
- Parker, H., & Mc Nally, R. (2008). Repressive Coping, Emotional Adjustment and Cognition in People Who Have Lost loved Ones to Suicide. *Suicide Life Threatening Behaviour*, 38(6), 676-687.
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*, 137, 226-233.
- Paykel, E., Myers, J., & Walters, E. (1974). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 124, 460-469.
- Pierce, D. (1977). Suicidal intent in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130, 377-385.
- Sagi-Schwartz, A., & Aviezer, O. (2005). Correlates of Attachment to Multiple Caregivers in Kibbutz Children from Birth to Emerging Adulthood: The Haifa Longitudinal Study. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.) *Attachment from Infancy to Adulthood* (pp. 165-197). Nueva York: Guilford Press.
- Sarro, B. (1984). Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Revista de psiquiatría y Psicología Médica Europa América Latina*, 16, 512-516.
- Rozenel, V. (2006). Los Modelos Operativos Internos dentro de la Teoría del Apego. *Revista Aperturas Psicoanalíticas: Hacia Modelos Integradores*, 38(3), 493-507.
- Ruiz, J. J., & Cano, J. J. (2005). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/Manual/manual.htm>
- Sarchiapone, M., Carli, V., Janiri, L., Marchetti, M., Cesaro, C., & Roy, A. (2009). Family history of suicide and personality. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 13(2), 178-184. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19363754>
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P., & Joiner, T. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. (1994). *Definition of Suicide*. New Jersey: Jason Aronson INC.
- Shneidman, E. (1996). *Autopsy of a suicidal mind*. New York: Oxford UP.
- Schore, A. (2010). El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo : interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias. *Revista GPU*, 6(3), 296-308.
- Sokero, T., Melartin, T., Rytälä, H., Leskelä, U., Lestelä-Mielonen, P., & Isometsä, E. (2005). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 186, 314-318.
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2011). Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 10(10), 721-734.

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

Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Paidós.

Young, R., Lennie, S., & Minnis, H. (2011). Children's perceptions of parental emotional neglect and

control and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(8), 889-97. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3170712&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

**Fecha de recepción: 30 de enero de 2014**

**Fecha de aceptación: 13 de mayo de 2014**

