

ARTÍCULO ORIGINAL

Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia

Risk factors related to suicidal behavior in childhood and adolescence

Dra. Ariane Hernández Trujillo,¹ Dra. Irina Eiranova González- Elías¹¹ y Lic. Yelina M. López Acosta¹¹¹

¹ Hospital Infantil Docente Norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Policlínico "Ernesto Che Guevara", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹¹ Policlínico Docente "Armando García Aspurú", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de la provincia de Santiago de Cuba en el 2010, a fin de describir los factores relacionados con la conducta suicida en 26 de 31 adolescentes de 11 a 17 años, atendidos en dicha institución durante ese período. Se halló que el grupo más afectado fue el de 14 - 15 años, con primacía del sexo femenino. Entre los factores de riesgo predominantes figuraron, por citar los principales en la casuística: los maltratos físicos y psicológicos como las humillaciones efectuadas por los propios padres; la falta de redes de apoyo familiar en la mayoría de ellos; la ausencia de solución de sus problemas; la ingestión de medicamentos para suicidarse, fundamentalmente psicofármacos, así como la depresión y el consumo de alcohol como antecedentes patológicos familiares.

Palabras clave: adolescente, conducta suicida, factor de riesgo, funcionamiento familiar, psiquiatría infantojuvenil, promoción de salud, hospital infantil.

ABSTRACT

An observational, descriptive and cross sectional study was carried out in "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" Teaching Northern Pediatric Hospital from Santiago de Cuba province in 2010, in order to describe the factors related to the suicidal behavior in 26 of 31 adolescents from 11 to 17 years, assisted in this institution during that period. It was found that the most affected group was that of 14-15 years, with prevalence of the female sex. Among the predominant risk factors there were, as the main ones in the case material: the physical and psychological abuses as the humiliations carried out by parents; the lack of family support groups in most of them; the absence of solution to their problems; the drugs ingestion to commit suicide, fundamentally psychodrugs, as well as depression and the alcohol consumption as family pathological history.

Key words: adolescent, suicidal behavior, risk factor, family functioning, child and adolescent psychiatry, health promotion, pediatric hospital.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas actuales más acuciantes a los que se enfrenta el profesional de la salud mental, es la conducta suicida, pues cada año aumentan los fallecidos por esa causa y los que intentan consumar el hecho, con el consecuente lastre psicológico, sociológico y asistencial para ellos, sus familiares y el equipo médico que les atiende en tan lamentable situación.

El intento suicida es cualquier acción mediante la cual el individuo se autolesiona, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su pretensión. Tanto ese impulso como el suicidio son las 2 formas más representativas de la conducta suicida, que van desde la idea suicida hasta el suicidio propiamente dicho; este último deviene un fenómeno bastante controvertido, que a pesar de su carácter individual, es considerado como un grave problema de salud en casi todas partes del mundo, pues se calcula que por cada muerte atribuible a esa extrema autoagresión, se producen 10 tentativas, con predominio en adolescentes y jóvenes.

La adolescencia es una época de identidad sexual y relaciones sociales, cuando la necesidad de independencia contradice a menudo las reglas y expectativas que otras personas establecen. El suicidio y el intento de realizarlo, constituyen las manifestaciones dramáticas del fracaso de los adolescentes al enfrentarse con ese nuevo mundo; en consecuencia, como ellos ponen en tela de juicio lo histórico y social, amenazan con crear un conflicto de generaciones.¹

De hecho, los jóvenes con alteraciones de la salud mental como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o insomnio, aquellos que experimentan fuertes cambios en la vida (divorcio de sus padres, mudanzas, problemas financieros u otros) y quienes son víctimas de intimidación corren mayores riesgos de pensar en el suicidio.²

Según Cruz *et al.*,³ la Organización Mundial de la Salud ubica este fenómeno entre las 10 primeras causas de muerte en la mayoría de los países, estima que al menos 1 000 personas se suicidan cada día y alerta constantemente sobre el incremento de estas tasas.¹

En Cuba, la tasa de suicidios continúa siendo inferior a 15 casos por cada 100 000 habitantes, mientras que el intento suicida ha ido aumentando; así, en 2006, de una tasa de 81 pasó a 91,91 en 2007 y a 96,94 en 2008.⁴ Ese incremento de la conducta suicida en niños y adolescentes despierta gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales,⁵ teniendo en cuenta que se incluye entre las primeras causas de muerte.⁶

Uno de los factores de riesgo más importante para la consumación de un suicidio es el intento suicida. Se estima que entre 2 y 12 % de la población joven ha tratado de quitarse la vida en alguna ocasión y ese atentado voluntario contra su integridad física constituye un motivo frecuente de consulta en psiquiatría infantojuvenil y un grave problema para la salud pública,^{7,8} pues a veces acude a esa tentativa como vía para resolver sus conflictos, que en esa etapa de su desarrollo son muchos, considerando que es una fase rica en cambios biopsicosociales, que generan numerosas inquietudes, inseguridades y nuevas necesidades, entre otros inconvenientes, dado que recibe y siente presiones familiares, escolares, de sus iguales y de sí mismo.

En 2008, en el municipio de Santiago de Cuba murieron 23 personas por esa causa (4,6 por cada 100 000 habitantes y 4 fallecidos de 10 - 19 años); pero en 2009 se duplicó la cifra (46, de los cuales 2 tenían entre 15 - 19 años), para una tasa de 9,3 por cada 100 000 habitantes (Vicedirección Primera del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Santiago de Cuba; 2010).

Según datos estadísticos del Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de esta provincia, fueron atendidos 30 adolescentes con diagnóstico de intento suicida en 2008; 42 en 2009 y 31 en 2010, por lo cual se decidió identificar los factores relacionados con la conducta suicida en quienes intentaron consumar el acto por primera vez, ingresados en la citada institución, a fin de orientar a corto plazo el comportamiento a seguir y evitar la repetición del hecho.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Infantil Norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de la provincia de Santiago de Cuba en el 2010, a fin de describir los factores relacionados con la conducta suicida en 26 de 31 adolescentes de 11 a 17 años, atendidos en dicha institución durante ese período.

Las variables analizadas incluyeron, entre otras: edad, sexo, procedencia, color de la piel, régimen de estudio, castigos físicos o maltratos y humillaciones, red de apoyo emocional y aceptación de ayuda, relaciones familiares, ingestión de bebidas alcohólicas, tipos de vivienda y antecedentes patológicos familiares de enfermedades psiquiátricas.

Como fuente secundaria de obtención de los datos, se revisaron las tarjetas de notificación de enfermedades no transmisibles, ubicadas en el Departamento de Estadísticas de la citada unidad asistencial.

RESULTADOS

En la serie (tabla 1) predominaron el grupo etario de 14-15 años (46,2 %) y el sexo femenino (69,3 %).

Tabla 1. Pacientes según grupo de edad y sexo

Grupo de edad (en años)	Sexo		Total			
	Masculino No.	Femenino No.	%	No.	%	
11 - 13	4	15,4	3	11,5	7	26,9
14 - 15	3	11,5	9	34,6	12	46,2
16 - 17	1	3,8	6	23,2	7	26,9
Total	8	30,7	18	69,3	26	100,0

Todos los adolescentes estudiados procedían de la zona urbana; y en cuanto al color de la piel, primaron los mestizos con 12 (46,6 %).

Respecto al régimen de estudio, prevalecieron los seminternos (21, para 80,7 %) y los que cursaban la enseñanza media (13, para 50,0 %). Su rendimiento escolar era regular en 13 de ellos (50,0 %) y bueno en igual número; ninguno había sido

repitiente. A 16 de los adolescentes (61,5 %), sus padres les exigían por la eficacia de los resultados académicos, pero no así en el caso de los restantes (38,5 %).

En la casuística (tabla 2) se evidenció que hubo un franco predominio de los adolescentes que habían sufrido castigos físicos (61,5 %) o maltratos (73,1 %), sobre todo en los que tenían 14-15 años; asimismo, 13 (50,0 %) admitieron haber recibido humillaciones por parte del padre o la madre y 7 afirmaron que ambos progenitores les humillaban.

Tabla 2. Relación entre las variables grupo de edad, castigos físicos o maltratos y humillaciones

Grupo de edad (en años)	Castigos físicos o maltratos				Humillaciones			
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
11 -13	4	15,4	3	11,5	4	15,4	3	11,5
14 -15	7	26,9	5	19,9	9	34,6	3	11,5
16 -17	5	19,2	2	7,6	6	23,1	1	3,8
Total	16	61,5	10	38,5	19	73,1	10	26,9

En la tabla 3 se refleja que 15 pacientes (57,6 %) tuvieron red de apoyo emocional y se mostraron dispuestos a aceptar la ayuda que le pudieran brindar si afrontaban algún problema o situación difícil, que predominantemente partía de sus amigos; sin embargo, 88,5 % consideraron carecer de apoyo o atención familiar.

Tabla 3. Pacientes según red de apoyo emocional y aceptación de ayuda

Aceptar ayuda	Alguien en quien confiar				Apoyo familiar			
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
Sí	15	57,6	10	38,5	3	11,5	23	88,5
No			1	3,8				
Total	15	57,6	11	42,3	3	11,5	23	88,5

Con referencia a la relación de los adolescentes con su familia y la que podía existir con la ingestión de bebidas alcohólicas y medicamentos, en la tabla 4 se evidencia que primó la relación regular (57,7 %), que solo 8 (30,7 %) ingerían bebidas alcohólicas en ocasiones y en las fiestas, así como también que 4 (15,4 %) consumían fármacos.

Aunque no se ilustra, en la serie prevalecieron la intranquilidad en 15 (57,7 %) y las dificultades para concentrarse y en las relaciones interpersonales en 10 (38,5 %), respectivamente.

Tabla 4. Pacientes según tipo de relación familiar, ingestión de bebidas alcohólicas y consumo de medicamentos

Relación familiar	Ingestión de bebidas alcohólicas				Consumo de medicamentos				Total	
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	No.	%
Buena	3	37,5			1	12,5	4	15,4	8	30,7
Regular			1	6,6	3	20,0	11	73,3	15	57,7
Mala					1	33,4	2	66,6	3	11,6
Total	3	11,5	1	3,85	5	19,2	17	65,4	26	100,0

La mayoría de los pacientes (24, para 92,3 %) no encontraban solución para sus problemas y 18 de ellos (69,2 %) se sintieron impotentes para resolver su difícil situación; 17 (65,4 %) convivían con un solo progenitor, en este caso con la madre en 16 (61,5 %) y en 9 (34,6 %) la causa de la separación más frecuente fue el divorcio, seguida de la salida del país definitiva o temporal en 7 (26,9 %); asimismo, 14 (53,8 %) opinaron que las relaciones entre sus padres eran regulares y buenas en 7 (26,9 %), respectivamente, mientras apenas 5 (19,2 %) las consideraban malas.

Respecto a la percepción de los adolescentes acerca de las condiciones de su vivienda, 14 (53,8 %) estimaron que tenían confort y preponderaron los que vivían en casas 14 (53,8 %) y apartamentos 11(42,3 %). También primaron los hogares con más de 4 convivientes (16, para 61,5 %).

Se pudo conocer (tabla 5) que 13 de los pacientes encuestados (50,0 %) tenían familiares con trastornos nerviosos (depresión en 5 y esquizofrenia en 4, para 19,2 y 15,3 %, respectivamente), seguidos de los parientes que ingerían bebidas alcohólicas (46,2 %).

Tabla 5. Pacientes según antecedentes patológicos familiares de enfermedades psiquiátricas

Antecedentes de enfermedades psiquiátricas en los familiares	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Suicidio	2	7,7	24	92,3	26	100,0
Intento suicida	9	34,6	17	65,4	26	100,0
Bebedores	12	46,2	14	53,8	26	100,0
Trastornos nerviosos	13	50,0	13	50,0	26	100,0

Entre los conflictos precipitantes de la conducta suicida primaron los de tipo familiar en 15 adolescentes (57,7 %), seguidos de los relacionados con la pareja en 6 (23,7 %), en tanto solo 5 (19,2 %) refirieron tener conflictos en el área escolar, generados por dificultades con sus condiscípulos, los profesores y el incumplimiento de las normas disciplinarias en el centro educacional por parte de ellos.

DISCUSIÓN

En las edades iniciales de la adolescencia es cuando los cambios se producen más bruscamente y, por tanto, hay más inadaptación, confusión y desesperanza. El problema de suicidio en niños y adolescentes involucra múltiples factores que deben ser abordados cuanto antes desde diferentes contextos como la familia, la escuela y las autoridades de salud pública, a fin de actuar sobre las condiciones de riesgo que pueden impulsar a los menores a tomar esa infortunada decisión.⁹⁻¹¹

Los intentos suicidas son considerados como una conducta femenina, porque implican desaliento, indecisión y algunas veces la expectativa de ser rescatada, lo cual explica hasta cierto punto el predominio de las muchachas en esta serie. Los hombres, sin embargo, aunque tengan sentimientos depresivos y desesperados, pueden estar dispuestos a admitir sus pensamientos suicidas, porque perciben estos como un signo de debilidad.

En efecto, los pensamientos suicidas son comunes en niños y adolescentes de ambos géneros y no están asociados a otros rasgos de psicopatología. Los ataques de pánico son un factor de riesgo para ideación o intentos suicidas en las mujeres, mientras que la agresividad los incrementa.^{9, 12}

Las cantidades de suicidios varían entre niños y niñas. Estas últimas piensan en suicidarse y lo intentan dos veces más que los primeros, sobre todo por medio de una sobredosis de medicamentos o drogas o lacerándose el cuerpo. Ellos, en cambio, fallecen por suicidio cuatro veces más que las niñas, tal vez porque tienden a usar métodos más letales como armas, ahorcamiento o salto de grandes alturas.² En Colombia,⁹ el suicidio femenino resultó mayoritario en el grupo de 10-14 años, a la inversa de lo que se informa en Estados Unidos de Norteamérica, donde en esta franja se mantiene un franco predominio masculino de 3:1.

Las diferencias por sexo en Chile¹³ revelaron una clara prevalencia de suicidalidad en las mujeres adolescentes, con valor altamente significativo ($p < 0,001$); del total de ellas, 71 % había tenido ideación suicida y 26 % intento de quitarse la vida, pero en los varones, esas cifras fueron de 49 y 12 %, respectivamente.

En la distribución de suicidalidad entre las distintas edades,¹³⁻¹⁵ la incidencia más alta de ideación grave correspondió a los 15, un año antes que la mayor frecuencia de intentos suicidas, enmarcada en los 16.

También en el municipio de San Luis, en la provincia de Santiago de Cuba, Sarmiento *et al*¹⁶ encontraron una prevalencia de la conducta suicida en las féminas (77,8 %), mientras que el sexo masculino solo estuvo representado por 22,2 %; asimismo, el grupo etario más afectado fue el de 12-19 años (50,0 %).

La violencia doméstica no solo se manifiesta con golpes físicos, sino mediante formas más sutiles, pero que pueden ser tan destructivas de la personalidad como las que lastiman físicamente, por lo cual se reconocen variedades de presentación y consecuencias disímiles. Constituye un fenómeno muy complejo, entre otras razones, por su multicausalidad y su carácter multifactorial.¹⁷⁻¹⁹ En esta casuística, el predominio del maltrato físico y psicológico afectó el desarrollo pleno de sus víctimas en alguna medida y contribuyó a que se reprodujera la ideación suicida, además de limitar la comunicación entre los miembros de la familia.

Una de las formas clínicas de la violencia son las humillaciones, basadas en la etiquetación y comparación de los adolescentes con otros, en sentido peyorativo, lo cual fue referido por 13 de los 26 integrantes del estudio, quienes aseveraron que sus padres, a veces uno u otra y en ocasiones ambos, les ofendían constantemente y en cualquier contexto. Las peleas y degradaciones no conducen a lugar alguno y siempre son recurrentes, sobre todo las que provienen de hechos donde los progenitores, principales pilares de la educación, resultan ser los protagonistas de esa intemperancia física o psicológica. La solución de retraerse o enfurruñarse provoca una escalada de violencia, de modo que nada se resuelve, pues aunque cambie el tema, la forma de discutir casi siempre es la misma.

Cualquier persona, sea profesional de la salud o no, tiene facultades para brindar ayuda a un adolescente en crisis. Los amigos, los vecinos y los maestros, entre otros, pueden apoyarle muy bien, pues lo más importante es escuchar con atención lo que anhela decir para facilitar su desahogo y demostrarle comprensión, pero sin dejar de

proponerle soluciones para que desista del intento suicida, si hubiese manifestado esa idea de autoagredirse.

En este estudio, 23 de los 26 adolescentes reconocieron carecer de apoyo emocional; resultado lógico no solo por las características propias de la adolescencia, sino por la desatención familiar, que suele ser más frecuente en quienes intentan suicidarse. La ausencia de calidez familiar provocada por la falta de comunicación con los padres y la discordia parental limita las oportunidades para tratar de solucionar los problemas y puede crear un ambiente hostil, donde al adolescente le falte el soporte necesario para contrarrestar los efectos de circunstancias vitales estresantes. De ello se deriva la necesidad de evaluar el funcionamiento familiar al tratar a un niño o adolescente con conducta suicida, pues los disturbios en el ambiente donde viven, pueden ser importantes factores que indiquen los elementos a tomar en cuenta y la conducta a seguir en cada caso.

La ausencia de apoyo familiar y social de tipo emocional valorativo es el factor de riesgo más probable en la conducta suicida, lo cual se atribuye generalmente a 2 mecanismos: en primer lugar, puede reflejar la sensación del sujeto de que no es necesario, significativo o útil dentro del grupo social en el que se desenvuelve; y en segundo, que su aislamiento reduce las posibilidades de recibir ayuda y evitar atentar contra su vida para resolver la situación. Se impone recordar que el contacto humano posibilita amortiguar la tensión y tristeza en las personas que intentan suicidarse, así como aumentar el sentimiento de solidaridad.¹⁶

Por otra parte, el intento de suicidio tiende a promover un estado de alerta en los más allegados y no es infrecuente que aparezcan conductas tan disímiles como el mimo, la sobreprotección, el desprecio, el desapego o la incredulidad. Constituye, en esencia, un problema verdaderamente complejo y atemorizante.

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte y casi siempre se llevan a cabo de manera que el rescate sea posible, pues a menudo representan un grito desesperado en busca de ayuda.

Muchas veces los adolescentes consumen con frecuencia alcohol u otras sustancias, porque lamentablemente no se percatan de la relación que existe entre sus acciones en el presente y las consecuencias en el futuro; sin embargo, el abuso de su ingestión incrementa significativamente el riesgo de suicidio por encima de los 16 años.⁹

En la serie primó la inquietud como síntoma en 15 de ellos, seguido de las dificultades para concentrarse y en sus relaciones interpersonales; características propias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, pero también de los cuadros depresivos y ansiosos en la adolescencia, alguno de los cuales posiblemente afectaba a estos pacientes.

Las familias armónicas, equilibradas y con interacciones positivistas muestran mejores capacidades adaptativas para enfrentar con éxito las frustraciones existenciales, así como la reestructuración de la convivencia familiar de manera creadora ante eventos generadores de sufrimiento como los aquí mencionados; por tanto, no puede soslayarse que los factores de riesgo de la conducta suicida son múltiples y en la multicausalidad de estos, la familia de donde procede la víctima es solo un factor entre muchos, pues la mala capacidad de adaptación no es posible atribuirla únicamente a

disfunciones familiares, cuando existen también otros elementos que favorecen esa errada actitud ante la vida.

De igual manera, considerar el tipo de vivienda y su confort es relevante, pues ello contribuye al desarrollo integral de la personalidad, toda vez que estar en un ambiente cómodo y acogedor hace sentir más a gusto a las personas, con la privacidad necesaria para poder establecer sus límites y realizar actividades propias de su edad, sin interferir ni molestar a otros miembros de la familia; de todas formas, 25 de los 26 adolescentes vivían en casas y apartamentos con buena calidad constructiva, así que esa variable no constituyó un factor de riesgo en la casuística, como sí lo ha sido en otras series.^{8,9} Ahora bien, se sabe que mientras más extensa es la familia, son mayores las posibilidades de que se produzcan los conflictos propios de la convivencia, como sí ocurrió en 16 de los adolescentes estudiados, en cuyos hogares convivían con más de 4 de sus parientes, no siempre en condiciones amigables.

La conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben promoverse modos de vida saludables como la práctica sistemática de deportes, una sexualidad responsable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado del tiempo libre de niños y adolescentes.^{9,20} En esta investigación se hallaron precedentes de trastornos depresivos, esquizofrenia y adictos a la ingestión de alcohol en sus parientes cercanos.

Finalmente, conviene subrayar que los factores de riesgo para conductas suicidas son rasgos individuales, pues lo que para algunos resulta una condición desfavorable, para otros no representa problema alguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moya J. La conducta suicida en adolescentes y sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. 2007 [citado 14 May 2013]. Disponible en:
<http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Depressio/ConductaSuicida.pdf>
2. El suicidio en los adolescentes [citado 14 mayo 2013]. Disponible en:
http://kidshealth.org/parent/en_espanol/emociones/suicide_esp.html
3. Cruz Rodríguez E, Moreira Ríos I, Orraca Castillo O, Pérez Moreno N, Hernández González PL. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. 2011 [citado 12 Jun 2013]; 15(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000400007&script=sci_arttext
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2008.p.35-40.
5. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN. 2010 [citado 12 Jun 2013]; 14(3): 353. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.pdf

6. Pérez Reyna E, Hernández Trujillo A, Pérez Reyna M, Cardero Montoya D, Beatón Lobaina YB. Modificación de conocimientos en profesores de la Escuela de Instructores de Artes "Pepito Tey" sobre la prevención del intento suicida en Adolescentes. MEDISAN. 2008 [citado 12 Jun 2013]; 12(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san02408.htm
7. Beautrais A, Mishara B. World suicide prevention: suicide prevention across the life span. Crisis. 2007; 28: 57-60.
8. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera Villarroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Rev Méd Chile. 2009; 137: 226-33.
9. Cabra OI, Infante DC, Soss FN. El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. Rev Méd Sanit. 2010; 13 (2): 28-35.
10. Comité de Expertos. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. 2012 [citado 12 Jun 2013]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf
11. Ventura Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib MJ. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Rev Méd Chile. 2010; 138: 309-15.
12. Núñez Garez N, Olivera Plaza S. Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. Pensam Psicol. 2008; 10(4): 85-100.
13. Brezo J, Paris J, Barrer E. Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. Psychol Med. 2007; 37: 1563-74.
14. Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS, Kilpatrick DG, Naugle AE, Saunders BE. Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: Implications for prevention. J Trauma Stress. 2007; 20: 869-79.
15. Steele M, Doey T. Suicidal behaviors in children and adolescents. Part 1. Etiology and risk factors. Can J Psychiatry. 2007; 52 (6 Suppl 1): 21S-33S.
16. Sarmiento Falcón Z, Sánchez Sánchez S, Vargas Polanco I, Álvarez Rodríguez M. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. MEDISAN. 2010 [citado: 12 junio 2013]; 14(8). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san02810.htm
17. Salvo L, Melipillán R, Castro A. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidialidad en adolescentes. Rev Chil Neuro Psiquiatr. 2009; 47: 16-23.
18. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Peña García CE, Redondo de la Fe G, Acosta Quintana L. Intento suicida y factores de riesgo asociados en adolescentes. Santiago de Cuba, julio-diciembre 2007. Rev Hosp Psiquiátr Habana. 2011 [citado 12 Jun 2013]; 8(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph06111.html>

19. Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo suicida. Medellín 2006. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009; 27 (3): 302-8.
20. Suicidio y comportamiento suicida [citado 12 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554.htm>

Recibido: 2 de octubre de 2013.

Aprobado: 7 de octubre de 2013.

Ariane Hernández Trujillo. Hospital Infantil Docente Norte "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira", calle 8, entre 9 y 11, reparto Fomento, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: ariane.hernandez@medired.scu.sld.cu