

EL SUICIDIO Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

¹CABRA O.L., ²INFANTE, D.C., ³SOSSA, F.N.

1-2-3 Médico cirujano Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Antecedentes: el suicidio y el intento de suicidio es un fenómeno poco estudiado en la población pediátrica y la información epidemiológica en este grupo de edad es poco confiable en nuestro país; por estas razones nace la importancia de este estudio. **Métodos:** se propone el desarrollo de una revisión ampliada de la literatura. Se realiza una búsqueda en las bases de datos del Ministerio de la Protección Social, OMS, OPS, Medline y LILACS. Se realizó un análisis crítico de la literatura de cada uno de los documentos adquiridos, evaluando la metodología propuesta, y los componentes expuestos en cada uno de los estudios. **Resultados:** el suicidio en la población infantil y adolescente es uno de los problemas que afronta nuestra sociedad de manera creciente y es un fenómeno multifactorial, que incluye factores causales biológicos, psicológicos y sociales. **Conclusiones:** después de la presente investigación se considera que el problema de suicidio en niños y adolescentes involucra múltiples factores que deben ser abordados cuanto antes desde diferentes niveles como la familia, la escuela y las autoridades de salud pública para hacer énfasis en los factores de riesgo que pueden impulsar a los menores a tomar esta decisión.

Palabras clave: ideación suicida, intento de suicidio, suicidio consumado.

ABSTRACT

Background: the suicide and the attempt of suicide are a phenomenon little studied in the paediatric population and the epidemiological information in this age group is unreliable in our country; for these reasons is the importance of this study. **Methods:** it proposes the development of an extended review of the literature; this search is realized in the databases of the ministry of the Social Protection, OMS, OPS, Medline y LILACS. We realize a critical analysis of literature from each of the documents acquired, evaluating the proposed methodology, and the components exposed in each of the studies. **Results:** the suicide in children and teenagers is one of the problems that confronts our society of an increasing way and it is a phenomenon multifactorial that includes causal biological, psychological and social factors. **Conclusions:** after the present investigation is considered that the problem of suicide in children and teenagers involves multiple factors that must be approached as soon as possible from different levels such as family, school, public health authorities, to emphasize the risk factors that can encourage children to make this decision.

Key words: suicidal ideation, attempt of suicide, suicidal act.

• *Correspondencia: xxxxxxxxxx

Fecha de recepción: 1 de junio de 2009 - Fecha de aceptación: enero de 2010

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública relevante, que ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1.110 personas y lo intentan cientos de miles; independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, entre otras [1].

El suicidio al igual que el intento de suicidio es poco estudiado en la población pediátrica en este grupo etario. El suicidio es un fenómeno relativamente poco frecuente que alcanza tasas de entre 0,6-0,9/ 100.000 en Estados Unidos, estimándose que el número de menores que presentan intentos o ideación suicida sería entre 30 y 50 veces más alto que el de los suicidios consumados. La conducta suicida en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas décadas, lo cual provoca gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales. En 1980 el suicidio fue la séptima causa de muerte para niños entre 5 y 14 años de edad en los Estados Unidos, convirtiéndose en la quinta causa para 1993 [2]. Los análisis apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana [3].

De la misma manera se muestra que el suicidio en niños y adolescentes ha aumentado en Colombia en los últimos años; las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse durante su vida y que entre 10% y 15% culminan en suicidio [4]. En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre niños, adolescentes y adultos jóvenes sin una explicación concreta; al parecer son múltiples los factores que influyen sobre los comportamientos suicidas que de ser adecuadamente identificados e intervenidos podrían en un momento determinado disminuir estos comportamientos. Sin embargo, la información epidemiológica sobre el intento suicida en este grupo de edad es poco confiable en nuestro país, por el subregistro, mal registro de la causa de muerte y deficiente comunicación. Los diferentes estudios sobre patología asociada a los comportamientos suicidas revelan la elevada prevalencia de trastornos del comportamiento y otros factores en los niños y adolescentes y de trastornos de personalidad. A partir de los datos encontrados

se plantean una serie de interrogantes, que son las piezas fundamentales para el desarrollo de la presente revisión. Surge, por tanto, la necesidad de investigar en qué medida este grupo de trastornos y otros factores se comportan como de riesgo de comportamientos suicidas; es decir, se plantea el tema de conocer cuales son los factores asociados al suicidio y, por otra, la evolución a largo plazo de determinados rasgos y trastornos de conducta de los niños y su relación con los comportamientos suicidas.

MÉTODOS

Se propone el desarrollo de una revisión ampliada acerca del tema del suicidio en la literatura. Se realiza una búsqueda en las bases de datos del Ministerio de la Protección Social, OMS, OPS, Medline y LILACS. Se encontraron 146 artículos de los cuales se seleccionaron 93 por pertinencia e importancia del estudio en suicidio asociados a los grupos de niños y adolescentes. Se encontraron cinco documentos fuentes, uno en relación a la situación del suicidio en Colombia y el resto de estudios observacionales descriptivos en región Sur y Centro América, así como en el ámbito mundial. Los cinco documentos fueron incluidos en esta revisión. Posterior a ello se realizó una selección por tipo de estudio y calidad del mismo de los cuales se seleccionaron 43 artículos. De estos estudios se extrajeron datos epidemiológicos, descripción de factores de riesgo, historia natural de la enfermedad y propuestas terapéuticas.

RESULTADOS

Los factores que predisponen al suicidio consumado son muchos, e incluyen trastornos psiquiátricos preexistentes y factores facilitadores biológicos y psicosociales. Parámetros desarrollados por David Shaffer, MD y Cynthia R. Pfeiffer MD en 2001 muestran una abrumadora proporción de adolescentes que cometieron suicidio (más del 90%) sufrían de un trastorno psiquiátrico asociado al momento de su muerte. Más de la mitad habían sufrido un trastorno psiquiátrico por al menos dos años. Eventos estresantes a menudo preceden a los suicidios adolescentes, incluyendo la pérdida de una relación romántica, problemas de disciplina en la escuela, problemas con la ley o dificultades académicas o familiares. Un adolescente con un trastorno mental subyacente puede verse enfrentado a un mayor número de eventos estresantes que el adolescente promedio, o puede percibir los eventos que ocurren como más estresantes. El

suicidio es mucho más común en adolescentes y jóvenes masculinos que femeninos [5], pero muchos de los factores de riesgo son los mismos para ambos sexos. Los trastornos del humor, la pobre comunicación padre-hijo, y un intento de suicidio previo, son factores de riesgo para suicidio en varones y mujeres, aunque un intento de suicidio previo es más predictivo en los varones. El abuso de sustancias y/o de alcohol incrementa significativamente el riesgo de suicidio por encima de los 16 años. La patología familiar y la historia familiar de comportamiento suicida también pueden incrementar el riesgo.

Edad

En Colombia, en el período 1973-1996 se encontró que la mayor proporción de muertes causadas por suicidio se presenta dentro del grupo de 15 a 24 años para las mujeres, y en mayores de 60 años para los hombres, con una tasa de suicidio de 2-4/100.000 para ambos géneros y para todos los grupos de edad, oscilando entre 4-6/100.000 para hombres y de 1-3/100.000 para mujeres [6]. Las estadísticas en el año de 1997 presentan un informe similar, ya que el mayor caso de suicidios se presentó en el rango de edades de los 15 a 24 años, como se observa en la figura 1.

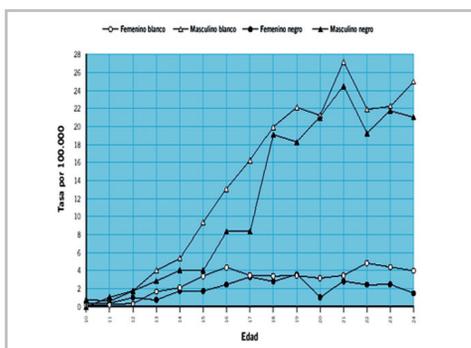


Figura 1. Tasas de suicidios poblacionales por 100.000 (edades 10-24) 1997. Fuente: National center for health statistics (1999).

Ideación suicida

Los pensamientos suicidas son comunes en niños y adolescentes de ambos géneros y no están asociados con otros rasgos de psicopatología [7]. Los trastornos del humor y de ansiedad incrementan el riesgo de ideación suicida. Los ataques de pánico son un factor de riesgo para ideación o intentos suicidas en las mujeres, mientras que la agresividad incrementa el riesgo de ideación o intento de suicidio en los varones.

Intento de suicidio

El intento de suicidio es la acción que hubiese resultado en una lesión o muerte de no mediar intervención oportuna [8,9]. Los intentos de suicidio son considerablemente menos comunes que las ideas suicidas. Los adolescentes que intentan el suicidio tienden a tener psicopatología asociada que los que sólo tienen ideas suicidas [7, 10]. Los jóvenes homosexuales y bisexuales están en riesgo incrementado de intentos de suicidio, teniendo a menudo múltiples factores (depresión, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares, entre otros), como lo están los adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual o abuso físico infantil [7].

Género

En Estados Unidos la relación masculino a femenino para suicidio en jóvenes es aproximadamente 3:1, pero la tasa se incrementa rápidamente para los varones y sólo levemente para las mujeres, de modo que entre los 15 y los 19 años es de 4.5:1 y entre los 20 y los 24 años es mayor a 6:1.2 [10]. En el grupo de 10-14 años resultó mayoritario el suicidio femenino en Colombia, a diferencia de lo que se reporta en Estados Unidos, donde en esta franja se mantiene un franco predominio masculino de 3:1. [11]. Según Annett L. Beautrais [12], hay diferencias de género en comportamiento suicida de la juventud que son evidentes en la niñez y que persisten a través de la adolescencia y de la edad adulta joven. En países occidentales, las mujeres jóvenes son dos veces más propensas que los varones para divulgar la ideación y el comportamiento suicida. Sin embargo, a pesar de que las mujeres hacen más tentativas del suicidio, los varones son tres a cuatro veces más propensos a morir por suicidio que las mujeres. Un intento de suicidio previo es el predictor más potente, incrementando la tasa más de 30 veces (Brent, Shaffer y Craft, 1999); es seguido por depresión, abuso de sustancias (alcohol o drogas) y comportamiento destructivo. El uso de sustancias o la ansiedad de separación puede provocar que adolescentes con ideas suicidas de ambos sexos intenten el suicidio [7]. Haber cometido un intento de suicidio previo incrementa mucho más el riesgo de que un varón eventualmente se suicide, pero el efecto predictivo es menos sustancial en mujeres [7]. Los estudios de autopsia psicológica [13] muestran que aproximadamente el 90% de los suicidios adolescentes ocurre en individuos con un trastorno psiquiátrico pre-existente.

Disfunción familiar

Resultados de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay, del doctor Hugo Rodríguez Almada [14], se detectaron múltiples eventos ocurridos en el mes previo a la muerte; predominaron los problemas de pareja, los cambios de domicilio y las desavenencias con los padres [14]. Se realizó un estudio prospectivo longitudinal [15], con seguimiento de un año en adolescentes de seis escuelas públicas de Carolina del Sur, con el objetivo de identificar probables predictores de la conducta suicida y depresión. Los resultados muestran que el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para los que intentaron suicidarse y que el hecho de no vivir con ambos padres no se asoció con ninguna conducta suicida, sugiriendo que no es la estructura familiar per se, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente temprano. Los resultados de los estudios antes mencionados señalan la necesidad de evaluar el funcionamiento familiar al tratar a un niño y adolescente con conducta suicida, ya que disturbios en el ambiente familiar pueden ser importantes factores en los que se debe localizar el tratamiento.

Ansiedad

Algunos autores postulan que la presencia de ansiedad identifica un subtipo de ideación suicida infantil. En esta línea, Allan (1998) [16] estudió una muestra de 27 niños con ideación suicida hospitalizados, entre 8 a 11 años de edad, que fueron divididos en dos grupos, con alta y baja ansiedad. Los resultados muestran que los niños con ideación suicida y ansiedad eran menos felices y satisfechos, experimentaban más eventos vitales negativos y eran más distraídos, activos e intensos en sus reacciones que los niños con ideación suicida solamente. Además, los padres de los niños con altos niveles de ansiedad reportaron más síntomas obsesivos compulsivos y ansiosos, así como mayor hostilidad que los padres de niños con baja ansiedad.

Medios de comunicación

La correlación directa entre los medios de comunicación, la exposición y la conducta violenta llama mucho la atención; por eso, los médicos deben incorporar una historia de los medios de comunicación en la valoración rutinaria de los pacientes para prevenir la violencia en América [17]. Los Estados Unidos apoya la educación de los medios de comu-

nicación para ayudar a mitigar los efectos potencialmente dañosos de varios medios de comunicación en los niños [17]. Una revisión de 217 estudios dirigida entre 1957 y 1990 (Paik y Comstock, 1994) miraba los efectos de violencia de la televisión con la conducta antisocial. El rango de edad representado era de 3 a 70 años de edad, con 85% de la muestra 6 a 21 años. El análisis reveló una correlación entre violencia de la televisión y la conducta agresiva, sin tener en cuenta la edad. El mayor efecto fue demostrado para los niños del preescolar. El efecto en los varones fue ligeramente superior que el efecto en las mujeres. [17]. El Doctor Federman (1998) examinó más de 10.000 horas de programas en una variedad de cables, por tres años consecutivos de 1994 a 1997. Había consistencia sorprendente de los datos de un año a otro con una cantidad alarmante de violencia. El tipo de violencia y el contexto también era consistente con 26% de interacciones que involucraban el uso de armas y 38% de actos violentos. Dentro de las conclusiones del estudio se citan:

1. La violencia de la televisión contribuye a los efectos anti-sociales delante de los espectadores.
2. Tres efectos primarios son consecuencia de ver violencia en la televisión: aprender de conductas agresivas y actitudes, insensibilidad a la violencia y miedo de hacerse víctima por violencia.
3. No toda la violencia propone el mismo grado de riesgo de éstos efectos.

También se puede decir que las desventajas sociales, la disfunción familiar y las patologías psiquiátricas asociadas son factores de riesgo para la conducta suicida. Los niños y adolescentes que presentan conducta suicida generalmente presentan más frecuentemente trastorno depresivo, abuso de droga, alcohol y/o exhiben conductas antisociales. Hablando de estos factores de riesgo y su entorno se miran también el rol importante de la familia, ya que los disturbios en el ambiente familiar pueden ser importantes factores en los que se debe localizar el tratamiento.

Los métodos suicidas que suelen utilizarse incluyen instrumentos cortantes y punzantes, salto de altura, uso de armas de fuego, sofocación y sumergimiento, envenenamiento mediante sustancias [18]. En Estados Unidos las mujeres prefieren la sobredosis de medicamentos y la laceración en el cuerpo; los hombres eligen métodos más violentos y de mayor letalidad, como heridas con armas de fuego, ahorcamiento y salto de altura [19].

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Durante la infancia los factores de riesgo deben detectarse, sobretodo, en el medio familiar en el que vive el menor. Es importante tener en cuenta si fue un niño deseado o no, pues en el último caso existirán diferentes manifestaciones de rechazo con consecuencias psicológicas en el menor [20]. Los embarazos en personas demasiado jóvenes dan lugar a trastornos en la atención y la educación del niño debido a la inmadurez biopsicológica de los padres y los embarazos en personas maduras son causa de una crianza defectuosa por la disminución de la energía vital que impide satisfacer las demandas del menor en su lógico desarrollo. Es así como puede haber actitudes desde la sobreprotección hasta la permisividad [21]. La personalidad de los progenitores es un factor de riesgo suicida de los hijos, pues en caso de padecer un trastorno de la misma, como los antisociales o emocionalmente inestables, la crianza estará mediada por dichos rasgos. De la misma forma, padres con enfermedades psiquiátricas, como depresión materna, el alcoholismo o la esquizofrenia, son factores predisponentes en los hijos [22].

Referente a las características psicológicas del menor que pueden llevar a un acto suicida, se señalan algunas como la disforia, la agresividad y la hostilidad, como manifestaciones de un trastorno del control de los impulsos, algunas veces son niños con pobre tolerancia a las frustraciones, incapaces de prorrogar la satisfacción de sus deseos, demandantes de atención y afecto, con intentos suicidas previos, manipuladores, celosos de los hermanos, susceptibles y rencorosos; pueden expresar ideas suicidas; otras veces son rígidos, meticulosos, ordenados, perfeccionistas, tímidos, con pobre autoestima [23]. El ambiente en el que convive el menor es igualmente importante. Un hogar disfuncional en el que existan frecuentes discusiones entre los padres y demás miembros, asociado al maltrato físico o psicológico o un hogar sin normas, pueden predisponer a un acto suicida. También hay que tener en cuenta la posibilidad del aprendizaje por imitación dada por padres, hermanos y abuelos, con antecedentes de comportamiento suicida, sin retirar importancia a los amigos o compañeros de escuela con dicha conducta, que podrían atraer este tipo de actos suicidas [24]. Entre los motivos más frecuentes que llevan al acto suicida en la niñez se encuentran:

- Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, muerte de un ser querido).

- Problemas con las relaciones paterno-filiales.
- Problemas escolares.
- Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante.
- Búsqueda de afecto y atención.
- Deseos de reunirse con un ser querido fallecido.
- Trastornos de personalidad y depresión [25].

Previo al acto suicida, el niño proporciona señales relacionadas con cambios en su conducta, comportamiento en casa o escuela; puede tornarse pasivo o agresivo, incluyendo pérdida o aumento del apetito, insomnio, enuresis, sueño excesivo o pesadillas; anímicamente puede manifestar desinterés por el juego y por los amigos, redacción de notas de despedida y frecuente preocupación por la muerte [26]. Generalmente, las niñas atentan contra su vida a menor edad que en los niños y además, eligen lugares que frecuentan ó habitan como el hogar, casas de amigos y el colegio [27,28].

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

La tasa de suicidio se ha triplicado en los pasados 40 años, siendo la tercera causa de muerte para esta población después del homicidio y los accidentes [29]. Dentro de los factores de riesgo descritos se encuentran la presencia de desórdenes mentales (especialmente depresión mayor, trastorno bipolar o psicosis), abuso de sustancias psicoactivas, historia familiar de suicidio, abuso sexual, delincuencia, homosexualidad, adolescentes en centros especiales como prisiones o casas de paso, divorcio de los padres, malas relaciones interpersonales e historia de maltrato familiar. Estudios recientes encuentran asociación no causal con trastornos del sueño especialmente insomnio, pesadillas e insuficiencia del sueño [30,31]. Con la evolución de la tecnología en los últimos años se ha encontrado como factor de riesgo el Internet y la información destructiva y mal dirigida que este entrega. [32]

La adolescencia es una etapa en la que ocurren cambios de crecimiento y desarrollo neuroendocrino, psicológicos y sociales [33]. Los problemas que pueden llevar a afectar a los adolescentes corresponden al área emocional y psico-social [34,35]. Para prevenir la conducta suicida se deben promover en este grupo los modos de vida saludables como la práctica sistemática del deporte, una sexualidad respon-

sable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado de su tiempo libre [36,37]. La protección se debe hacer con niños con riesgo suicida o los que en la propia adolescencia hayan acumulado diversos factores de riesgo hasta ese momento ausentes. [38] En este grupo de adolescente se encuentran aquellos con suicidios frustrados o tentativas de suicidio. Cuando existe un trastorno distímico, que consiste en depresión e irritabilidad prolongada, pueden existir síntomas como insomnio, disminución del apetito, fatiga, dificultad en la concentración y en la toma de decisiones, sumado a desesperanza [39, 40]. En otros casos, la depresión para este grupo se da a conocer con actitudes como el abuso de drogas, problemas de comunicación, baja autoestima, mal carácter, aislamiento social, descuido personal y rebeldía.

Los futuros adolescentes con conducta suicida pueden tener tres etapas [41]:

1. Infancia problemática (engloba los factores predisponentes).
2. Recrudescimiento de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar).
3. Etapa previa al intento suicida, que se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales. Generalmente etapa precipitante.

Técnicas de intervención

Si lográramos identificar a tiempo los factores de riesgo para actos suicidas o aquellos suicidas en potencia para rea-

lizar el diagnóstico primario y el método terapéutico más adecuado, se podría evitar llegar al suicidio consumado [24]. Lo primero que se debe saber es que una persona con dicho riesgo no siempre estará sentada frente a un profesional del tema, por lo que su primera ayuda serán sus amigos o familiares, y deben ser el primer eje de ayuda en la crisis. Al encontrarse con una persona en esta situación se debe intervenir inmediatamente (tabla 1), escuchando con atención, hacer saber a esta persona que es comprendida; podemos preguntar sobre el comportamiento y la ideación suicida y, por último, ayudarle a encontrar alternativas que se alejen de la auto destrucción y nunca dejar sola a la persona mientras cursa una crisis mientras se remite a un profesional de la salud o a una organización que se encuentre capacitada para el manejo de este tipo de pacientes. Teniendo en cuenta que nos referimos a niños y adolescentes, vale la pena resaltar que hay que usar el lenguaje según su edad y buscar el apoyo de padres, familiares o representantes legales. No podemos hablar de intervención sin mencionar que se encontraron ensayos clínicos controlados que evidencian que la terapia farmacológica y, entre ella, los antidepresivos como los recaptadores de serotonina manejados por especialistas pueden prevenir el suicidio y sus recurrencias [42,43].

DISCUSIÓN

Luego de la revisión del tema podemos hacer las siguientes conclusiones:

- El comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial que incluye factores causales biológicos, psicológicos y

Tabla 1. Primera ayuda psicológica

Etapa	Sí	No
I. Establecer contacto.	Escuchar. Reflejar sentimientos. Aceptación.	Contar su propia historia. Ignorar sentimientos. Bromear, no dar importancia.
II. Conocer la dimensión del problema.	Formular preguntas abiertas para facilitar la expresión de sentimientos y conocerlos. Evaluar el peligro suicida. Preguntar directamente si es necesario.	Atenerse a preguntas con respuestas sí o no. Ignorar o no explorar el peligro suicida
III. Posibles soluciones.	Abordar los obstáculos directamente. Establecer prioridades.	No explorar los obstáculos. Visión de túnel.
IV. Acción concreta	Tomar una medida a tiempo. Ser directivo, confrontar.	Ser tímido. Ser indeciso. Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario
V. Seguimiento.	Realizar otro contacto para evaluar progreso o retroceso.	Dejar la evaluación a otro que no conoce lo sucedido.

Fuente: Barrero P, Sergio. El suicidio, comportamiento y prevención, Revista Cubana de Medicina General e Integral v.15 n.2 Cubamar.- abr.1999.

sociales; por lo cual, es primordial conocerlos y también conocer de qué manera se puede llegar a intervenir.

- Es importante tener presente que los factores de riesgo para conductas suicidas son rasgos individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros no representa problema alguno.
- El grupo de edad más afectado en general dentro de la población infantil oscila entre los 10 a 13 años, que podría ser explicado por los cambios profundos que se presentan a esta edad con motivo del inicio de la pubertad.
- Por la importancia que tiene este problema como un problema de salud pública a nivel mundial y por el incremento de esta conducta entre niños y personas jóvenes

es necesario y urgente dedicar especial atención a estos grupos de riesgo creando programas especiales que permitan la incorporación de esta población a diferentes actividades que impidan la conducta suicida.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al doctor Sergio Casanova Díaz, psiquiatra infantil, quien nos orientó en la búsqueda de material para el presente estudio.

CONFLICTOS DE INTERES

No conocidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS - INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO (1998). La vida en el Siglo XXI, una perspectiva para todos. Ginebra. Mayo de 1998.
2. HEALTH UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1995). Hyattsville: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Vital Statistics of the United States; 1995.
3. DIEKSTRA RFW: THE EPIDEMIOLOGY OF SUICIDE AND PARASUICIDE. Acta Psychiatr Scand 1993; 371 (Suppl): 9-20.
4. MINISTERIO DE SALUD. Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
5. PFEIFFER, Cynthia R. MD, (2001). Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida, 2001.
6. GÓMEZ-RESTREPO C et al, (2002). Suicidio y lesiones autoinfligidas Colombia, 1973-1996; En: Revista Colomb Psiquiatr 2002; Vol. 2, pp. 123-136.
7. SHAFFER, David, (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior, Julio 2001.
8. DIEKSTRA R. Epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1993; 371 Suppl: 9-20.
9. GÓMEZ-RESTREPO C et al, (2002). Suicidio y lesiones autoinfligidas Colombia, 1973-1996; En: Rev. Colomb Psiquiatr 2002; Vol. 2, pp 113-123.
10. SHAFFER, David, (2000). Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida. (National Center for Health Statistics, 2000); En: revista de psiquiatría de Uruguay, Vol.25, pp. 8.
11. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40 (7 Suppl): 24S-51S.
12. BEAUTRAIS, Annett L., (2002). Suicide prevention series. Gender issues in youth suicidal behaviour. Pagina consultada en el año 2007. En: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/120825265/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
13. BRENT Y COL., (1999), MARTTUNEN Y COL., (1991), SHAFFER Y COL., (2001). Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con comportamiento suicida; En: Revista de Psiquiatría del Uruguay.1996*; Octubre 2001; Volumen 65 N° 2. pp. 146.
14. RODRÍGUEZ ALMADA, Hugo; GARCÍA MAGGI, Irene; CALÍOPE, ciriacos. Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay; En: Revista Medicina Uruguay 2005; volumen 21, pp. 141-150.
15. GARCÍA MAGGI, Irene; CALÍOPE, ciriacos. Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina Universidad de la República McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson K, Addy C; En: Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37: pp. 612-9.
16. KASHANI, Allan W J, DAHLMETER J, Beck N, REID J; (1998). Anxious suicidality: a new subtype of childhood suicide ideation?; En: Suicide Life Threat Behav 1998; 28, pp. 251-60.
17. MD VILLAIN, Susan; (2001). Impact of media on children and adolescents: a 10 year review of the research; En: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology, Vol. 40, No. 4 (April 2001), pp. 392-401.
18. CAMPO G, Vigoya J. (1996). Comportamiento suicida en niños; En: Emergencias y urgencias en pediatría. Secretaría de Salud Pública Municipal Cali; Roa JA, Echandia CA editores 1996. pp. 527-539.
19. BIRMAHER B, Ryan N, WILLIAMSON D, BRENT D, KAUFMAN J, DAHL R, et al. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the past 10 years. Part I; En: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: pp. 1427-39.
20. CALDERÓN COLMENERO, J., Y R. AGUILAR ESQUIVEL (1988). Suicidio en niños; En: revista pediátrica mexicana, Vol. 55(1):51(2), México, ene-feb., 1988.
21. KIENHORST, C.W.M., W.H.G. WOLTERS, R.F.W. DIEKSTRA Y E OTTE (1987). A study of the frequency of suicidal behaviour in children aged 5 to 14; En: J. Child. Psychol Psychiatr., vol. 28, No. 1, pp.153-65, Holland, 1987.

22. KRARUP, G., B. NIELSEN Y P. RASK (1991). Childhood experiences and repeated suicidal behaviour, *Acta Psychiatr. Scand.*, 83;pp.16-19, Dinamarca, 1991.
23. SANZ M.J., Mardomingo, (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes.* España. Ediciones Díaz de Santos, S.A.
24. VALENCIA ET AL; (1992). Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y la adolescencia: Un problema en aumento?; En: *Pediatría*, Vol. 12, pp.118-21 España, mayo, 1992.
25. SONDERGARD L, KVIST K, KESSING L. (2006). Do antidepressants prevent suicide?; En: *International Clinical Psychopharmacology*, Vol. 21, pp. 211-218.
26. CASTRO A.L., PAGÁN C., PARRILLA CRUZ Y J.A. SÁNCHEZ, Lacay; (1982). Comportamiento suicida en niños, *Boletín Asociación Médica de Puerto Rico*, 74(10), pp. 284-88, octubre, 1982.
27. PAGÁN CASTRO A.L., C.E. PARRILLA CRUZ Y S.M. PARRILLA CRUZ; (1990). Comportamiento suicida en niños y adolescentes: intervención del médico de familia, *Boletín Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico*, 74(10), pp. 284-88, enero, 1990.
28. RODRÍGUEZ PULIDO F., A. SIERRA LÓPEZ, R. GRACIA MARCO, J.L. GONZÁLEZ DE RIVERA Y D. MONTES DE OCA, (1990). La prevención del suicidio (I): prevención primaria, *Psiquis*, 317/90, Vol. XI/90, pp. 47-52, España.
29. GARCÍA López, Juan Enrique, HERNÁNDEZ, Laura Elena Gloria, (2005). Principales causas de muerte en las etapas del curso de vida 1980-2002. México. Hidalgo, pp. 27-32.
30. CEREL, Julie, TIMOTHY, Roberts, NILSEN, Wendy, (2005). Peer Suicidal Behavior And Adolescent Risk Behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 193, No 4.
31. LIU X, BUYSSE D. (2005). Sleep and youth suicidal behavior: a neglected field; En: *Current Opinion Psychiatry* 19, pp.288-293.
32. BORZEKOWSKI, Dina L. G Ed. (2006). Adolescents use of the internet: A Controversial, coming of age resource; En: *Adolescent Medicine Clinics* Vol. 17, pp. 205-216.
33. GILCHRIST V.J. (1991). Preventive health care for the adolescent; En: *Am. Fam. Physician*, 43(3), pp.869-78, Canada, March, 1991.
34. GROSSMAN, D.C., B.C. MILLIGAN Y R.A. DEY. (1991) Risk factor for suicide attempts among navajo adolescents; En: *American journal Public Health*, 81(7), pp.870-4, USA, Julio, 1991.
35. HENDIN, H., (1990). Psychodynamics of suicide with particular reference to the young; En: *American Journal Psychiatry*, 147:2, pp.190-95, USA, Feb., 1990.
36. KIENHORST, C.W.M., E.J. DE WILDE, R.F. DIEKSTRA Y W.H.G. WOLTERS, (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents; En: *Acta Psychiatr Scand*, 85, pp. 222-28, Holland, 1992.
37. LOW B.P. Y S.F. ANDREWS, Adolescent suicide, En: *Medical Clinics of North America*, 74(5), pp.1251-64, USA, Sept., 1990.
38. SANZ M.J., Mardomingo y M.L. Catalina, (1992). Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes; En: *Pediatrika*, Vol. 12, pp. 5-10, España, enero-febrero/1992.
39. WINDLE M, (2004). Suicidal Behaviors and Alcohol Use Among Adolescents: A Developmental psychopathology perspective; En: *Alcohol Clinical and Experimental Research*. Vol. 28, No. 5, pp. 29S-39S.
40. SANZ M.J., Mardomingo, (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes.* España. Ed. Díaz de Santos, SA.
41. SÁNCHEZ LACAY A., C. PARRILLA CRUZ Y A. PAGÁN CASTRO, (1985). Intentos suicidas en adolescentes; En: *Bol. Asoc. Med.*, Vol. 77:7, pp. 273-77, Julio, 1985.
42. VAZ-LEAL, F.J., (1991). Psychotherapeutic. Management of suicide attempts in children and early adolescents: working with parents; En: *Psychother. Psychosom. Medicine*, 52, pp.125-32, España, 1991.
43. BERMAN, A. Y R. SCHWARTZ, (1990). Suicide attempts among adolescents drug user; En: *A.D.J.C.*, Vol. 144, pp. 3310-14, USA.