

Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica

BERNARDO PACHECO P., PAULA LIZANA C.^a, ISABEL CELHAY S.

Clinical differences between suicide and non suicide attempter hospitalized adolescents

Background: Suicide is the third cause of death among adolescents in United States and between 5 to 12% of teenagers have a history of suicide attempt. Therefore suicide is a public health problem in this age group. **Aim:** To compare the clinical characteristics of hospitalized adolescents who attempted suicide with those without a history of suicide attempt. **Material and Methods:** The clinical records of adolescents aged less than 18 years, hospitalized in a psychiatric clinic, were analyzed. Forty six patients aged 15 ± 2 years (72% females) had a history of suicide attempt and were considered cases and 81 patients aged 15 ± 2 years (52% females) did not have a history of suicide attempt and were considered controls. Demographical and clinical characteristics of both groups were compared. Psychiatric diagnoses were based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV). **Results:** No significant differences were found between groups in the length of hospital stay. The most common psychiatric diagnosis was depressive disorder, found in 71 and 35% of suicide and non suicide attempters, respectively ($p < 0.01$). Personality diagnosis was deferred in most studied cases. **Conclusions:** Depression is more common among hospitalized adolescents who attempt suicide.

(Rev Med Chile 2010; 138: 160-167).

Key words: Depression; Suicide, attempted.

Departamento de
Psiquiatría, Facultad de
Medicina, Pontificia
Universidad Católica de Chile.
^aPsicóloga.

Recibido el 1 de junio de 2009,
aceptado el 20 de diciembre
de 2009.

Correspondencia a:
Dr. Bernardo Pacheco
Departamento de Psiquiatría,
Pontificia Universidad
Católica de Chile.
Av. Camino El Alba 12351
Las Condes.
Fax: 7548878.
E-mail: bejupa@vtr.net

La conducta suicida en la adolescencia constituye un serio problema de salud mental. En Estados Unidos de Norteamérica, niños de secundaria han intentado suicidio entre 5% y 12% en el transcurso de un año, en ese país el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes¹. En la Comunidad Europea en la década 1990-99 se estudió la conducta suicida en 21 países y se observó que el suicidio en adolescentes tendió a incrementarse²; en años posteriores, con la implementación de programas sanitarios preventivos se logró una reducción en las tasas de incidencia de suicidio³.

En la revisión de la literatura se destaca que en nuestro país en el período 1971-1990, no se

observó un aumento significativo en la tasa de suicidios juveniles⁴, en el período 1990-2000 si se detecta un aumento significativo en la tasa de suicidio general⁵, especialmente en el grupo de hombres jóvenes⁶. En el año 2003, la tasa general de suicidio fue de 10,4 (x 100.000) y de 4,3 en el rango de edad de 10 a 19 años. En este último grupo la tasa se elevó a 5,7 en el año 2004⁷.

Muchos adolescentes consideran el suicidio alguna vez en su vida^{8,9}, siendo más numerosos los que presentan sólo ideación^{10,11}. La ideación y el intento son potentes factores de riesgo para suicidio consumado^{12,13}. Se sabe que los adolescentes con intentos suicidas en su infancia han tenido más

eventos adversos y riesgo psicosocial comparados con controles^{14,15}. La suicidalidad es vista como una condición de causas múltiples e interrelacionadas, el antecedente familiar de suicidio es asociado con fuerte riesgo suicida¹⁶ y con aparición temprana de conducta suicida en la adolescencia¹⁷. Condiciones que influyen negativamente en el establecimiento de relaciones interpersonales como el aislamiento social, un concepto negativo de sí mismo y un comportamiento impulsivo, también se han relacionado a la conducta suicida en los adolescentes¹⁸⁻²². Los síntomas depresivos²³, la depresión, el trastorno de conducta, el trastorno bipolar, el trastorno de personalidad *borderline* y el abuso de sustancias han sido condiciones psicopatológicas frecuentes de encontrar en adolescentes con intentos suicidas²⁴⁻²⁶. La presencia de riesgo suicida es una potente variable predictiva en relación a la decisión de hospitalizar o no a un adolescente²⁷ y la opción de tratar ambulatoriamente a un paciente es muchas veces proporcional a tener el control del riesgo suicida. Una proporción importante de sujetos que cometen suicidio han sido pacientes previamente hospitalizados, de ahí la importancia de estudiar pacientes internados psiquiátricos con y sin intento suicida de modo de pesquisar tempranamente factores de riesgo para conducta suicida posterior.

El propósito de nuestro estudio es encontrar diferencias clínicas entre adolescentes internados psiquiátricamente por intento suicida y adolescentes sin intentos suicidas hospitalizados en un mismo período. Algunos estudios han encontrado algunas diferencias clínicas que han permitido planificar estrategias preventivas^{28,29}. La hospitalización puede ser un momento particularmente privilegiado para iniciar estrategias de intervención y control del riesgo suicida. Esperamos contribuir a la identificación de factores de riesgo de suicidalidad en población adolescente que requiere internación psiquiátrica, e identificar un período del curso de la condición mórbida en el cual el riesgo suicida puede ser especialmente alto.

Método

Estudio de tipo caso y control no concurrente con análisis de variables obtenidas de datos existentes. La unidad de análisis fueron los menores de 18 años hospitalizados en el Servicio de Psi-

quiatria de la Clínica San Carlos de Apoquindo de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el período de tres años (2001-2004). Se analizan distintas variables y su relación con adolescentes hospitalizados por intento suicida (IS) (casos) y adolescentes sin intentos suicidas (NIS) internados por otra causa psiquiátrica (controles). La recolección de datos se hizo mediante el análisis de la historia clínica obtenida de las fichas clínicas. Las variables de estudio fueron: edad, género, tiempo de estadía, funcionalidad y tipo familiar, diagnóstico psiquiátrico de egreso (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV)³⁰. Se consideró la funcionalidad familiar basada en entrevistas familiares realizadas por terapeuta familiar.

El total de pacientes analizados fueron 127, de los cuales 46 correspondieron a los casos y 81 a controles. La muestra de estudio representó a 16,8% del total de las hospitalizaciones psiquiátricas generales del período.

Se presentan resultados descriptivos y comparativos de las variables de estudio entre los sujetos con y sin conducta suicida (distribución de frecuencias, estadísticas descriptivas, establecimiento de asociación entre las variables en estudio y cálculo de *odd ratio* (OR)). Para los cálculos e utilizó el *software* estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 15.0.

Resultados

La Tabla 1 compara edad y género de los pacientes hospitalizados IS y NIS. El promedio de edad de los pacientes IS fue 15,33 años (DE = 1,55) en un rango de 11 a 17 años. En el grupo NIS el promedio de edad fue 15,1 años (DE = 1,72). En la medición de esta variable no se encontraron diferencias significativas ($p = 0,559$). Respecto al género, encontramos que 71,7% de los pacientes IS eran mujeres y 28,3% varones. En el grupo NIS, 51,9% correspondió a mujeres y 48,1% a hombres. Se observa una diferencia estadísticamente significativa en la variable género al comparar ambos grupos ($\chi^2: 4,799$; gl: 1; $p = 0,028$), en el sentido que ser mujer, presentar intento de suicidio y estar hospitalizada, fue más del doble de probable que ser mujer y estar hospitalizado por otra causa psiquiátrica (OR = 2,35; 95% IC = 1,08, 5,12).

Al caracterizar al grupo IS (Tabla 2) encontramos que la mayoría de los pacientes (69%) presentaba el primer intento suicida. De estos la mayoría eran mujeres (65,5%). El método más usado para cometer intento suicida fue la "ingesta de fármacos", registrándose 37 casos (80,4%) de los cuales 31 eran mujeres. Le siguen "salto al vacío" con 4 casos y 2 casos de autolesiones. A pesar del limitado número de casos, en algunas categorías la relación entre género (femenino) y modo de intento suicida (ingesta de fármacos) es estadísticamente significativa (χ^2 : 16,225; gl: 4; $p = 0,003$).

Para la mayoría de los pacientes en nuestro estudio, esta fue su primera hospitalización (73,9% grupo IS y 73,4% grupo NIS). La duración de la internación fue de 1 a 40 días para el grupo IS (11,9 días promedio DE = 8,79) y de 1 a 35 días para el grupo NIS (11,7 días promedio, DE = 7,8). Estas variables no muestran diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,889$ y $p = 0,894$ respectivamente).

En cuanto a antecedentes de consultas psiquiátricas previas a la hospitalización, se observó que 52,2% del grupo IS reportó haber consultado

Tabla 1. Relación entre presencia o ausencia de intento de suicidio, edad y género de los pacientes

Variables	Intento de suicidio	No intento	p
	n = 46 (36,22%) % (DE)	n = 81 (63,78%) % (DE)	
Edad	15,33 (1,55)	15,10 (1,72)	0,559*
Género			0,028**
femenino	71,7	51,9	
masculino	28,3	48,1	

*U de Mann-Whitney. ** χ^2 : 4,799; gl: 1.

Tabla 2. Relación entre género, número de intento y modo de intento de suicidio

Variables	Género		p
	Femenino Frecuencia (%)	Masculino Frecuencia (%)	
Número de intentos*			0,42*
1°	19 (65,5)	10 (34,5)	
2°	10 (90,9)	1 (9,1)	
3°	0 (0)	1 (100)	
4°	1 (100)	0 (0)	
Modo de intento			0,003**
Psicofármacos	27 (87,1)	4 (12,9)	
Otros fármacos	4 (66,6)	2 (33,4)	
Caída libre	2 (50)	2 (50)	
Autolesiones	0 (0)	2 (100)	
Otros	0 (0)	3 (100)	

* χ^2 : 5,442; gl: 3. ** χ^2 : 16,225; gl: 4; (80% de celdas con frecuencia esperada inferior a 5). En 4 casos no se registró correctamente la información.

por motivos psiquiátricos dentro del mes previo a la internación y 69,6% de ellos reportó consulta psiquiátrica previa más allá de un mes. En el grupo NIS los porcentajes encontrados fueron 71,6% y 82,7% respectivamente. Para la variable consulta dentro del último mes se observó asociación estadísticamente significativa, los pacientes del grupo NIS presentaron mayor frecuencia de consulta en salud mental que los pacientes que presentaron conducta suicida (χ^2 : 4,842; gl: 1; $p = 0,028$). En cambio, para las consultas previas de más largo plazo no se observó asociación estadísticamente significativa (χ^2 : 2,952, gl: 1; $p = 0,086$).

Respecto a la estructura familiar (Tabla 3), encontramos que 80,4% de los pacientes IS y 83,33% de los pacientes NIS integraban una familia nuclear (padre, madre y hermanos); 13% y 5,1% respectivamente pertenecían a una familia

extendida (se agregan otros parientes) y 6,5% y 11,5% respectivamente a una familia reconstituida. Estas variables no muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0,22$), tampoco las características de la dinámica familiar ($p = 0,169$). En el grupo IS, 68,3% de las familias fue considerada disfuncional, 19,5% funcional y 9,8% familia en crisis. No se registró esta información en cinco casos.

El análisis de la constitución familiar según pareja parental mostró que la mayoría de las familias en estudio tenía una estructura biparental, correspondiendo a 77,2% en el grupo NIS y a 60,9% en el grupo IS, diferencia sin significación estadística ($p = 0,052$). En relación al estado civil de los padres de los pacientes, se encontró que en 54,3% del grupo IS los padres estaban casados y en 39,17% estaban separados. Para el grupo NIS

Tabla 3. Relación entre presencia o ausencia de intento de suicidio y características familiares

Características	Intento de suicidio		No intento		p
	Frecuencia (%)		Frecuencia (%)		
Tipo de familia					0,22*
nuclear	37 (80,43)		65 (83,33)		
extendida	6 (13,04)		4 (5,13)		
reconstituida	3 (6,52)		9 (11,54)		
Constitución parental					0,052**
Uniparental	18 (39,13)		18 (22,79)		
Biparental	28 (60,87)		61 (77,21)		
Estado civil padres					0,229***
casados	25 (54,35)		50 (62,5)		
separados	18 (39,13)		29 (36,25)		
viudo (a)	3 (6,52)		1 (1,25)		
Funcionalidad familiar					0,169****
Funcional	8 (19,51)		24 (38,10)		
Disfuncional	28 (68,29)		30 (47,62)		
Crisis	4 (9,76)		6 (9,52)		
Probable disfunción	1 (2,44)		3 (4,76)		
	Uniparental (IS)	Biparental (IS)	Uniparental (NIS)	Biparental (NIS)	IS = 0,587
Nuclear	14 (77,8)	23 (82,1)	16 (88,9)	49 (81,7)	NIS = 0,11
Extendida	2 (11,1)	4 (14,3)	2 (11,1)	2 (3,3)	
Reconstituida	2 (11,1)	1 (3,6)	0 (0)	9 (15,0)	

* χ^2 : 3,03; gl: 2. ** χ^2 : 3,788; gl: 1. *** χ^2 : 2,948; gl: 2. **** χ^2 : 5,041; gl: 3.

Tabla 4. Relación entre presencia o ausencia de intento de suicidio y psicopatología

Psicopatología	Intento	No intento	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Eje I			
Trastorno (T.) depresivo	30 (50,0)	28 (24,6)	0,003*
T. ansiedad	3 (5,0)	5 (4,4)	
Anorexia/Bulimia	6 (10,0)	12 (10,5)	
T. bipolar	5 (8,3)	27 (23,7)	
T. psicótico	3 (5,0)	11 (9,6)	
T. psicótico	1 (1,7)	4 (3,5)	
T. adaptativo	3 (5,0)	3 (2,6)	
Abuso de drogas	4 (6,7)	7 (6,1)	
T. del desarrollo	0 (0,0)	4 (3,5)	
Otros	5 (8,3)	13 (11,4)	
Total diagnósticos ¹	60 (100,0)	114 (100,0)	
Eje II			
TDP dependiente	0 (0,0)	1 (1,2)	0,503**
TDP límite	7 (15,2)	8 (9,9)	
TDP narcisista	0 (0,0)	2 (2,5)	
TDP No especificado	4 (8,7)	11 (13,6)	
TDP histriónico	1 (2,2)	1 (1,2)	
TDP obsesivo	0 (0,0)	1 (1,2)	
TDP antisocial	0 (0,0)	4 (4,9)	
Diagnóstico diferido	34 (73,9)	53 (65,4)	
Total	46 (100,0)	81 (100,0)	

* χ^2 :26,58;gl: 10. ** χ^2 : 6,317; gl: 7. ¹Cada paciente puede tener más de un diagnóstico.

62,5% de los padres estaban casados y 36,25% separados ($p = 0,229$).

En relación a los diagnósticos de egreso más frecuentes en ambos grupos, estos fueron (Tabla 4): Depresión, trastorno de alimentación y trastorno bipolar. El trastorno depresivo estaba presente en 71,4% de los pacientes IS y en 34,6% en los pacientes NIS. Se observó asociación estadísticamente significativa (χ^2 : 26,58; gl: 10, $p = 0,003$) entre la condición de ser IS o NIS y el diagnóstico de egreso, en el sentido que la probabilidad de presentar un diagnóstico de depresión en el grupo IS fue tres veces mayor que en el grupo NIS (OR = 3,05; 95% IC = 1,5, 5,9).

En relación a los diagnósticos de personalidad, en estos casos por ser adolescentes les llamaremos

trastorno del desarrollo de la personalidad (TDP), en la mayoría de los pacientes el diagnóstico se difirió (73,9% en el grupo IS y 65,4% en el grupo NIS). Cuando se diagnosticó correspondieron a pacientes IS, y los más frecuentes fueron TDP límite (15,2%) y TDP no especificado (8,7%).

Finalmente, al analizar el antecedente familiar de conducta suicida y morbilidad psiquiátrica, encontramos que en el grupo IS existió el antecedente en 12,2% y en 57,5% respectivamente. Por otra parte, en el grupo NIS, 17,6% de los pacientes tenía un familiar directo con conducta suicida y en 64,9% con antecedente de patología psiquiátrica familiar. No hubo diferencias estadísticamente significativas en entre ambos grupos ($p = 0,439$ y $p = 0,448$ respectivamente).

Discusión

La hospitalización psiquiátrica de adolescentes no es una excepción y su uso se ha incrementado en los últimos años en adolescentes con riesgo suicida^{31,32} lo que es relevante conociéndose que muchos adolescentes con IS no reciben atención³³.

En nuestro estudio más de un tercio (36,2%) de los adolescentes hospitalizados presentaron IS, siendo más frecuente la internación en mujeres (edad promedio: 15 años; grupo IS: 71,7% mujeres, grupo NIS: 51,9% mujeres). El género fue un factor significativo (Tabla 1). Ser adolescente mujer y estar hospitalizada es 2,35 veces más probable estarlo por IS, que por otra causa psiquiátrica. Este hallazgo concuerda con otros estudios, las adolescentes tienen mayor frecuencia de IS, tanto en muestras de pacientes ambulatorios^{33,34} como hospitalizados³⁴⁻³⁶. Además, las adolescentes IS están proporcionalmente más representadas que los varones en el número de intentos (Tabla 2). En el caso de las mujeres, 63,3% está en situación de primer IS y 33,3% presenta dos intentos. Para los hombres fue 83,3% y 8,3% respectivamente. Esta tendencia a la repetición ha sido descrita como una importante variable predictora de futuras hospitalizaciones²⁷.

Aunque la duración del período de hospitalización no mostró diferencias significativas, llama la atención que grupo IS tenga menor frecuencia de estadía que el grupo NIS, pudiendo tratarse de una condición más grave el IS. El menor tiempo de estadía del grupo IS podría interpretarse como que en estos pacientes la atención clínica pudiera focalizarse principalmente en el control del riesgo suicida y no necesariamente en todo el cuadro mórbido, lo que podría tomar menos tiempo, y en caso de que hubiese un trastorno psiquiátrico asociado al intento, para su resolución quizás se opte por un manejo ambulatorio.

La conducta suicida en adolescentes se ha asociado a familia disfuncional e historia psiquiátrica familiar^{13,16,17}. Los conflictos familiares juegan un rol en el desarrollo de la conducta suicida en niños y adolescentes ya que muchas veces estos se sienten responsables de los problemas que aquejan a su familia, y buscan un alivio en el deseo de morir. Nuestro estudio mostró que la disfunción familiar está presente en ambos grupos de estudio; el grupo IS mostró una mayor tendencia sin significación estadística (Tabla 3). La presencia de mayor disfunción familiar ya se ha encontrado en estudios de adolescentes hospitalizados (IS y NIS) cuando se compara a grupos controles. Esto es relevante, tanto porque la conflictiva familiar puede ser un factor gravitante en el momento de decidir la internación de un adolescente, como también por la importancia que pueda tener el ambiente familiar en el regreso del paciente a su hogar. En relación a la presencia de los padres, los pacientes de ambos grupos pertenecen predominantemente a hogares biparentales; al compararlos se encuentra una tendencia de menor presencia de biparentalidad en las familias del grupo IS. Se ha observado que provenir de un hogar uniparental puede ser un factor de riesgo de intento suicida³⁹. Quizás la ausencia de uno de los padres del adolescente con riesgo suicida y la falta de apoyo parental, límite los procesos de diferenciación, individuación e integración de identidad propios de la adolescencia y se afecte la estabilidad emocional del adolescente, desencadenado sufrimiento psíquico y deseos de muerte. Se requiere de más estudios que exploren esta asociación.

En relación a la presencia de trastornos psiquiátricos (Tabla 4), el estudio muestra que la depresión es el principal diagnóstico significativamente asociado al IS, podemos suponer que en este caso es el estado depresivo más que la condición de género la variable principal asociada a la conducta suicida

Tabla 5. Relación entre presencia o ausencia de intento de suicidio y género en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo

Sexo	Intento de suicidio Frecuencia (%)	No intento Frecuencia (%)	p*
Femenino	22 (51,2)	21 (48,8)	0,885
Masculino	8 (53,3)	7 (46,7)	

* χ^2 : 0,021; gl: 1.

(Tabla 5). Factores como la sintomatología depresiva, el sentimiento de desesperanza y la conducta suicida ya han sido estrechamente relacionados entre sí⁴⁰⁻⁴²; se sabe que la depresión es un fuerte factor de admisión hospitalaria⁴³ y que un intento suicida que requiere de hospitalización es predictor diagnóstico posterior de depresión⁴⁴. Destacamos la importancia de detectar la presencia de un trastorno depresivo en un adolescente IS durante su hospitalización, de modo de comenzar precozmente su tratamiento. El tratamiento oportuno de los estados depresivos en la adolescencia reduce significativamente las tasas de suicidio⁴⁵.

La asociación entre TDP (Eje II) y suicidalidad ya ha sido establecida, siendo el trastorno de personalidad *borderline* el más asociado a suicidio^{46,47} y con alta proporción de hospitalización psiquiátrica en adolescentes⁴⁸. En nuestro estudio el diagnóstico de personalidad en la mayoría de los pacientes fue diferido, en los casos en que se realizó no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, aunque en el grupo IS el rasgo de personalidad más frecuente fue el tipo *borderline* (15,2%). En la práctica clínica con adolescentes el diagnóstico de personalidad no siempre se realiza, lo cual interfiere al analizar resultados relacionados a desarrollo de personalidad en este grupo poblacional.

El presente estudio aporta al conocimiento de las características clínicas comparativas de adolescentes chilenos hospitalizado por intento suicida y por otra causa psiquiátrica. Por ser un estudio retrospectivo con datos existentes y de revisión de fichas clínicas la recolección de la información constituye una limitación, como también lo es la ausencia de control de variables confundentes.

Referencias

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Practice parameter for the assessment and treatment of children adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (suppl): 24S-51S.
2. Rutz EM, Wassermann D. Trends in adolescent suicidal mortality in the WHO European Region. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13: 321-31.
3. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgran H. Depression and suicide on Gotland: an intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 1995; 35: 147-52.
4. Truco M. Tendencias del suicidio en Chile, 1971-1990. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1993; 31 (supl 4): 7-17.
5. Kirschbaum A, Solar F, Kohn J. Suicidio y Homicidio en Chile. *Psiquiatr. Salud Mental* 2003; 20: 231-9.
6. Méndez JC, Opgaard A, Reyes J. Suicidio en la región de Antofagasta 1989-1999 ¿existe una tendencia creciente? *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2001; 39: 296-302.
7. Mortalidad por lesiones auto inflingidas intencionalmente según grupo de edad y sexo. Chile 1990-2003. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de Chile.
8. Garnefski N, Diekstra R, De Haus P. A population based survey of the characteristics of high school students with and without a history of suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 189-96.
9. Goldney R, Winefield A, Tiggeman M, Winefield H, Smith S. Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 481-9.
10. Dubow EF, Kausch DF, Blum MC, Reed J, Bush E. Correlate of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. *J Clin Child Psychology* 1989; 18: 158-66.
11. Salvo L, Rioseco P, Salvo S. Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1998; 36: 28-34.
12. Gómez A, Barrera A, Jaar E. Características sociodemográficas y clínicas de mujeres que intentan suicidarse. *Acta Psiquiátrica Psico Am Lat* 1993; 39: 223-30.
13. Harkavy J, Asnis G, Boreck M, Difiore J. Prevalence of specific suicide behaviors in a High School simple. *Am J Psychiatry* 1992; 144: 1203-6.
14. Fergusson DM, Liyunskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16 years newzelanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 10, 1308-17.
15. Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2000; 71: 183-91.
16. Quin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factor: a national register- based study of all suicides in Denmark 1981-1997. *Am J. Psychiatry* 2003; 160: 765-72.
17. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, et al. Psychiatric risk factors for adolescents' suicide: a case control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 521-9.
18. Gómez A. Trastornos depresivos y suicidalidad. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1998; 36: 93-101.
19. Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Young suicide attempters: a comparison between a clinical and epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 868-75.

20. Rutte, PA, Behrendt AE. Adolescent suicide risk: four psychosocial factors. *Adolescence* 2004; 39: 295-302.
21. Barbe RP, Williamson DE, Bridge JA, Birmaher B, Dahl RE, Axelson DA, et al. Clinical difference between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 492-8.
22. Wilburn V, Smith D. Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence* 2005; 40: 33-45.
23. Haquin C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev Chil Pediatr* 2004; 75: 425-33
24. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, et al. Familial risk factors for adolescents' suicide: a case control study. *Acta Psychiatrica Scand* 1994; 89: 52-8.
25. Wu P, Hoven CW, Lui X, Cohen P, Fuller CJ, Shaffer D. Substance use, suicidal ideation and attempts in children and adolescents. *Suicide life threat behav* 2004; 34: 408-20.
26. Joiner T, Brown J, Wingate L. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psych* 2005; 56: 287-314.
27. Hillar J, Slomowitz M, Deddens J. Determinants of emergency psychiatric admission for adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1416-9.
28. Spirito A, Stark L, Fristad M, Hart K, Owens-Stively J. Adolescent suicide attempters hospitalized on a pediatric unit. *J Pediatr Psychol* 1987; 122: 171-89.
29. De Wilde E, Kienhorst I, Diekstra R, Wolters W. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 51-9.
30. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington, D.C. American Psychiatric Association 1994.
31. Rice B, Woolston J, Steward E, Kerker B, Horwitz S. Differences in younger, middle and older children admitted in child psychiatric inpatient services. *Child Psychiatry Hum Dev* 2002; 32: 241-61.
32. Edelson G, Braitman L, Rabinovich H, Steves P, Meléndez A. Predictors of Urgency in a Pediatrics Psychiatric Emergency Service. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1197-202.
33. Larsson B, Melin L, Breitholtz E, Anderson G. Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83: 385-90.
34. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 60-8.
35. Haavisto A, Sourander A, Ellilä H, Välimäki M, Santalahti P, Helenius H. Suicidal ideation and suicide attempts among child and adolescent psychiatric inpatients in Finland. *J Affect Disord* 2003; 76: 211-21.
36. D'Eramo KS, Prinstein MJ, Freeman J, Grapentine WL, Spirito A. Psychiatric diagnoses and comorbidity in relation to suicidal behavior among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2004; 35: 21-35.
37. Valdivia M, Ebner D, Fierro V, Gajardo C, Miranda R. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: Una revisión de cuatro años. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2001; 39: 211-8.
38. Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Harrington R. Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *B J Psychiatry* 1996; 168: 38-42.
39. Andrews J, Lewinsohn P. Suicidal Attempts among Older Adolescents: Prevalence and Co-occurrence with Psychiatric Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 655-62.
40. Levy J, Deykin E. Suicidality, depression and substance abuse in adolescents. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1462-7.
41. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 834-9.
42. Shaffer D, Gould MS, Fischer P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatry diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48.
43. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus S, Greenberg T, Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1122-8.
44. Larsson B, Ivarsson T. Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7: 201-8.
45. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 978-82.
46. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1316-23.
47. Yen S, Shea MT, Pagnò M, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Axis I and axis I disorders as predictors of prospective suicide attempts: finding from collaborative longitudinal personality disorders study. *J Abnorm Psychol* 2003; 112: 375-81.
48. Brent DA, Johnson B, Bartle S, Bridge J, Rather C, Matta J, et al. Personality disorder, tendency to impulsive violence and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 69-75.