



ISSN: 1697-090X

[Inicio Home](#)[Indice del volumen](#)
[Volume index](#)[Comité Editorial](#)
[Editorial Board](#)[Comité Científico](#)
[Scientific Committee](#)[Normas para los autores](#)
[Instruction to Authors](#)[Derechos de autor](#)
[Copyright](#)[Contacto/Contact:](#)

Letters to the Editor / Cartas al Editor

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO POR EL MEDICO GENERAL. PRINCIPIOS PARA SU CAPACITACIÓN

Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero

Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría.
Asesor Temporal de OPS/OMS para la Prevención del Suicidio en Las Américas.
serper.grm@infomed.sld.cu

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2005;3:47-52

Sr. Editor:

Al medico general asiste un gran numero de pacientes con diversas condiciones mórbidas y es una evidencia que la mayoría de sujetos deprimidos o con riesgo de cometer suicidio han acudido a los médicos de atención primaria buscando alivio a estas dolencias. Se considera que de 2000 pacientes asistidos por los médicos generales al menos uno de ellos comete suicidio en los dos primeros años, diez intentan suicidarse cada año y al menos cincuenta tienen ideas de suicidio.¹

Para realizar una adecuada prevención del suicidio es impostergable la capacitación del medico de atención primaria, o medico de familia o medico general según se le denomine en los distintos países, porque de su trabajo en la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y remisión del riesgo de suicidio dependerá la reducción sustancial de esta causa de muerte evitable. En la prevención del suicidio, hay que tener en cuenta los mitos relacionados y los conocimientos erróneos sobre el tema, se entorpece la prevención del suicidio. La tabla 1 expresa algunos de estos mitos, y los criterios equivocados que producen ²:

Tabla 1

Mito	Criterio equivocado	Criterio científico
1.- El que se quiere matar no lo dice.	Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
2.- El que lo dice no lo hace.	Conduce a minimizar las amenazas suicidas las que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.	Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
3.- El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.	Limita las acciones preventivas pues si ocurre de esta manera es imposible pronosticarlo y por tanto prevenirlo. Invita a la inercia terapéutica.	Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.
4.- Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.	Infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
5.- Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer	Pretende desconocer las manifestaciones prodromáticas del suicidio.	Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
6.-El suicida desea morir	Pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y por tanto tarde o temprano lo llevara a cabo.	
7.- El que intenta el suicidio es un cobarde	Pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad.	Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren.
8.- El que intenta el suicidio es un valiente	Pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad lo cual entorpece su prevención pues lo justifica haciéndolo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer como es el valor.	Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que usted se quita la vida o se la respeta.

Una vez que se le han enseñado a los médicos generales los criterios científicos relacionados con los mitos mas comunes hay que asumir otra tarea en la capacitación y esta relacionada con las personas a las que debe considerar como posibles riesgo de suicidio. En la literatura

especializada y en la generalidad de las investigaciones sobre el tema, se utilizan los llamados factores de riesgo, que tienen las siguientes características generales:

Ante todo son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno. Además de individuales son generacionales, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. Por otra parte son genéricos, ya que la mujer tendrá factores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre. Por último, están condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras.^{3, 4}

Debido a estas propias características de los factores de riesgo suicida (individuales, generacionales, genéricos y condicionados culturalmente), aquellos profesionales que no tengan experiencia suficiente en su detección y evaluación tendrán mayores dificultades que si trabajaran con los grupos de riesgo suicida.

Los grupos de riesgo de suicidio son aquellos conjuntos de personas que por sus características particulares tienen mayores posibilidades de cometer un acto suicida que los que no están incluidos en ellos. Por otra parte, el concepto de grupo de riesgo de suicidio tiene varias ventajas como las que a continuación se relacionan: Su número es limitado, lo cual facilita el diagnóstico. Incluyen las múltiples posibilidades por las cuales una persona puede realizar un acto suicida.

Los grupos de riesgo de suicidio son los siguientes:

I.- Los deprimidos: Es conocido que los enfermos mentales son el grupo poblacional que con mayor frecuencia comete suicidio y entre ellos los deprimidos, siendo la depresión una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima.

Sus síntomas más frecuentes son la tristeza, pocos deseos de hacer las cosas, la falta de voluntad, los deseos de morir, las quejas somáticas diversas, la ideación suicida, los actos de suicidios y los trastornos del sueño, el apetito y el descuido de los hábitos de aseo.

Algunas particularidades de los cuadros depresivos en los adolescentes son las siguientes:

1. Se manifiestan con más frecuencia irritable que tristes.
2. Las fluctuaciones del afecto y la labilidad son más frecuentes que en el adulto, quien tiene mayor uniformidad en sus expresiones anímicas.
3. Los adolescentes tienen la tendencia a presentar más frecuentemente exceso de sueño o hipersomnia que insomnio.
4. Tienen mayores posibilidades de manifestar quejas físicas al sentirse deprimidos.
5. Muestran episodios de violencia y conductas disociales como manifestación de dicho trastorno anímico con más frecuencia que en el adulto.
6. Pueden asumir conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, conducir vehículos a altas velocidades, sobrios o en estado de embriaguez.

Es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares.

En los ancianos, la depresión se manifiesta con algunas particularidades:

1. Depresión que se presenta como si fuera un proceso de envejecimiento normal: En este caso el anciano muestra disminución del interés por las cosas que habitualmente lo despertaban, de la vitalidad, de la voluntad; tendencia a revivir el pasado, pérdida de peso, trastornos del sueño, algunas quejas por falta de memoria, tiende al aislamiento y permanece la mayor parte del tiempo en su habitación. (Para muchos este cuadro es propio de la vejez y no una depresión tratable.)
2. Depresión que se presenta como envejecimiento anormal: en el anciano aparecen diversos grados de desorientación en lugar, en tiempo y con respecto a sí mismo y a los demás: confunde a las personas conocidas, es incapaz de reconocer lugares; aparece deterioro de sus habilidades y costumbres, relajación esfinteriana, esto es, se orina y defeca sin control alguno, trastornos de la marcha que hacen pensar en una enfermedad cerebrovascular, trastornos de conducta como negarse a ingerir alimentos, etc. (Para muchos este cuadro es propio de una demencia con carácter irreversible y no una depresión tratable.)
3. Depresión que se presenta como una enfermedad física, somática u orgánica: El anciano se queja de múltiples síntomas físicos, como dolores de espalda, en las piernas, en el pecho, cefaleas. Puede quejarse también de molestias digestivas como digestión lenta, acidez, plenitud estomacal sin haber ingerido alimentos que lo justifiquen; tiende a tomar laxantes, antiácidos y otros medicamentos para sus molestias gastrointestinales; refiere pérdida de la sensación del gusto, falta de apetito y disminución del peso, problemas cardiovasculares como palpitaciones, opresión, falta de aire, etcétera. (Para muchos este cuadro es propio de alguna enfermedad del cuerpo y no una depresión tratable.)
4. Depresión que se presenta como una enfermedad mental no depresiva: El anciano se queja de que lo persiguen, que lo vigilan, que le quieren matar, que todas las personas hablan de él, y al preguntarle por que sucede todo eso responde que lo merece por ser "el peor ser humano que hay en el mundo", "el mayor de todos los pecadores" y otras expresiones similares que tienen un trasfondo depresivo.
5. Depresión que se presenta como enfermedad mental depresiva. Esta son algunas de sus características:
 - Ánimo deprimido la mayor parte del día durante todos los días.
 - Marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias.
 - Insomnio o hipersomnia diarias.
 - Agitación psíquica y motora o retardo psicomotor.
 - Fatiga o pérdida de energía diariamente.
 - Sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa.
 - Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.

Estos síntomas no deben ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias.

Como se evidencia, no es conveniente atribuir cualquier síntoma del anciano a su vejez, a los achaques de la misma, a una demencia o a una enfermedad física, pues puede ser la manifestación de una depresión tratable y, por tanto, puede recuperar su vitalidad y el resto de las

funciones comprometidas. Si no se diagnostica adecuadamente, se puede hacer crónica y en el peor de los casos, terminar su vida con el suicidio.

II.- Los que han intentado el suicidio: Según algunos estudios entre 1% a 2% de los que intentan el suicidio se suicidan durante el primer año de haber realizado dicha tentativa de autoeliminación y entre el 10% a 20% durante el resto de sus vidas por lo que se justifica su inclusión en este grupo.

III.- Los que tienen ideas suicidas o amenazan con suicidarse: Tener ideas suicidas no necesariamente conlleva riesgo de cometer un suicidio, pues en múltiples investigaciones se ha encontrado un grupo de individuos que durante sus vidas han tenido este tipo de pensamientos y jamás han realizado una autoagresión. Sin embargo, cuando la idea suicida se presenta como un síntoma de una enfermedad mental con una elevada tendencia suicida, con una frecuencia creciente, una detallada planificación y en circunstancias que facilitan que se lleve a cabo, el riesgo de cometer suicidio es muy elevado.

IV.- Los sobrevivientes: aquellas personas muy vinculadas afectivamente a una persona que fallece por suicidio, entre los que se incluyen los familiares, amigos, compañeros e incluso el médico, psiquiatra u otro terapeuta que la asistía.

El duelo por un suicida presenta determinadas características que lo diferencia del resto de los duelos. Es imposible presentar un cuadro clínico típico del sobreviviente de un suicidio, pero son comunes los intensos sentimientos de pérdida, acompañados de pena y tristeza, rabia por hacerle responsable, en cierta medida, de lo sucedido, sentimientos de distanciamiento, ansiedad, culpabilidad, estigmatización, etc. Puede manifestarse el horror por el posible arrepentimiento tardío, cuando ya las fuerzas flaquearon lo suficiente para evitar la muerte y no poder evitarla deseándolo en esos últimos instantes.

El miedo es una emoción presente en la casi totalidad de los familiares del suicida y está referido a sí mismo, a su posible vulnerabilidad de cometer suicidio o a padecer una enfermedad mental que lo conlleve. Este temor se extiende a los más jóvenes, a los que pueden comenzar a sobreprotegerse con la esperanza de evitar que ellos también cometan un acto suicida.

La culpabilidad es otra manifestación frecuente en los familiares del suicida y se explica por la imposibilidad de evitar la muerte del ser querido, por no haber detectado oportunamente las señales que presagiaban lo que ocurriría, por no atender las llamadas de atención del sujeto, las que habitualmente consisten en amenazas, gestos o intentos suicidas previos, así como no haber logrado la confianza del sujeto para que les manifestara sus ideas suicidas. Otras veces la culpabilidad la ocasiona el no haber tomado una medida a tiempo, a pesar de reconocer las manifestaciones de un deterioro de la salud mental que podían terminar en un acto de suicidio. Cuando la culpabilidad es insoportable, el familiar también puede realizar un acto suicida para expiar dicha culpa.⁵⁻⁹

VI.- Los sujetos vulnerables en situación de crisis: este grupo está conformado principalmente por los enfermos mentales no deprimidos, entre los cuales se encuentran los esquizofrénicos, los alcohólicos y otros drogodependientes, los trastornos de ansiedad y de la personalidad, los que padecen trastornos del impulso, así como los síndromes orgánicos cerebrales, por sólo citar algunos.

Se incluyen además aquellos individuos que padecen enfermedades físicas terminales, malignas, dolorosas, incapacitantes o discapacitantes que comprometen sustancialmente la calidad de vida. Entre ellas cabe mencionar las endocrinopatías, las enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, la corea de Huntington, la enfermedad de Addison, la enfermedad de Cushing, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo, la diabetes mellitas, la sífilis terciaria, el carcinoma de cabeza de páncreas y otros cánceres principalmente en el primer año de su diagnóstico, la anemia perniciosa, las enfermedades del colágeno, entre otras.

Son vulnerables también determinados grupos de individuos como las minorías étnicas, los inmigrantes que no logran adaptarse al país receptor, los desplazados, torturados, víctimas de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones.

Los grupos de riesgo de suicidio incrementan el riesgo en estas situaciones:

A.- En la infancia:

- Violencia familiar
- Ruptura familiar
- Muerte de ser querido que brindara apoyo emocional
- Convivir con un enfermo mental como único pariente

B.- En la adolescencia:

- Amores contrariados y desengaños amorosos
- Malas relaciones con figuras significativas (padre, madre o maestros)
- Excesivas expectativas de los progenitores que sobrepasan las capacidades del adolescente
- Embarazo no deseado u oculto
- Los periodos de exámenes
- Amigos con comportamiento suicida o que aprueban la solución suicida.
- Acoso o abuso sexual por parte de figuras significativas.
- Pérdida de figuras significativas por separación, muerte o abandono
- Periodos de adaptación a regímenes militares e internados educacionales.

C.- En la adultez

- Desempleo (durante el primer año)
- Esposa competitiva en determinadas culturas machistas.
- Escándalos sexuales en personalidades públicas (políticos, religiosos, etc.)
- Quiebras financieras

D.- En la vejez

- Período inicial de la institucionalización
- Viudez durante el primer año en el hombre y durante el segundo año en la mujer
- Estar sometido a maltratos físicos y psicológicos.
- Enfermedades físicas que deterioran el sueño (insomnio crónico) y se acompañan de dolor o intensa falta de aire¹⁰

Ante cualquier sujeto perteneciente a uno de los grupos de riesgo que se encuentre inmerso en una situación de riesgo de cometer suicidio como las señaladas con antelación se impone la exploración exhaustiva de la ideación suicida como se recomienda a continuación en la tabla 2:

Tabla 2

Pregunta	Objetivo	Valoración
I.- ¿Cómo ha pensado suicidarse?	Esta pregunta intenta descubrir el método suicida. Cualquier método puede ser mortal. Se incrementa el peligro suicida si está disponible y existe experiencia familiar previa de suicidios con dicho método. Se incrementa el peligro si se trata de repetidores que incrementan la letalidad de los métodos utilizados para cometer suicidio.	Es de vital importancia en la prevención del suicidio evitar la disponibilidad y el acceso a los métodos mediante los cuales el sujeto pueda cometer suicidio.
II.- ¿Cuándo ha pensado suicidarse?	Esta pregunta no trata de averiguar una fecha específica para cometer suicidio sino más bien determinar si el adolescente está poniendo las cosas en orden, haciendo testamento, dejando notas de despedida, regalando posesiones valiosas, si espera la ocurrencia de un hecho significativo como la ruptura de una relación valiosa, la muerte de un ser querido, etc.	Permanecer a solas es el mejor momento para cometer suicidio, por tanto, debe estar acompañado hasta que el riesgo desaparezca. nunca lo deje solo.
III.- ¿Dónde ha pensado suicidarse?	Mediante esta pregunta se intenta descubrir el lugar en que se piensa realizar el acto suicida. Por lo general los suicidios ocurren en los lugares frecuentados por el suicida, principalmente el hogar y la escuela o casa de familiares y amigos.	Los lugares apartados y de difícil acceso, con pocas probabilidades de ser descubiertos, y los elegidos por otros suicidas, conllevan un riesgo elevado.
IV.- ¿Por qué ha pensado suicidarse?	Con esta interrogante se pretende descubrir el motivo por el cual se pretende realizar el acto suicida. Los amores contrariados, la pérdida de una relación valiosa, las dificultades académicas o las llamadas de atención de carácter humillante se sitúan entre los más frecuentes. Los motivos nunca deben ser evaluados a través de la experiencia del entrevistador y siempre considerarlos significativos para el suicida.	Los motivos para cometer suicidio son los del suicida, no son los suyos. aceptelos como tales.
V.- ¿Para qué ha pensado suicidarse?	Se intenta descubrir el significado del acto suicida.	El deseo de morir es el más peligroso pero no es el único, pues pueden referirse otras como reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros cuán grande son los problemas, como una petición de ayuda, para expresar frustración, para agredir a otros, etc.

Mientras más respuestas afirmativas obtenga de esta secuencia de preguntas eso significa cuan planificada está la idea suicida y se incrementa considerablemente el peligro de cometer suicidio¹¹

Una vez concluida la pesquisa de la existencia de un plan suicida, se puede aplicar la Guía Práctica para evaluar el riesgo de suicidio, instrumento de fácil uso por los médicos de familia, que consta de 10 ítems cuya suma, a diferencia de otras escalas valorativas, no califica el riesgo de elevado, moderado o pequeño como plantean algunos autores, ya que predispone a la minimización de un problema grave como la conducta suicida, independientemente de sus formas de expresión, sino que establece solamente lo que se debe hacer en cada caso según la puntuación obtenida. La puntuación y la justificación de cada ítem de esta Guía Práctica, se expresan en la tabla 3:

Si la suma de la puntuación de todos los ítems sobrepasa los 18 puntos el sujeto debe ser trasladado a recibir atención psiquiátrica de urgencia ya que el peligro de suicidio es muy elevado.¹²

El médico general debe orientar a la familia acerca del peligro de suicidio y debe hacerlo en forma sencilla, clara, directa y comprensible, por lo que sugiero los siguientes consejos:

- Nunca dejar solo al familiar con peligro de cometer suicidio.
- Evitar que el familiar pueda acceder a los métodos mediante los cuales pueda autolesionarse.
- Avisar del riesgo de suicidio del familiar a otros familiares y cuantas personas significativas sea necesario para que contribuyan a evitarlo.
- Acercar al familiar en riesgo de suicidio a las fuentes de salud mental para su evaluación especializada.

En este último aspecto, a la hora de remitir a un sujeto en riesgo de suicidio, se deben tomar algunas precauciones imprescindibles, como las que a continuación se relacionan:

- Nunca lo traslade junto al chofer en el asiento delantero, pues puede proyectar el vehículo contra otro que transite en dirección opuesta.
- Debe ser ubicado en medio del asiento trasero con dos personas a cada lado y pendientes de reducirlo si intenta agredir al chofer para provocar un accidente y morir.
- Si el traslado es en ambulancia, el familiar acompañante debe ir junto a la puerta de salida para evitar que se lance del vehículo. Los paramédicos deben estar advertidos del peligro suicida para que actúen rápidamente si se presentara la contingencia anteriormente

señalada.

- Orientar al familiar y los paramédicos para que entreguen al sujeto con riesgo de suicidio al psiquiatra que le evaluará y no dejarlo solo hasta que no sea visto por el profesional al que fue remitido.
- Si el riesgo de suicidio es elevado y su intuición le dice que debe fijarlo químicamente antes de su traslado, no dude en hacerlo, utilizando para ello cualquiera de los psicofármacos por vía parenteral que garanticen dicho objetivo¹³. Un sujeto dormido, no puede cometer suicidio.

Tabla 3

Pregunta	Justificación	Puntos
1. ¿Los familiares temen que el sujeto realice un intento de suicidio?	Mediante esta pregunta se recabará cualquier conducta anómala o expresión verbal que haga sospechar a los familiares esta posibilidad. Por su estrecha vinculación con las familias este aspecto es de fácil abordaje por los médicos de familia, aunque también por amigos íntimos, familiares y otros parientes.	3
2. Actitud poco cooperadora del sujeto en la entrevista.	Motto considera la ambivalencia o el negativismo al entrevistar a un individuo con riesgo suicida un signo importante a tener en cuenta. La actitud poco cooperadora define un comportamiento fácilmente evidenciable y aunque puede deberse a diferentes trastornos psiquiátricos (mutismo delirante, depresión con lentitud psíquica y motora, trastorno esquizotípico o esquizoide de la personalidad, rechazo a recibir ayuda en cualquier trastorno de la personalidad), no se necesita realizar un diagnóstico para contabilizar este ítem.	3
3. El sujeto manifiesta deseos de morir.	Si el individuo coopera, puede manifestar tales deseos, lo cual denota inconformidad del sujeto con su propia existencia y es el preludio de una futura ideación suicida, lo cual fue expuesto por Menninger al referirse a los tres deseos existentes en todo suicida: el deseo de morir, el deseo de matar y el deseo de ser matado. Por otra parte el deseo de morir puede ser la manifestación inicial del comportamiento suicida si se le suman otros factores de riesgo para esta conducta.	2
4. El individuo manifiesta ideas suicidas.	Mediante este ítem se intenta evaluar la presencia de ideas suicidas en el sujeto en el momento presente (el "aquí, ahora")	4
5. El sujeto expone un plan suicida.	Evidentemente no es lo mismo tener deseos de morir o pensar quitarse la vida sin precisar como hacerlo, que elaborar o planificar como llevarlo a vías de hecho, lo cual es de extrema gravedad para la supervivencia de la persona. El plan suicida es la manifestación más estructurada y por tanto más grave de la ideación suicida.	5
6.- El individuo tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos.	Mediante este ítem se recaban los antecedentes patológicos personales de enfermedad mental sin que el médico u otro personal paramédico o voluntariado se enfrenten a la necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico preciso. Aquí quedan incluidas todas las enfermedades que pueden conllevar al suicidio y la importancia de este ítem es reconocer al enfermo mental como un grupo con mayor posibilidad de cometer suicidio que la población en general.	4
7.- El sujeto tiene antecedentes de hospitalización psiquiátrica reciente	Este ítem se tiene en cuenta debido a la frecuencia con que ocurre el suicidio en los egresados de un servicio de psiquiatría, principalmente durante los primeros seis meses	2
8.- El individuo tiene antecedentes de intento de suicidio.	Es reconocido que entre el 1% a 2% de los sujetos que realizan un acto suicida se suicidan durante el primer año y entre el 10% a 20% en el resto de sus vidas lo que justifica su inclusión en esta guía.	3
9.- El sujeto tiene antecedentes familiares de conducta suicida.	William Farr en 1841 sentenció: "No hay un hecho mejor establecido que el efecto imitativo en la conducta suicida" y en la actualidad se menciona el papel que juegan los medios de difusión masiva en la génesis del suicidio cuando esta temática no es bien tratada. Por otra parte, en este ítem quedan incluidos los llamados factores biológicos y genéticos de la conducta suicida.	3
10.- Presencia de un conflicto actual (pareja o familia)	Independientemente que no son estos los únicos conflictos que pueden precipitar un intento de suicidio o un suicidio, las evidencias los consideran entre los más frecuentes en cualquier latitud y cultura. Aquí se incluyen el resto de los posibles estresores agudos que pueden desencadenar una crisis suicida.	2

REFERENCIAS:

- 1) Littman K.E Suicide prevention in a treatment setting *Suicide and Life-Threatening Behaviour* Vol. 25 (1) Spring 1995. 134:142
- 2) Pérez Barrero SA. La adolescencia y el comportamiento suicida. Ediciones Bayamo. 2002
- 3) Pérez Barrero, SA. El suicidio, comportamiento y prevención, Ed. Oriente, Santiago de Cuba. 1996
- 4) Pérez Barrero SA. Lo que usted debiera saber sobre... SUICIDIO, Imágenes Gráfica S.A., México DF, 1999.
- 5) Reed MD. Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide Life Threatening Behavior* 1998;20:285-301.
- 6) Grad O. Suicide: How to survive as a survivor? *Crisis* 1996;17:136-42.
- 7) Clark SE, Goldney RD. Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide. *Crisis* 1995;16:27-33.

8) Valente SM, Saunders JM. Adolescent grief after suicide. *Crisis* 1993; 14(1): 16-22.

9) Dunne EJ. Psychoeducational intervention strategies for survivors of suicide. *Crisis* 1992;13:35-46.

10) Pérez Barrero SA. Grupos de riesgo. Una nueva estrategia en la prevención del suicidio. 2004. Disponible en: <http://www.Wpanet.org/sectorial/docs/gruposderiesgo.zip>

11) Pérez Barrero SA. La idea suicida. 2004. Disponible en: <http://www.Wpanet.org/sectorial/docs/ideasuic.ppt>.

12) Pérez Barrero SA. Guía práctica para la evaluación del riesgo suicida. *Revista Psiquiátrica Peruana* 1994;1:33-36

13) Romano-Silva MA. Antidepressivos e Suicídio. Conferencia Magistral. 1er Simposio Mineiro "Suicidio: uma morte evitavel" Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, Brasil. 4-6 Junio 2004.

Recibido 19 de octubre de 2005.

Publicado 20 de noviembre de 2005.