

Enfermería Investiga: Investigación,
Vinculación, Docencia, Y Gestión
Número 2; ISSN 2477 – 9172
Carrera De Enfermería
Universidad Técnica De Ambato

Artículo Científico/Scientific paper
INVESTIGACIÓN

Número 2; Julio 2016

ISSN 2477 – 9172

“LA DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO AUTOLÍTICO ”

" ATTEMPTS AUTOLYTIC RELATIONSHIPS WITH DEPRESSION"

Mg. José Hidrobo Guzmán¹⁺; Lic. Mg. Rocío Castillo^{*+}; Lic. Mg. Mercedes del Rosario Cruz^{*+}; Dr. Darwin Enrique Jaramillo Villarruel²⁺; Lic. Mg. Susana Meneses^{*+}; Lic. Mg. Maritza Álvarez^{*+}; José Ángel Rivera Ortega³⁺
^{*}Licenciada en Enfermería; ⁺Docente Universidad Técnica del Norte, Ibarra ²; Doctor en Ciencias de la Educación; ³ PhD en Ciencias Químicas

¹Magister Ejecutivo en Dirección de Empresas con énfasis en Gerencia Estratégica ; jfhidrobo@utn.edu.ec
Ibarra, Ecuador

Recibido el 21 de Abril del 2016

Aceptado, tras revisión el 22 de Junio del 2016

RESUMEN

El presente artículo apunta a la relación subjetiva que implica la depresión entorno al intento autolítico, con un enfoque sociológico basado en el método científico, que demuestra que la terapia emocional y conductiva cambia el sentimiento y actitudes cotidianas del individuo. Los hechos sociales, aunque son externos al individuo determinan su conducta, por lo tanto, la sociedad forma al individuo, quien tiende a comportarse según las circunstancias y el contexto en el que se encuentre presente. El término depresión toma significaciones radicalmente diferentes en función de la cultura en que se da y está relacionada con las presiones emocionales propias de su edad, principalmente en los períodos críticos de la infancia. La prevención del intento autolítico si bien es posible, abarca un proceso de actividades socio afectivas conjuntas con las condiciones familiares y educacionales de los adolescentes con el tratamiento eficaz de los trastornos mentales, además de un control medioambiental de los factores de riesgo con información apropiada del problema, constituyen elementos esenciales de los programas de prevención.

Decs: Depresión, ansiedad, trastornos, conducta, suicidio, autolítico.

ABSTRACT

This study presents the relationship between depressions with attempted suicide patients with a sociological approach based on the scientific method. Our approach shows that emotional and conductive therapy changes the everyday feeling and attitudes of the individuals. Even though, social events are external to the individual, they may determine his behavior. Thus, society has a direct effect on the individual, who tends to behave according to the circumstances and environment surrounded him. The term “depression” tends to have different meanings depending on the culture, circumstances, age, and socio-economic conditions. Prevention of suicide attempts is possible, however, it encompasses a combination of socio-affective strategies with direct involvement of the family’s subject, educational conditions, and effective treatment of mental disorders. Furthermore, the environmental factor plays a fundamental roll in prevention programs.

Mesh: Depression, anxiety, eating disorders, conduct, suicide.

INTRODUCCIÓN

El suicidio se considera hoy en día como uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. La cantidad de suicidios cometidos en todo el mundo se ha incrementado en un 60% en los últimos 50 años, especialmente en los países en vías de desarrollo ⁽¹⁾. Cabe destacar que el número de suicidios reales se estima mayor que las cifras publicadas, puesto que mientras el suicidio permanezca estigmatizado o penalizado, se oculta como causa de muerte ⁽²⁾.

El suicidio es un problema de salud pública relevante, que ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1.110 personas independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, entre otras ⁽³⁾.

La mayoría de los pacientes depresivos manifiestan que una de las facetas más conflictivas del manejo de los trastornos afectivos lo constituyen las ideas e intento autolítico. El paciente depresivo es potencialmente suicida, por lo tanto, requiere de una atención oportuna y específica por

parte del facultativo para su tratamiento.

La depresión es un síntoma de la tristeza y una enfermedad cuando se le añaden otros síntomas para dar un síndrome, lo que incide en un fenómeno de primer orden en la práctica médica actual, con un valor real de prevalencia ⁽⁴⁾. La clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10), plantea criterios primarios y secundarios de la depresión ⁽⁵⁾, criterios que son utilizados para diagnosticar este estado afectivo del paciente en mención.

Los problemas mentales asociados a los comportamientos suicidas son la depresión, los trastornos bipolares y la esquizofrenia acompañados del abuso de drogas y alcohol ⁽⁶⁾, lo que explica que las tasas de suicidios por depresión en los alcohólicos sea 9 veces más alta que en el resto de la población general ⁽⁷⁾, en estos casos la ingesta de este tóxico genera una degradación total de los valores sociales, afectando las capacidades, intereses, relaciones interpersonales, criterios éticos, morales, ausencias laborales, pérdidas económicas y la reducción de la expectativa de vida entre 10 y 15 años, todas estas asociadas a las disfunciones familiares ⁽⁸⁾, que obviamente afectan las diferentes funciones de la familia como institución social ⁽⁷⁾.

Existe un problema fundamental con la fidelidad de los datos oficiales registrados como intento de suicidio, el error más frecuente guarda relación con el reconocimiento y su adjudicación como tal. La prevalencia del intento de suicidio es aún más difícil de conocer, ya que frecuentemente solo se cuenta con informaciones locales, en general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios⁽⁹⁾. El riesgo eminente del intento de suicidio es que, en un intervalo de corto tiempo, particularmente en los jóvenes, sea repetitivo.

Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes y solamente una cuarta parte concurren a la consulta médica porque creen no necesitar ayuda⁽¹⁰⁾.

Se han planteado algunas explicaciones para entender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio, y es que los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de los problemas socioeconómicos al tener mayor prevalencia de alcoholismo y a utilizar medios más violentos, condiciones que generan en ellos más éxito en el intento de suicidio⁽¹¹⁾, mientras que en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.

En el elemento biológico, psicológico y social que es el individuo, las alteraciones de cualquier componente ejercen influencia en todo y por ende trae como resultado la aparición de la enfermedad⁽¹²⁾. Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. Algunos estudios han demostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre los adolescentes que han intentado suicidarse⁽¹⁵⁾. El comportamiento suicida constituye un problema complejo, con múltiples causas inter relacionadas, siendo la enfermedad mental uno de los factores más importantes que predispone al comportamiento suicida, y constituyen un riesgo de suicidio diez veces mayor que aquellas personas que no las sufren⁽¹⁶⁾.

El objetivo de este trabajo consiste en mostrar la necesidad de implementar la prevención del suicidio o intento autolítico con un enfoque integrador, a través de un documento donde se especifique las características socio-psicológicas del individuo basado en un análisis de casos que incluyan aspectos que se fundamenten en la evidencia científica y metodológica, estableciéndose así una herramienta que apoye a detectar oportunamente y con lo cual se tome una acertada decisión a la canalización hacia uno de los distintos

tratamientos en el control somático de la ideación suicida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolla una revisión bibliográfica ampliada en la base de datos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud acerca del tema “La depresión y su relación con el intento autolítico”. Se seleccionan artículos por pertinencia e importancia del estudio del suicidio y sus causas asociados a los de adolescentes. Además, se revisan documentos fuentes en relación a la situación del suicidio en el Ecuador y a observaciones descriptivas de la región, así como en el ámbito mundial. De estos estudios se extraerán datos epidemiológicos, descripción de factores de riesgo, historia natural de la enfermedad, propuestas terapéuticas de rehabilitación emocional y conductiva. Con base a toda la información recopilada al final se realiza una reflexión sobre la temática.

RESULTADOS

La depresión es principalmente uno de los factores que incide en el intento autolítico consumado que incluye trastornos mentales psiquiátricos, biológicos y psicosociales preexistentes.

Una abrumadora proporción de adolescentes que cometieron suicidio (más del 90%) sufrían de un trastorno

psiquiátrico asociado al momento de su muerte. Eventos estresantes a menudo preceden a los suicidios adolescentes, incluyendo la pérdida de una relación romántica, problemas de disciplina en la escuela, problemas con la ley o dificultades académicas o familiares. Un adolescente con un trastorno mental subyacente puede verse enfrentado a un mayor número de eventos estresantes que el adolescente promedio, o puede percibir los eventos que ocurren como más estresantes⁽¹⁷⁾.

El suicidio es mucho más común en adolescentes y jóvenes masculinos que femeninos⁽¹⁷⁾ pero muchos de los factores de riesgo son los mismos para ambos sexos. Los trastornos del humor, la pobre comunicación padre-hijo, y un intento autolítico previo, son factores de riesgo para el suicidio tanto en varones como en mujeres. El abuso de sustancias y/o de alcohol incrementa significativamente el riesgo de suicidio por encima de los 16 años. La patología y la historia familiar de comportamiento suicida también pueden incrementar el riesgo, si se toma en cuenta que a la conducta agresiva se le vincula con la repetición del intento y a la consecución del suicidio⁽¹⁸⁾, un 4% de los repetidores logran suicidarse, comparado con solo 1% entre pacientes con un solo intento⁽¹⁹⁾.

El intento de suicidio es la acción que hubiese resultado en una lesión o

muerte de no mediar intervención oportuna⁽²⁰⁾, los intentos de suicidio son considerablemente menos comunes que las ideas suicidas⁽²¹⁾. Los adolescentes que intentan el suicidio tienden a tener psicopatología asociada que los que sólo tienen ideas suicidas⁽²²⁾. Los jóvenes homosexuales y bisexuales están en riesgo, por múltiples factores: depresión, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares, entre otros, así como lo están los adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual o abuso físico infantil⁽²³⁾.

Los trastornos mentales son afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, causa de angustias y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico; afectando el equilibrio emocional, el rendimiento intelectual y la adaptación social. Los trastornos psíquicos también son considerados como una tensión emocional de larga duración, que produce deterioro del estado de ánimo subjetivo de las posibilidades cualitativas y cuantitativas de experimentación, elaboración y acción; también genera disposición a la acción o reacción causante de una tensión subjetiva que es considerada por el individuo mismo y /o por otros como una desviación de experiencias y normas.

La neurosis se caracteriza porque su producto sucedáneo es una fantasía de proveniencia y significación individual. En esta patología no podemos observar una verdadera pérdida del sentido de la realidad, sino que se trata sólo de una adulteración de ésta.

La Psicosis constituye un trastorno psiquiátrico grave, suele dañar algún conflicto visible de la realidad, o produce un alejamiento respecto de las pautas conductuales aceptadas por la sociedad.

La Esquizofrenia es un grupo de trastornos graves que se caracterizan por perturbaciones del pensamiento, la percepción y la emoción, unidas a un sentimiento desequilibrado sobre uno mismo y la pérdida del sentido de la realidad.

La ansiedad se caracteriza por el temor al peligro, va acompañada de un sentimiento de que el suceso peligroso ya se ha dado, es el síntoma predominante en dos casos: el pánico y los trastornos ansiosos generalizados.

La bipolaridad es un desorden en la que el individuo que la padece presenta manifestaciones extremas de dos estados de ánimo principales, las cuales se conocen como el polo depresivo, y el polo maníaco o de euforia, estos estados de ánimo fluctúan en la persona de forma cíclica e inconsistente, en la que

por momentos sufre de una depresión grave o crónica, y de repente puede presentarse totalmente eufórico.

La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad⁽²⁴⁾. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático⁽²⁵⁾.

La conducta suicida en si no es una patología, puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el trastorno depresivo⁽²⁶⁾. El suicidio constituye una de las tres principales causas de muerte entre la población de 15 a 34 años⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾, al revisar la literatura sobre el

suicidio se advierte que éste ha sido tratado de forma distinta según la época y las circunstancias sociales, pasando de ser considerado un crimen a un pecado y a una enfermedad mental⁽²⁹⁾, esta afirmación tiene dos implicaciones, por un lado no se ve a la persona como un ser malvado por sus actos, pero lo estigmatiza al considerarlo loco⁽³⁰⁾, afectando no solamente a la persona que lo vive, sino a también a su familia y a los profesionales sanitarios⁽³¹⁾⁽³²⁾.

Aunque la bibliografía sobre el suicidio es amplia y abarca campos científicos muy diversos⁽³³⁾⁽³⁴⁾, existen pocos estudios desde una perspectiva cualitativa y los que existen se basan en el relato de un caso o en los estudios de las notas de suicidio más que en la descripción de las vivencias personales y familiares⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente artículo de revisión bibliográfica, la depresión y su relación con el intento autolítico, nos permite proporcionar las siguientes afirmaciones:

- El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, la actitud hacia la conducta suicida de las distintas sociedades ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura

(37). Dentro de éste fenómeno la población de adolescentes es el grupo más afectado, y su explicación se justifica por los cambios biológicos profundos que experimentan a esta edad con el inicio de la pubertad.

- La tasa anual de suicidio en los pacientes depresivos es de 20 a 40 veces mayor que en la población general, y en los grandes estudios epidemiológicos se constata que una de cada dos personas que consuman el suicidio padece de un trastorno depresivo, de manera que éste es el factor de riesgo más determinante (38), a pesar de los avances que ha experimentado la psiquiatría en las últimas décadas, las tasas de suicidio apenas se han modificado en los últimos treinta años, e incluso han aumentado en algunos países industrializados.

- La mayoría de los suicidas adolescentes son estudiantes frustrados que accedieron tempranamente al consumo de alcohol o drogas (39) y temen ser reprimidos por su conducta, especialmente por su bajo rendimiento escolar.

- No siempre existe un propósito consciente de morir (40), la salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurren exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal, están inexorablemente ligados a los modos de vida social.

- Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida (41) (42) (43), sin embargo la interpretación de esta relación no es simple, los trastornos depresivos a temprana edad frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta (44).

- La depresión es una de las enfermedades que más frecuentemente se presenta en el siglo XXI y tiene mayor aceptación que otras enfermedades mentales (45), calificando a la muerte voluntaria como un suceso que es consecuencia de una enfermedad mental.

- El miedo es la palabra que relaciona la incertidumbre que caracteriza nuestra época (46), el mundo experimenta un estado de ansiedad por los constantes cambios que enfrentamos. Los modelos hegemónicos de la historia influyen en ámbitos económicos, políticos, sociales y en salud mental (47), de tal forma que partimos del actual proceso de la Globalización.

- Toda sociedad necesita construir el modelo de hombre necesario para su mantenimiento (48). La depresión y el suicidio por su importancia deben ser tratados como un problema de Salud Pública a nivel mundial, ya que, el incremento de esta conducta en los adolescentes urge dedicar especial atención a este grupo de riesgo,

implementando planes y programas que prevengan el comportamiento suicida en general. La implementación de una terapia de rehabilitación conductiva y emocional garantiza la recuperación total o parcial de los pacientes con cuadro clínico de intento autolítico por depresión.

- Los factores de riesgo para conductas suicidas tienen rasgos individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros no representa problema alguno. Múltiples estudios de conducta suicida muestran correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio ⁽⁴⁹⁾ ⁽⁵⁰⁾ ⁽⁵¹⁾. Se advierte que los intentos autolíticos involucran múltiples factores que deben ser tratados a todo nivel, en donde la familia, la escuela y las autoridades coadyuven a disminuir los factores de riesgo que impulsan a tomar esta decisión.

- Las agresiones frecuentes y el maltrato físico por parte de sus tutores, con el consecuente efecto de miedo y sentimiento contradictorio, son factores potencialmente psicopatógenos, capaces de desencadenar ideación e intento suicida, debido a la impulsividad de los afectados ⁽⁵²⁾. El intento autolítico es un fenómeno multifactorial, que incluye factores causales biológicos y psicológicos que pueden ser

intervenidos y tratados, previniendo el suicidio.

AGRADECIMIENTOS

“La insensatez es la alegría al falto de entendimiento y donde no hay consulta, los planes se frustran, pero con multitud de consejeros se realiza”, frase que graba en nuestro espíritu la inevitable expresión de agradecimiento a las autoridades de la Universidad Técnica del Norte, en especial de la Facultad de Ciencias de la Salud, quienes con su apoyo, solidaridad, asesoría y oportunidad hicieron posible la ejecución del presente artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud OMdl. "Informe sobre la Salud en el Mundo" Ginebra; 2003.
2. Andalucía CdSdljd. "Recomendación sobre la detección, prevención intervención de la conducta suicida Andalucía: Alsur S.C.A; 2010.
3. Salud OMdl. "La vida en el siglo XXI" Ginebra; 1998.
4. Feighner JP BW. "Diagnóstico de la depresión. Perspectivas en Psiquiatría" Madrid: Salvat; 1991.
5. O.M.S. Cdl. Psicoactiva
6. Prevention IAfS, O.M.S. "Día Mundial de Prevención del Suicidio" "Más conocimiento, más esperanza". Oslo; 2006.
7. Gonzalez MR. "Contra las adicciones" La Habana: Científico Técnica; 2002.
8. Infante VM GPRCMM. "Consideraciones acerca de un

- enfoque preventivo en Salud Pública". In ; 2000; Am Lat. p. 38.
9. Lolas F VSCC. "Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida". Neuro-Psiquiatra. 1988 Dec; 26(25).
 10. E S. "Suicidio en la adolescencia". Adolescencia Latinoamericana. 1998 Jan;(105).
 11. Retamal P RCOMOYMP. "Aspectos generales del suicidio en Chile". Hospital San Juan de Dios. 1995 Jan;(42).
 12. Frils RH UWHFHLR. "Acontecimientos vitales y cambios en el curso de la depresión en adultos y jóvenes": Sur Psychiatry; 2003.
 13. Fergusson DM LM. "Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort". Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995 Jan;(34).
 14. Taylor EA SS. "Children who poison themselves". A clinical comparison with psychiatric control. 1984 Jan;(35).
 15. Spirito A BLOJFG. "Attempted suicide in adolescence". A review of the literature. 1989 Sep;(1989).
 16. VIJAYAKUMAR L, NAGARAJ K, SUJIT J. "El suicidio y la prevención del suicidio en los países en desarrollo" Ginebra; 2004.
 17. PFEIFFER C. "Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida"; 2001.
 18. Shaffer D GAGMFP. "Preventing teenage suicide". Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988;(27).
 19. Kotila L LL. "Adolescents who make suicide attempts repeatedly". Psychiatr Scand. 1987;(76).
 20. SHAFFER D. "Parámetros de Prácticas para la evaluación y el tratamiento de los niños y los adolescentes con conducta suicida"; 2001.
 21. R. D. "Epidemiología del suicidio y de intentos de suicidio"; 1993.
 22. SHAFFER D. "Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida"; 2000.
 23. SHAFFER D. "Parámetro de Prácticas para la evaluación y el tratamiento de los niños y los adolescentes con conducta suicida"; 2001.
 24. Kramer PD. "Contra la depresión"; 2006.
 25. Jackson SW. "Historia de la melancolía y la depresión". Madrid; 1986.
 26. Who. "Suicide Prevention" Genova; 2008.
 27. Aran M GRPXFARGPA. "Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio". 6th ed. Cataluña: Gaceta sanitaria; 2007.
 28. Gabilondo A AJPMAVG. "Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio". ESEDMED. 2007;(13).
 29. A M. "Suicidas, apóstatas y asesinos". Séptima partida. 2001;(61).
 30. M F. "El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica". 2nd ed. Mexico: Siglo XXI; 2007.
 31. Keane M. "Acceptance versus rejection". Perspectives in Psychiatric Care. 1991;(27).
 32. Crisp AH GMRSMH. "Stigmatisation of people With mental illnesses". Psychiatry. 2000.

33. Blanco Moreno F AMF. "Estrategias y técnicas investigadoras en el suicidio". Investigaciones Sociológicas. 1998;(72).
34. D C. Estudio sobre las prácticas suicidas Madrid: Fondo de Cultura Económica; 2007.
35. Martínez López MD. "La trágica ruptura con la vida". Experiencia de una sobreviviente nte el suicidio. 2009 May;(4).
36. D M. "Análisis cualitativo de ocho notas suicidas". suicidolgia. 2009 Jun.
37. Feighner JP BW. "Diagnóstico de la depresión. Perspectivas en Psiquiatría" Madrid: Salvat; 1991.
38. Nieto Rodríguez E VPE. "La conducta suicida en los trastornos bipolares" Barcelona: Springer; 1997.
39. ZA M. "Cada día un tabasqueño intenta suicidarse" Mexico: Salud Tabasco; 2007.
40. RC L. "No está en los genes" Mexico: Consejo nacional para la cultura y las Artes y Crítica; 1987.
41. Brent DA PJMG. "Psychiatric risk factors for adolescent suicide". Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993 Sep;(32).
42. Shaffer D GMFP. "Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide". Psychiatry. 1996;(48).
43. Harrington R BDGCRMFHPA. "Aduot outcomes of child and adolescent depression". with suicidal behaviours Child Psychol Psichiartry. 1994 Jan;(19).
44. Shafii M CSWJDA. "Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents". Psychiatry. 1985 Jan;(142).
45. T. P. "Estigma y exclusión en la enfermedad mental". Psiquiatría y Salud Mental. 2005 Jun;(1).
46. Z B. "La Sociedad Individualizada" Madrid: Cátedra; 2001.
47. E. G. "La Salud Mental en el Neoliberalismo" México: Plaza Valdés; 1996.
48. E. G. "Normalidad, conflicto psíquico y control social" México: Plaza Valdés; 1996.
49. Brent DA PJ. "Psychiatric risk factors for adolescent suicide". Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993;(32).
50. Kotila L LL. "Suicide and violent death among adolescent suicide attempters". Psychiatric Scand. 1989 Sep;(79).
51. Fergusson DM LM. "Chilhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort". Achild Adolesc Psychiatry. 1995;(34).
52. Perez Olmos I RSEDBM. "Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clinica infantil, 2003-2005" Bogota; 2007.