

Validación de la Escala de Suicidalidad OKASHA para Adolescencia Temprana en Chile.

Validation of the “OKASHA” Suicidal Scale for the Chilean Early Adolescent Population.

Christianne Zulic Agramunt¹, Patricio Gutiérrez De La Fuente², Belén Cerda Saavedra³, Mario Meza Solano⁴, Claudia Sagredo Berríos⁵, Eduardo Mora Navia⁶.

Resumen: El suicidio adolescente es un problema a nivel mundial que ha impulsado diversos esfuerzos de prevención, siendo relevante poder detectar a tiempo el riesgo a edades tempranas. A pesar de que existen diversos instrumentos para este propósito, sobre todo en adultos, en Chile no existe uno validado en población menor a 15 años de edad, donde se ha visto un aumento progresivo del riesgo durante los últimos años. Este estudio es una validación de la escala de suicidalidad OKASHA en población de 10 a 14 años. El instrumento presentó buenas propiedades psicométricas, tanto en la predicción de intentos reales de suicidio como en su correlación con otros predictores de riesgo descritos en la literatura. Debido a su buen poder predictivo, fácil administración y poco tiempo requerido, el instrumento resulta idóneo para ser utilizado en contextos como la atención primaria de salud o en la comunidad, donde la detección oportuna del riesgo y la adecuada derivación son de vital importancia, especialmente en una población donde dicho riesgo ha sido muchas veces invisibilizado y por ende no abordado hasta cometerse el acto propiamente tal.

Palabras Clave: Suicidalidad, Adolescencia temprana, Cuestionario, Validación.

Abstract: Adolescent suicide is a worldwide problem that has triggered diverse prevention efforts. Detecting the risk as quickly as possible at an early age is highly relevant. Although there are various instruments that exist for this very purpose, mostly for adults, there is no validated instrument for those under 15 years of age. Incidentally, in the past couple of years

1. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Unidad de Adolescencia. Universidad de Chile. Profesor Adjunto. Docente Universidad de Santiago de Chile. Psiquiatra Infanto Juvenil. Unidad de Adolescencia. Hospital Exequiel González Cortés. Servicio de Psiquiatría Infantil. Hospital Barros Luco Trudeau. Gran Avenida José Miguel Carrera 3300, San Miguel, Región Metropolitana. Santiago, Chile.

2. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Psicólogo. Av. Ignacio Carrera Pinto n°1045, Santiago, Chile.

3. Departamento de Química y Farmacia, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Químico Farmacéutico. Santos Dumont N° 964, Independencia. Santiago, Chile

4. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Unidad de Adolescencia. Universidad de Chile. Académico Instructor. Psicólogo. Unidad de Adolescencia. Hospital Exequiel González Cortés. Gran Avenida José Miguel Carrera 3300, San Miguel, Región Metropolitana. Santiago, Chile.

5. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Unidad de Adolescencia. Universidad de Chile. Profesor Asistente, postulación Profesor Asociado. Pediatra - Medicina del Adolescente. Directora Proyecto Unidad de Adolescencia en Hospital Exequiel González Cortés. Gran Avenida José Miguel Carrera 3300, San Miguel, Región Metropolitana. Santiago, Chile.

6. Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Av. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Región Metropolitana. Santiago, Chile.

Contacto: Christianne Zulic Agramunt. Manuel Montt 115. Temuco. Región Araucanía, 569 94363203, christiannezulic@gmail.com

this same age group has had an increased risk in this area. This study is a validation of the suicidal scale "OKASHA" for the population between 10 and 14 years old. The instrument presented good psychometric properties in both the prediction of real suicidal attempts and in its correlation with other risk predictors taken from literature. Due to its good predictive ability, easy administration, and the little time that is required, the instrument is ideal for being used in contexts such as in primary healthcare. It can also be used in the community, where detecting risk and referral in a timely fashion are of vital importance, especially in a population where such risk has been made invisible and for this reason, has not been detected until the final act has been accomplished.

Keywords: Suicidality, Early Adolescence, Questionnaire, Validation.

INTRODUCCIÓN

El suicidio en la población adolescente constituye un importante problema de salud pública (1). A nivel internacional en esta población, se ha encontrado una prevalencia de 14,5% de algún tipo de ideación suicida y 6,9% de por lo menos un intento suicida (2). Sin embargo, llama la atención la escasa literatura que hay al respecto, sobre todo en edades tempranas, a pesar de que se conoce que es la población donde más ha aumentado la problemática. Curtin, Warner y Hedegaard (3) reportan que el mayor incremento porcentual de suicidios, en un grupo de mujeres estadounidenses entre 1999 y 2014, fue aquel entre 10 y 14 años. En este mismo grupo etario, Kolves y De Leo (1), al analizar 81 países entre 1990 y 2009, concluyen que la prevalencia a nivel mundial en niñas muestra un leve aumento, y que dentro de las regiones con más incremento se encuentra Sudamérica. Por otra parte, la ideación suicida en adolescencia ha mostrado predecir 15 años después, en la adultez media, la presencia de comportamientos suicidas, cuadros psicopatológicos, deterioro en las relaciones interpersonales, peores estrategias de afrontamiento y autoestima (4), resaltándose la importancia de la detección y abordaje precoz. Chile posee una de las tasas de suicidio más elevada de la OCDE, alcanzando niveles altos en la

tasa de mortalidad infantil por suicidio en comparación al resto de Latinoamérica y proyectando un aumento de casos en la cohorte entre 10 y 19 años para el año 2020 (5). Al respecto, la tasa de suicidio en adolescentes entre 10 y 14 años aumentó de 1 por 100.000 a 1,9 por 100.000 entre los años 2000 y 2009. (6) Otros reportes señalan que ha sido errática considerando hasta el año 2015, donde la tasa por muerte a causa de lesiones autoinfligidas intencionalmente, resultó de 1.7 por 100.000 para ambos sexos en edades entre 10 a 14 años (10). En este contexto es que MINSAL (6) ha desarrollado el Programa Nacional de Prevención del Suicidio con el objetivo de disminuir en un 15% la tasa proyectada de suicidio adolescente para el año 2020, para lo cual propone, entre otras cosas, la detección a tiempo de los casos en riesgo. Considerándose el tamizaje como fundamental en la prevención del fenómeno, se han desarrollado instrumentos evaluadores de suicidalidad para población específicamente adolescente, sin embargo, en Chile existe una escasez de instrumentos psicométricos para estos fines (7). Urzúa y Caqueo-Urizar (8) desarrollaron una escala de 36 reactivos de tipo Likert, que evalúa riesgo de suicidio en población adolescente chilena entre 14 y 20 años, compuesta por cuatro factores: Conductas Suicidas, Satisfacción, Afecto Negativo y Sentido de Vida. Por su parte, Salvo

et al (7), en su adaptación de la escala de suicidalidad de Okasha, Lotaif y Sadek (9), obtuvo un alfa de Cronbach de 0,89 con un puntaje de corte para la subescala de ideación suicida de 5 puntos, con una alta sensibilidad (90%) y adecuada especificidad (79%), concluyéndose que resulta ser un instrumento adecuado para la pesquisa de suicidalidad para adolescentes mayores de 14 años. Sin embargo, no se cuenta con un instrumento validado para menores de dicha edad. Dentro de este contexto, surge la necesidad de contar con un instrumento validado en Chile para la población de adolescentes tempranos, que sea capaz de discriminar aquellos jóvenes en riesgo de suicidio. El desarrollo de una herramienta de este tipo permitiría auxiliar a las instituciones de salud en la evaluación temprana y rápida de los pacientes que ingresan a los servicios de atención primaria o incluso a nivel de Comunidad (escuelas u otras instituciones), asistiendo en la detección de pacientes en riesgo y de esta forma permitiendo una intervención oportuna (13). Este trabajo tiene como objetivo validar la escala de suicidalidad de Okasha et al. (9) en población chilena adolescente temprana, es decir entre 10 y 14 años (según la definición actual de adolescencia de la OMS) (10), considerando que la prevalencia en estos últimos años ha ido en aumento en este rango etario, y que Okasha ya posee una validación previa en adolescentes chilenos de enseñanza media sobre 14 años en nuestro país (7). La brevedad y fácil aplicación de la escala la hacen particularmente útil a la hora de evaluar comportamientos suicidas, debido a que las características de los pacientes que suelen responderlas (depresión, ansiedad) dificultan muchas veces su capacidad para completar escalas más extensas (11) y

permitiendo que pueda ser un instrumento de cribado, en lugares donde se aborda a una amplia población, pero donde se posee un escaso tiempo de atención, como Atención Primaria o Escuelas. De presentar buenas propiedades psicométricas, esta escala podría ofrecer un primer tamizaje que permitiría a distintos profesionales poder priorizar sus intervenciones en población de riesgo, incluso en edades tempranas, lo que permitiría disminuir no solo los intentos de suicidios, sino también las consecuencias a largo plazo y el impacto a nivel individual, familiar y social, que el fenómeno de la suicidalidad implica.

MATERIAL Y MÉTODO

Para este estudio, la **muestra** estuvo compuesta por 516 adolescentes de entre 10 y 14 años de edad ($M = 12.26$, $SD = 1.27$; 43.8% de género femenino). La información fue recolectada a través de una encuesta online autoadministrada aplicada en 7 colegios de la Región Metropolitana y uno de la región del Maule bajo supervisión docente y previa capacitación. Los colegios abordaron los diferentes estratos socioeconómicos y la selección fue por conveniencia, considerando la proximidad con la Unidad de Adolescencia y autorización de la Superintendencia de Educación de las Comunas Respectivas. Los participantes debieron firmar un asentimiento luego de haber recibido el consentimiento firmado por parte de sus padres o guardianes legales. La investigación fue aprobada por el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

APROXIMACIÓN ANALÍTICA

Con el objetivo mostrar evidencias de

validez para la escala de suicidabilidad, se analizaron criterios de validez convergente, de constructo y predictiva. Para generar evidencia de validez convergente, se utilizaron algunas escalas que han sido descritas anteriormente como buenos predictores de suicidabilidad. En este caso se utilizaron escalas de autoestima, impulsividad, apoyo social percibido y adaptabilidad familiar (12-15), evaluando la correlación entre éstas y el puntaje total de la escala. La validez de constructo se evaluó a través de análisis factorial para los 3 ítems de la escala, evaluando sus cargas, mientras que la evidencia de validez predictiva se evaluó a través de la capacidad discriminativa del puntaje total de la escala sobre las respuestas al ítem de intento de suicidio, mediante una curva ROC.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se aplicó consentimiento y asentimiento informado en todos los participantes. Se procuró que los alumnos pudieran tener privacidad en la respuesta de los cuestionarios. Los docentes estaban disponibles en caso de que lo solicitaran para pedir ayuda o resol-

ver dudas. Aquellos participantes que respondieron positivo para cualquier cuestionario, los cuales fueron identificados a través de un folio que poseía el correo electrónico creado para cada uno, se consideraron como adolescentes en riesgo y fueron derivados para atención psicológica y psiquiátrica dependiendo de la gravedad, a la Unidad de Adolescencia de la Universidad de Chile del Hospital Exequiel González Cortés.

RESULTADOS

Análisis descriptivos

A continuación, se muestran los estadísticos descriptivos para los instrumentos utilizados en el estudio. Como se observa en la tabla 1, todos los instrumentos mostraron niveles aceptables a buenos de confiabilidad. La muestra en general presenta buenos niveles de adaptabilidad familiar, apoyo social y autoestima, encontrándose todos estos niveles por sobre el promedio teórico de las escalas. Los niveles de impulsividad en la muestra se aprecian bastante altos, mientras que los niveles de suicidabilidad se observaron relativamente bajos.

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos

	<i>Rango teórico</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>α</i>
Suicidabilidad	0-3	1.19	.86	.86
Autoestima	0-3	1.91	.60	.81
Apoyo Social	0-3	2.23	.66	.89
Impulsividad	0-3	2.75	.54	.62
Adaptabilidad familiar	0-4	2.68	.74	.88

Análisis psicométricos de la escala de suicidabilidad

A través de un análisis factorial exploratorio con estimador de máxima verosimilitud se analizaron las cargas factoriales de los ítems. Considerando que la escala sólo contiene 3 ítems, la única solución aceptable es una donde los 3 ítems cargan en un mismo factor con

similitud se analizaron las cargas factoriales de los ítems. Considerando que la escala sólo contiene 3 ítems, la única solución aceptable es una donde los 3 ítems cargan en un mismo factor con

cargas factoriales adecuadas. Al realizar el análisis, se pudo comprobar que los tres ítems mostraron cargas altas (.91, .85 y .77 respectivamente), explicando un 71% de la varianza de la escala, lo cual se considera adecuado para poder señalar que los tres ítems están midiendo el mismo constructo.

Correlación entre escala de suicidalidad y otros predictores

Para generar evidencia respecto de la validez convergente del instrumento, se evaluaron las correlaciones del total de la escala (sin incluir el reactivo de intento de suicidalidad) y el resto de los predictores contenidos en el instrumento aplicado. Las correlaciones y su nivel de significancia se muestran en la tabla 2.

Curva ROC para sensibilidad en la discriminación de presencia de intentos de suicidio a través de la escala de suicidalidad.

Para encontrar evidencias de validez discriminante, es importante determinar qué tan sensible es la escala de suicidalidad al identificar intentos reales de suicidio en los adolescentes. Para esto se utilizó una curva ROC a partir del promedio de los 3 ítems de la escala de suicidalidad, sobre el cuarto ítem que pregunta acerca de intentos

de suicidio. Esta última variable, originalmente tiene una escala de respuesta de 4 puntos, pero para objetivos de este análisis, se recodificó de manera binaria (presencia o ausencia de intento de suicidio). Al analizar los resultados del análisis, este generó un área bajo la curva de .90 ($p < .001$, IC 95% [.86, .94]), mostrando así un excelente nivel discriminativo, como se muestra en la figura 1. Un área bajo la curva de .90 implica que el 90% de los casos donde exista intento de suicidio serían puntuados más altos que casos donde no existe intento de suicidio, si fuesen obtenidos de manera aleatoria. En este caso no se estableció un puntaje de corte, pues hacerlo resulta demasiado arbitrario para el objetivo del instrumento y su uso en la práctica.

DISCUSIÓN

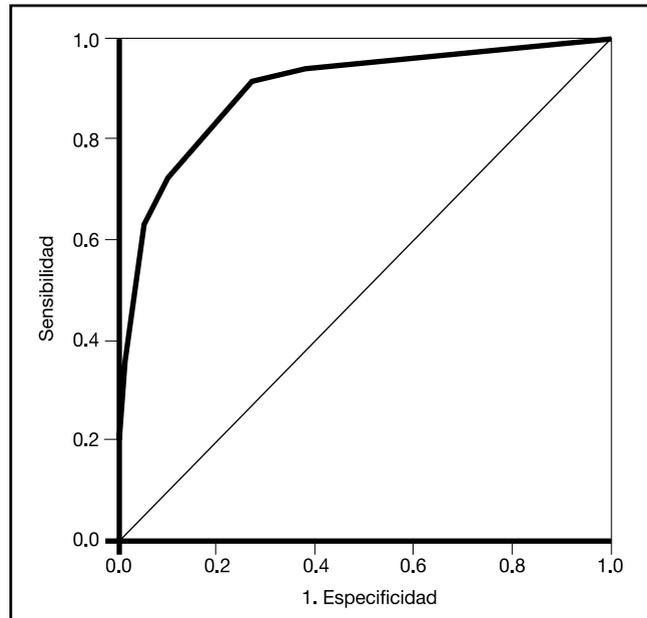
A través de los análisis realizados es posible concluir que el instrumento de suicidalidad (Okasha) presenta excelentes evidencias de validez en la población adolescente de Chile (7), aun incluyendo adolescencia temprana. No sólo presenta buena capacidad predictiva en cuanto a los intentos de suicidio, sino que también se asocia de manera significativa a otros predictores de suicidalidad ampliamente descritos en la literatura (16), por lo que es posible considerarlo como un buen

Tabla 2. Correlaciones entre suicidalidad y sus predictores

	1	2	3	4	5
1. Suicidalidad	1	-.41**	-.12**	.23**	-.26**
2. Autoestima	-	1	.13**	-.38**	.22**
3. Apoyo Social	-	-	1	-.13**	.59**
4. Impulsividad	-	-	-	1	-.14**
5. Adaptabilidad Familiar	-	-	-	-	1

** $p < 0,001$

Figura 1. Curva ROC para predicción de intentos de suicidio a través de la escala de suicidalidad



indicador del riesgo de suicidio en esta población, y especialmente como un tamizaje que permita orientar a diversos profesionales del área de la salud en la derivación oportuna de adolescentes en riesgo. Debido a las características del instrumento, como su buena capacidad predictiva y el poco tiempo necesario para su aplicación, es una excelente alternativa para ser utilizado en atención primaria (13) a modo de un screening inicial que permita detectar de manera más efectiva conductas de riesgo. No obstante, sería relevante indagar sobre si eventualmente podría ser útil también en otros contextos, como los educacionales, teniendo presente que algunos autores recomiendan que la detección, como parte primordial de la prevención, se realice desde la comunidad, teniendo presente que la accesibilidad de la población aumenta y por ende la capacidad de pesquisa y abordaje (17). No se debe olvidar que la suicidalidad es un fenómeno complejo, multicausal, que se requiere diagnosticar y abordar de manera completa,

recomendándose en aquellos casos en que se detecta riesgo, la evaluación psiquiátrica y psicológica como principal elemento diagnóstico, irremplazable por cualquier instrumento y en menores de edad, la visión de un tercero adulto, con quien tenga una relación cercana (5). Considerando lo anterior, una limitación importante de este cuestionario es que depende exclusivamente de la respuesta del adolescente (9) y más que una herramienta para dar un diagnóstico completo, se puede considerar como un instrumento de tamizaje. De todas maneras, logra entregar un primer llamado de alerta que puede ser especialmente útil en situaciones donde se posee un escaso tiempo de atención y se debe cumplir con un alto rendimiento, como es la atención primaria de salud, o tal como se señaló previamente o a nivel comunitario, debido a que es autocompletado y permite su administración por personas ajenas al área de la salud, teniendo presente que la interpretación sí debería ser acompañada por expertos (17).

Cabe resaltar la importancia de realizar el screening a temprana edad, no solo porque el impacto en la prevención será mayor (18), sino también por el alto riesgo que hasta la fecha ha sido invisibilizado en los menores, especialmente teniendo en cuenta que entre los 10 y 14 años sobresale una alta impulsividad, predictor importante del riesgo de suicidio, tal como señalan los resultados de este estudio. A esta variable, se suma la menor sospecha por parte del personal de la salud y comunidad, de que esta población realice este tipo de eventos, debido a la escasa literatura en esta brecha etaria (19), lo que ha llevado a que no esté interiorizado cómo un grupo de principal abordaje y de riesgo. Probablemente, esto esté relacionado al alza actual en adolescentes menores de 15 años, la cual sorprende, considerando las estadísticas ya mencionadas (20), debido a que previamente el énfasis se colocaba de manera exclusiva en los mayores de 15 años, cuando se hablaba del suicidio cómo fenómeno (16). Por otro lado, se recomienda estudiar el instrumento de manera longitudinal para establecer su validez predictiva respecto de la conducta suicida de los adolescentes. En estudios anteriores, se ha visto que sobre todo la última pregunta de este cuestionario, ha mostrado buen poder predictivo sobre los intentos futuros de suicidio de los adolescentes (6-7) y es importante replicar este hallazgo en población chilena, así como también los hallazgos aquí expuestos en adolescentes en contexto de atención primaria que hayan tenido o estén en riesgo de conductas suicidas. También es relevante entender la relación de las conductas suicidas con otras variables conductuales, como la presencia de autoagresiones y otros fenómenos que la literatura muestra como asociados

a la conducta suicida, incluso en edades tempranas (18-19). En conclusión, este instrumento ayuda a identificar ideación suicida y eventualmente prevenir intentos de suicidio antes de que estos ocurran en población de menor de edad, antes de la etapa de mayor prevalencia que es después de los 14 años (27, 38). Un instrumento como este, debiese ser prioritario en atención primaria y, eventualmente, en la escuela u otros espacios comunitarios, ya que son los contextos donde es posible prevenir de manera externa este tipo de conductas, y tomar acciones al respecto, espacios que permiten un mayor acceso a la población (17). Este tipo de prevención debiese ser una responsabilidad comunitaria y la atención primaria debería poder hacerse cargo de manera preventiva (17). Este instrumento es una guía para el reconocimiento de adolescentes en riesgo, incluso menores de 14 años. Se debe considerar como una herramienta de fácil y corta aplicación, que permite la identificación oportuna, independiente de que distintas respuestas pueden dar paso a diferentes criterios de derivación, no obstante, cualquier respuesta positiva en el instrumento indica riesgo y se debería poner la suficiente atención para tomar las medidas más adecuadas al respecto, que permitieran llegar antes del acto suicida propiamente tal, sobre todo en edades tempranas.

REFERENCIAS

1. Kőlves K & De Leo D. Suicide rates in children aged 10-14 years worldwide: changes in the past two decades. *The British Journal of Psychiatry* 2014; 205(4): 283-285. doi: 10.1192/bjpp.114.144402
2. Cash SJ & Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal

- behavior. *Current opinion in pediatrics* 2009; 21(5): 613-619. doi: 10.1097/MOP.0b013e32833063e1
3. Curtin SC, Warner M & Hedegaard H. Increase in suicide in the United States, 1999–2014. NCHS data brief, no 241. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2016. Recuperado de <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db241.pdf>
 4. Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR & Fitzmaurice GM. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(7): 1226-1232. doi: 10.1176/appi.ajp.163.7.1226
 5. Echávarri O, Maino M, Fischman R, Morales S & Barros J. Aumento sostenido del suicidio en Chile: Un tema pendiente. *Temas de la Agenda Pública* 2015; 10(79): 1-14.
 6. Ministerio de Salud. (2013). Norma General Administrativa N 027. Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su implementación. Departamento de Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
 7. Salvo L, Melipillán R & Castro A. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2009; 47(1): 16-23. doi: 10.4067/S0717-92272009000100003
 8. Urzúa A & Caqueo-Urizar A. Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica* 2011; 10(3): 721-734.
 9. Okasha A, Lotaif F & Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1981; 63(5): 409-415. doi:10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x
 10. Ministerio de Salud (2018). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada 2018. Subsecretaría de Salud Pública. División Prevención y Control de enfermedades. Departamento de Cclo Vital. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
 11. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS & Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry* 2000; 22(6): 445-451. doi: 10.1016/S0163-8343(00)00106-7
 12. Rojas-Barahona CA, Zegers B & Förster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile* 2009; 137(6): 791-800. doi: 10.4067/S0034-98872009000600009
 13. Salvo L & Castro A. Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2013; 51(4): 245-254. doi: 10.4067/S0717-92272013000400003
 14. Zegers B, Larraín ME, Polaino-Lorente A, Trapp A & Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2003; 41(1): 39-54. doi: 10.4067/

Trabajos Originales

- S0717-92272003000100006
15. Mosqueda A, Mendoza S, Jofré V & Barriga OA. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global* 2015; 14(39): 125-136.
 16. Salvo L & Melipillán R. Predictores de Suicidalidad en Adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría* 2008. 46(2):115-123 doi: 10.4067/S0717-92272008000200005.
 17. Baader MT, Urra PE, Millán, AR & Yáñez, ML. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica las Condes* 2012; 22(3): 303-309. doi: 10.1016/S0716-8640(11)70430-8
 18. Hawton K, O'Connor RC & Saunders KE. Suicidal Behavior and Self-Harm. En A. Thapar, D. Pine, J. Leckman, S. Scott, M. Snowling & E. Taylor, Editores, *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford, UK: Wiley Blackwell.; 2015. p. 893-910 doi: 10.1002/9781118381953
 19. Giannetta MM, Betancourt LM, Brodsky NL, Wintersteen MB, Romer D, Giannetta JM & Hurt H. Suicidal ideation and self-harm behavior in a community sample of preadolescent youth: A case-control study. *Journal of Adolescent Health* 2012; 50(5): 524-526. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.09.013
 20. Gómez A. Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2012; 23(5): 607-615. doi:10.106S0716-8640(12)70355-3.