

Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil?

Suicide Attempts in Children and Adolescents. A Mask of Child Abuse?

Lourdes Zelaya de Migliorisi⁽¹⁾, Lina Piris de Almirón⁽²⁾, Belén Migliorisi⁽²⁾

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas en niños y adolescentes con intentos de suicidio asistidos en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu situado en la ciudad de San Lorenzo, Paraguay. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de 102 casos. Se revisaron 102 casos, periodo Enero 2011-Junio 2012, un corte de 18 meses. **Resultados:** El (90.5%) de los pacientes eran de sexo femenino y el (9.5%) de sexo masculino, el grupo etario mayor correspondió a un rango entre 15-19 años (61.8%). Los pacientes provenían en su mayoría del Departamento Central (84.3 %). En relación a los tipos de maltrato, se encontró que la negligencia, abandono, violencia intra-familiar correspondía a (68.6%) de los casos, seguido de abuso sexual (52%). Las víctimas fueron maltratadas con mayor frecuencia por ambos padres (45.1%). El mayor número de casos fue referido del Servicio de Urgencias (56.9%). Los diagnósticos psiquiátricos (CIE-10) asociados más frecuentemente son los trastornos depresivos graves (72.5%), acompañados o no de síntomas psicóticos. El método de autoagresión más utilizado fue la ingestión de medicamentos (77.6%) seguido por la utilización de objetos cortantes (9.9%). **Conclusión:** En la totalidad de los casos existían situaciones de maltrato y la presencia de intentos de suicidio en niños y adolescentes debería alertar al pediatra hacia la sospecha de maltrato infantil, a fin de establecer rutas claras de intervención y prevención.

Palabras clave: Intentos de suicidio, maltrato infantil, negligencia, abandono, violencia intrafamiliar, abuso sexual, diagnósticos psiquiátricos, trastorno depresivo grave, autoagresión.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and epidemiological characteristics of children and adolescents attempting suicide and treated at the Niños de Acosta Ñu General Pediatric Hospital in the city of San Lorenzo, Paraguay. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study reviewing 102 cases covering 18 months from January 2011 to June 2012. **Results:** Of the 102 patients, 90.5% were female and 9.5% male, with the majority (61.8%) being 15-19 years of age. Most patients (84.3%) were from the Central Department of Paraguay. The types of abuse most commonly found included negligence, abandonment, family violence in 68.6% of cases, followed by sexual abuse in 52%. In a plurality of cases the victims were abused by both parents (45.1%). Most cases (56.9%) were referrals from the emergency department of the hospital. The psychiatric diagnoses (ICD-10) most frequently associated were severe depressive disorders (72.5%), accompanied or not by psychotic symptoms. The most common type of self harm was ingestion of medications (77.6%) followed by self cutting (9.9%). **Conclusion:** Abuse was present in all cases we studied, and suicide attempts in children and adolescents should therefore alert the pediatrician to suspect child abuse and establish clear means for intervention and prevention.

Keywords: Attempted suicide, child abuse, negligence, abandonment, family violence, sexual abuse, mental disorders, severe depressive disorder, self-injurious behavior.

1. Psiquiatra. Jefa de la Unidad de Salud Mental. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. Reducto, San Lorenzo. Paraguay.

2. Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. Reducto, San Lorenzo. Paraguay.

Correspondencia: Dra. Lourdes Zelaya de Migliorisi. Departamento de Salud Mental. Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"; Avda. Bacigalupo y La Victoria. Reducto, San Lorenzo. Paraguay. E-mail: dralourdeszelaya@gmail.com

Recibido: 21/09/2012, aceptado para publicación: 25/10/2012.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el suicidio dentro de las cinco principales causas de mortalidad entre los 15 y 19 años⁽¹⁾. El suicidio y el intento de suicidio constituyen un área de preocupación especial en la población infanto-juvenil, sin embargo, es un fenómeno poco estudiado en la población pediátrica, menor de quince años de edad⁽²⁾. Según informes ofrecidos por la (OMS), el suicidio representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos, ocupa la decimotercera causa de muerte en el mundo; entre las personas entre 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte.

Han habido muchas discrepancias acerca de la terminología más apropiada para describir el comportamiento suicida. Recientemente, se ha propuesto el termino “comportamiento suicida mortal”, basado en el resultado, para actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, “comportamiento suicida no mortal” para acciones suicidas que no provocan la muerte. Tales actos también a menudo se llaman “intentos de suicidio” (un termino común en los Estados Unidos), “parasuicidio o daño autoinfligido deliberado” (términos que son comunes en Europa).

Relativamente pocos países tienen datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal; la razón principal reside en la dificultad para recopilar la información. Solo una minoría de los que intentan suicidarse va a los establecimientos de salud para recibir atención médica. Además, en muchos países en desarrollo, los hospitales no registran los casos. Por otra parte, en muchos lugares no es obligatorio notificar las lesiones, y en consecuencia, no se recopila la información sobre ellas en ningún nivel, es decir, no se conoce claramente la magnitud de los intentos de suicidio en la mayor parte de los países. Hay algunos datos que indican que en promedio, solo cerca del 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público (posiblemente uno de los mejores lugares para la recopilación de datos) y estos no son necesariamente los mas graves, es decir, que la mayoría de las personas suicidas siguen pasando inadvertidas.

Tener datos registrados aporta en forma incuestionable a la investigación y sobre todo a la prevención, ya que quienes intentan suicidarse corren un alto riesgo de incurrir en un comportamiento suicida posterior, tanto mortal como no mortal. Las investigaciones indican que el comportamiento suicida no mortal, es de mayor prevalencia entre los jóvenes que en las personas mayores⁽³⁾.

Es importante mencionar que la actitud mantenida hacia el suicidio ha evolucionado enormemente en función de las condiciones filosóficas, religiosas e intelectuales de cada momento⁽⁴⁾. En la actualidad, el suicidio es un grave problema de Salud Pública, ya que se sitúa entre las principales causas de muerte⁽⁵⁾.

El presente estudio surge en el afán de seguir investigando en el área de salud mental infanto-juvenil y como seguimiento de un trabajo de investigación realizado en el 2009 en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu” sobre “El Maltrato Infantil: Sus características epidemiológicas, motivos de consultas, diagnósticos clínicos asociados. Experiencia Multidisciplinaria de la Unidad de Salud Mental del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta”, en el cual se concluía que la presencia de trastornos depresivos o síntomas depresivos con o sin intentos de suicidio debería alertar al pediatra en la sospecha de maltrato infantil y alentar investigaciones en la temática⁽⁶⁾.

Siguiendo esta línea de investigación, se inicia una vigilancia epidemiológica sobre los intentos de suicidio agregando a la vigilancia existente de los casos de maltrato infantil. Esta investigación se centra así en una revisión de 102 casos de intentos de suicidio asistidos en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”, durante el periodo comprendido entre Enero 2011 a Junio 2012, cuyo objetivo principal es la descripción de las características clínicas y epidemiológicas de los intentos de suicidio en niños y adolescentes, asistidos en el Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”.

A los fines de esta investigación se define Maltrato Infantil como “el abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, cualquier acto de omisión o comisión humana que pone en peligro la salud física, emocional o el desarrollo del niño”, definición propuesta por el Grupo de Consulta Regional sobre Maltrato Infantil, convocado por la OMS y UNICEF en 1992.

Existen diferentes tipos de maltrato; en algunas oportunidades el niño puede ser víctima de más de uno de ellos. En esta investigación se refiere al Maltrato Infantil por Negligencia o Abandono: a comportamientos por parte de los cuidadores que comprometen la seguridad física y la salud del niño, descuido en las necesidades

educacionales, afecto inadecuado, presencia de abuso crónico del padre o la madre y/o es testigo de otros actos de violencia intrafamiliar crónica, alcoholismo por parte de uno o de ambos padres y/o otros familiares, abandono paterno o materno, por separación o migración. Abuso sexual: es toda interacción de naturaleza sexual entre un adulto y un niño o entre dos niños de edades diferentes cuando se emplea coerción⁽⁷⁾. Maltrato Psicológico: toda agresión verbal que implique trato habitual con insultos, menosprecio, denigración, culpabilización, rechazo, amenazas de muerte o golpes, o abandono. Maltrato Físico: comprende lesiones físicas evidentes y sin lesión física evidente (no hay síntomas observables, pero hay indicios que inclinan a considerar su ocurrencia como altamente probable)⁽⁸⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de 102 casos. Los datos se obtuvieron de las planillas de asistencia diaria de pacientes y de las fichas médicas, se procedió a elaborar una base de datos con los casos de intentos de suicidio correspondientes al periodo Enero 2011 a Junio 2012. Para las descripciones clínicas se utilizó el manual de criterios diagnósticos CIE-10.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 102 casos asistidos durante el periodo comprendido entre Enero 2011 a Junio 2012; de los cuales, 92 casos correspondían a pacientes del sexo femenino (90.5%); y 10 del sexo masculino (9.5%). Provenían en su mayoría del Departamento Central 86 (84.3%), de Asunción 14 casos (13.7%) y del interior del país 2 casos (1.9%). El grupo etario de mayor frecuencia fue el de 15-19 años (61.7%), el siguiente entre 10-14 años (33.3%) y luego el de 5-9 años (4.9%).

Los casos de intentos de suicidio fueron referidos en su mayor porcentaje: del Servicio de Urgencias del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu” (56.9%), del Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico (12.7). Un (11.7%) fue detectado en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”, (5.8%) vinieron del Hospital Nacional de Itauguá y, el resto (12.7%); de otras instituciones (*Tabla 1*).

En cuanto a los tipos de maltrato, se encontró que la negligencia o abandono, incluida la violencia intrafamiliar correspondía al (68.6%) de los casos, seguido de abuso sexual (52%), maltrato psicológico (39.2%) y maltrato físico (28,4%) (*Tabla 2*).

Los diagnósticos psiquiátricos asociados más

frecuentemente fueron los trastornos depresivos graves (72.5%), acompañados o no de síntomas psicóticos. Le siguen los trastornos por estrés postraumático (16.7%), los trastornos bipolares (5.9%) y otros (4.9%) (*Tabla 3*).

Al estudiar el método de autoagresión utilizado para realizar el intento de suicidio se encontró que el (77.6%) había ingerido psicofármacos, (9.9%) utilizó objetos cortantes y (5.9 %) intentó suicidarse por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. Otros métodos de autoagresión detectados con menor frecuencia se expresan en la *tabla 4*.

Tabla 1. Distribución de intentos de suicidio, por referencia de casos.

Referencia de Casos	Número	Porcentaje
Servicio de Urgencias HGP “Niños de Acosta Ñu”	58	56,9%
Servicio de Urgencias Hospital Psiquiátrico	13	12,7%
Detectados en la Unidad de Salud Mental * HGP “Niños de Acosta Ñu”	12	11,7%
Hospital Nacional de Itauguá	6	5,8%
ONG's	4	3,9%
Sala de Internados HGP “Niños de Acosta Ñu”	3	2,9%
Ministerio Público	1	1,0%
Escuela / Colegio	1	1,0%
COD EN 1	1	1,0%
Centro Médico Infantil (UNA)	1	1,0%
Hogar Albergue	1	1,0%
Hospital Regional de San Lorenzo	1	1,0%
TOTAL	102	100%

* Entiéndase los casos en tratamiento ambulatorio.

Tabla 2. Distribución de intentos de suicidio, por tipos de maltrato infantil según CIE-10.

Tipos de maltrato según CIE-10*	Número	Porcentaje
T74.0	70	68,6%
T74.2	53	52,0%
T74.3	40	39,2%
T74.1	29	28,4%
TOTAL **	192	188,2%

* T74.0: Negligencia o abandono, violencia intrafamiliar. T74.2: Abuso Sexual. T74.3: Psicológico. T74.1: Físico.

**Obs: El número total excede el número total de casos, debido a que existen combinaciones de maltrato en un mismo caso.

Tabla 3. Distribución de intentos de suicidio, por diagnósticos psiquiátricos (CIE-10).

Diagnóstico psiquiátricos (CIE-10)	Número	Porcentaje
F3 2.2 Depresión Grave sin síntomas psicóticos	53	51,9%
F3 2.3 Depresión Grave con síntomas psicóticos	21	20,6%
F4 3.1 Estrés Post Traumático	17	16,7%
F31 Trastorno Bipolar	6	5,9%
Otros (Psicosis y Trastorno Disocial)	5	4,9%
TOTAL	102	100,0%

En la totalidad de los casos de intentos de suicidio se encontró algún tipo de maltrato infantil. Con mayor frecuencia Ambos Padres (45.1%) fueron los agresores, seguido por el Padre solamente, (14.7%), por Conocidos (13.7%), por Otros Familiares (12.7%), y por la Madre solamente (9.8%). Cabe mencionar que en la gran mayoría de los casos, las personas con funciones de guarda o tutela, encargados por velar por la protección del niño y adolescente corresponden a un (96.1%) y solamente en un (3.9%) son Desconocidos (**Tabla 5**).

Tabla 4. Distribución de intentos de suicidio, por método de autoagresión utilizado (CIE-10).

Métodos de Autoagresión	Número	Porcentaje
X61 Medicamentos antiépilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos no clasificados en otra parte.	79	77,6%
X78 Objeto cortante	10	9,9%
X70 Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	6	5,9%
X69 Productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados	3	2,9%
X60 Analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antiinflamatorios	1	1,0%
X63 Medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso autónomo	1	0,9%
X68 Pesticidas	1	0,9%
X80 Salto desde un lugar elevado	1	0,9%
TOTAL	102	100,0%

Tabla 5. Relación intento de suicidio y agresor del maltrato infantil.

Agresor del Maltrato Infantil	Número	Porcentaje
Ambos Padres	46	45,1%
Padre	15	14,7%
Madre	10	9,8%
Otros Familiares (<i>abuelos, tías, primos, hermanos</i>)	13	12,7%
Conocidos* (<i>padrastra, madrastra, novio, vecino, pareja de la madre</i>)	14	13,7%
Desconocidos	4	3,9%
TOTAL	102	100,0%

* Obs.: No hay relación de consanguinidad.

DISCUSIÓN

En los resultados de este estudio, puede observarse que con mayor frecuencia son adolescentes del sexo femenino quienes intentan suicidarse. El sexo femenino podría relacionarse con, la depresión, el maltrato, el abuso sexual infantil y la violencia intrafamiliar, cuyas víctimas predominantes son las mujeres, fenómeno de alta prevalencia en nuestro país, además de otras formas de inequidad de género de las sociedades^(3,9). Las edades comprendidas entre 15-19 años, en donde se concentra el número mayor de intentos de suicidio, seguidos de las edades comprendidas entre los 10-14 años concuerdan

con la menor edad del suicida señalada en la literatura científica, este hecho se ha comprendido por alteración del balance Biopsicosocial en la adolescencia; una pubertad más temprana⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Entre los tipos de maltrato infantil encontrados en los casos de intentos de suicidios revisados, la negligencia o abandono, la violencia intrafamiliar junto con los abusos sexuales representan los tipos de maltrato infantil más frecuente, esto coincide con los hallazgos de estudios publicados por la OMS (2003) en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: en donde se encontró que la negligencia y el abandono eran los aspectos más comúnmente citados en maltrato de menores.

Es importante tener en cuenta que los antecedentes de abuso sexual y maltrato físico en la niñez pueden aumentar el riesgo de suicidio en la adolescencia y la edad adulta. Se menciona además que en los llamados países bajos, algunos investigadores examinaron la relación entre el abuso sexual y el comportamiento suicida en 1490 estudiantes adolescentes y encontraron que los que habían sufrido abuso sexual mostraban un comportamiento suicida significativamente mayor, así como otros problemas emocionales y de conducta, en comparación con compañeros que no lo habían sufrido.

En un estudio longitudinal de 17 años que esta en curso en los Estados Unidos y abarca a 375 sujetos se encontró que 11% de ellos habían informado que sufrieron maltrato físico o abuso sexual antes de la edad de 18 años. Los sujetos entre las edades de 15 y 21 años que habían sufrido abuso presentaron comportamientos suicidas, depresión, ansiedad, trastornos psiquiátricos y otros problemas emocionales y de conducta con más frecuencia que los que no lo habían sufrido⁽³⁾.

Los diagnósticos psiquiátricos con mayor porcentaje de presentación son los trastornos depresivos graves, con o sin síntomas psicóticos, esto coincide con informes publicados por la OMS: "Informe Mundial sobre Violencia y Salud", en donde se reporta que "la depresión desempeña una función destacada en el suicidio y se piensa que interviene en aproximadamente 65%-90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas". Señala además que "la depresión es el trastorno mental que más a menudo se asocia con el suicidio. Los estudios han revelado que hasta 80% de las personas que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos"⁽³⁾. También se coincide con un estudio sobre intentos de suicidio en niños y adolescentes en donde el 91.7% son los trastornos depresivos mayores los más frecuentes⁽¹⁴⁾.

En todos los casos de intentos de suicidio revisados, se encuentra algún tipo de maltrato infantil, los niños y

adolescentes son maltratados con mayor frecuencia por Ambos Padres, estos resultados son similares a un estudio sobre tentativas de suicidio en los adolescentes de menos de 16 años de edad que habían sido remitidos a un hospital general y en donde se encontró que los problemas más frecuentes que sustentaban el comportamiento suicida eran las dificultades en la relación con los padres, problemas con amigos y el aislamiento social (OMS, 2003)⁽³⁾. “La exposición a hogares violentos y abusivos puede desencadenar un amplio espectro de síntomas psicopatológicos”⁽¹⁵⁾.

El método de autoagresión más utilizado para realizar el intento de suicidio consiste en la ingestión de medicamentos. Considerando que son las mujeres quienes más intentan suicidarse en este estudio lo que coincide con el informe de la OMS (2003) que menciona que “casi en todas partes, las mujeres tienden a adoptar métodos más suaves, como por ejemplo -sobredosis de medicamentos- en los intentos de suicidio tanto mortal como no mortal”^(3,9). Se observa que en segundo lugar, los intentos son realizados mediante objetos cortantes, en un estudio se ha sugerido que las pacientes que se autoinfligen heridas cortantes tienen mayor riesgo de suicidio, probablemente relacionado al nivel de impulsividad de estas pacientes⁽⁹⁾.

CONCLUSIÓN

Las adolescentes de sexo femenino presentaron intentos de suicidio con mayor frecuencia. En su totalidad los casos estuvieron asociados a diferentes tipos de maltrato infantil, siendo el más frecuente la negligencia o abandono, y violencia intrafamiliar, seguido de abuso sexual. Los agresores en los casos de maltrato fueron *Ambos Padres*, seguido de *Padre* solamente. Los trastornos depresivos graves, con o sin síntomas

psicóticos fueron los diagnósticos psiquiátricos asociados con mayor frecuencia. La ingestión de *medicamentos* fue el método de autoagresión más utilizado para el intento de suicidio, seguido por la utilización de *objetos cortantes*.

La OMS en su informe mundial sobre la violencia y la salud recomienda que es preciso instar a los hospitales y otros servicios sociales y médicos a llevar registros del comportamiento suicida no mortal, los datos tienen que ser válidos y actualizados; es necesario contar con un conjunto de criterios y definiciones uniformes que una vez establecidos deben ser aplicados en forma sistemática y revisados continuamente.

Todos los profesionales de la salud y los funcionarios en los organismos pertinentes deben recibir capacitación para detectar y remitir a las personas en riesgo de comportamiento suicida y para codificar esos casos apropiadamente en los sistemas de recopilación de datos⁽³⁾. Se pretende de esta forma contribuir a la comprensión de la magnitud del problema, promover estrategias de prevención focalizadas, rutas claras de intervención para los casos de intentos de suicidio en niños y adolescentes y maltrato infantil. Además, sensibilizar al pediatra en su rol privilegiado en cuanto al enlace interdisciplinario en su labor de prevención en el campo de la salud mental.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras desean expresar su gratitud al Dr. Pio Alfieri, Director, a los profesionales del equipo de la Unidad de Salud Mental y a los jefes de departamentos del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu” de Reducto-San Lorenzo, por la valentía de enfrentar el desafío en el trabajo de inserción de la Salud Mental en el manejo de la Salud Integral infanto-juvenil.

REFERENCIAS

1. Ventura-Junca D, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib M. Prevalencia de ideación suicida e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile. *Rev Med Chile*. 2010;138:309-15.
2. Valdivia M, Edner D, Fierro V, Gajardo C, Miranda R. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2001;39(3):211-18.
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2003.
4. Bobes-García J, González-Seijo J, Saiz-Martínez P. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1999.
5. Serfaty E. Riesgo suicida en adolescentes. En: Meneghello J, Fanta E, Paris E, Puga T. *Pediatría*. 5ta. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1997.p.2309-2311.
6. Zelaya L, Piris L, González E. El Maltrato Infantil: características epidemiológicas, motivos de consultas, diagnósticos clínicos asociados, experiencia multidisciplinaria

- de la Unidad de Salud Mental del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta. *Pediatr (Asunción)*. 2009;36(3):190-194.
7. Meneghello J, Grau MA. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia*. En: Meneghello. Buenos Aires: Panamericana; 2000.p. 246.
8. Climent CM, Arango VM. *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. 2da. ed. Washington: OPS; 1996.
9. Tapia P, Vohringer P, Ornstein C. Conducta suicida en el hospital general. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2010;21:187-96.
10. Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussan-Buitrago M, Ayala-Aguilera J. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Rev Salud Publica*. 2007;9(2):230-40.
11. Bella M, Fernández R, Willington J. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías frecuentes. *Arch Argent Pediatr*. 2010;108(2):124-29.
12. Muro-García A, González-Muro A, Toledo-Prado J, Díaz-Martínez N, Negrin-Calvo Y. Intento de suicidio en niños y adolescentes: aspectos epidemiológicos. *Gaceta Médica Espirituana*. 2007;9(2). [serie en internet]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(2\)_04/p4.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(2)_04/p4.html)
13. MINSAP. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud del Adolescente. La Habana: MINSAP; 2000.
14. Cabrejos C, Kruger H, Salmavides F. Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características bio-psico-sociales y diagnósticos psiquiátricos. *Rev Neuropsiquiatr*. 2005;68(1/2):55-66.
15. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock sinopsis de psiquiatría. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2009.