

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL INTENTO DE SUICIDIO Y SU ENFRENTAMIENTO

SOME CONSIDERATIONS ABOUT THE ATTEMPTED SUICIDE AND HIS CONFRONTATION

TOMAS BAADER M. (1), EDMUNDO URRA P. (2), ROCÍO MILLÁN A. (2), LISETTE YÁÑEZ M. (2)

1. MÉDICO-PSIQUIATRA, PhD EN PSIQUIATRÍA, UNIVERSIDAD DE HEIDELBERG. INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS CLÍNICAS. UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE.
2. ESTUDIANTE DE MEDICINA. UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE.

Email: tbaader@uach.cl
tomasbaader@gmail.com

RESUMEN

Las conductas suicidas son un problema de Salud Pública en Chile y en el mundo, dentro de ellas se incluyen el intento de suicidio y el suicidio. En este artículo se realizará una revisión general del problema en Chile, pero se centrará en la conducta clínica y de intervención en crisis.

Es necesario realizar un diagnóstico adecuado de la conducta suicida, el cual debe basarse en la evaluación de cinco aspectos principales, según el modelo sugerido por la Escuela de Medicina de Harvard, el cual es detallado en el presente artículo.

Finalmente, debemos tener presente que el eje central del enfrentamiento de un paciente evaluado por intento de suicidio es la intervención en crisis, la cual debe ser realizada por el primer médico que tenga contacto con el paciente.

Palabras clave: Intento de suicidio; prevención y control; intervención en crisis.

SUMMARY

Suicidal behavior is a public health problem in Chile and the world which include suicide attempts and suicides. This article will perform a general review of the problem in Chile, but will focus on the clinical behavior and crisis intervention.

It is necessary to make a proper diagnosis of suicidal behavior, which should be based on the assessment of 5 main aspects, according to the model proposed by the Harvard Medical School, which is detailed in this article.

Finally, we note that the central axis of the confrontation of a patient evaluated for attempted suicide is the crisis intervention, which must be performed by the first doctor who has contact with the patient.

Key words: Suicide, attempted; prevention and control; crisis intervention.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo no pretende abarcar toda la complejidad de la conducta suicida, pues el tema implica considerar múltiples factores de influencia que provienen de una mirada antropológica, sociológica, epidemiológica, psicopatológica, clínica y de las neurociencias. Se realizará una revisión general del problema en Chile con referencias internacionales y nacionales, pero se centrará principalmente en la conducta clínica y de intervención en crisis.

Para unificar el lenguaje asociado al tema que trataremos, debemos plantear algunas definiciones:

- **Riesgo de suicidio** (del alemán Suizidalität-suicidalidad): "Riesgo

de suicidio es la suma de todas las formas de pensamiento y comportamiento humano o de grupo de humanos, que cognitivamente, a través del comportamiento activo, o dejándose estar, buscan con anhelo la propia muerte, o que consideran dentro de las posibilidades de su accionar esta consecuencia" (1).

- "Suicidalidad es el potencial de todas las fuerzas espirituales y funciones, que tienden a la autodestrucción" (2).

- Este comportamiento es muy difícil de diferenciar de conductas no suicidas autoagresivas y de actividades de tiempo libre con riesgo alto de lesiones o de muerte.

- **Presión de conducta** (del alemán, Handlungsdruck): Probabilidad de riesgo inminente en el tiempo inmediato de transformar una idea suicida en una conducta o acción suicida.

- **Definiciones de conductas suicidas:**

- **Suicidio:** conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y creencia, de que con el método elegido es posible alcanzar dicha meta. Resultado de la conducta: la muerte.

- **Intento de suicidio:** Similar definición a la anterior, sólo que el resultado no fue la muerte.

- **Conducta parasuicida:** Conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta influenciar o cambiar una situación, con un gran componente comunicativo ("apelativo"), con el conocimiento, esperanza y creencia, de que la conducta no lo va a llevar a la muerte. Resultado de la conducta: Meta de cambio de situación propuesta es alcanzada/no alcanzada y el que realiza el acto sobrevive.

BREVE MARCO TEÓRICO:

Ha habido muchas discrepancias acerca de la terminología más apropiada para describir el comportamiento suicida. Recientemente, se ha propuesto el término "comportamiento suicida mortal", basado en el resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, "comportamiento suicida no mortal" para las acciones suicidas que no provocan la muerte (3). Tales actos también a menudo se llaman "intentos de suicidio" (un término común en los Estados Unidos), "parasuicidio" y "daño autoinfligido deliberado" (términos comunes en Europa). El término "ideación suicida" se usa a menudo en la bibliografía técnica y se refiere a pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración. Otra forma frecuente de violencia dirigida contra uno mismo es la automutilación, que consiste en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente (4).

La conducta suicida ha sido considerada una urgencia psiquiátrica, entendiéndose como tal "aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de conducta (ambos con sus dimensiones objetivas y subjetivas) son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, de modo que llegan a producir una solicitud de atención psiquiátrica urgente"

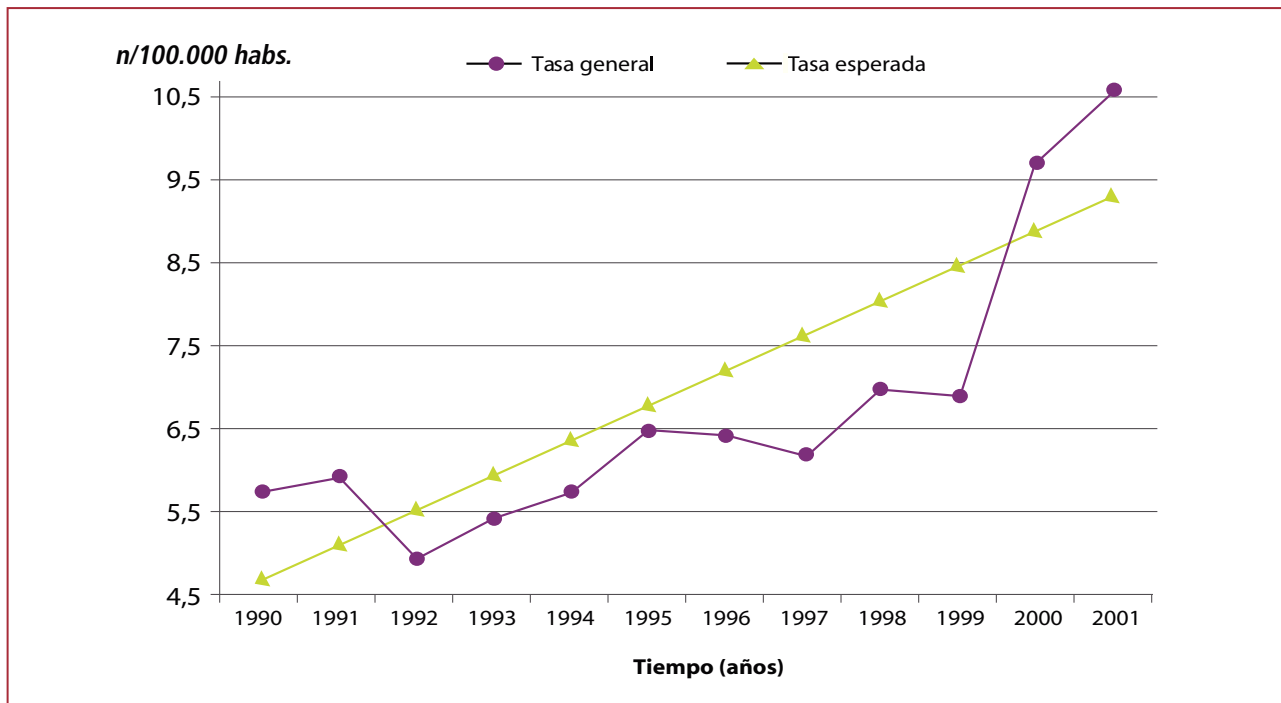
(5). Las conductas suicidas son un problema de Salud Pública tanto en Chile como en el mundo, dentro de ellas se destacan: el intento de suicidio y el suicidio (6). La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el suicidio dentro de las cinco principales causas de mortalidad entre los 15 y 19 años (7). El fenómeno suicida ha sufrido un aumento desde los años 50' en EE.UU. y Europa en jóvenes-adultos y en población adolescente. En Chile desde 1986 se ha incrementado sostenidamente, alcanzando una tasa de 10,4 x 100000 habitantes (2003) en población general (8, 9, 10) (Figura 1).

La prevalencia del intento de suicidio es más difícil de conocer. En general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios (11). Una reciente revisión sistemática internacional concluye que 29,9% de adolescentes ha tenido ideas suicidas en algún momento de su vida y 9,7% y 6,8% han atentado contra sí mismos alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses, respectivamente (12). En relación a los datos biodemográficos hay un predominio de suicidios e intentos de suicidios en sexo femenino, con un incremento a temprana edad, entre los 16 y 18 años (13, 14). En cuanto a las desventajas socioeconómicas, éstas muestran escasa evidencia de asociación al intento suicida. Lo que sí se observa es que los adolescentes que intentan quitarse la vida provienen de familias más disfuncionales en comparación con adolescentes controles (15).

Dentro de los estudios nacionales sobre suicidio, queremos hacer referencia a un trabajo anterior en proceso de publicación realizado por nuestro equipo de investigación, donde se revisaron los protocolos de autopsias del SML de Valdivia entre los años 1995-2008, donde se pudo evaluar las características de la totalidad de la población suicida y la evolución de las tasas de suicidios dentro de los últimos años en la región. Hubo 498 suicidios en el período estudiado. Las tasas de suicidio mostraron un aumento progresivo, llegando a 17,2 el 2005 (Figura 2). Respecto al género, el 82,9% fue hombres y el 17,1% mujeres. La razón hombre/mujer fue de 4,86/1. El 72,8% erasoltero o viudo y 27,2% casado o conviviente ($p < 0,001$). Según la edad en que se cometen los suicidios destacan con mayor frecuencia los rangos etarios 20-34 y 40-49 ($p < 0,001$). Las mujeres se suicidaron en mayor porcentaje que los hombres en edades tempranas, situación que se invirtió en edades mayores. El 21,7% estaba desempleado y el 78,3% empleado ($p < 0,001$). La mayoría de los suicidios se producen en: domicilio, horario diurno, por ahorcamiento ($p < 0,001$), sin asociación a ingesta de alcohol significativa (16).

Destacan los estudios de intentos de suicidios en la población pediátrica y adolescente, en donde se muestran, como factores de riesgo más relevantes, al género femenino, quienes tienen un mayor riesgo en las conductas suicidas diferentes al suicidio (17). La depresión en sí misma constituye un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida pero las dificultades en las relaciones familiares le otorgan una contribución significativa independiente a este riesgo (18).

La mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presenta algún tipo de psicopatología. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemen-

FIGURA 1. TASA Y TENDENCIA DE SUICIDIOS. CHILE, 1990 A 2001.

Adaptado de "El Suicidio en Chile: Cifras de Hoy en Salud Pública" (8)

te asociados, son trastornos del ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. La ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, más bien cumple un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida que un factor de riesgo por se. La evidencia es clara en cuanto a que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida. Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida (18).

El riesgo de repetición del intento de suicidio en un intervalo corto de tiempo es particularmente alto en los jóvenes. Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes. Solamente una cuarta parte concurre a la consulta médica porque creen no necesitar ayuda (19). En el caso de un intento de suicidio, la intervención en crisis aparece como una importante opción, especialmente por la numerosa demanda de atención y los escasos recursos de asistencia profesional existentes en nuestro medio para hacer frente a esta urgencia orgánica y mental, ya que este tipo de intervención ofrece la posibilidad de optimizar recursos económicos y profesionales y de aprovechar y fortalecer las redes sociales (5).

PREVENCIÓN EN SUICIDIO

Para entender mejor el tema que estamos desarrollando hay que profundizar brevemente el concepto de prevención en suicidio, que corresponde a todas las acciones e intervenciones tendientes a la reducción

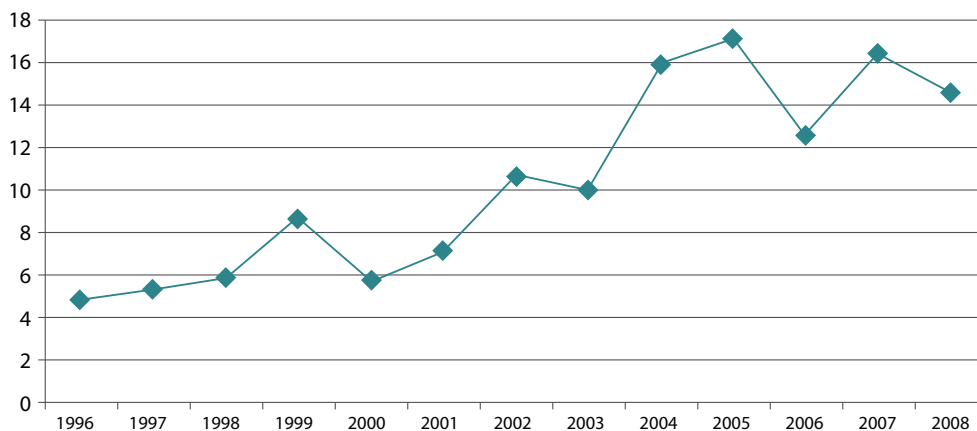
de la conducta suicida y el suicidio en sí. Este concepto cumple con los criterios de todo proceso preventivo es decir, de estar definido en niveles de intervención primario, secundario y terciario. La discusión del presente artículo se centra principalmente en el nivel secundario.

La prevención del suicidio y del intento de suicidio debe entenderse como un capítulo central de la medicina y de la psiquiatría de urgencia y se basa en algunos principios fundamentales (20) (Figura 3):

- 1) Evitar la aparición de la desesperanza, deseos de morir e ideas suicidas.
- 2) Evitar que las ideas suicidas se transformen en una conducta.
- 3) Prevenir la reaparición de crisis suicidas.
- 4) Reducir los factores de riesgo que facilitan la aparición de suicidalidad.
- 5) Tratar adecuadamente los trastornos psiquiátricos y las crisis psicosociales.
- 6) Promover ganancia de tiempo, que permita una nueva reflexión bajo una oferta terapéutica óptima del/la paciente suicida.

Dentro de las estrategias para cumplir con estos objetivos es necesario realizar un diagnóstico adecuado de la conducta suicida, que debe

FIGURA 2. TASAS DE SUICIDIO POR 100.000 HABITANTES SERVICIO MÉDICO LEGAL DE VALDIVIA, AÑOS 1996 - 2008 (16)



basarse en la evaluación de 5 aspectos principales, según el modelo sugerido por la Escuela de Medicina de Harvard (21) (Figura 4):

- 1) Evaluación médica y psiquiátrica:** Realizar una completa anamnesis y revisión de la psicopatología del paciente y su condición de salud general.
- 2) Factores de riesgo:** detectar y describir los factores predisponentes para un acto suicida.
- 3) Nivel de modificación de los factores de riesgo. Ej.:** nivel de modificación del aislamiento social, cambio en la red familiar, etc.
- 4) Acto suicida:** Determinar las características específicas del acto suicida como nivel de planificación, de impulsividad, de conciencia neurológica y psicopatológica, intencionalidad de muerte o sólo llamado de atención.
- 5) Determinación de factores protectores:** revisar si el/la paciente tiene herramientas que permitan protegerlo o reducir su riesgo de concretar un suicidio.

La sumatoria de estos 5 pilares de evaluación, permiten determinar clínicamente el nivel de riesgo y decidir las medias de intervención específicas.

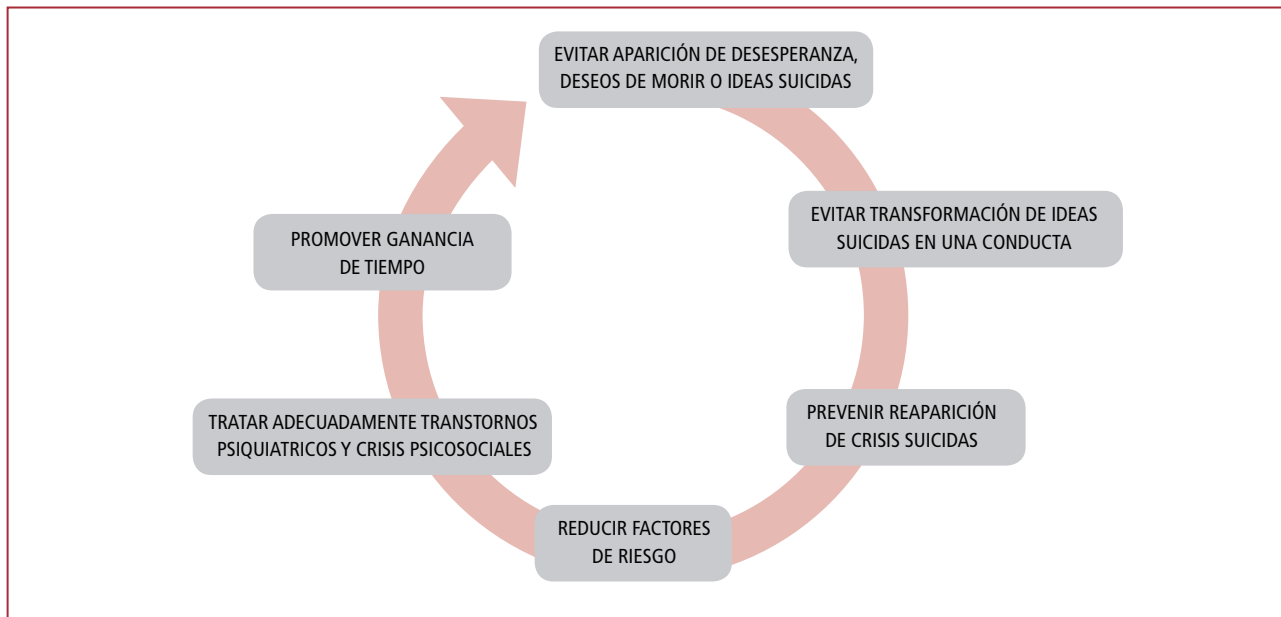
Otro componente útil en la determinación de riesgo es el uso de escalas de evaluación como la escala de ideación suicida (SSI), de Intencionalidad suicida de Beck, De Desesperanza de Beck y el Inventario de Razones para vivir (Reasons for living Inventory, RFL) (22, 23, 24, 25). Es claro sí, que estas escalas no reemplazan el criterio médico clínico, pero permiten cuantificar y fundamentar mejor la definición de

la conducta a seguir, teniendo sí en consideración que son escalas no validadas en Chile todavía y requieren pasar por este proceso antes de su uso masivo.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

El eje central del enfrentamiento de un paciente que es evaluado por un intento de suicidio o de una intención manifiesta de suicidarse es la intervención en crisis que debe ser realizada por el primer médico que tenga contacto con el/la paciente. Para ello debemos considerar algunos aspectos básicos de esta intervención (26):

- A.** Cada diálogo sobre suicidalidad o sobre la sospecha de la presencia de una crisis psicosocial o una patología psiquiátrica (depresión, bipolaridad, psicosis, trastorno de pánico, etc.) que presente riesgo suicida, debe considerarse una intervención de emergencia.
- B.** La suicidalidad debe considerarse la mayoría de las veces una expresión de la manifestación creciente y crítica de una enfermedad psiquiátrica, pero está también dentro de las posibilidades de conducta del ser humano y desaparece la mayoría de las veces con una ayuda adecuada. Con esto queremos decir, que es fundamental mantener una actitud esperanzadora, pero templada en el enfrentamiento del paciente suicida.
- C.** Los pensamientos suicidas deben ser evaluados en forma directa, abierta y deben ser tomados en serio (sin adornarlos o benignizarlos, pero tampoco dramatizarlos). Son una expresión extrema del sufrimiento humano, por muy manipuladores que parezcan.
- D.** La responsabilidad de la conducta a seguir dentro de la situación de entrevista clínica con un/a suicida es siempre del entrevistador, del

FIGURA 3. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES EN LA PREVENCIÓN DE SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIO (20)

médico o la persona que está realizando la evaluación inicial y es en relación a la decisión de la conducta de emergencia a seguir, indelegable.

E. Cuando se requiere en una crisis suicida una medida de contención y vigilancia (retener, afirmar, hospitalizar, etc.), debe ésta realizarse en forma rápida y sin sentimientos de culpa o atribución de libertad ("cada uno puede hacer lo que quiera"), pero por otro lado la prevención en suicidio no puede volverse inhumana y transformarse en "un rescate con fuerza".

F. Todos los seres humanos tienen principios y valores como lazos sociales en la vida, que pueden servir de protección, pero también pueden perder su valor, por lo que el entrevistador se vuelve en una figura importante como referente preventivo.

G. A pesar de que la conducta suicida es una posibilidad inherente del ser humano, debe tenerse en cuenta que la mayoría de las veces corresponde o está relacionada con una patología psiquiátrica, por lo que la evaluación de la suicidalidad de un/a paciente, exige la revisión de dicha condición y su tratamiento.

Además deben considerarse los 9 aspectos específicos, en este primer encuentro con el/la paciente, que fueron muy bien descritos por Clark (27) y siguen vigentes hasta el día de hoy:

- 1) Actuar como si "tuviéramos tiempo de sobra".
- 2) Primero escuchar largamente, después estructurar la entrevista, para promover la expresión emocional.

3) Estar atento dentro del relato del paciente a aspectos positivos (ej. referencias a amigos/as), que deben ser recordados para más tarde.

4) Preguntar detalladamente sobre las sensaciones y sentimientos asociados a la crisis suicida y/o intento de suicidio.

5) Evaluar la profundidad del nivel de desesperanza expresado por el paciente, es uno de los principales marcadores de riesgo.

6) Consultar los aspectos activos y pasivos del paciente en la presente crisis.

7) Pacientemente preguntar por los aspectos detallados de la planificación suicida: Métodos, planificación específica, lugar, deseo de ser encontrado o no, grado de impulsividad del acto, etc.

8) Observar cuándo y cómo aparecen sentimientos intensos en el relato.

9) Evaluar las creencias y pensamientos asociados de desvalorización, totalizaciones nihilistas y referencias a intolerancia absoluta a tolerar el sufrimiento por algún aspecto vital del/la paciente y relativizar esas frases transformándolas en otras más realistas (este es la primera intervención psicoterapéutica de tipo cognitivo conductual, que después debe ser continuada por el especialista).

Finalmente se hará referencia a los criterios para definir la hospitalización de urgencia de un/a paciente en riesgo suicida o con intento de suicidio, idealmente en una unidad de salud mental (28):

- 1) Intención anunciada de suicidio en forma aguda, especialmente si lo

hace a pesar de estar frente a una persona garante (médico, enfermera, técnico, etc.), con una alta probabilidad de realización y riesgo de muerte.

2) Presentar intención suicida aguda a pesar de estar bajo terapia (existe falta de descarga emocional, alterada o mala relación médico-paciente, agudización y descompensación de la patología de base).

3) Estado depresivo severo con una vivencia generalizada de desesperanza y de que no puede ser ayudado/a.

4) Estrechamiento de la percepción y la vivencia de realidad, especialmente delirio depresivo asociado a una tendencia de autocastigo, voces imperativas que inducen al suicidio o a hacerse daño, ideas paranoides que generan temor y angustia como de persecución, amenaza y muerte por terceros. Convicción delirante de una descomposición o decadencia del propio cuerpo con el deseo de terminar con este sufrimiento y la idea delirante de ya estar muerto.

5) Intencionalidad suicida (suicidalidad) con fuerte componente de agitación psicomotora, miedo y estupor.

6) Suicidalidad con intención de escape manifiesta, riesgo de fuga, miedo a perder el control sobre sí mismo o falta de capacidad de establecer un vínculo.

7) Ante un síndrome cerebroorgánico tanto crónico como agudo con suicidalidad, asociado un estado delirante e ideas de suicidio, estado de confusión asociado a una patología orgánica de base.

8) Suicidalidad bajo el efecto de alcohol o drogas.

9) Presencia de una enfermedad psiquiátrica, especialmente ante una psicosis.

10) Empeoramiento del cuadro clínico psiquiátrico, falta de mejoría en tratamiento ambulatorio con creciente intención suicida, estrechamiento y tendencia al aislamiento de la conducta.

11) Acentuación de la intención suicida, con antecedentes de intento de suicidio en el pasado y con agravamiento del método suicida (método más "duro").

12) Situación social desolada, sobre todo aislamiento y falta total de lazos, siempre esto asociado a intención suicida.

13) Suicidalidad posterior a un acto criminal, a un accidente del tránsito, sobre todo cuando hay culpabilidad con consecuencias mortales para otros. También debe considerarse a aquellas personas involucradas en una catástrofe financiera como la quiebra de su negocio, que involucre el bienestar familiar, estatus y pérdida del sentido de vida.

14) Comentarios suicidas que involucren a terceros (ej.: madre-hijo/a

con una severa depresión, entendiéndose esto como una intención altruista, pero patológica y de extrema gravedad).

15) Suicidalidad en la tercera edad, ante viudez, depresión senil, en combinación con severa patología orgánica.

16) Suicidalidad e intentos de suicidio, que adquieren un creciente carácter manipulativo instrumental (extorción emocional) dentro de relaciones de pareja disfuncionales crónicamente.

17) Suicidalidad ante muerte sorpresiva de la pareja, ante la comunicación de mal pronóstico de enfermedades (SIDA, cáncer, etc.) o ante diagnósticos que comprometan la calidad de vida permanentemente.

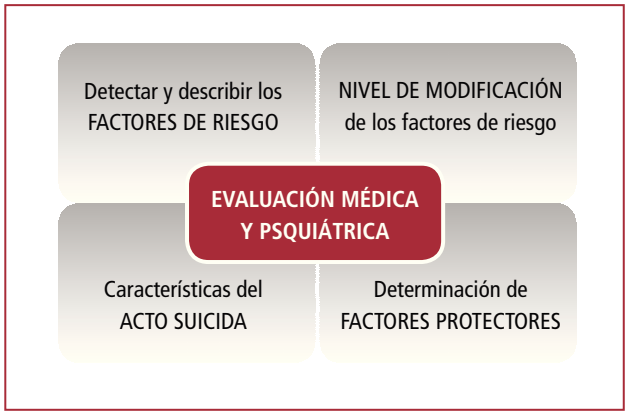
18) Pacientes que habiendo realizado un intento de suicidio, requiera tratamiento orgánico de estabilización y desintoxicación.

EN SÍNTESIS

La conducta suicida es compleja y multicausal. Debe siempre considerarse una intervención de emergencia y hay una serie de otros aspectos a considerar en el proceso inicial, como definir los niveles de seguridad a los que debe someterse el paciente para su cuidado intrahospitalario, o las medidas de protección a considerar al definir la derivación a su casa, si no cumple con criterios de gravedad.

En el presente artículo sólo hemos hecho referencia a los criterios básicos de la intervención inicial y definición de hospitalización de un paciente que concurre a un servicio de urgencia o refiere en la evaluación ambulatoria en la consulta ideas asociadas a la intención suicida, que trascienden toda la medicina y especialidades, debiendo ser de conocimiento básico de todo médico y no sólo de la especialidad en psiquiatría.

FIGURA 4. ASPECTOS PRINCIPALES A EVALUAR PARA UN DIAGNÓSTICO ADECUADO DE LA CONDUCTA SUICIDA (MODELO DE EVALUACIÓN DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE HARVARD)



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolfersdorf M, Kaschka WP (Hrsg.). Suizidalität - Die biologische Dimension. Springer, Berlin Heidelberg New York 1995.
2. Haenel, T, Pöldinger, W. Erkennung und Beurteilung von Suizidalität. In K. Kisker, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömgen E. (Hrsg.). Psychiatrie der Gegenwart 2 (pp.~107-132). Springer, Berlin 1986.
3. Canetto SS, Lester D. Women and suicidal behavior. Nueva York, NY, Springer, 1995.
4. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Editado por Drug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Publicación Científica y Técnica N° 588. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2003.
5. Cruz F, Roa V. Intento suicida en niños y adolescentes: Criterios para un modelo de intervención en crisis desde el enfoque constructivista evolutivo. (Tesis inédita de titulación). Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2005.
6. Quinteros N, Riquelme R, Riquelme P, Loayza S. Epidemiología del intento de suicidio adolescente. Revista Chilena De Estudiantes De Medicina. 2008, 5(1).
7. Ventura-Junca D, Carvajal C, Undurraga S, Vicuna P, Egana J, Garib MJ. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Rev Med Chil. 2010 Mar;138(3):309-15.
8. Mazzei M, Cavada G. El Suicidio en Chile: Cifras de Hoy en Salud Pública. Rev Chil Salud Pública 2004; 8(3): 176-178.
9. Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2005). Indicadores Básicos de Salud 2005.
10. Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2003). Mortalidad por suicidios, Chile (1990-2002).
11. Lolas F, Verdugo S, Castellón C. Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 1988; 26: 12-25.
12. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Suicide Life Threat Behav 2005; 35: 239-50.
13. Steele M, Doey T. Suicidal behaviors in Children and Adolescents. Part 1 Etiology and risk factors. Can J Psychiatry 2007; 52 (6 Suppl 1): 215-335.
14. De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behavior. J Affect Disord 2005; 86: 215-24.
15. Fortune S, Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. Paediatr Child Health 2007; 17: 443-7.
16. Baader T, Behne P, Molina JL, et al. ¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena? Análisis de las tasas de suicidios y sus características sociodemográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Región de Los Ríos, entre los años 1996 a 2008. (En comité editorial) Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011.
17. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31: 655-62.
18. Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr. 2000; 71(3): 183-191.
19. Serfaty E. Suicidio en la adolescencia. Adolescencia Latinoamericana 1998; 1:105-10.
20. Wolfersdorf, M. Kap. 5, Suizidprävention, Wolfersdorf, M. , Der Suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart, Wiss.Verl.-Ges., 2000: 88-93.
21. Miller MC, Paulsen RH. Suicide assessment in the primary care setting. In: Jacobs DG, ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey-Bass, 1999:520-39.
22. Beck AT, Schuyler D, Herman I: Development of suicidal intent scales, in The Prediction of Suicide. Edited by Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ. Bowie, Md, Charles Press, 1974.
23. Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. Psychol Rep. 1974 Apr;34(2):445-6.
24. Beck AT, Weissman A, Lester D, et al: The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. J Consult Clin Psychol 42:861-865, 1974.
25. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA: Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. J Consult Clin Psychol 1983; 51: 276-286.
26. Wolfersdorf, M. Kap. 5, Suizidprävention, Wolfersdorf, M. , Der Suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart, Wiss.Verl.-Ges., 2000: 94-98.
27. Bell CC, Clark DC. Adolescent suicide. Pediatr Clin North Am. 1998 Apr;45(2): 365-80.
28. Wolfersdorf, M. Kap. 5, Suizidprävention, Wolfersdorf, M. , Der Suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart, Wiss.Verl.-Ges.,2000: 117-120.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.