

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2018.

Estudio sobre nivel de conocimiento de los factores de riesgo suicida, correlación con trastornos mentales en una muestra de psicólogos clínicos.

Bodon, María Cecilia y Rios, Alejandra.

Cita:

Bodon, María Cecilia y Rios, Alejandra (2018). *Estudio sobre nivel de conocimiento de los factores de riesgo suicida, correlación con trastornos mentales en una muestra de psicólogos clínicos. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/8>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/EoG>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ESTUDIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO SUICIDA, CORRELACIÓN CON TRASTORNOS MENTALES EN UNA MUESTRA DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Bodon, María Cecilia; Rios, Alejandra
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

La temática vinculada con las conductas suicidas, es uno de los problemas de mayor gravedad de la Salud Pública a nivel mundial. La OMS entiende que el suicidio resulta multideterminado por una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales (OMS 2000 WHO/MNH/MBD/00.4) No se puede identificar con exactitud qué vicisitudes llevan a una persona a atentar contra su vida, pero lo que sí puede afirmarse es que la mayor parte de los suicidios pueden prevenirse con ayuda de la valoración apropiada del riesgo. Es importante para los profesionales de la salud poder identificar los factores de riesgo (predisponentes) implicados, a fin de tomar las medidas necesarias tendientes a preservar la vida y brindar el tratamiento adecuado a la persona que lo necesita apuntando en primer lugar a la reducción del riesgo físico y psicológico. En el presente proyecto de investigación se intentará explorar si los psicólogos clínicos, representantes de diferentes líneas teóricas del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires conocen e identifican los factores de riesgo, su comorbilidad con ciertos trastornos mentales y la existencia de instrumentos para su evaluación; así como la aplicación de los mismos.

Palabras clave

Suicidio - Riesgo - Prevención - Trastorno mental

ABSTRACT

RESEARCH ON CLINICAL PSYCHOLOGISTS' UNDERSTANDING REGARDING SUICIDE RISK FACTORS AND THEIR CORRELATION WITH MENTAL HEALTH DISORDERS

The topic of suicidal behavior is one of the most serious public health issues worldwide. The WHO (World Health Organization) understands that suicide is ultimately determined by a combination of biological, genetic, psychological, sociological, and environmental factors. It cannot be accurately identified what issues trigger someone to attempt to take their own life, but it is certain that most suicides can be prevented if risk factors are assessed and detected. It is important that mental health professionals are able to identify the predisposing risk factors of suicide in order to take the required measures to provide the right treatment to those who are contemplating suicide by reducing their physical and psychological risk factors. The purpose of this research is to determine if clinical psychologists from different theoretical groups in Buenos Aires are able to identify suicide risk factors, the comorbidity they have with

mental health issues, and their familiarity with tools used to assess these risks.

Keywords

Suicide - Risk - Prevention - Mental disorder

1- Introducción:

La temática vinculada con las conductas suicidas, es uno de los problemas de mayor gravedad de la Salud Pública a nivel mundial debido al incremento de casos. Según la OMS mueren alrededor de 1.000.000 de personas al año y hay indicios que demuestran que por cada suicidio se cometen 20 intentos (OMS 2000, 2010, p. 2). Se estima que para el año 2020 el número de defunciones por suicidio crecerá un 50% y alcanzará un millón y medio de muertes al año, lo que significa "Un suicidio cada 20 segundos y una tentativa cada 1 a 2 segundos". (OMS 2014 WHO/MSD/MER/14.2, p. 2) En la República Argentina las lesiones por causas externas, que incluyen las lesiones autoinflingidas, figuran entre las 10 primeras causas de mortalidad en todos los grupos de edad (Ministerio Salud Nación, 2010, p.11).

Del total de las lesiones autoinflingidas (2008) sólo el 2% fueron suicidios consumados, motivo por el que se vuelve tan importante el seguimiento y tratamiento posterior del 98% que ha sobrevivido a ello. La OMS entiende que el suicidio resulta multideterminado por una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales (OMS 2000 WHO/MNH/MBD/00.4, p. 5) No se puede identificar con exactitud qué vicisitudes llevan a una persona a atentar contra su vida, pero lo que sí puede afirmarse es que la mayor parte de los suicidios pueden prevenirse con ayuda de la valoración apropiada del riesgo. Por eso las conductas autolesivas y sus variantes no deben minimizarse; la intervención del equipo de salud posibilita el trabajo sobre dicho sufrimiento y la identificación de factores de riesgo asociados al espectro suicida permite efectuar intervenciones preventivas tendientes a la reducción de los mismos.

El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse. Existen formas de valorarlo, por lo que es imprescindible que el profesional de salud mental posea los conocimientos necesarios para tal fin y así tomar las medidas necesarias tendientes a asegurar la vida y brindar el tratamiento adecuado para la persona que se está asistiendo (Martínez Glatli, 2005, p.36).

Dada la magnitud de la temática enunciada en el presente proyecto

se intentará conocer si los psicólogos clínicos del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires conocen e identifican los factores de riesgo, su asociación con ciertos trastornos mentales y la existencia de instrumentos para su evaluación; así como la aplicación de los mismos.

2- Marco Teórico:

Se atribuye a sir Thomas Browne haber acuñado la palabra *suicidio* en su obra *Religio Medici* (1642) basándose en los términos latinos *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar) (OPS, 2003, p. 201).

En 1897 el sociólogo francés Emile Durkheim, define al suicidio como *“toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado”* (Durkheim, E, 1897, p.5).

La Organización Mundial de la Salud, en 1976, lo define como *“todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.”* (Ministerio de Salud Nación, 2012, p.9).

En el año 2010 lo reformula como *“El acto deliberado de quitarse la vida”* (Ministerio de Salud Nación, 2012, p.9).

Si bien la representación del acto suicida se asocia con la imagen de un acto individual con un propósito claro, cada vez se lo considera más en toda su complejidad. Supera ampliamente la esfera de lo íntimo y privado. Se considera que es un proceso complejo y multideterminado que va más allá del acto, rompiendo la concepción del hecho suicida. Por esta razón es pertinente considerar para la definición global del tema un lugar destacado para los conceptos de comportamiento suicida o disposición suicida. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas.

Es importante poder incluir y considerar en la definición del comportamiento suicida a todas las formas intermedias que conforman el espectro (denominado continuum autodestructivo). Estas son: la ideación de la autodestrucción en sus diferentes gradaciones, las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado. (Perez Barrero, S. A. 1999, p. 2)

La ideación suicida incluye: el deseo de morir, la representación suicida, la idea suicida sin planeamiento de la acción, con un plan inespecífico aún, con un método específico no planificado y con un específico y adecuado método planificado.

Las amenazas suicidas engloban a todas aquellas expresiones verbales o escritas que manifiestan el deseo de matarse.

El gesto suicida sería una forma de expresión cuando la amenaza ocurre teniendo los métodos a disposición pero sin llevarla a cabo. Por ejemplo, tener las pastillas en la mano, pero sin tomarlas.

El intento de suicidio, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) se define como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. (OMS, 2014, p.12)

Se considera intento de suicidio a toda acción autoinflingida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el consultante y/ o acompañante (OMS, 2014, p.12). El suicida potencial es una persona con un sufrimiento intenso y siempre es un paciente grave (Gutiérrez García, A. y Ot. 2006, p. 72). El suicidio es un problema complejo y multideterminado, para el

que no hay una sola causa sino que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales (OMS, 2000, p. 5).

Aunque es difícil explicar por qué algunas personas deciden cometer suicidio, cuando otras en situaciones similares o peores no lo hacen; es sumamente importante identificar los factores de riesgo (predisponentes) implicados; ya que la mayoría de los suicidios pueden prevenirse con ayuda de la valoración apropiada del riesgo. Según la OMS los principales factores de riesgo asociados al comportamiento suicida son (OMS, 2000, 2003, 2010):

Factores psiquiátricos: depresión grave; trastornos del estado de ánimo; esquizofrenia; ansiedad y trastornos de la conducta y de la personalidad; impulsividad, sensación de desesperanza; abuso de alcohol, drogas e intentos anteriores de suicidio.

Factores de riesgo biológicos y médicos: los antecedentes familiares de suicidio son un reconocido marcador que señala mayor riesgo, enfermedades graves, dolorosas y discapacitantes.

Acontecimientos de la vida como desencadenantes: problemas interpersonales, pérdida de un ser querido, maltrato o abuso, separaciones, violencia, acoso. Factores sociales y ambientales: disponibilidad de un medio para cometer el suicidio, el lugar de residencia de la persona, su situación laboral o migratoria, su credo religioso o su situación económica.

Los mitos y prejuicios en torno al suicidio que operan en el imaginario social y/o profesional funcionan, en muchas ocasiones, como obstáculos que impiden intervenciones adecuadas.

Conocer los factores de riesgo y protección implicados en el comportamiento suicida permite ampliar la mirada desde la prevención en todas sus dimensiones.

La presencia de ciertos trastornos mentales prevalentes se encuentra sustancialmente ligada al suicidio. Su reconocimiento por parte de los profesionales de la salud es primordial para realizar intervenciones preventivas ya que las investigaciones refieren (Hawton K. y Ot, 2013, p.18) que gran parte de dichos pacientes habían realizado alguna consulta profesional dentro de los tres meses previos al intento o acto consumado.

Según la mayoría de las investigaciones, la depresión constituye la principal causa tanto de los intentos como de los suicidios consumados (Hawton K. y Ot. 2013, p. 17). Conclusión válida para pacientes cuyo diagnóstico principal es la depresión y para aquellos que presentan sintomatología depresiva comórbida.

El episodio depresivo mayor es la condición más frecuente, detectándose un riesgo suicida del 81% en aquellos que registran el reconocido como “patrón ansioso” (Pompilli M. y Ot. 2011, p. 405). Se consideran como factores de riesgo específicos en pacientes con depresión: género masculino, familia con desorden psiquiátrico, intento de suicidio previo, antecedente de depresión severa, sentimiento de desesperanza y ciertos desórdenes comórbidos como la ansiedad, abuso de drogas y alcohol (Hawton K. y Ot. 2013, p. 27).

Es fundamental tener en cuenta que la primera semana de tratamiento farmacológico es de especial riesgo ya que en esos primeros días puede manifestarse una mejoría parcial y repentina de algunos síntomas que permiten aflorar ideas suicidas que la semana anterior impedía, contando ahora con la energía necesaria para llevarlo a cabo, por lo que es imprescindible una vigilancia estrecha

en estos casos.

El trastorno bipolar es otra entidad asociada al suicidio en un 29%, siendo en la fase depresiva de la enfermedad la etapa de mayor riesgo.

En el caso de la esquizofrenia existe riesgo en el curso de toda la enfermedad, más del 30% de ellos en algún momento han efectuado un intento. Este riesgo aumenta especialmente en los pacientes del tipo esquizoafectivo (comorbilidad con depresión).

El abuso de alcohol está relacionado con un 20, 25% (Gutiérrez García, A y Ot. 2006, p. 71), y se ha detectado que al momento del acto suicida muchos sujetos lo hacen bajo la influencia de esta sustancia.

En los cuadros adictivos producto de abuso de alcohol y drogas, se considera que el período de abstinencia es la etapa de mayor riesgo de consumación e intentos de suicidios.

La comorbilidad con trastornos mentales que se mencionó anteriormente sumada a la constatación que en un alto porcentaje de los intentos y/o suicidios consumados habían existido consultas terapéuticas previas, alertan sobre la necesidad de operar conociendo cabalmente la disponibilidad de recursos técnicos que permiten determinar el riesgo suicida.

3- Objetivo General: Conocer si los psicólogos clínicos de diferentes líneas teóricas que se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina identifican los factores de riesgo suicida en la población adulta.

Si conocen y aplican en su práctica clínica escalas validadas para la región que permiten evaluar riesgo suicida.

Si implementan en su práctica clínica guías y protocolos de intervención en lo referido a pacientes con riesgo suicida.

4- Objetivos específicos:

Teniendo en cuenta la identificación de factores de riesgo descriptos por la OMS (OMS 2000 WHO/MNH/MBD/00.4):

1- Identificar si los psicólogos clínicos conocen la correlación existente entre los trastornos mentales y el riesgo suicida.

Dentro de los trastornos mentales específicamente discriminar si conocen la correlación entre:

1. Riesgo suicida y depresión
2. Riesgo suicida y Trastornos del espectro bipolar
3. Riesgo suicida y consumo de sustancias psicoactivas
4. Riesgo suicida y esquizofrenia
5. Riesgo suicida y trastornos de la personalidad (Límite / Antisocial)
6. Riesgo suicida y trastornos mentales

2- Si conocen la correlación existente entre enfermedades físicas y riesgo suicida.

Dentro de las enfermedades específicamente:

1. Riesgo suicida y epilepsia
2. Riesgo suicida y lesiones medulares, ACV
3. Riesgo suicida y cáncer
4. Riesgo suicida y con VIH/SIDA
5. Riesgo suicida y relación con enfermedades crónicas (diabetes, esclerosis múltiple, cardiovasculares etc.)

3- Si conocen la correlación entre riesgo suicida y factores sociodemográficos y medioambientales específicamente:

1. Riesgo suicida y desempleo
2. Riesgo suicida y acontecimientos estresantes (rechazo, pérdidas, problemas laborales, problemas interpersonales, problemas financieros)
3. Riesgo suicida y migración
4. Riesgo suicida y exposición al suicidio
5. Riesgo suicida y disponibilidad de métodos

4- Si los psicólogos clínicos conocen e implementan los siguientes instrumentos validados para la población argentina:

1. La escala ISO-30 (Casullo, M M 1998)
2. Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida- CCCS-18 (Desuque, D. 2005)
3. Escala de Desesperanza de Beck (Mikulik y Ot. 2009)
4. Inventario de Depresión de Beck (Brendla, M.E y Ot. 2006)

5- Si los psicólogos clínicos conocen e implementan los protocolos de intervención sugeridos por el Ministerio de Salud de la Nación (2012).

5- Tipo de estudio: exploratorio- descriptivo

6- Muestra intencionada: 30 psicólogos clínicos (igual número de psicólogos de diferentes líneas teóricas) que desempeñan su actividad en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

Se considerará Psicólogo Clínico: si trabaja atendiendo pacientes, si recibió formación como tal, si forma parte de una institución activamente (pública/ privada), si brinda supervisión, si recibe supervisión, si ejerce la docencia en materias clínicas.

Se incluirá Sociograma con los siguientes datos: Edad, sexo, años de egreso, línea teórica, ámbito donde desarrolla su tarea clínica.

7- Instrumento utilizado: cuestionario Ad Hoc creado para tal fin.

Se crea a partir de una prueba piloto realizada a 6 profesionales con diferentes líneas teóricas a través de un cuestionario de 3 preguntas (1 libre y 2 con opciones) administrado por alumnos de la Cátedra Clínica Psicológica Emergencias e Interconsulta I, Titular Dr. Martín Etchevers, con el debido consentimiento de los profesionales.

Pregunta Libre: Teniendo en cuenta su experiencia y formación ¿Qué factores considerara que habría que tener en cuenta para saber si una persona puede o no cometer suicidio? ¿Qué recomienda leer para conocer el tema?

8- Hipótesis

Si el nivel de conocimiento de los psicólogos clínicos de diferentes líneas teóricas que se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina acerca de los factores de riesgo suicida en la población adulta no permite la detección de los mismos, entonces se verán dificultadas las estrategias tendientes a la prevención e intervención sobre la población en riesgo.

Si los psicólogos clínicos del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina no conocen la comorbilidad entre ciertos Trastornos

Mentales con el riesgo suicida no podrán actuar preventivamente. Si los psicólogos clínicos de diferentes líneas teóricas que se desempeñan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina desconocen y/o no aplican las escalas de detección de riesgo validadas para la región, guías y protocolos de intervención con pacientes con riesgo suicida; entonces subestiman la eficacia de los instrumentos clínicos y/o confían en su experiencia profesional individual para la determinación del riesgo suicida.

9- Conclusiones: Debido a que según lo que las estadísticas indican, la mayor parte de los suicidios pueden prevenirse y que la mayor parte de los intentos consumados son fallidos; las medidas de atención que puedan brindarse a partir de la detección del riesgo suicida se vuelven fundamentales para la reducción de los casos. Por lo tanto, creemos pertinente que la realización de este trabajo de investigación permitirá conocer el nivel de conocimiento de los psicólogos clínicos del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina de los factores de riesgo y correlación con trastornos mentales en relación al riesgo suicida en la población adulta asistida con el fin de, en primer lugar, amplificar la mirada sobre una cuestión fundamental de la salud pública a nivel mundial, que actualmente no forma parte relevante de la mayor parte de los claustros de formación universitarios de grado y posgrado regionales. De ser necesario también permitirá colaborar en el diseño de nuevos instrumentos adecuados que faciliten las intervenciones de los profesionales de diversas disciplinas con un criterio unificado, como así también el desarrollo de nuevas investigaciones en el área.

BIBLIOGRAFÍA

- Aceró Rodríguez, P.D. y Pérez Barredo, S.A. (2013). *Suicidio: Cómo prevenirlo y cómo ayudar a los sobrevivientes*. Bogotá. Colombia: Ed. San Pablo.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2008). *Guía de recomendaciones para la Atención Integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina, 1988-2008. Boletín de vigilancia de enfermedades no transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 2. Dirección de Promoción de la salud y Control de Enfermedades no Transmisibles*. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Perfil Epidemiológico del Suicidio en Argentina. Algunas Aproximaciones*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Sistema de vigilancia epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2012). *Lineamiento para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Baca García, E. y Aroca, F. (2014). *Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a la depresión y ansiedad*. Salud Mental Vol 37 Nro 5 pp.373-380. Distrito Federal. México.
- Bodon, C. y Ríos, A. (2016) *Suicidio: Lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención*. Artículo inédito. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina.
- Brendla, M.E. y Rodríguez, C. (2006). *Inventario de Depresión de Beck. Adaptación Argentina del Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires. Argentina: Ed Paidós.
- Casullo, M.M. (1998). *Inventario de Orientaciones suicidas. ISO-30. Adaptación de la Escala de King y Kowalchuk*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Cummins, N., Scherer, S., Krajewski, J., Schnieder, S., Epps, J. & Quatieri, T. (2015). *A review of Depression and Suicide Risk Assessment using Speech Analysis*. Accepted Manuscript Speech Communication.
- Desuque, D., Vargas Rubilar, J. y Lemos, V. (2011). *Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en Entre Ríos, Argentina*. Liberabit; V 17 Nro 2 pp 187-198, jul.-dic. 2011.
- Durkheim, E. (1989). *El suicidio*. Madrid. España: Editorial Akal.
- Fernández Liporace, M. y Casullo, M.M. (2008). *Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica - RIDEP Nro 21 Vol I 2008 pp 9.
- Fleitas Ortiz de Rozas, D.M. (2011). *Informe estadístico sobre la Evolución de los Suicidios en Argentina y sus provincias de 1997 a 2010, con foco en la Población Adolescente*. Asociación para Políticas Públicas. Argentina.
- Gutiérrez García, A. Contreras, C. y Orozco Rodríguez, Ch. (2006). *El suicidio. Conceptos Actuales*. Salud Mental Vol. 29 Nro. 5 pp. 66-74. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal. México.
- Hawton, K., Casañas, I., Comabella, C., Haw, C. y Saunders, K. (2013). *Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review*. Journal of Affective Disorders 147 17-28.
- Jiménez Treviño, L., Saiz Martínez, P.A., Bobes García J. (2006). *Suicidio y depresión*. Nro 9 ISSN 1886 1601 Humanitas, Humanidades Médicas Universidad de Barcelona. www.fundacionmhm.org
- King, J.D. & Kowalchuk, B. (1994). *ISO - 30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation - 30*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Martínez Glatli, H. (2005). *Evaluación del riesgo en suicidio*. Hojas Clínicas de Salud Mental 5. Artículo inédito.
- Mikulic, I. *Desesperanza: Aportes de la escala de desesperanza de A. Beck (BHS) a la evaluación psicológica*. Ficha Nro. 6 Cátedra Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico (I) UBA. Buenos Aires. Argentina.
- Mikulic, I., Casullo, G.L., Crespi, M.C. & Marconi, A. (2009). *Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de propiedades psicométricas y baremización de Adaptación Argentina*. Anuario de Investigaciones V.16 ene/dic 2009 CABA Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- OMS (2000). *Prevención del Suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención Primaria en salud*. WHO/MNH/MBD/00.4. Ginebra.
- OMS (2012). Cap IV Sección 10: *Autolesión/Suicidio. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. OMS. Ginebra.
- OMS (2014). *Prevención del Suicidio. Un imperativo Global. Resumen ejecutivo*. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. WHO/MSD/MER/14.2. ISBN: 978 92 4 256477 8. Ginebra.
- OPS (2003). Cap. 7 *La violencia Autoinflingida. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Publicación Científica y Técnica 588. Washington D.C. Oficina Regional para las Américas Organización Panamericana de la Salud.
- Pérez Barrero, S.A. (1999). *Manual de Suicidología*. La Habana. Cuba. Ed. Hospital de Psiquiatría de la Habana.
- Pérez Barredo, S.A. (2005). *Los Mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos*. Revista Colombiana de Psiquiatría. Volumen XXXIV Nro 3.
- Pérez Barredo, S.A. (1999). *El suicidio, comportamiento y prevención* Revista Cubana de Medicina General Integral versión On-line ISSN 1561-3038. V.15 Nro.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 1999. Cuba.

- Pompili, M., Innamorati, M., Rihmer, Z., Gonda, X., Serafini, G., Akiskal, H., Amore, M., Niu, C., Sher, L., Tatarelli, R., Perugi, G. & Girardi, P. (2012). *Cyclothymic-depressive-anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders*. *Journal of Affective Disorders* 136 405-411.
- Rodríguez González, A. et Al. (2010). Cap. 5 *Evaluación del Riesgo de Suicidio en Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. *Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP)*. España.
- Ruiz Hernández, J.A., Navarro-Ruiz, J.M., Torrente Hernández, G., Rodríguez González, Á. (2005). *Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS- 18*. *Psicothema*, vol. 17, núm. 4, 2005, pp. 684-690 Universidad de Oviedo, España Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo>
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en Crisis: Manual para la Práctica e Investigación*. México. Ed. El Manual Moderno.