

Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida

Alejandro Gómez*

Fernando Lolas**

Alvaro Barrera*

Summary

Suicidal behavior from the standpoint of psychological factors involved is reviewed. Several psychological attributes and states are closely linked to suicidal behavior and ideation. Hopelessness exerts a mediating role between depressive affect and suicidality. It is also related to suicidal intent, to repetition and to eventually successful outcome.

Suicidal ideation is reported by a significant proportion of the population and is associated with the group attempting suicide.

A distinctive profile seems to characterize suicide attempters, particularly impulsiveness, tendency to acting-out, hostility and history of aggressive behavior. Intra and extrapunitive might contribute in a specific way to the suicidal behavior.

Psychometric studies underscore the relevance of psychoticism and neuroticism in these subjects. Severe personality disorders, particularly of the borderline type, have been frequently implicated and seem to add extra risk of relapse and eventual death.

A cluster of cognitive features contribute to suicidal behavior; important among them are cognitive rigidity, field dependence, external locus of control, emotional irresponsibility, and relative absence of reasons to live.

Environmental factors, specially life events, bear a direct relationship with different forms of suicidality. Of particular importance seem to be events arising from close interpersonal relationships and those rated as most undesirable, uncontrollable and disturbing.

Resumen

Los autores revisan la conducta suicida desde el punto de vista de los factores psicológicos involucrados. Un conjunto de fenómenos y estados psicológicos están íntimamente vinculados a las ideas y actos suicidas. El grado de desesperanza desempeña un papel determinante entre los afectos depresivos y el suicidio. También se relaciona con la intención de suicidarse, al igual que con las tentativas y con la probabilidad de cometerlo a largo plazo.

Una importante proporción de la población indica que alguna vez ha pensado suicidarse, lo que se relaciona con el número de personas que lo ha intentado.

Los sujetos que han intentado suicidarse tienen una serie de características distintivas, en particular: impulsividad, tendencia a llamar la atención, hostilidad y una historia de conducta agresiva. La intrapunibilidad y la extrapunibilidad contribuyen en forma específica a desarrollar una conducta suicida.

Los estudios psicométricos ponen de relieve la participación del psicoticismo y el neuroticismo en estos pacientes. Se

ha confirmado que frecuentemente están implicados trastornos severos de la personalidad, en especial de tipo límite, en este problema, por lo que tienen más riesgo de intentarlo repetidamente, hasta acabar por suicidarse.

Un conjunto de factores cognoscitivos contribuye al comportamiento suicida: la rigidez cognoscitiva, la dependencia del campo, el locus externo de control, la irresponsabilidad emocional y una cierta falta de razones para vivir.

El ambiente y, en especial, los acontecimientos vitales, se relacionan directamente con las diferentes formas de suicidarse. Los más importantes son: los sucesos derivados de las relaciones interpersonales más cercanas y aquellos considerados como más indeseables, incontrolables y perturbadores.

El sujeto que ha intentado suicidarse constituye un desafío clínico. Demanda un esfuerzo en términos diagnósticos, terapéuticos y preventivos. Para esto es necesario desentrañar la peculiaridad de la trama biopsicosocial que subyace a este grave acontecimiento existencial. Es necesario hacer una evaluación individual que concilie la especificidad y la sensibilidad, y detecte los factores que convergen en la intención de suicidarse.

Este trabajo pretende contribuir a ello, centrándose en los aspectos psicológicos del intento de suicidio o, como lo prefiere denominar Diekstra (23), en "el acto suicida no fatal".

Se reconoce que hay una superposición entre el grupo de sujetos que intenta suicidarse y el que lo consuma. Entre el 25 y el 40% de los suicidas ya había intentado suicidarse en ocasiones anteriores (4, 46, 69). Entre el 1 y el 2% de ellos logra su propósito al año siguiente de haberlo intentado, lo que representa un riesgo cien veces mayor que el de la población general. En los años posteriores alcanza eventualmente el 10% (40, 41, 77). La repetición del intento, aunque no logre consumarlo, también es frecuente: una cifra cercana al 50% lo ha intentado con anterioridad, y entre el 18 y el 25% lo intentará nuevamente antes de que pasen dos años de la primera vez (3, 59, 66).

La mayor parte de los factores sociales relacionados con las tasas de suicidio también influyen sobre las tasas de intentos de suicidio: el desempleo, el divorcio y los homicidios, así como los cambios en los patrones de beber alcohol y de afiliación religiosa (23).

No hay estadísticas generales sobre los intentos de suicidio en ningún país, pero se estima que de cada cien mil habitantes, lo intentan cien al año, lo que es diez veces mayor que la tasa de suicidio (23, 82).

* Departamento de Psiquiatría Sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Casilla 10-D Correo 13 San Miguel. Santiago de Chile.

** Unidad de Psicofisiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Casilla 70055 Santiago 7. Santiago de Chile.

La atmósfera psicológica que rodea el intento de suicidio

Desde hace varios años, Beck y otros investigadores han estudiado el papel que desempeña la depresión, la ideación suicida, la desesperanza y la intención de suicidarse.

Se encuentra plenamente establecida la presencia de estados depresivos en una importante proporción de los pacientes que han intentado suicidarse. En un amplio estudio epidemiológico, Weissman (83) afirma que la depresión es el diagnóstico más frecuente, abarcando entre el 35 y el 79% de los casos. Un estudio internacional, citado por Adam (2), revela que del 68 al 90% de las mujeres jóvenes que intentaron suicidarse, manifestaba un síndrome depresivo, y que más de la tercera parte se encontraba en el rango de "endógeno". Con el Inventario para Depresión de Beck, Silver y cols. (75) encontraron depresión en el 80%. Muchos otros trabajos corroboran la importancia de los afectos depresivos, e informan haber encontrado altos puntajes de depresión por medio de diferentes escalas clínicas (7, 15, 24, 26, 55, 61, 62).

Beck y Lester (9), en 1973, encontraron que un componente específico de la depresión, constituido por expectativas negativas del futuro y una visión desfavorable de sí mismo, se correlacionaba con el deseo de suicidarse. Se formuló el concepto de "desesperanza", como un sistema de esquemas cognoscitivos que comparten el elemento común de expectativas negativas, y se llevó a cabo mediante el desarrollo de un instrumento específico (7). Se reconoció que la asociación entre la desesperanza y la ideación suicida era mayor que entre ésta y la depresión. Se comprobó que esta última perdía significado al excluirse de la depresión el factor de desesperanza. La desesperanza se asocia significativamente con la intención suicida en los pacientes que han intentado suicidarse, lo que demuestra que su papel es determinante en el propósito de suicidarse (8, 10, 57). Estos hallazgos han sido confirmados y extendidos a diferentes grupos de pacientes: alcohólicos, esquizofrénicos y adictos a las drogas (12, 19, 24, 83). Por último, la desesperanza, y también la depresión, son mayores en los individuos que han intentado terminar con su vida, en comparación con aquellos que sólo han buscado manipular a los demás o al ambiente (45).

La desesperanza podría tener un valor predictivo en el suicidio a largo plazo. En un grupo de pacientes hospitalizados por riesgo suicida, el 91% de los sujetos que se suicidaron 5 ó 10 años después (11), había obtenido puntajes de 10 ó más en la Escala de Desesperanza. En un seguimiento de cuatro años a pacientes con trastornos afectivos mayores, Fawcett y cols. (30) encontraron que la desesperanza era una característica que diferenciaba significativamente a los suicidas de los no suicidas.

Mediante cuestionarios y escalas se ha estudiado el comportamiento de la ideación suicida en los grupos más representativos de la población general. Se encontró que un importante sector de la población presenta diferentes grados de ideación suicida. Håström (39) informó en Suecia, que casi el 15% de las

mujeres entrevistadas presentaba ideas suicidas, a lo que debe agregarse un 22% que reveló sentir la futilidad de la vida. Un 12.6% de los estudiantes egipcios reconoció haber tenido algún grado de ideación suicida durante el año anterior al estudio (62), y el 16% de los jóvenes alemanes de entre 12 y 24 años de edad, reconoció haberla tenido alguna vez (44). Hay un continuo de severidad, en el que las ideas y los sentimientos más definidos incluyen los más vagos y leves; también se correlacionan significativamente con un mayor número de acontecimientos vitales negativos y con síntomas de espectro depresivo (62). El que haya rasgos comunes entre los que idean y los que intentan suicidarse, sugiere que hay continuidad entre ambos grupos; la proporción entre éstos y aquéllos varía entre 1:5 y 1:10 en los diferentes estudios. Por ello la ideación suicida puede ser considerada como una expresión temprana de vulnerabilidad al suicidio.

Se ha informado que estas ideas son más frecuentes entre los estudiantes que ya han intentado suicidarse y se relacionan en forma significativa con la seriedad de los intentos (18). Inversamente, la evaluación de la ideación suicida puede aportar una medida del grado de intención y por lo tanto del riesgo de repetirla en el futuro (8, 60).

Seriedad, letalidad e intención

Un importante problema que enfrenta el clínico es determinar la seriedad del intento de suicidio. Stengel (77) ha señalado que hay gran confusión en los criterios que se han empleado, por no precisar si se refiere a la intención, más o menos definida, de morir, o a las consecuencias médicas (letalidad) de la acción. Según este autor, para evaluar la seriedad de un intento de suicidio, debe considerarse la amenaza potencial a las funciones corporales, el grado de intención suicida y las posibilidades de intervención del medio.

Ha sido muy adecuado separar la letalidad de la intención. Esta última puede ser comprendida como un continuo evaluable mediante criterios definidos (7). Beck y cols. (13), y Pierce (67) desarrollaron escalas de evaluación que contienen secciones que abarcan las circunstancias en que se cometió el acto, el informe subjetivo sobre los pensamientos del sujeto, antes y después del suceso y una consideración sobre el riesgo vital involucrado. En los criterios de seriedad empleados por Rosen (70), se pueden reconocer parámetros de letalidad clínica y de intención suicida. Goldney (34) califica la letalidad de acuerdo con los recursos médicos implementados. Se considera alta si requirió cuidado intensivo; mediana, si se hospitalizó al paciente para tenerlo en observación, y baja si se le dió de alta después de la atención de urgencia.

Estos adelantos han permitido esclarecer diversos aspectos de la conducta suicida. Se han encontrado diferentes correlaciones entre la letalidad y la intención suicida (6, 34). Sin embargo, la relación entre ambas aumenta si el sujeto tiene un concepto preciso del riesgo vital involucrado (6). Los individuos que han ingerido un mayor número de tabletas o cápsulas (34), y los que han empleado métodos más violentos,

demuestran haber tenido intenciones más firmes de suicidarse (67). Los que intentan suicidarse repetidamente están más decididos a hacerlo, que los que lo intentan por primera vez (13, 67).

Después de cinco años de seguimiento, los sujetos que finalmente se suicidaron habían obtenido puntajes más altos en la prueba de intención de suicidarse, en las tentativas anteriores, y esta diferencia fue significativa cuando se consideró la tentativa anterior al suicidio (68). Rosen (70), en un seguimiento de cinco años, demostró que los que ya han intentado suicidarse seriamente, tienen un riesgo de lograr suicidarse dos veces mayor que los otros. Estos hallazgos reafirman empíricamente la creencia de Tuckman y Youngman (80), de que el empleo de un método violento en la tentativa de suicidio tiene un valor predictivo de que lograrán suicidarse en el futuro.

La tendencia a suicidarse y la personalidad

Ahora se conoce mejor el papel que desempeñan los rasgos de personalidad en la conducta suicida, gracias a los adelantos en la nosología psiquiátrica, que establecen criterios más precisos y generalizados de diagnóstico, así como por una mejor comunicación de los hallazgos y una mayor cantidad de datos confiables. A esto se agrega el desarrollo de modelos de personalidad, asentados en sólidas bases científicas, que han permitido desarrollar instrumentos útiles para evaluar los atributos psicológicos y tomar disposiciones importantes sobre este problema (27).

Varios autores han encontrado que las alteraciones de la personalidad se presentan con mucha frecuencia entre los suicidas (4, 46, 69). Un estado de ánimo inestable, la agresividad, la impulsividad y la alienación social, especialmente si se combinan con el abuso de alcohol y drogas, aumentan el riesgo de suicidarse (40). Otros estudios señalan una elevada frecuencia de suicidio entre los sujetos antisociales (72). Stone y cols. (78) encontraron en un seguimiento de 16 años un 7.6% de suicidas entre los pacientes que padecían trastornos limítrofes de la personalidad.

Con el objeto de estudiar los rasgos y las pautas de comportamiento de los sujetos que han intentado suicidarse, Paykel y Dienelt (65) observaron durante 10 meses una amplia muestra de enfermos depresivos. Encontraron que el grupo que había intentado suicidarse presentaba rasgos determinantes oral-dependientes, hostilidad dirigida hacia afuera, tendencia a la actuación de sus impulsos y abuso de drogas. Weissman y cols. (84) descubrieron que la hostilidad manifiesta era propia de las mujeres que habían intentado suicidarse, pero no de las que estaban hospitalizadas debido a que atravesaban por un episodio depresivo. También era más frecuente entre ellas, el abuso de drogas, los problemas legales y las dificultades laborales. Birtchnell (15) señala que hay diferencias significativas entre las pacientes psiquiátricas que intentaron suicidarse y las que nunca lo habían intentado, en cuanto a sus rasgos de dependencia, inmadurez, agresividad e inadecuación. Igualmente, encontró algunas diferencias entre los hombres y las mujeres que habían

intentado suicidarse: las mujeres eran más ansiosas, suspicaces, impulsivas y manipuladoras, mientras que los varones más bien tenían desajustes e inestabilidad emocional (14).

Diversos autores han intentado encontrar la naturaleza precisa de la vinculación entre la hostilidad y la depresión en la conducta suicida. Desde un principio se formularon hipótesis, desde el punto de vista del psicoanálisis, que atribuían un papel primordial a los impulsos agresivos dirigidos al Yo en la génesis de la depresión y el suicidio (1, 31). Posteriormente, autores como Jacobson (43) señalaron la importancia que tienen las relaciones hostiles entre las partes del psiquismo, en tanto estructuras u objetos internalizados. Desde esta perspectiva, el suicidio puede interpretarse como sadismo invertido o como la destrucción masoquista de los aspectos disociados y odiados del *Self* (48).

En estudios recientes se informa de puntajes significativamente más altos en la historia de agresión de aquellos sujetos que han intentado suicidarse. Ambos patrones conductuales se relacionan con la disminución del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo, un indicador de la función serotoninérgica (16). Los pacientes que han intentado suicidarse por medios más activos y violentos tienen niveles más bajos de 5-HIAA. Además tienen una rápida habituación en la conductividad de la piel y obtienen puntajes más altos en psicoticismo y evitación de la monotonía (25). Estos hallazgos son muy interesantes porque señalan que hay relación, desde un punto de vista psicobiológico, entre la depresión, la conducta suicida y la impulsividad, respecto a la serotonina (53, 76).

Al estudiar la relación que hay entre la hostilidad y la depresión en los pacientes psiquiátricos que exhiben una conducta suicida o agresivo-impulsiva, Maiuro y cols. (54) encontraron en ambos grupos, un alto grado de hostilidad y depresión al compararlos con los controles normales. Los sujetos con una conducta suicida tienden a manifestar la rabia y la hostilidad de manera más encubierta e intropunitiva, exhibiendo mayor depresión y culpa. Por el contrario, los agresivo-impulsivos demuestran más su agresión y sus impulsos violentos, y verbalizan su rabia y su hostilidad.

Lolas y cols. (52) han utilizado el método del Análisis del Contenido Verbal (37) en pacientes con ideación suicida, e informan haber encontrado una relación positiva entre los puntajes de hostilidad dirigida hacia adentro y la hostilidad ambivalente con desesperanza, la ideación suicida y la depresión. Este método ha demostrado confiabilidad transcultural, lo que aporta mayor validez a sus resultados (36).

Farmer (29) ha planteado que la extrapunitividad es la forma de hostilidad que caracteriza a la mayoría de los sujetos que intentan suicidarse, y la intrapunitividad se relaciona más bien con los sujetos que cometen actos con intención suicida.

Los métodos multiaxiales de diagnóstico han permitido comprobar que hay una alta prevalencia del desorden limítrofe de la personalidad en los sujetos que intentan suicidarse. Crumley (21) encontró trastornos de personalidad en el 65% de los adolescentes atendi-

dos por haber intentado suicidarse, cuya mayor proporción correspondió a esa categoría. Se ha encontrado una elevada frecuencia de intentos serios de suicidio entre los sujetos limítrofes hospitalizados, que se incrementa si concurre un trastorno afectivo o abuso de sustancias tóxicas (33). A la inversa, los pacientes internados debido a un trastorno depresivo, tienen con más frecuencia una historia de intentos anteriores cuando presentan al mismo tiempo un trastorno limítrofe (32). El riesgo suicida en estos sujetos parece aumentar cuando hay rasgos antisociales; lo contrario acontece con los rasgos histriónicos (74). En suma, la investigación confirma que el mayor potencial suicida se atribuye en la literatura a los trastornos limítrofes de la personalidad (38).

Clínicamente, es importante la relación entre el trastorno de personalidad y la tendencia a la repetición de los intentos de suicidio. La presencia de un trastorno de este tipo se ha revelado como uno de los factores significativos en la repetición del intento de suicidio durante los doce meses de seguimiento, y podría ser la diferencia más importante entre los sujetos que ya varias veces han intentado suicidarse, y los que lo han intentado por primera vez (47, 59).

Estudios basados en la Teoría de la Personalidad de Eysenck y en el MMPI

Irfani (42) y Mehryar y cols. (56) encontraron puntajes significativamente más elevados de psicoticismo y neuroticismo en los sujetos con ideas suicidas y los que no las tienen, por medio del inventario PEN de Eysenck. Los sujetos con ideas suicidas están más perturbados, más alienados socialmente, y más inconformes (56). Se han encontrado resultados similares por medio del EPQ de Eysenck (71). Pallis y Jenkins (63) señalan que el factor "impulsividad" de la escala de extroversión del EPI, diferencia significativamente a los que han tenido la firme intención de suicidarse, de los que lo han intentado con pocas intenciones de lograrlo. En otros estudios se afirma que en estos pacientes interviene el neuroticismo (22).

Empleando el inventario EPQ-R de Eysenck (28) en mujeres que han intentado suicidarse recientemente, encontramos (5b) que hay una relación significativa entre el psicoticismo con ideación suicida, la intención de suicidarse y los intentos anteriores.

El psicoticismo abarca una serie de rasgos, como la hostilidad, la crueldad, la falta de empatía y la inconformidad (28).

No ha sido fácil encontrar una fórmula que permita predecir la conducta suicida mediante el MMPI. Clouston y cols. (20) informaron que en los pacientes con un perfil más elevado en las escalas Pt y Sc, el aumento concurrente de depresión o histeria se relaciona significativamente con el antecedente de haber intentado, o no haber intentado, suicidarse. Los sujetos que presentan este perfil han sido descritos como muy perturbados, con problemas crónicos de inseguridad, indecisión y sentimientos de inadecuación en su papel sexual.

Factores cognoscitivos de la tendencia suicida

Se ha planteado que las personas que manifiestan distintas formas de tendencia suicida, tienen ciertas características en su organización cognoscitiva que pueden predisponerlas a reaccionar de este modo ante los acontecimientos negativos.

Se ha señalado que la rigidez cognoscitiva puede significar que al paciente se le dificulta elaborar soluciones alternativas a los problemas emocionales. Patsiokas y cols. (64) informaron que los sujetos que han intentado suicidarse, asumen mayor rigidez frente a las tareas que requieren de un pensamiento divergente, y también dependen más del medio que otros pacientes psiquiátricos. En una población universitaria se encontró que los sujetos que presentaban más ideación suicida, tenían menos capacidad para resolver sus problemas interpersonales por enfrentarse a un mayor estrés. Los sujetos que presentan mayor ideación suicida, o que tienen antecedentes de haber intentado suicidarse, alcanzaron puntajes más altos en una escala de actitudes disfuncionales y presentaron más ideas irracionales, en especial, "irresponsabilidad emocional" (26). Al evaluar a los sujetos que han intentado suicidarse, a los que han pensado en hacerlo, y a los controles, Linehan y cols. (49) informaron que los primeros utilizaban menos medios activos y más métodos pasivos para resolver situaciones interpersonales. También son los que consideran más al suicidio como la solución de sus problemas.

Neuringer utilizó diferenciales semánticos, señalando que los sujetos con tendencias suicidas y los que no las tienen difieren en que los primeros perciben la mayoría de los problemas en términos de alternativas bipolares extremas. Wetzel (85) intentó comprobar esta hipótesis utilizando controles psiquiátricos, pero no encontró estas diferencias. Sin embargo, indica que los sujetos con tendencia suicida se distinguen por sus actitudes frente a algunos conceptos, como "yo mismo", "vida" y "suicidio"; éstas parecen modificarse cuando se les relaciona con la depresión, la desesperanza y la intención de suicidarse.

La dimensión "interno-externo" se refiere a la expectativa generalizada que se presenta cuando las personas han aprendido que los acontecimientos son contingentes o no contingentes con su conducta (79). Las personas varían cuando tienen un *locus* de control más interno o más externo. Varios estudios han indagado acerca del *locus* de control de los pacientes suicidas, con resultados disímiles, pero que tienden a señalar que tienen un *locus* externo (35).

Los sujetos con tendencias suicidas difieren de los demás en el grado en que se adhieren a un conjunto de creencias y expectativas respecto a la vida. Linehan y cols. (51) construyeron un Inventario de Razones para Vivir que incluye diversas secciones señaladas por el análisis factorial. Los sujetos con ideas suicidas y los que han intentado suicidarse difieren de los demás en que parecen tener menos razones para vivir. La posibilidad de recurrir al suicidio parece relacionarse negativamente con el grado de importancia que le asigne el sujeto a las creencias en contra del suicidio. Linehan y cols. descartaron que la adhesión a estas

29

conciliación. La selección de las muestras está dictada frecuentemente por consideraciones marginales a la teoría que se pretende estudiar. En otras ocasiones, los estudios son meramente descriptivos y no son coherentes con un paradigma central.

Los avances ulteriores para comprender las causas y los condicionantes de la suicidalidad no podrán ser

obtenidos sin una consideración metodológicamente fundada de los marcos conceptuales, de las técnicas específicas de investigación y de los factores de selección muestral, que podrían incidir en la generalización de los hallazgos.

Queremos agradecer a los doctores Guillermo Hernández, Eduardo Jaar y Luis Suárez por su valiosa colaboración.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAHAM K: *Selected Papers on Psychoanalysis*. Basic Books. Nueva York, 1960.
2. ADAM KS: Attempted suicide. *The Psychiatric Clinics of North America*, 8:183-203, 1985.
3. BANCROFT J, MARSACK P: The repetitiveness of self-poisoning and self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 131:384-389, 1977.
4. BARRACLOUGH B, BUNCH J, NELSON B, SAINSBURY P: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 125:355-373, 1974.
- 5a. BARRERA A, GOMEZ A, JAAR E, JARA S, LARRAGUIBEL M, LOLAS F, SUAREZ L: Mujeres intentadoras de suicidio, Area Sur de Santiago: Descripción. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 27:R3, 1989.
- 5b. BARRERA A, GOMEZ A, JAAR E, JARA S, LARRAGUIBEL M, LOLAS F, SUAREZ L: Mujeres intentadoras de suicidio, Area Sur de Santiago: Características clínicas. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 27:R33, 1989.
6. BECK AT, BECK R, KOVACS M: Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *American Journal of Psychiatry*, 132:285-287, 1975.
7. BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A: Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *JAMA*, 234:1146-1149, 1975.
8. BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A: Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47:343-352, 1979.
9. BECK AT, LESTER D: Components of depression in attempted suicides. *The Journal of Psychology*, 85:257-260, 1973.
10. BECK AT, STEER RA, MC ELROY MG: Relationships of hopelessness, depression and previous suicide attempts to suicidal ideation in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 43:1042-1046, 1982.
11. BECK AT, STEER RA, KOVACS M, GARRISON B: Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142:559-563, 1985.
12. BECK AT, WEISSMAN A, KOVACS M: Alcoholism, hopelessness and suicidal behavior. *Journal of Studies of Alcohol*, 37:66-76, 1976.
13. BECK RW, MORRIS JB, BECK AT: Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychological Reports*, 34:445-446, 1974.
14. BHAGAT M: The spouses of attempted suicides: a personality study. *British Journal of Psychiatry*, 128:33-46, 1976.
15. BIRTCHNELL J: Some familial and clinical characteristics of female suicidal psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 138:381-390, 1981.
16. BROWN GL, EBERT MH, GOYER PF, JIMERSON DC, KLEIN WJ, BUNNEY WE, GOODWIN FK: Aggression, suicide, and serotonin: relationships to CSF amine metabolites. *American Journal of Psychiatry*, 139:741-746, 1982.
17. BROWN GW, HARRIS T: *Social Origins of depression: A study of Psychiatric Disorders in women*. Free Press. Londres 1978.
18. CANTOR P: Frequency of suicidal thoughts and self-destructive behavior among females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6:92-199, 1976.
19. CASTELLON C, VERDUGO S, LOLAS F: Desesperanza, ideación suicida y depresión. *Terapia Psicológica*, 7:33-36, 1988.
20. CLOPTON JR, PALLIS DJ, BIRTCHNELL J: Minnesota Multiphasic Personality Inventory profile patterns of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4:135-139, 1979.
21. CRUMLEY FE: Adolescent suicide attempts. *JAMA*, 241:2404-2407, 1979.
22. DE LEON OA, RODRIGUEZ V: Eventos vitales y variables de personalidad en el intento de suicidio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 52:56-64, 1989.
23. DIEKSTRA RFV: Suicide and the attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (suppl 354):1-24, 1989.
24. DYER JAT, KREITMAN N: Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 144:127-133, 1984.
25. EDMAN G, ASBERG M, LEVANDER S, SCHALLING D: Skin conductance habituation and cerebrospinal fluid 5-hidroxyindoleacetic acid in suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 43:586-592, 1986.
26. ELLIS TE, RATLIFF KG: Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 10:625-634, 1986.
27. EYSENCK HJ (Ed): *A Model for Personality*. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg Nueva York, 1981.
28. EYSENCK SBG, EYSENCK HJ, BARRET P: A revised version of the Psychoticism Scale. *Personality and Individual Differences*, 6:22-29, 1985.
29. FARMER R: Hostility and deliberate self-poisoning: The role of depression. *British Journal of Psychiatry*, 150: 609-614, 1987.
30. FAWCETT J, SCHEFTNER W, CLARK D, HEDEKER D, GIBBONS R, CORYELL W: Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 144: 35-40, 1987.
31. FREUD S: *Mourning and Melancholia*. *Collected Papers*. Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis. Vol. 4, 1950.
32. FRIEDMAN RC, ARONOFF MS, CLARKIN JF, CORN R, HURT SW: History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 140: 1023-1026, 1983.
33. FYER M, FRANCES AJ, SULLIVAN T, HURT SW, CLARKIN J: Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145: 737-739, 1988.
34. GOLDNEY RD: Attempted suicide in young women: correlates of lethality. *British Journal of Psychiatry*, 139:382-390, 1981.
35. GOLDNEY RD: Locus of control in young women who have attempted suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170:198-201, 1982.
36. GOTTSCHLAK LA, LOLAS F: The Gottschalk - Gleser content analysis method of measuring the magnitude of psychological dimensions. Its application in transcultural research. *Transcultural Research Review*, 26, 1981.
37. GOTTSCHALK LA, WINGET CN, GLESEK GC, LOLAS F: *Análisis de la Conducta Verbal*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1984.

38. GUNDERSON JG, SINGER MT: Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132:1-10, 1975.
39. HALLSTROM T: Life-weariness, suicidal thoughts and suicidal attempts among women in Gothenburg, Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 56:15-20, 1977.
40. HAWTON K: Assessment of suicide risk. *British Journal of Psychiatry*, 150:145-153, 1987.
41. HAWTON K, FAGG J: Suicide and other causes of death, following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 152:359-366, 1988.
42. IRFANI S: Personality correlates of suicidal tendency among Iranian and Turkish students. *The Journal of Psychology*, 99:151-153, 1978.
43. JACOBSON E: Contributions to the metapsychology of cyclothymic depression. En: Greenacre P (Ed.). *Affective disorders: Psychoanalytic Contributions to their study*. International Universities Press. Nueva York, 49-83, 1953.
44. KORCZAK D: Estimation of suicidal behavior in representative epidemiologic studies. En: Moller HJ, Schmidtke A, Welz R (Eds). *Current Issues of Suicidology*. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, Nueva York, Tokio, 1988.
45. KOVACS M, BECK AT, WEISSMAN A: The use of suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides. *American Journal of Psychotherapy*, 19:363-368, 1975.
46. KRAFT DP, BABIGIAN HM: Suicide by persons with and without psychiatric contacts. *Archives of General Psychiatry*, 33:209-215, 1976.
47. KREITMAN N, CASEY P: Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 13:792-800, 1988.
48. LAUGHLIN HP: *The Neuroses in Clinical Practice*. WB. Saunders Company. Philadelphia, Londres, 1986.
49. LINEHAN MM, CAMPER P, CHILES JA, STROSAHL K, SHEARIN E: Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognitive Therapy and Research*, 11:1-12, 1987.
50. LINEHAN MM, CHILES JA, EGAN KJ, DEVINE RH, LAF-FAW JA: Presenting problems of parasuicides versus suicide ideators and nonsuicidal psychiatry patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54:880-881, 1986.
51. LINEHAN MM, GOODSTEIN JL, NIELSEN SL, CHILES JA: Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51:276-286, 1983.
52. LOLAS F, VERDUGO S, CASTELLON C: Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 26:22-25, 1988.
53. LOPEZ-IBOR JR JJ: The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behavior. *British Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl 3): 26-39, 1988.
54. MAURO RD, O'SULLIVAN MJ, MICHAEL MC, VITALIANO PP: Anger, hostility and depression in assaultive vs. suicide-attempting males. *Journal of Clinical Psychology*, 145:531-541, 1989.
55. MARTINEZ JJ, BAYON C, CUADRADO P, FERNANDEZ F, ORDOÑEZ NP, DE SALAS J, SANTO-DOMINGO J: Un estudio sobre tentativas de suicidio en el hospital general. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 16:319-326, 1988.
56. MEHYAR AH, HEKMAT H, KHAJAVI F: Some personality correlates of contemplated suicide. *Psychological Reports*, 40:1291-1294, 1977.
57. MINKOFF K, BERGMAN E, BECK AT, BECK R: Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130:455-459, 1973.
58. MINOLETTI A, PEREZ E: Intentos de suicidio en el servicio de urgencia de un hospital general canadiense. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 24:25-31, 1986.
59. MORGAN HG, BARTON J, POTTLE S, POCOCK H, BURNS-COX CJ: Deliberate self-harm: a follow-up study of 279 patients. *British Journal of Psychiatry*, 128:361-368, 1976.
60. MOTTO JA, HEILBRON DC, JUSTER RP: Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *American Journal of Psychiatry*, 142:680-686, 1985.
61. MURPHY GE, ROBINS E: Social factors in suicide. *JAMA*, 199:303-308, 1967.
62. OKASHA A, LONTAIF F, SADEK A: Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63:409-415, 1981.
63. PALLIS DJ, KENKINS JS: Extraversion, neuroticism and intent in attempted suicides. *Psychological Reports*, 41:19-22, 1977.
64. PATSIOKAS AT, CLUM GA, LUSCOMB RL: Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47:478-484, 1979.
65. PAYKEL ES, DIENELT MN: Suicide attempts following acute depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 153:234-243, 1971.
66. PAYKEL ES, PRUSSOFF BA, MYERS JK: Suicide attempts and recent life events. *Archives of General Psychiatry*, 32:327-333, 1975.
67. PIERCE DW: Suicidal intent in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130:377-385, 1977.
68. PIERCE DW: The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139:391-396, 1981.
69. RICH CL, YOUNG D, FOWLER RC: San Diego suicide study. I. Young versus old subjects. *Archives of General Psychiatry*, 43:577-582, 1986.
70. ROSEN DH: The serious suicide attempt. Five-year follow-up study of 886 patients. *JAMA*, 235:2105-2109, 1976.
71. ROSS MW, CLAYER JR, CAMPBELL RL: Parental rearing patterns and suicidal thoughts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67:429-433, 1983.
72. ROY A: Suicide and psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 8:227-241, 1985.
73. SCHOTTE DE, CLUM GA: Suicide ideation in a college population: a test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50:690-696, 1982.
74. SHEARER SL, PETERS CP, QUAYTMAN MS, WADMAN BE: Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 145:1424-1427, 1988.
75. SILVER M, BOHNERT M, BECK AT, MARCUS D: Relation of depression of attempted suicide and seriousness of intent. *Archives of General Psychiatry*, 25:573-576, 1971.
76. STANLEY M, MANN JJ: Biological factors associated with suicide. *Review of Psychiatry*, 7:334-352, 1988.
77. STENGEL E: *Suicide and Attempted Suicide*. Penguin Books. Nueva York, 1964.
78. STONE M, STONE DK, HURT S: The natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *The Psychiatric Clinics of North America*, 10:185-207, 1987.
79. STRICKLAND BR: Internal-external experiences and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46:1192-1211, 1978.
80. TUCKMAN J, JOUNGMAN WF: A scale for assessing suicide risk on groups of attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology*, 24:17-19, 1968.
81. WARING EM, PATTON D: Marital intimacy and depression. *British Journal of Psychiatry*, 145:641-644, 1984.
82. WEISSMAN MM: The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1971. *Archives of General Psychiatry*, 30:737-746, 1974.
83. WEISSMAN A, BECK AT, KOVACS M: Drug abuse, hopelessness and suicidal behavior. *International Journal of Addictions*, 14:451-464, 1979.
84. WEISSMAN M, FOX K, KLERNAN GL: Hostility and depression associated with suicide attempts. *American Journal of Psychiatry*, 130:450-454, 1973.
85. WETZEL RD: Semantic differential ratings of concepts and suicide intent. *Journal of Clinical Psychology*, 32:4-13, 1976.