

Conducta suicida y violencia contra la mujer: estudio en universitarias y consultantes de salud mental chilenas

Suicidal behaviour and violence against women: a study in Chilean university students and mental health outpatients

*Carolina Inostroza**
*Félix Cova***
*Mery Laura Ballesteros***^a*

Resumen

Vivir violencia tiene efectos en el bienestar de las personas. *Participantes:* Se analizaron dos muestras de mujeres chilenas, una de 425 estudiantes universitarias y otra de 118 consultantes de salud mental (total 543, con edades entre 18 a 66 años). *Diseño:* Análisis transversal secundario de violencia de pareja o intrafamiliar en el último año, síntomas depresivos, desesperanza, ideación e intento suicida. *Resultados:* quienes experimentaron violencia mostraron mayores síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida. En análisis multivariados la violencia, síntomas depresivos y desesperanza explican un 58% de variación de ideación suicida. La vivencia de violencia aumenta 3 veces el riesgo de intento de suicidio, mientras que los síntomas depresivos y desesperanza tienen menor influencia. Existen algunas diferencias en las asociaciones encontradas en el grupo de estudiantes versus el grupo

* Doctora en Psicología, Psicóloga. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Chile. caroinostroza@udec.cl

** Doctor en Psicología, Psicólogo. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Chile. fecova@udec.cl

*** Magister en Neuropsicología Clínica, Candidata a Doctora en Salud Mental. Doctorado en Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. merylau6@hotmail.com

^a Autora de Correspondencia

consultante. *Discusión:* la violencia es un factor de riesgo relevante de comportamiento suicida en mujeres, por lo que su intervención debe ser incluida en las estrategias de prevención.

Palabras Claves: violencia; mujer; ideación suicida; intento suicida; suicidio

Abstract

Experiencing violence has effects on people's well-being. *Participants:* Two samples of Chilean women, one of 425 university students and another of 118 mental health consultants (total 543, aged between 18 and 66 years). *Design:* Secondary cross sectional analysis of partner or intrafamily violence in the last year, depressive symptoms, hopelessness, suicidal ideation, and attempt. *Results:* Those who suffered violence in the last year presented greater depressive symptoms, hopelessness, and suicidal ideation. In multivariate analysis, depressive symptoms, hopelessness, and violence explain 58% of suicidal ideas. Having experienced violence increases suicide attempt's risk 3 times, while depressive symptoms and hopelessness have less influence. There are some differences in the associations found in the student versus clinic sample. *Discussion:* Violence against women is a relevant risk factor for suicidal behaviour in women, so its intervention should be included in prevention strategies.

Keywords: violence; woman; suicidal ideation; suicide attempt; suicide

Fecha de recepción: Enero 2022

Fecha de aprobación: Junio 2022

Introducción

Relevancia

La violencia en las relaciones de pareja afecta a hombres y a mujeres; sin embargo, los estudios han mostrado que las mujeres experimentan índices de violencia más altos y de mayor

severidad respecto a los hombres (Barker et al., 2012; Breiding et al., 2015). El estudio multi-país sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica (García-Moreno et al., 2006) encontró que entre el 15-71% de las mujeres han sufrido violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima en algún momento de sus vidas. Según informes entregados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) para el año 2021, más de 640 millones de mujeres (26% de las mujeres de más de 15 años) habrán experimentado violencia en cualquiera de sus expresiones: psicológica, física, sexual o económica. Los estudios muestran que la norma es que las mujeres experimentan diversos tipos de violencia simultáneamente, lo que se ha conocido como el continuum de violencia (Saavedra, 2021). La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2018) informó que, en el año 2017, un 34% de los homicidios de mujeres en el mundo fueron cometidos por sus parejas actuales o anteriores.

En el caso de Chile, en la Encuesta de Violencia contra la Mujer en el ámbito de la violencia intrafamiliar y otros espacios (ENVIF-VCM; Subsecretaría de Prevención del Delito, 2020), dos de cada cinco mujeres reportan haber experimentado Violencia Intrafamiliar alguna vez en su vida, ya sea física o psicológica por algún miembro de la familia, pareja o expareja, y/o violencia sexual por una pareja o expareja. En cuanto a las cifras de homicidios de mujeres por temas de género o femicidio, el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SernamEG, 2021) reportó que existieron 44 femicidios consumados y 163 femicidios frustrados durante el año 2021.

Enfoque de género y normativa sobre la violencia en contra de la mujer

El enfoque de género pone de manifiesto las desigualdades de género en nuestra sociedad, expresada en una relación jerárquica que coloca a los hombres en posiciones de dominio y a las mujeres en estados de dominación (Dworkin, 2006; MacKinnon, 1989). Este enfoque, busca hacer evidente la situación de opresión que viven las mujeres, incluyendo las

preocupantes cifras de violencia contra la mujer, con el objetivo de conducir a la construcción de una sociedad que garantice la igualdad plena y efectiva de todos los seres humanos (Heras, 2009; World Health Organization, 2010;).

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1981) surge por la insuficiencia de Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos para erradicar la discriminación de que son objeto las mujeres. Un segundo instrumento internacional es la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer o Convención de Belém Do Pará (CBDP, Organización de Estados Americanos [OEA], 1994), espacio en el que se propone el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres. En esta convención se estableció el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, identificándose tres tipos de violencia: física, psicológica y sexual; las cuales se pueden presentar en el ámbito privado o público (Spaccarotella, 2019).

En Chile, la violencia en contra la mujer ha sido visibilizada por medio de la Ley N° 20.666 de Violencia Intrafamiliar (Ministerio de Justicia, 07, octubre, 2005); donde se le define como “todo maltrato que afecte la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente”. La anterior fue complementada con la Ley N° 20.480 de femicidio (Ministerio de Justicia, 18, diciembre, 2005), la cual define como femicidio aquellos homicidios en cualquier tipo de relación que la mujer tuviese con su agresor o incluso aquellas que no sostienen ningún tipo de relación, cuando la perpetración del delito haya sido por razones de género.

Consecuencias de la violencia contra la mujer en la salud física y mental

La violencia contra la mujer en sus diversas formas (física, psicológica, sexual y económica) tiene consecuencias negativas en la salud de las mujeres. Estudios han mostrado que mujeres que experimentan violencia hacen mayor utilización de los servicios de salud (Stöckl & Penhale, 2015). Aquellas mujeres que llegan a servicios de atención primaria o urgencias con antecedentes de violencia suelen caracterizarse por presentar problemas en la salud física, como lesiones frecuentes que no tienen explicación clara, infecciones recurrentes de transmisión sexual, embarazos no deseados, dolores o trastornos crónicos sin explicación, consultas médicas reiteradas sin un diagnóstico claro (OMS, 2014a). Respecto a la salud mental, los trastornos mentales relacionados con la violencia en contra de la mujer son la depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias, y conducta suicida (Caldwell et al., 2012; Hamdan, 2009; Stewart et al., 2016).

Conducta suicida y factores de riesgo

En Chile, el suicidio es la segunda causa de muerte no natural. Su magnitud es cercana al número de muertes por accidentes de tránsito y el doble que las muertes por homicidios (Hernández et al., 2018). En el año 2018, la tasa de mortalidad por suicidio fue de 11,91 por 100.000 habitantes para la población total y 4,1 por 100.000 para las mujeres (Vidal et. al., 2021).

El concepto de suicidio es complejo y constituye un espectro en el cual se engloban la ideación suicida, la planificación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado. La ideación suicida se refiere a los pensamientos referidos a la intención de quitarse la vida; la planificación suicida, a los pensamientos sobre un método específico para quitarse la vida; el intento suicida se refiere a la ejecución de conductas potencialmente letales con alguna intención de morir. Los tres anteriores se agrupan en el concepto de conducta suicida o conducta suicida no letal (Nock et al., 2008; Turecki et al., 2019); que es más frecuente en las mujeres, mientras que el suicidio

consumado es más frecuente en los hombres (Beautrais, 2006). La suicidalidad sería entonces un continuo que suele ir evolucionando en gravedad en la historia de vida de una persona, generando una "trayectoria suicida" (Wasserman et al., 2012). Debe tenerse presente que los intentos suicidas generan sufrimiento, conllevan riesgo de secuelas físicas graves y discapacidad asociada, además de aumentar el riesgo de nuevos intentos y muerte por suicidio (Stein et al., 2010; Wasserman et al., 2012); siendo un problema de salud pública en sí mismo (OMS, 2014b).

Existen múltiples factores sociodemográficos, biológicos, psicopatológicos, psicológicos, y ambientales que influyen en el comportamiento suicida (Turecki et al., 2019; OMS, 2014b).

Factores Sociodemográficos: Respecto a la socio-demografía, el sexo masculino, ser adolescente o adulto mayor se relacionan con el suicidio; mientras que el sexo femenino, ser joven, soltero/a, con menor nivel educacional se relacionan con conducta suicida no letal (Nock et al., 2008; Van Orden et al., 2010; Wenzel & Beck, 2008).

Factores Biológicos: El antecedente familiar de suicidio está presente en muchos casos, postulándose una alta heredabilidad genética para esta conducta (Maris, 2002; Nock et al., 2008; Wasserman et al., 2012).

Factores Psicopatológicos: Como se mencionó, uno de los factores de riesgo con mayor impacto es el intento de suicidio. Estudios de seguimiento han detectado que el antecedente de intento suicida aumenta el riesgo de morir por suicidio, especialmente dentro de los dos años siguientes (Choi et al., 2012; Christiansen & Jensen, 2007; Gibb et al., 2005), siendo el principal factor de riesgo en población general (OMS, 2014b). Un 90% de los casos de suicidio presentaban un trastorno mental, entre los que destacan los trastornos depresivos, de personalidad, esquizofrenia, trastornos alimentarios, y abuso de alcohol y otras drogas (Nock et al., 2008; OMS, 2014b; Turecki et al., 2019; Van Orden et al., 2005; Wenzel & Beck, 2008;).

Factores Psicológicos: Constructos como la desesperanza, impulsividad agresiva, baja capacidad de resolución de problemas, tendencia a la rumiación y necesidades psicológicas insatisfechas se asocian a ideación e

intentos suicidas (Gvion & Apter, 2011; Miranda et al., 2013; Nrugham, Holen & Sund, 2012; Van Orden et al., 2010; Wenzel & Beck, 2008). *Factores Ambientales*: La conducta suicida habitualmente es precedida por eventos vitales estresantes, como conflictos familiares y de pareja, violencia intrafamiliar, problemas legales o económicos (Duarte, 2008; Gómez et al., 2014; Nock et al., 2008; Turecki et al., 2019). Dentro de los factores sociales considerados relevantes para la comprensión y predicción del suicidio se encuentran: El efecto del reporte de los medios de casos de suicidio; acceso a medios letales y bajo acceso a salud mental (Turecki et al., 2019; OMS, 2014b).

Conducta suicida y violencia contra la mujer

El comportamiento suicida ha sido estudiado en personas que experimentan violencia (Akyazi et al., 2018; Yount et al., 2014). Estudios poblacionales muestran que las personas que han experimentado violencia de pareja tienen dos veces más probabilidades de tener ideación suicida y tres veces más probabilidades de intentar suicidarse que quienes no han experimentado violencia de pareja; y que un tercio de las mujeres que intentan suicidarse han experimentado violencia de pareja en el último año (McManus et al., 2022). Otras investigaciones señalan que hasta el 20% de las mujeres víctimas de violencia intentaron suicidarse (Brignone et al., 2018; Cavanaugh et al., 2011).

La investigación en suicidio ha permitido generar diversos modelos teóricos. El *modelo general de vulnerabilidad-estrés aplicado al suicidio* (Wasserman et al., 2012; Turecki et al., 2019) afirma que el riesgo suicida se genera por la interacción de aspectos biológicos, psicopatológicos, psicológicos y ambientales tempranos, los cuales generan en la persona un nivel de vulnerabilidad individual al estrés; frente al cual ciertos eventos estresantes, como el experimentar violencia intrafamiliar o de pareja, pueden desbordar los recursos personales de afrontamiento,

desencadenando procesos psicopatológicos como depresión, desesperanza, abuso agudo de sustancias entre otros; y desencadenando finalmente una crisis con conducta suicida.

De acuerdo con la *teoría del suicidio de Beck* (Wenzel & Beck, 2008), las personas que tienen desesperanza sobre los eventos negativos que experimentan desarrollan depresión, lo que hace más probable que vean el suicidio como una forma de salir de problemas (Qiu et al., 2017). Dentro de los esquemas cognitivos suicidas están la desesperanza crónica y la percepción de no poder soportar su situación vital. Estos esquemas, al ser activados por el estrés crónico de la violencia, generarían desesperanza, que a su vez llevaría a ideación suicida. En momentos de crisis suicida, las personas tendrían distorsiones cognitivas que dificultan salir de los pensamientos suicidas y buscar otras formas de solucionar sus problemas, gatillando agitación, visión de túnel y desesperación, conduciendo en muchos casos al acto suicida como única solución viable (Wenzel & Beck, 2009). Estudios muestran que mujeres que experimentaron violencia, eran menos propensas a comportamientos suicidas si tenían niveles más altos de esperanza (Taylor, 2020), indicando que, la esperanza o desesperanza puede ser una variable mediadora o moderadora de comportamientos suicida (Snyder, 2002).

En los últimos años ha surgido un grupo de teorías que permiten comprender mejor la relevancia de la violencia como factor de riesgo para el suicidio. Estas son las *teorías del marco "ideación a la acción"* (Teoría Interpersonal del Suicidio: Joiner et al., 2005; Teoría Integrada Motivacional-Volitiva: O'Connor, 2011; Teoría los Tres Pasos: Klonsky & May, 2015), las cuales intentan dar cuenta de las discrepancias entre las prevalencias entre ideación suicida, e intento de suicidio y suicidio consumado; donde la ideación es mucho más frecuente que los intentos suicidas y el suicidio. Los autores plantean que, para que existan estas diferencias de prevalencia en los distintos tipos de conducta suicida, éstas deben corresponder a fenómenos con algún grado de diferencia. La *Teoría Interpersonal del Suicidio* (Joiner, 2005) señala que una persona

no cometerá suicidio a menos que tenga tanto: 1) deseo de suicidarse, como 2) capacidad para realizar conducta suicida letal (Van Orden et al., 2010). El deseo suicida surge de una necesidad de pertenencia insatisfecha junto a la percepción de sentirse una carga para los otros -ambos aspectos generados por la vivencia de maltrato-, lo que generaría primero desesperanza y luego deseo o ideación suicida. La capacidad para realizar conducta suicida letal, por su parte, considera los componentes: a) ausencia de miedo a morir y b) alta tolerancia al dolor físico. Esta capacidad surge de la habituación generada por exposición repetida a experiencias dolorosas o que inducen miedo, como la violencia contra la mujer; habituación que lograría quebrantar el instinto básico de supervivencia de los seres humanos (Van Orden et al., 2005). Así, las mujeres que viven violencia tienen todos los componentes que aumentan el riesgo para realizar un acto suicida letal.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la violencia experimentada por las mujeres chilenas como un factor de riesgo para la conducta suicida y procesos psicopatológicos asociados, como los síntomas depresivos y la desesperanza. Para ello se condujo un estudio de datos secundarios con las participantes mujeres de dos investigaciones previas, una de estudiantes universitarios (Inostroza et al., 2014), y una segunda de consultantes ambulatorios de salud mental (Inostroza, 2016).

Método

Diseño de investigación: Se llevó a cabo un estudio observacional analítico de corte transversal con datos secundarios de estudios anteriores.

Participantes: La tabla 1 describe las características de las participantes. Para el presente estudio se utilizaron los datos de las participantes mujeres de dos investigaciones previas (ver tabla 1). *Muestra de estudiantes:* En un estudio previo de los autores (Inostroza et al., 2014) se

llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia de estudiantes universitarios que vivieran en Chile. Para el presente estudio se incluyó la muestra correspondiente a las mujeres, conformada por 425 participantes, con edades entre los 18 y 25 años, en su gran mayoría no convivientes con su pareja (99%) y con escolaridad media completa o superior (100%) (Tabla 1).

Muestra clínica: Una investigación anterior (Inostroza, 2016) realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de personas que consultaban en una Unidad de Salud Mental de nivel especializado del sur de Chile. Se excluyeron a todas aquellas personas que presentaran alguna condición de discapacidad acreditada por organismos gubernamentales, presencia de síntomas psicóticos, deterioro psicoorgánico y/o alteración de la conciencia al momento de la evaluación. Para este estudio se trabajó con la muestra femenina, conformada por 118 mujeres, con edades concentradas entre los 40 y 54 años (42,3%), en su mayoría dueñas de casa (46%) o trabajadoras (35%), el 42% convivía con su pareja, y un 45% contaba con escolaridad media completa (tabla 1). *Muestra total:* La muestra total para este análisis está conformada por 543 mujeres (425 muestra estudiantes y 118 muestra clínica). Un 77% de la población se encontraba en el rango de 18 a 24 años; respecto a la variable escolaridad, un 75% contaban con educación media completa o superior; el 90% de la población no convivía con su pareja (Tabla 1).

Tabla 1.

Características sociodemográficas de las participantes del estudio

Variable		Total		Muestra estudiantes		Muestra clínica	
		(n= 543)		(n= 425)		(n= 118)	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18 - 24 años	419	77,2	410	96,5	11	9,3
	25 - 39 años	39	7,1	17	3,5	22	18,6
	40 - 54 años	75	9,3	-	-	50	42,4
	55 - 66 años	10	6,4	-	-	35	29,7
Estado civil	Conviviente	490	90,2	421	99,0	49	41,5
	No conviviente	53	9,8	4	1,0	69	58,5
Escolaridad	Básica o media incompleta	22	4,1	-	-	22	18,6
	Media completa	112	21,0	-	-	66	55,9
	Superior incompleta	408	75,1	425	100,0	29	24,6
Ocupación	Estudiante	401	73,8	425	100,0	9	7,6
	Trabajadora	63	11,6	-	-	41	34,7
	Dueña de casa	54	9,9	-	-	54	45,7
	Cesante	24	4,4	-	-	13	11,0

Fuente: elaboración propia (2021).

Consideraciones éticas

Para el diseño de los estudios, se realizó una revisión de los principales protocolos de principios éticos para la investigación en humanos (Asociación Médica Mundial, 2000; Comisión Nacional para la protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del comportamiento, 1979; Council for International Organizations of Medical Sciences & OMS, 1993) y la investigación psicológica (Asociación Psicológica Americana, 2010). La investigación fue revisada y aprobada por el Comité de Ética de la Universidad en la que se tomó la muestra de estudiantes; y el Comité Ético Científico del Servicio de Salud al que acudían las participantes de la muestra de consultantes de salud mental.

La muestra de estudiantes universitarias fue contactada a través de un muestreo intencional online. Al inicio del cuestionario se les presentó el estudio y explicó sus consideraciones éticas: Voluntariedad, participación anónima y confidencial, riesgos y beneficios,

y derechos del participante. Solo participaron quienes aprobaron el protocolo de consentimiento informado. A aquellos participantes del estudio cuyos puntajes indicaban que podían encontrarse en riesgo, se les envió un mail ofreciendo asesoría psicológica y datos para búsqueda de ayuda.

En el caso de la muestra de consultantes, los cuestionarios fueron aplicados en papel por psicólogos en práctica y profesionales de la salud entrenados para este fin. Al contactarles se presentó el estudio y explicó sus consideraciones éticas, tal como en el estudio de estudiantes, dejando un espacio para aclarar dudas y decidir. Solo participaron quienes firmaron el protocolo de consentimiento informado. Para evitar generar riesgos en la salud mental de las participantes, se consultó a los equipos tratantes quienes de las participantes elegibles se encontraban en condiciones de ser invitadas a participar del estudio.

En todos los casos se garantizó la confidencialidad de los datos entregados en los distintos cuestionarios, los cuales están resguardados de forma anonimizada por la investigadora principal en bases de datos encriptadas.

Instrumentos

Cuestionario de suicidalidad de Okasha (adaptación chilena): Instrumento autoadministrado que tiene por objetivo detectar riesgo suicida (Okasha, Lotaif & Sadek, 1981); en la versión chilena se evalúa la presencia de riesgo suicida en los últimos 12 meses (Salvo et al., 2009). Cuenta con 3 ítems que evalúan ideación suicida; un ejemplo de ítem es "En los últimos doce meses ¿Ha pensado alguna vez que la vida no vale la pena?" con cuatro alternativas de respuesta que van desde "nunca" (0 puntos) a "muchas veces" (3 puntos), y un cuarto ítem que pregunta por la presencia de intentos de suicidio en los últimos 12 meses. La puntuación de ideación suicida se obtiene sumando el puntaje de los 3 primeros ítems, con un puntaje que varía de 0 a 9. La suma de la escala total puede oscilar entre 0 y 12 puntos, a mayor puntuación, mayor

riesgo suicida (Salvo et al., 2009). Con una consistencia interna α de 0,89 para la subescala de ideación suicida y α 0.88 para la escala total (Inostroza, 2016).

Cuestionario de Salud de Goldberg, GHQ-12: Instrumento auto administrado (Goldberg & Williams, 1988) que en su versión de 12 ítems se centra en síntomas de depresión (Romppell et al., 2013). Sus ítems miden nivel de malestar afectivo durante las últimas semanas. Un ejemplo de ítem es: "¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?", con cuatro opciones de respuesta que van de "mejor que lo habitual" (0 puntos) a "mucho menos que lo habitual" (3 puntos), con un puntaje máximo total de 36 puntos, en el que, a mayor puntaje, significa mayor sintomatología depresiva. En esta investigación se usó la puntuación original de 0 a 3 puntos. Se obtuvo una consistencia interna α de 0,94 (Inostroza, 2016).

Cuestionario de Desesperanza de Beck: La desesperanza fue medida con el cuestionario de Desesperanza de Beck, BHS (Beck et al., 1974). Es un instrumento autoadministrado de 20 ítems dicotómicos que mide actitudes hacia las expectativas futuras. Un ejemplo de ítem es "Veo el futuro con esperanza y entusiasmo" a los que la persona puede responder verdadero o falso. Las respuestas que implican desesperanza se puntúan con 1 punto, y las que van en sentido contrario con 0 puntos. Se obtiene así un puntaje total que va de 0 a 20 puntos, donde mayor puntaje refleja mayor desesperanza. Esta escala ha mostrado indicadores de validez en diversos idiomas, incluido el castellano, y ha sido utilizada previamente en investigaciones chilenas con buenos resultados (Baader et al., 2014; Roizblatt et al., 2011). Con una consistencia interna α de Cronbach de 0,91 (Inostroza, 2016).

Cuestionario sociodemográfico ad-hoc: Se tomaron las variables edad, escolaridad y estado civil. Junto con esto se preguntó por el antecedente de intento suicida durante la vida y el haber experimentado violencia intrafamiliar o de pareja en el último año, evaluadas de forma dicotómica (sí/no).

Análisis de datos

Se construyó una base con los datos de las dos muestras de mujeres que conforman el estudio (muestra de estudiantes y muestra clínica de consultantes). Los análisis se condujeron con los datos del total de participantes (muestra total), como también para cada submuestra por separado. Para comenzar, se efectuaron análisis descriptivos de las escalas del estudio: síntomas depresivos, desesperanza, ideación e intento suicida; y de las variables sociodemográficas: edad, escolaridad y ocupación. Posteriormente, se realizaron correlaciones mediante coeficiente de Pearson entre todas las variables continuas y análisis de diferencia de medias con la prueba *t* de Student de las variables: síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida en los grupos con y sin antecedente de violencia en el último año. Para los análisis multivariados se efectuaron regresiones múltiples. En el caso de la variable ideación suicida se utilizó una regresión lineal múltiple con las variables síntomas depresivos, desesperanza y violencia en el último año como independientes y la edad como covariable; y en el caso del intento de suicida alguna vez en la vida se condujo una regresión logística múltiple con las mismas variables independientes y covariable. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 21. Se utilizó una significación estadística $< 0,05$ bilateral.

Resultados

La tabla 2 informa los análisis descriptivos de las escalas y variables del estudio. En la muestra total, la escala de Síntomas depresivos (GHQ-12) presentó una media de 14,04 puntos con una desviación estándar de 8,04 puntos; para la escala de Desesperanza (BHS) se obtuvo una media de 4,00 puntos y una desviación estándar de 4,45 puntos; y para la subescala de Ideación Suicida de Okasha una media de 2,70 y una desviación estándar de 3,14. Para la submuestra de estudiantes, en la escala de Síntomas depresivos (GHQ-12) se obtuvo una media de 12,30 puntos con una desviación estándar de 6,72; la escala de Desesperanza (BHS) tuvo

una media de 2,97 y una desviación estándar de 3,42; y para la subescala de Ideación Suicida de Okasha se observa una media de 1,80 y una desviación estándar de 2,52. Los valores son más altos en la submuestra clínica, donde la escala de Síntomas depresivos (GHQ-12) tiene una media de 20,44 puntos con una desviación estándar de 9,13; la escala de Desesperanza (BHS) media de 7,71 con 5,74 desviación estándar; y la subescala de Ideación Suicida media de 5,90 y desviación estándar 3,00. La asimetría y la curtosis se distribuye de manera normal en la escala de síntomas depresivos (GHQ-12: asimetría: 0,792; curtosis: -0,263) e ideación suicida (Ideación Suicida Okasha: asimetría: 0,861; curtosis: -0,689). La distribución de la escala BHS que mide desesperanza se caracteriza por ser de “hombros pesados” con una asimetría negativa (asimetría: 1,590; curtosis: 1,863).

Tabla 2.
Estadísticos Descriptivos de las variables del estudio

	Total		Muestra estudiantes		Muestra clínica	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Síntomas Depresivos	14,04	8,04	12,27	6,72	20,45	9,13
Desesperanza	4,00	4,48	2,97	3,42	7,71	5,73
Ideación Suicida	2,70	3,14	1,80	2,52	5,97	3,00
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Intento Suicida	182	33,7%	87	20,5%	96	80,4%
Violencia contra la mujer	85	15,7 %	43	10,1%	42	35,6%

M: media, DS: Desviación Estándar, N: número.

Fuente: elaboración propia (2021).

Con respecto a los intentos suicidas, en el caso de la muestra total, un 33,7% ha cometido al menos un intento de suicidio. Existen diferencias ente grupos, ya que, en la muestra de estudiantes universitarias, un 20,5% ha efectuado al menos un intento suicida durante su vida; mientras que, en la muestra clínica, un 81,4% de las participantes ha realizado al menos un intento.

Sobre la violencia contra la mujer, un 15,7% de las participantes, manifestó haber experimentado violencia intrafamiliar o de pareja en el último año. Nuevamente existieron diferencias entre las muestras, ya que un 10,1% de las estudiantes reportó haber experimentado violencia, porcentaje que subió a 35,6% para las mujeres consultantes de salud mental.

Los resultados de las correlaciones establecidas mediante coeficiente de Pearson muestran que existen correlaciones de moderadas a fuertes entre la depresión y la ideación suicida ($r= 0,662$; $p=0,001$ muestra total; $r= 0,584$; $p=0,001$ muestra estudiantes; $r= 0,540$; $p=0,001$ muestra clínica); al igual que entre la desesperanza y la ideación suicida ($r= 0,670$; $p=0,001$ muestra total; $r= 0,582$; $p=0,001$ muestra estudiantes; $r= 0,577$; $p=0,001$ muestra clínica), y entre la desesperanza y los síntomas depresivos ($r= 0,689$; $p=0,001$ muestra total; $r= 0,587$; $p=0,001$ muestra estudiantes; $r= 0,680$; $p=0,001$ muestra clínica).

Para establecer si la vivencia de violencia intrafamiliar o de pareja operaba como un factor de riesgo para síntomas de depresión, desesperanza e ideación suicida en las mujeres del estudio, se llevaron a cabo pruebas de diferencia de medias. En la tabla 3 se encuentran los resultados de la prueba t de Student para ideación suicida, síntomas depresivos y desesperanza entre los grupos de mujeres que han experimentado violencia versus quienes no la han vivenciado. Se detecta que los síntomas depresivos son más altos en las mujeres que han experimentado violencia, con una media de 17,68 puntos (13,86 muestra estudiantes; 21,59 muestra clínica), que en las mujeres que no la han vivido, 13,37 puntos (12,09 muestra estudiantes; 19,82 muestra clínica). Resultados similares se pueden encontrar con la desesperanza; aquellas mujeres que reportan experimentar violencia intrafamiliar o de pareja en el último año, muestran niveles más altos de desesperanza, con una media de 5,40 puntos (3,37 muestra estudiantes; 7,76 muestra clínica) versus las mujeres que no han vivenciado violencia, con 3,71 puntos (2,93 muestra estudiantes; 7,68 muestra clínica). Finalmente, los puntajes

promedios de ideación suicida son el doble en mujeres que experimentan violencia, con una media de 5,02 puntos (2,88 muestra estudiantes; 7,21 muestra clínica), versus 2,27 puntos (1,68 muestra estudiantes; 5,28 muestra clínica) en las mujeres que no han vivido violencia en el último año. Estas diferencias son estadísticamente significativas en los niveles de ideación suicida para la muestra combinada y submuestras (Okasha: $t = 2,99$; $p = 0,001$ muestra total; $t = 2,54$; $p = 0,014$ muestra estudiantes; $t = 3,95$; $p = 0,001$ muestra clínica); pero no así en los síntomas depresivos (GHQ-12: $t = 4,09$; $p = 0,001$; muestra total; $t = 1,48$; $p = 0,145$ muestra estudiantes; $t = 1,01$; $p = 0,312$ muestra clínica), ni desesperanza (BHS: $t = 2,99$; $p = 0,003$; muestra total; $t = 0,73$; $p = 0,467$ muestra estudiantes; $t = 0,07$; $p = 0,944$ muestra clínica), donde, si bien existen diferencias, estas solo son significativas para la muestra total.

Tabla 3.

Diferencias de medias en ideación suicida, síntomas depresivos y desesperanza en mujeres con/sin vivencia de violencia en el último año

	Violencia	Total			Muestra estudiantes			Muestra clínica		
		N	M	t	N	M	t	N	M	t
Ideación suicida	SI	85	5,02	7,03***	43	2,88	2,54**	42	7,21	3,95***
	NO	458	2,27		382	1,68		76	5,28	
Síntomas depresivos	SI	85	17,68	4,09***	43	13,86	1,48	42	21,60	1,01
	NO	458	13,37		382	12,09		76	19,82	
Desesperanza	SI	85	5,54	2,99**	43	3,37	0,73	42	7,76	0,07
	NO	458	3,71		382	2,92		76	7,68	

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

Fuente: elaboración propia (2021).

Para establecer la influencia de las variables del estudio, violencia en el último año, síntomas depresivos y desesperanza en la variación de la ideación suicida de las participantes, se construyó un modelo de regresión lineal múltiple (ver tabla 4). En este modelo se incluyó como covariable la edad.

Tabla 4.
Regresión lineal múltiple sobre ideación suicida

	Coeficientes estandarizados					Estadísticas de colinealidad	
	<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerancia</i>	
(Constante)	1,446	0,251		-5,772	0,001		
Edad	0,043	0,009	0,154	4,946	0,001	0,806	1,241
Violencia último año	1,410	0,251	0,163	5,621	0,001	0,927	1,079
Síntomas Depresivos	0,127	0,015	0,326	8,312	0,001	0,509	1,965
Desesperanza	0,254	0,028	0,362	9,185	0,001	0,503	1,986

Variable dependiente: Ideación suicida de la escala Okasha

Fuente: elaboración propia (2021).

El modelo construido resultó ser significativo ($F_{(4,438)} = 185,22$; $p < 0,001$) y explica un 58% la ideación suicida ($R^2_{ajustado} = 0,576$). Según el modelo, la ideación suicida puede predecirse a partir de mayor edad, síntomas depresivos, desesperanza y violencia experimentada en el último año por las mujeres participantes del estudio. Se construyeron modelos similares con las submuestras del estudio; en ambos casos los modelos resultaron ser significativos ($F_{(4,420)} = 82,372$; $p < 0,001$ para muestra de estudiantes; $F_{(4,113)} = 24,430$; $p < 0,001$ para muestra clínica), explicando las variables en su conjunto un 43% de la varianza de la ideación suicida para la muestra de estudiantes ($R^2_{ajustado} = 0,434$), y un 45% de la ideación suicida para la muestra clínica ($R^2_{ajustado} = 0,445$). La única diferencia en los modelos separados por submuestra fue que la edad dejó de ser una variable con poder explicativo independiente.

Con el objetivo de determinar que variables que operan como factores de riesgo para el antecedente de intento de suicidio durante la vida en las mujeres del estudio, se desarrolló un modelo de regresión logística múltiple (ver tabla 5). El modelo construido resulta ser significativo en la determinación de las participantes que han realizado intentos de suicidio ($\chi^2 = 6,175$; $p = 0,628$), con una capacidad explicativa del 38% (R^2 de Nagelkerke = 0,382).

Tabla 5.
Regresión logística sobre intento suicida alguna vez en la vida

Modelo	95% C.I. para OR						
	B	Error estándar	Wald	p	<i>Odd Ratio</i>	Inferior	Superior
Edad	0,065	0,011	36,619	0,000	1,067	1,045	1,089
Violencia último año	1,078	0,292	13,621	0,000	2,940	1,658	5,213
Síntomas depresivos	0,480	0,018	7,187	0,007	1,650	1,013	1,087
Desesperanza	0,110	0,034	10,800	0,001	1,117	1,046	1,192
Constante	-3,755	0,348	116,751	0,000	0,023		

Variable dependiente: Intento Suicida en la vida

Fuente: elaboración propia (2021).

En la tabla 5 se observan los *odd ratios* con intervalo de confianza al 95% y valor p del estadístico Wald para las variables edad, violencia en el último año, síntomas depresivos y desesperanza para la muestra total de mujeres. Analizando los *odd ratios* de esta regresión, observamos que las personas con mayores síntomas depresivos tienen 1,6 veces ($OR = 1,650$, $p = 0,007$) mayor probabilidad de haber realizado una tentativa suicida durante su vida en comparación con quienes tienen menos síntomas depresivos (valor 1,0); el impacto de la desesperanza es marginal, siendo 1,1 veces el riesgo de intento en quienes tienen mayor desesperanza versus quienes tienen menor desesperanza. La violencia intrafamiliar o de pareja destaca como el factor de riesgo más relevante, ya que aquellas mujeres que han vivido violencia tienen casi 3 veces ($OR = 2,911$; $p = 0,001$) más probabilidad de haber realizado un intento de suicidio durante su vida que aquellas mujeres que no han experimentado violencia. Se construyeron modelos similares con las submuestras de mujeres del estudio; en ambos casos los modelos resultaron ser significativos ($\chi^2 = 3,998$; $p = 0,047$ muestra estudiantes; $\chi^2 = 7,473$; $p = 0,006$ muestra clínica), pero variaron en su capacidad explicativa. En la muestra de estudiantes, la regresión logística explica el 16% (R^2 de Nagelkerke = 0,164) de la variación de intento de suicidio en la vida; siendo la violencia vivida en el último año el factor de riesgo más relevante, ya

que aumenta casi 3 veces el riesgo de intento de suicidio ($OR = 2,835$; $p = 0,001$); con poca influencia de los síntomas depresivos ($OR = 1,044$, $p = 0,048$) y la desesperanza ($OR = 1,145$, $p = 0,001$). Para la muestra clínica, el modelo solo explica el 7% (R^2 de Nagelkerke = 0,068) de la variación de intento de suicidio, sin obtenerse factores de riesgo significativos.

Discusión

La violencia contra la mujer en sus diversas formas tiene amplias consecuencias en la salud de las mujeres. Las mujeres que llegan a servicios de atención primaria o urgencias con antecedentes de violencia suelen caracterizarse por presentar problemas recurrentes en salud mental y en su salud física (OMS, 2014a). Los resultados de este estudio nos señalan que las mujeres que han vivido violencia en el último año presentan mayores síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida que las mujeres que no han experimentado violencia. En particular, la ideación suicida es dos veces mayor en las víctimas de violencia intrafamiliar o de pareja; y la desesperanza cercana al doble. Las mujeres que han vivido violencia tienen 3 veces más probabilidades de haber realizado un intento de suicidio que las mujeres que no han sido violentadas. La atención a la violencia de género como factor de riesgo para depresión, desesperanza y conducta suicida, debería ser un componente a incluir en los programas de intervención en salud mental (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013a; 2013b); orientación que iría de la mano con el enfoque de salud mental comunitaria declarado por Chile (MINSAL, 2017).

Estudios internacionales han demostrado que la violencia contra la mujer se relaciona con ideación e intentos de suicidio (Akyazi et al., 2018; Foster, 2011; Liu & Miller, 2014; Stein et al., 2010; Yount et al., 2014). La encuesta multi-país OMS de conducta suicida determinó que el haber realizado un intento de suicidio se relaciona con ser víctima de violencia interpersonal y sexual; y el ser víctima de violencia sexual se relaciona específicamente con intentos de suicidio no planificados (Stein et al., 2010). Estudios concluyeron que hasta el 20% de las mujeres

víctimas de violencia de pareja intentaron suicidarse (Brignone et al., 2018; Cavanaugh et al., 2011).

En nuestro contexto la evidencia es menor. Un estudio en estudiantes universitarios de cuatro países latinoamericanos señala que eventos vitales adversos como maltrato físico o sexual después de los 18 años se asocian a realizar intentos de suicidio (Vásquez et al., 2010). En el caso de Chile, destacan el estudio de Salvo et. al. (2004) que evidenció el antecedente de violencia de pareja en mujeres hospitalizadas por intentos suicidas; y la investigación de Duarte (2008) que observa la ocurrencia de eventos vitales como ruptura de pareja, problemas económicos y violencia intrafamiliar previos al suicidio. En un ámbito cercano, un estudio reciente en consultantes chilenos de atención primaria de salud (Vitriol et al., 2021) encontró que el subtipo de depresión compleja -que incluye antecedente de intentos de suicidio dentro de sus características- es más frecuente en las consultantes que tienen antecedentes de trauma en la infancia, viven violencia de pareja y enfrentan mayores estresores. Así, el presente estudio deja en claro que la violencia contra la mujer es un factor de riesgo tanto para ideación como para intento de suicidio, y que esto ocurre tanto en mujeres de población general como en población clínica.

En los análisis multivariados, más de la mitad (58%) de la variación de la ideación suicida es explicada por síntomas depresivos, desesperanza y violencia vivida en el último año. Respecto de la edad, es necesario recordar que las participantes de mayor edad corresponden a una muestra clínica donde es comprensible la mayor presencia de ideación suicida. Observamos en este estudio elementos de los modelos de vulnerabilidad estrés y cognitivo (Wasserman et al., 2012; Wenzel & Beck, 2008). Con respecto a la desesperanza, este factor ha sido ampliamente estudiado como núcleo de la teoría cognitiva del suicidio (Wenzel & Beck, 2008), con resultados consistentes que lo sitúan como un factor de riesgo. Al mismo tiempo, la teoría de la

desesperanza de la depresión, plantea que aquellas personas que tienen expectativas negativas sobre eventos negativos desarrollan depresión (Beck et al., 1974; Qiu et al., 2017); y múltiples estudios confirman que la depresión, tanto a nivel de diagnóstico como de sintomatología aumenta el riesgo de conducta suicida (Wasserman et al., 2012; OMS, 2014b). Un estudio previo en otra muestra de consultantes (Inostroza et al., 2015), había detectado que los síntomas depresivos y la desesperanza aumentan el riesgo de ideación suicida; hallazgo reafirmado en este estudio para una muestra mayor de mujeres con población general y clínica.

La violencia intrafamiliar o de pareja, por su naturaleza crónica, unida al machismo social imperante, es un estresor que puede generar desesperanza en las mujeres, al considerar que no pueden hacer nada para cambiar la situación que se encuentran viviendo (Kaslow et al., 1998; Kisa et al., 2019), siendo éste un posible eslabón entre la violencia y la conducta suicida. Desde otro punto de vista teórico, la asociación podría explicarse por la indefensión aprendida a través del maltrato crónico (Abramson et al., 1989), lo que llevaría a que mujeres indefensas y desesperanzadas tiendan a ser menos activas para enfrentar sus dificultades a la violencia porque tienen bajas expectativas de que su esfuerzo resulte exitoso, llegando a la ideación suicida. Estudios han detectado que mujeres que experimentaron violencia, eran menos propensas a comportamientos suicidas si tenían niveles más altos de esperanza (Taylor, 2020), indicando que, la esperanza o desesperanza puede ser una variable mediadora o moderadora de comportamientos suicidas (Snyder, 2002). Queda como ruta a seguir para futuros estudios el análisis de las interacciones entre estas variables en muestras de Chile y Latinoamérica.

El análisis multivariado para establecer los factores de riesgo asociados a haber realizado un intento de suicidio alguna vez en la vida obtuvo resultados similares, aunque su poder explicativo es algo menor (del 38%). Nuevamente los síntomas depresivos, la desesperanza y la violencia vivida en el último año aumentan la probabilidad de haber realizado un intento de

suicidio alguna vez en la vida. Sin embargo, los pesos de las variables en la explicación de cada tipo de comportamiento suicida son distintos y dignos de comentarse. En el caso del intento de suicidio, tomando todas las variables en su conjunto, la experiencia de violencia aumenta tres veces el riesgo de haber realizado un intento de suicidio, y la depresión y la desesperanza juegan un rol más bien marginal. Mientras que, en el análisis sobre la ideación suicida, los síntomas y depresivos y la desesperanza tenían mayor influencia que el haber vivido violencia.

Una explicación a estas diferencias podría encontrarse en la teoría interpersonal de suicidio (Joiner et al., 2005; Van Orden et al., 2010) u otra de las teorías de los tres pasos (O'Connor, 2011; Klonsky & May, 2015). En línea con estas teorías, para las mujeres de este estudio, las vivencias de rechazo asociadas a la violencia intrafamiliar o de pareja podrían estar generando la percepción de ser una carga, y al mismo tiempo frustrando la necesidad de pertenencia, llevando hacia sintomatología depresiva y desesperanza que conduce hacia la ideación suicida. La violencia contra la mujer a menudo implica la restricción de las libertades sociales y financieras, lo que reduce el apoyo social de las mujeres, crea dependencia de sus parejas y, en última instancia, promueve percepciones de desconexión y carga (Dutton et al., 2005). Un estudio reciente en mujeres que buscan refugio contra violencia de pareja encontró interacción entre percibirse una carga y la ideación suicida cuando existen altos niveles de desesperanza, sumado a síntomas depresivos (Wolford-Clevenger et al., 2019). Debe recordarse, que el ser víctimas de violencia sería un mecanismo por el cual las mujeres pueden adquirir la capacidad para infringirse daño letal, componente que diferencia entre las personas que idean suicidarse, pero no lo llevan a cabo esta intención, de quienes sí realizan intentos de suicidio o se suicidan, ya que poseen la capacidad de dañarse porque han sido dañadas en reiteradas ocasiones. En el estudio mencionado previamente, aquellas mujeres que habían vivido

violencia física por parte de su pareja contaban con la capacidad adquirida para el suicidio y eran de mayor riesgo (Wolford-Clevenger et al., 2019).

Resulta interesante profundizar algunas diferencias encontradas en los análisis en la muestra de mujeres estudiantes universitarias versus la muestra de consultantes. Como era esperable, los niveles de síntomas depresivos, desesperanza y conducta suicida son mayores en las mujeres que son pacientes de salud mental. Un tercio de las mujeres consultantes había vivido violencia en el último año, más del doble que las estudiantes universitarias. Si bien, estudios previos habían reportado asociación entre violencia contra la mujer y desarrollo de depresión, desesperanza y comportamiento suicida, habitualmente estos estudios provienen de muestras de programas de atención a mujeres víctimas de violencia (Caldwell et al., 2012; Hamdan, 2009; Stewart et al., 2016) y no de muestras clínicas como el presente estudio.

Las relaciones encontradas en los análisis multivariados sobre la ideación suicida son equivalentes en dirección e intensidad en las muestras de mujeres estudiantes y consultantes; sin embargo, existen diferencias en el análisis multivariado sobre intento suicida. En el caso de las estudiantes, haber vivido violencia, los síntomas de depresión y desesperanza confieren mayor riesgo, con preponderancia de la violencia como factor de riesgo; mientras que, en la muestra clínica, no se observan estas asociaciones. Esto podría explicarse, por la multiplicidad de factores asociados a intento de suicidio en las personas con trastornos mentales; es posible que las variables estudiadas generen riesgo, pero que su poder explicativo sea menor que otros elementos, como otros trastornos mentales y abuso de sustancias, trayectoria suicida personal, antecedentes familiares, entre otros (Turecki et al., 2019; Wasserman et al., 2012). Desde otra perspectiva de análisis, se podría considerar a ambas muestras como representantes de distintos momentos en las trayectorias de riesgo suicida de las mujeres chilenas. En el caso de las estudiantes, es probable que los intentos de suicidio y violencia sean recientes, por lo que la

violencia de género tendría un mayor impacto que la sintomatología, siendo un evento estresante que desborda los recursos de afrontamiento y lleva a una crisis vital que termina en una tentativa suicida. Mientras que las mujeres de la muestra clínica habrían vivido ese tipo de crisis en momentos previos de su vida, probablemente repetidas veces o de forma continua, con esperable desesperanza y depresión de larga data, lo que ha disminuido su nivel de funcionamiento global, facilitando la génesis de una vulnerabilidad multicausada.

Los resultados de esta investigación destacan la transversalidad de la violencia contra la mujer como factor de riesgo para la conducta suicida en mujeres chilenas. La muestra del estudio incluyó datos de estudiantes universitarias y consultantes de programas especializados en salud mental, con amplia diversidad de características sociodemográficas. Al mismo tiempo, se amplía la evidencia sobre el rol de la desesperanza y la sintomatología depresiva en el desarrollo de comportamiento suicida en nuestro contexto nacional. Consideramos necesario avanzar en estudios que profundicen las posibles interacciones entre la violencia contra la mujer, los síntomas depresivos y la desesperanza en las trayectorias del riesgo suicida, el cual avanza desde los deseos de muerte, hacia la ideación, intentos suicidas y suicidios consumados.

Este trabajo no se encuentra excepto de limitaciones: en primer lugar, el estudio utiliza un diseño transversal retrospectivo, lo que no permite establecer relaciones de causalidad. Aun así, es posible considerar los antecedentes de violencia intrafamiliar o de pareja, los síntomas depresivos y la desesperanza como factores asociados al aumento de riesgo suicida en la población en estudio. Las muestras utilizadas corresponden a estudios previos; no son probabilísticas, por lo que no es posible estimar prevalencia de conducta suicida a partir de ellas; por el mismo motivo, la violencia contra la mujer no fue evaluada con una escala propiamente tal, sino con un ítem dicotómico. Si bien esto es una limitación metodológica, debe tenerse en cuenta que el haber realizado un análisis secundario de datos permitió por un lado, conformar una

muestra con mayor diversidad y desde allí representatividad de la población objetivo, las mujeres chilenas; y por otro lado, es una forma pertinente de avanzar en la comprensión del impacto de la violencia contra la mujer sin que sea necesario someter a grandes grupos a reiterados estudios con cuestionarios extensos que podrían revictimizar a las participantes.

Los datos de esta investigación, unidos al cuerpo de estudios Internacionales sobre la violencia de género como factor de riesgo, evidencian la necesidad de estudiar, prevenir e intervenir en la violencia contra la mujer en todas sus formas, debido a las graves consecuencias que tiene para su salud física y mental. Cuando en Chile, la Encuesta de Violencia contra la Mujer en el ámbito de la violencia intrafamiliar y otros espacios 2020 (ENVIF-VCM; Subsecretaría de Prevención del Delito, 2020) indica que una de cada cuatro mujeres entre 15 y 65 años manifiesta haber experimentado violencia de pareja o intrafamiliar en el último año; estos resultados se vuelven de suma relevancia para la prevención e intervención en salud mental, y de prevención del suicidio en particular.

Hasta ahora, los esfuerzos para prevención del suicidio en adultos en Chile se han organizado en torno a la detección temprana y tratamiento de los problemas de salud mental que se asocian a este: depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, y abuso de alcohol y otras drogas. Sin embargo, en las guías clínicas de estos programas de atención (MINSAL, 2009; MINSAL, 2013b, 2013c, 2013d), así como en las orientaciones técnicas específicas del programa de prevención del suicidio (MINSAL, 2013a), no se orienta a la pesquisa activa de condiciones de riesgo psicosocial asociadas a suicidio, sino que a su tratamiento secundario y terciario una vez que ha ocurrido un intento (lo que corresponde a prevención indicada). Consideramos que la detección e intervención del riesgo suicida generado por la violencia contra la mujer en usuarias de los servicios públicos sería una estrategia útil de prevención selectiva. Al mismo tiempo, es necesario mantener y profundizar las acciones de prevención contra la violencia de género en los

establecimientos educativos y la comunidad general. Es vital construir puentes de comunicación entre los diversos servicios de salud, el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SernamEG) y las instituciones de educación superior, con el objetivo de garantizar acciones específicas de prevención para las mujeres. Sólo de esta forma se podrá intervenir en las cadenas de riesgo en la historia de vida de las mujeres, riesgos que se pueden presentar, y por lo tanto prevenir, en los contextos familiares educativos, laborales y de pareja.

Referencias

- Abramson, LY, Metalsky, GI, Alloy, LB (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*; 96(2):358.
- Akyazi, S., Tabo, A., Guveli, H., İlnem, M. C., & Oflaz, S. (2018). Domestic Violence Victims in Shelters: What Do We Know About Their Mental Health? *Community Mental Health Journal*, 54(3), 361–369. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0240-1>
- Asociación Psicológica Americana. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Asociación Médica Mundial. (2000). Declaración de Helsinki. In *repositorio.uam.es*. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/678186/RI_12_10.pdf?sequence=1
- Baader, T. M., Rojas, C. C., Molina, J. L. F., Gotelli, M. V., Alamo, C. P., Fierro, C. F., Venezian, S. B., & Dittus, P. B. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 52(3), 167–176. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272014000300004>
- Barker, G., Aguayo, F., & Correa, P. (2012). *Comprendiendo el ejercicio de violencia de los hombres hacia las mujeres: algunos resultados de la encuesta IMAGES Brasil, Chile y México* | Observatorio de Igualdad de Género.

<https://oig.cepal.org/es/documentos/comprendiendo-ejercicio-violencia-hombres-mujeres-algunos-resultados-la-encuesta-images>

Beautrais, A.L. (2006). Women and Suicidal Behavior, *Crisis*, 27(4), 153–156. doi: 10.1027/0227-5910.27.4.153

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
<https://doi.org/10.1037/h0037562>

Breiding, M., Basile, K., Smith, S., Black, M., & Mahendra, R. (2015). *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*. Version 2.0.
<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/31292>

Brignone, E., Sorrentino, A. E., Roberts, C. B., & Dichter, M. E. (2018). Suicidal ideation and behaviors among women veterans with recent exposure to intimate partner violence. In *General Hospital Psychiatry* 55, 60–64
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.10.006>

Caldwell, J. E., Swan, S. C., & Woodbrown, V. D. (2012). Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence*, 2(1), 42–57.
<https://doi.org/10.1037/a0026296>

Cavanaugh, C. E., Messing, J. T., Del-Colle, M., O'Sullivan, C., & Campbell, J. C. (2011). Prevalence and Correlates of Suicidal Behavior among Adult Female Victims of Intimate Partner Violence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(4), 372–383.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00035.x>

Choi, J., Park, S., Yi, K. & Hong, H. (2012). Suicide mortality of suicide attempt patients discharged from emergency room, nonsuicidal psychiatric patients discharged from emergency room,

- admitted suicide attempt patients, and admitted nonsuicidal psychiatric patients. *Archives of Suicide Research*, 42(3), 235-243. doi: 10.1111/j.1943- 278X.2012.00085.x
- Christiansen, E., & Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 257-265. doi: 10.1080/00048670601172749
- Comisión Nacional para la protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del comportamiento (1979). Reporte Belmont: Principios éticos y directrices para la Protección de sujetos humanos de investigación. <http://www.fhi.org/training/sp/RETC/belmont.htm>
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) & World Health Organization (WHO) (1993). International Ethical Guidelines for Biomedical research Involving Human Subjects. <http://www.fhi.org/training/sp/RETC/cioms.htm>
- Duarte, D. (2008). El suicidio en Chile: Un signo de exclusión. Santiago: Universitaria.
- Dutton, Goodman, & Schmidt. (2005). *Development and validation of a coercive control measure for intimate partner violence: Final technical report*. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/grants/214438.pdf>
- Dworkin, A. (2006). *Heartbreak: The political memoir of a feminist militant*. Bloomsbury Publishing
- Foster, T. (2011). Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 1-15. doi: 10.1080/13811118.2011.540213.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Articles Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368(9543), 1260-1269

- Gibb, S.J., Beautrais, A.L. & Fergusson, D.M. (2005). Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 95–100. doi: 10.1111/j.1440-1614.2005.01514.x.
- Goldberg, D.P. & Williams, P. (1988) A User's Guide to the GHQ. Windsor: NFER-Nelson.
- Gómez Ch, A., Opazo, R., Levi, R., Ch, G., Soledad, M., Ibáñez, C., & Núñez, C. (2014). Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52 (1), 9 – 19. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000100002>
- Gvion, Y & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93-112. doi: 10.1080/13811118.2011.565265
- Hamdan, A. (2009). Mental health needs of Arab women. *Health Care for Women International*, 30(7), 593–611. <https://doi.org/10.1080/07399330902928808>
- Heras. (2009). Una aproximación a las teorías feministas. *Revista de Filosofía, Derecho y Política*, 9, 45–82. <http://universitas.idhbc.es>
- Hernández, D., Zitko, P. y Gómez, A. (2018). Epidemiología. En Gómez, A., Silva, H. y Amon, R. (Ed.), *El suicidio, teoría y clínica* (pp.22-27). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Inostroza, C., Cova, F., Bustos, C. & Quijada, Y. (2015). Desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea median la relación entre sintomatología depresiva y conducta suicida no letal en pacientes de salud mental. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 53(4), 231-240. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000400003>
- Inostroza, C. (2016). Procesos psicologicos de riesgo de intento suicida en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción. Tesis Doctoral para optar al grado de Doctor en Psicología: Universidad de Concepción, Chile.

http://repositorio.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/232952/inostroza%20carolina_prog.4217%20CONICYT.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Inostroza, C., Acuña, J., Beratto, V., Campos, F., Carrillo, J., Fernández, F. y Bühring, V. (2014). Relación entre sintomatología depresiva, impulsividad y contagio social con autolesión en jóvenes chilenos entre 18 y 25 años de edad. Ponencia V Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI, Antigua Guatemala, 14 al 17 de mayo.
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Meadows, L. A., Jacobs, D., Chance, S., Gibb, B., ...Phillips, K. (1998). Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 533-540. doi: 10.1037/0022-006X.66.3.533
- Kisa, S., Zeyneloğlu, S., & Verim, E. S. (2019). The level of hopelessness and psychological distress among abused women in a women's shelter in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.009>
- Klonsky, E., & May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. Recuperado de: <https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/3ST.pdf>
- Ley N° 20.666 de 2005. Diario Oficial de la República de Chile. 07 de octubre de 2005. <http://www.leychile.cl/N?i=242648&f=2010-12-18&p=>
- Ley N° 20.480 de 2010. Diario Oficial de la República de Chile. 18 de diciembre de 2010. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1021343&f=2010-12-18&p=>
- Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 181-192. doi: 10.1016/j.cpr.2014.01.006.
- MacKinnon, C. (1989). *Toward a feminist theory of the state*. Harvard University Press.

- McManus, S., Walby, S., Barbosa, E. C., Appleby, L., Brugha, T., Bebbington, P. E., ... & Knipe, D. (2022). Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: a probability sample survey of the general population in England. *Lancet Psychiatry*, 9: 574–83. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00151-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00151-1)
- Maris, R.W. (2002). Suicide. *The Lancet*, 360(9329), 319-326. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09556-9
- Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (2021). Femicidios. Servicio Nacional de Mujer y Equidad de Género. Recuperado de: https://www.sernameg.gob.cl/?page_id=27084
- Ministerio de Salud, Chile (2009). Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio se esquizofrenia. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud (2013a). Norma General Administrativa N° 027: Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación.
- Ministerio de Salud (2013b). Guía clínica AUGE: Depresión de 15 años y más. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud (2013c). Guía clínica AUGE: Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud (2013d). Guía clínica AUGE: Trastorno bipolar de 15 años y más. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025. Santiago, Chile: MINSAL.
- Miranda, R., Tsypes, A., Gallagher, M., & Rajappa, K. (2013). Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 786-795. doi: 10.1007/s10608-013-9524-5
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological Review*, 30(1), 133–154. doi: 10.1093/epirev/mxn002

- Nrugham, L., Holen, A. & Sund, A.M. (2012). Suicide Attempters and Repeaters: Depression and Coping: A Prospective Study of Early Adolescents Followed up as Young Adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(3), 197-203. doi: 10.1097/NMD.0b013e318247c914
- O'Connor, R. C. (2011). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis*, 32, 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC (2018), Global Study on Homicide. Vienna. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf
- Okasha, A., Lotaif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(5), 409–415. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x>
- Organización de Naciones Unidas (1981). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Organización de los Estados Americanos. Convención Belem Do Pará. (1994). https://www.nl.gob.mx/sites/default/files/interioresbelemytrata2015_0.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014a). *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. www.paho.org/violence
- Organización Mundial de la Salud. (2014b). Prevención del Suicidio: Un imperativo global. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (2021). Global, regional and national estimates for intimate

- partner violence against women and global and regional estimates for non-partner sexual violence against women. <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
- Qiu, T., Klonsky, E. D., & Klein, D. N. (2017). Hopelessness Predicts Suicide Ideation But Not Attempts: A 10-Year Longitudinal Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 718–722. <https://doi.org/10.1111/sltb.12328>
- Roizblatt, Thomassen, Pinedo, Román, Wolfenson, & Castillo. (2011). Estudio de autoagresiones en un grupo de adolescentes de la región metropolitana en Chile. *Revista GPU*, 7(3), 324–329.
- Romppel, M., Braehler, E., Roth, M., & Glaesmer, H. (2013). What is the General Health Questionnaire-12 assessing?: Dimensionality and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in a large scale German population sample. *Comprehensive psychiatry*, 54(4), 406-413. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.10.010
- Saavedra, T. (2021). Violencia contra la mujer infligida por la pareja: prevalencia, denuncia y factores de riesgo en Chile. World Bank Group. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/356321627068840006/pdf/Prevalencia-Denuncia-y-Factores-de-Riesgo-en-Chile.pdf>
- Salvo, L.; Micco, S.; Danhier, M.; Rivera, V. & Farías, X. (2004). Características clínicas y sociales del intento de suicidio. Poster 59º Congreso de Chileno de Psiquiatría y Neurología.
- Salvo, Melipillán, & Castro. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes Reliability, validity and cutoff point for scale screening of suicidality in adolescents. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(1), 16–23. <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272009000100003&scr>.
- Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (2021). Femicidios 2021. Recuperado:

https://www.sernameg.gob.cl/wp-content/uploads/2021/12/FEMICIDIOS-2021_al3012.pdf

Snyder, C. (2002). Hope and hopelessness. *Handbook of Primary Care Psychology*, 145–155.

Spaccarotella, S. D. (2019). La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará”: La aplicación real y efectiva en el ámbito judicial argentino. *LEX. Revista de La Facultad de Derechos y Ciencias Políticas*, 16(21), 53–78. <https://doi.org/10.21503/lex.v16i21.1541>

Stein D.J., Chiu, W.T., Hwang I., Kessler, R.C., Sampson, N., Alonso, J., ...Nock, M.K. (2010) Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS ONE* 5, e10574. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010574>

Stewart, D. E., Vigod, S., & Riazantseva, E. (2016). New Developments in Intimate Partner Violence and Management of Its Mental Health Sequelae. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1–7. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0644-3>

Stöckl, H., & Penhale, B. (2015). Intimate Partner Violence and Its Association With Physical and Mental Health Symptoms Among Older Women in Germany. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(17), 3089–3111. <https://doi.org/10.1177/0886260514554427>

Subsecretaría de Prevención del Delito (2020). Informe de resultados IV Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en Otros Espacios (ENVIF-VCM). Recuperado:<http://cead.spd.gov.cl/?wpdmpro=informe-de-resultados-iv-encuesta-de-violencia-contra-la-mujer-en-el-ambito-de-violencia-intrafamiliar-y-en-otros-espacios-envif-vcm&wpdmdl=3204&>

Taylor, P. (2020). System Entrapment: Dehumanization While Help-Seeking for Suicidality in Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Qualitative Health Research*,

30(4), 530–546. <https://doi.org/10.1177/1049732319857671>

- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-22. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Van Orden, K., Merrill, K. & Joiner, T. (2005). Interpersonal-Psychological Precursors to Suicidal Behavior: A Theory of Attempted and Completed Suicide. *Current Psychiatry Reviews*, 1(2) 187-196. doi: 10.2174/1573400054065541
- Van Orden, Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., Joiner, T., ... K. C.-P., & 2010, undefined. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://psycnet.apa.org/buy/2010-06891-010>
- Vásquez, J.J., Panadero, S. & Rincón, P.P. (2010). Stressful life events and suicidal behaviour in countries with different development levels: Nicaragua, El Salvador, Chile and Spain. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 20(4), 288-298. doi: 10.1002/casp.1036
- Vidal, C., Faunes, C., Huerta, C. T., Ruiz-Tagle, C., & Hoffmeister, L. (2021). Cambios en la tendencia de mortalidad por suicidio en Chile, 1997-2018. *Salud Colectiva*, 17, e3363-e3363. Recuperado: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2021.v17/e3363/es>
- Vitriol, V., Cancino, A., Serrano, C., Ballesteros, S., Ormazábal, M., Leiva-Bianchi, M., ... & Asenjo, A. (2021). Latent Class Analysis in Depression, Including Clinical and Functional Variables: Evidence of a Complex Depressive Subtype in Primary Care in Chile. *Depression Research and Treatment*, 2021: 6629403. <https://doi.org/10.1155/2021/6629403>
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., ...Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129-141. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.

- Wenzel, A. & Beck, A.T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology* 12(4), 189–201. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.001
- Wolford-Clevenger, C., Smith, P. N., Kuhlman, S., & D'Amato, D. (2019). A preliminary test of the interpersonal-psychological theory of suicide in women seeking shelter from intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(12), 2476-2497.
- World Health Organization (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Organización Panamericana de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44350?locale-attribute=es&>
- Yount, K. M., Dijkerman, S., Zureick-Brown, S., & VanderEnde, K. E. (2014). Women's empowerment and generalized anxiety in minya, egypt. *Social Science and Medicine*, 106, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.022>