

## SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE PRESENTARON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSM HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI\* (1996 - 1998)

*Freddy VASQUEZ (\*)*

*Es un estudio prospectivo de pacientes que intentaron el suicidio y fueron atendidos en el período 1996-1998, en el Servicio de Emergencia del INSM H. Delgado - H. Noguchi. Se consideraron una serie de variables sociodemográficas y clínicas, destacando los siguientes hallazgos: de un total de 358 casos estudiados, predominaron las damas (77.9%) sobre los varones (22.1%); con un rango de edades entre 13 a 64 años. El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre 20 y 29 años, destacando de manera preocupante el grupo de edades menores de 20 años (19.5%). Los motivos que precipitaron el intento suicida fueron: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%) y problemas psicopatológicos (17.6%). Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron: trastorno depresivo mayor (39.4%); trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); distimia (11.2%); trastornos psicóticos (11.4%) y otros (2.4%). Se describe diagnósticos asociados en casi 40% de los casos, destacando los trastornos diversos de personalidad (57.5%) y abuso de alcohol y sustancias (23.8%). Asimismo, se encontró que el 34% de pacientes recibía algún tipo de tratamiento al momento de la tentativa. El método utilizado para el intento suicida más frecuente fue la sobredosis de benzodiazepinas (48%), seguida de intoxicación por organofosforados y otras sustancias; inferirse cortes en el cuerpo (12.0%), intento de arrollamiento, auto estrangulación y lanzamiento al vacío (6.7%); y uso de arma de fuego (0.8%). El 44.4% de los pacientes estaba reiterando el intento. De otro lado, se registró que cerca del 30% de los atendidos planificó el intento suicida. Se enfatiza la necesidad de ampliar los estudios prospectivos, el seguimiento y la vigilancia epidemiológica, establecer mejor la relación entre el intento y suicidio consumado, y formular planes y programas de prevención de estos fenómenos.*

**PALABRAS CLAVE :** *Intento de suicidio - Suicidio - Depresión mayor  
Distimia - Seguimiento- Benzodiazepinas*

(\*) Médico Psiquiatra. Jefe del Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima, Perú.

## A PROSPECTIVE STUDY OF PATIENTS WITH SUICIDE ATTEMPT WHO RECEIVED ATTENTION AT NIMH "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" EMERGENCY ROOM. (1996 -1998)

*It is a prospective study with patients who committed suicide attempt and received psychiatric attention at NIMH "H. Delgado-H. Noguchi" emergency room during 1996 to 1998. Sociodemographic and clinical aspects were considered. The relevant findings are: amongst 358 patients, women were mostly affected (77.9%), while men showed (22.1%) with an age rank between 13 and 64 years. The group aged 20 to 29 year ranked first with a worried tendency patients aged less than twenty years. The motivations for suicide were: marital conflicts (29.6%), familiar stressors (27.6%), sentimental troubles (22.1%), and psychopathological disturbances (17.6%). Major depressive disorder was the most frequent diagnostic (39.4%), then adjustment disorder with depressive symptoms (35.5%), dysthymia (11.2%), psychotic disorders (11.4%) and others disorders (2.4%). It was found comorbidity in almost 40% of sample, mostly several personality disorders (57.5%) and then alcohol and psychotropic substances abuse (23.8%). In addition, it was registered near 34% of patients received any psychiatric treatment. The way suicide attempters used was benzodiazepine overdose (48%), insecticides or raticides substances (19.3%) and other substances (13.1%); self-cutting ranked 12%, frustrated hang, jumping or being passed on by cars showed 6.7%, shot gun with 0.8%. Reiterative attempts was observed in 44.4% of the patients. It is emphasized the need of longer prospective studies, epidemiological vigilance, appropriate following, to clear up the relationship between suicide attempt and definite suicide, and the formulation of adequate programs to prevent these phenomena.*

**KEY WORDS :** *Suicide attempt - Suicide - Major depression - Dysthymia - Following - Benzodiazepines*

### INTRODUCCIÓN

A partir de estudios retrospectivos del intento de suicidio, así como alguno de carácter prospectivo, con muestras pequeñas, efectuados en el medio (1-3), se rescata la

necesidad de realizar estudios prospectivos con un mayor número de pacientes y más largo plazo a fin de mostrar la vigilancia epidemiológica correspondiente y establecer protocolos de atención de éste fenómeno que está relacionado para muchos autores, con el suicidio consumado, (4-6) y porque ambos están produciéndose en incremento en los

últimos años en Lima y otras ciudades del Perú (7, 8, 10, 11).

Estudiar las variables vinculadas a estos problemas que sobrepasan el área de salud mental, permitirá precisar tasas actualizadas, frecuentemente subregistrada y se podrá apreciar un panorama más claro frente a los hallazgos de otros países de Latinoamérica (4, 13, 14, 22); así mismo, se podrá formular programas de atención oportuna y de prevención del suicidio que refuerzan a los ya establecidos en la localidad (15); por lo que este trabajo busca aportar información útil y precisa sobre el seguimiento de casos de intento de suicidio, y propiciar el interés suficiente en las autoridades de Salud Pública, reforzando las recomendaciones, desde el ángulo de la prevención tanto de la tentativa cuanto del suicidio mismo, que formulan numerosos estudios al respecto (1, 3, 4, 6, 7, 12).

## MATERIAL Y MÉTODOS

En este trabajo se ha mantenido la metodología utilizada en los estudios anteriores, usando la ficha ad-hoc (1), definiendo al intento de suicidio, al acto ocurrido en las últimas 48 horas y los clásicos instrumentos de diagnóstico clínico. Las variables consideradas son: fecha, sexo, edad, grado de instrucción, ocupación, religión, área de procedencia, condición de vivir sólo, motivo del intento suicida, diagnóstico principal y asociado, condición de tratamiento previo, método utilizado, ocurrencia de intentos anteriores, planificación de la tentativa, procurarse medicamentos, existencia de avisos de despedida, el lugar de referencia, hospitalización

previa, hospitalización actual y si hubo arrepentimiento del acto suicida.

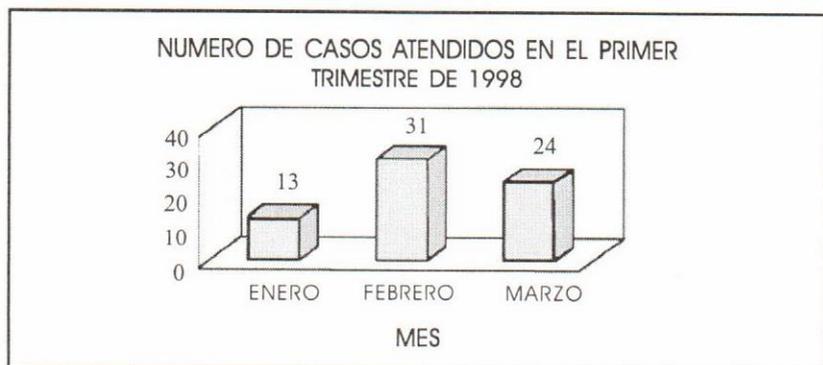
Adicionalmente, se confeccionó una ficha de seguimiento de pacientes intentadores que fueron atendidos en 1996 en el Servicio de Emergencia, el que se efectuó a través del Programa de Prevención del Suicidio en el que interviene un equipo multidisciplinario (15), mediante visitas domiciliarias, coordinación con otros servicios o departamentos del INSM HDHN, contacto telefónico: se buscó precisar el estado actual del paciente, el nivel de funcionamiento y el motivo de discontinuación de asistencia al Programa de Prevención del Suicidio (15).

## RESULTADOS

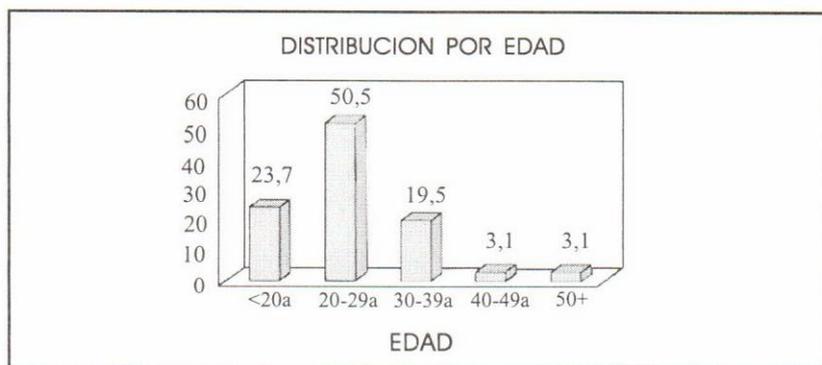
El número total de pacientes que se registró en el período de 1996 a mayo de 1998 fue 358; 79 de ellos eran varones (22.1%) y 279 damas (77.9%), lo que representa una relación femenino/masculino: 3.5/1.0. El rango de edades estuvo entre 13 y 64 años, con una edad promedio de 38.5 años. En 1998, durante el primer trimestre, se encontró: para Enero 13 casos, en Febrero: 31 casos, y en Marzo: 24 casos (Figura 1). La distribución por edades se presenta en la Figura 2.

En la población estudiada 1.1% son analfabetos, 6.7% tenían instrucción primaria; 67.2%, educación secundaria; 17.8%, educación superior incompleta; y 6.7%, educación superior completa. En cuanto a ocupación, 31.2% eran estudiantes; 18.7% eran amas de casa; 6.7%, empleados; 3.3%, empleados del hogar; 4.2% eran obreros; 14.8% eran trabajadores independientes; y 20% estaban desocupados.

**FIGURA 1 .**  
**Número de casos de intento de suicidio durante el**  
**primer trimestre de 1998**



**FIGURA 2.**  
**Distribución por grupos etáreos.**

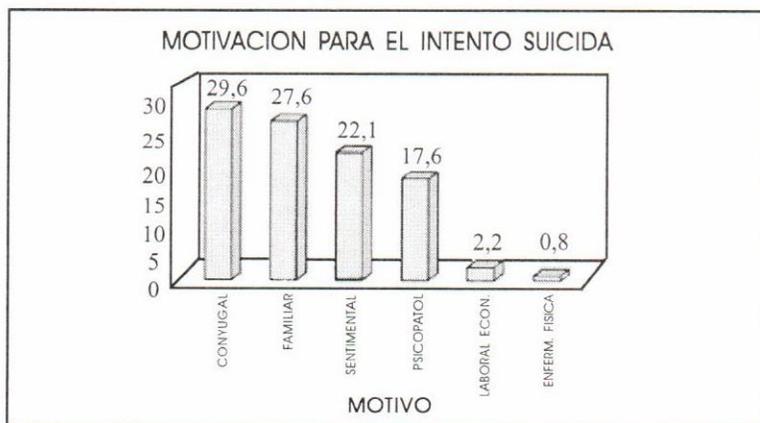


En lo que se refiere a religión: figuran como católicos el 95.8%; con otras religiones, el 3.6%; y como agnósticos el 0.6%. El 70.4%

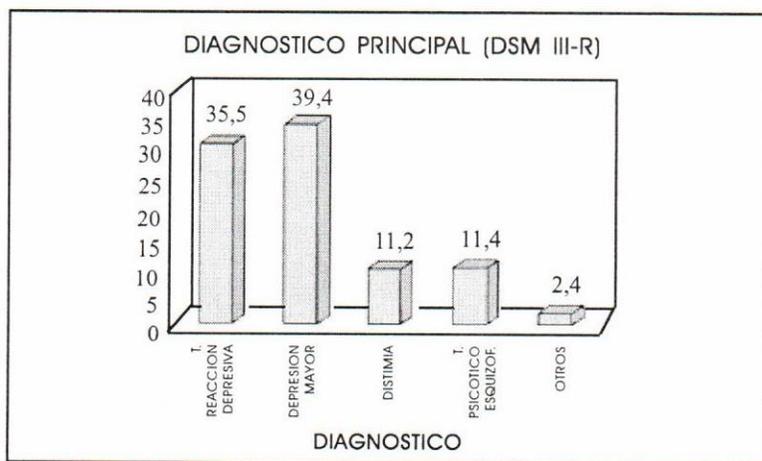
procedían del área urbana; 27.1% del área urbano-marginal; 2.5% de zonas rurales. Declararon vivir solos el 4.5%.

En la Figura 3 se presentan las motivaciones para el intento suicida; y en la Figura 4, los diagnósticos principales.

**FIGURA 3.**  
**Motivaciones para el intento suicida**



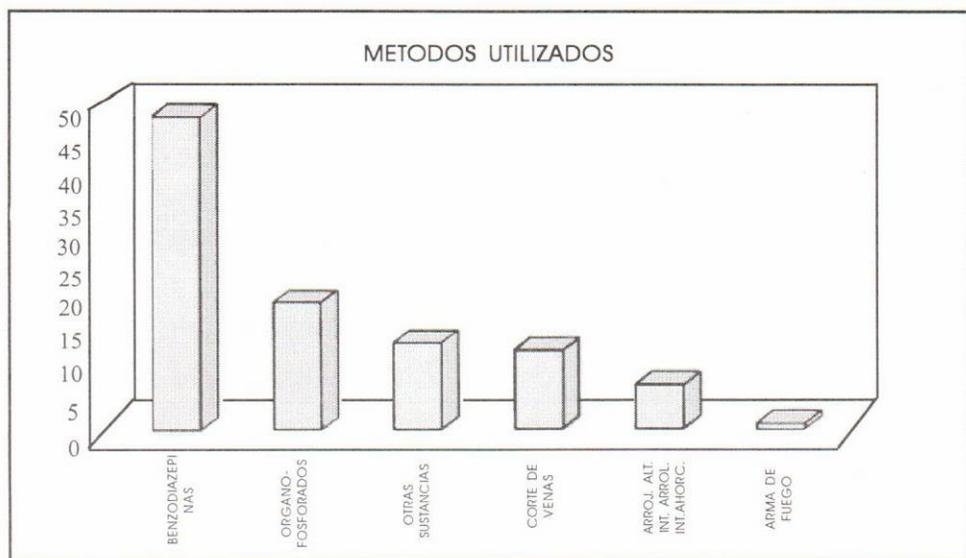
**FIGURA 4.**  
**Principales diagnósticos psiquiátricos (DSM-III-R)**



Se registraron diagnósticos asociados al trastorno principal en 139 pacientes (38.8%) La distribución es como sigue: con trastorno de la personalidad, 57.5%; abuso de alcohol y sustancias psicoactivas en 23.8%; trastornos de ansiedad en 6.5%; trastornos de la alimentación en 5.7%; juego patológico en 3.6%; y trastorno dismórfico corporal con 2.9%. Se consignó el trastorno de estrés post traumático asociado al diagnóstico principal en un 6.1%; sólo en damas. Se encontró que

un 10.9% de pacientes estaba recibiendo, al momento del estudio, medicamentos antidepresivos; 8.4% recibían antipsicóticos; 7.5% recibían ansiolíticos; otro tipo de medicamentos: 2.2%; recibían psicoterapia un 4.7%; y ningún tipo de tratamiento un 66.2%. Un 26% manifestó haber planificado con detalles el intento suicida; mientras que declararon no haberlo planificado el 74%. Los métodos utilizados se presentan en la Figura 5.

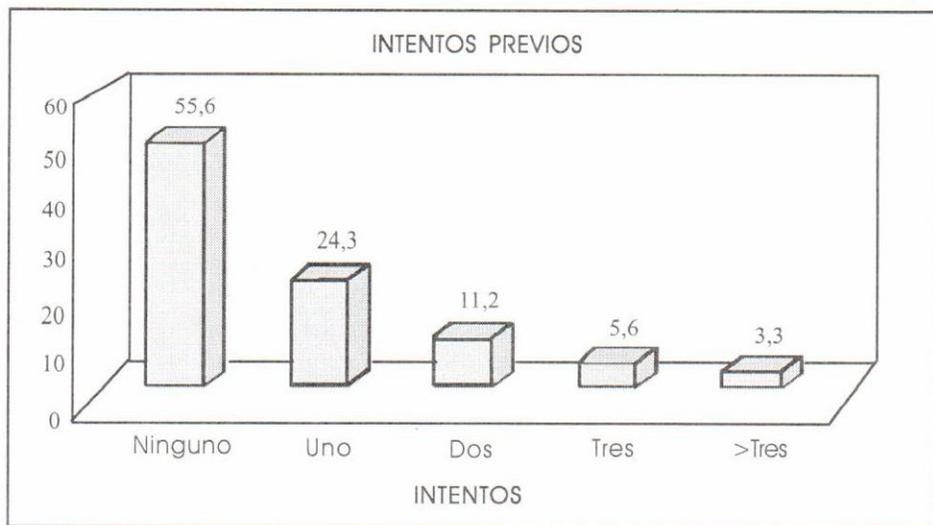
**FIGURA 5.**  
**Métodos utilizados para el intento suicida**



Se encontró combinación de métodos de la siguiente manera: sobredosis de benzodiazepinas con otras sustancias psicoactivas (62.7%); benzodiazepinas y métodos físicos (37.3%). Se especifica la sobredosis de algunas de las sustancias ingeridas, (dato obtenido por anamnesis directa o indirecta); diazepam en el 88% con dosis de 100 a 300mg; 14 pacientes con dosis de 300-600mg y 2 pacientes con 600 a 1000mg. Con

antipsicóticos: clorpromacina: 1 paciente con 3000mg; haloperidol, 2 pacientes con 100-400mg; trifluoperazina 50mg y tioridazina 1000mg (1 paciente para cada sustancia). Con antidepresivos: clomipramina 250-500mg en 7 pacientes; fluoxetina 300mg y fluvoxamina 800mg (1 paciente para cada sustancia). Anticonvulsivantes: Fenobarbital: 2000-6000 mg en 4 pacientes. En la Figura 6 se presenta el número de intentos previos.

**FIGURA 6.**  
**Número de intentos de suicidio previos**



El análisis de otras variables reveló: el 37.9% manifestó haberse procurado medicamentos para el intento, sin haber tenido prescripción médica; en tanto que el 62.1% negaron haberlo hecho. El 18.2% avisó de la intención de autoeliminación ya sea a través de un mensaje verbal, carta o nota de despedida; mientras que el 81.8% manifestaron no haberlo hecho. El 78.2% de pacientes que intentaron suicidarse fueron referidos desde algún centro asistencial; otros fueron traídos desde el domicilio (19.6%); y otros fueron encontrados en la vía pública (2.2%). Se registró que el 14.54% de intentadores se había hospitalizado en una institución psiquiátrica anteriormente; en tanto que no lo había hecho el 85.5% de ellos. Se decidió el internamiento en el 27.9%; en tanto que no se dispuso lo mismo en 72.1% de ellos. El 75.1% de pacientes intentadores de suicidio se arrepintieron del acto autoeliminatorio al momento de ser evaluados; en tanto que el 24.9% de ellos no lo hicieron.

Sobre el seguimiento de estos pacientes; de un total de 105 pacientes que intentaron suicidio atendidos en 1996, se realizó visita domiciliaria o contacto por los consultorios externos o por teléfono en 70 de ellos (66.7%). Se registraron 2 casos de óbito por autoeliminación; el primero fue una dama de 20 años que fue atendida en una sola oportunidad en 1996 cuyo diagnóstico fue depresión mayor y tuvo un posterior estresor de violencia sexual; ella utilizó el método de ahorcamiento. El segundo fue un varón de 27 años con diagnóstico de depresión mayor asociado a trastorno de personalidad, abuso de sustancias y problemas de identidad sexual; el estresor fue ruptura de relación sentimental y el método utilizado fue envenenamiento por sustancias órgano-fosforadas. Los otros 68 pacientes presentaron un aparente buen estado de salud psíquica al momento de la visita. Por lo menos 10 de ellos (14.3%) habían reiterado el intento de suicidio en el lapso de casi 2 años.

## DISCUSIÓN

En este estudio prospectivo de dos años de duración, se puede apreciar que los resultados relacionados con el sexo, edad, el grado de instrucción, la ocupación, la religión, área de procedencia, estilo de vida, hospitalización psiquiátrica previa, etc. muestran un perfil porcentual bastante semejante al encontrado en los estudios retrospectivos reportados previamente (1, 2), así como en los de tipo prospectivo con muestras menores (18). Es decir, los intentadores de suicidio suelen ser jóvenes y pertenecientes al género femenino (relación M/F: 3.5/1). Llama la atención que el grupo etéreo menor de 19 años figure con casi un cuarto del porcentaje total, lo que significa que la tendencia del intento de suicidio está comprometiendo cada vez más a los adolescentes y niños. La niña de menor edad tenía 11 años y había ingerido órgano fosforados luego de afrontar reiterados conflictos parentales. Dicha tendencia se observa también en países sudamericanos, en Norteamérica e inclusive en países de Europa (16-22).

Adicionalmente, a través de los medios masivos de comunicación, se ha tenido el reporte de intentos colectivos de suicidio entre adolescentes escolares como en las ciudades de Chosica y Huancayo (23, 24), e inclusive entre niños de 8 años (25). Concomitantemente, en nuestro medio se ha estado comunicando que el número de suicidas también está incrementándose entre niños y adolescentes (9). De modo que estos hallazgos llevan a plantear programas que incluyan estos grupos etéreos, destinados a la prevención de la conducta suicida.

En cuanto a algunas particularidades, llamó la atención que se haya registrado un número

mayor de casos en el primer trimestre del año 98, con relación a los años anteriores de acuerdo a los reportes correspondientes (1, 2); en especial en el mes de Febrero, atribuyéndose el incremento a la ocurrencia del fenómeno del Niño y sus consecuencias devastadoras en el plano económico y emocional en especial en pobladores del cono norte y San Juan de Lurigancho. En lo que se refiere al grado de instrucción, los intentadores de suicidio, casi el 68% tiene instrucción secundaria y casi el 25%, instrucción superior. La ocupación más frecuente fue la de estudiantes con más del 30% y amas de casa con casi el 20%, siguiendo a continuación los demás con perfil muy similar al de los reportes previos del autor (1, 2). Igualmente, una gran mayoría de los pacientes declararon ser católicos; proceden fundamentalmente del área urbana (con repunte del área urbano marginal) y la gran mayoría de ellos vivían acompañados, hallazgos coincidentes con los encontrados en las referencias citadas.

De igual forma, en lo que se refiere a los motivos que llevaron a los pacientes a intentar el suicidio figuran con casi el 60% los conflictos conyugales y familiares como los principales; dato bastante parecido al encontrado en los estudios anteriormente citados. Se observa un aumento de los motivos psicopatológicos (vg. síntomas alucinatorios auditivos de tipo comandatorio (17.6%), lo que ensombrecen el pronóstico del intentador al aumentar el riesgo suicida como señalan diversos autores (4, 5, 12).

En lo que respecta al diagnóstico principal, según DSM III-R sigue predominando el espectro depresivo entre los pacientes suicidas, fundamentalmente la depresión mayor (casi 40%) y la distimia junto a las reacciones depresivas, que en total representan un 86% de pacientes que al

momento del intento manifestaban síntomas depresivos, lo que corrobora reiteradamente los hallazgos cualitativos en estudios tanto a nivel internacional (4, 5, 34-38); así como a nivel local (1-3). Se registró un 11.4% con diagnóstico de trastorno esquizofrénico, cifra que se mantiene dentro de los valores citados en los estudios aludidos y otros (26, 27). Al analizar el rubro de los diagnósticos asociados (el cual no había sido estudiado con amplitud en los estudios a nivel local), se aprecia que el principal es el trastorno de personalidad con casi 60%, a expensas fundamentalmente del trastorno límite de personalidad, situación que se menciona en los libros de texto (4, 5) y series de casos estudiados en medios foráneos (28-30, 46). Luego figura el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas con 23.8%, cuya comorbilidad ha sido resaltada en diversos estudios (29-33). Los trastornos ansiosos figuran con un 6.5%, que parece ser menor que lo señalado en textos y en muestras de población foránea (4, 39). Es conveniente señalar que el estrés posttraumático (que sigue siendo un trastorno ansioso), fue considerado aparte, figura con un 6.1%, dejando ver la importancia de este trastorno que agrava el pronóstico del acto suicida. Es necesario remarcar, que los trastornos de alimentación (5.3%) aparecen en comorbilidad como en otras muestras (28, 29, 31). En cuanto al juego patológico y al trastorno dismórfico corporal con menos del 4% cada uno, son citadas en textos (4, 5, 28, 29).

Respecto al tratamiento recibido previo al intento de suicidio, se observa que casi al 40% se le estuvo proporcionando ya sea tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, lo que ya había sido un aspecto encontrado con semejanzas en trabajos similares (1, 3, 4, 31, 40, 41). Destacan los medicamentos antidepressivos con casi 11%; es conveniente recordar que muchos de los pacientes suicidas

suelen consultar con médicos no especialistas, psiquiatras o psicólogos, y que muchas veces utilizan en el intento los mismos fármacos que les fueron prescritos (1, 4, 6, 8, 16).

Al hablar de los métodos utilizados en el intento suicida, se encuentra que casi la mitad de la muestra usó sobredosis de benzodiazepinas, que suele ser un medio frecuente entre las damas y que es reiterativo en estudios similares (1-3); en segundo lugar, se encuentran las sustancias órgano-fosforadas, casi 20%, lo que igualmente se había registrado en los trabajos citados. En tercer lugar aparecen otras sustancias, luego el corte de venas, con 12% siendo más frecuente entre varones, lo que es un hallazgo coincidente con los reportes de las fuentes ya descritas, reafirmando que los varones usan métodos más violentos que las damas, con propósitos suicidas (1, 2, 41-43). También esto es aplicable a los métodos de lanzarse de la altura, intentar ser arrollado o ahorcarse; que una vez más, al lado del uso de arma de fuego suelen ser porcentualmente más frecuentes en varones como se citó previamente.

En este estudio se precisa que los intentadores utilizaron una combinación de métodos en su intento, destacando aquella en que usan la sobredosis de benzodiazepinas y otras sustancias psicoactivas, que la combinación con métodos físicos, como se cita en publicaciones internacionales (40, 41).

Por otro lado, en este trabajo se pudo establecer cantidades de sustancias ingeridas tanto de las benzodiazepinas, cuyo representante más conocido, el Diazepam a su vez es el más frecuente entre los intentadores (1, 3, 41), como de los neurolépticos o antidepressivos, teniendo que precisarse que estas cantidades fueron registradas en base de datos de anamnesis

directa o indirecta, lo cual puede dar lugar a un sesgo en la interpretación; en todo caso, se puede deducir el fácil acceso que los intentadores tienen a los tranquilizantes, como el caso de las benzodiazepinas, situación que debe generar preocupación en las autoridades de salud; y por otro lado, el hecho de que varios de los intentadores usaron los psicofármacos que le fueran prescritos, que constituye un hecho reiteradamente descrito en fuentes diversas (4, 6, 8, 31).

Respecto a los intentos previos de suicidio, se aprecia que un 45% de los pacientes ya habían presentado al menos una o más tentativas anteriores, situación que es reiterativamente registrada con porcentajes bastante aproximados y con predominio en damas en estudios externos o locales (1-4, 6, 12, 16, 37) y que ha sido señalado en dichas fuentes como uno de los más serios predictores de la consumación del acto suicida, y que ha motivado la expresión de recomendaciones de seguimiento a corto o mediano plazo (3-7, 12). En cuanto a la planificación del intento suicida, se observa que casi 30% de los intentadores declararon haberlo hecho de una manera consistente, frente al otro 70% que tuvo un carácter de impulsivo o momentáneo. Resalta el hecho de que la planificación es otro elemento que entrena letalidad y mayor riesgo, como se ha

señalado en varios reportes (3, 4, 8, 42-44). Por otro lado, la cifra de pacientes que dejó una carta, nota o aviso, que denotara su actitud suicida, mostró un porcentaje de 18.2% siendo menor que el reportado en un trabajo con una muestra más pequeña y en estudios retrospectivos locales (1-3) sin llegar a determinarse si se trata de una variable que por sí sola implique alto riesgo o letalidad en el intentador, aunque algún autor concluyó que la mayoría de suicidas parece no comunicar su intención, al menos durante la última cita con su médico (45).

En lo que se refiere a la determinación del internamiento a causa del intento suicida, se observó que un 28% de pacientes fue hospitalizado, cifra bastante cercana a la registrada en uno de los trabajos de corte prospectivo desarrollado por el autor (3); aunque superior a los porcentajes registrados en estudios retrospectivos a nivel local (1, 2); este grupo de intentadores fueron los que persistían con la ideación suicida y no mostraban arrepentimiento del acto cometido; y los que requirieron observación más cuidadosa, que figura en este estudio con 25%; el cauce de estos aspectos, es decir el arrepentimiento, la persistencia del acto suicida y la hospitalización actual, ha sido motivo de análisis, por lo menos en un estudio previo del autor (3).

## REFERENCIAS

- 1) VASQUEZ F. Estudio del Intento de Suicidio en el Servicio de Emergencia del INSM HD HN - 1994 - 1996.
- 2) HEEREN R. O. Estudio descriptivo de los casos de intento de suicidio atendidos en el INSM HD HN - 1985-1993. Tesis Bach. UPCH - Lima - Perú.
- 3) VASQUEZ F. Valoración del intento de suicidio. Una aproximación para el manejo y tratamiento INSM HD HN. Lima 1997.
- 4) KAPLAN H., SADOCK B. Textbook of Psychiatry. Seventh Edition, cap. 31; 803-811. 1994.
- 5) VIDAL ALARCÓN. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Bs. As. Cap. Suicidio, pp 1714-1721. 1994.
- 6) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. BROOKE. El suicidio y los intentos de suicidio. Cuadernos de Salud Pública (58), 1976, pp. 146.
- 7) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención del suicidio, Génova. 1968
- 8) CENTRAL HEALTH SERVICES COUNCIL, Suicidio y auto daño intencional. Cap. 13 pp.469-467. 1968
- 9) DININCRI; Estadísticas sobre suicidio en Lima. En el diario "El Comercio", 05 Abril, 1998. Lima - Perú.
- 10) DIARIO "EL COMERCIO", Octubre, 1998. Lima - Perú.
- 11) DIARIO "EL COMERCIO", 27.12.98. Lima - Perú.
- 12) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Suicidio en América Latina y Países del Caribe (1950-1989). Reseñas bibliográficas, 1990.
- 13) RENDON R. Aspectos epidemiológicos del suicidio e intento de suicidio en Venezuela. Arch. Venezolanos de Psiq. y Neurología, 1969, 15 (33), 50-69.
- 14) REGULES Y RAMÍREZ A. Aportes estadísticos sobre conductas suicidas en un hospital general. Rev. Psiquiatría del Uruguay, 1976, 41 (241), 18-27.
- 15) VÁSQUEZ F. y colab. Programa local de prevención del suicidio, cuaderno de trabajo, Lima 1996.
- 16) CHASTANG y colab. Risk factors associated with suicide attempt in young french people. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 98: 474-479. UK.
- 17) KOTILA L. y colab. Adolescent suicide attempts: sex differences predicting suicide. Acta Psych. Scand, 1988; 77:264-270.
- 18) RONA E., WETTLIN L. Tentativas de suicidio en niños y adolescentes. Rev. Chile de Pediatría, 1986, 57 (3); 227-230.
- 19) SÁNCHEZ LACAY y colab. Intentos suicidas en adolescentes. Bol. de Asoc. Médica Puerto Rico, 1985, 77 (7): 273-277.
- 20) NUCETE E. Precaución del suicidio en adolescentes, niños, 1988, 13 (67), 110-118.
- 21) GARFINKEL BD y colab. Suicide Attempts in children and adolescents. Am J. Psych. 1982; 139: 1257-1261.
- 22) NISSEN - Trastornos psíquicos de la infancia y juventud. Herder Barcelona. Cap. suicidio, 1993, pp. 173-180.
- 23) "EL COMERCIO" - Julio 1998 - Lima, Perú.

- 24) "EL COMERCIO" - Agosto, 1998 - Lima, Perú.
- 25) CARETAS - Nov. 26, 1998 - Lima, Perú.
- 26) MELTZER H. Avances recientes en el tratamiento de la esquizofrenia: Case Western Reserve. Univ. USA. En la década del cerebro. Oct. 1995 Bs. As. 3-14.
- 27) DORR ZEGERS O. Suicidio y esquizofrenia. Rev. Chil de Neuropsiq. 1986, 24 (1), 17-24.
- 28) RUDD M. D. y colab. Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. Am. J. Psych, 1993; 150: 928-934.
- 29) BLUMENTHAL S.J. Suicidio. Guía sobre factores de riesgo. Valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clín. Med. Norteamérica, 1988; 4; 999-1035.
- 30) YAMPEY N. Personalidad y Conducta Suicida. Enciclopedia de Psiquiatría de Vidal - Alarcón Bs As. 1993, 1719-1723.
- 31) ROY A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. Arch Gen. Psych. 1982, 39: 1089-1095.
- 32) CORDAS y colab. Alcoholismo y Suicidio: Estudio preliminar. Rev. de Asoc. Brasileira de Psiq. 1985, 7(17), 140-144.
- 33) ROY A. et al: Characteristics of alcoholics who attempt suicide. Am. J. Psych. 1990, 147: 761-765.
- 34) CALZADILLA FIERRO: Valoración del riesgo de suicidio en el paciente deprimido. Rev. del Hosp. Psiq. de La Habana; 1983, 24 (2) 289-296.
- 35) GRANDEL J, YAMPEY N. Carácter depresivo, accidentes y suicidio. Rev. de Psicoanálisis, 1978, 35 (2): 289-304.
- 36) LOLAS F. Relación entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra con ideación suicida. Rev. Chil. Neuropsiq; 1986; 24 (1), 17-24.
- 37) FAUCET J. Y colab. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled prospective study. Am J. Psych. 1987; 144:35-40.
- 38) ROOSE. S. y colab. Depression, delusions and suicide. Am. J. Psych., 1983; 140: 1159-1162.
- 39) PACHECO A. Ansiedad, pánico y suicidio. Arch. Venez. de Psiq. y Neurología, 1986 (66): 19-24.
- 40) BARRACLOUGH B y colab. A hundred cases of suicide: Clinical aspects British J. Psych., 1974; 125: 355-373.
- 41) CABRERA R. y colab. Epidemiología de las intoxicaciones por psicofármacos en España, 1993. Cap. 1: 17-30.
- 42) CÁRDENAS R. Estudio descriptivo del intento de suicidio en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia. Hosp. Regional de Talca (Ago. 82-84) Rev. Clínica de Neuropsiq. 1985; 23 (2) 97-110.
- 43) REGULES Y RAMÍREZ A. Aportes estadísticos sobre conductas suicidas en un Hosp. General. Rev. Psiq. del Uruguay, 1976, 41 (241), 18-27.
- 44) GARCÍA R. SARRO B. y colab. Estudio descriptivo estadístico de las tentativas de suicidio atendidas en un servicio de urgencias de un hospital general. Rev. de Psiq. y Psicol. Med., 1984; 6: 530-538.
- 45) ISOMETSA. The last appointment before suicide. Is it communicated Am J. Psych., 1995.
- 46) MANN J. Suicide. Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica, 1977; 20 (3) . Saunders.