

Running Head: CONDUCTAS SUICIDAS

Conductas suicidas: Estado de la ciencia y de la terapéutica

Carolina Hausmann-Stabile

Bryn Mawr College

Este capítulo describe el estado general del conocimiento acerca de las conductas suicidas y de los métodos que han demostrado efectividad en prevenir y tratar estas conductas. El capítulo incluye información acerca de la nosología de estas conductas, los métodos utilizados para medir estos comportamientos y los marcos conceptuales en esta área. Discutimos lo que se ha estudiado de las conductas suicidas en la población general y, cuando es posible, incorporamos perspectivas evolutivas y de género que son relevantes para comprender, prevenir y tratar estos comportamientos. Cuando está disponible incluimos además información relevante al contexto chileno. Igualmente, las secciones concluyen con una reflexión respecto de qué debe ser desarrollado teórica o empíricamente para poder avanzar esta área de investigación en Chile y Latino América.

Nosología de las Conductas Suicidas.

Existen más de cien definiciones de “suicidio” registradas en la literatura profesional (O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney, & Silverman, 1996). La necesidad de una nomenclatura precisa en suicidología ha sido motivo de múltiples publicaciones (ver, por ejemplo, O'Carroll et al, 1996; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007; y en Chile, Baader, Urrea, Millán & Yáñez, 2011). Sin embargo, aún no hay un acuerdo universal acerca de cómo definir, y por ende medir estos comportamientos.

En el contexto de esta monografía definimos a las conductas suicidas como el conjunto de pensamientos y comportamientos asociados con causar la propia muerte. Clasificamos dentro de este grupo a la ideación y planificación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio. La ideación y planificación suicida se refiere a pensar, considerar y planear la propia muerte por suicidio (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011). Por su parte los intentos de suicidio son aquellas acciones auto-infringidas no fatales que implícita o explícitamente intentan causar la

muerte (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunney, 2002). El suicidio se refiere a aquellas fatalidades causadas por acciones auto-dirigidas que provocan la muerte (CDC, 2011).

Hay otras dos dimensiones importantes que deben ser incluidas en el estudio de las conductas suicidas: letalidad e intencionalidad. La letalidad de una acción suicida se refiere a la capacidad de una acción de causar la muerte (Berman, Shepard, & Silverman, 2003). La intencionalidad suicida, por su parte, se refiere a la determinación de una acción y su asociación con la consecuencia lógica de poder causar la propia muerte. La intencionalidad suicida puede ser explícita o implícita, lo que dificulta su evaluación y diagnóstico. La letalidad de un acto suicida es independiente de la intención suicida. Por ejemplo, este es el caso de intentos de suicidio cuya letalidad es baja (por ejemplo, cortes superficiales en las muñecas) y que son acompañadas de verbalizaciones de intencionalidad suicida explícitas (deseo de morir a causa de la auto-mutilación).

Finalmente, las conductas suicidas se distinguen de los comportamientos para-suicidas, también llamados auto-mutilación, en que estos no están asociados con causar la propia muerte, sino con el manejo de intensas emociones negativas. La presentación clínica de comportamientos suicidas y para-suicidas suele ser similar, siendo lo que los distingue, la intencionalidad.

Limitaciones de la nomenclatura en suicidología. Hay varios problemas centrales relacionados a la falta de una nomenclatura universal en suicidología. Una primera dificultad resulta de la falta de un acuerdo universal en las definiciones utilizadas por los investigadores, clínicos y epidemiólogos estudiando conductas suicidas. Esto conlleva problemas prácticos, ya que -por ejemplo- dificulta la comparación entre estudios epidemiológicos, el diagnóstico de pacientes que presentan este tipo de conductas y la evaluación de la efectividad de intervenciones de prevención y tratamiento de estos comportamientos.

Un segundo obstáculo para avanzar en esta área de investigación e intervención, está relacionado con las dificultades para diagnosticar conductas suicidas que emergen en contextos clínicos. Por ejemplo, los pacientes no siempre se sienten en confianza de voluntariamente describir sus pensamientos o acciones suicidas. Los clínicos, por su parte, requieren entrenamiento extensivo y tiempo con los pacientes para poder evaluar adecuadamente una conducta suicida. En contextos sociales donde las conductas suicidas están estigmatizadas por razones religiosas o culturales, es aún más difícil identificar estos comportamientos.

Otra área problemática de evaluación y diagnóstico asociado a una nomenclatura precisa en suicidología tiene que ver con aquellas acciones suicidas indirectas en las cuales un individuo se expone a riesgos contra su vida o incita acciones en terceros que pueden resultar en la propia muerte, pero que no son necesariamente acompañadas de intencionalidad suicida explícita. Este es, por ejemplo, el caso de los “suicidios por policía” (Hutson, Anglin, Yarbrough, Hardaway, Russell, Strote,... & Blum, 1998), en los que individuos realizan acciones en las que “fuerzan” un enfrentamiento armado con la policía que resulta en su propia muerte.

Finalmente, es importante aclarar que estas definiciones no consideran elementos evolutivos ni de género, ni tienen en cuenta variaciones en los factores socioculturales que proveen modos de expresión del sufrimiento humano. Más crítico aun, y teniendo en cuenta la complejidad de la conducta humana, estas definiciones no incluyen ninguna consideración a los factores etiológicos de los mismos. Por ello, por ejemplo, es difícil distinguir cuándo diferenciar la ideación suicida que emerge y es más prevalente durante la adolescencia temprana, que representa un motivo de preocupación clínica, o que es más bien parte del proceso evolutivo normativo de ciertos jóvenes.

Epidemiología de las Conductas Suicidas.

Cualquier reporte de la epidemiología de las conductas suicidas debería comenzar con esta idea: Los suicidios son eventos estadísticamente muy raros. Este no es el caso de la ideación, planificación e intentos suicidas, ya que estos ocurren con bastante frecuencia. La prevalencia de las conductas suicidas varía considerablemente de acuerdo a la edad, el sexo, la clase social, la zona de residencia y el estado de salud. En líneas generales, las conductas suicidas no-letales tienen su incidencia más alta en la adolescencia, después de la cual declinan significativamente. Las mujeres reportan mayores niveles de ideación, planificación e intentos suicidas que los hombres, sin embargo los hombres mueren por suicidio con más frecuencia que las mujeres. Los comportamientos suicidas son más prevalentes entre las personas de recursos bajos y medios, más comunes en zonas rurales que en urbanas, y más frecuentes en personas con enfermedades mentales crónicas, tales como el alcoholismo o la esquizofrenia.

En el mundo cada año aproximadamente 800.000 personas mueren a causa del suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). El 78% de las muertes por suicidio en el mundo se producen en países de medio y bajos ingresos (OMS, 2018). La Organización Panamericana de Salud (Pan American Health Organization [OPS], 2014) describe que-en promedio- 10.3 personas por cada 100.000 mueren por suicidio en Latino América. De acuerdo a la OPS, los países con más altos índices de suicidio en la región son Uruguay (26/100,000), Cuba (19/100.000) y Chile (18/100.000).

En un análisis de los datos de mortalidad recolectados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, Bustamante y sus colegas (2016) describen una prevalencia de suicidio en el periodo 2001-2010 de 14.7 suicidios por cada

100.000 habitantes, y reportaron importantes diferencias por género, con 5.52 muertes por suicidio en mujeres comparado a 24.54 suicidios en hombres cada 100.000 chilenos.

Se considera que los comportamientos suicidas están en aumento a nivel global, especialmente en los jóvenes y en las mujeres, dos grupos que históricamente reportaban bajos índices de muertes por suicidio. Por ejemplo en Chile, los suicidios en mujeres subieron casi un tercio entre el 2001 y el 2010, de 3.85 a 5.52/100.000, con un pico de 6.25 suicidios en mujeres por 100.000 habitantes en el año 2008 (Bustamante et al, 2016).

Problemáticas con los estudios de prevalencia en suicidología. A pesar de que existen muchos estudios focalizados en la epidemiología de las conductas suicidas, hay ciertos problemas que no han sido resueltos en esta área de investigación. Por ejemplo, no está claro si el aumento en la incidencia de conductas suicidas reportados en estos estudios captura un aumento real en la prevalencia de las conductas, o un cambio en las actitudes acerca de reportar estos comportamientos. Por otro lado, la mayoría de los estudios epidemiológicos en suicidología se han focalizado en estudiar correlaciones asociadas a la prevalencia de conductas suicidas (ver, por ejemplo, Dearden, De La Cruz, Crookston, Novilla & Clark, 2005). A pesar de la disponibilidad de mucha información acerca de patrones de correlación en suicidología, no se ha logrado reducir la incidencia de conductas suicidas en la población general o clínica. Se necesita una nueva generación de estudios epidemiológicos en suicidología que examinen los efectos sistemáticos de factores de riesgo y protección, y que identifiquen variables sobre las cuales se pueda intervenir para reducir este fenómeno.

Medición de las conductas suicidas.

La medición de las conductas suicidas varía de acuerdo al tipo de comportamiento (no letal vs letal) y al contexto (clínico vs. no clínico) en el que se lleva a cabo el diagnóstico de las mismas. Existen muchos instrumentos de medición de conductas suicidas. En la práctica clínica general, el instrumento estandarizado más comúnmente usado es el Patient Health Questionnaire (PHQ-9, Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), un cuestionario desarrollado para evaluar depresión y que incluye una pregunta acerca de ideación suicida (¿“en las últimas dos semanas, ha sido afectado por pensamientos acerca de que ud. estaría mejor si estuviera muerto o por deseos de lastimarse”?). Otro instrumento muy utilizado en la práctica clínica general es el Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, Posner, Brent, Lucas, Gould, Stanley, Brown,... & Mann, 2008). El C-SSRS permite recoger datos acerca de intentos de suicidio y otras conductas suicidas (ideación, planificación).

La letalidad de las conductas suicidas se puede medir con el Lethality of Suicide Attempt Rating Scale (LSARS, Smith, Conroy& Ehler, 1984), que permite describir el riesgo de muerte asociado a una conducta suicida. Esta escala se puede complementar con la LSARS –Updated (LSARS-II, Berman, Shepherd & Silverman, 2003), que ofrece una lista de dosis letales de medicinas y químicos basados en el peso de la persona.

En Chile, la mayoría de los estudios epidemiológicos de conductas suicidas han utilizado instrumentos estandarizados reconocidos internacionalmente. Por ejemplo, Silva y colegas (2013) utilizaron el Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Robins, Wing, Wittchen, Helzer, Babor, Burke, ... & Sartorius, 1988), un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para ser utilizado en estudios comparativos internacionales. En estudios con poblaciones

adolescentes, Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova & Melipillán (2015) reportan la alta validez del cuestionario de suicidalidad de Okasha (Okasha, Lotaif, & Sadek, 1981).

Estudios de prevalencia de conductas no-letales en la población general. La mayoría de los estudios de prevalencia en suicidología se han focalizado en la ideación e intentos suicidas y los suicidios (ver, por ejemplo, Kessler, Borges, & Walters, 1999). La práctica internacional de evaluación de ideación, planificación o intentos de suicidio, apunta a evaluar a los individuos acerca de la presencia (sí/no) o la frecuencia (nunca, a veces, frecuentemente, mucho) de estos comportamientos durante periodos determinados (en las últimas dos semanas, en los últimos 12 meses). Este es el modelo utilizado por el Youth Risk Behavior Surveillance Survey empleado por el Center for Disease Control (CDC, 2016) o la Pan American Health Organization (2014).

Estudios de prevalencia en la población clínica. Los métodos de identificación de la presencia de conductas suicidas en pacientes recibiendo servicios de medicina general (por ejemplo, pediatría o ginecología) o de salud mental (psiquiatría, psicología) depende de la edad y nivel de funcionalidad de los pacientes. En general, las prácticas clínicas no estandarizadas de evaluación de conductas suicidas dependen de la autodescripción por parte de los pacientes, incluyendo información acerca de la letalidad y la intencionalidad, historia de estos comportamientos, incidencia, etc. En servicios para niños y adolescentes, se recomienda también recoger información de terceras personas, incluyendo padres y maestros.

Estudios de prevalencia de suicidios completados. El diagnóstico de una muerte por “suicidio” requiere una evaluación forense que incluya componentes clínicos si estos están disponibles (por ejemplo, historial de enfermedad psiquiátrica) y forenses. El estigma y las consecuencias asociadas a muertes por suicidio, inciden en los problemas de identificación de este tipo de muertes (ver, por ejemplo, Klugman, Condran, & Wray, 2013).

Problemas con los instrumentos de medición de conductas suicidas. Parte del problema de medir las conductas suicidas es que a pesar de que la intencionalidad suicida son aspectos centrales para comprender y diagnosticar estos comportamientos, la dificultad en medir estos conceptos los ha excluido de la mayoría de los instrumentos que miden conductas suicidas. Por otro lado, el auto-reporte de conductas suicidas está afectado por factores individuales (por ejemplo, el pudor puede llevar a ocultar o negar conductas suicidas) o sociales (por ejemplo, el estigma asociado con conductas sociales en ciertos contextos puede resultar en que en ciertos grupos, estos comportamientos estén sub-reportados). Uno de los problemas más importantes de la medición de conductas suicidas en contextos clínicos, está dada por la simplicidad de las escalas empleadas, que resultan en muchos casos reportes de falsos positivos.

Métodos suicidas.

Los métodos suicidas varían mucho de acuerdo a los contextos sociales y económicos. Es importante destacar que parte de la explicación por la disparidad en las muertes por suicidio reportada en hombres y en mujeres, se debe en gran parte a que los hombres elijen en sus acciones suicidas métodos de mayor letalidad. Los métodos más comunes de causar la muerte por suicidio varían por región, y son las armas de fuego, el envenenamiento con pesticidas y el ahorcamiento (Ajdacic-Gross, Weiss, Ring, Hepp, Bopp, Gutzwiller & Rössler, 2008).

Marcos conceptuales para comprender las conductas suicidas.

El estudio de las conductas suicidas emergió paralelo a la sociología con la publicación de “Suicidio” de E. Durkheim en 1897. La Teoría Psicológica Interpersonal del Comportamiento Suicida (TPI, Joiner, 2005; Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2010) es considerada el

marco conceptual dominante actual para explicar los comportamientos suicidas. Por su parte una teoría dominante en estudios de conductas suicidas con adolescentes de las minorías, es el Modelo Ecológico-Evolutivo de Conductas Suicidas en adolescentes Latinas (MEECS, Zayas, Lester, Cabassa & Fortuna, 2005); mientras que el modelo prevalente para explicar las conductas suicidas en salud pública, es el modelo de factores de riesgo y protección (ver, por ejemplo, Valdivida y otros, 2015).

Teoría Psicológica Interpersonal del Comportamiento Suicida. La TPI está anclada teóricamente en teorías cognitivas conductuales. Esta teoría sugiere que las conductas suicidas emergen en la intersección del deseo de morir y la capacidad de llevar a cabo ese deseo por parte de un individuo (Joiner, Van Orden, Witte, Selby, Ribeiro, Lewis, & Rudd, 2009; Joiner, 2005). Esta teoría sugiere que hay dos estados psicológicos que contribuyen al deseo de morir: “percibir que uno es una carga” y “frustración de la necesidad de pertenecer.” La percepción de que uno es una carga se origina en sentimientos de ser incapaz o ineficiente. Estos estados resultan en pensamientos negativos acerca de la capacidad individual (Van Orden, Lynam, Hollar, & Joiner, 2006). A medida que pasa el tiempo, estos individuos se perciben a sí mismo como tan incapaces que: (1) se ven como una carga para los demás; y (2) piensan que el mundo estaría mejor si ellos murieran (Van Orden et al., 2006; Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012). En este estado, los individuos comienzan a experimentar un deseo de morir. La frustración de la necesidad de pertenecer, se refiere a la percepción de que una persona está aislada socialmente o no pertenece a ningún grupo social. La necesidad de pertenecer expresa una necesidad psicológica humana básica de sentir un vínculo de pertenencia, siendo este sentimiento esencial para el bienestar (Baumeister & Leary, 1995). Cuando esta necesidad no se satisface, la persona experimenta un profundo dolor

emocional que puede originar o incrementar el deseo de morir (Van Orden et al., 2012; Whitlock Wyman, & Moore, 2014).

Para que se den conductas suicidas, la TPI propone que además del deseo de morir, un individuo debe haber adquirido la capacidad de intentar suicidarse. Esta teoría sugiere que el miedo a morir se reduce en individuos que han sido repetidamente expuestos a eventos físicos o emocionalmente dolorosos (Joiner et al., 2009). De acuerdo a lo postulado por Joiner, la capacidad adquirida de suicidarse se desarrolla “cuando la auto-mutilación u otras experiencias peligrosas se convierten en cosas cotidianas, y por ello pierden la capacidad de generar temor a morir” (2005, p. 48).

Limitaciones en la Teoría Psicológica Interpersonal. El principal problema con TPI es que la teoría se focaliza exclusivamente en variables individuales que tienen poca aplicación en intervenciones de prevención en salud pública. Además, y a pesar de que existen varios estudios que apoyan la validez de la teoría para explicar las conductas suicidas (Chu et al., 2017), la mayoría de estas investigaciones se han realizado con muestras clínicas o comunitarias de participantes adultos (Van Orden et al, 2012) y con individuos que se auto-identifican como “blancos” (Stewart, Eaddy, Horton, Hughes, & Kennard, 2017). La teoría carece de consideraciones evolutivas y socioculturales que permitan aplicarla con poblaciones pediátricas y en contextos socioculturalmente distintos de los de Estados Unidos y Canadá.

Modelo Ecológico-Evolutivo de Conductas Suicidas. Este marco conceptual fue desarrollado por Zayas y sus colegas (2005) para explicar las conductas suicidas de adolescentes Latinas en los Estados Unidos. Este modelo avanza de las perspectivas ecológico-evolutivas postuladas por Vygotsky's (1978) y Bronfenbrenner's (1986), declarando que la razón de las conductas suicidas de adolescentes Latinas se encuentran en factores culturales (por ejemplo, de

género, Nolle, Gulbas, Kuhlberg & Zayas, 2012), dinámicas familiares (por ejemplo, conflicto intergeneracional, Gulbas, Zayas, Nolle, Hausmann-Stabile, Kuhlberg, Baumann & Peña, 2011), y evolutivas (por ejemplo, aumento en la autonomía de la adolescente, Zayas, Gulbas, Fedoravicius & Cabassa, 2010).

Limitaciones del Modelo Ecológico-Evolutivo de Conductas Suicidas. A pesar que este modelo conceptual pone atención en individuales (por ejemplo, en el desarrollo evolutivo), relacionales (por ejemplo, en el vínculo entre padres y adolescentes), y socioculturales (por ejemplo, en procesos de aculturación), carece de especificidad práctica a la hora de distinguir por qué ciertas adolescentes creciendo en los mismos contextos de disfuncionalidad familiar y conflicto cultural intentan suicidarse y otras no. Más específicamente, esta teoría ayuda a comprender cómo las conductas suicidas pueden emerger paralelamente a procesos evolutivos normativos, pero carece de la capacidad de predecir estos comportamientos.

Enfoque de Factores de Riesgo y Protección. El modelo dominante en estudios de suicidología en salud pública y psiquiatría es el estudio de los factores de riesgo y protección para conductas suicidas. Este modelo está anclado en las ideologías que describen la responsabilidad de la salud pública y la medicina de proveer información acerca de las conductas que deben ser evitadas por los individuos para proteger su salud (ver Markowitz & Rosner, 2014). En líneas prácticas, la mayoría de los estudios de factores de riesgo y protección en suicidología utilizan muestras comunitarias o clínicas y describen estudios de prevalencia, asociación (correlación y regresión) de variables a nivel individual (por ejemplo, fumar, depresión, raza).

Limitaciones de los modelos de riesgo y protección. Aunque la gran mayoría de los estudios en suicidología se basan en modelos de identificación de factores de riesgo y protección, no siempre hay una clara teoría que describa por qué es importante comprender la asociación entre

ciertas variables (por ejemplo, fumar) y conductas suicidas (por un ejemplo, ver Dearden y otros, 2005). Más preocupante aun es que la heterogeneidad de variables de riesgo y de conductas suicidas resaltadas en estos estudios, no se ha traducido en políticas de prevención efectivas. Por otro lado, los estudios de asociación no ofrecen explicaciones causales, un área en suicidología que está aún muy pobremente desarrollada y por ello, no ofrece aplicación clínica concreta.

Etiología de las conductas suicidas.

No existe un modelo específico de causalidad etiológica de las conductas suicidas. En líneas generales, se considera que los comportamientos suicidas resultan de múltiples causalidades que la literatura organiza dentro de dos categorías principales: estresores inmediatos (por ejemplo, divorcio, depresión) y predisposición (por ejemplo, historia familiar de suicidios) (Mann, 2002). Sin embargo, Mann (2002) no considera factores socioculturales que explican las variaciones de los índices poblacionales de conductas suicidas descritos en los estudios epidemiológicos.

Las conductas suicidas son elementos sintomáticos presentes en varias categorías diagnósticas en psiquiatría (por ejemplo, personalidad borderline), pero éstas no emergen exclusivamente en individuos que presenta psicopatología. Por ejemplo, está reconocido que las conductas suicidas y muertes por suicidio se incrementan en momentos de inestabilidad política y social (ver, por ejemplo, Chang, Stuckler, Yip, & Gunnell, 2013).

En la mayoría de los textos de psiquiatría, no se habla de “causas” de las conductas suicidas sino de factores de riesgo asociados a estos comportamientos. Dentro de los factores de riesgo de conductas suicidas más reconocidos y apoyados empíricamente están: los trastornos depresivos, los trastornos de abuso de sustancias (alcohol y drogas), historia familiar de conductas suicidas, historia de abuso o de victimización, aislamiento social y un diagnóstico de enfermedad terminal.

Sin embargo, dado que estas variables son de alta prevalencia y que las muertes por suicidio son eventos raros, es crítico comprender en qué casos y bajo qué circunstancias aumenta el riesgo suicida.

Es importante destacar que las conductas suicidas emergen en el contexto de procesos complejos y dinámicos que son poco comprendidos. En suicidología, los próximos desafíos de conocimiento incluyen el poder desarrollar estudios que permitan comprender esos procesos dinámicos que resultan en conductas suicidas, con modelos teóricos que presten especial atención a entender cómo los factores de riesgo y protección interactúan. Es importante también que estos modelos etiológicos incluyan perspectivas de género y evolutivas sensible a factores socioculturales. Un ejemplo de estos nuevos modos de estudiar las conductas suicidas en Chile lo representa el trabajo de Barros y colegas (2017), quienes desarrollaron un modelo predictivo de riesgo suicida utilizando técnicas de “data mining” de pacientes con problemas depresivos.

Intervenciones Preventivas y de Tratamiento de Conductas Suicidas.

Prevención. Existen varios estudios de revisión sistemática de intervenciones de prevención de conductas suicidas publicados en los últimos 20 años. El estudio más importante en esta área fue publicado por Mann y colegas (2005), quienes encontraron que entrenar a médicos para detectar depresión y riesgos suicidas, y limitar el acceso a métodos de suicidio (armas) son los métodos más efectivos de prevención de suicidios. A pesar que existe mucho interés en desarrollar campañas de salud pública basadas en educación y en incrementar la conversación pública acerca del suicidio, estos autores encontraron que no hay suficiente evidencia de que estos esfuerzos reduzcan las conductas suicidas.

En un estudio más reciente publicado en *The Lancet* por Zalstman y colegas (2016), los investigadores revisaron 1.797 estudios analizando diferentes modelos de prevención de conductas suicidas, incluyendo limitar el acceso a métodos letales, programas escolares de aumento de la conciencia, intervenciones psicofarmacológicas, diagnóstico en centros primarios de salud y otros. Los autores concluyeron que no hay ninguna estrategia de prevención que pueda ser identificada como superior a las otras, y sugirieron avanzar en esta área de investigación con estudios que comparen la efectividad de las intervenciones basadas en evidencia implementadas a nivel individual, en conjunto con políticas de salud pública.

Tratamiento. La heterogeneidad en la etiología de las conductas suicidas y de las poblaciones que reportan estos comportamientos, requiere intervenciones de tratamiento complejas y diversas. La lista más completa de intervenciones terapéuticas basadas en evidencia para tratar las conductas suicidas se encuentra en el “National Registry of Evidence-based Programs and Practices” (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2018). En esta base de datos se pueden identificar intervenciones basadas en la evidencia y que han sido desarrolladas y testeadas en poblaciones específicas, por ejemplo adolescentes.

Literatura Citada

- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M. G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 726-732.
- Baader, M. T., Urra, P. E., Millán, A. R., & Yáñez, M. L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22(3), 303-309.
- Barros, J., Morales, S., Echávarri, O., García, A., Ortega, J., Asahi, T., ... & Núñez, C. (2017). Suicide detection in Chile: proposing a predictive model for suicide risk in a clinical sample of patients with mood disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(1), 1-11.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497-529.
- Berman, A. L., Shepherd, G., & Silverman, M. M. (2003). The LSARS-II: Lethality of Suicide Attempt Rating Scale – updated. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 261-276.
- Bronfenbrenner, U. (1986) Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742.
- Bustamante, F., Ramirez, V., Urquidi, C., Bustos, V., Yaseen, Z., & Galynker, I. (2016). Trends and most frequent methods of suicide in Chile between 2001 and 2010. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(1), 21-30.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. National Center for Injury Prevention and Control. Available at <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed-Violence-a.pdf>

- Centers for Disease Control and Prevention (2016). *Surveillance summaries: Youth risk behavior surveillance— United States, 2015*. Morbidity and Mortality Weekly Report, 65(6), 1-174.
- Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *British Medical Journal*, 347, f5239.
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., ... & Michaels, M. S. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*. doi:10.1037/bul0000123
- Dearden, K. A., De La Cruz, N. G., Crookston, B. T., Novilla, M. L. B., & Clark, M. (2005). Adolescents at risk: Depression, low academic performance, violence, and alcohol increase Bolivian teenagers' risk of attempted suicide. *International Electronic Journal of Health Education*, 8, 104-119.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC: National Academic Press.
- Gulbas, L., Zayas, L., Nolle, A., Hausmann-Stabile, C., Kuhlberg, J., Baumann, A., & Peña, J. (2011). Family relationships and Latina teen suicide attempts: Reciprocity, asymmetry, and detachment. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 92(3), 317-323.
- Hutson, H. R., Anglin, D., Yarbrough, J., Hardaway, K., Russell, M., Strote, J., ... & Blum, B. (1998). Suicide by cop. *Annals of Emergency Medicine*, 32(6), 665-669.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Joiner, T., Van Orden, K., Witte, T., Selby, E., Ribeiro, J., Lewis, R., & Rudd, M. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 634–646.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry, 56*(7), 617-626.
- Klugman, J., Condran, G., & Wray, M. (2013). The role of medicolegal systems in producing geographic variation in suicide rates. *Social Science Quarterly, 94*(2), 462-489.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The phq-9. *Journal of general internal medicine, 16*(9), 606-613. Disponible en http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/PHQ-9_Engli...
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of internal medicine, 136*(4), 302-311.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama, 294*(16), 2064-2074.
- Markowitz, G., & Rosner, D. (2014). *Lead Wars: The politics of science and the fate of America's children* (Vol. 24). Univ of California Press.
- Nolle, A. P., Gulbas, L., Kuhlberg, J. A., & Zayas, L. H. (2012). Sacrifice for the sake of the family: expressions of familism by Latina teens in the context of suicide. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(3), 319.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(3), 237-252.

- Organización Mundial de la Salud (2018). Suicide. Disponible en <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Okasha, A., Lotaif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *63*(5), 409-415.
- Pan American Health Organization (2014). Suicide Mortality in the Americas. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31603&lang=en
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., ... & Mann, J. (2008). Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). *New York, NY: Columbia University Medical Center*.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., ... & Sartorius, N. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of general psychiatry*, *45*(12), 1069-1077.
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile*, *141*(10), 1275-1282.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(3), 248-263.
- Smith, K., Conroy, R., & Ehler, B. (1984). Lethality of Suicide Attempt Rating Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *14*, 215-242.

- Stewart, S. M., Eaddy, M., Horton, S. E., Hughes, J., & Kennard, B. (2017). The validity of the interpersonal theory of suicide in adolescence: A review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 46*(3), 437-449.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2018). National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Accesible en <https://nrepp.samhsa.gov/AdvancedSearch.aspx>
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista médica de Chile, 143*(3), 320-328.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment, 24*(1), 197.
- Van Orden, K. A., Lynam, M. E., Hollar, D., & Joiner, T. E. (2006). Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 30*(4), 457-467.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*, 575–600.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Whitlock, J., Wyman, P. A., & Moore, S. R. (2014). Connectedness and suicide prevention in adolescents: pathways and implications. *Suicide and life-threatening behavior, 44*(3), 246-272.

- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.
- Zayas, L., Gulbas, L. E., Fedoravicius, N., & Cabassa, L. J. (2010). Patterns of distress, precipitating events, and reflections on suicide attempts by young Latinas. *Social Science & Medicine*, 70(11), 1773-1779.
- Zayas, L. H., Lester, R. J., Cabassa, L. J., & Fortuna, L. R. (2005). Why do so many Latina teens attempt suicide? A conceptual model for research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 275-287.