

ARTÍCULO ORIGINAL

Violencia autodirigida en la adolescencia:
el intento de suicidio

Dr. Juan Manuel Saucedo-García¹, Dra. Ma. del Carmen Lara-Muñoz², Dra. Mónica Fócil-Márquez³

¹Departamento de Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México Federico Gómez; ²Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, D. F., México; ³Hospital Psiquiátrico El Batán, Puebla, Pue., México.

Resumen

Introducción. Objetivo: comparar el grado de depresión con el grado de impulsividad en una muestra clínica de adolescentes con intento de suicidio.

Material y métodos. Se estudió a un grupo de adolescentes de 12 a 17 años de edad, hombres y mujeres, llevados en forma consecutiva durante un semestre al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro de la Secretaría de Salud por haber realizado un intento de suicidio. Sus diagnósticos clínicos fueron catalogados en 3 grupos: grupo I (conductual), grupo II (afectivo) y grupo III (mixto). Los pacientes también respondieron a escalas que miden depresión y otros tipos de problemas psicológicos.

Resultados. De 65 adolescentes (56 mujeres y 9 hombres), con intentos suicidas de primera vez o repetidos, 75% tenían diagnósticos con depresión y 42% tenían diagnósticos con impulsividad. La impulsividad se encontró significativamente más elevada en hombres que en mujeres. En éstas, el medio más empleado fue la sobredosis de medicamentos. Todos los tipos de problemas psicológicos fueron más graves entre los adolescentes que estaban deprimidos.

Conclusiones. Hubo mayor frecuencia de depresión que de impulsividad en adolescentes que intentaron el suicidio. Los pacientes deprimidos mostraron más psicopatología de otro tipo que los no deprimidos, y más problemas familiares. Hasta hoy éste es el estudio con más pacientes en población clínica de adolescentes con intento suicida realizado en México.

Palabras clave. Adolescentes; intentos de suicidio; trastornos del humor.

Solicitud de sobretiros: Dr. Juan Manuel Saucedo García, Departamento de Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Dr. Márquez 162, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, C. P. 06720, México, D. F., México.

Fecha de recepción: 17-08-2006.

Fecha de aprobación: 12-10-2006.

Introducción

El comportamiento suicida varía en cuanto a los grados, desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por la elaboración de un plan para hacerlo, obtener los medios necesarios e intentar suicidarse.¹

Se ha propuesto el término “comportamiento suicida mortal” para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual forma, “comportamiento suicida no mortal” para las acciones suicidas que no provocan la muerte. Estos actos se llaman más comúnmente “intentos de suicidio” (IS), “parasuicidio” y “daño autoinfligido deliberado”.²

La Organización Mundial de la Salud define el IS como “un acto de resultado no fatal, en el cual un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás, le causa daño, o deliberadamente ingiere una sustancia en exceso de lo prescrito o reconocido generalmente de la dosis terapéutica, lo cual está dirigido a conseguir cambios deseados por el sujeto por medio de las consecuencias reales o esperadas”.³ En esta definición tan larga se observa la omisión cuidadosa de cualquier mención al deseo de morir y se prefiere el empleo de la palabra daño.⁴

La intencionalidad en un acto de daño a sí mismo es difícil de definir en niños y adolescentes, por eso es útil que el clínico considere estos actos como potencialmente suicidas, para que aumenten las posibilidades de implementar medidas dirigidas a salvar la vida. El IS de un adolescente es muy difícil de medir después de realizado.⁵ Muchos adolescentes carecen de información veraz sobre la letalidad de una sobredosis de medicamentos, a veces la exageran y otras la minimizan.⁶

Shaffer y Gutstein⁷ señalan la dificultad de hacer diferenciaciones en el gran grupo heterogéneo de pacientes que intentan el suicidio. Y aunque existe la creencia de que la mayor parte de los intentos son benignos, no hay que olvidar que un

IS previo es el predictor simple más importante del suicidio completado.⁷

Es mejor considerar al IS como un síntoma psiquiátrico de etiología variada y dar preferencia al examen del estado mental del paciente como factor de predicción de la evolución que éste tendrá.

Se sabe que las mujeres intentan más el suicidio, pero los hombres son quienes más lo consuman. Y la ingesta de sobredosis de medicamentos suele ser el medio más empleado, sobre todo por las mujeres. Aunque la mayor parte de los IS en la adolescencia son impulsivos, esto no excluye la existencia de psicopatología subyacente o de problemas de personalidad.

Se estima que entre 0.1 y 11% de los adolescentes que intentan quitarse la vida eventualmente consuman el suicidio. El suicidio posterior es más probable en varones, en aquellos que fueron hospitalizados, y en quienes tenían más edad cuando hicieron su primer intento.^{8,9}

En México se han hecho pocos estudios sobre el comportamiento suicida de adolescentes. Una revisión realizada por Mondragón y col.¹⁰ reveló que la prevalencia del IS en población adolescente mexicana varía de 3.0 a 8.3%, mientras que la literatura internacional indica una prevalencia de 2.2 a 20% de IS en adolescentes y adultos.

En dos encuestas realizadas entre estudiantes de enseñanza media se encontró que la prevalencia del IS en el Distrito Federal fue de 8.3% en 1997 y se incrementó a 9.5% en 2000. En su mayoría, los IS ocurrieron en los años finales de la escuela primaria o durante la secundaria. La problemática suicida fue más frecuente en mujeres, con recurrencia del intento en una de cuatro mujeres y uno de cada tres varones en la segunda encuesta. En cuanto a los motivos, hubo un claro predominio de problemas familiares seguido por sentimientos depresivos. El método más frecuentemente empleado fue cortarse con un objeto punzocortante (pedazo de vidrio o *cutter*), y respecto a la letali-

dad, casi la tercera parte de los estudiantes reportaron haber deseado morir.¹¹

Un estudio practicado en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social mostró que en 21 pacientes con IS predominaron las mujeres (6:1) sobre los varones, los factores precipitantes más comunes fueron problemas familiares, el método más empleado fue la intoxicación por medicamentos y todos tenían por lo menos un diagnóstico psiquiátrico, con predominio no significativo de los cuadros depresivos sobre los impulsivos. Se integraron 3 grupos de menores que intentan el suicidio: los deprimidos, los impulsivos y los que presentan cuadros mixtos.¹² Otro estudio confirmó la presencia de psicopatología y pobre funcionamiento psicosocial en los menores que intentan el suicidio, así como la frecuente disfunción de sus familias.¹³

El objetivo general de este trabajo fue comparar el grado de depresión con el grado de impulsividad en adolescentes que intentaron quitarse la vida. También se investigaron las características asociadas al IS.

Material y métodos

En este estudio se incluyó a los adolescentes, hombres y mujeres de 12 a 17 años de edad, que fueron llevados en forma consecutiva al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro de la Secretaría de Salud durante el segundo semestre de 2002 por haber realizado un IS.

Los pacientes fueron valorados por psiquiatras infantiles del Servicio de Urgencias o de las salas de hospitalización, quienes utilizaron los criterios del DSM IV para llegar a los diagnósticos de cada caso.¹⁴ Los diagnósticos fueron integrados en tres grandes grupos: el grupo I o conductual, donde quedaron las entidades caracterizadas por la presencia de impulsividad, como trastorno por déficit de atención, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno de abuso de sustan-

cias y trastorno de personalidad límite. En el grupo II o afectivo quedaron los diagnósticos con síndromes depresivos, como trastorno adaptativo con síntomas depresivos, trastorno distímico, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar. El grupo III o mixto fue integrado por diagnósticos de ambos tipos presentes en el mismo paciente.

Posteriormente al proceso diagnóstico clínico se procedió al llenado de la hoja de registro y la aplicación de instrumentos clinimétricos a los pacientes en la Consulta Externa o en las salas de hospitalización, dentro de los 15 días posteriores al intento suicida. La hoja de registro incluyó datos sociodemográficos y características del intento suicida. Los instrumentos clinimétricos utilizados fueron: Escala de Birleson¹⁵ y el Cuestionario de Reporte Personal para Adolescentes de Conners-Wells.^{16,17}

La Escala de Birleson o *Depression Self Rating Scale* (DSRS) fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Se trata de un instrumento autoaplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos con un punto de corte de 14 puntos para la detección de depresión clínica. El Cuestionario de Reporte Personal para Adolescentes de Conners-Wells mide la presencia de síntomas psicopatológicos y consta de 67 reactivos que corresponden a 10 subescalas: problemas familiares, problemas emocionales, problemas de conducta, problemas cognitivos, problemas en el control del enojo, hiperactividad, distraibilidad, impulsividad, índice global del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y sintomatología total.

Los datos se capturaron en una base diseñada en Fox-Base *ad-hoc*. El análisis estadístico se realizó con SAS 6.12. Los resultados se describieron con promedios, desviaciones estándar y porcentajes. Las comparaciones de estados basales se hicieron con las pruebas t de Student, Chi² y de Wilcoxon.

Cuadro 1. Datos generales de los adolescentes con intento suicida

Ocupación	Núm.	%
Estudiantes	53	81
Empleados	5	8
Hogar	1	2
Ninguna	6	9
<i>Escolaridad</i>		
Primaria	9	14
Secundaria	45	70
Preparatoria	11	17
<i>Religión</i>		
Católica	53	82
Otras	6	9
Ninguna	6	9
<i>Padres separados</i>	37	57
<i>En tratamiento previo con</i>	33	51
Psicólogo	14	42
Psiquiatra	10	30
Psiquiatra infantil	5	15
Médico general	4	12
<i>En tratamiento farmacológico</i>	18	28
Antidepresivos	9	50
Benzodiazepinas	4	22
Carbamazepina	3	17
Metilfenidato	1	6
Otros	1	6

Cuadro 2. Características del intento suicida

Núm. de intento	Núm.	%
Primero	30	46
Otros (2 a 10)	35	54
<i>Lugar</i>		
En casa	59	91
Fuera de casa	6	9
<i>Factor desencadenante</i>		
Problemas familiares	38	58
Otros	27	42
<i>Método</i>		
Toma de medicamento	34	52
Cortarse	15	23
Otros	16	25
<i>Letalidad</i>		
Alta	32	49
Otra	33	51
<i>Núm. de medicamentos</i>		
Combinación de varios	25	74
Un medicamento	9	26
Pensaron que morirían	37	57

Resultados

La muestra inicial fue de 68 adolescentes que llegaron consecutivamente al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro en el segundo semestre de 2002. Se excluyó a tres pacientes por no haber contestado correctamente los cuestionarios. Los datos generales de los 65 pacientes (56 mujeres y 9 hombres) (Cuadro 1), muestran que se trató de estudiantes en su mayoría. La edad promedio de las mujeres fue de 15.0 años, y la de los varones de 15.4 años. Poco más de la mitad de los pacientes no vivían con ambos padres biológicos, la mitad habían estado recibiendo previamente tratamiento psicológico o psiquiátrico, con empleo de fármacos en más de la cuarta parte de los casos.

En cuanto a las características del intento suicida, destaca que más de la mitad de los pacientes había realizado intentos previos, y que el factor

desencadenante más frecuente fue un problema familiar. El método más comúnmente empleado en el IS por las mujeres fue la sobredosis de medicamentos. Los varones utilizaron medidas más violentas, como producirse cortaduras o colgarse. La letalidad del IS fue calificada por los psiquiatras como alta en la mitad de los casos. La mitad de los pacientes pensaron que iban a morir, lo cual indica la seriedad de la intención en el IS (Cuadro 2).

Dos terceras partes de los adolescentes estaban deprimidos según los criterios de la Escala de Birleson, la mayoría de ellos con diagnósticos del grupo II (afectivo) o del grupo III (mixto) (Cuadro 3).

Al considerar la distinción por sexo en cuanto a la sintomatología psicológica, se encontró que en las mujeres los problemas principales correspondieron al control del enojo, seguidos de los problemas emocionales y los familiares. Por lo que respecta a los varones, también los problemas en el control del enojo, además de los de impulsividad, fueron los más comunes, seguidos de los pro-

blemas emocionales y los familiares. La impulsividad se encontró significativamente más elevada en los varones que en las mujeres (Cuadro 4). Todos los tipos de problemas de la Escala de Connors-Wells eran más frecuentes entre los pacientes deprimidos que entre los no deprimidos (Cuadro 5).

Al examinar la frecuencia de los problemas según sus diagnósticos clínicos iniciales (Cuadro 6) se vio que todos los tipos fueron más frecuentes en el grupo I o conductual, de manera sobresaliente la impulsividad, como era lógico esperar por el tipo de diagnósticos que integraron este grupo. Además, en estos menores los problemas emocionales se presentaron en la misma proporción que en los pacientes con diagnósticos del grupo II (afectivo).

Discusión

Todos los adolescentes con IS incluidos en este estudio presentaban por lo menos un diagnóstico psiquiátrico, en la mayoría de los casos (49/65, 75%) de tipo depresivo. Esta prevalencia de depresión en la muestra, detectada por los psiquiatras en sus entrevistas clínicas, fue corroborada por los propios adolescentes en sus respuestas en la Escala de Birmleson, donde dos terceras partes (43/65) dieron una puntuación propia de trastornos depresivos. Tal resultado está de acuerdo con el estudio de Saucedo y col.,¹² donde la depresión fue el síntoma más frecuente. De manera que en esta muestra el IS casi siempre se asoció con psicopatología como factor predisponente al evento autoagresivo. Además de la depresión, la impulsividad también fue un síntoma frecuente en estos

Cuadro 3. Mujeres y hombres en grupos diagnósticos y depresión

Grupo	Mujeres (%)	Hombres (%)	Total (%)	Depresión(%)
I Conductual	14 (25)	2 (22)	16(25)	10(15)
II Afectivo	33 (59)	5 (56)	38(58)	27(42)
III Mixto	9 (16)	2 (22)	11(17)	6(9)
Total (%)	56 (100)	9 (100)	65(100)	43(66)

Cuadro 4. Problemas principales en mujeres y hombres (Connors-Wells)

Problemas	Mujeres		Hombres		P
	Promedio	DE	Promedio	DE	
Familiares	1.2	0.58	1.4	0.60	0.4
Emocionales	1.4	0.59	1.4	0.35	0.9
Conductuales	0.7	0.47	1.0	0.35	0.1
Cognitivos	1.1	0.58	1.1	0.58	0.5
Control del enojo	1.4	0.27	1.5	0.27	0.4
Hiperactividad	1.1	0.60	1.4	0.53	0.1
Distraimiento	1.2	0.72	1.2	0.43	0.7
Impulsividad	1.1	0.5	1.5	0.5	0.05
Índice global TDA	1.3	0.6	1.5	0.48	0.2
Total DSM IV	1.1	0.61	1.4	0.43	0.1

t de Student
DE: desviación estándar

Cuadro 5. Problemas en deprimidos y no deprimidos (Conners-Wells)

Problemas	Núm. deprimidos		Deprimidos		P
	Promedio	DE	Promedio	DE	
Familiares	1.0	0.5	1.4	0.6	0.01
Emocionales	1.0	0.5	1.6	0.5	0.001
Conductuales	0.5	0.4	0.9	0.5	0.003
Cognitivos	0.6	0.5	1.2	0.5	0.001
Control del enojo	1.1	0.6	1.6	0.6	0.005
Hiperactividad	0.9	0.6	1.3	0.6	0.008
Distraimiento	0.8	0.6	1.4	0.6	0.002
Impulsividad	0.9	0.6	1.2	0.5	0.07
Índice global TDA	1.0	0.5	1.4	0.5	0.004
Total DSM IV	0.9	0.6	1.3	0.5	0.003

DE: desviación estándar

Cuadro 6. Síntomas según grupos diagnósticos (Conners-Wells)

Problemas	Grupo I Conductual		Grupo II Afectivo		Grupo III Mixto		P
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	
Familiares	1.5	0.6	1.3	0.6	1.0	0.6	0.1
Emocionales	1.4	0.6	1.4	0.6	1.2	0.5	0.4
Conductuales	1.1	0.5	0.7	0.4	0.5	0.4	0.01
Cognitivos	1.1	0.7	0.9	0.5	0.8	0.7	0.3
Control del enojo	1.6	0.6	1.4	0.7	1.3	0.7	0.5
Hiperactividad	1.4	0.6	1.1	0.6	1.1	0.6	0.2
Distraimiento	1.5	0.7	1.1	0.7	1.0	0.6	0.07
Impulsividad	1.5	0.6	1.1	0.5	0.9	0.7	0.01
Índice global TDA	1.5	0.5	1.2	0.5	1.1	0.6	0.1
Total DSM IV	1.5	0.6	1.1	0.6	0.9	0.6	0.01

DE: desviación estándar

casos, aunque en menor medida, como lo sugiere el hecho de que los trastornos que incluyen este síntoma, los del grupo I y III, se presentaron con menor frecuencia (27/65) (42%).

Al revisar las respuestas al Cuestionario de Conners-Wells, los resultados también mostraron la mayor prevalencia de la depresión (subescala emocional) sobre la impulsividad (subescalas de impulsividad y de control del enojo), sin soslayar que ambos síntomas podían coincidir. Asimismo, des-

taca el hecho de que la impulsividad se encontró significativamente más elevada en los varones que en las mujeres, lo cual concuerda con las puntuaciones más altas de los varones en las subescalas de problemas conductuales y las correspondientes al TDAH. De manera que los síntomas depresivos fueron igualmente frecuentes en hombres que en mujeres, pero la impulsividad se dio más en los varones. Este dato concuerda con lo reportado en otros estudios realizados en adolescentes que lle-

garon a consumir el suicidio, donde se integra un grupo grande de varones con historia de comportamiento agresivo e impulsivo y respuestas intensas al estrés, junto a un grupo pequeño de hombres y mujeres con síntomas de depresión y ansiedad sin conducta antisocial asociada.⁷

Todos los problemas explorados mediante el Cuestionario de Conners-Wells fueron más frecuentes en los pacientes deprimidos que en los no deprimidos según la escala de Birleson, con diferencias significativas en casi todas las subescalas.

Si bien los trastornos depresivos detectados en la entrevista clínica (grupos II y III) y los problemas emocionales encontrados en la Escala de Conners-Wells fueron los más frecuentes, llama la atención que prácticamente todos los problemas explorados en el Cuestionario de Conners-Wells fueron más frecuentes en los pacientes con diagnósticos del tipo conductual (grupos I y III), de manera sobresaliente el control del enojo y la impulsividad, como era lógico esperar (Cuadro 6). Incluso presentaban problemas emocionales en la misma proporción que los pacientes con diagnósticos afectivos. En otras palabras, la severidad de la psicopatología global medida por este cuestionario fue mayor en los pacientes con diagnósticos de tipo conductual.

De acuerdo con estudios previos realizados en diferentes países, aquí también hubo un predominio marcado de las mujeres sobre los varones en quienes intentaron el suicidio. En este estudio la proporción fue de siete mujeres por un varón, misma proporción encontrada en el estudio del Hospital de Pediatría y similar a las de otras latitudes.⁹ Además de que está documentada la mayor frecuencia de IS en mujeres que en varones, esta diferencia puede reflejar el hecho de que las mujeres tienden a buscar más la ayuda y a preferir la toma de sobredosis de medicamentos como medio de agredirse, lo cual favorece que sean llevadas a servicios médicos después del IS. En el caso de los varones, éstos tienden a preferir otros

medios que, cuando no son letales, requieren menos de la ayuda médica.

Como se ha reportado en otros estudios, en éste también se mostró que la sobredosis de medicamentos, sobre todo de psicotrópicos, fue el método más empleado en el IS.^{12,13} Independientemente del grado de letalidad del IS, que en la mitad de estos pacientes se consideró alta, destaca el hecho de que la mitad de ellos manifestaron su deseo de morir, lo cual habla de la seriedad del IS por más que la impulsividad haya estado presente en su ejecución. En algunos servicios hospitalarios suele subestimarse la relevancia de los IS, sobre todo en casos de mujeres que toman sobredosis de medicamentos, y muchas veces se les atribuye principalmente intenciones manipuladoras por encima de motivaciones psicopatológicas. Sin embargo, queda claro que se trata de expresiones de malestar psicológico importante que requieren de ayuda profesional para, entre otros fines, tratar de evitar un desenlace fatal en un posible IS futuro. Se sabe que uno de los factores de riesgo para llegar a consumir el suicidio es haberlo intentado previamente, sobre todo en el caso de varones con trastornos conductuales. En esta muestra, la relevancia de la psicopatología de los adolescentes quedó manifestada en el hecho de que la mitad de ellos había recibido previamente tratamiento psiquiátrico o psicológico, y también en que se trató de un IS de repetición en más de la mitad de los casos.

Por lo que respecta al papel de la familia en los problemas de estos adolescentes, hay que mencionar que fueron conflictos familiares los eventos que más frecuentemente precipitaron el IS, y que menos de la mitad de los menores vivían con sus dos progenitores biológicos. Tales datos confirman lo observado en estudios mexicanos previos.^{11,19} Esto sugiere que las alteraciones en la dinámica familiar pueden tener algún papel en la generación o la precipitación de los IS. De esta manera, se hace necesario abordar tanto la psicopatología individual como las disfunciones familiares en el tratamiento integral de la violencia autodirigida en la adolescencia.

Las principales conclusiones de esta investigación realizada en una muestra clínica de adolescentes atendidos en un hospital psiquiátrico por haber intentado el suicidio fueron: hubo un predominio de trastornos psiquiátricos con síntomas depresivos sobre los trastornos con síntomas de impulsividad. Todos los adolescentes reunieron los requisitos de por lo menos un trastorno psiquiátrico. La presencia de impulsividad fue más frecuente en el caso de los varones que de las mujeres, en tanto que la depresión estuvo igualmente presente en ambos sexos. Todos los problemas psicológicos fueron más frecuentes en los adolescentes deprimidos que en los no deprimidos. El IS fue más frecuente en mujeres

que en hombres, en una proporción de 7 a 1. El método más empleado fue la sobredosis de medicamentos, seguido de las cortaduras. Se trató de un IS recurrente en más de la mitad de los casos. En el mismo número de éstos, los IS fueron considerados de alta letalidad y con verdadera intención de quitarse la vida. Los problemas familiares fueron el principal factor desencadenante del IS.

La violencia autodirigida en la adolescencia constituye un problema serio y potencialmente fatal en cuya génesis la psicopatología individual y la disfunción familiar desempeñan un papel determinante, por lo que es necesario considerarlas en el diseño de políticas de salud pública.

SELF-INFLICTED VIOLENCE IN ADOLESCENCE: THE SUICIDE ATTEMPT

Introduction. Objective: our aim was to compare degrees of depression and impulsivity in a clinical sample of adolescents with suicide attempts.

Material and methods. We studied adolescents of both sexes who attempted suicide and were brought to a psychiatric hospital in Mexico City in a semester. Clinical diagnosis was included in 3 possible groups: group I (behavioral disorders), group II (affective disorders) and group III (mixed disorders). Patients also responded scales in order to measure depression and other types of psychological problems.

Results. A total of 65 patients (56 girls and 9 boys), with first or repeated suicide attempts, were evaluated. Depressive type diagnosis was present in 75% and impulsiveness in 42%. Impulsivity was significantly higher in boys than in girls. Overdosing was the most employed method in the suicide attempts of female patients. Psychopathology was more severe among depressed adolescents.

Conclusions. There is more depression than impulsivity among adolescents who attempt suicide. Depressed adolescents show more psychopathology and family problems than non-depressed adolescents, with statistical significance. So far, this is the largest study in a clinical sample of Mexican adolescents who attempted suicide.

Key words. Adolescents; suicide attempts; mood disorders.

Referencias

1. Drug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003. p. 201.
2. Cannetto SS, Lester D. Women and suicidal behavior. New York, NY: Springer; 1995.
3. World Health Organization (1997-1999). World Health Statistic Annual. Geneva: World Health Organization. www.who.int/whosis
4. Platt S, Billie-Brahe U, Kerkoff A. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand. 1992; 85: 97-104

5. Pfeffer CR. Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. En: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry*. Third ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 796-805.
6. Piacentini J, Rotheram-Borus MJ, Trautman P, Graae F. Psychosocial correlates of treatment compliance in adolescent suicide attempters. *Congress of the Association for Advancement of Behavior Therapy*. New York; 1991.
7. Shaffer D, Gutstein J. Suicide and attempted suicide. En: Rutter M, Taylor E, editores. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed. Oxford: Blackwell Science; 2002. p. 529-54.
8. Spirito A, Overholser J, Ashworth S, Morgan J, Benedict-Drew C. Evaluation of a suicide awareness curriculum for high school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 27: 705-11.
9. Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman P. Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 27: 675-87.
10. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez RA. La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. 2001; 24: 4-15.
11. González-Forteza C, Villatoro-Velázquez J, Alcántar-Escalera I, Medina-Mora ME, Bleiz-Bautista C, Bermúdez-Lozano P, et al. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*. 2002; 25: 1-12.
12. Saucedo-García JM, Montoya-Cabrera MA, Higuera-Romero FH, Maldonado-Durán JM, Anaya-Segura A, Escalante-Galindo P. Intento suicida en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1997; 54: 169-75.
13. Platas-Vargas EC, Saucedo-García JM, Higuera-Romero FH, Cuevas-Urióstegui ML. Funcionamiento psicosocial en menores que intentan el suicidio. *Psiquiatría*. 1998; 14: 51-5.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
15. De la Peña F, Lara-Muñoz MC, Cortés J. Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRC) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*. 1996; 19 Supl 3: 17-23.
16. Conners CK, Wells K. *Escala del Reporte Personal de Conners-Wells*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.; 1997.
17. Lara-Muñoz MC, de la Peña F, Castro A, Puente A. Consistencia y validez de las subescalas del cuestionario de Conners para la evaluación de psicopatología en niños – versión larga para padres. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1998; 55: 712-20.
18. Caballero-Gutiérrez MA, Ramos-Lira L, González-Forteza C, Saltijeral-Méndez MT. Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. *Psiquiatría*. 2002; 18: 131-9.
19. Pérez-Silva C, Romero-Ogawa T, Lara-Muñoz MC. Relación familiar e intentos de suicidio en una cohorte de estudiantes de secundaria. *Psiquiatría*. 2005; 21: 38-44.