



Revista de Psicología

ISSN: 0716-8039

revista.psicologia@facso.cl

Universidad de Chile

Chile

Leiva -Bianchi, Marcelo; Soto- Escalona, Pablo; Serrano, Carlos
Ideación suicida y estrés postraumático después del terremoto y tsunami del 27-F
Revista de Psicología, vol. 26, núm. 1, 2017, pp. 1-8
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26452899003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Ideación suicida y estrés postraumático después del terremoto y tsunami del 27-F

Suicidal Ideation and Post-Traumatic Stress After the 27F Earthquake and Tsunami

Marcelo Leiva-Bianchi, Pablo Soto-Escalona, & Carlos Serrano
Universidad de Talca, Talca, Chile

Este estudio identifica la prevalencia de ideación suicida y su relación con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en personas afectadas por el terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 en Chile. Se aplicó a 247 participantes la Escala de Trauma de Davidson y un ítem del instrumento SPRINT-E que mide ideación suicida. Se encontró un 8,9% de prevalencia de ideación suicida, mientras que el 4,9% presenta ideación suicida y TEPT con una pauta de asociación importante ($r = 4,4$; $CC = ,267$) y una correlación significativa entre estos factores ($r = ,277$; $p < ,05$). Además, desempeñarse como ama de casa, tener un familiar afectado por el desastre, y tener TEPT son los principales factores de riesgo para la ideación suicida. Se recomienda a la red de salud tenerlos presentes a la hora de evaluar e intervenir poblaciones afectadas por desastres.

Palabras clave: prevalencia, ideación suicida, trastorno de estrés postraumático, terremotos, tsunamis.

This study identifies the prevalence of suicidal ideation and its relationship with post-traumatic stress disorder (PTSD) in people affected by the earthquake and tsunami that occurred in Chile on February 27th 2010. Davidson Trauma Scale and an item from SPRINT-E that measures suicidal ideation were applied to 247 participants. An 8.9% prevalence of suicidal ideation was found, while 4.9% presents suicidal ideation and PTSD with an important pattern of association ($r = 4.4$; $CC = .267$) and a significant correlation between these factors ($r = .277$; $p < .01$). In addition, performing as a housewife, having a family member affected by the disaster, and have PTSD are major risk factors for suicidal ideation. It is recommended that the health network begin considering these factors when assessing and intervening populations affected by disasters.

Keywords: prevalence, suicidal ideation, post-traumatic stress disorder, earthquakes, tsunamis.

Proyecto Fondecyt iniciación 11121330.

Contacto: C. Serrano. Facultad de Psicología, Universidad de Talca, Av. Lircay s/n, Talca, Chile. Correo electrónico: cserrano@utalca.cl

Cómo citar: Leiva-Bianchi, M., Soto-Escalona, P., & Serrano, C. (2017). Ideación suicida y estrés postraumático después del terremoto y tsunami del 27-F. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-8.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46445>

Introducción

Cuando se habla de suicidio se tiende a pensar en una persona quitándose la vida. Sin embargo, es algo más amplio que ese acto. Antes de consumir el hecho, todo comienza con las ideas y conductas suicidas. Estas conductas se refieren a las ideaciones, las amenazas o intentos de darse muerte (Viñas Poch, Jane Ballabriga, & Domènech Llaberia, 2000). De hecho, estas conductas se dan como un continuo, en el cual, la ideación suicida correspondería al primer paso para el acto consumado (Chioqueta & Stiles, 2007; González Forteza, Ramos Lira, Caballero Gutiérrez, & Wagner Echeagarray, 2003; Viñas Poch et al., 2000).

En el continuo de las conductas suicidas se observan las etapas de ideación pasiva, contemplación del suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y, finalmente, suicidio consumado (Rich, Kirkpatrick-Smith, Bonner, & Jans, 1992). Estas etapas pueden ser o no sucesivas, y pasar por una o varias no implica pasar por las otras (González Forteza et al., 2003). Sin embargo, los deseos de morir y las amenazas sí preceden a las tentativas, las cuales, a su vez, anteceden a los suicidios consumados.

Desde luego, existen excepciones en las que la acción suicida no se origina gradualmente (Wilde, Kienhorst, & Diekstra, 1996). Como regla general, las personas con pensamientos suicidas podrían tener una mayor probabilidad de intentar suicidarse; de hecho, la transición desde la ideación suicida hasta al primer intento de suicidio es de 60% en el primer año desde el inicio de la ideación (Nock et al., 2008).

Ahora bien, ¿qué factores podrían estar relacionados con los pensamientos suicidas? Se sabe que los trastornos psiquiátricos se relacionan con la intención de suicidio y el suicidio, además de ser los factores de riesgo más frecuentemente identificados (Nock et al., 2008). Incluso en autopsias psicológicas realizadas a víctimas suicidas, se ha registrado que el 90% sufría de alguna enfermedad mental al momento de su muerte (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Asimismo, hay estudios que relacionan ideación suicida con síntomas de depresión, otros pensamientos disfuncionales, y eventos de vida

negativos o potencialmente traumáticos como los desastres (Rosselló & Berríos Hernández, 2004).

Estos eventos, naturales o provocados por los seres humanos, y que incluyen desde accidentes tecnológicos hasta guerras, crisis sociales y políticas, traen consecuencias que perduran en el tiempo (Páez, Fernández, & Beristain, 2001). Un ejemplo sería el terremoto y/o tsunami del 27 de febrero de 2010 (27-F), de magnitud 8,8° en la escala de Richter, que impacto principalmente las zonas del Libertador Bernardo O'Higgins, Maule y Biobío con aproximadamente 3,85 millones de habitantes (Larrañaga & Herrera, 2010). En los eventos potencialmente traumáticos las personas están expuestas a hechos que sobrepasan sus capacidades para enfrentar estas situaciones, impactándolas psicológica y socialmente, tanto en el corto como en el largo plazo (Rochanakorn, 2007). Y aunque pueden estar expuestas a un mismo evento, no todas responderán de la misma manera (Bonanno, 2004).

El problema de salud mental más estudiado después de un desastre es el estrés postraumático (TEPT; Goenjian et al., 2000). El TEPT puede ir acompañado por depresión, abuso de sustancias u otros trastornos de ansiedad (Diaconu, 2010). Este trastorno posee criterios diagnósticos bien definidos. Un criterio es la reexperimentación, es decir, la persona está bajo un gran malestar producto de los recuerdos y pensamientos en torno al evento, los cuales invaden su conciencia mediante sueños, sensación de vivir nuevamente lo acontecido, ilusiones e, incluso, alucinaciones. Un segundo criterio es la evitación y embotamiento, según el cual la persona evita cualquier pensamiento, sensación o conversación sobre el tema, lo que va acompañado de una sensación de desapego con sus cercanos y desesperanza por el futuro. Y el tercer criterio es la hiperactivación, es decir, la excesiva actividad fisiológica, traducida en dificultades para conciliar el sueño, irritación, poca concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Cada uno de estos criterios debe prolongarse por más de un mes y afectar la vida cotidiana de la persona (American Psychological Association [APA], 2002; Cairo et al., 2010). En algunos casos los síntomas podrían surgir hasta seis meses o más después del evento (Priebe et al., 2009).

En cuanto a la relación existente entre ideación suicida y TEPT, la presencia de este trastorno podría desencadenar ideaciones y otras conductas suicidas (Serrano, Ortiz, & Bohórquez, 2009; Sher, Braquehais, & Casas, 2012). Entre la población general, quienes presentan TEPT tienen 14,9 veces más probabilidades de cometer intentos suicidas que quienes no lo presentan (Oquendo et al., 2005). Por otra parte, entre refugiados que han sufrido trauma severo, existe el 95% de comorbilidad entre estos padecimientos (Ferrada-Noli, Asberg, Ormstad, Lundin, & Sundbom, 1998). Asimismo, entre veteranos de guerra, el TEPT es el segundo factor con mayor riesgo para producir ideación suicida después de los trastornos depresivos (Lemaire & Graham, 2011), llegando a ser cuatro veces más los veteranos que tienen ideaciones suicidas y TEPT que quienes no los presentan (Jakupcak et al., 2009). Después de un terremoto, se espera que entre el 11% y el 17% de las personas presenten ideación suicida (Chen et al., 2001; Vehid, Alyanak, & Eksi, 2006).

A partir de los estudios revisados y los datos presentados anteriormente, es posible observar que la comorbilidad entre ideación suicida y TEPT después de terremotos ha sido escasamente investigada.

En concordancia con lo anterior, el presente estudio tiene por objetivo identificar la prevalencia de ideación suicida y su relación con el estrés postraumático en personas que vivieron el terremoto ocurrido en Chile el 27 de febrero de 2010, en la ciudad de Talca, y el terremoto y el tsunami en la ciudad de Constitución, en la misma fecha.

Método

Diseño y procedimiento

Estudio no experimental, transversal y descriptivo-correlacional. La recolección de los datos fue realizada por personas capacitadas para la aplicación de los instrumentos de autoinforme en los siguientes aspectos: explicación de objetivos, voluntariedad, confidencialidad, duración del diagnóstico (30 minutos), posible orientación posterior al estudio, preguntas realizadas y cómo responderlas según la escala utilizada. Cada participante fue medido en un solo momento (septiembre de 2010) y las

variables no se manipularon de manera intencionada.

Participantes

La muestra corresponde a 247 personas seleccionadas de manera intencionada y cuyas edades fluctúan entre los 18 y 65 años ($M = 36,03$; $DT = 11,09$), habitantes de Talca y Constitución (Región del Maule), ciudades fuertemente afectadas por el 27-F. La participación fue voluntaria, y los objetivos e intereses de la investigación fueron informados a cada participante mediante un consentimiento informado. La investigación fue aprobada por el comité de ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca.

Instrumentos

Para medir TEPT se utilizó la Escala de Trauma de Davidson (DTS por su nombre en inglés Davidson Trauma Scale; Davidson et al., 1997). La DTS está compuesta por 17 ítems, de los cuales cada uno corresponde a uno de los 17 síntomas de TEPT según el DSM-IV, ordenados en tres dimensiones (reexperimentación, evitación/embotamiento e hiperactivación). En cada ítem la persona realiza dos evaluaciones en escalas de 0 a 4, para frecuencia (0 = *nunca*, 1 = *a veces*, 2 = *2-3 veces*, 3 = *4-6 veces*, 4 = *a diario*) e intensidad (0 = *nada*, 1 = *leve*, 2 = *moderada*, 3 = *marcada*, 4 = *extrema*) del síntoma que ha experimentado. Un puntaje superior o igual a 50 indica la presencia de TEPT. Su coeficiente de fiabilidad de alfa de Cronbach es de ,933.

Para medir la presencia o ausencia de ideación suicida se incluyó un ítem del instrumento SPRINT-E validado en Chile (Leiva-Bianchi & Gallardo, 2013): “¿Hay alguna posibilidad de que usted tenga deseos de herirse o suicidarse?”. El ítem fue dicotomizado en los valores 0 (*Ausencia de ideación suicida*) y 1 (*Presencia de ideación suicida*). El coeficiente de fiabilidad de alfa de Cronbach de la escala validada es de ,916.

Para acceder a factores sociodemográficos de los participantes se les preguntó por el sexo (1 = hombre, 2 = mujer), estado civil (1 = soltero, 2 = convive, 3 = casado, 4 = separado, 5 = divorciado, 6 = viudo), creencias religiosas (1 = católica, 2 = protestante, 3 = agnóstica, 4 = atea, 5 = otra, 6 = no informado), y actividad (1 = profesor colegio, 2 = ama de casa, 3 = trabajador

centro de salud, 4 = funcionario público, 5 = estudiante universitario, 6 = no informado). A su vez, se registró el lugar de residencia (0 = interior o Talca, 1 = costa o Constitución), daño sufrido por la vivienda (0 = sin daños, 1 = grietas, 2 = caída de muros o techos, 3 = pérdida total), pérdida de enseres (0 = sin pérdidas, 1 = con pérdidas), presencia de al menos un familiar accidentado, fallecido o desaparecido (0 = no, 1 = sí), la cual correspondería a información de exposición, es decir qué tan expuesto o no estuvieron los participantes al evento terremoto y/o tsunami. Como último dato se registró si la persona ha recibido algún tipo de ayuda por parte del estado (0 = sin ayuda, 1 = con ayuda).

Análisis de datos

Se detectó la presencia de ideación suicida (0 = ausencia, 1 = presencia) cuando el puntaje del ítem SPRINT-E era mayor o igual a 1 (1 a 4). Se detectó un caso de TEPT (0 = ausencia, 1 = presencia) cuando el total de la DTS era mayor al puntaje de corte (50 puntos o más). Luego se realizaron tablas de contingencia para identificar la prevalencia de ideación suicida de cada uno de los factores. Para identificar una mayor proporción de casos en comparación con sus respectivos totales y pautas de asociación significativa, se utilizó residuos tipificados corregidos ($rtc < -1,96$ o $rtc > 1,96$) y coeficiente de contingencia (CC) respectivamente. Para aquellas variables dicotómicas cuya asociación resultó ser significativa, se calculó la razón de ventajas u odds ratio (OR). Todos los análisis se realizaron en SPSS para Windows, versión 14.

Resultados

El 8,9% de los sujetos presenta ideación suicida mientras que el 4,9% presenta ideación suicida y TEPT. También se observa una pauta de asociación importante ($rtc = 4,4$; $CC = ,267$; $p < ,05$) entre ideación suicida y TEPT. Hay más casos de ideación suicida y TEPT que lo esperado, es decir los residuos no se distribuyen normalmente (ver tabla 1).

Al comparar la presencia de ideación suicida por sexo, se observa que las mujeres presentan una prevalencia de 6,1% ($rtc = 1,4$) y los hombres 2,8% ($rtc = -1,4$). Sin embargo, no existe una

diferencia significativa entre ambos sexos ($p = ,18$). Entre quienes no tuvieron un familiar accidentado, se observa que presentan una menor prevalencia de ideación suicida (6,6%; $rtc = -3,2$) comparados con quienes sí tuvieron familiares accidentados (23,5%; $rtc = -3,2$; $OR = 4,37$). Referido a la actividad de las personas, quienes tienen mayor prevalencia son las amas de casa (4,9%; $rtc = 2,7$; $OR = 3,23$), y quienes tienen menor prevalencia son los trabajadores de centro de salud (0,8%; $rtc = -2,1$). En cuanto a las personas que presentan TEPT tienen mayor prevalencia de ideación suicida (4,9%; $rtc = 4,4$; $OR = 6,30$) que aquellos que no tienen TEPT (4,0%; $rtc = -4,4$).

Discusión y conclusiones

Se registraron 22 casos con presencia de ideación suicida en los encuestados posterremoto, lo cual equivale al 8,9% de la muestra. En comparación con la prevalencia de ideación suicida después de terremotos dada en otros estudios (Chen et al., 2001; Vehid et al., 2006;), la encontrada aquí fue levemente menor. Respecto de la prevalencia de ideación suicida según el sexo, no se detectó una mayor prevalencia entre las mujeres como lo plantean otras investigaciones (Hur et al., 2008; Sarmiento Silva & Aguilar Villalobos, 2011). Esto parece indicar que la condición de ser o no mujer no estaría a la base de la ideación.

Según los resultados es más importante la ocupación de las personas, dada la mayor cantidad de casos entre las amas de casa (todas ellas mujeres), y la menor entre los trabajadores de centro de salud. De esta manera, es posible establecer grupos con mayor riesgo de presentar ideación suicida (amas de casa) y grupos más resistentes (trabajadores de centro de salud). Es importante destacar que si una persona se encuentra dentro de uno de estos grupos no quiere decir necesariamente que presentará ideación suicida, solo indica una mayor probabilidad. Por ejemplo, las amas de casa presentarían un riesgo cuatro veces mayor de presentar ideación suicida, esto es, aproximadamente 16 de cada 100 amas de casa presentarían esta ideación. Esto muestra que ser ama de casa es un factor de riesgo después de desastres.

Tabla 1
Prevalencia ideación suicida por grupos

| Variable | Grupo | Total grupo | Preval. ideación | Casos ideación | % casos total grupo | rtc |
|---------------------|---------------------------|-------------|------------------|----------------|---------------------|--------------|
| Sexo | Hombre | 51 | 2,8 | 7 | 13,7 | 1,4 |
| | Mujer | 196 | 6,1 | 15 | 7,7 | -1,4 |
| Estado civil | Soltero/a | 82 | 2,8 | 7 | 8,5 | -0,1 |
| | Convive | 27 | 1,6 | 4 | 14,8 | 1,1 |
| | Casado/a | 117 | 4,5 | 11 | 9,4 | 0,3 |
| | Separado/a | 14 | 0,0 | 0 | 0,0 | -1,2 |
| | Divorciado/a | 5 | 0,0 | 0 | 0,0 | -0,7 |
| | Viudo/a | 2 | 0,0 | 0 | 0,0 | -0,4 |
| Lugar de residencia | Interior | 61 | 2,0 | 5 | 8,2 | -0,2 |
| | Costa | 186 | 6,9 | 17 | 9,1 | 0,2 |
| Daño en la vivienda | Sin daños | 123 | 4,5 | 11 | 8,9 | 0,0 |
| | Grietas | 67 | 2,8 | 7 | 10,4 | 0,5 |
| | Caída de muros/techo | 27 | 0,8 | 2 | 7,4 | -0,3 |
| | Pérdida total | 30 | 0,8 | 2 | 6,7 | -0,5 |
| Pérdida de enseres | No | 116 | 4,5 | 11 | 9,5 | -0,3 |
| | Sí | 131 | 4,5 | 11 | 8,4 | 0,3 |
| Creencia religiosa | Católica | 180 | 6,5 | 16 | 8,9 | 0,0 |
| | Protestante | 18 | 0,8 | 2 | 11,1 | 0,3 |
| | Agnóstica | 21 | 0,8 | 2 | 9,5 | 0,1 |
| | Atea | 4 | 0,4 | 1 | 25,0 | 1,1 |
| | Otras | 22 | 0,4 | 1 | 4,5 | -0,8 |
| | No informado | 2 | 0,0 | 0 | 0,0 | -0,4 |
| Ayuda estado | No | 177 | 7,3 | 18 | 10,2 | 1,1 |
| | Sí | 70 | 1,6 | 4 | 5,7 | -1,1 |
| Fam. accidentado | <i>No</i> | <i>213</i> | <i>5,7</i> | <i>14</i> | <i>6,6</i> | <i>-3,2*</i> |
| | <i>Sí</i> | <i>34</i> | <i>3,2</i> | <i>8</i> | <i>23,5</i> | <i>3,2*</i> |
| Fam. fallecido | No | 228 | 8,1 | 20 | 8,8 | -0,3 |
| | Sí | 19 | 0,8 | 2 | 10,5 | 0,3 |
| Fam. desaparecido | No | 242 | 8,5 | 21 | 8,7 | -0,9 |
| | Sí | 5 | 0,4 | 1 | 20,0 | 0,9 |
| Actividad | Profesor colegio | 16 | 0,8 | 2 | 12,50 | 0,5 |
| | <i>Ama de casa</i> | <i>73</i> | <i>4,9</i> | <i>12</i> | <i>16,4</i> | <i>2,7*</i> |
| | <i>Trab. centro salud</i> | <i>70</i> | <i>0,8</i> | <i>2</i> | <i>2,9</i> | <i>-2,1*</i> |
| | Est. Universitario | 27 | 1,6 | 4 | 14,8 | 0,7 |
| | No informado | 61 | 0,8 | 2 | 3,3 | -1,8 |
| | | | | | | |
| TEPT | <i>Sí</i> | <i>48</i> | <i>4,9</i> | <i>12</i> | <i>25,0</i> | <i>4,4*</i> |
| | <i>No</i> | <i>199</i> | <i>4,0</i> | <i>10</i> | <i>5,0</i> | <i>-4,4*</i> |
| Amas Casa | <i>Si</i> | <i>73</i> | <i>4,9</i> | <i>12</i> | <i>16,4</i> | <i>2,7*</i> |
| | <i>No</i> | <i>174</i> | <i>4,0</i> | <i>10</i> | <i>5,7</i> | <i>-2,7*</i> |

Nota: En negrita y cursiva, grupos con mayores proporciones de casos; en subrayado y cursiva, grupos con menores proporciones (comparadas con sus respectivos totales); rtc = residuos tipificados corregidos.

* $p < ,05$.

Los resultados referidos a las amas de casa se pueden explicar porque realizan un trabajo no reconocido socialmente como tal y que no posee

la protección social de otras actividades (e.g., remuneraciones, vacaciones). Un factor importante para el surgimiento de ideaciones

suicidas es la cantidad y calidad de los eventos estresantes. Se sabe que a mayor cantidad de eventos estresantes, mayor probabilidad de ideación suicida (Villalobos, 2007), y si son cotidianos, marcan el surgimiento de las primeras ideaciones (Sandin, Chorot, Santed, Valiente, & Joiner, Jr., 1998). Las amas de casa están en un ambiente de labor constante y cotidiana, probablemente sin descanso, lo cual favorecería el surgimiento de este tipo de ideas.

La situación de los trabajadores de centro de salud es distinta, por cuanto ellos tienen mayor protección laboral y probablemente mayores conocimientos de salud. La misma explicación podría darse para la mayor probabilidad de ideación suicida entre quienes tienen un familiar afectado. Es decir, el estrés de tener un familiar afectado por un desastre estaría explicando que aproximadamente 24 de cada 100 personas en esta condición tengan ideaciones suicidas, lo que representa un riesgo 4 veces mayor.

En cuanto a la relación entre TEPT e ideación suicida, 12 de las 22 personas que presentan ideaciones tienen este trastorno. Este resultado va en la línea de lo evidenciado en investigaciones anteriores, donde se identificó al TEPT como un predictor de las conductas suicidas (Serrano et al., 2009; Sher et al., 2012). De esta manera es posible indicar que aquellas personas que presentan el trastorno tienen mayor probabilidad de mantener ideas suicidas. Otros autores plantean que trastornos o desórdenes mentales influyen en la presencia y origen de ideación suicida (Nock et al., 2008; Sareen et al., 2005).

En resumen y para efectos de la intervención psicosocial después de desastres, existen los siguientes factores de riesgo para la ideación suicida: la presencia de TEPT, desempeñarse como ama de casa y tener un familiar accidentado después del desastre. Se recomienda a la red de salud tenerlos presentes al diagnosticar personas y planificar intervenciones para enfrentar los efectos generados por los desastres.

Finalmente, se deben tener en consideración las limitaciones del estudio. Inicialmente se encuentra el método de selección de la muestra, pues es un muestreo no probabilístico, por lo cual no podemos generalizar en la población los resultados obtenidos en una muestra no representativa. Además es un estudio transversal, descriptivo-correlacional y los resultados

muestran asociaciones entre las variables estudiadas, por consiguiente no se puede considerar que el TEPT, ser ama de casa y tener un familiar accidentado explicaría la variable dependiente, sino que dichas condiciones solo tienen relación o son factores de riesgo de la prevalencia en ideación suicida.

Referencias

- American Psychological Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
Recuperado de <http://bit.ly/2srVjmo>
- Cairo, J. B., Dutta, S., Nawaz, H., Hashmi, S., Kasl, S., & Bellido, E. (2010). The prevalence of posttraumatic stress disorder among adult earthquake survivors in Peru. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 4(1), 39-46.
<http://dx.doi.org/10.1017/S1935789300002408>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
<http://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Chen, C. C., Yeh, T. L., Yang, Y. K., Chen, S. J., Lee, I. H., Fu, L. S., ... Si, Y. C. (2001). Psychiatric morbidity and post-traumatic symptoms among survivors in the early stage following the 1999 earthquake in Taiwan. *Psychiatry Research*, 105(1-2), 13-22.
[http://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00334-1](http://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00334-1)
- Chioqueta, A. P. & Stiles, T. C. (2007). The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation. *Crisis*, 28(2), 67-73.
<http://doi.org/10.1027/0227-5910.28.2.67>
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., ... Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27(1), 153-160.
<http://doi.org/10.1017/S0033291796004229>
- Diaconu, D. (2010). *El trastorno por estrés post traumático (TEPT) de origen laboral*. Barcelona, España: Universitat Pompeu Fabra.
- Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T., & Sundbom, E. (1998). Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 103-112.

- <http://doi.org/10.1023/A:1024461216994>
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-916.
<http://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.911>
- González Forteza, C., Ramos Lira, L., Caballero Gutiérrez, M. A., & Wagner Echeagarray, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
Recuperado de <http://bit.ly/2shLr09>
- Hur, J.-W., Lee, B.-H., Lee, S.-W., Shim, S.-H., Han, S.-W., & Kim, Y.-K. (2008). Gender differences in suicidal behavior in Korea. *Psychiatry Investigation*, 5(1), 28-35.
<http://doi.org/10.4306/pi.2008.5.1.28>
- Jakupcak, M., Cook, J., Imel, Z., Fontana, A., Rosenheck, R., & McFall, M. (2009). Posttraumatic stress disorder as a risk factor for suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 303-306.
<http://doi.org/10.1002/jts.20423>
- Larrañaga, O. & Herrera, R. (2010). *Encuesta Post Terremoto: Principales resultados. Efectos en la calidad de vida de la población afectada por el terremoto/tsunami*. Santiago, Chile.
- Leiva-Bianchi, M. C. & Gallardo, I. (2013). Validation of the Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E) in a sample of people affected by F-27 Chilean earthquake and tsunami. *Anales de Psicología*, 29(2), 328-334.
<http://doi.org/10.6018/analesps.29.2.130681>
- Lemaire, C. M. & Graham, D. P. (2011). Letters to the Editor. *Medical Teacher*, 33(3), 254-257.
<http://doi.org/10.3109/0142159X.2011.560802>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
<http://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Oquendo, M., Brent, D. A., & Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Mann, J. J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: Factors mediating the association with suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 560-566.
Recuperado de <http://fla.st/2sGXDYN>
- Páez, D., Fernández, I. & Martín Beristain, C. (2001). Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. En C. San Juan (Ed.), *Catástrofes y ayuda en emergencia: estrategias de evaluación, prevención y tratamiento* (pp. 85-148). Barcelona, España: Icaria.
- Priebe, S., Grappasonni, I., Mari, M., Dewey, M., Petrelli, F., & Costa, A. (2009). Posttraumatic stress disorder six months after an earthquake. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(5), 393-397.
<http://doi.org/10.1007/s00127-008-0441-y>
- Rich, A. R., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R. L., & Jans, F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 22(3), 364-373.
<http://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1992.tb00741.x>
- Rochanakorn, K. (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva, Switzerland: Inter-Agency Standing Committee.
Recuperado de <http://bit.ly/1BkKK05>
- Rosselló, J. & Berríos Hernández, M. N. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 295-302.
Recuperado de <http://bit.ly/2tELXTR>
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M. A., Valiente, R. M., & Joiner, Jr., T. E. (1998). Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress process perspective. *Journal of Adolescence*, 21(4), 415-426.
<http://doi.org/10.1006/jado.1998.0172>
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J. G., ten Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249-1257.
<http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.11.1249>
- Sarmiento Silva, C. & Aguilar Villalobos, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(1), 25-30.
Recuperado de <http://bit.ly/2tjEvOt>
- Serrano, A. M., Ortiz, D. A., & Bohórquez, A. P. (2009). Frecuencia de las co-morbilidades psiquiátricas del eje I en los pacientes con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. *Revista Med*, 17(1), 20-25.
Recuperado de <http://bit.ly/2rMP8Yf>
- Sher, L., Braquehais, M. D., & Casas, M. (2012). Posttraumatic stress disorder, depression, and suicide in veterans. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 79(2), 92-97.
<http://doi.org/10.3949/ccjm.79a.11069>
- Vehid, H. E., Alyanak, B., & Eksi, A. (2006). Suicide

ideation after the 1999 earthquake in Marmara, Turkey. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 208(1), 19-24.

<http://doi.org/10.1620/tjem.208.19>

Villalobos, F. (2007). Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Revista Centro de Estudios En Salud*, 1(8), 126-141.

Recuperado de <http://bit.ly/2rI7tuw>

Viñas Poch, F., Jane Ballabriga, M. C., & Domènech Llaberia, E. (2000). Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema*, 12(4), 594-598.

Recuperado de <http://bit.ly/2srT1Un>

Wilde, E. J., Kienhorst, I. C., & Diekstra, R. F. (1996). El suicidio en la adolescencia. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes* (pp. 309-332). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Fecha de recepción: 28 de noviembre de 2016

Fecha de aceptación: 1 de junio de 2017