

# Ideación suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados

Francisco Franco López Salazar<sup>1</sup>, Fernando López Murguía<sup>2</sup>, Sonia López<sup>3</sup>

*Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 14, N° 3, marzo de 2008, págs. 33 a 41.

## Resumen

**Introducción:** Las enfermedades psiquiátricas incrementan el Riesgo Suicida (RS), sin embargo factores como la Ideación Autolítica y Suicida (IAS), y la Desesperanza (DE) infuyen incrementándolo o no. Ante esta situación con el objetivo de describir la frecuencia de IAS y comparar los niveles de DE en varias entidades psiquiátricas, realizamos un estudio comparativo y transversal. **Material:** Se evaluó a los pacientes con: la Escala de Ideación Suicida de Plutchik (EISP) y la Escala de Desesperanza de Beck (EDEB). **Resultados:** Se incluyeron a 240 pacientes que se hospitalizaron distribuidos en 10 grupos diagnósticos, y los que mayor IAS reportaron, y por lo tanto RS, fueron: T. de Personalidad, Episodios y T. Depresivos y T. Psicótico Agudo Polimorfo con Síntomas de Esquizofrenia, sin embargo todos lo presentaban en cierto grado. Los grupos con mayor seve-

ridad en la DE fueron: T. Psicótico Agudo Polimorfo con Síntomas de Esquizofrenia, Episodios y T. Depresivos, T. Orgánicos y por Disfunción Cerebral y T. por Ansiedad; resultando la forma leve la más frecuente [ $X^2=21(12)$ , p.04]. Los grupos con mayor alteración en los tres factores de la DE fueron los Episodios y T. Depresivo, los T. Orgánicos y por Disfunción Cerebral y los T. de Personalidad, resultando el menos afectado el Factor Afectivo. **Conclusión:** la IAS y la DE están presentes en todos los grupos de diagnósticos psiquiátricos de los pacientes que se hospitalizan, por lo que todos tienen RS, no obstante este riesgo no resulto más severos en los Episodios y T. Depresivos.

## Palabras clave

Ideación Suicida, Desesperanza, Riesgo Suicida, pacientes hospitalizados.

## Summary

**Introduction:** The psychiatric illnesses increase the Suicidal Risk (SR), however fac-

---

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" Niño de Jesús No. 2 esq. San Buenaventura Col. Tlalpan C.P. 14000. Delegación Tlalpan. Tel: 55-73-15-00 / 55-73-15-50 Ext. 215

1 Jefe del Servicio de Investigación falosa04@hotmail.com

2 Subdirector de hospitalización

3 Med. Esp. en Psiquiatría

tors as Suicidal ideation (SI) and the Hopelessness (HP) influence it increasing him or num. Before this situation with the objective of to describe the frequency of SI and to compare the levels of HP in several psychiatric entities, we carry out a comparative and cross-sectional study. **Material:** the patients was evaluated with: the Plutchik Risk of Suicide Scale (RSS) and the Beck Hopelessness Scale (BHS). **Results:** Were included 240 patients that were hospitalized distributed in 10 diagnostic groups, and those that bigger IA reported, and therefore RS, was: T. of Personality, Episodes and Depressive T. and T. Sharp Psicótico Polimorfo with Symptoms of Schizophrenia, however all the diagnostic groups presented it in certain grade. The groups with more severity in the HP were: T. Sharp Psicótico Polimorfo with Symptoms of Schizophrenia, Episodes and Depressive T., Organic T. and for Cerebral Dysfunction T. and T. for Anxiety; being the light form the most frequent [ $X^2=21(12)$ ,  $p.04$ ]. The groups with more alteration in the three factors of the HP were the Episodes and Depressive T., the Organic T. and for Cerebral Dysfunction and the T. of Personality, being the less affected one the Affective Factor. **Conclusion:** the IA and the HP are present in all the groups of diagnostic psychiatric of the patients that are hospitalized, for what all have RS, nevertheless this risk is not more severe in the Episodes and Depressive T.

### Keywords

Suicidal ideation, Hopelessness, Suicidal Risk and psychiatric inpatients

### Introducción

La presencia de una enfermedad psiquiátrica es uno de los más sensibles predictores de suicidio<sup>(12)</sup> y múltiples investigaciones, utilizando el método de autopsia psicológica, concuerdan con este hecho en los sujetos que han consumado su propia muerte<sup>(2)</sup>. Por otro lado el desarrollo de métodos estandarizados y multiaxiales de diagnóstico han permitido corroborar la importancia de la comorbilidad psiquiátrica en relación a la presencia de Riesgo Suicida (RS) y la realización de un intento de suicidio o su consumación<sup>(16)</sup>. Entre las enfermedades psiquiátricas relacionadas a estos fenómenos se encuentran los trastornos del humor, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar y la distimia que incrementan el RS 20, 15 y 12 veces respectivamente. En la esquizofrenia se describe un incremento 8.5 veces mayor en relación a la población general. En el abuso de sustancia, en distintos trastornos de ansiedad (trastorno de crisis de ansiedad, de ansiedad generalizada, de pánico y fobia social) y en el trastorno obsesivo compulsivo se observa un incremento entre 6-10 veces del RS respectivamente, aunque esto no es ratificado en algunos estudios. En los trastornos adaptativos (ansiosos, depresivos o conductuales) se incrementa 14 veces frente a la población general. Finalmente entidades como los trastornos de la personalidad lo incrementan 6 veces, teniendo una particular relevancia los de tipo límite, disocial, histriónico, narcisista y dependiente, ya que predisponen a la presencia de trastornos mentales como la depresión y el abuso de sustancias, así como a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social<sup>(2,16,17)</sup>. Entre los factores identificados y relacionados al RS en todas estas patologías, se ha mencionado la agudización de una patología

psiquiátrica de base, que generalmente condiciona un manejo intrahospitalario, así como la presencia de ideación autolítica o suicida (IAS) y de desesperanza (DE)<sup>(1,5,6,7,9,11,12)</sup>. Estas dos últimas entidades proporcionan parte de los cimientos básicos del modelo de estrés-diátesis del comportamiento suicida, mismo que pretende explicar por qué algunas personas son más propensas a cometer suicidio, y dentro del cual se considera como estresantes típicos las enfermedades psiquiátricas y las experiencias traumáticas, tomando en cuenta que la agudización de las primeras pueden llevar al suicidio, y entre las segundas las crisis psicosociales<sup>(4)</sup>.

La IAS se entiende como un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes. Se considera como un continuo que otorga especial atención a las ideas, los pensamientos y deseos, las amenazas, los planes y actos que llevan a enfermos psiquiátricos a hacerse daño o a cometer un intento suicida o un suicidio consumado<sup>(16)</sup>. Este factor abarca un amplio campo de pensamientos que pueden adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir (la vida no merece la pena vivirla), la representación suicida (imaginarse cometiendo el suicidio), la idea de autodestrucción sin plan de la acción (idea de cometer suicidio sin conocimiento del cómo), la ideación suicida con un plan indeterminado o inespecífico (idea de cometer suicidio sin contar con un método específico) y finalmente la idea suicida con una adecuada planificación (idea de cometer suicidio ya con un plan suicida específico)<sup>(1)</sup>. Aunque se han realizado muy pocas investigaciones en la literatura en donde se evalúe en forma cuantitativa este factor, se ha demostrado que tiene una rela-

ción importante con otros factores que influyen en el riesgo como altos niveles de DE<sup>(10,14)</sup>. El vínculo entre la IAS y la DE se debe a que generalmente se ha relacionado la conducta suicida con alteraciones cognoscitivas como la rigidez, entendida como la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales, que a su vez no está exenta de la DE misma. Finalmente la IAS se describe entre el 10 y 47% de los sujetos que ya la han presentado en el último año de vida<sup>(10)</sup>.

La DE se considera una actitud negativa hacia la vida, un mediador entre afectos negativos y la conducta suicida que no predice la severidad de un intento, pero que tiene una relación positiva con estos<sup>(9)</sup>, ya que los pacientes con niveles altos de este factor presentan un RS entre 6-7 veces mayor de tener IAS (OR=6.1, OR=6.8)<sup>(4)</sup>. Esta entidad comprende en su estructura tres factores: afectivo (sentimientos negativos sobre el futuro), motivacional (pérdida de la motivación) y cognitivo (expectativas negativas sobre el futuro). Algunos autores han realizado su evaluación y medición mediante índices clinimétricos, así Bailador (1997) reportó un nivel de DE mayor a una puntuación de 10 en sujetos con conductas suicidas<sup>(1)</sup>, Ibarra (2000) reportó un nivel entre 7.8-10.3 en deprimidos hospitalizados con intento suicida<sup>(6)</sup>; Niméus (2001) un nivel entre 15.1 en suicidas y 12.1 en no suicidas<sup>(11)</sup>; y Hawton (2003) entre 11-17 en suicidas con y sin comorbilidad psiquiátrica en el eje I y II<sup>(5)</sup>; sin embargo los trabajos de investigación se realizaron utilizando diferentes instrumentos.

En un trabajo realizado en nuestra institución, con el objetivo de describir diferencias en los niveles de la IAS y la DE con base en el género, donde se incluyeron 120 mujeres y 120 hombres ingresados a hospitalización

vía el servicio de urgencias, y evaluados con la Escala de Ideación Suicida de Plutchik (EISP) y la Escala de Desesperanza de Beck (EDEB) después de un manejo hospitalario de 4 semanas, se observó RS en el 50% de los pacientes, que resultado mayor con base en la clínica en el sexo femenino (55 vs 44%), aunque con base en los índices clinimétricos se incrementó el número de casos (69 vs 65), pero resultando también mayor en el sexo femenino. En términos de severidad igualmente la IAS resultó más severa en el sexo femenino (8.22 vs 7.03). La DE resultó más intensa en el sexo femenino (8.29 vs 7.15), aunque no en forma significativa; sin embargo al considerar los tres factores que comprende en su espectro el concepto, la diferencia resultó significativa a nivel del factor motivacional (3.52 vs 2.85), que resultó con mayor alteración en las mujeres. En términos de severidad la DE se presentó en forma leve (37-43%) y moderada (22-26%) principalmente. En la muestra estudiada se observaron diferencias significativas por género en términos de edad, resultando mayores las mujeres (34 vs 31 años). En ambos grupos se observó que los cuatro primeros diagnósticos más frecuentes en forma significativa fueron la Esquizofrenia, Trastorno de Ideas Delirantes y Esquizoafectivo, los Trastornos de Personalidad, los Trastornos Orgánicos y los Episodios y Trastornos Depresivos, lo que se atribuye a las características de nuestra institución. Con base en estos resultados consideramos que se requieren más estudios donde se consideren como factor el diagnóstico psiquiátrico, ya que en la literatura se señala que la IAS y la DE son más frecuentes y severas en los Episodios y Trastornos Depresivos, pero pueden estar presentes y hasta resultar más severas en otros grupos de psicopatologías<sup>(8)</sup>.

## Material y método

Con el objetivo de describir la frecuencia de IAS y comparar los niveles de DE en varias entidades psiquiátricas, realizamos un estudio comparativo y transversal incluyendo a pacientes hombres y mujeres adultos, que padecían una enfermedad o condición psiquiátrica que requería manejo en hospitalización continua, que cursaban con su cuarta semana de manejo intrahospitalario, que mostraban mejoría clínica y que aceptaron participar. Los pacientes se evaluaron con la aplicación de dos índices clinimétricos: La EISP, que fue diseñada con el objeto de discriminar a pacientes psiquiátricos con IAS de los que no la tienen, las preguntas están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica del momento en que se aplica la escala, la presencia y severidad de los sentimientos de depresión y DE, y otros aspectos relacionados con las tentativas. Es un cuestionario para autoaplicación de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no), cada respuesta afirmativa puntúa 1 y la negativa 0, y el total es la suma de las puntuaciones de todos los reactivos. Algunos autores consideran que la escala proporciona una medida del RS como predictor de acciones futuras. Su punto de corte para la versión española es de 6 puntos. La consistencia interna de esta escala es de 0.84-0.90, y la fiabilidad test-retest de 0.89, por lo que se considera válida<sup>(3,14,15)</sup>. La segunda escala es la EDEB, que es una escala diseñada para medir la DE en varias condiciones psicopatológicas y para reflejar las respuestas a las experiencias negativas. Es un instrumento que puede ser utilizado por cualquier profesional que esté involucrado en la detección y evaluación de la DE como una variable importante en muchos procesos psicopatológicos, que eva-

lúa desde el punto de vista subjetivo las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como de su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. La escala es autoaplicable y consta de 20 reactivos que se responden como “falso” o “verdadero”; las respuestas señaladas como falso valen un punto en los reactivos 1,3,5,6,8,10,13,15 y 19, y los señalados como verdaderos valen 0 puntos. Proporciona una puntuación total y un subpunteo por cada uno de los tres indicadores que incluye en su espectro. La puntuación total se obtiene sumando todos los puntos, y puede oscilar entre 0 y 20. En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte: 0-8 riesgo bajo de cometer suicidio, (0-3 ninguno o mínimo, 4-8 leve), 9-20 Riesgo alto (9-14 moderado, 15-20 alto). La escala tiene un alto grado de consistencia interna, una correlación elevada con escalas para medir DE ( $r=0.62-0.74$ ) y es sensible a cambios durante el estado de depresión de los pacientes<sup>(3)</sup>.

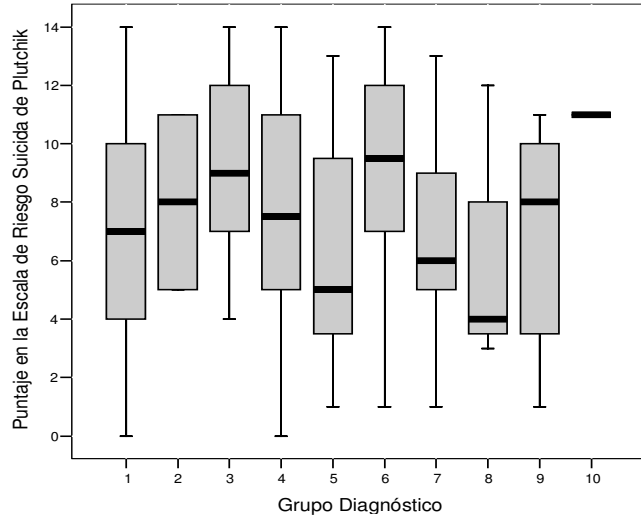
## Resultados

Se incluyeron en el estudio 240 pacientes que se reclutaron en un periodo de 6 meses, de los cuales casi el cuarenta por ciento (38%) padecía Esquizofrenia, T. de Ideas Delirantes o T. Esquizoafectivo, 15% respectivamente padecían T. Orgánicos y de Personalidad, 11% T. por Abuso de Sustancias y 10% Episodios y T. Depresivos, que fueron los diagnósticos más frecuentes, aunque en forma significativa resultaron más frecuentes el grupo de trastornos psicóticos esquizofreniformes [ $X^2=31(9)$ ,  $p.000$ ]. Más de la mitad eran hombres, resultando estadísticamente significativo [ $X^2=31(19)$ ,  $p.000$ ] que entre los pacientes con Esquizofrenia, T. de Ideas Delirantes,

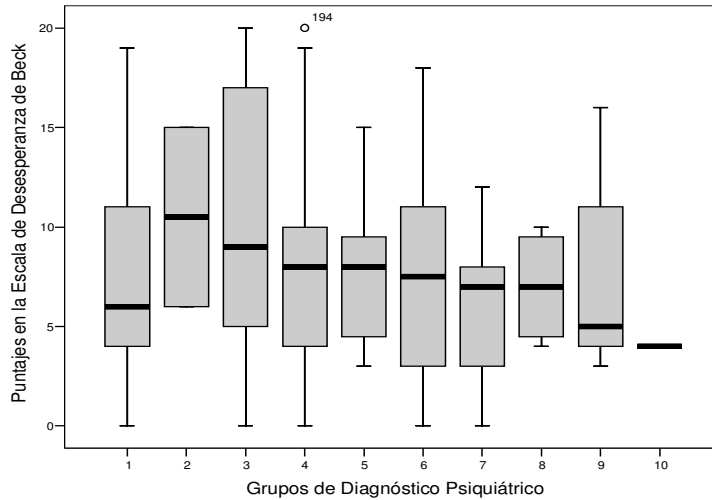
T. Esquizoafectivo, T. Orgánicos y T. por Abuso de Sustancias predominaban los pacientes masculinos, y en los Episodios y T. Depresivos y de Personalidad las mujeres. Más del 60% eran residentes del D.F. También el 60% eran solteros y una cuarta parte casados, aspecto que resultó estadísticamente significativo [ $X^2=67(36)$ ,  $p.001$ ]. El 72% eran católicos. Casi la mitad de los pacientes (45%) realizaba una actividad económicamente remunerada, el 30% no laboraba y una cuarta parte se dedicaba a labores domésticas, aspecto que resultó estadísticamente significativo [ $X^2=30(18)$ ,  $p.03$ ]. El 32% contaba con educación media superior, una cuarta parte con educación a nivel de licenciatura y 19% con nivel de secundaria, resultando significativo [ $X^2=68(36)$ ,  $p.001$ ] que los pacientes con mayor nivel académico padecían Esquizofrenia, T. de Ideas Delirantes, T. Esquizoafectivo, T. Orgánicos y T. de Personalidad. En forma significativa la mitad de los pacientes se ingresaron a hospitalización continua por RS o Intento de Suicidio [ $X^2=40(18)$ ,  $p.002$ ], resultando también significativo [ $X^2=69(45)$ ,  $p.01$ ] que el 14 y 13% habían utilizado como método suicida la ingesta de medicamentos e infligiéndose heridas con arma blanca respectivamente. Todos los pacientes tenían antecedentes de intentos autolíticos y de suicidio, pero el grupo de T. de personalidad a (con 4 intentos) y en segundo lugar el grupo de Episodios y T. Depresivos y Orgánicos (con 3 intentos).

De acuerdo a los resultados en la EISP, los grupos diagnósticos con mayor severidad en el RS fueron el grupo de T. de Personalidad, Episodios y T. Depresivos y el de T. Psicótico Agudo Polimorfo con Síntomas de Esquizofrenia; y los que presentaron la menor severidad fueron los grupos de Retraso mental, T. de Ansiedad y T. por Abuso de Sustan-

Gráfica 1.- Descripción del puntaje en la Escala de Riesgo Suicida por grupo de Diagnóstico psiquiátrico (n=240)



Gráfica 2.- Descripción de los Puntajes en la Escala de Desesperanza de Beck por grupo de Diagnóstico Psiquiátrico (n=240)

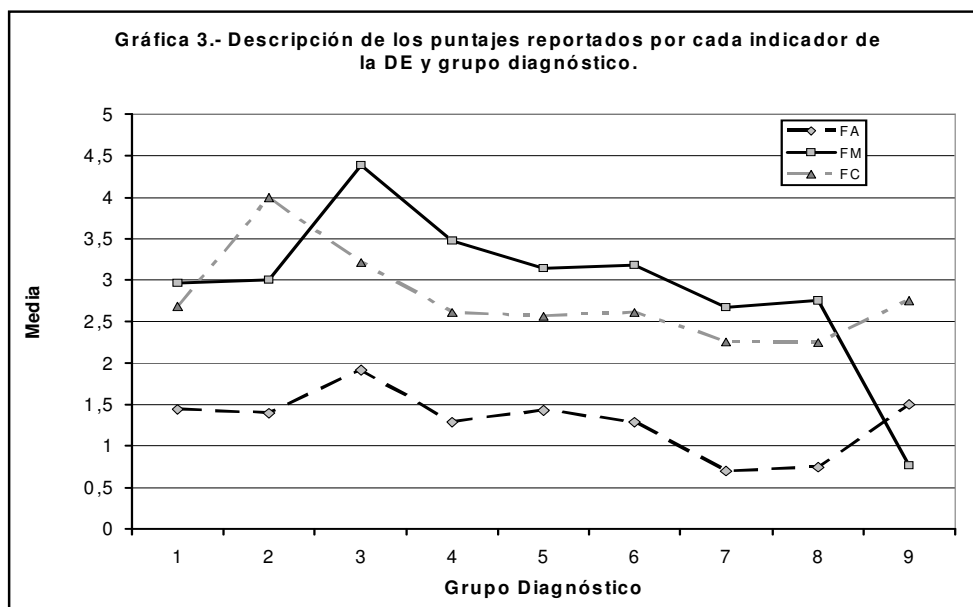


Cuadro 1: Descripción de la frecuencia del Riesgo Suicida y los Niveles de Desesperanza por severidad y grupo de Diagnóstico Psiquiátrico (n=240)

		Esquizofrenia T. Ideas Delirantes Esquizaafectivo	T. Esquizo- freni fórme	T. Depre- sivo	T. Orgá- nicos	T. Ansie- dad	T. Persona- lidad	T. Por Abuso de Sust.	R. M.	T. Bipolar	T. Del Puerperio	Total
ERS*	Con riesgo	55	1	20	25	3	31	19	1	5		161 (67)
	Sin riesgo	37	1	3	13	4	7	8	3	3	1	79 (33)
Desesperanza**	Mínimo	21		5	9	1	10	8		1		55 (23)
	Leve	39	1	6	14	4	13	13	2	4	1	97 (40)
	Moderado	21		4	10	1	11	6	2	2		57 (24)
	Alto	11	1	8	5	1	4			1		31 (13)

\* [  $\chi^2=9(4)$ , p.05 ]

\*\* [  $\chi^2=21(12)$ , p.04 ]



**Cuadro 2:** Coeficientes de correlación entre el Riesgo Suicida y los factores de la Desesperanza (n=240)

Factor afectivo
Factor motivacion
Factor cognitivo
Total

cias (gráfica 1); pero resultó estadísticamente significativo [ $X^2=9(4)$ ,  $p.05$ ] que la mayoría de los pacientes en todos los grupos lo presentaban (cuadro 1). En la EDEB los grupos con mayor severidad en la DE fueron: T. Psicótico Agudo Polimorfo con Síntomas de Esquizofrenia, Episodios y T. Depresivos, T. Orgánicos y por Disfunción Cerebral y T. por Ansiedad; y los que presentaron menor severidad fueron los grupos de T. del Puerperio, T. Bipolar y el grupo de Esquizofrenia, T. de Ideas Delirantes y T. Esquizoafectivo (gráfica 2). Resulto significativo [ $X^2=21(12)$ ,  $p.04$ ] que la severidad leve fue la más frecuente en todos los grupos (cuadro 1). Considerando los factores de la DE, los grupos con mayor al-

teración en los tres factores fueron los Episodios y T. Depresivo, los T. Orgánicos y por Disfunción Cerebral y los T. de Personalidad, resultando el menos afectado el Factor Afectivo (gráfica 3). Finalmente se observó que de los factores que tienen mayor correlación con el RS son el cognitivo y el motivacional (cuadro 2).

## Discusión

Nuestros resultados son similares al estudio realizado previamente en esta institución, ya que la mitad o mayor número de pacientes presentaban RS, aunque entre un 11 a 14% no fueron detectados clínicamente. Es proba-



ble que esto este relacionado al hecho de que en algunos pacientes los signos y síntomas de su patología psiquiátrica y del RS pueden trasladarse, a que algunos pacientes los nieguen o minimicen para evitar el ser ingresados, a la dificultad para su evaluación médico-psiquiátrica por la condición en que se encuentran y al hecho de la existencia de duda diagnóstica; no obstante todos los casos considerados con RS contaban con el antecedente de intentos autolíticos y suicidas, mismos que resultaron más frecuentes y severos en primer lugar en los T. de Personalidad, en segundo en los Episodios y T. Depresivos y en tercero en los T. Psicóticos Agudos Polimorfos con Síntomas de Esquizofrenia, utilizando principalmente como métodos la ingesta de medicamentos y las autolesiones con arma blanca. Sin embargo al considerar la media todos los grupos diagnósticos presentaban cierto grado de IAS y por lo tanto de RS.

El nivel de DE total resultaron equivalentes a los reportados por Bailador e Ibarra, aunque el primer autor solo evaluó pacientes suicidas y el segundo una muestra de pacientes de la misma institución que en este trabajo, pero solo con Episodio Depresivo Mayor y suicidas. Los niveles resultaron menores a los reportados por Niméus y Hawton, aunque el primer autor evaluó pacientes con T. del estado de ánimo, T. Adaptativos, T. de Personalidad y otros trastornos, sin especificar la inclusión de pacientes con trastornos psicóticos; el segundo además incluyó pacientes con T. por Abuso de Sustancias, T. Somatomorfes y con comorbilidad, pero el número de pacientes con Esquizofrenia y psicosis no afectivas era mínimo, y estos pacientes fueron unos de los que reportaron niveles más altos de DE en nuestra muestra. Considerando el grupo de enfermedad psiquiátrica, observamos que por el nivel reportado se considera-

ban casos los pacientes con Episodio o T. Depresivo mayor y con T. Psicótico Agudo con Síntomas de Esquizofrenia, quienes presentaban un riesgo moderado o mayor. En todas las demás enfermedades el nivel no cumplía el criterio para caso, pero si para considerar que presentan un riesgo bajo, lo que quiere decir que el riesgo de hacerse daño o realizar un intento suicida, está presente en cierto grado en todos los pacientes que se ingresan a hospitalización en nuestra institución, aspecto considerado como un criterio para un internamiento racional o no.

### Conclusión

El RS en sus diferentes grados de severidad, esta presente en todos los pacientes que se ingresan a hospitalización en nuestra institución, dicha severidad se relaciona a factores como: el sexo masculino, que no se cuente con red de apoyo social de tipo familiar y con una actividad remunerada, que se tenga un nivel de educación medio así como antecedente de algún intento autolítico o suicida previo. El RS no resulta más severo en los Episodios y T, Depresivos, pero estas entidades son las segundas relacionadas con él, y en algunos pacientes no se detecta, ya que el estado del paciente puede dificultar esta acción por un traslape con la sintomatología de su patología de base. La DE es más severa en primer y tercer lugar en T. Esquizofreniformes, y en segundo en los Episodios y T. Depresivos, en los cuales se ven afectados los tres factores que incluye en su espectro el concepto, aunque el afectivo resulta el menos afectado.



## Bibliografía

1. Bailador P, Viscardi N y Dajas F; "Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo"; *Rev Med Uruguay*; 1997;13; 2113-223
2. García J y Peralta V; "Suicidio y riesgo de suicidio"; *ANALES Sis San Navarra*; 2002; 25(Supl.3); 87-96
- 3.- G-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M y Bobes J; "Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida"; *Ars Médica Castellanos Impresión SA de CV; Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Cuarta Edición; México D.F; 2006; 83-90
4. Gutiérrez-García A, Contreras M y Orozco-Rodríguez A; "El suicidio, conceptos actuales"; *Salud Mental*; 2006; 29(5); 66-74
5. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E and Raíz L; "Comorbilidad de los trastornos de los Ejes I y II en pacientes que efectuaron tentativas de suicidio"; *Am J Psychiatry (Ed Esp)*; Noviembre-Diciembre del 2003; 6(10); 597-603
6. Ibarra AC, Peñalosa I, Jiménez GA y Díaz CM; "Desesperanza y depresión en sujetos hospitalizados por intento suicida". *Psiquis (Mexico)*; 2000; 9(4); 79-83
7. Jiménez GA, Sentiés CH y Ortega SH; Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida"; *Salud Mental*; Marzo de 1997, Vol. 20(1): 36-4
8. López LS, López MF y López SF; "Frecuencia de ideación suicida y desesperanza en pacientes del Hospital Fray Bernardino Álvarez en su cuarta semana de hospitalización"; Secretaria de Salud y Universidad Nacional Autónoma de México SSA y UNAM, Tesis para obtener el grado de especialista en Psiquiatría; Marzo 2006; México D.F.
9. Mondragón L, Borges G y Gutierrez R; "La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos". *Salud Mental*; Diciembre del 2001; 24(6); 4-15
10. Mondragón L, Saltijeral MT, Bimbela A y Borges G; "La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol"; *Salud Mental*; 1998; 21(5); 20-27
11. Niméus A, Alsén M y Träskman-Bendz L; "La escala de evaluación del suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida". *Eur Psychiatry (Ed Esp)*; 2001; 8; 54-62
12. Pascual PP, Villena FA, Morena RS, Téllez LJ y López GC; "El paciente suicida"; *Guías Clínicas*; 2005, 5(38); 1-3.
13. Pérez B; "El suicidio, comportamiento y prevención"; *Rev Cubana Med Gen Integr*; 1999; 15(2); 196-217
14. Plutchik R, van Praga HM1, Conte HR and Picard S; "Correlatos of suicide and violence risk: The suicide risk measure"; *Comprehensive psychiatry*; 1989; 30(4); 296-302
15. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marin JJ y Santo-Domingo J; "Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española"; *Arc Neurobiol*; 1998; 61(2); 143-152
16. Shaffer D and Pfeffer CR; "Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida"; *Rev Psiquiatría Uruguay*; Octubre 2001; 65(2): 147-188
17. Vega-Piñero M, Blasco-Fontecilla H, Baca-García E y Díaz-Sastre C; "El suicidio. Salud Global"; *Salud Mental*; 2002; II(4); 2-15