

Epidemiología del intento de suicidio adolescente.

Nancy Quinteros G¹*, Romina Riquelme C¹, Paulina Riquelme P¹, Sergio Loayza S².

¹Alumna Carrera de Medicina, Universidad de Chile.²Servicio de Salud Mental Infantil y Adolescente, Hospital Roberto de Río.

Resumen

Rev Chil Estud Med 2008; 5(1):19-26. **Objetivo:** Describir epidemiológicamente el intento de suicidio en adolescentes que ingresan al Servicio de Salud Mental Infantil y Adolescente del Hospital Roberto del Río. **Materiales y Métodos:** Se seleccionó, entre los ingresos de 2004 a junio de 2006 (n=298), una muestra aleatoria de 142 personas, entre las cuales, 51 ingresaron con diagnóstico de intento de suicidio, aplicándose un protocolo confeccionado para la investigación. Análisis estadístico en *Stata 7.0*©. Consentimiento del Comité de Ética del mismo Hospital. **Resultados:** La prevalencia del intento de suicidio en población ingresada, fue de 35,9% con un IC [28,0%-44,3%]. El promedio (DE) de edad fue 13,5 (1,3) años, 80,4% correspondió a mujeres. Factores de riesgo asociados se presentaron así: conducta violenta (43%), la violencia sexual (55%), intento de suicidio previo (68%), inexistencia de redes de apoyo (72,73%), violencia intrafamiliar (86,96%), patología psiquiátrica parental (57,14%), separación (47,06%), alcoholismo (70%) y consumo de drogas (40%) por los padres. El método de intento de suicidio más frecuente fue la ingesta medicamentosa (80%). Se dieron asociaciones significativas ($p < 0,05$) en los menores de 13 años con un peor rendimiento escolar (promedio (DE) de notas 5,0 (0,16)), separación (65,2%) y patología psiquiátrica parental (80%) y en los mayores de 14 con la escolaridad (promedio (DE) de años cursados 8,9 (1,4) años) y la violencia sexual (69,2%). **Conclusiones:** Parecen existir asociaciones significativas, con respecto a la edad de la población que intenta un suicidio. La pesquisa temprana de factores de riesgo nos abre una posibilidad de prevención de estas conductas.

Keywords: suicidio, intento de suicidio adolescente, factores de riesgo de suicidio

Introducción

Conductas suicidas

LAS CONDUCTAS SUICIDAS son un problema de Salud Pública tanto en Chile como en el mundo, dentro de ellas se destacan: el intento de suicidio y el suicidio¹. El fenómeno suicida ha sufrido un aumento desde los años 50' en USA y Europa en jóvenes-adultos y en población adolescente. En Chile desde 1986 se ha incrementado sostenidamente, alcanzando una tasa de 10,4 x 100000 habitantes (2003) en población general^{2,3,4}. Constituyendo la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años de edad⁵. En USA cada suicidio representa una pérdida de 53 años de vida y US\$ 432.000 de productividad económica¹.

La prevalencia del intento de suicidio es más difícil de conocer. En general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios⁵.

A nivel de país, el suicidio es una de las enfermedades que generan la mayor carga de mortalidad y para la que se cuentan con medidas de intervención de efectividad probada⁶, por lo que reducir la tasa de suicidio en 10% y los factores asociados, se encuentra entre los objetivos sanitarios de la década 2000-2010⁷.

El intento de suicidio se define como un acto con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionada por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica, con el

*Correspondencia a nanleia@hotmail.com

objetivo de quitarse la vida⁸, éste se asocia a síntomas depresivos en el 10% de los casos y se observa en un entorno de desorganización social. Es más prevalente en los jóvenes que en las personas mayores⁹. Se ha observado un aumento de su prevalencia en mujeres adolescentes en el último tiempo y también se presenta frecuentemente en personas con modificaciones abruptas del humor o con personalidades de características antisociales¹.

El suicidio tiene como característica preponderante, ser fatal y premeditado y se asocia a depresión en un 70% de los casos, siendo también frecuente el aislamiento social¹. Es más habitual en el varón con una personalidad premórbida normal. Un estudio realizado en el Área Metropolitana de Santiago expone un incremento significativo de esta conducta en hombres jóvenes en la última década (15-24 años)².

Factores de riesgo

Variación estacional: Es más frecuente en los meses de primavera^{10,11}.

Género: Las mujeres tienen mayor riesgo de cometer conductas suicidas no letales, por la mayor asociación con la depresión, a diferencia de los hombres, en quienes es más común el suicidio⁵.

Edad: Los jóvenes entre 15 y 20 años son más susceptibles que los de 10 a 14 años⁵.

Disfunción familiar: El divorcio de los padres no ha demostrado ser un factor de riesgo, en cambio, es importante la mala relación padre-hijo¹², la violencia intrafamiliar, ya sea psicológica, física o sexual¹³, la psicopatología parental presentándose como abuso de drogas, depresión, entre otras¹.

Depresión: en sí misma constituye un factor de riesgo entre los adolescentes con conducta suicida pero las dificultades en las relaciones familiares le otorgan una contribución significativa independiente a este riesgo¹⁴.

Problemas Conductuales: existen correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio, así como con otras conductas de riesgo tales como uso de sustancias, conducta sexual promiscua, violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego y enfermedades de transmisión sexual⁵.

Importancia del intento de suicidio

La importancia de estudiar el intento de suicidio radica en su alta prevalencia en la población y en que es en sí un factor de riesgo importante para llevar a cabo un suicidio. Se ha visto que un 10% de los adolescentes, se suicidan a los 10 años del primer intento¹.

Pocos países tienen datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal, por las dificultades que implica la recolección de información, ya que la minoría de quienes intentan suicidarse busca atención médica. Además, en muchos países en desarrollo la tentativa de suicidio sigue siendo un delito y por consiguiente los hospitales no registran los casos. Por otra parte en muchos lugares no es obligatorio notificar las lesiones y por lo tanto no se recopila información sobre éstas⁹.

En el mundo se han realizado estudios de variadas metodologías, que han demostrado la existencia de factores de riesgo y una epidemiología característica del intento de suicidio, sin embargo, en Chile es muy poco lo investigado en esta área, lo que se explica tal vez por ser éste un fenómeno subnotificado.

Esta investigación busca describir epidemiológicamente el intento de suicidio en adolescentes que hayan sido ingresados en el Servicio de Salud Mental Infantil y Adolescente (SSMIA) del Hospital Roberto del Río (HRR), centro de referencia nacional en cuanto a la psicopatología infantojuvenil, éste recibe casos de intentos de suicidio moderados a severos. Para esto examinamos factores de riesgo descritos anteriormente, estableciendo la prevalencia de éstos en la población en estudio. Por último caracterizamos los métodos de intento de suicidio más prevalentes en éstos adolescentes. El hallazgo de posibles asociaciones podría permitirnos generar hipótesis de trabajo para nuevas investigaciones.

Materiales y Métodos

Estudio de tipo descriptivo transversal que corresponde a una revisión de fichas de casos de intento de suicidio ingresados al SSMIA del HRR.

Población base y muestra: A partir de los ingresos al SSMIA del HRR, entre enero de 2004 y junio de 2006, de adolescentes entre 10 y 17 años, 11 meses (n=298), se extrajo aleatoriamente una muestra de 142 personas, entre las cuales 51 ingresaron con el diagnóstico de intento de suicidio. Como fuente de información

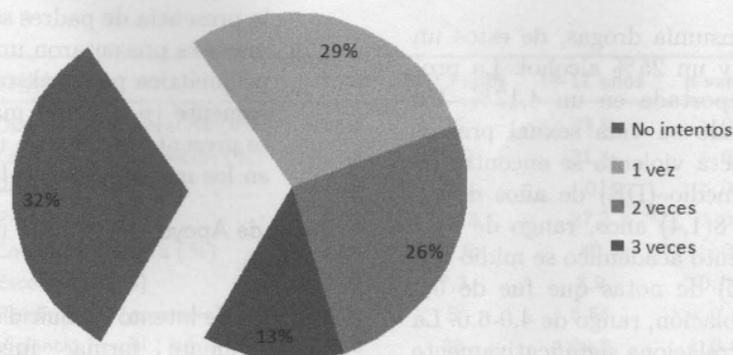


Fig. 1: Intentos de Suicidio Previo.

se obtuvo la ficha clínica de estos pacientes, para la aplicación del protocolo de revisión de fichas (PRF).

Instrumento de medición: El PRF incluye variables demográficas, así como los factores de riesgo descritos. Dentro de los hábitos del adolescente, busca dirigidamente el consumo de sustancias, promiscuidad, orientación sexual, conducta violenta, escolaridad, asistencia a establecimiento educacional y rendimiento escolar. En la esfera psiquiátrica evalúa antecedentes de violencia sexual, intentos de suicidio previos, diagnóstico psiquiátrico y método de intento de suicidio. Dentro de los antecedentes familiares, si el adolescente vive con ambos padres, con uno, o sin ellos, si hay violencia intrafamiliar, psicopatología parental (alcoholismo, consumo de sustancias, diagnóstico psiquiátrico) y su relación con los padres. Por último analiza la presencia de redes de apoyo. Se definió cada una de estas variables según lo descrito^{15,16,17,18,19}.

Método: La revisión fue realizada por tres evaluadores distintos, que aplicaron el PRF sobre una parte distinta del total de fichas.

Análisis estadístico: Se analizaron los datos en *Stata 7.0*©. Estadísticas descriptivas: se utilizó para el análisis de variables continuas el promedio, y para las variables dicotómicas o categóricas, las proporciones. Medidas de dispersión: se utilizó la desviación estándar y el error estándar respectivamente, determinando los intervalos de confianza al 95%. Significación: en variables continuas se utilizara la

prueba de *t-student*, para variables categóricas se utilizará la prueba de chi-cuadrado o test de Fisher.

Consideraciones éticas: Se obtuvo el consentimiento del Comité de Ética del Hospital Roberto de Río y de la Directora del Servicio de Salud Mental Infantil y Adolescente del Hospital Roberto del Río Dra. Dominga Figueroa.

Resultados

Los motivos de ingreso más frecuentes al Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil del HRR, entre enero de 2004 y junio de 2006 (n=298), fueron el intento de suicidio (35,9%), los trastornos afectivos (19,7%), la esquizofrenia (13,38%), trastornos alimentarios (7,04%), trastornos ansiosos (6,3%), psicosis (6,3%), trastornos conductuales (4,92%) y los trastornos de personalidad (3,52%).

La prevalencia de intento de suicidio, en la población ingresada al SSMIA del HRR, entre estos años fue de un 35,9% (n=51) con un IC [28,0%-44,3%]. Se analizaron fichas clínicas de los años 2004 (53%), 2005 (45%) y 2006 (2%).

Variables demográficas

El promedio (DE) de edad se estableció en los 13,5 (1,33) años, rango de 10-17 años. El 80,4% de los intentos se presentó en mujeres. El mes de marzo presentó el mayor número de casos (13,73%). El promedio (DE) de días de hospitalización fue de 34,7 (16,3) días, rango 1-90 días.

Factores de riesgo

Hábitos: Un 14,8% consumía drogas, de estos un 75% marihuana y un 25% alcohol. La promiscuidad fue reportada en un 4,17%. Un 22% había iniciado su vida sexual precozmente. La conducta violenta se encontró en un 43%. El promedio (DE) de años de escolaridad fue de 8(1,4) años, rango de 5-11 años. El rendimiento académico se midió con el promedio (DE) de notas que fue de 5,2 (0,74) para la población, rango de 4,0-6,6. La escolaridad se correlaciona significativamente al analizarla por grupos etarios ($p < 0,001$), para el rango 10-13 años (menores) fue en promedio (DE) de 7,3 (0,25) años, mientras que para el rango entre 14-17 años (mayores) fue de 8,9 (0,23) años. El rendimiento escolar fue significativamente menor ($p < 0,05$) para los menores, con un promedio (DE) de 5,0 (0,16), mientras que para los mayores fue de 5,5 (0,11) (Tabla 1).

Esfera Psiquiátrica: El antecedente de violencia sexual se encontró en un 55%. El 68% había intentado suicidarse previamente, del total de adolescentes un 29% lo había hecho 1 vez, 26% 2 veces y 3 veces un 13% (Figura 1). En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos agrupados, los trastornos afectivos se presentaron en un 70%, seguidos por los trastornos ansiosos (11%), trastornos disociales (9%), trastornos de personalidad (7%) y psicosis (3%), el método de agrupación de estas patologías se detalla en la Tabla 3. La violencia sexual analizada por grupo etario fue significativamente menor ($p < 0,05$), en los menores (38%), comparado con los mayores (69,2%) (Tabla 1).

Antecedentes Familiares: Un 39,22% de los pacientes vive con ambos padres, un 47,06% con uno de ellos y un 13,73% vive con otros adultos. El antecedente de violencia intrafamiliar se encontró en un 86,96%. Con respecto a la psicopatología parental, se observó un 70% de alcoholismo, un 40% de consumo de drogas, y un 57,14% tenía patología psiquiátrica, el 89% con diagnóstico de depresión y el 10,53% con trastorno bipolar. La relación con los padres era buena en un 18%, en un 50% regular y en el 32% mala. Analizando la prevalencia de los factores de riesgo por edades, se encontraron relaciones significati-

vas ($p < 0,05$) entre los menores de 13 años y la presencia de padres separados (65,2%), los mayores presentaron un 32,1%. La patología psiquiátrica parental, también fue significativamente ($p < 0,05$) mayor en los menores, se presentó en ellos en un 80%, mientras que en los mayores fue de 40% (Tabla 1).

Redes de Apoyo: El 72,73% no tenía redes de apoyo.

Métodos de Intento de Suicidio: Se ordenan de la siguiente forma: ingesta medicamentosa (80%), ahorcamiento (6%), lanzamiento de altura (6%), ingesta de sustancias tóxicas (4%) y flebotomía (4%) (Figura 2).

La prevalencia de las variables fue comparada por sexo, no encontrándose diferencias significativas, como se observa en la Tabla 2.

Discusión

Los datos obtenidos en esta investigación, son un primer acercamiento al perfil epidemiológico del intento de suicidio en adolescentes. La forma de presentación del intento de suicidio, en nuestra serie, mantiene similitudes y diferencias con respecto a lo encontrado en la literatura.

Variables demográficas: La mayoría de los casos se presentó en el sexo femenino (80,4%) esto último coincide con lo descrito⁵. En nuestra serie no existió el patrón primaveral observado en otras investigaciones^{10,11}, mostrándose las consultas por este motivo dispersas en el año. Las hospitalizaciones, duraron aproximadamente un mes en promedio, lo que da cuenta de la gravedad de la patología y lo complejo de su manejo y tratamiento, este dato no incluye la estadía previa en unidades de cuidados intensivos.

Factores de riesgo: El consumo de sustancias no demostró una influencia significativa, al igual que la precocidad en el inicio de actividad sexual, con respecto a lo descrito⁵. La conducta violenta fue importante en esta población (43%), hecho relevante para la prevención de la conducta suicida, ya que podría alertar a la población adulta en etapas precoces. El 98% de la muestra estaba cursando un año académico en el colegio, al analizar los datos por rango etario, existe una

Variable	Total	10-13 años	14-17 años	p-value
Días de Hospitalización (días)	34,2	36	33,5	> 0,1
Consumo de Sustancias (%)	14,8	7,69	21,4	> 0,1
Promiscuidad (%)	4,16	9	0	> 0,1
Precocidad (%)	22,2	18,18	27,2	> 0,1
Conducta Violenta (%)	43,4	47,6	40	> 0,1
Escolaridad (%)	8,26	7,3	8,9	< 0,001
Rendimiento (promedio)	5,29	5	5,54	< 0,05
Violencia Sexual (%)	55,3	38	69,2	< 0,05
Intento de Suicidio Previo (%)	68,7	65,2	72	> 0,1
Trastorno Afectivo (%)	70	73,6	66,6	> 0,1
Violencia Intrafamiliar (%)	86,96	85,7	88	> 0,1
Separación Parental (%)	47	65,2	32,1	< 0,05

Tab. 1: Factores de riesgo según el grupo etario.

Factores de Riesgo	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	p-value
Antecedentes Personales				
Edad (promedio)	13,5	13,2	13,6	> 0,1
Hábitos				
Consumo de Sustancias (%)	14	0	17	> 0,1
Promiscuidad (%)	4,16	20	0	> 0,1
Precocidad (%)	22,2	25	22,2	> 0,1
Conducta Violenta (%)	43,4	44,4	43,2	> 0,1
Escolaridad (%)	8,26	8	8,3	> 0,1
Rendimiento (promedio)	5,29	5	5,37	> 0,05
Esfera Psiquiátrica				
Violencia Sexual (%)	55,3	57	55	< 0,1
Intento de Suicidio Previo (%)	68,7	60	71	> 0,1
Trastorno Afectivo (%)	70	50	74,2	> 0,1
Antecedentes Familiares				
Violencia Intrafamiliar (%)	86,96	88,88	86,48	> 0,1
Separación Parental (%)	52,3	50	53,6	> 0,1
Alcoholismo Parental (%)	70	71,4	69,69	> 0,1
Consumo de Drogas Parental (%)	40	60	36,6	> 0,1
Patología Psiquiátrica Parental (%)	57,14	42,85	60,71	> 0,1
Mala relación con los padres (%)	82	90	80	> 0,1
Redes de Apoyo				
Redes de Apoyo (%)	27,27	37,5	24	> 0,1

Tab. 2: Factores de riesgo comparados por sexo.

relación directa entre escolaridad y edad del paciente, resultados que eran esperables, debido a la acumulación de años de estudios. No se pudo objetivar el "porcentaje de asistencia a clases", porque no estaba consignado en la ficha clínica. Los pacientes menores de 13 años, presentan un rendimiento inferior a los mayores, lo que podría ser reflejo de un contexto social que predisponga al intento de suicidio, por lo que sería conveniente evaluar las razones de un mal rendimiento en niños de Enseñanza Básica, para así detectar precozmente factores de riesgo de esta conducta.

La violencia sexual, es un factor que se correlaciona positivamente con el intento de suicidio (55%) presentándose significativamente ($p < 0,05$) en los adolescentes mayores (69,2%), este factor podría influir en la incidencia de intento de suicidio en edades mayores, hecho que podría estar relacionado con el nivel de comprensión de esta agresión como un delito y como un hecho moralmente cuestionable. Por esta razón sería necesario que al pesquisar este antecedente en niños menores, éstos sean evaluados y tratados psicológicamente como medida de prevención de un accionar suicida en edades posteriores. Los intentos de suicidio previos, se presentaron en un 68%, esto puede responder a distintas causas que sería interesante analizar, como son la baja adherencia al tratamiento, la baja efectividad de las estrategias terapéuticas empleadas o, por ejemplo, la obtención de beneficios por los adolescentes a través de estas conductas (atención familiar), que hacen que esta sea una conducta repetitiva. En la literatura se describe a la depresión⁵ como un factor de riesgo prevalente en esta población, asociándose en un 10% con el intento de suicidio¹, en nuestra serie, el diagnóstico más fuertemente asociado fueron los trastornos afectivos (70%), donde el "episodio depresivo grave" es el más frecuente (36,6%).

El antecedente de divorcio o separación de los padres estuvo presente en un 47,06%. Aunque en otras series demostró no ser importante como factor de riesgo¹², aquí se muestra como un factor influyente con respecto a los adolescentes menores de 13 años, lo que podría deberse a una mayor dependencia afectiva de esta edad para con una familia bien constituida. En términos generales,

el intento de suicidio se relacionaba con una disfunción familiar de base (malas relaciones interpersonales, consumo de sustancias, etc); todos aspectos que influirían en una baja resiliencia. A esto se suma, un mayor antecedente de Psicopatología en los padres que contribuiría aún más a los factores descritos, siendo importante el alcoholismo (70%), la depresión, y el consumo de drogas parental. La violencia intrafamiliar se presentó en el 86,96%, tomando en cuenta este factor como un indicador de disfunción familiar importante. La relación con los padres en un 82% era mala o regular, correlacionándose con lo descrito¹².

El 72,73% no tenía redes de apoyo, lo que también apuntaría a la prevención, ya que podrían crearse más instancias de integración de estos adolescentes, sobretodo para aquellos que ya han realizado en intento de suicidio alguna vez, pudiendo eventualmente prevenir esta patología y su reincidencia.

Métodos de Intento de Suicidio: La intoxicación medicamentosa fue el más prevalente de los métodos utilizados (80%) tal como fue descrito¹³, siendo importante analizar la participación pasiva de la familia dentro de las conductas suicidas, ya que si se pusiera más atención al acceso del adolescente a los fármacos presentes en el hogar, existirían posibilidades de prevención.

Trastornos Afectivos	(70 %)
T. depresivo grave	
T. depresivo-reactivo	
Episodio depresivo	
Depresión	
Trastornos Ansiosos	(11 %)
T. Adaptativo	
T. Ansioso-Depresivo	
Estrés Post-traumático	
Trastornos Disociales	(9 %)
T. disocial depresivo	
Trastornos de Personalidad	(7 %)
T. de Personalidad	
Psicosis	(3 %)
Psicosis	

Tab. 3: Método de Agrupación de Diagnósticos Psiquiátricos.

Instrumento de Medición: El PRF permitió realizar un primer acercamiento a la epidemiología



Fig. 2: Método de Intento de Suicidio en Adolescentes.

del intento de suicidio. Este instrumento fue de fácil aplicación por los evaluadores quienes comprendieron las instrucciones, por otro lado los ítems funcionaron adecuadamente. Entre las limitaciones de la aplicación de un PRF se observó que la obtención de datos queda supeditada a la consignación de los mismos, por parte de los profesionales a cargo, lo cual no permite indagar en detalles en torno al suceso que pudieran ser relevantes, tales como los eventos gatillantes, planificación, intención del intento de suicidio. A pesar de existir un protocolo de ingreso al SSMIA del HRR, con información relevante y adecuada, no siempre era completado por los profesionales. Existe poco consenso al establecer diagnósticos por que no son siempre los mismos profesionales tratantes, por lo que debimos agrupar las patologías para su análisis (Tabla 3). Al aplicar el PRF, se constató que existieron datos no considerados que al parecer tendrían una asociación fuerte con el intento de suicidio tales como diagnóstico de disfunción familiar, intentos de suicidios en familiares, trastornos del sueño, y otros relacionados con la caracterización del intento de suicidio, como por ejemplo el tipo de fármaco utilizado, que sería importante agregar en la confección de un nuevo instrumento.

Es por ello, que surgen de este trabajo, sugerencias para el manejo de datos de estos pacientes como la completación del protocolo de ingreso al SSMIA, y ampliación del mismo incluyendo nuevos factores, para la búsqueda dirigida de éstos, todo esto con fines preven-

tivos.

Conclusión

El intento de suicidio en adolescentes fue caracterizado satisfactoriamente en la muestra estudiada. El método de intento de suicidio más prevalente fue la intoxicación medicamentosa.

Las relaciones significativas presentadas por el intento de suicidio con algunos factores, pesquisables precozmente, abre una posibilidad de prevención de estos sucesos, que no sólo son una importante causa de muerte, sino también un obstáculo en el buen desarrollo psico-emocional de los adolescentes.

El protocolo elaborado para esta investigación, mostró ser útil en muchos aspectos (al pesquisar datos, que mostraron ser relevantes en el desarrollo del estudio), pero a su vez, han surgido nuevas interrogantes en torno a posibles factores de riesgo, no analizados, y que sería interesante de indagar.

Por otro lado, este sería el primer paso, en la elaboración de mejores instrumentos de recolección de información clínica en estos pacientes, aplicable no sólo a la investigación, sino también a nivel asistencial.

Referencias

- SERFATY, E. Suicidio en la adolescencia. *Adolesc Latinoam* 1998; 1(2): 105-110. [en línea] (pdf) Disponible en: <http://ral-dolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141471301998000100007-&lng=es&nrm=iso>. [Consultado 01 Julio 2006]

2. MAZZEI M, CAVADA G. El Suicidio en Chile: Cifras de Hoy en Salud Pública. *Rev Chil Salud Pública* 2004; 8(3): 176-178.
3. MINISTERIO DE SALUD, DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFOMACIÓN DE SALUD (2005). Indicadores Básicos de Salud 2005 (pdf) [en línea] Disponible en: <<http://deis.minsal.cl/Base051.pdf>>. [Consultado 1 de Julio 2006].
4. MINISTERIO DE SALUD, DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFOMACIÓN DE SALUD (2003). Mortalidad por suicidios, Chile (1990-2002) [en línea] Disponible en: <http://deis.minsal.cl/ev/mortalidad_causas/suicidio/series/consulta.asp>. [Consultado 1 de Julio de 2006].
5. LARRAGUIBEL M, GONZALEZ P, MARTINEZ V, ET AL. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71(3): 183-191 [en línea] Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=es&nrm=iso>. [Consultado 01 Julio 2006]
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (1999). Estudio de intervención multicentro sobre comportamientos suicidas-SUPRE-MISS. Protocolo de SUPRE-MISS. 1999. (pdf) [en línea] Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/prevention/-suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf>. [Consultado 1 de Julio de 2006].
7. MINISTERIO DE SALUD. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA (2002). Boletín de Vigilancia en Salud Pública de Chile: El Vigía 2002; 5(15): 9. (pdf) [en línea] <<http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/-vigia15.pdf>>. [Consultado 07 de Julio de 2006].
8. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2005). [en línea] <www.paho.org/CDMEDIA/FCHGTZ/INFORMACION%20REGIONAL/TEACH%20VIP%20YOUTH/MODULOS/modulo5/-Modulo%205.pdf>. [Consultado 1 de Julio de 2006].
9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Capítulo 7: Violencia autoinfligida. 2003. (pdf) [en línea] Disponible en: <<http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/->
10. HEERLEIN A, VALERIA C, MEDINA B. Seasonal variation in suicidal deaths in Chile: its relationship to latitude. *Psychopathology* 2006; 39(2): 75-79.
11. RETAMAL P, ORIO M, RESZCZINSKY C, HUMPHREYS D. Variación estacional del suicidio en Chile. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1997; 43: 118-121.
12. GOULD MS, SHAFFER D, FISHER P, GARFINKEL R. Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(2): 155-162.
13. VALDIVIA, M, EBNER, D, FIERRO, V ET AL. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. *Rev Chil Neuro-psiquiatr* 2001 Sep; 39(3): 211-218.
14. MINISTERIO DE SALUD. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA. Informe Encuesta de Salud Escolar, Chile. 2004 (pdf) [en línea] Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/-EMSE.htm> [Consultado 1 de Julio 2006]
15. FREEDMAN A, KAPLAN H, SADOCK B. Tratado de Psiquiatría. Barcelona. Editorial Salvat. 1982, Volumen II.
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima revisión [en línea] Disponible en: <<http://www.who.int>>. [Consultado 1 de Julio 2006]
17. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2002 Informe mundial sobre violencia y salud, Ginebra, 2002. [en línea] Disponible en: <<http://www.who.int>>. [Consultado 1 de Julio 2006]
18. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2005). Boletín de la Organización panamericana de la Salud. Noviembre 2005. [en línea] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/-ahora23_nov05.htm>. [Consultado 1 de Julio 2006]
19. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003). Informe mundial sobre la Violencia y la Salud. Capítulo 6: La Violencia sexual. 2003. (pdf) [en línea] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_6.pdf>. [Consultado 1 de Julio 2006]