

## **LA CONDUCTA SUICIDA ADOLESCENTE: SU REGISTRO EN PUERTAS DE EMERGENCIA EN URUGUAY.**

Lic. Ps. Asist. María José Torterolo, Dra. Prof. Adj. Cristina Larrobla, Dra. Prof. Agdo. Alicia Canetti, Prof. Adj. Soc. Pablo Hein.<sup>1</sup>

### **Resumen**

La conducta suicida constituye un problema de salud pública, especialmente en adolescentes, ocupando un lugar destacado como causa de muerte. El papel del sistema de salud y sus RRHH en su prevención es destacado por autores y organismos internacionales. Sin embargo, existen dificultades para que las acciones preventivas se cumplan de manera eficiente y efectiva. El presente trabajo<sup>2</sup>, tuvo entre sus objetivos, identificar factores socioculturales en los RRHH del sector salud que facilitan y dificultan la identificación precoz y manejo de ideación suicida e IAE en adolescentes en las puertas de emergencia en Uruguay. El mismo se llevó a cabo en Montevideo e Interior del país, en 4 Hospitales Generales y 2 Centros de Salud del Primer Nivel de Atención.

El trabajo apunta a la generación de conocimiento y su inmediata aplicación en la formación de RRHH en la prevención de la conducta suicida (CS) en adolescentes. La estrategia metodológica implicó la utilización de técnicas de recolección de información diversa que se puede denominar triangulación metodológica. Se realizó un estudio poblacional de carácter descriptivo transversal y se utilizaron 4 herramientas de recolección de datos: 1) Fichas de registro de las puertas de emergencia, 2) Aplicación de la escala denominada Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM, en su versión en español) al personal de las puertas de emergencia, 3) Entrevistas semiestructuradas (Total: 78) a informantes clave a nivel institucional y, 4) Grupos de Discusión (Total: 5) - Con personal de las puertas de emergencia.

Se destacan como resultados primarios que: los adolescentes conforman la franja etaria que más consulta en las emergencias en Montevideo (21%) e Interior (24%), de 1000 consultas 6 son por IAE pero de cada 100, 22 son por problemas asociados que en la literatura internacional se consideran indicadores de riesgo para el diagnóstico. Se observó una gran heterogeneidad en el registro de indicadores de riesgo suicida, presencia de mitos o creencias falsas identificadas en la literatura que obstaculizan diagnósticos acertados y por último escasa formación en la temática de los RRHH del sector salud.

---

<sup>1</sup> El proyecto original, del cual surge el presente trabajo, titulado “Prevención de conducta suicida en adolescentes en Uruguay: hacia una mejora de los recursos humanos de salud”, fue realizado por el equipo de investigación integrado por: Lic. Ps. Asist. María José Torterolo, Dra. Prof. Agdo. Alicia Canetti (Unidad de Salud Mental en Comunidad, Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Udelar); Soc. Pablo Hein (Depto. Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar); Lic. Ps. Gabriela Novoa (Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE), siendo la responsable académica del mismo la Prof. Adj. Dra. Cristina Larrobla (Unidad de Salud Mental en Comunidad, Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Udelar).

<sup>2</sup> El proyecto contó con la financiación de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), Fondo María Viñas y fue desarrollado durante los años 2013-2015.

## Introducción

El número de suicidios e Intentos de Autoeliminación (IAE) en las últimas décadas ha aumentado en el mundo y es considerado un problema prioritario a nivel social y sanitario (WHO, 2001; International Academy for Suicide Research, 2006; OPS, 2006; Chaves, 2011). El suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte y en la adolescencia entre las primeras 3 luego de los accidentes de tránsito y los tumores (Bertolote, 2002; Chaves, 2011)

La presencia de conductas suicidas en edades cada vez más tempranas se destaca en múltiples publicaciones como una modificación en la tendencia de presentación del fenómeno (Botega, 2005; Botega, 2002; Hendin, 1992; Cassorla, 1991; Berrios, 1990; Runeson, 1989; Baudelot, 1985). Un reporte del año 2001 (WHO, 2001) resalta que los suicidios son la tercera causa de muerte entre la población comprendida entre los 15 y 34 años. La OMS señala que hubo aproximadamente 877000 muertes por suicidio en el año 2002 (WHO, 2003), destacando que el 85% de ellas se registraron en países de renta baja y media.

Se estima que por cada suicidio hay al menos 6 personas afectadas, ya que al alto costo directo se agrega el impacto que produce sobre el conjunto de las familias y la sociedad que es difícil de medir (Bertolote, 2002; Chaves, 2011).

Desde hace varias décadas, se conceptualiza la conducta suicida (CS) más allá del suicidio consumado, esto permite proponer modelos de comprensión del fenómeno para generar estrategias preventivas. A partir de esto, se concibe la CS como un continuum que va desde el pensamiento suicida, con distintos grados de intensidad, pasando por el IAE y el parasuicidio, hasta el suicidio consumado (Barrios, 2000; Flechner, 2000). Desde un enfoque de prevención, la ideación suicida (IS) y el intento, son considerados predictores, quien ha intentado quitarse la vida tiene 40 veces más probabilidades de suicidarse (Shaffer, 1988; Manson, 1989).

Uruguay presenta una de las tasas de suicidio más alta en el mundo (16 por 100000 habitantes) (MSP, 2014), en adolescentes, ocupa el segundo lugar en América Latina. La distribución por sexo y por edades sigue las tendencias internacionales, destacándose su mayor frecuencia en hombres y en la franja de 20 a 29 años, con predominio en el interior del país (MSP, 2013).

De acuerdo al análisis evolutivo de las tasas de suicidios de los últimos treinta años en Uruguay se puede concluir que:

1. Hay un crecimiento en las tasas de suicidios de todos los grupos de edad.
2. Las que más crecen porcentualmente en comparación con los otros grupos de edad son las tasas de suicidios de los jóvenes adultos.
3. Los adultos mayores poseen las tasas de suicidios más estables y altas con un crecimiento leve (González, 2011, 2012).

Uno de los aspectos centrales para abordar la CS es conocer su magnitud, lo cual está estrechamente relacionado con las formas de registro y fuentes de información disponibles, la literatura internacional marca que hay un alto índice de subregistro en los reportes de IAE. Con el fin de entender este fenómeno es importante considerar lo social y cultural y como se materializa en nuestro país a través de los registros clínicos de las emergencias de los centros asistenciales, ya que ellas son la principal puerta de consulta de estos casos (Larrobla, 2007).

La CS, por relacionarse con la muerte, moviliza sistemas de creencias y valores, genera mitos asociados con interpretaciones no científicas agrupadas en el imaginario social, acumuladas y transmitidas transgeneracionalmente. Desde el punto de vista social varios trabajos identificaron una serie de mitos acerca de la CS y las personas que la presentan (Villagómez, 2005; Reyes, 2002). Los mitos más frecuentes entre el personal de la salud hacen referencia a que “la gente que habla de suicidarse nunca lo hace”; “la mejor solución para los adolescentes que han hecho un IAE es tratar de olvidarlo”; “el suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso” y “la tarea de prevenir le corresponde a los psicólogos y psiquiatras” entre otros.

El presente artículo tiene como finalidad presentar algunos de los resultados primarios del proyecto de investigación “Prevención de la conducta suicida en adolescentes en el Uruguay: hacia una mejora de los recursos humanos de salud” que indagó sobre dificultades, carencias, obstáculos y necesidades existentes en el sector salud para un adecuado abordaje en la prevención del suicidio. El proyecto fue un trabajo colaborativo en estrecha relación entre instituciones generadoras de conocimiento y formadoras de RRHH en salud (Depto. de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales y la Unidad de Salud Mental en Comunidad de la Facultad de Medicina, UdelaR) y prestadoras de servicios (Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables - ASSE), contando con el aval de los Programas de Salud Mental y Adolescencia y Juventud del MSP.

### **Metodología**

Se realizó un estudio poblacional de carácter descriptivo transversal y se utilizaron diversas técnicas de recolección de datos, con las cuales posteriormente se llevó a cabo una triangulación. Las técnicas utilizadas fueron: 1) Relevamiento de fichas de emergencia, 2) Aplicación de la escala denominada Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM, en su versión en español) al personal de las puertas de emergencia, 3) Entrevistas semiestructuradas (Total: 78) a informantes clave a nivel institucional y, 4) Grupos de Discusión (Total: 5) - Con personal de las puertas de emergencia.

Por un lado se obtuvieron datos secundarios de las Fichas de emergencias (proporcionadas por ASSE) y datos primarios que emergieron de las entrevistas realizadas. Luego de las mismas se aplicó el formulario CAM, que buscó cuantificar la problemática e identificar creencias y actitudes de los entrevistados frente al fenómeno. Por último se realizaron los Grupos de discusión como forma de llegar a aspectos más colectivos que implican elementos “ideológicos y culturales”. La triangulación entonces, de las técnicas cualitativas y cuantitativas permitió una complementariedad en la corroboración de los discursos con los datos estadísticos y enriqueció a su vez, el análisis global de los resultados.

### **Objetivos generales**

- 1) Investigar e identificar los factores socioculturales de los recursos humanos en salud que facilitan y dificultan la identificación precoz y el manejo de la ideación suicida e IAE en población adolescente;
- 2) Capacitar el personal de salud para identificar precozmente y contar con herramientas para el manejo adecuado de episodios de la ideación suicida e IAE en población adolescentes.

Se trata de contribuir a la prevención del suicidio en adolescentes en el Uruguay explorando, a través de un estudio cuanti-cualitativo, el registro que se lleva a cabo actualmente y la formación específica y afín de los recursos humanos de salud en el primer y segundo nivel de atención que asisten a adolescentes que presentan o presentaron alguno de los factores del trinomio Ideación Suicida-IAE-Suicidio en Centros de Salud y Hospitales Generales en Montevideo e interior del país

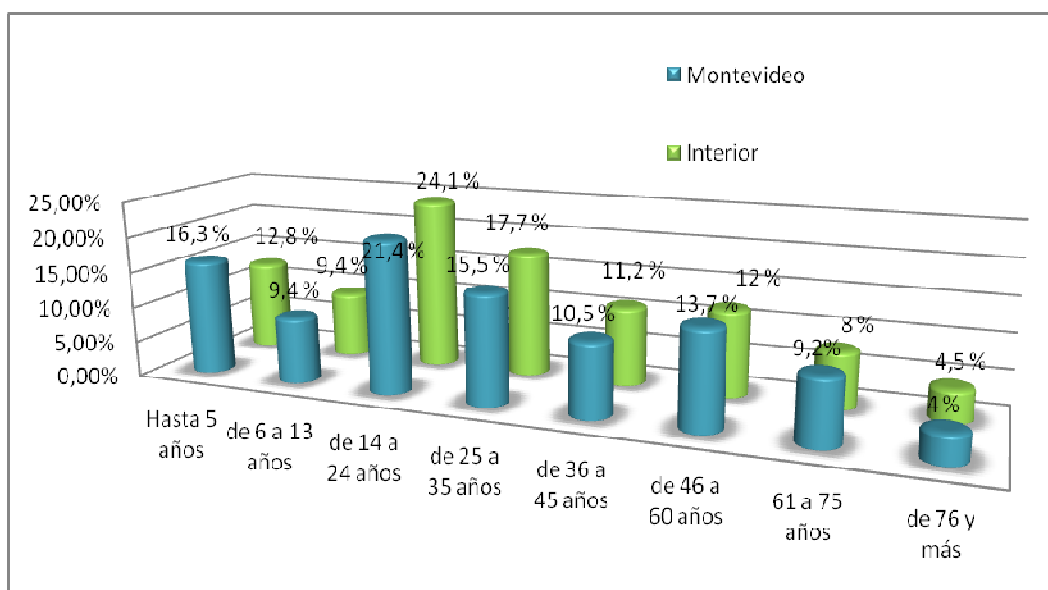
### Objetivos específicos

- 1) Describir y caracterizar la forma de registro en casos de IAE de la población atendida para el tramo comprendido entre 14 y 24 años, atendidos en las emergencias del 1er. y 2do. nivel. Dichos centros asistenciales abarcaron la ciudad de Montevideo y el interior del país.
- 2) Describir las características de la formación específica y afín a la temática abordada en el presente proyecto en los RRHH de salud, de los centros seleccionados.
- 3) Identificar las barreras socioculturales que interfieren en abordaje y registro de conducta suicida así como las dificultades y facilidades que los recursos mencionados identifican en la atención de este tipo de población específica.
- 4) Diseñar una guía de recomendaciones (mapa de ruta) para la atención del paciente con conducta suicida.
- 5) Diseñar e implementar una programa piloto de capacitación específico.

### Resultados

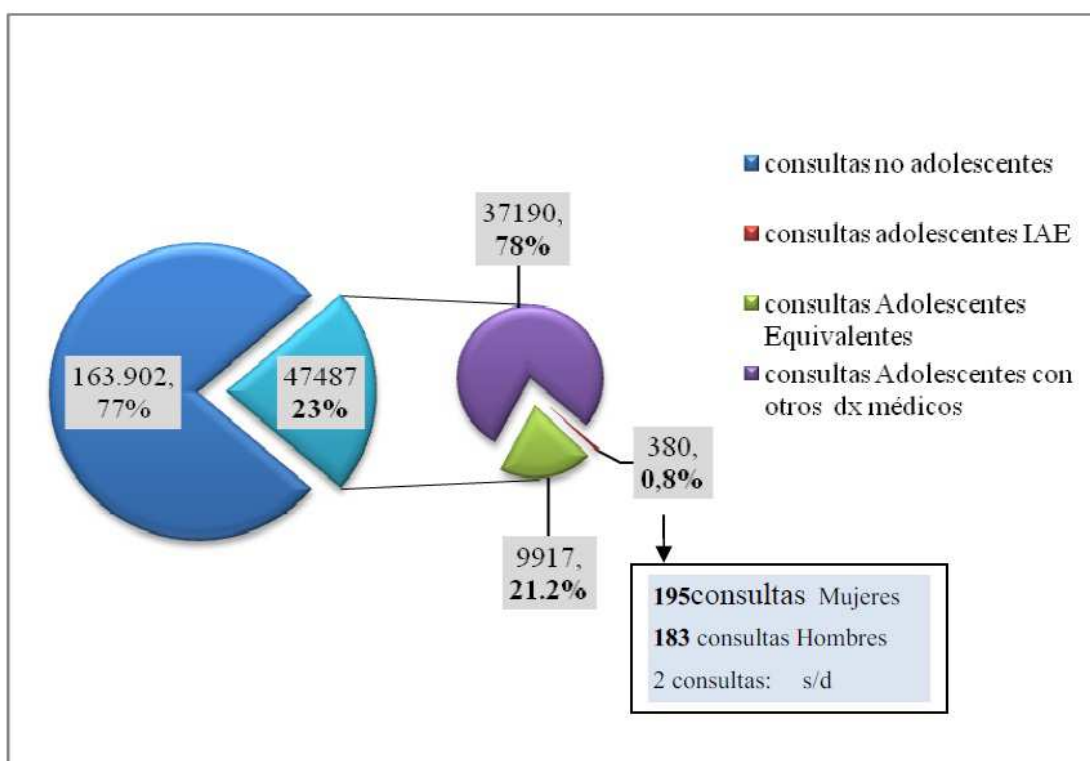
a) De un total de 211.160 consultas realizadas en las puertas de emergencia de los 6 centros asistenciales estudiados, en el año 2012, el tramo que más consultas realizó fue el comprendido entre los 14 y 35 años. Dentro del mismo los adolescentes y jóvenes entre 14 y 24 fueron los que más consultaron tanto en Montevideo como en el Interior del país.

**Gráfico 1. Distribución de consultas en puertas de Emergencia según franja etaria y región (2012)**



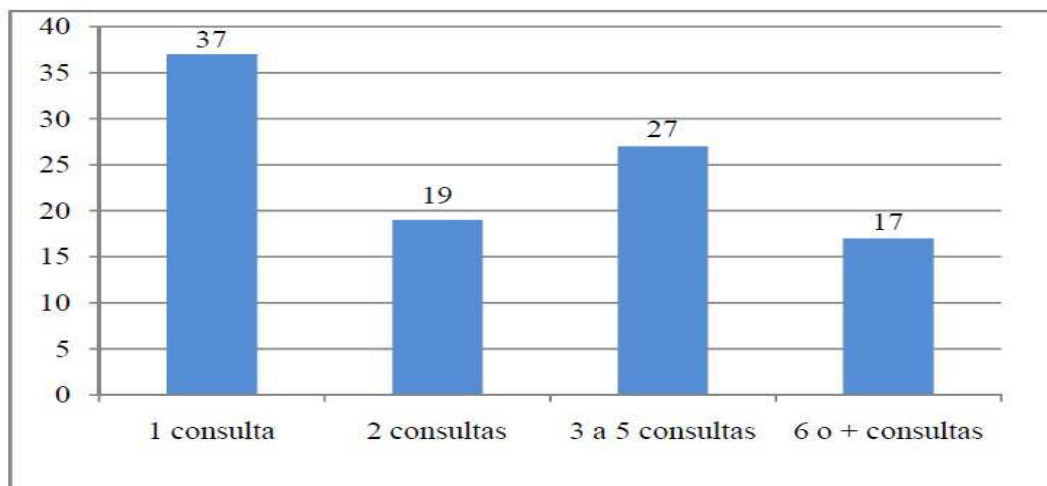
b) Del total de consultas en adolescentes, 380 (0,8%) corresponden a consultas por IAE diagnosticado por los médicos, 118 (0,2%) corresponden a lesiones autoinflingidas consideradas como “presumibles IAE” por el equipo aunque no sean específicamente diagnosticadas como tales por el médico y 9917 (21%) obtuvieron una clasificación de Equivalente, es decir que corresponden a problemas de salud que pudieran estar asociados a CS: Intoxicación (Abuso de alcohol medicamentos, Pasta Base, Marihuana), Adicciones, Cortes/heridas, Violencia doméstica, Constatar lesiones, Crisis (pánico, angustia, ansiedad), Traumatismos. El resto de las consultas corresponden a otros diagnósticos médicos.

**Grafico 2. Número de consulta de adolescentes y jóvenes (14 y 24 años) en emergencias según diagnóstico (2012) (N=211.389)**



c) La mayoría de los pacientes con diagnóstico de CS han tenido más de una consulta en emergencia, alcanzando el 63% los que han acudido a la emergencia 2 o más consultas en el plazo de un año. El rango de número de consultas en estos pacientes con IAE es de 1 a 32 consultas.

**Gráfico 3. Frecuencia de consultas en adolescentes y jóvenes usuarios de Emergencias diagnosticados como IAE en porcentaje (N=26.176)**



Fuente: ASSE 2013, elaboración equipo de investigación

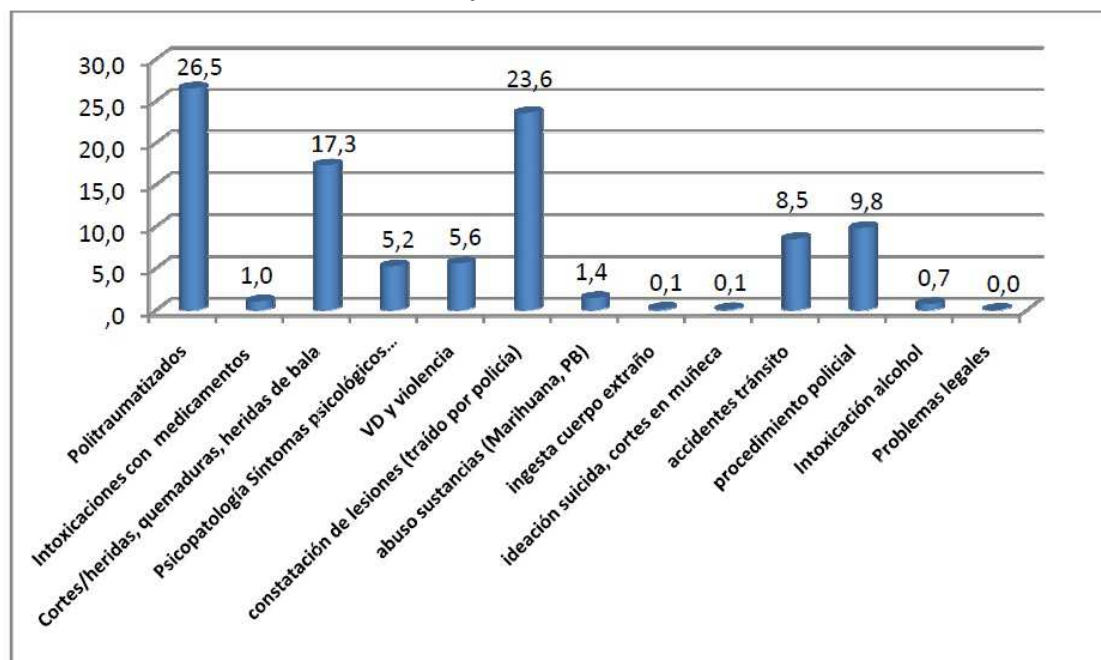
La literatura internacional identifica problemas de salud que pueden estar relacionados con la CS que configuran diagnósticos asociados a IAE:

- Politraumatizados
- Siniestros tránsito.
- Cortes/heridas.
- Psicopatología (crisis de angustia, depresión, , ansiedad).
- Abuso de Sustancias.
- Violencia Doméstica.
- Constatación de lesiones.

Además se identifican conductas que intentan desafiar la muerte, equivalentes de suicidio o suicidios enmascarados como son las muertes por: sobredosis de drogas, picadas callejeras, conducir bajo efecto de sustancias, etc.

d) En el presente trabajo se observó que, de acuerdo a los registros obtenidos, dentro de la categoría de Equivalentes los diagnósticos médicos que priman son la Constatación de lesiones (23,20%) seguido por Politraumatizados (19,3%) y en tercer lugar los Cortes (16,7%).

**Gráfico 4. Distribución de diagnósticos Equivalentes de adolescentes y jóvenes (14 y 24 años) (2012)**



Fuente: ASSE 2013, elaboración equipo de investigación

Llama la atención el bajo número de registros de diagnósticos de IAE y el elevado número de registros de cuadros asociados o Equivalentes. Esto estaría confirmando la tendencia que se observa a nivel internacional y regional en la que los casos diagnosticados corresponderían a la punta de un iceberg en lo que respecta a la CS.

e) También se pudo observar una gran heterogeneidad en el registro de los diagnósticos (de acuerdo al criterio establecido por ASSE -CIAP2- que corresponde al manual internacional de clasificación CIE10) realizados por los médicos de las emergencias. Una misma consulta realizada por “accidente de tránsito” presenta 18 tipos de registro diferentes en la base de datos.

f) Del total de participantes, 21,4% manifestaron haber realizado algún curso de formación específica en la temática. Las instituciones en las que fueron realizados son 84,8% públicas 9,1% privadas y 6,1% de carácter mixto. En la siguiente tabla se presenta la frecuencia donde fueron realizados los cursos de acuerdo al sector y duración de los mismos.

**Tabla 1. Frecuencia de Instituciones donde se formaron los RRHH en la temática según sector y duración en hrs. de los cursos**

Instituciones donde lo hicieron	Duración (hrs/sem)
84,8% a nivel público	menos de 3 hrs
16% a nivel privado (8 personas)	de 3 a 6
	de 7 a 10
	más de 10
12% (6) público y privado	21,2% no manifestó o no recordó.

En líneas generales, la mayoría de los profesionales entrevistados reclamaron cursos de formación específicos en la temática.

g) Se observó que el personal de las emergencias presenta creencias y representaciones sobre la CS, en las que inciden aspectos personales, religiosos y también técnicos que subyacen e inciden en su forma de reaccionar emocionalmente y de actuar profesionalmente. Predominan sentimientos negativos o ambivalentes hacia las personas con CS, que se ve reforzada por la propia racionalidad con la que se justifica la elección de trabajar en éste ámbito y por los criterios con que técnicamente se define la tarea y el rol a cumplir (salvar vidas, actuar rápido ante el paciente grave o con lesiones “palpables”). También se identificó la creencia que son los psiquiatras los que deben encargarse de la asistencia de estos pacientes. Algunas de ellas se presentan en los siguientes discursos.

*... Acá vienen las que intentan siempre pero son pavadas, ... que nos dan hasta risa, son las que se pelean con los maridos, esas se toman dos o tres aspirinas... Aux. de Enfermería Interior*

*... En puerta nos traen muchos y muy distintos..., para mí todos no es que se quieran matar, algunos son llamados de atención y otros sí, ... por ejemplo los que intentan ahorcarse, esos son, no creo que se traten de ahorcar para jugar, para dejarse una marca, esos no... Lic. en Enfermería Montevideo*

*... yo trabajo en la cárcel, y acá vienen de la cárcel, eso me fastidia, porque no se quieren matar, es para salir..., o sea te hace perder el tiempo, no se quiere matar. Siento rabia, porque inclusive lo he visto cortándose ... te hace perder el tiempo. Después tenés la otra histérica, esa que se pelea con el novio y se toma, un Ondil y ya viene muerta... Medico cardiólogo Interior*

*... trato de ser bien cortante con las situaciones, pienso que el único que está capacitado es el médico psiquiatra... Aux. de Enfermería Interior*

*... hoy por hoy veo al paciente y directamente llamo al psiquiatra, y se lo derivo. Me parece que en la urgencia como que no tenes, el tiempo suficiente como para agarrar a un tipo que se quiere matar, y... no puedes estar media hora una hora hablando... Médico cardiólogo Interior*

## **Conclusiones**

Se ha señalado que la emergencia es una especie de puerta giratoria por la que los pacientes con CS salen y vuelven a entrar al sistema de salud (Larkin, 2010). En el caso de las emergencias estudiadas en Uruguay, los datos confirman este señalamiento y además ponen en evidencia que estos ámbitos del sistema sanitario configuran una importante puerta de contacto de los adolescentes con el sistema de salud. Del total de consultas realizadas en las puertas de emergencia, en el año 2012, el tramo que más consultas realizó fue el comprendido entre los 14 y 35 años. Dentro del mismo los adolescentes y jóvenes entre 14 y 24 fueron los que más consultaron. Se destaca que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de CS han tenido más de una consulta en emergencia.



Sin embargo, los datos surgidos de esta investigación también reafirman la idea de que a pesar de ser en un eslabón crítico de la cadena de prevención de la CS, existen factores que dificultan la identificación precoz y manejo de ideación suicida e IAE en las puertas de emergencia. Esto se ve reflejado tanto en el subregistro de IAE y sus equivalentes, el equipo de investigación identifica 21,2% más de consultas por IAE que las diagnosticadas por los médicos en emergencia, como en la heterogeneidad de los registros, lo que estaría confirmando la tendencia que se observa a nivel internacional y regional en la que los casos diagnosticados corresponderían a la punta de un iceberg en lo que respecta a la CS.

Cada grupo social responde al suicidio de diferentes formas según principios filosóficos, religiosos e intelectuales propios de cada cultura y momento histórico. Se identifica en el personal de emergencias algunos de los mitos, y en consecuencia actitudes de rechazo, en relación a la CS señalados en la bibliografía internacional, como: propensión a la negación de la existencia del IAE como una categoría diagnóstica específica si no comprueba evidencias materiales del deseo de autoeliminación. Desde su perspectiva se admite el suicidio exitoso (o fallido por error de cálculo), o el acto de llamar la atención (berrinche, intento banal) que se asocia con la utilización de métodos de menor "letalidad". La idea que subyace a esta creencia es que estos últimos comportamientos no implican potencial riesgo de vida y que por lo tanto no requieren especial atención sanitaria. En el mismo nivel se encuentra la asociación entre autolesión sin intención de muerte y ausencia de riesgo. En última instancia lo que se niega, es la vigencia del deseo de muerte, el cual solo tiene cabida en un cuerpo muerto, sin conciencia.

Por otra parte, concepto de que los aspectos que trascienden el territorio de lo orgánico, y sobre otros que atañen a la complejidad de los vínculos con el paciente y su entorno exceden la responsabilidad médica se ve facilitado por las carencias identificadas en capacitación específica sobre el tema IAE.

Este panorama plantea el problema que las emergencias que se presentan como un ámbito privilegiado en cuanto a posibilidades de prevención del fenómeno del suicidio tienen falencias importantes que pueden llevarlas a fracasar en esta importante tarea. Por lo tanto se hace necesaria la formación específica del personal de la salud en esta temática y la homogenización del sistema de registros a nivel de todos los organismos que reciben los reportes diarios de estos pacientes. Sin estas modificaciones los datos a los que se tiene acceso no describen una situación que se aproxime a la realidad del fenómeno en el país.

## Bibliografía

- Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brenner ND. Suicide ideation among US college students: associations with other injury risk behaviors. 2000; *Journal of American College Health*, 48: 229-233
- Baudelot C, Establet R. La sociologie du suicide. *Recherche*. 1985 ; 16:12-20.
- Berrios GE, Mohanna M. Durkheim and French views on suicide during the 19<sup>th</sup> century: a conceptual history. 1990; *British Journal of Psychiatry*, 156:1-9.
- Bertolote J. y Fleischman A. A global perspective in the epidemiology of suicide *Suicidology*; 2002 2: 6-8. Disponible en: <https://iasp.info/pdf/papers/Bertolote.pdf>
- Botega JN. Tentativas de suicidio. En: *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. São Paulo, Brasil: Ed. Artmed; 2002
- Botega, JN. Suicídio no Brasil. Uma visão de Saúde Pública. *Associação Brasileira de Psiquiatria*. 2005, XXX (3):4-8.
- Cassorla RM. coord. *Do suicídio- estudos brasileiros*. Campinas, Brasil. Ed. Papirus; 1991.
- Chávez Hernández AM, Macías García L F, Luna Lara MG. Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo. *Pensamiento Psicológico*. 2011; 9 (17): 33-42. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165789612011000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165789612011000200004&script=sci_arttext)
- Flechner S. Psicoanálisis y Cultura: La clínica actual de pacientes adolescents em riesgo. Um nuevo desafío. *Revista Latino-Americana de Psicanálise*. 2000 (4): 467-482.
- González VH, Historia y suicidio en el Uruguay. *Revista Encuentros Uruguayos*. 2012 (1): 57-73
- González VH, Suicidio y precariedad en el Uruguay. En: Paternain R, Rico A, coord. *Uruguay. Inseguridad, Delito y Estado*. Montevideo: Trilce; 2012. p.230-242.
- Hendin H. The psychodynamics of suicide. *International Review of Psychiatry*. 1992 (4):15-167.
- International Academy for Suicide Research. 10 septiembre: Día Mundial de Prevención del Suicidio “más conocimiento, más esperanza. 2006. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2006/sm065h.pdf> jóvenes, *Rev Fac Med UNAM*. 2005; 48 (2).
- Larkin GL. Beautrais AL. (2010) - Emergency Departments Are Underutilized Sites for Suicide Prevention Gregory Luke 1 and Annette L. 1,2 *Crisis*; Vol. 31(1):1-6.
- Larrobla C, Pouy A. Intento de Autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas. *Rev Med Urug*. 2007; (23): 339-350.
- Manson SM, Beals J, Dick RW, Duclos C. Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school. *Public Health*. 1989; (104) :609-614. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1580161/>
- Ministerio de Salud Pública (MSP). Programa Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Presentado el 15/7/2013.

- Ministerio de Salud Pública (MSP). 2014; disponible en: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/1%2017%20de%20Julio%202014%20Plan%20Nacional%20Prev%20Suicidio.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1%2017%20de%20Julio%202014%20Plan%20Nacional%20Prev%20Suicidio.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Número de muertes por suicidio supera las causadas conjuntamente por guerras, terrorismo y asesinatos. 2006; Comunicado de prensa. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps061010.htm>
- Reyes W G. Prevención de la conducta suicida en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18(2)
- Runeson B. Mental disorder in youth suicide. DSM III R axes I and II. Acta Psychiatr Scand. 1989; (79): 490-497.
- Shaffer D. The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. J Clin Psychiatry. 1988; (49):36-41
- Villagómez RI, Balcázar Musacchio A, Paz Ramírez R. Suicidio en
- World Health Organization (WHO) Prevención del Suicidio: un Instrumento para Docentes y demás Personal Institucional, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2001 Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/63.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf)
- World Health Organization (WHO). The world health report: shaping the future Geneva. 2003. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf)