



Duazary

ISSN: 1794-5992

revistaduazary@unimagdalena.edu.co

Universidad del Magdalena

Colombia

Cervantes P., Wendy; Hernández, Emilia Melo
El suicidio en los Adolescentes: Un problema en Crecimiento
Duazary, vol. 5, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 148-154
Universidad del Magdalena
Santa Marta, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156328012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

EL SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES: UN PROBLEMA EN CRECIMIENTO

Wendy Cervantes P. *
Emilia Melo Hernández*

RESUMEN

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Por lo tanto este artículo solo pretende ser una revisión teórica sobre lo que hasta la fecha se conoce sobre los factores implicados en el suicidio en población adolescente. En el intervienen múltiples factores, entre los cuales se pueden citar: nivel socioeconómico de los padres, entorno familiar en el que se vive, las relaciones sexuales y la aceptación del género, padecer una enfermedad mental, nivel de estudios alcanzado, tener problemas en el colegio, con la justicia, entre otros. (Duazary 2008; 148-154)

Palabras Clave: Suicidio consumado, adolescentes, factores protectores, factores de riesgo

ABSTRACT

Suicide is a universal human phenomenon that has been present throughout history. Therefore, this article, only wants to check what is known to date about the imply factors in suicides in adolescents. This is about something complicated, because of the many factors imply: social-professional level of the parents, sex, having any mental illness, Level of study, having problems in school, weather where they live, among others.

Key Words: Consummated suicide, adolescents, protective factors, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida ha sido definido como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria.¹⁻⁴ El pensamiento suicida hace referencia a ideas de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida;^{3,5,6} mientras que el comportamiento suicida se refiere a las acciones concretas realizadas por quien está pensando o preparando su propia muerte.³ El intento de suicidio por lo general se refiere a una acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo. El suicidio hace referencia a causar intencionalmente la propia muerte.¹⁻⁴

¿Cuáles son las causas del intento de suicidio en los adolescentes?

La adolescencia es un período del desarrollo del ciclo vital con mucho estrés y grandes cambios biopsicosociales, tales como: cambios en el cuerpo, en las ideas y en los sentimientos.⁷⁻⁹ Un estrés intenso, confusión, miedo e incertidumbre, factores económicos y la presión por el éxito influye en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones.^{3,10,11} En algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, acompañados por otros eventos en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar

* Estudiantes de psicología. Universidad del Magdalena



abrumadores.^{1-4,10} Para algunos, el suicidio aparece como una solución a los problemas que se le presentan en la corta vida que han tenido, lo que se denomina una “visión de túnel” o “desesperanza”.

Un problema adicional que se presenta en las precisión de las estadísticas del suicidio de los adolescentes, es el hecho de que a veces es imposible determinar si algunas causas de muertes fueron intencionales o no (accidentes de tránsito, ahogados, caídas, sobredosis con drogas ilegales);¹¹⁻¹³ por tanto las estadísticas mundiales y nacionales sobre el suicidio en los adolescentes hacen que el problema pueda estar siendo subestimado, debido al subregistro existente.

En una investigación con adolescentes (Hallfors et al, 2004) 14 se concluye que aquellos que no tienen historia de consumo de alcohol o drogas tienen menos riesgo de depresión, ideación suicida o intentos suicidas que los grupos en los que se utilizan la marihuana y/o drogas intravenosas. Por lo cual podría considerarse el no consumo de alcohol y drogas como un factor protector.

¿Estadísticas acerca del suicidio adolescente?

El suicidio en los niños mayores y jóvenes una cruel realidad, siendo la tercera causa de muerte en el mundo entre los últimos y lo más grave es que ésta tendencia tiende a incrementarse.¹² La tasa de suicidios en menores de 18 años en Colombia para el año 2006 era de 6 por cada 100.000 habitantes.¹⁵ Gonzáles y Hernández¹⁵ indican que los hombres tienen una probabilidad cuatro veces mayor de morir a causa de suicidio que las mujeres. Sin embargo, las mujeres tienen mayor probabilidad de intentar el suicidio que los hombres.

Factores de riesgo del suicidio en los adolescentes

El Clima Social familiar desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos.¹⁶ Detectar los factores de riesgo a tiempo es importante para tomar decisiones con respecto al abordaje terapéutico a seguir.^{3,11,12, 16-20}

Entre los principales factores de riesgo, encontramos:

Factores culturales y sociodemográficos

El bajo estatus socioeconómico, el poco nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo para el suicidio en los jóvenes, ya que limitan su participación social. Los pueblos indígenas, los desplazados y los inmigrantes pueden ser asignados a

este grupo, dado el desarraigo de su cultura y también a la carencia de redes sociales. En nuestro caso particular colombiano esto se combina con la huella que deja la tortura, heridas de guerra, secuestro, pérdida de seres queridos y aislamiento.

Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos.

El crecimiento individual de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio.

El inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual, constituyen también factores de riesgo para los comportamientos suicidas, sobre todo en una cultura homofóbica.

Los problemas en el colegio también son considerados como un factor de riesgo para el suicidio en los adolescentes.

Factores familiares y aspectos negativos previos

El medio familiar cuando presenta conflictos que afectan la estabilidad emocional de sus integrantes se considera un factor de riesgo relevante para el intento suicida. La familia puede volverse nociva cuando sin saberlo se convierte en un medio patógeno, es decir no cumple con su papel, cuando las relaciones entre los individuos que la componen son inadecuadas. Estas mismas relaciones no armónicas contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar genera que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes o depresiones.^{21,22}

Entre estos factores encontramos:

- Trastornos psiquiátricos en los padres
- Un ambiente demasiado normativo, demasiado coercitivo o, a la inversa demasiado permisivo, un ambiente hostil, incomprensivo, inseguro, patológico, que juzga siempre en negativo, culpabilizante, o simplemente indiferente, egocéntrico, un ambiente donde los valores profundos son ridiculizados (verdad, justicia, amor).

- Abuso de alcohol, consumo de sustancias ilegales y conductas antisociales.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio.
- Violencia familiar que incluye abuso físico, psicológico y sexual.
- Mala o poca comunicación intrafamiliar.
- Constante agresión intrafamiliar.
- Divorcio, separación o fallecimiento de los padres.
- Desempleo en la familia.
- Acceso fácil a las armas de fuego.
- Constantes cambios de domicilio.
- Hacinamiento en el hogar, en el cual conviven varias generaciones.
- Pocas manifestaciones afectivas entre los miembros de la familia.
- Humillaciones a los adolescentes en sus llamados de atención y mucho mas riesgoso en presencia de sus amistades.
- Una inadecuada educación para una sexualidad plena.
- Familias adoptivas
- Enfermedades terminales e infecciosas.

Sicopatología (Trastornos psiquiátricos del adolescente)

- Depresión.
- Trastornos de ansiedad.
- Abuso de alcohol.
- Abuso de drogas.
- Trastornos incipientes de la personalidad.
- Trastorno esquizofrénico.
- Trastorno psicótico.
- Trastornos alimentarios.
- Intentos previos de suicidio.

Estilo cognitivo y personalidad

- Alta impulsividad.
- Humor inestable.
- Irritabilidad.
- Conductas irreales, fantasías, vivir en un mundo ilusorio.
- Conducta antisocial.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Orientación sexual diferente a la de su género.
- Malas o ambivalente relaciones con sus padres, docentes y amigos.
- Conducta de imitación, en la cual una conducta suicida puede precipitar otros intentos en adolescentes con características similares, lo cual también se ha denominado suicidio por imitación.²³

Factores biológicos

Estudios post-mortem realizados en jóvenes suicidas han referido niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito el ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA). Se han encontrado, además, niveles disminuidos de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo en pacientes deprimidos que han tenido intentos suicidas con métodos violentos, bajas concentraciones de receptores serotoninérgicos pre-sinápticos y altas concentraciones en receptores post-sinápticos². Estas anomalías se han localizado en la corteza ventro-lateral prefrontal de víctimas de suicidio y de aquellos que han realizado intentos suicidas.

Debido a que la corteza ventral prefrontal juega un importante papel en la inhibición de comportamientos, es probable que las irregularidades serotoninérgicas en ésta área hagan más difícil que un suicida potencial tenga control sobre sus impulsos suicidas.^{24,25} Conocer el estatus biológico de los que intentan el suicidio puede tener un valor práctico y las bajas concentraciones de 5-HIAA en LCR examinadas poco después de un suicidio pueden diferenciar entre los que podría cometer suicidio o repetir el intento dentro de un año y aquellos que no.

Todo adolescente que haya intentado suicidarse requiere de una evaluación física inicial y tratamiento hasta recuperar estabilidad. El tratamiento de la salud mental para los sentimientos, ideas o comportamientos suicidas comienza con una evaluación minuciosa de los acontecimientos de la vida del adolescente ocurridos durante los dos o tres días previos al comportamiento suicida. Una evaluación integral del adolescente y de la familia contribuye a la toma de decisiones con respecto de las necesidades de tratamiento. Las recomendaciones de tratamiento pueden incluir, entre otras, la terapia individual para el adolescente, terapia de familia y, cuando sea necesario, la internación para brindarle al adolescente un entorno supervisado y seguro. Los padres tienen un rol vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.

FACTORES PROTECTORES EN EL SUICIDIO DE LOS ADOLESCENTES

Entre los principales factores protectores contra el comportamiento suicida, que deben ser desarrollados desde la infancia y adolescencia por los padres o quienes hagan sus veces, la familia, los educadores y entre otros, llamadas a formar una personalidad, entrega se pueden mencionar^{3,11,12,16,20,26,27,28}.

Patrones familiares

- Buenas relaciones familiares
- Apoyo de la familia, sentir que son amados y se les acepta tal como ellos son y se les apoya. (Lactancia materna, estimulación temprana, aceptación de la corporalidad).

Estilo cognitivo y personalidad

- Buenas habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos de pares en la escuela y en la comunidad.
- Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros, lo cual se logra destacando sus éxitos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inferioridad.
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades acercándose a las figuras significativas y más adecuadas que pueden ayudarlos con un consejo oportuno.
- Tener buena autoestima, auto imagen y suficiencia.
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas, especialmente aquellas que han obtenido resultados exitosos.
- Receptividad hacia conocimientos nuevos (buena formación académica).
- Evitar el consumo de sustancias aditivas.
- Aprender a posponer gratificaciones inmediatas.
- Brindarles una educación para la sexualidad plena.
- Aceptar su corporalidad, no solo del género sino morfológica.
- Utilización de inteligencias múltiples.
- Enseñar el concepto de muerte.

Factores culturales y sociodemográficos

- Redes afectivas e Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.
- Buenas relaciones con sus compañeros.
- Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos.
- Apoyo de personas relevantes.
- Amigos que no consuman drogas.
- Tener un sentido de vida.

Factores ambientales

- Buena dieta.
- Descanso.
- Luz solar.

- Ejercicio físico.
- Ambiente sin drogas ni tabaco.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

El reconocimiento y la intervención temprana de los trastornos mentales y de abuso de sustancias ilegales y legales es la forma más eficaz de prevenir el suicidio y el comportamiento suicida. Varios estudios han demostrado que los programas de prevención del suicidio con más probabilidad de éxito son aquellos orientados a la identificación y el tratamiento de la enfermedades mentales y el abuso de sustancias, el control de los efectos del estrés y de los comportamientos agresivos.

El suicidio es un problema de la salud pública trágico y potencialmente prevenible. En 1999, el Jefe del Servicio de Sanidad de Estados Unidos (U.S. Surgeon General) realizó un llamamiento a tomar medidas para la prevención del suicidio mediante la introducción de una estrategia de Conciencia, Intervención y Metodología (Awareness, Intervention, and Methodology, su sigla en inglés es AIM). El plan incluye iniciativas de investigación, conferencias y la evaluación de la eficacia de los programas de prevención actuales. El Centro Nacional para la Prevención y Control de Lesiones (National Center for Injury Prevention and Control, su sigla en inglés es NCIPC) trabaja para aumentar la conciencia del suicidio como un problema serio de la salud pública.²⁶

MITOS SOBRE EL SUICIDIO (PÉREZ, 2005)³

Son criterios equivocados que obstaculizan la prevención del suicidio, por lo que se hace necesarios difundirlo por todos los medios posibles para que sean erradicados y se faciliten las acciones preventivas.

- La gente que habla de suicidarse en realidad no lo hace. **FALSO**. La mayoría de las personas que comete suicidio o lo intenta ha avisado directa o indirectamente.
- Cualquiera que intenta matarse está loco. **FALSO**. El dolor emocional extremo no es necesariamente un signo de enfermedad mental.
- Si una persona tomó la decisión de matarse nadie puede impedirlo. **FALSO**. La mayoría de los suicidas no quiere morir; solo quieren librarse del dolor emocional y pueden tener sentimientos mezclados de vida y muerte hasta el último momento.

- La mejoría después de la crisis suicida significa que ya no existe riesgo de suicidio. **FALSO.** A pesar de empezar a sentirse mejor, los pensamientos suicidas pueden persistir durante un tiempo o reaparecer.
- Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren. **FALSO.** Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza.
- Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida. **FALSO.** Entre el 1 % y el 2 % de los que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10 al 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.
- Todo el que se suicida está deprimido. **FALSO.** Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.
- El suicidio se hereda. **FALSO.** No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, como por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.
- El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso. **FALSO.** Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que consiste en la disminución de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo debe hacerse y evitar que lleven a cabo sus propósitos.
- Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice. **FALSO.** Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
- El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su

abordaje adecuado. **FALSO.** Si el sentido común nos hace asumir una postura de empatía (paciente y atenta escucha), con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.

- Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio. **FALSO.** Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención.
- Los niños no se suicidan. **FALSO.** Después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y de hecho ocurre este acto a estas edades.
- Si se reta un suicida no lo realiza. **FALSO.** Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.
- Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio. **FALSO.** Con este mito se pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido. Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las siguientes sugerencias de los suicidólogos sobre como difundirlas:

1. Publicar los signos de alarma de una crisis suicida: Entre estos signos de alarma se encuentran los siguientes: Llanto inconsolable, tendencia al aislamiento, las amenazas suicidas, deseos de morir, desesperanza, súbitos cambios de conducta, afectos y hábitos, aislamiento, conductas inusuales, consumo excesivo de alcohol o drogas, realizar notas de despedidas, etc.
2. Publicar las fuentes de salud mental a las que se pudieran acudir en caso de situación de crisis suicida.
3. Divulgar los grupos de riesgo suicida.

Divulgar medidas sencillas que permita a la población saber qué hacer en caso de detectar un sujeto con riesgo de suicidio.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que para un sector de la población joven, con determinadas características psicológicas, sociales y biológicas, los problemas que plantea la sociedad actual resultan irresolubles, de forma que el suicidio se convierte en la única alternativa.

Es preciso decir que se hace imprescindible seguir con la investigación de este problema, pues las cifras de víctimas van en aumento.

También hemos de considerar la implementación de programas de prevención, y aumentar los recursos que la sanidad pública dedica al tema.

REFERENCIAS

1. Arroyave J, Díaz S, Del Toro J, Ceballos G.. Percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia). Duazary. 2007; 4(2): 112-18
2. Bjaneason TH, Thorlindsson TH. Manifest predictors of past suicide attempts in population of Icelandic adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 1994; 24(4): 350.
3. Pérez S. Cómo evitar el suicidio en adolescentes. Psicom Editores. 2005
4. Pedreira J. Las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia: Aproximación actualizada al tema. Paidopsiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad autónoma de Madrid. 2006
5. Ceballos GA. Ideación suicida en adolescentes. Cuadernos de Psiquiatría de enlace. 2007, junio: 7-10
6. Garrison ZC, Lewinsohn P, Marsteller F, Langhinrichsen J, Laan I. The asseasment of suicidal behavior in adolescent. *Suicide Life Theat Behav* 1991; 21: 217-31.
7. Steinber I, Morris AS. Adolescent development. *Annu Rev Psicol*. 2001; 52: 83-110
8. Moberg DO. Assessing and measuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *J Adult Dev* 2002; 9: 47-60.
9. Blumenthal S. Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clín de Norteam* 1988; 4: 999-1002.
10. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen P.B. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*. 2002 July 13; 325(7355): 74.
11. Gastaminza X, Herreros O, Ortiz V, Gracia R, Sánchez F. Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: Intervenciones terapéuticas. *Interpsiquis*. 2006
12. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001
13. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Bruffaerts R, Chiu WT, de Girolamo G, Gluzman S, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam E, Kessler RC, Lepine JP, Levinson D, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Williams D. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008; 192 (2): 98-105
14. Hallfors D, Waller M, Ford C, Halpern C, Brodish P, Iritani B. Adolescent Depression and Suicide Risk. *Am J Prev Med* 2004; 27(3): 224-230
15. González J, Hernández H. Suicidios Colombia, 2006.. FORENSIS: Datos para la vida. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2007
16. Cueva C, García E. Relación entre clima social familiar y riesgo suicida en estudiantes del Centro Preuniversitario Sipán - Vallejo de la ciudad de Chiclayo. Universidad Señor de Sipán. 2006
17. Bjaneason TH, Thorlindsson TH. Manifest predictors of past suicide attempts in population of Icelandic adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24(4): 350.
18. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 8th ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2000: 1423 -25
19. Rochais A. La Persona y su Crecimiento, Fundamentos Antropológico y psicológicos de Formación de la Personalidad y Relaciones Humanas. Editorial PRH Internacional, 6ta Edición. Madrid, España. 2004
20. Sánchez R, Guzmán Y, Cáceres H. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista colombiana de psiquiatría* 2005; XXXIV, 1, 12-25
21. Dot O. Agresividad y Violencia en el Niño y el Adolescente. Barcelona. Ed. Grijalbo. 1988
22. Zavala G. El Clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los Tipos Caracterológicos de los alumnos del 5to año de Secundaria de los Colegios Nacionales del Distrito del Rímac. UNSM. Tesis de Maestría. 2003
23. Raheb C, Bielsa A, Batlle S, Rafael A, Tomás J. Psicopatología y conducta suicida en la adolescencia. *Interpsiquis*. 2006
24. Arango V, Underwood MD, Mann JJ. Post-mortem findings in suicide victims. Implications for in vivo imaging studies. *Ann NY Acad Sci*, 1997; 836: 269-87.
25. Cataldo A, Cardoso BM, Torres CM, et al. O médico e o paciente suicida. *Rev Med PUCRS* 1998; 8: 82-90



26. Autor N/D. Revista de Psiquiatría de la niñez, adolescencia y familia. 1999; año1. número 1. Noviembre.
27. Rodríguez A. El suicidio y su prevención. Revista Forensis Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-DRIP. 2006; 275-282

