Arch Argent Pediatr 2011;109(1):18-23 / 18

Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias

Suicide attempt in under 15's: An experience in a Pediatric Emergency Departament

Dra. Soledad Pandolfo[a], Dr. Martín Vázquez[a], Dra. Mariana Más[a], Dra. Alejandra Vomero[a], Sra. Alicia Aguilar[a] y Prof. Dr. Osvaldo Bello[a]

RESUMEN

Introducción. Los intentos de autoeliminación (IAE) en menores de 15 años son uno de los motivos de consulta más frecuentes de la esfera psiquiátrica a los que debe enfrentarse el pediatra de urgencia.

Objetivos. Conocer la incidencia de las consultas por IAE en menores de 15 años, las características de su entorno y los métodos empleados.

Material y método. Estudio epidemiológico, descriptivo, prospectivo, en un servicio de urgencias pediátricas entre el 01/07/08 y el 30/06/09.

Resultados. Se incluyeron 145 pacientes. La media de edad fue 12a 7m. El 77% era de sexo femenino. Desencadenantes: conflictos interpersonales (57%), pérdidas afectivas (17%) y maltrato o abuso (11%). El 78% ingirió fármacos, 18% planificó el IAE, 77% ocurrió en su domicilio, 10% tuvo riesgo vital. Un tercio tenía al menos un IAE previo. De los 123 IAE con ingesta de fármacos, 101 fueron mujeres (n 112) y 22 varones (n 33) (p<0,05). Entre los menores de 10 años, 8/15 fueron varones y, en los mayores de 10 años, 25/130 (p <0,05). Entre los menores de 10 años, el 50% utilizó un método no farmacológico. Entre los mayores de 10 años, lo hizo el 19% (p <0,05).

Conclusiones. La incidencia de IAE es de 2/1000 consultas anuales. El perfil predominante es el de un menor de entre 12 y 14 años, de sexo femenino, que ingiere fármacos en su domicilio. Entre los menores de 10 años predominan los varones y la utilización de métodos distintos del farmacológico. La constatación de estos patrones de conducta permitirá desarrollar estrategias de prevención.

Palabras clave: *suicidio, niños, adolescentes, urgencias, hospital.*

SUMMARY

Introduction. Suicide attempt (SA) in under 15's is one of the most frequent reasons for psychiatric consultation faced by paediatricians working in urgency services. Uruguay is the country with the highest suicide rate in South America. Suicide is currently the fifth cause of death in 10 to 14 year olds (1.8/ 100,000) and ninth in the 5 to 9 age group (0.4/100,000).

Objectives. To know the incidence of SA consultations in under 15's, the characteristics of their environment and methods used.

Material and methods. Descriptive and prospective epidemiological study in a paediatric urgency service between 01/07/08 and 30/06/09.

Results. A total of 145 patients were included. Mean age was 12 yrs. 7 m. A 77% were female. The triggering factors were: interpersonal conflicts (57%), affective losses (17%) and battering or sexual-abuse (11%). A 78% took medication. An 18% planned the SA. A 77% occurred at home. The life of 10% was at risk. One third had at least one previous SA. A 49% had a family history of psychiatric disorders, 28% of SA and 7% of suicide. Of the total 123 SA with pills, 101 were women (n 112) and 22 males (n 33) (p <0.05). Eight out of 15 under 10 year olds were male, and 25 out of 130 had more than 10 years of age (p <0.05). Among under 10's, 50% used a non-pharmacological method and this figure rose to 19% (p <0.05) in those with more than 10 years. An 88% rectified or regretted their action. Median length of hospital stay was 6 days. At the time of discharge, 99.5% did not present sequelae.

Conclusions. SA incidence in under 15's is 2/1,000 consultations per year. The main profile is a female between 12 and 14 years of age that attempts suicide at home using medication, preferably benzodiacepines, following a discussion or affective loss, without life risk. Among those under 10 years, there is a significant predominance of males using non pharmacological methods. Verification of these behavioural patterns will enable the design of prevention strategies in the age group studied.

Key words: *suicide, children, adolescents, emergencies, hospital.*

a. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Emergencia Pediátrica. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia:
Prof. Dr. Osvaldo Bello: depchpr@mednet.org.uy

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 14-7-10
Aceptado: 1-12-10

INTRODUCCIÓN

La palabra suicidio procede del latín "sui" que significa "sí mismos" y "caedere" que significa "matar".[1] Los óbitos por suicidio en el mundo igualan a los ocurridos por accidentes de tránsito, superan a las muertes por conflictos bélicos y son considerados una de las principales causas de muerte potencialmente prevenibles.[2-4] Existen numerosas evidencias acerca del aumento de la tasa de suicidio en adolescentes en las últimas décadas. La conducta suicida, considerada como un continuo que va desde la ideación al acto, también ha ido incrementándose. Es conocida la asociación entre

conductas de uso y abuso de drogas, consumo de alcohol y elevado grado de desesperanza, con las conductas suicidas en adolescentes.[1,5,6] Las conductas suicidas son uno de los motivos más frecuentes de consulta de la esfera psiquiátrica a las que debe enfrentarse el pediatra de urgencias.[2,7-9]

Uruguay es el país de América del Sur con la tasa más elevada de suicidio y ocupa el segundo lugar en América latina después de Cuba en óbitos por esta causa.[2] Actualmente, el suicidio es la quinta causa de muerte en el grupo de 10 a 14 años (1,8/100 000) y la novena en el grupo de 5-9 años (0,4/100 000).[10] Existen escasas publicaciones acerca de la prevalencia y las características de los intentos de suicidio en niños y adolescentes en Uruguay.[11,12] En un análisis de Bernadá y cols., del año 1989[11] se describieron las características de 38 niños que consultaron en el Departamento de Emergencia Pediátrico (DEP) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). En ese estudio se señalaban las dificultades que enfrenta el pediatra de urgencias cuando valora por primera vez al niño o al adolescente suicida y cuya capacitación, a menudo, es insuficiente para ello. Consideramos importante destacar la magnitud del problema y concientizar a los pediatras acerca de su relevancia y sobre cómo orientarse en la consulta de urgencia.

El objetivo del presente trabajo fue conocer la incidencia actual de las consultas por intento de autoeliminación (IAE) en menores de 15 años en el DEP del CHPR, analizar las características de su entorno y los métodos empleados.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, observacional, transversal, con captación prospectiva de los pacientes que consultaron en el DEP del CHPR por conductas suicidas en el período de un año comprendido entre el 01/07/2008 y el 30/06/2009. El Hospital Pediátrico del CHPR es el hospital de referencia para niños de todo el país y asiste a menores de 15 años.

Criterios de inclusión: niños de ambos sexos, de entre 5 y 14 años de edad inclusive, que consultaron por conductas suicidas, según los criterios de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Criterios de exclusión: se excluyeron los casos en los que el diagnóstico al egreso hubiera sido modificado y no fuera intento de autoeliminación, conductas suicidas o suicidio.

Para la recolección de datos se utilizó una ficha precodificada (*Anexo 1*), con instructivo de llenado, en la que se registraron las siguientes variables: persona que trajo al paciente a la consulta, datos personales, diagnóstico al ingreso, método empleado, lugar del intento, factores desencadenantes, síndrome presuicidario, antecedentes familiares y personales, nivel socioeconómico, constitución del núcleo familiar, persona a cargo del cuidado del niño, nivel de instrucción, actividades fuera del horario escolar, niño institucionalizado, rectificación del IAE o no (durante la internación). Se incluyó la valoración psiquiátrica efectuada por especialistas en el DEP.

La recolección de datos fue realizada por cuatro de los autores. Trabajaron en turnos de una semana cada uno. La captación de los pacientes fue efectuada en el área de urgencia, de lunes a sábado hasta la hora 18.00 y en la mañana siguiente fuera de ese horario. En todos los casos, los pacientes fueron hospitalizados (recomendación vigente del Ministerio de Salud Pública para menores de 15 años) y no hubo fuga de pacientes desde el área de urgencia.

Definición de variables

IAE o conductas suicidas: cualquier tipo de acto autolítico cuyo resultado no sea la muerte, que cause autolesión o que sin la intervención de otros la determinaría, así como la utilización de fármacos en dosis o forma no terapéutica. En la actualidad ya no se considera indispensable que exista una lesión para que el acto sea catalogado como un intento de autoeliminación.[1]

Riesgo vital: se consideraron con riesgo vital aquellos pacientes que requirieron asistencia en Unidad de Reanimación y Estabilización (URE) o en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Síndrome presuicidario: quejas somáticas difusas, consultas médicas reiteradas, retracción social y ensimismamiento, inflexión escolar o abandono.

Nivel socioeconómico: se clasificó como bueno, aceptable o deficitario y el criterio fue el ingreso mensual del núcleo familiar.

Grado de instrucción: se tomó en cuenta el último año lectivo de primaria, secundaria o de la Universidad del Trabajo (estudios técnicos con nivel de educación secundaria), cursado en forma completa.

La información fue obtenida en el momento de la admisión y durante la estancia hospitalaria mediante revisión de la historia clínica y entrevista al paciente y al adulto acompañante por parte de alguno de los autores.

A través del Sistema de Información Hospitalaria (SIH) se cotejaron los diagnósticos de egreso,

con el objetivo de excluir del estudio a aquellos pacientes cuyo diagnóstico inicial de IAE hubiera sido modificado.

Se solicitó consentimiento informado (*Anexo 2*) al padre/madre o cuidador y al niño mayor de 11 años.

El proyecto se elevó a la Comisión de Investigación y a la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina, y fue aprobado para su ejecución por resolución del Consejo.

El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa EPI-INFO versión 3.5.1. Las variables cuantitativas se describieron en términos de frecuencia absoluta y relativa considerando medidas de resumen el promedio y mediana y medidas de dispersión la varianza y el desvío estándar. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias absolutas y proporciones. Se aplicó ji al cuadrado (χ^2) como prueba de significación estadística para datos nominales. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el período de estudio cumplieron los criterios de inclusión 146 niños. En el análisis se excluyó un niño cuyo diagnóstico al egreso fue modificado. La incidencia fue de 2 cada 1000 consultas (total de 67 918 en el período estudiado). Las características demográficas y biológicas de los pacientes se exponen en la *Tabla 1*.

Características del intento de autoeliminación

Entre las causas desencadenantes estuvieron presentes las relaciones interpersonales conflictivas (57%), pérdidas afectivas (17%) y violencia física o abuso sexual (11%); otras (15%). En 21 niños se identificó más de un factor precipitante.

En cuanto al método utilizado, el 78% ingirió fármacos (45% benzodiacepinas, 25% múltiples fármacos, 13% otros psicofármacos y 17% otros fármacos); el 7% se infligió herida de arma blanca; el 6% correspondió a semiahorcamiento y el restante 9% utilizó otros métodos (4,5% precipitación, 3% exposición a tóxicos, incluidas drogas de abuso, 1% semiahogamiento, 0,5% arma de fuego).

El 43% presentó síndrome presuicidario, 18% planificó el intento y 10% tuvo riesgo vital.

El 77% de los pacientes fue valorado por psiquiatra infantil en el momento de la consulta en el Departamento de Emergencia Pediátrica, previo a la admisión hospitalaria.

El 94% ingresó a sala convencional y el 6% a la UCI.

El 77% llevó a cabo el IAE en su domicilio y el 23% en domicilio de amigos, vía pública, centro de estudios u hogar de menores.

En la evolución, durante la internación, el 88% de los niños en los que el dato quedó consignado rectificó el intento. El psiquiatra considera rectificación del IAE, el arrepentimiento o el abandono de las ideas suicidas.

El tiempo de estancia hospitalaria estuvo en un intervalo de 1 a 21 días con una mediana de 6 días.

Al momento del egreso hospitalario, el 99,5% no presentaba secuelas.

Ocurrió un óbito por intoxicación con calcio antagonistas.

Asociación de variables

De los 123 IAE llevados a cabo mediante ingesta de fármacos, 101 ocurrieron en mujeres (n= 112) y 22 en varones (n= 33) ($p < 0,05$). En el grupo etario de los menores de 10 años, 8 de 15 (53%)

Tabla 1. *Características demográficas y biológicas*

VARIABLES **Edad, media: 12 años y 7 meses**	n	%
Sexo femenino	112	77
Instrucción		
Instrucción primaria	77	55
Ciclo Básico	60	43
Universidad del Trabajo	3	2
Núcleo familiar (n 142)		
Monoparental	72	51
Ambos padres	46	32
Otros	24	17
Factores de riesgo		
Consumo de drogas	24	17
Patología psiquiátrica (n 138)*	71	52
Enfermedad crónica**	22	16
Medio SE (n 138)		
Deficitario	101	73
Aceptable o bueno	37	27
Antecedente familiar (n 131)		
IAE	36	28
Suicidio	9	7
Patología psiquiátrica	64	49
IAE previo * **	51	35
Un episodio	33	23
Dos o más episodios	18	12

* Patología psiquiátrica incluye depresión, trastornos de conducta, de la personalidad y del humor. Un 6% recibe fármacos antidepresivos.

** Enfermedad crónica incluye asma 5%, epilepsia 4%, hipotiroidismo 2% y otros 5%.

*** Método empleado: fármacos 79%, arma blanca 9%, semiahorcamiento 6%, otros 6%.

IAE: Intento de autoeliminación.

fueron varones, mientras que en los de 10 años o más edad, 25 de 130 (19%) fueron de sexo masculino (p <0,05).

Entre los niños menores de 10 años, el 50% (n= 16) utilizó un método diferente a la ingesta de fármacos, mientras que entre los niños de 10 años y más edad, el 19% (n= 130) utilizó un método no farmacológico (p <0,05).

Entre los niños con patología psiquiátrica previa (n= 71), 8 tuvieron IAE con riesgo vital. En la población sin antecedentes psiquiátricos (n= 67), 6 niños tuvieron IAE con riesgo vital (p >0,05).

DISCUSIÓN

La Revista Médica del Uruguay publicó en los años 2001 y 2004 dos trabajos sobre suicidio en niños y adolescentes, y éstas fueron hasta la fecha las últimas referencias sobre el tema en revistas nacionales.[2,7]

De acuerdo a datos proporcionados por el SIH en el trienio 2005-2007, el promedio de admisiones por IAE al CHPR fue de 146 por año (comunicación personal). En el estudio de Bernadá y cols.,[11] los IAE representaron el 0,45% del total de admisiones hospitalarias. En el último trienio fueron el 0,95% y en números absolutos, prácticamente, se han cuadriplicado.

El perfil predominante en la población estudiada fue el de un adolescente de entre 12 y 14 años, de sexo femenino, que realiza el IAE en su domicilio, con fármacos, preferentemente benzodiacepinas, luego de una discusión o una pérdida afectiva, sin riesgo vital.

Coincidente con otras casuísticas, más de las tres cuartas partes de los pacientes con IAE fueron de sexo femenino.[1,12-14] No obstante, cuando se correlacionó edad contra sexo, se comprobó que, entre los menores de 10 años, la incidencia del sexo masculino es significativamente más frecuente. En tanto que, en este grupo de edad, el 53% fueron varones, solo el 19% de los de 10 años o mayores eran de este sexo (p <0,05).

El relativo bajo grado de instrucción y la procedencia de los pacientes de un bajo nivel socioeconómico responde a que el estudio se realizó en un hospital público que asiste pacientes con estas características. Probablemente en el diseño debió incluirse la posibilidad de comparar estos aspectos con pacientes procedentes de un medio socioeconómico alto, en el cual es notorio que este problema también existe.

A propósito de este aspecto, Beautrals,[13] no encontró asociación entre bajos ingresos económicos y riesgo de intento de suicidio.

El antecedente de consumo de drogas de abuso (uno de cada cinco pacientes en esta serie) y el antecedente de patología psiquiátrica previa (presente en la mitad de los pacientes) fueron consignados por otros autores como un factor de riesgo para IAE.[13,15,16]

La conducta suicida debe considerarse un síntoma y no una enfermedad, y para algunos autores en 90% de los casos se asocia a una patología psiquiátrica, que sería condición necesaria pero no suficiente para la realización del acto suicida.[2]

La alta incidencia de IAE previo, que en nuestra serie alcanzó al 35%, concuerda con hallazgos de otros investigadores. La ocurrencia de un IAE implica mayor riesgo ulterior para el paciente de reiteración de ese tipo de eventos.[13,17]

El clínico debe considerar como factores de riesgo el antecedente de una conducta suicida y la presencia de enfermedad psiquiátrica (trastornos del ánimo, consumo de drogas, psicosis, trastorno de personalidad, etc.).

La ingesta de fármacos fue el método elegido por la mayoría (78%). Cuando se correlacionó este método con el sexo de los pacientes quedó en evidencia que la ingesta de fármacos se asoció, en forma estadísticamente significativa, con el sexo femenino. Solo un 10% de los pacientes del sexo femenino optó por otro tipo de método distinto del farmacológico, en tanto que un tercio de la población de los varones utilizó un método diferente de la ingestión de fármacos (p <0,05).

Cuando se correlacionó el método empleado con los grupos de edad quedó en evidencia que, a menor edad, es más frecuente la utilización de un método distinto del farmacológico. La mitad de los pacientes menores de 10 años optaron por métodos distintos de los farmacológicos, en tanto que esto solamente ocurrió en el 19% de los pacientes de 10 años o mayores (p <0,05).

Vale decir que entre los menores de 10 años predominan significativamente los varones y la utilización de métodos distintos del farmacológico.

En los suicidas se identifican episodios vitales adversos o factores estresantes actuales, tales como problemática familiar, amorosa, laboral, económica, duelo, enfermedad terminal, aislamiento social, etc. También originan vulnerabilidad los acontecimientos vitales adversos vividos en la infancia: pérdidas tempranas, abuso, violencia doméstica, desintegración familiar .[1,18]

En la presente serie sólo un tercio de los pacientes tenía un núcleo familiar integrado por ambos padres. No obstante, como señala McKeown, el no vivir con ambos padres no se asoció con con-

ducta suicida alguna, lo cual sugiere que no es la estructura familiar *per se*, sino la calidad de las relaciones familiares, el factor de riesgo en la conducta suicida de niños y adolescentes.[19]

Otros autores concluyeron que los problemas en la relación parental distorsionada, las carencias en el cuidado y el abuso sexual en la infancia se correlacionaron con riesgo de IAE.[13] A propósito, consignan la necesidad de evaluar el funcionamiento familiar al tratar a un niño o adolescente con conducta suicida, ya que los disturbios en el ambiente familiar pueden ser importantes factores en los que se debe focalizar el tratamiento.

En la presente serie, el 68% de la población presentó, como factor desencadenante, relaciones conflictivas (57%) o antecedentes de maltrato o abuso sexual (11%).

El apoyo social percibido, el sentirse perteneciente a una trama de relaciones personales y sociales, es un factor de protección para la salud y su pérdida o déficit colocan a la persona en una situación de riesgo.[2]

En más de un tercio de la población figuraba el antecedente familiar de suicidio o intento de autoeliminación. Las conductas imitativas y los antecedentes familiares han sido tradicionalmente invocados como factores de riesgo de suicidio.[1,7]

Menos de una quinta parte de los pacientes de esta serie planificaron el IAE, lo cual coincide con los hallazgos de múltiples autores que afirman que la mayoría de los IAE en los adolescentes son impulsivos. La impulsividad explica por qué los adolescentes no evidencian cambios importantes en las horas previas al IAE.[6,17,20,21]

En esta serie ocurrió una muerte vinculada a la ingestión de fármacos de alta toxicidad y un 10% de los pacientes tuvieron riesgo vital.

De acuerdo a lo señalado por Viola, la percepción de los psiquiatras infantiles es que, en la última década, se están registrando formas más graves de IAE en menores de 15 años en Uruguay.[12] Los IAE considerados graves han sido correlacionados por Ross con trastornos psiquiátricos, particularmente, la esquizofrenia.[1]

En nuestra serie, el antecedente de patología psiquiátrica previa no se correlacionó de forma significativa con la constatación de riesgo vital en el IAE ($p > 0,05$).

El 77% de los IAE ocurrieron en el domicilio. La hospitalización, una regla para los pacientes con IAE, permite separar al niño o al adolescente de su vida cotidiana, lo que facilita el control de los factores que frecuentemente han desencadenado la conducta destructiva.[17]

Previo al alta es importante conseguir un acuerdo con el paciente ("contrato no suicida"), en el que éste se comprometa a frenar sus impulsos autodestructivos.[17] Este aspecto, considerado como la "rectificación del IAE", es un instrumento valioso para los psiquiatras a la hora de otorgar el egreso hospitalario. Si bien el registro del dato "rectificación del IAE" fue deficitario y se obtuvo solo en 103 pacientes de esta serie, entre éstos, el 88% "rectificó el IAE" previo al alta hospitalaria. La demora en la rectificación del IAE probablemente explica la estancia hospitalaria prolongada (media 6 días).

La atribución de un rol a los antidepresivos en los IAE resulta polémica en la bibliografía.[20] El organismo estadounidense de contralor (*Food and Drug Administration*) advierte acerca de un aumento en las conductas suicidas entre niños y adolescentes tratados con agentes antidepresivos.[22,23] En esta serie, el antecedente de tratamiento con fármacos antidepresivos se encontró solo en un 6%. Para jerarquizar este dato sería preciso conocer la incidencia de tratamientos con antidepresivos en la población pediátrica general.

En la población general, la prevalencia de epilepsia es aproximadamente del 1%. En esta serie se encontró una prevalencia tres veces mayor, lo cual coincide con otros estudios que destacan a la epilepsia como la enfermedad crónica más asociada a IAE.[8]

CONCLUSIONES

La incidencia de IAE en menores de 15 años es de 2/1000 consultas anuales. El perfil predominante es el de un menor de entre 12 y 14 años, de sexo femenino, que lleva a cabo un IAE en su domicilio, mediante fármacos, preferentemente benzodiacepinas, luego de una discusión o una pérdida afectiva, sin riesgo vital. Entre los menores de 10 años predominaron significativamente los varones y la utilización de métodos distintos del farmacológico. La constatación de estos patrones de conducta permitirá desarrollar estrategias de prevención en el grupo etario estudiado. ■

Ver *Anexo* en versión electrónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alda J, Sibina S, Gago A. Conducta suicida. En: Alda J, Gabaldón S. Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Barcelona: Elsevier; 2006. Págs. 137-154.
2. Montalbán A. El suicidio: la urgencia de un grave problema. *Rev Med Uruguay* 2004; 20(2):91.

3. Kutcher S, Szumilas M. Youth suicide prevention. *CMAJ* 2008; 178(3):282-285.
4. Shain BN; American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2007; 120(3):669-676.
5. Robles García R, Páez Agraz F, Ascencio Guirado M, Mercado Salcedo E, Hernández Muñoz L. Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 33(5):292-297.
6. Viola L, Martínez-Schiavo A, Choca F, Pazos M. La emergencia en psiquiatría pediátrica. En: Bello O, Seabiague G, Prego J, de Leonardis D. Pediatría. Urgencias y Emergencias. 3ª Ed. Montevideo: Bibliomédica; 2009. Págs. 1229-1238.
7. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: la situación epidemiológica actual. *Rev Med Uruguay* 2001; 17(1):24-32.
8. Viscardi N, Hor F, Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. II Evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Rev Med Uruguay* 1994; 10(2):79-91.
9. Dajas F. Suicidio en Uruguay: el último incremento y la continua insensibilidad de las autoridades de salud. *Rev Psiquiatr Urug* 2002; 66(2);163-164.
10. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Mortalidad infantil. Montevideo: MSP, 2007.
11. Bernada M, Sehabiague G, Bello O. Intentos de autoeliminación en niños. Casuística y problemas para su manejo en salas de urgencias. Jornadas Uruguayas de Pediatría, (XVII: 1989;8-10 set; Piriápolis).
12. Bardesio M. Uruguay. Depresión y suicidio infantil no avisan. El País, 2008 May 18. En: La mirada de Jokin. España, 2008. [Acceso: 20 de julio 2008].Disponible en: http://argijokin.blogcindario.com/2088/05/08996-uruguay-depresion-y-suicidio-infantil-no-avisan-html
13. Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 2000; 71(3), 183-191.
14. Valdivia M, Schaub C, Díaz M. Intento de suicidio en niños: algunos asuntos demográficos. *Rev Chil Pediatr* 1998; 69(2):64-67.
15. Wharff E, Ginnis K. Assesment and management of suicidal patients. En: Zaoutis L, Chiang V. Comprehensive Pediatric Hospital Medicine. Mosby Elsevier 2007. Págs. 1046-1050.
16. Gupp-Phelan J, Delgado S. Major depression and suicidality. En: Baren JM, Rothrock SG, Brennan JA, Brown L. Pediatric Emergency Medicine. Filadelfia: Saunders Elsevier. 2008. Págs. 806-809.
17. Ulloa F. Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1993; 64(4):272-276.
18. Ostry A, Maggi S, Tansey J, Dunn J, et al. The impact of fathers' physical and psychosocial work conditions on attempted and completed suicide among their children. *BMC Public Health* 2006; 6:77.
19. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychatry* 1998; 37(6):612-619.
20. Silva H, Martínez J. ¿Es efectivo que los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio? *Rev Méd Chile* 2007; 135(9):1195-1201.
21. Chun T, Sargent J, Hodas G. Psychiatric emergencies. En: Fleisher G, Ludwing S, Henretig F. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. 5ª Ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006. Págs. 1803-1832.
22. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007; 297(15):1683-1696.
23. Olfson M, Marcus S, Shaffer D. Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults. A case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(8):865-872.