

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES Y FAMILIARES RELACIONADAS CON INTENTO DE SUICIDIO EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN BOGOTÁ-2009

PSYCHO-SOCIAL AND FAMILY CHARACTERISTICS RELATED TO ATTEMPTED SUICIDE IN AN ADOLESCENT POPULATION IN BOGOTÁ-2009

Alejandra Caycedo¹, María Luisa Arenas²
Michelle Benítez², Paula Cavanzo³
Gretel Leal³, Yahira R. Guzmán¹

RESUMEN

Las conductas suicidas se han constituido en una causa importante de morbi-mortalidad mundial. En el 2006, el suicidio pasó al tercer lugar como principal causa de muerte en personas de 15 a 44 años. Se han identificado factores de riesgo para esta conducta y signos de alarma específicos, sin embargo, los adolescentes presentan riesgos adicionales como imitación, identificación social e inestabilidad emocional.

Se realizó un estudio transversal descriptivo en adolescentes entre los 10 y 17 años que consultaron por intento de suicidio al servicio de urgencias de dos hospitales en Bogotá, aplicando un instrumento de recolección de información diligenciado por los padres o acudientes de 14 casos, previa firma de consentimiento informado. El estudio mostró que la edad más prevalente fueron los 16 años, representando el 43%; el género fue el femenino, representando el 71,5%. Ninguno reportó diagnóstico de enfermedad mental previa, y solo en tres casos hubo reporte de consumo de sustancias.

Ninguno de los casos reportó que los pacientes hubieran tenido comportamientos de búsqueda de ayuda previa.

Debido al reducido número de casos sólo se pueden describir hallazgos reportados, en este momento no se pueden hacer afirmaciones con respecto a características familiares, para esto se requeriría aplicar el instrumento en un mayor número de pacientes.

PALABRAS CLAVE: suicidio, adolescentes, familia, prevención. (Fuente: DeCS, Bireme).

ABSTRACT

Suicidal behavior has become a major cause of morbidity and mortality worldwide. In 2006, it was the third leading cause of death among persons age 15 to 44. Risk factors for this behavior and specific warning signs have been identified. However, adolescents may be plagued by additional risk factors such as imitation, social identification, and emotional instability.

¹ Médico interno, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

² Médico general, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

³ Estudiante de Medicina, Universidad de La Sabana.

⁴ Médico psiquiatra, jefe área de Salud Mental y Psiquiatría, Universidad de La Sabana. yahira.guzman@unisabana.edu.co

FECHA DE RECEPCIÓN: 15-09-2010

FECHA DE ACEPTACIÓN: 01-11-2010

The authors conducted a transversal- descriptive study with adolescents between 10 and 17 years of age who were admitted for attempted suicide to the emergency rooms of two hospitals in Bogota. The data was collected with an instrument filled out by the parents or guardians of 14 different patients, after having signed a letter giving informed consent. The study showed the most prevalent age was 16, accounting for 43% of the sample. The female population was the most prevalent in terms of gender, accounting for 71.5%. None of the patients reported a previous diagnosis of mental illness and, in only three specific cases, was there a report of substance abuse. None of the patients reported having sought help prior to attempting suicide.

Due to the small number of cases in the sample, it is possible only to describe the reported findings. At this point, conclusions cannot be reached with respect to family characteristics. To do so would require applying the instrument to a larger sample of patients.

KEY WORDS: Suicide, adolescents, family, prevention.

RESUMO

Os comportamentos suicidas têm se tornado uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Em 2006, o suicídio foi a terceira causa principal de morte em pessoas entre 15 e 44 anos. Para este comportamento identificaram-se fatores de risco e sinais de advertência. Existem outros riscos para os adolescentes: a imitação, a identificação social e a instabilidade emocional.

Foi realizado um estudo transversal descritivo em adolescentes de 10 a 17 anos que consultaram o departamento de emergência de dois hospitais de Bogotá por tentativa de suicídio. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados preenchidos pelos pais ou responsáveis dos adolescentes em 14 casos, após a assinatura de um consentimento informado. O estudo mostrou que a faixa etária prevalente é 16 anos (43%), o sexo foi o feminino (71,5%). Nenhum caso relata diagnóstico prévio de doença mental, e apenas três casos relataram o uso de substâncias.

Nenhum dos casos informou que os pacientes tenham procurado ajuda previa.

Devido ao pequeno número de casos, só podem descrever-se achados relatados. Neste momento, nós não podemos fazer afirmações sobre as características da família, já que seria necessária a aplicação do instrumento em um número maior de pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: suicídio, adolescentes, familiares, prevenção.

Las conductas suicidas se han constituido en una causa importante de morbi-mortalidad a nivel mundial, con una incidencia anual entre 10 y 20 por 100 mil habitantes en la población general. Existen dos modas de incidencia en relación con la edad, describiéndose el primer pico en la población que se encuentra entre los 15 y 24 años, y el segundo en aquellas personas que se encuentran por encima de los 65 años (1).

En el 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló que el suicidio pasó al tercer lugar como causa principal de muerte en el mundo entre personas de 15

a 44 años, de ambos géneros. Dentro del grupo de los adolescentes, aquellos que se encuentran entre los 16 y 19 años tienen un riesgo mayor de suicidio, a diferencia de quienes son menores de 15 años para los que el suicidio es poco usual (2).

Durante el año 2006, en Colombia se realizaron 1.751 autopsias cuya probable manera de muerte fue suicidio; el mayor número de casos a nivel de la población en general se sigue presentando en el grupo de hombres y mujeres de 18 a 34 años (3).

LAS CONDUCTAS SUICIDAS SE HAN CONSTITUIDO EN UNA CAUSA IMPORTANTE
DE MORBI-MORTALIDAD A NIVEL MUNDIAL, CON UNA INCIDENCIA ANUAL ENTRE 10 Y 20
POR 100 MIL HABITANTES EN LA POBLACIÓN GENERAL.

Según el Sistema Unificado de Violencia y Delincuencia en Bogotá (SUIVD) en el informe de diciembre de 2007, las muertes violentas en la capital, excepto muertes accidentales y suicidios, han venido disminuyendo de manera progresiva (4).

Factores de riesgo

Podemos encontrar múltiples factores que pondrían a los adolescentes en riesgo de cometer un acto suicida, entre los cuales encontramos (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9):

- Efecto de imitación o efecto Werther.
- Eventos vitales estresantes como la pérdida de una persona significativa o una mascota.
- Problemas con la autoridad.
- Antecedentes médico-psiquiátricos.
- Comportamiento suicida previo.
- Antecedentes psiquiátricos en la familia.
- Factores de la dinámica familiar, como desacuerdo, muerte o separación de los padres, desempleo.
- Maltrato del menor.
- Bajo rendimiento escolar.
- Rasgos de personalidad narcisista o antisocial.
- Problemas de interrelación.
- Trastornos de alimentación.
- Cambios constantes de domicilio.
- Vivir fuera del hogar.
- Rompimiento de una relación sentimental.

- Los trastornos afectivos y, sobre todo, el trastorno depresivo mayor, es el evento psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio; casi el 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social hacen intentos de suicidio infructuosos.

Diversos estudios describen que los individuos que experimentan aislamiento en su vida son más vulnerables al suicidio que los que tienen vínculos sociales fuertes con otras personas. Si adicionalmente las personas con pocos vínculos sufren una pérdida o algún otro tipo de conflicto, el riesgo aumenta pues es difícil el acceso a redes sociales de apoyo.

Factores protectores

Dentro de los factores de protección se han destacado: alta autoestima, las relaciones interpersonales —sobre todo con familiares y amigos—, red social de apoyo, relación estable de pareja y creencias religiosas o espirituales (10, 11, 12).

Los principales factores que generan protección para el comportamiento suicida son:

Patrones familiares

- Buena relación con los miembros de la familia.
- Apoyo de la familia.

Estilo cognitivo y personalidad

- Buenas habilidades sociales.
- Confianza en sí mismo.
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades.
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.

Factores culturales y sociodemográficos

- Integración social.
- Buenas relaciones interpersonales.
- Apoyo de personas relevantes.

Signos de alarma

Cualquier cambio repentino o dramático que afecte el desempeño de un niño o de un adolescente debe ser considerado seriamente como un signo de alarma. Los más descritos en la literatura actual son (2, 3, 5, 8, 9, 13):

- Falta de interés en las actividades cotidianas.
- Alteración del rendimiento académico.
- Comportamiento inadecuado.
- Ausencias inexplicadas.
- Fumar excesivamente, beber o uso de sustancias psicoactivas.
- Incidentes que conducen a violencia.
- Cambio en las conductas alimentarias.
- Descuido en la higiene y presentación personal.
- Aburrimiento constante.
- Dificultad de concentración.
- Alteración en el patrón de sueño.
- Frecuentes consultas por síntomas físicos.
- Manifestaciones de emociones contenidas.
- Regalar o tirar sus objetos favoritos.
- Situaciones de riesgo innecesarios.
- Avisos de planes o intentos de suicidarse.

- Preocupación acerca de la muerte.
- Escribir una o varias notas de suicidio.

Causas

Se han propuesto múltiples teorías sobre la etiología de este fenómeno, concluyendo que es el resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, sociales, culturales y ambientales.

Entre los factores biológicos que se han asociado al suicidio están: insuficientes sitios para unión de la imipramina en las plaquetas, test de no supresión de dexametasona, eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal anormal, alteración del sistema serotoninérgico y niveles de colesterol disminuidos en plasma. Se han hallado niveles bajos de serotonina y sus metabolitos (ácido 5-hidroxi-indolacético) en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con suicidio consumado; además, se ha establecido una relación directa entre los niveles bajos de serotonina y el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyen la actividad serotoninérgica pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-HT_{2A/36}) o factores

SE HAN PROPUESTO MÚLTIPLES TEORÍAS
SOBRE LA ETIOLOGÍA DE ESTE FENÓMENO,
CONCLUYENDO QUE ES EL RESULTADO
DE LA INTERACCIÓN DE FACTORES
BIOLÓGICOS, GENÉTICOS, SOCIALES,
CULTURALES Y AMBIENTALES.

bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT), bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos (4, 8, 15).

Adicionalmente, se ha postulado el modelo de estrés-diátesis, en el que por un lado se identifica un estresor que puede iniciar o agudizar un trastorno psiquiátrico, o promover una crisis emocional. Por el otro, está la diátesis o predisposición, donde se encuentra la combinación factores como el género, un componente genético y biológico, experiencias previas, soporte psicosocial y disponibilidad de los métodos para el suicidio (8).

MODALIDADES

Los métodos de suicidio varían entre los diferentes países y según el género. Los varones mueren mucho más a menudo a causa del suicidio que las mujeres, una de las razones para esto es que utilizan métodos más letales, como armas de fuego y ahorcamiento, mientras que las mujeres tienden a adoptar métodos menos letales, especialmente el envenenamiento, el uso de armas corto punzantes o la sobredosis de medicamentos (16).

Tratamiento

En cuanto al manejo general del riesgo suicida es primordial diferenciar el tipo de conducta que se está enfrentando; en el caso del intento de suicidio el tratamiento inicial corresponde a la estabilización de la condición clínica del paciente, para posteriormente dar un manejo acorde a su condición psiquiátrica (12, 17, 18).

En el caso de la ideación suicida se debe clasificar el riesgo para determinar el nivel de atención del paciente

y la conducta específica (19). Se requiere disponer del tiempo suficiente para garantizar una comunicación adecuada y así poder obtener la mayor y mejor información (20). Es necesario determinar desde cuándo ha aparecido la ideación suicida y comprobar si desea o no vivir. Si la ideación es activa, hay que valorar el grado de desesperanza y la expectativa de muerte, también se debe valorar la frecuencia, intensidad y persistencia de la ideación, y preguntar por la existencia de un plan estructurado de suicidio, los métodos que se pretenden utilizar y la accesibilidad a dichos métodos.

También es necesario saber qué mecanismos de control tiene el sujeto que pretende cometer el suicidio, cómo logra controlar las ideas suicidas y si otras personas están implicadas en sus pensamientos de muerte. Finalmente, se debe evaluar si han existido intentos previos, enfermedad mental, factores desencadenantes proximales y riesgo de imitación, junto con una historia clínica completa.

Cuando el adolescente pueda ser manejado ambulatoriamente es necesario asegurar que continuará el seguimiento y manejo médico dentro de los siguientes 7 a 10 días después de la salida hospitalaria, además de brindar recomendaciones a la familia tendientes a evitar la presencia de armas dentro del hogar, el abuso de sustancias, y resaltar la necesidad de apoyo que requiere el joven, ya que muchos de ellos tienen poca adherencia al tratamiento inicial (4).

Prevención

Se han desarrollado diversos instrumentos para la valoración y predicción del riesgo de suicidio, pero su utilidad y efectividad al aplicarlos sobre diversas poblaciones no han sido demostradas claramente, considerándose que

la valoración clínica sigue siendo la mejor herramienta en la práctica clínica diaria (1, 21).

Es de vital importancia conformar un equipo interdisciplinario en el cual se integren la familia y el personal de salud para que se trabaje en el manejo y en el seguimiento de los jóvenes que hayan cometido intento de suicidio, o en aquellos que se encuentren en riesgo. Los médicos de atención primaria deben estar entrenados para reconocer a jóvenes con posible riesgo suicida, ya que muchos de ellos consultan a servicios de salud antes de cometer el acto (17).

Una evaluación oportuna en el niño o adolescente que indague sobre aspectos psicosociales y mentales, así como la presencia de depresión, pueden brindar una señal de alarma en personas con posible riesgo suicida, que puede ser detectada en primera instancia por padres, orientadores, profesores y personal de salud (18, 19).

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal descriptivo en 14 adolescentes entre los 10 y 17 años de edad que consultaron por intento de suicidio al servicio de urgencias de dos hospitales en Bogotá. A sus familias se les aplicó un instrumento de recolección de información sobre características psicosociales y familiares.

Evaluación

Se diseñó un instrumento de recolección de información para ser aplicado a los familiares / acudientes de la población objeto de estudio. Se contó con la colaboración de los servicios de psiquiatría y urgencias de los respectivos hospitales, con el fin de asegurar que cada vez que ingresara un caso se realizara la aplicación del instrumento por parte del personal de salud asignado en cada uno de los hospitales. La recolección de la información se llevó a cabo durante tres meses al total de la población que aceptó participar en el estudio.

RESULTADOS

Se realizó un instrumento para recolección de datos el cual fue diligenciado correctamente en 14 casos entre el Hospital Occidente de Kennedy y el Hospital Simón Bolívar.

El Hospital Occidente de Kennedy representó el 64 por ciento de los casos mientras que en el Hospital Simón Bolívar se recolectó información de 5 casos, lo cual representa el 35,7 por ciento.

En cuanto a la edad de los pacientes, se observó que la más prevalente fue 16 años, representando el 43 por ciento de los casos, seguido por los 17 años, con un total

ES DE VITAL IMPORTANCIA CONFORMAR UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN EL CUAL SE INTEGREN LA FAMILIA Y EL PERSONAL DE SALUD PARA QUE SE TRABAJE EN EL MANEJO Y EN EL SEGUIMIENTO DE LOS JÓVENES QUE HAYAN COMETIDO INTENTO DE SUICIDIO, O EN AQUELLOS QUE SE ENCUENTREN EN RIESGO.

de 21,4 por ciento; las edades de 14 y 15 años representan cada una un 14,2 por ciento, y por último los 13 años, con un 7,1 por ciento.

El género prevalente en el estudio fue el femenino con 10 de los 14 casos, lo cual representa el 71,5 por ciento; mientras que el género masculino representa tan solo el 28,5 por ciento, con 4 casos.

Las medidas antropométricas de los pacientes no fueron recolectadas satisfactoriamente, por lo cual su análisis no fue posible.

Por otra parte, la escolaridad se recolectó satisfactoriamente en 14 de los casos; los grados décimo y octavo fueron los más prevalentes, con un 28 por ciento cada uno; el colegio al cual asistían los pacientes se anotó en 8 de los 14 formularios; el estado del colegio se recolectó en 13 casos, y el rendimiento de los pacientes fue diligenciado correctamente en los 14 casos, un 50 por ciento presentó un buen rendimiento académico y un 14,2 por ciento rendimiento insuficiente.

La religión a la cual pertenecían los pacientes fue recolectada satisfactoriamente en los 14 casos, el 100 por ciento profesaban la religión católica.

En cuanto a antecedentes psiquiátricos previos, ninguno de los pacientes presentó historia de diagnóstico anterior para enfermedad mental. Ninguno se encontraba bajo medicación en el momento del intento suicida.

La pregunta acerca de intentos previos de suicidio fue diligenciada correctamente en los 14 formularios, de los cuales solo un paciente (7,4 por ciento) había presentado un intento previo con pastillas hacía tres años. Sobre la

presencia de otras conductas suicidas se recolectó la información correctamente en todos los formularios; esta fue positiva en dos casos (14,2 por ciento), pero sin especificar sus características.

El estado civil de los padres fue registrado en 13 de los formularios representados de la siguiente manera: casados 46,1 por ciento, unión libre, separados y solteros 15,3 por ciento cada uno, y divorciados el 7,1 por ciento.

El ítem de situación económica fue registrado en los 14 formularios con prevalencia de mala situación socio-económica, representando el 64,28 por ciento con 9 casos, y una situación regular en 5 casos, con un 35,7 por ciento. Ninguno de los casos se reportó con buena situación económica.

El ítem relacionado con consumo de sustancias fue diligenciado en todos los formularios, obteniéndose 3 casos positivos, uno de ellos por marihuana; en los otros dos no se reportó la sustancia; hubo un caso sospechoso de consumo.

En 2 de los 14 casos los pacientes expresaron deseo de morir (14,8 por ciento); 2 expresaron querer atentar contra su propia vida, y 3 tuvieron actitudes de despedida mediante notas.

Por último, se diligenció la información sobre búsqueda de ayuda previa al intento suicida en los 14 casos, con respuesta negativa para todos ellos.

DISCUSIÓN

El suicidio se ha convertido en una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial; es una patología que

se ha incrementado en los últimos años especialmente en la población joven. Al analizar la información recolectada podemos decir que, con respecto al objetivo general, se describieron las principales características psicosociales y familiares de 14 adolescentes con intento de suicidio. Sin embargo, la información fue limitada por el inadecuado diligenciamiento de los formularios.

En cuanto a las características demográficas de los pacientes, estas se identificaron en la mayoría de los casos de manera adecuada; el territorio de la población estudiada se delimitó al área cercana a los hospitales que participaron en el estudio; por otra parte, la estructura de la población fue parcialmente delimitada, ya que aunque los datos de edad, sexo y estado civil de los padres se registraron, en algunos casos faltó la información relativa a escolaridad.

Con respecto a las características psicosociales y familiares se observó que la estructura familiar puede incidir en las conductas suicidas. La ausencia de la figura paterna, y la disfuncionalidad de los hogares, fue constatada en todos los casos: en 6 de los casos los padres eran casados, en 12 casos ambos padres se encontraban vivos aunque no vivían juntos: ninguno de los casos reportó vivir con el padre; 6 casos reportaron vivir solo con la madre, 7 casos reportaron vivir con amigos y 1 caso reportó convivir con el compañero sentimental. La situación económica también parecería incidir: en 9 casos fue reportada como mala, en ninguno fue reportada como buena.

Los adolescentes constituyen un grupo de particular riesgo para conductas suicidas, y estudios como el presente —aunque tuvo limitaciones por el número de casos estudiados— alcanzan a mostrar cómo la vinculación familiar es parte fundamental dentro de los factores

protectores, así como el hecho de consumir sustancias psicoactivas eleva el riesgo.

Teniendo en cuenta que la universidad constituye un escenario de formación, hay ciertos aspectos bioéticos importantes (22) para garantizar una buena práctica profesional en el futuro, propendiendo por el respeto a la dignidad de las personas; tales aspectos son: la constatación de numerosos estudios de que las creencias ético-morales o religiosas condicionan el comportamiento suicida; el hecho de que el conjunto de valores ético-morales guía el establecimiento de normativas jurídico-legales, que sirven de marco a un ejercicio profesional adecuado a la norma; la realidad de que para muchos pacientes y médicos un sistema de creencias ético-morales o religiosas es algo que se debe tener en cuenta. El comportamiento suicida es un modelo de contraposición de derechos fundamentales del ser humano: la libertad y la vida. Sin el primero pudiera parecer que no merece la pena disfrutar de otros derechos, y sin el segundo no es posible hacerlo. Ahora, no podemos desconocer la posibilidad de psicopatología o discapacidad de un adolescente en un momento dado, para que tenga dificultades en el caso de tener que tomar las mejores decisiones posibles (9).

Lo que subyace en el fondo de todas las argumentaciones en torno al suicidio es el derecho a poner fin a la propia vida. ¿Existe este derecho? ¿Puede un ser humano decidir suicidarse, haciendo uso de su libertad, sin erosionar, al menos en parte, un derecho que parece más básico y trascendente como es el derecho a la vida? El trato de estos pacientes debe ser muy especial, tanto que un buen profesional pueda disuadirlos de su decisión y, en el peor de los casos, protegerlos con una hospitalización, en los mejores términos posibles lo cual, en últimas, es deber de médicos, psiquiatras o no (23).

CONCLUSIONES

Es de vital importancia continuar la investigación sobre estas conductas, en especial en estos rangos de edad, por lo cual se recomienda la ampliación y profundización de este estudio para poder extrapolarlo a la población adolescente y así tomar medidas preventivas de este tipo de comportamiento en la población descrita.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo fue apoyado financieramente por la Dirección de Investigación de la Universidad de La Sabana, con la colaboración de pacientes y especialistas de los hospitales Simón Bolívar y Hospital Occidente de Kennedy.

REFERENCIAS

1. Wagman I, Ireland M, Resnick M. Adolescent Suicide Attempts: Risks and Protectors. *Pediatrics* 2001; 107: 485-493.
2. Asberg M, Forslund K. Neurobiological aspects of suicide behavior. *International review of psychiatry* 2000; 12: 62-74.
3. Siavac-DRIP. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Suicidios; 2006. pp. 274-312.
4. Greydanus D, Calles J. Suicide in Children and Adolescents. *Prim Care Clin Office Pract* 2007; 34: 259-273.
5. Pérez I, Rodríguez E, Dussán M. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil 2003-2005. *Rev. salud pública* 2007; 9 (2): 230-240.
6. Bearman P, Moody J. Suicide and Friendships Among American Adolescents. *American Journal of Public Health* 2004; 94 (1): 89-95.
7. Calvo J, Sánchez R, Tejada P. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Rev salud pública* 2003; 5 (2): 123-143.
8. Hirshfeld R, Rusell J. Assessment and treatment of suicidal patients. *New Engl J Med* 1997; 337: 910-915.
9. Guzmán Y. Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética. *Rev Persona y Bioética* 2006; 10 (27): 82-98.
10. 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.
11. Shain B. Committee on Adolescence Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics* 2007; 120 (3): 669-676.
12. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (7): 24-51.
13. Villagómez R, Balcázar A, Ramírez R. Suicidio en jóvenes. *Rev Fac Med UNAM* 2005; 48 (2): 54-57.
14. Apter A, Robert A. Management of the Depressed, Suicidal Child or Adolescent. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2006; 15: 999-1013.
15. Pérez S. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2005; 24 (3): 386-394.
16. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud, Suicidio - Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Ginebra; 2001. pp. 190-212.
17. Benjamin NS. Comité de adolescencia. Academia Americana de Pediatría. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2004; 105 (4): 871-874.
18. Steele M, Doey T. Suicidal behavior in children and adolescents part 2: Treatment and prevention. *Can J Psychiatry* 2007; 52 (1): 35-45.
19. Campos R. Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes; 2004. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/6n1/art5.pdf>
20. Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud, Ginebra; 2000.
21. García E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona *Anales Sis San Navarra* 2002; 25 (3): 87-96.
22. Del Barco J. Bioética de la persona. Fundamentos éticos y antropológicos. Universidad de La Sabana, Chía; 1998. pp. 159-182.
23. Encíclica Veritatis Splendor, del 6 de agosto de 1993.