

# Autopsia psicológica en niños y adolescentes con conductas suicidas

## *Psychological autopsy in children and adolescents with suicidal behavior*

Gloria Egea Garavito\*

Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina

Artículo de investigación no finalizada / Recibido: Octubre de 2010 / Revisado: Noviembre de 2010 / Aceptado: Enero de 2011

### RESUMEN

El suicidio es un fenómeno que viene generando una creciente atención en salud pública por el impacto social que genera. En Colombia, se ha observado un aumento en la incidencia del suicidio de niños y adolescentes. Como grave problema de salud pública, el suicidio urge la atención de todos los especialistas y encargados de la salud mental. Sin embargo, desafortunadamente, su prevención y control no son una labor fácil. La difusión adecuada de información y la concientización sobre el suicidio son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

El propósito específico de este artículo es hacer una revisión teórica y científica sobre todas las características que presentan los niños y adolescentes con conductas suicidas, que permita elaborar una Autopsia Psicológica, la cual pueda contribuir a identificar grupos de riesgo, que nos permitan implementar acciones para así intervenir, prevenir y tratar a estos.

### **Palabras clave**

Autopsia psicológica, suicidio, intento de suicidio, factores de riesgo.

### ABSTRACT

Suicide is a phenomenon of increasing public health concern the social impact that it generates. In Colombia, there has been an increasing incidence in suicides among children and adolescents. As a public health problem, suicide need an urgent attention of all specialists and mental health officers, however, unfortunately, its prevention and control are not an easy task. The appropriate dissemination of information and awareness about suicide are essential to success through prevention programs.

The specific purpose of this article is to review theoretical and scientific information on all the characteristics shown by children and adolescents with suicidal behavior leading up to a Psychological Autopsy, which can help identify risk groups, enabling us to implement actions to and intervene, prevent and treat these.

### **Keywords**

Psychological autopsy, suicide, suicide attempt, risk factors.

\* Artículo desarrollado en el trabajo de investigación de la tesis doctoral en la Universidad Maimónides de Buenos Aires.

\*\* Correspondencia: [gegea1@cuc.edu.co](mailto:gegea1@cuc.edu.co)

## INTRODUCCIÓN

Se acepta hoy en día que el fenómeno de suicidio es un problema de salud pública, y representa una de las principales causas de muerte en el mundo. Actualmente representa la tercera causa de muerte en adolescentes y la séptima en adultos. Varias series estadísticas elaboradas por del Instituto de Medicina Legal de Colombia sobre el suicidio muestran que los adolescentes son el grupo etéreo de mayor riesgo. Los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud OMS (2007), muestran que la tasa de suicidio de los 5 - 14 años de edad es muy baja. Los índices para niñas se sitúan en un rango de 0 a 1,1 por 100.000 mientras que en niños presentan un rango de 0 a 2,5 por 100.000. Aproximadamente el 2% de los preadolescentes en la población general presentan un intento de suicidio.

El suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales (OMS, 2007). Por lo tanto, el reto de la prevención de este, es identificar a las personas vulnerables a presentar comportamientos suicidas, como propósito de tener mayor entendimiento sobre las circunstancias que influyen en su comportamiento autodestructivo y poder así estructurar intervenciones eficaces. Es fundamental identificar cuáles son las características personales de los que presentan comportamientos suicidas en nuestro medio y determinar en ellos los factores de riesgo asociados respecto a la población general según las variables personales de sexo, edad, antecedente de consumo de alcohol, drogas, funcionalidad familiar, entre otros; ya que la identificación de éstas permitiría fortalecer estrategias en promoción de la salud mental y prevención del suicidio contando con el apoyo intersectorial desde los servicios de salud, Fiscalía, Medicina Legal, Defensoría del Pueblo y entidades militares. Discernir en esa compleja dinámica intrapsíquica del suicida no es realmente fácil, sin embargo, existe un método para lograrlo: la Autopsia Psicológica.

Este artículo tiene como objetivo realizar una Autopsia Psicológica en niños y adolescentes

con conductas suicidas, entiendo esta como “un proceso de recolección de datos que permite reconstruir el perfil psicológico de una persona y su estado mental antes del deceso por causa dudosa (suicidio)” (Núñez, 1999). Por tanto, la autopsia psicológica es “la valoración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida. Es una reconstrucción socio-psico-patológica postmortem del ser humano” (Burgos, 2006).

Según Rocamora Bonilla (1992) citado por Carlos Martínez (2007) la conducta suicida es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte. El espectro de severidad del comportamiento suicida va desde la idea suicida, a través de amenazas de suicidio e intentos de suicidio, hasta el suicidio consumado. El método más utilizado en la tentativa de suicidio es la autointoxicación medicamentosa, siendo notablemente superior la proporción en adolescentes (91%) que en niños (44,4%). Este hecho es explicable por el número y la diversidad de fármacos, así como la disponibilidad y accesibilidad a los mismos que tienen los niños y adolescentes, tanto dentro como fuera del hogar.

Los fármacos más frecuentemente utilizados son los analgésicos, los psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) y mezclas de diferentes sustancias medicamentosas. Otros comportamientos también utilizados son: la flebotomía (cortes de los vasos sanguíneos en las muñecas), la precipitación y el ahorcamiento. Estos últimos son más frecuentes en varones que en mujeres, quienes suelen realizar tentativas más violentas. Los niños, a diferencia de los adolescentes, utilizan preferentemente métodos violentos en el 66% (arma blanca), siendo el método utilizado por los niños tanto más violento y traumático cuanto menor es su edad (Raheb, 2001).

Ahora bien, aparece la pregunta tan crítica como central: ¿Es en realidad el suicidio un problema?, ¿Para quién?, ya que para quien lo intenta o comete, el suicidio es buscado como una solución; entonces ¿Por qué se llama un problema para la vida humana? El problema se constituye para quienes quedan vivos, en el sistema social, consti-

tuyendo en esta tanto el sistema familiar, comunitario, institucional como el sistema social en general, dejando huellas perturbadoras que afectan en el vivir cotidiano de estos.

Una de las preguntas que el científico se plantea frente a esa problemática es: ¿A partir de cuándo un individuo menor de 18 años, puede correr riesgo a presentar conductas suicidas?, ¿Cuáles son las causas de éste? El comportamiento suicida es complejo. Algunos factores de riesgo varían con la edad, el género, la cultura, la funcionalidad familiar, el entorno social en el que se desenvuelve y el grupo étnico, que a su vez, pueden cambiar con el tiempo. Dichos factores, pueden ser de riesgo para el suicidio, más aún cuando ocurren en combinación de trastornos mentales; es decir, los factores adversos de la vida junto con la presencia de trastornos mentales (como por ejemplo la depresión) pueden llevar al suicidio, ya que el comportamiento suicida no es una respuesta sana al estrés.

Se ha comprobado en diferentes estudios científicos realizados a nivel mundial, que aproximadamente un 90% de los niños y adolescentes que han puesto fin a su vida suicidándose tenían un trastorno mental y un 60% de ellos estaban deprimidos al momento de suicidarse. En muchos de ellos este estado se asocia con el trastorno del estado de ánimo depresivo (Bella, 2010; Casado Blanco, 2003; Krawchik, 2006).

En su gran mayoría los siguientes son estados asociadas a los comportamientos suicidas: Trastorno de comportamiento Disocial, la drogodependencia, el fácil acceso a armas de fuego, ser víctima o generador de violencia (sea familiar o escolar), formar parte de familias monoparentales, presentar problemas de interrelación, padecer o ejercer abuso físico o sexual, tener limitadas capacidades adaptativas y sufrir trastornos de alimentación, problemas con su nivel académico, alteraciones neuropsicológicas como déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico mediado por el lenguaje, percepción por el joven de carencia de apoyo familiar o en general conflictos intra-familiares, etc. (Bella, 2010 & OMS Ginebra, 2007).

Dentro de los factores citados se ampliarán algunos de ellos, creando una autopsia psicológica del niño y/o adolescente que presente comportamientos suicidas.

## EDAD

Desde el punto de vista psicológico, el desarrollo evolutivo del niño tiene que ver con la variación del concepto de muerte. Sólo hasta los 7 años, los niños consideran la muerte como una separación temporal, provisional y reversible. Entre los 7 – 8 años empiezan a reconocer la muerte como una posibilidad personal e inmediata. Luego entre los 9 y 13 años aparece el concepto de muerte como irreversible y capaz de afectar, primero a personas neutras y luego a las próximas. Es a partir de los 12 - 13 años, con la adolescencia y la adquisición del pensamiento abstracto que aparece el pleno concepto de muerte: final de la vida, irreversible y biológico según Raheb (2001).

Los intentos de suicidio son poco frecuentes antes de la pubertad. Su incidencia aumenta a partir de los 12 ó 13 años. Se pueden mencionar tres posibles razones las cuales pueden explicar dicha afirmación: a) menor exposición al estrés y factores de riesgo: los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social; b) a menor edad menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo y c) factores madurativos: la capacidad de planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos. Los hallazgos de Shaffer (2000) apoyan la hipótesis de que los niños y adolescentes tempranos suicidas son física y mentalmente precoces.

Sin embargo, cabe resaltar que hoy en día la conducta suicida del niño está estrechamente relacionada con la influencia sociocultural, ya que se mueven constantemente en la sugestión,

*"[...] proceso de influencia social mediante el cual la intención de los demás provoca de manera inmediata su cumplimiento en el sujeto. El carácter inmediato significa que*

*la transmisión no se realiza con un proceso de argumentación o de aprendizaje, sino que resulta de una identificación inmediata con la creencia o con la realización del deseo del otro.” (Doron & Parot, 1998)*

De acuerdo con esto, sugestión que reciben del medio externo en el que se desenvuelven, que incidirá de manera directa en cada una de las actividades que ejecuten y en las respuestas que den a los estímulos sociales recibidos, en este caso particular, a la ideación suicida y el intento de suicidio.

## GÉNERO

Los resultados de diversos estudios señalan que los hombres se suicidan entre tres a cuatro veces más que las mujeres, aunque son las mujeres quienes más lo intentan. En una investigación de Kotila y Lonqvist (1989) citados por Larraguibel (2000), la tasa de riesgo de suicidio durante los 5 años siguientes al intento fue cuatro veces más alto en niños que en niñas y la tasa de muerte violenta fue siete veces más alta. Este patrón puede explicarse por una mayor frecuencia de síntomas depresivos y el uso de métodos menos letales por parte de las mujeres. En el sexo femenino es la depresión lo que suele causar este impulso, mientras que en el masculino está vinculado con problemas de agresividad, alcohol e impulsividad. En relación con el método utilizado para el suicidio, se observa que las mujeres en el 46% de los casos produjeron su muerte por intoxicación o envenenamiento, en tanto que los hombres prefirieron la asfixia mecánica por ahorcamiento en el 40% de los casos, según Shaffer (2009).

## DISFUNCIÓN FAMILIAR

El clima familiar en el cual convive el niño y/o el adolescente es importante para su salud emocional. Existe clara evidencia de que la disfuncionalidad familiar contribuye a incrementar el riesgo de la conducta suicida en los menores de 18 años. Un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, el maltrato físico, el maltrato psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y ofensas, hacen que existan oportuni-

des limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente en donde al niño o adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. En numerosas investigaciones, se muestra una clara asociación entre el suicidio e historia de abuso sexual y/o físico, falta de cuidado parental, separación o divorcio, problemas de alcoholismo o encarcelamiento parental, bajo ingreso económico y estar en cuidado institucional durante la infancia (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Generalmente los niños y adolescentes adoptan medidas radicales contra sus vidas debido a que son sometidos a maltrato físico y psicológico por sus padres o familiares cercanos, así como por miedo a represalias por un eventual fracaso escolar, así como cuando hay procedencia de hogares disfuncionales y aislamiento social, según Pérez Barrero (1999).

## TRASTORNOS MENTALES

Los estudios de autopsia psicológica muestran que aproximadamente el 90% de los suicidios adolescentes ocurre en individuos con un trastorno psicológico pre-existente (Cabra, 2010). Las patologías asociadas con mayor frecuencia a los intentos de suicidio en niños y adolescentes son:

### Depresión

Se evidencia de forma global y estadísticamente significativa que el diagnóstico más frecuente en niños y adolescentes con conductas suicidas, es el de Trastorno del estado de ánimo (Casado Blanco, 2003), refiriendo específicamente a la Depresión Mayor, y entendiendo ésta como la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa (DSM IV, 2002):

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicómotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Todos los síntomas descritos anteriormente son de alto riesgo para cometer el suicidio en las personas, ya que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que afecta principalmente a la esfera afectiva, que puede tener importantes consecuencias sociales y personales, hasta llegar al suicidio.

### Trastornos relacionados con sustancias

Frecuentemente el suicidio es inducido y/o facilitado por acción del alcohol o las drogas. Entre algunas de las sustancias de las que abusan los niños y adolescentes, más frecuentemente se incluye el alcohol, marihuana, alucinógenos, cocaína, anfe-

taminas, opiáceos, esteroides anabólicos, inhalantes, metanfetamina y tabaco. Algunos adolescentes corren mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con las drogas, por ejemplo, los que son hijos de padres que abusan de sustancias, son víctimas de abuso físico, sexual o psicológico, tienen problemas de salud mental, especialmente los adolescentes deprimidos y con tendencias suicidas (Cabra, 2010). Es habitual la asociación entre depresión, consumo de alcohol y/o drogas y suicidio.

### Trastorno Negativista Desafiante - Disocial

Siguiendo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, se define el Trastorno Disocial como un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propios de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:

- Agresión a personas y animales.
- Destrucción de la propiedad social.
- Fraudulencia o robo.
- Violaciones graves de normas.

Presente entre un tercio y la mitad de todos los suicidios. Es más frecuente en chicos y en adolescentes de más edad y en comorbilidad con algún trastorno del estado de ánimo o abuso de sustancias.

Adolescentes con trastorno de conducta que intentaron suicidarse, frecuentemente niegan síntomas depresivos y posteriormente presentan lesiones autoinfligidas. Muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio. El intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo como son: conducta sexual promiscua, uso de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo, uso de cinturón

de seguridad), violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego, enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Todo lo anterior, son características típicas que reúnen a un Trastorno Disocial.

La conducta agresiva también se ha vinculado con la repetición del intento, la que a su vez se asocia con suicidio completado. Un 4% de los repetidores logran suicidarse, comparado con sólo 1% entre pacientes con un solo intento (Kotila & Lönnqvist, 2007). Stein (1998) comparó 32 adolescentes israelitas hospitalizados por su primer intento de suicidio con 19 adolescentes hospitalizados que habían realizado 5 o más intentos de suicidio. Se les evaluó ansiedad, depresión, agresión e impulsividad. Los resultados arrojaron que ambos grupos presentan altos niveles de depresión y ansiedad. Además se encontró que los intentadores de suicidio múltiples tienen mayores niveles de agresión. Por lo anterior, se puede plantear que hay una asociación entre los altos niveles de agresión en pacientes severamente deprimidos, con el aumento significativo de conductas suicidas.

## Trastornos de ansiedad

Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio. En la adolescencia son frecuentes los sentimientos de culpabilidad, tendencia a mantener en secreto lo ocurrido, cuando esto es posible, conducta oscilante entre agresividad, violencia y deseos de venganza, actitudes de inhibición, pasividad y excesiva complacencia ante el medio ambiente y en ocasiones, episodios de aparente repetición del trauma con ilusiones, y episodios disociativos con lagunas de memoria (Vallejo & Gastó, 2000).

Allan (1998) citado por Larraguibel (2000), postula que la presencia de ansiedad identifica un subtipo de ideación suicida infantil. Estudió una muestra de 27 niños con ideación suicida hospitalizados, entre 8 a 11 años de edad, que fueron divididos en dos grupos con alta y baja ansiedad. Los resultados arrojaron que los niños con ideación suicida y ansiedad eran menos felices y satisfechos,

experimentaban más eventos vitales negativos y eran más distraídos, activos e intensos en sus reacciones que los niños con ideación suicida solamente. Con base en estos estudios se puede decir que la ansiedad agregada a un cuadro clínico de ideación suicida crea un particular sufrimiento al estado psicopatológico infantil, jugando de esta manera un rol amplificador en el desarrollo y/o el mantenimiento de la ideación suicida.

Dado el incremento de suicidios en niños y adolescentes que se está sufriendo desde hace varios años en Colombia, la prevención del mismo es una prioridad de la comunidad en general. Es trascendental el compromiso en un quehacer intrainstitucional, interinstitucional, socio-comunitario, mediante un sistema de redes que involucren en un accionar conjunto, a todos los ciudadanos del país. Por ende, es necesario plasmar brevemente los factores protectores (OMS, 2007):

- Desarrollo de habilidades sociales y de comunicación.
- Aumento de la autoestima.
- Propiciar la resiliencia.
- Fomentar la autonomía y la toma de decisiones.
- Respeto por la diferencia y la integridad física y emocional en niños y adolescentes.
- Facilitar la convivencia armónica en lo familiar y lo social.
- El fomento de espacios de recreación, a saber: deportes, actividades artísticas, entre otros, con la finalidad de promover un estilo de vida saludable.
- Fortalecer las redes de apoyo social: prevención de la violencia intrafamiliar y violencia social.
- Apoyar las acciones relacionadas con los Programas de Salud Integrales.

La conducta suicida es un problema complejo, un grave problema de salud pública, donde el control y la prevención son una tarea difícil pero no impo-

sible. La promoción de la salud para prevenir esta conducta debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan, muchas veces durante mayor cantidad de tiempo, con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes (Pérez Barrero, 1999).

## REFERENCIAS

- Bella, Mónica E.; Fernández, Ruth & Willington, J. (2010). *Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes*. Archivos Argentinos de Pediatría. 108(2):124-129. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/publi-archivos-arg.php?menu=item3>
- Burgos Mata, Álvaro (2006). *Revista Ciencias Jurídicas de la Universidad Costa Rica*. 110: 69-89. Recuperado de <http://ij.derecho.ucr.ac.cr/archivos/publicaciones/revista/Revista%20110.pdf#page=70>
- Cabra, Infante & Soss (2010). *El Suicidio y los Factores de Riesgo asociados en niños y adolescentes*. Revista Médica Sanitas de la Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. 13 (2): 28-35, 2010
- Casado Blanco, Mariano & Vaz Leal, Francisco (2003). *Tentativas de suicidio en adolescentes: Un estudio Descriptivo*. Psicopatología Clínica, legal y Forense. Vol. 13 (1). Recuperado de <http://www.masterforense.com/pdf/2003/2003art2.pdf>
- Casullo, María Martina (2005). *Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social*. Anual Investigación – Facultad de Psicología, Universidad Buenos Aires, Vol. 12: 173-182. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100017&lng=es&nrm=iso). ISSN 1851-1686.
- Castillo, Daniel Páramo & Chávez-Hernández, Ana-María (2007). *Maltrato y Suicidio Infantil en el Estado de Guanajuato*. Salud Mental, Vol. 30 (3). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam073g.pdf>
- Doron, R.; Parot, F. (1998). *Diccionario Akal de Psicología*. Ediciones Akal: Madrid. Recuperado de [http://books.google.com.co/books?id=UKWPwux2JtYC&printsec=frontcover&dq=Diccionario+Akal+De+Psicologia%C3%ADa&source=bl&ots=EP1Knw33-j&sig=dSNVtq\\_WRzWwBpPhYw5XSd5VQ4Y&hl=es&ei=elJITPK-FYT78Ab18sUv&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=5&ved=0CCwQ6AEwBA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=UKWPwux2JtYC&printsec=frontcover&dq=Diccionario+Akal+De+Psicologia%C3%ADa&source=bl&ots=EP1Knw33-j&sig=dSNVtq_WRzWwBpPhYw5XSd5VQ4Y&hl=es&ei=elJITPK-FYT78Ab18sUv&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CCwQ6AEwBA#v=onepage&q&f=false)
- García Pérez, Teresita (1998). *La autopsia psicológica en el suicidio*. Medicina legal Costa Rica, Vol. 15 (1-2): 22-24. ISSN 1409-0015. Recuperado de [http://74.125.155.132/scholar?q=cache:2jCeeLV6MGI:scholar.google.com/+autopsia+psicologica&hl=es&as\\_sdt=2000&as\\_vis=1](http://74.125.155.132/scholar?q=cache:2jCeeLV6MGI:scholar.google.com/+autopsia+psicologica&hl=es&as_sdt=2000&as_vis=1)
- González Forteza, Catalina; Ramos Lira, Luciana; Cabañero Gutiérrez, Miguel Ángel & Wagner Echeagarray, Fernando (2003). *Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*. Psicothema. Vol. 15, no. 4, pp. 524-532. Recuperado de <http://www.psycothema.com/pdf/1102.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis (2007). *Datos para la vida*. Recuperado de [http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com\\_wrapper&Itemid=323](http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&Itemid=323)
- Kotila & Lönnqvist (2007). *Adolescents who make suicide attempts repeatedly*. Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol. 76 (4): 386–393.
- Krawchik, Raquel; Mias, Daniel & Querejeta, Andrea (2006). *Depresión, suicidio y conductas destructivas en niños y adolescentes*. Revista Infancia Adolescencia y Familia. Bogotá, Colombia. Vol. 1: 275-286.
- Larraguibel, Marcela; González, Patricia; Martínez, Vania & Valenzuela, Vania (2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. Revista chilena de pediatría. Vol. 3: 71-3. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext)
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Major Depressive Disorder in Children and Adolescents. USPSTF (2009). Recuperado de [www.ahrq.gov/CLINIC/uspstf/uspstfdepr.htm](http://www.ahrq.gov/CLINIC/uspstf/uspstfdepr.htm)
- Martínez, Carlos (2007). *Introducción a la Suicidología; Teoría, Investigación e Intervenciones*. Capítulo I: La

Suicidología y El Acto Suicida. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.suicidologia.org.ar/?definicion-de-suicidio,29>

Núñez, Fletcher, Laura Johanna et al. (1999). *Propuesta para el dictamen forense en casos de muerte dudosa utilizando el procedimiento denominado Autopsia Psicológica*. Bogotá: Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana. p. 152.

Organización Mundial de la Salud (2007). Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Trastornos Mentales y Cerebrales Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

Palacios-Espinosa, Ximena; Barrera Lora, Ángela María & Peña Ayala, María Eugenia (2007). *Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005*. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia). Vol. 25(2)/pp. 40-62/2007/ISSN1794-4724. Recuperado de [http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol25N2/04\\_ABibliometrico\\_aplVol25N2.pdf](http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol25N2/04_ABibliometrico_aplVol25N2.pdf)

Pérez Barrero, Sergio Andrés (1999). *El Suicidio, Comportamiento y Prevención*. Revista Cubana de Medicina General e Integral; 15(2):196-217. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_2\\_99/mgi13299.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf)

Protocolo de vigilancia epidemiológica de Antioquia para el suicidio (2009). Recuperado de <http://www.dssa.gov.co/download/Protocolos/P012.pdf>

Raheb Vidal, Carolina (2001). *Conducta suicida en adolescentes*. Centre Londres 94. Barcelona, España. Recu-

perado de <http://www.centrelondres94.com/documento/conducta-suicida>

Rodríguez Almada, Hugo; García Maggi, Irene & Caliope, Ciriacos (2005). *Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay*. Revista Médica de la Universidad de la República, No.21:141-150. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/2005v2/art6.pdf>

Shaffer, David R. (2000). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Edición 5. Recuperado de [http://books.google.com.co/books?id=m1n5uLly-BjgC&pg=PA444&lpg=PA444&dq=shaffer,+suicidio&source=bl&ots=-HPkDB18ce&sig=qN4E-iVVNrMOgNVdG\\_hScd7dVxw&hl=es&ei=4vK3SrDSH4yo8AbKi6XSDQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=3#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.com.co/books?id=m1n5uLly-BjgC&pg=PA444&lpg=PA444&dq=shaffer,+suicidio&source=bl&ots=-HPkDB18ce&sig=qN4E-iVVNrMOgNVdG_hScd7dVxw&hl=es&ei=4vK3SrDSH4yo8AbKi6XSDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3#v=onepage&q=&f=false)

Tuesca Molina, Rafael & Navarro, Édgar (2003). *Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio*. Salud Uninorte. Barranquilla, 17: 19-28. Recuperado de [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/17/3\\_factores\\_de\\_riesgo.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/17/3_factores_de_riesgo.pdf)

Vallejo Ruiloba & Gastó Ferrer (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Edición 2. Recuperado de [http://books.google.com.co/books?id=7a1VnA9fst0C&pg=PA107&lpg=PA107&dq=trastorno+ansiedad+%2B+suicidio+%2B+varones&source=bl&ots=aGimG1NF-z&sig=hRLkIS\\_eCNM7ro0Sc2MQwacDwi0&hl=es&ei=g nPITJX5Jo-4sAPX-LjgDQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?id=7a1VnA9fst0C&pg=PA107&lpg=PA107&dq=trastorno+ansiedad+%2B+suicidio+%2B+varones&source=bl&ots=aGimG1NF-z&sig=hRLkIS_eCNM7ro0Sc2MQwacDwi0&hl=es&ei=g nPITJX5Jo-4sAPX-LjgDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)