

**TENTATIVAS DE SUICIDIO REGISTRADAS EN EL HOSPITAL MANUEL URIBE
ANGEL DE ENVIGADO ENTRE EL 1° DE ENERO/2003 AL 31 DE DICIEMBRE/2006.**

PROYECTO PRESENTADO POR:

**JULIANA MONTOYA GONZALEZ
CATALINA PALOMARES ARANGO
CAMILO MONTOYA MEDINA**

Estudiantes de Medicina

COINVESTIGADOR:

**RUBÉN DARÍO MANRIQUE HERNÁNDEZ. MSc.
Director de Investigaciones CES**

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD CES
MEDELLIN
2007**

TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	1
2. MARCO TEORICO	3
3. OBJETIVOS.....	9
4. METODOLOGIA	10
5. CONSIDERACION ETICAS.....	12
6. RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS 13; Error! Marcador no definido.	
7. CONCLUSIONES.....	.21
8. BIBLIOGRAFIA:.....	.23

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como “un acto con consecuencias fatales que es iniciado y realizado deliberadamente por una persona contra sí misma, con el conocimiento o expectativa de que el resultado es fatal”.¹

El suicidio ha sido considerado en los últimos años como un problema de salud pública, pero al evaluar las cifras descritas en los diferentes estudios no se muestra la información relacionada con todas las situaciones de tentativa de suicidio. La razón es aparentemente lógica, los registros de mortalidad permiten “contar y registrar” los hechos consumados, pero difícilmente podemos evaluar los registros clínicos que se generan de la atención de las personas que han intentado quitarse la vida, además de la dificultad para establecer si una situación particular coincide o no con las características de una tentativa de suicidio. Además, la información sobre intento de suicidio es más difícil de obtener debido a que ella es generada por sistemas de vigilancia local y encuestas que dependen del auto reporte.²

El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo y es un importante problema de salud pública. Entre quienes tiene de 15 a 44 años las lesiones auto inflingidas constituyen la cuarta causa de muerte en el mundo y la 6ª causa de discapacidad y pérdida daño a la salud. En muchas partes del mundo el suicidio es estigmatizados y condenando por razones religiosas y culturales. En algunos países, el comportamiento suicida es una ofensa criminal castigada por la ley. El suicidio es a menudo un acto secreto rodeado de tabú, y puede ser no reconocido, mal clasificado o deliberadamente ocultado en los registros oficiales de muerte³.

La tentativa de suicidio ha sido definida como “una acción potencialmente autolesionante con un resultado no fatal, en la cual hay evidencia de que la persona intentó matarse a sí misma”⁴, para distinguirla del llamado “suicidio pasivo” en el que una persona no realiza actos voluntarios para quitarse la vida sino que omite o evita acciones que puedan llevarlo a perder la vida.

Si bien a los profesionales de la salud y a los investigadores les interesa conocer más sobre las causas y factores desencadenantes de los hechos de suicidio en la población adulta, igual o mayor interés generan aquellos actos en los cuales personas en la edad de la niñez, la adolescencia o la juventud, intentan quitarse la vida; pues además de ser por sí mismo un comportamiento impactante a cualquier edad, el ser una persona joven o menor de edad trae consigo implicaciones adicionales en el ámbito familiar, escolar y social, dado que se considera como un hecho totalmente inesperado y difícil de explicar. El impacto social y familiar que genera la muerte auto inflingida de un joven o un niño es mayor que el generado por la muerte en condiciones similares de un adulto, además de la pérdida social está la pérdida de años de vida potenciales que esta persona pudo aportar al desarrollo de la sociedad y de la familia, y el estigma social que se genera.

Los motivos para que una persona joven pueda tener para acabar con su vida parecen contrastar con los argumentos y factores que han sido asociados al mismo comportamiento en personas mayores: enfermedades crónicas, pérdidas del vínculo laboral y pérdidas económicas dramáticas. Mientras que otros factores parecen coincidir con los que han sido asociados al suicidio en adultos: depresión y abuso de sustancias psicoactivas, antecedentes familiares de conducta suicida, violencia y maltrato familiar, aislamiento social o familiar, el abuso sexual, el rompimiento sentimental y los problemas en la escuela⁵.

Cualquiera sea el motivo, no deja de inquietar el hecho de que una persona joven, en la cual se supone la coexistencia de múltiples eventos favorables que motivan la vida: la actividad física, las actividades sociales, la música, el entretenimiento, el desarrollo de nuevas experiencias sentimentales, la identificación de auto esquemas y el desarrollo del auto concepto, y sus propias expectativas de vida, decida acabar con su existencia argumentando tal vez que esa sea "su única opción".

Creemos por consiguiente, que es necesario identificar cual es la frecuencia y distribución de algunos de los factores descritos como asociados al comportamiento suicida en jóvenes y niños, que permitan aportar elementos de evaluación y juicio en los procesos de prevención y de intervención temprana en las comunidades de niños y jóvenes.

Si bien el acercamiento a las condiciones y características de ocurrencia de la tentativa de suicidio y la caracterización de sus factores asociados es una temática que requiere de un abordaje metodológico y complejo, consideramos pertinente iniciar su aproximación mediante la descripción de una serie de casos de intentos de suicidio de personas jóvenes ocurridos en un período de dos años y registrados en la Clínica Las Américas, con el cual se inicie la elaboración de una línea de estudios descriptivos continuos en otras instituciones de la ciudad de Medellín que faciliten luego el planteamiento de hipótesis sobre factores asociados específicos para nuestras condiciones socioculturales que sean susceptibles de ser sometidas a evaluación a través de la realización de estudios analíticos de mayor envergadura.

Consideramos además, que es este proceso que se pretende iniciar con una simple aproximación descriptiva, tiende a favorecer la construcción, a mediano plazo, de una red de vigilancia epidemiológica y monitoreo de la tentativa de suicidio en la ciudad de Medellín, orientada esencialmente a caracterizar e identificar con mayor precisión las condiciones y factores relacionados con este comportamiento, con la intención de proveer medidas eficaces de prevención y reducción de los actos suicidas.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuáles son las características epidemiológicas y la distribución de la tentativa de suicidio entre las personas que fueron atendidas en el hospital Manuel Uribe Angel de Envigado desde el 01/01/2003 hasta el 31/12/2006?

2. MARCO TEORICO

2.1 RESEÑA HISTORICA

A lo largo de la historia el suicidio ha permanecido como un acto misterioso y oculto. El primer documento escrito que se conoce sobre el suicidio esta datado entre 19 y 20 siglos antes de cristo; incluso en la sagrada escritura hay algunas referencias a la práctica del suicidio como comportamiento empleado por el pueblo hebreo para escapar de sus perseguidores (Williams, 1962 y Rosen, 1975). Sin embargo, ha variado la actitud de la sociedad hacia el acto del suicidio, sus formas y su frecuencia.

En 1897 Durkheim comenzó a correlacionar la presencia del suicidio en la sociedad con otras variables de tipo sociológico como la edad, sexo y situación familiar entre otras, concibiendo el suicidio como un exceso o defecto de la integración social de la persona; así mismo identificó tres tipos de suicidio: El primer tipo es el egotistico, resulta de una incapacidad para integrarse con la sociedad. El fracaso en el mantenimiento de vínculos íntimos con la comunidad priva a la persona de los sistemas de apoyo que son necesarios para el funcionamiento adaptativo. El segundo tipo es el altruista, es motivado por el deseo de la persona de favorecer objetivos de grupo o lograr algún bien mayor. El tercer grupo es el anómico, que resulta cuando la relación de una persona con la sociedad está desequilibrada de alguna manera dramática.

Es en el siglo XIX, cuando aparecen numerosas referencias acerca del tema concreto del suicidio infantil, relacionándolo con la depresión. Se sabe que no siempre pueden relacionarse suicidio y depresión, y menos en niños, ya que hay otras causas que pueden provocarlo; sin embargo no es posible negar ciertas relaciones entre ellos, así como el que durante muchos años los suicidios, casi por definición han sido considerados como un signo inequívoco de enfermedad mental.

En la década de los años treinta se comienza a estudiar con más detalle el suicidio infantil. Shilder y cols. (1934), y Bender y cols. (1937) realizan los primeros estudios acerca de las actitudes infantiles sobre la muerte. Los autores estudiaron 13 niños que habían intentado el suicidio como ultima forma de escapar a la desesperanza de la vida. Muchos de estos niños suicidas consideraban la muerte como algo transitorio y reversible, condicionando dichos intentos al padecimiento de una severa depresión o a la influencia de una intensa patología familiar.

Por su parte Spitz (1945) puso un especial énfasis al estudiar la depresión en la infancia, señalando la importancia que tienen las experiencias de pérdida de los padres durante las edades tempranas de la vida en relación con el comportamiento suicida. ⁶

En la década de los cincuenta, comienzan a aparecer trabajos sobre depresión y suicidio infantil. Starms (1953) y Mulcok (1955) describen intentos suicidas en niños que emplean el ahorcamiento o la suspensión. Henry y short (1954) estudian los intentos suicidas infantiles como una medida del aislamiento infantil y como una consecuencia de la ausencia de comunicación entre padres e hijos.

Ya en la década de los sesenta Ackerly (1967) informa sobre 31 niños menores de 12 años que intentaron el suicidio, atribuyendo su conducta, principalmente a factores de tipo familiar como separación de los padre, divorcio o muerte de uno de los familiares; de igual forma los trabajos de Lourie (1965), Leonard (1967) y Kubler – Ross (1969) son coincidentes en señalar que el desvalimiento, el abandono y la desesperanza son las características que distinguen a las familias de los niños suicidas.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A pesar de que desde principios del siglo XIX diferentes autores vienen hablando del suicidio infantil, este sigue siendo un fenómeno al cual no se le ha dado la suficiente trascendencia; de ahí que el suicidio y la tentativa de suicidio se hallan convertido en un grave problema de salud pública en el mundo. Si bien la tentativa de suicidio es reportada con mayor frecuencia en personas entre los 20 y 24 años de edad las tasas de tentativa de suicidio y suicidio consumado en adolescentes americanos ha tenido un incremento sustancial en los últimos años; desde 1952 hasta 1995 la incidencia se ha triplicado convirtiéndose en la tercera causa de muerte en personas entre los 15 y 24 años y en la cuarta causa de muerte en niños entre los 10 y 14 años, así como en una de las principales causas de pérdida de años de vida potenciales. En contraste con otros estudios que describen el suicidio como la sexta causa de muerte en niños entre los 5 y 14 años^{7,8,9,10}.

Cálculos conservadores provenientes de estados unidos señalan que entre los adolescentes aparentemente sanos, es decir, sin un trastorno psicológico o psiquiátrico relevante (ni siquiera aparente), existe una tasa de ideación suicida tan alta como del 9 al 18% y que de 1 a 1.5% pueden llegar a intentar suicidarse, quienes llegan a matarse son aproximadamente 1.1 a 1.6% de 100.000 que amenazan hacerlo.¹¹

Según los especialistas, en Colombia la magnitud del suicidio en menores es tres veces mayor que la que muestran las estadísticas debido al subregistro. Es importante tener en cuenta que el suicidio, al igual que el homicidio es una causa de muerte que conlleva a una investigación legal a través del Instituto Nacional de Medicina legal, lo que convierte a este último en una importante fuente de información sobre los suicidios consumados, y los intentos de suicidio, aunque con respecto a estos últimos desafortunadamente no se tiene el carácter obligatorio de ser reportados. Es entonces difícil conocer el registro real de los casos de suicidios en menores de 10 años ya que muchas muertes de niños que aparecen registradas como accidentes pueden haber sido el resultado de una decisión de quitarse la vida. A partir de 1982 el suicidio viene aumentando de modo serio en Colombia, los menores de 16 años pasaron de ser el 10 por ciento del total de suicidios en 1971 a ser el 37 por ciento en 1991. De acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia, los suicidios de niños entre 5 y 14 años de edad, se incrementaron entre 1992 y 1994; en 1992 representaban el 1.8 por ciento de las muertes violentas en todo el país, mientras que en 1994 eran el 4.2 por ciento. Ya para 1994 el mayor número de casos de suicidio se presentó en jóvenes entre 15 y 24 años, llegando a ocupar el tercer lugar de mortalidad por causas no naturales en la población menor de edad. Posteriormente, en 1996, se observa un incremento de suicidios en el sexo masculino para el grupo de 5-14 años¹².

2.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que se encuentran en los individuos que intentan o logran cometer un acto suicida se definen como antecedentes o circunstancias críticas que durante un periodo de tiempo o inmediatamente anterior al evento proporciona un ambiente determinado de tensión que influye directa o indirectamente en el estado emocional de la persona impulsándola a la autodestrucción.

Aunque la epidemiología del suicidio ha tenido un escaso desarrollo en nuestro país, este es un problema importante en el contexto de la salud mental, lo cual ha atraído la atención de diversos profesionales, quienes tras realizar estudios multidisciplinarios han llegado a determinar gustos y comportamientos similares en este grupo de personas¹³.

En la mayoría de las víctimas de suicidio se encuentran rasgos comunes como la presencia de abuso de sustancias psicoactivas, desordenes afectivos y desordenes de la personalidad.^{14, 15} Dada la inestabilidad emocional y la impulsividad que caracteriza al adolescente en este periodo de "crecer" biológico, psicológico y social, es necesario prestarle especial atención;¹⁶ de este modo es de gran importancia reconocer los adolescentes que se sienten aislados socialmente, incapaces de resolver un conflicto específicos o inhabilitados para encontrar una alternativa a los problemas de la vida ya que por lo general están a la espera de alguien capaz de brindarles ayuda y son un grupo de alta vulnerabilidad. En general los factores de riesgo para suicidio en adolescentes se dividen en tres grandes grupos¹⁷:

1. **PERSONALES:** Alteraciones en el estado de ánimo (depresión, ansiedad), abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, alteraciones en la conducta, comportamiento impulsivo o violento, enfermedades mentales, enfermedad crónica, aislamiento social, desesperanza, pérdidas reales o imaginarias (relación sentimental, pérdida del año escolar), dificultades con la identidad sexual, (homosexualismo, bisexualismo) e intento previo de suicidio.
2. **FAMILIARES:** Abuso sexual o físico dentro de la familia, historia de comportamientos suicidas, historia de enfermedad mental, historia de abuso de sustancias psicoactivas, ambiente familiar disfuncional, conflictos que generen estrés familiar (muerte, duelo no resuelto, divorcio, separación).
3. **AMBIENTALES:** Fácil acceso a métodos letales (especialmente armas de fuego), epidemia local de suicidio, obstáculos para acceder a un tratamiento mental adecuado, crisis socioeconómica.
4. **GENETICOS:** Se han descrito marcadores biológicos en los individuos suicidas que se relacionan principalmente con una alteración del metabolismo de la serotonina del cerebro hecho encontrado particularmente en pacientes con depresión y esquizofrenia, otros neurotransmisores como la noradrenalina y la dopamina también han sido involucrados y es de destacar que la tiroxina hidroxilasa aparece en el cerebro de suicidas.^{18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26}

Aunque los adolescentes pueden experimentar depresión de la misma forma que lo hacen los adultos (llanto frecuente, aislamiento social, pérdida o ganancia de peso, fatiga,

insomnio), es mucho más común encontrar adolescentes irritables con comportamientos y respuestas violentas, además de síntomas psicósomáticos, manifestados como quejas vagas pero recurrentes (cefaleas, síncope, dolor abdominal) y como cambios comportamentales (consumo de drogas y alcohol, promiscuidad, falta a las actividades académicas sin ninguna explicación, bajo rendimiento académico de reciente aparición). Estas manifestaciones deben ser evaluadas a fondo ya que son cambios que indican depresión en la mayoría de los casos, ante lo cual los adolescentes se sienten sin otra opción y recurren al suicidio²⁷

Los pacientes con intento de suicidio reportan por lo menos 4 veces más eventos vitales (definidos como cualquier incidente que ocurre en el ambiente externo de la persona tales como: cambios de residencia, enfermedad grave, divorcio, separación, pérdida de un año escolar, muerte de familiar cercano o amigo) en los 6 meses previos al intento, estos eventos han sido descritos como desencadenantes de síndromes depresivos y por consiguiente factores de riesgo para cometer un acto suicida.²⁸

Diversos estudios han mostrado la depresión como el desorden más común encontrado entre jóvenes víctimas de suicidio y de esta forma se ha convertido, al igual que la presencia de sentimientos o pensamientos de desesperanza, en un importante predictor de muerte por suicidio^{29,30}; de hecho Weissman sugiere que la edad de inicio de la depresión mayor es de predominio en la adolescencia y que de realizarse una exhaustiva historia clínica ello podría ser corroborado evitando de esta manera que la depresión sea subestimada, suceso que ha sido demostrado por recientes estudios realizados^{31, 32}.

En un estudio realizado en Colombia sobre depresión se encontró la importancia de la depresión infantil aduciendo como el 4% de estos niños se suicidan antes de los 25 años y un tercio de ellos cometen intentos de suicidio.³¹ Es de anotar que un 10-15% de los pacientes con trastorno afectivo bipolar que no reciben tratamiento adecuado cometen suicidio.

Dentro de los factores de riesgo se ha encontrado que las tasas de suicidio e intento de suicidio incrementan con la edad y son mucho más comunes después de la pubertad; sin embargo en niños que aún no se encuentran en esta etapa puede exhibirse una ideación suicida, especialmente en quienes han sido sometidos a abuso psicológico o sexual. Así mismo se ha descrito que los niños de menor edad están protegidos contra el suicidio consumado por su inmadurez cognitiva, la cual les impide o dificulta planear un acto suicida y llevarlo a cabo³³; sin embargo en un estudio realizado sobre los factores asociados con la severidad médica del intento de suicidio en jóvenes se encontró que los de edades menores y que adicionalmente tienen un menor grado de educación estarán más cerca de consecuencias fatales ante el intento de suicidio³⁴.

En la mayoría de los países diversas investigaciones han mostrado el gran impacto que tiene el sexo sobre el comportamiento suicida, encontrando que el sexo femenino tiene una mayor tendencia a cometer actos suicidas pero que es el sexo masculino el que logra con mayor frecuencia cumplir su objetivo y esto debido probablemente a la letalidad de los métodos que usan y a que planean el acto suicida mas cuidadosamente en contraste con las mujeres que tienden a usar medios menos letales que llevan a una oportunidad superior de supervivencia. El principal método utilizado por el sexo masculino son las armas de fuego y el segundo el ahorcamiento, mientras que en el sexo femenino

el principal método es la sobredosis con medicamentos.³⁵ De esta forma se considera que los intentos fallidos como consecuencia del uso de un método poco letal constituyen una salida desesperada en busca de ayuda ^{36, 37, 38}. En cuanto a las armas de fuego diversos estudios han mostrado que en los hogares en los que no se tienen hay una tasa menor de suicidio en adolescentes y jóvenes, otro estudio confirma esta información al encontrar que las personas con armas de fuego en sus casas tienen cinco veces más probabilidades de cometer un acto suicida; sin embargo no hay evidencia directa y confirmada que lo compruebe^{39,40}.

En un estudio realizado en la ciudad de México, a una muestra de 1742 mujeres adolescentes, los resultados reflejaron que la mayoría de jóvenes para las que se trataba de su primer intento, pensaron que su muerte sería improbable o no reflexionaron al respecto; en cambio, para aquellas que ya lo habían intentado otras veces, en general pensaron que su muerte sería posible o certera en este último intento, por lo tanto estos son los factores que diferencian a aquellos que han presentado sólo un intento suicida de los que han tenido más de uno. El mismo estudio concluyó que cerca del 30% de las encuestadas pensó en matarse durante casi toda la semana anterior. Este síntoma se refiere a una cognición más específica sobre la propia muerte, que pueda involucrar estrategias de planeación y métodos de suicidio⁴¹.

En un intento por conocer las causas del incremento de la tasa de suicidio en adolescentes diversos estudios han mostrado una estrecha relación entre identidad sexual y suicidio, encontrando una alta susceptibilidad en los grupos de adolescentes marginados sexualmente tales como homosexuales, bisexuales y aquellos que se encuentran confundidos sobre su identidad sexual.⁴² Los factores de riesgo específicos de estos grupos incluyen enfermedad psiquiátrica, abuso de sustancias psicoactivas y fácil acceso a métodos letales para ejecutar el acto suicida; todos los factores de riesgo comunes para este grupo de adolescentes debe ser examinado detenidamente ya que estos llevan al aislamiento y aumentan el riesgo de suicidio ; estos incluyen: el temprano reconocimiento de su identidad sexual, identidad sexual no definida y altos niveles de inconformidad con su género (sexo). Para evaluar el riesgo de suicidio en este modelo sociocultural debe tomarse en cuenta la relación de este con su microsistema; es decir con familiares cercanos, profesores, amigos, vecinos y comunidades religiosas⁴³.

Diferentes estudios realizados en niños adoptados y gemelos han sugerido que el comportamiento suicida en parte puede ser genéticamente transmitido⁴⁴; así mismo algunos estudios han encontrado que las personas que intentan suicidarse e incluso aquellas que lo logran tienen antecedentes de comportamientos suicidas en su grupo familiar, por lo tanto se dice que la muerte de un familiar secundaria a un acto suicida, y el ingreso hospitalario por desorden psiquiátrico en madre, padre o en hermanos tienen un significativo efecto sobre el incremento del riesgo de suicidio independiente de la sicopatología. Este efecto fue más marcado cuando el antecedente era de suicidio que cuando era de un simple ingreso hospitalario por desorden psiquiátrico pero fue extremadamente importante cuando ocurrían ambas cosas; adicionalmente se encontró que estos dos factores actúan de manera independiente como factores de riesgo para suicidio y que sus efectos no están relacionados con las diferencias socioeconómicas, demográficas y psiquiátricas, así los resultados indican que una historia familiar de suicidio actúa de la misma manera sin importar las diferencias de género y edad; pero la

influencia de un desorden psiquiátrico que posteriormente lleve a un suicidio si toma en cuenta dichas diferencias.^{45, 46, 47}

En relación con la severidad del intento de suicidio un estudio realizado en jóvenes entre 13 y 24 años de edad encontró que los intentos de suicidio más graves se acompañaban de altas tasas de condiciones sociodemográficas adversas, experiencias traumáticas durante la niñez y de trastornos psiquiátricos tales como desorden afectivo, desorden alimenticio, ansiedad y conducta antisocial; sin embargo es importante señalar que los intentos de suicidio con real gravedad médica representan una baja proporción de todos los intentos en general. En contraste, en quienes no tuvieron un intento de suicidio diagnosticado médicamente como severo se encontraron como principales factores de riesgo la presencia de características psiquiátricas crónicas, un número elevado de intentos previos de suicidio, altas tasas de abuso sexual y físico y antecedentes de eventos traumáticos durante la vida; debe tenerse en cuenta que en la mayoría de los casos este último grupo de suicidas lo que hace es dar un grito desesperado en busca de ayuda o de una estrategia para manejar su pobre salud mental. Estos pueden reconocerse fácilmente por las mismas características que envuelven el acto suicida, tales como: hablarle a alguien sobre su plan esperando morir como resultado del intento y cometer un acto impulsivo que ponga en riesgo la vida. En todo caso es de vital importancia la información que se tenga sobre las características del intento de suicidio para fines de prevención del mismo.^{48, 49, 50.}

Es de gran importancia la estrecha relación que se encuentra entre los diferentes tipos de abusos a los que se ven expuestos los niños, la disfunción familiar y las altas tasas de intento de suicidio en los menores de edad; de ahí que aunque prevenir, tratar y entender los efectos de las experiencias adversas en la niñez sea difícil, el progreso en esta área puede disminuir sustancialmente el reciente incremento en la tentativa de suicidio⁵¹. Es igualmente importante el hecho de que la mayoría de los eventos adversos experimentados durante la niñez están fuertemente interrelacionados entre sí y sólo en raras ocasiones se encuentra de manera individual uno de ellos; por esto hay que tener en cuenta en el momento de la evaluación del paciente el impacto que trae el hecho de estar expuesto a múltiples experiencias.^{52, 53}

La extraordinaria y fuerte asociación que se encuentra entre la carga emocional que trae una experiencia adversa y traumática en la niñez y la alta probabilidad que tiene un niño, adolescente o joven de realizar un intento de suicidio suele deberse a la temporal proximidad de dichas experiencias y a la limitada capacidad que tienen las personas de menor edad para hacer frente a esta difícil situación^{54, 55.}

Se ha visto como los niños que experimentan eventos traumáticos están más expuestos a tener dificultades con el control de sus problemas emocionales y comportamentales, lo que puede llevarlos a hacerse daño a ellos mismos, a intentar suicidarse e incluso a consumir un acto suicida. Adicionalmente los procesos biológicos que suceden cuando los niños se ven expuestos a eventos que les generan estrés tales como abuso sexual y/o físico recurrente, presenciar o ser objeto de violencia intrafamiliar, ser sometidos a un divorcio o separación traumáticos entre otras pueden interferir con el desarrollo de el Sistema Nervioso Central lo cual puede afectar adversamente el buen funcionamiento del cerebro en etapas posteriores de la vida.^{56, 57}

Es importante tener en cuenta el autoconcepto de cada individuo pues es posible que quienes reportan intento de suicidio tengan una visión más negativa de ellos mismos y de su pasado que quienes no lo reportan⁵¹. También es importante tener un especial cuidado en los niños y jóvenes de una misma comunidad una vez se presenta un intento de suicidio o un suicidio consumado en un miembro de esta teniendo en cuenta que el suicidio entre personas jóvenes puede llevar a suicidios grupales, de tal modo que otros adolescentes en la misma comunidad cometen un acto suicida⁵⁸; y además es trascendental que padres, profesores y médicos sepan identificar signos que alerten sobre un posible intento de suicidio para atender el llamado del menor y evitar las consecuencias fatales que puedan desencadenarse de estos. Esto puede ser particularmente difícil en la etapa inicial cuando el niño, adolescente o joven aún no va más allá del simple pensamiento suicida; con respecto a esto es importante hacer énfasis en algunos estudios que han mostrado como cerca del 30% de estudiantes americanos reportan la presencia de serios pensamientos suicidas^{59, 60}.

Se ha encontrado que aproximadamente la mitad o las dos terceras partes de las personas que se suicidan visitaron al médico un mes antes de que esto ocurriera y entre el 10 y 40% lo visitaron en la semana previa^{61, 62}; igualmente otro estudio realizado en Finlandia encontró que el 41% de las víctimas de suicidio visitó un profesional de la salud 28 días antes de consumir el acto suicida⁶³. El médico por su parte debe estar alerta durante la elaboración de la historia clínica e identificar factores tales como consumo de alcohol o drogas, desorden psiquiátrico, reciente divorcio o separación e intentos previos de suicidio; una vez identificados estos pacientes debe preguntárseles por acciones preparatorias tales como posesión de un arma, ideación de un plan, preparar una nota, entre otros; para posteriormente dar la ayuda que sea necesaria si se identifica la presencia de tentativa de suicidio. Partiendo de esto la Academia Americana de Pediatría recomienda preguntar a todos los adolescentes sobre pensamientos suicidas durante la historia clínica rutinaria⁶⁴; por su parte la Asociación Médica Americana⁶⁵ recomienda que se hagan tamizajes anualmente entre los adolescentes para identificar posibles factores de riesgo y *“The Canadian Task Force on the Periodic Health”* recomienda que el médico evalúe rutinariamente los factores de riesgo que pueda tener cada individuo si este ha sido catalogado previamente como de alto riesgo, en particular si hay evidencia de desorden psiquiátrico, depresión, abuso de sustancias, intento previo de suicidio o presencia de antecedentes familiares del mismo⁶⁶.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las principales características epidemiológicas y clínicas de todas las personas que hayan ingresado al Hospital Manuel Uribe Angel, con diagnóstico confirmado de intento de suicidio en el período comprendido entre los años 2003 a 2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1. Describir la frecuencia de la tentativa de suicidio según variables sociodemográficas.
- 3.2.2. Describir la frecuencia de la tentativa de suicidio según variables clínicas.
- 3.2.3. Comparar el comportamiento de la prevalencia de los intentos de suicidio según subgrupos generados por variables de tipo clínico y sociodemográfico.
- 3.2.4. Caracterizar el reintento de suicidio en el período de estudio.

4. METODOLOGIA

4.1. DEFINICIÓN DEL MÉTODO:

Se realizará un estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos. Definiéndose como caso, a aquella persona de cualquier edad que haya sido registrada al ingreso en el Hospital Manuel Uribe Angel con diagnóstico confirmado de intento de suicidio.

4.2 POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población de estudio serán todos los pacientes que hayan ingresado por intento de suicidio durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2006.

4.2.1 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con registros incompletos en el sistema de historias clínicas.
- Pacientes con diagnóstico no concluyente de una tentativa de suicidio.

4.3 Variables

Nombre	Definición operacional	Tipo y Escala	códigos
Historia clínica	Número de la historia clínica revisada.	Cualitativa Nominal	
Edad	Edad del paciente en años cumplidos	Cuantitativa De razón	
Sexo	Género del paciente según historia clínica	Cualitativa Nominal	1: Masculino 2: Femenino
Institución	Nombre de la institución de salud que atiende el caso	Cualitativa Nominal	

Actividad	Actividad laboral o académica del paciente	Cualitativa Nominal	
Fecha	Año, mes y día de ocurrencia del intento de suicidio	Cuantitativa De intervalo	
Mecanismo	Mecanismo empleado para intentar provocar la muerte	Cualitativa Nominal	
Antecedentes familiares	Existencia de antecedentes familiares de suicidio o tentativa de suicidio	Cualitativa Nominal	1: Si 2: No
Reintento	El evento registrado corresponde o no a un reintento de suicidio	Cualitativa Nominal	1: Si 2: No
Episodios previos	En caso de ser reintento, cuántos episodios previos hay	Cuantitativa De razón	
Consumo de sustancias	Al momento del intento de suicidio, el paciente estaba bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva	Cualitativa Nominal	1: Si 2: No
Descripción del toxico	En caso de estar bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva, escribir su nombre	Cualitativa Nominal	
Remisión a tto psiquiátrico	El paciente necesitó ser remitido a evaluación psiquiátrica	Cualitativa Nominal	1: Si 2: No
Eval. siquiátrica	Resultado de la evaluación psiquiátrica	Cualitativa Nominal	
Patología asociada	Descripción de la o las patologías asociadas descritas en la historia clínica al momento de la evaluación.	Cualitativa Nominal	

4.4 INSTRUMENTOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para el registro de los datos a partir de las historias clínicas se diseñará un instrumento para captura digital de datos mediante el sistema Teleform disponible en La Universidad CES.

4.5 Plan de análisis

Calcular la prevalencia, en términos de frecuencia, de la tentativa de suicidio en los diferentes meses y según las características de edad, sexo y actividad del paciente.

Calcular la prevalencia, en términos de frecuencia, de la tentativa de suicidio en los diferentes según las características clínicas.

Estimar las frecuencias de ocurrencia de los intentos de suicidio en el período estudiado, de acuerdo con las diferentes variables cualitativas medidas.

Estimar los promedios y variaciones de las variables cuantitativa medidas en relación con los intentos de suicidio en el período de estudio.

Análisis descriptivo divariado de algunas características individuales de los participantes con respecto a variables clínicas relacionadas con las tentativa de suicidio por estudios de referencia.

5. CONSIDERACION ETICAS

De acuerdo con la resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta investigación se considera como una investigación sin riesgo pues no interviene en la modificación de variables sociales, culturales o individuales de las personas participantes en el estudio.

Será solicitada la autorización para acceder al archivo de historias clínicas de las instituciones, a la Dirección Local de Salud o Secretaría Municipal y a los Directores de la Institución.

Se respetará, en todas las fases del desarrollo del proyecto, la dignidad e intimidad de aquellos pacientes cuyos datos sean incluidos en la muestra de estudio, evitando siempre la identificación de las personas, manteniendo su anonimato y dando uso eminentemente investigativo a los datos y resultados obtenidos.

El informe final tendrá un fin estrictamente académico y sólo será divulgado a las instancias participantes en el proyecto sin incluir datos que pudiesen revelar la identidad de los participantes individuales o institucionales.

6. ANALISIS DE LOS DATOS RECOGIDOS DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2006 Y EL PRIMER SEMESTRE DE 2007.

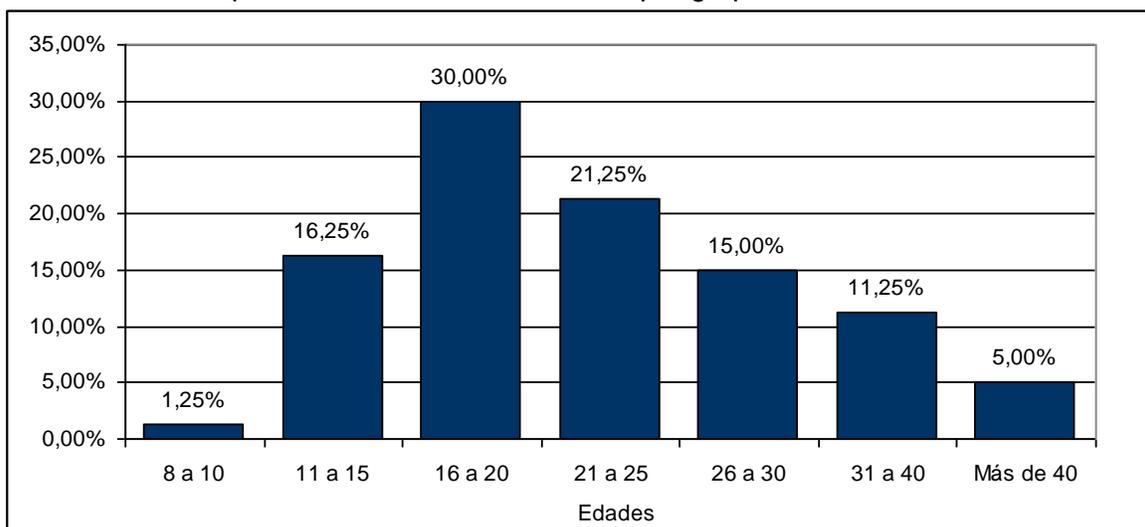
TENTATIVAS DE SUICIDIO REGISTRADAS EN EL HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL DE ENVIGADO ENTRE EL 1° DE ENERO/2003 AL 31 DE DICIEMBRE/2006.

En total se recolectaron 80 historias clínicas de las cuales encontramos los datos que veremos a continuación:

En las historias analizadas se observa un rango de edad amplio que va desde los 8 años hasta los 63 años para todos los sexos.

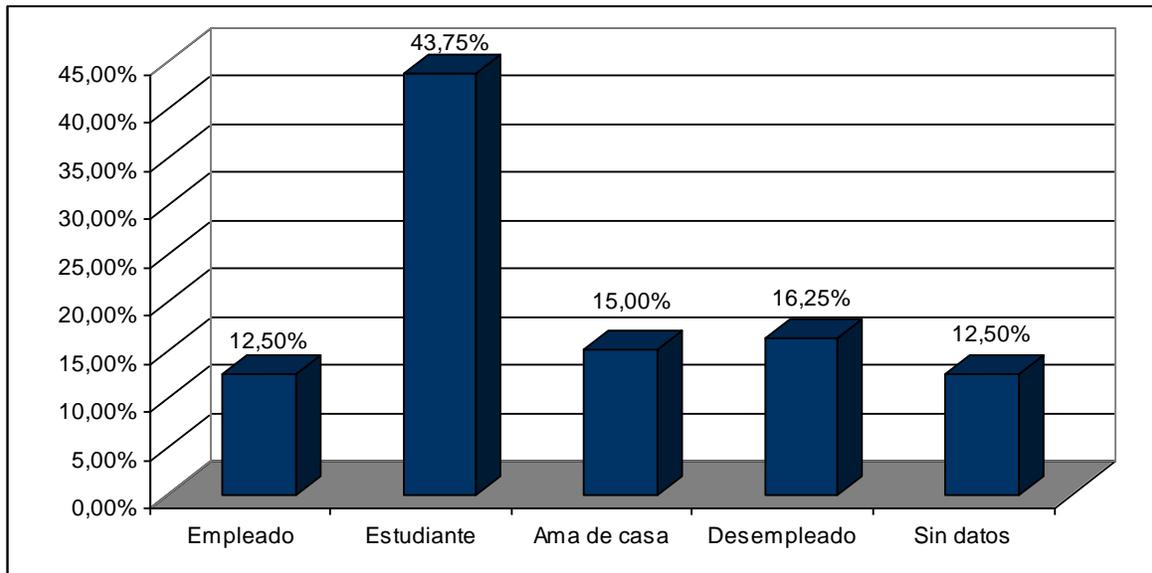
- Se encontró que el rango de edad mas prevalente va desde los 16 a los 20, resaltando que la edad donde más tentativa se encontró fue a los 17 años.
- A partir de la 5ª década se disminuye la frecuencia significativamente.
- En la edad escolar se encontró la más baja prevalencia de tentativa de suicidio.

Grafico No. 1. Proporción de tentativa de suicidio por grupos de edad



Se encontró que es más frecuente que el sexo femenino intente suicidarse con un **65%**, en comparación con un **35%** del masculino.

Grafico No. 2. Descripción de las tentativas de suicidio según la actividad económica del paciente



Se encontró una mayor tendencia a la tentativa de suicidio en estudiantes, de los cuales la mayoría cursaba bachillerato.

- A diferencia de lo que se esperaba encontrar, los desempleados no están en primer lugar. Se encuentran en segundo lugar muy cerca de las amas de casa.
- De lo anterior podemos concluir que los estudiantes tiene mayor riesgo a la tentativa de suicidio, no sólo por el estrés académico sino por todos los cambios psicológicos y fisiológicos que sufren en la pubertad tomando en cuenta que la mayoría están alrededor de los 17 años.
- Los pacientes que se encuentran empleados tienen el menor porcentaje de tendencia al suicidio.

Se encontraron múltiples motivos que llevaron a los pacientes a cometer la tentativa de suicidio. (Ver gráfico No 3.)

- El motivo más común fueron los problemas de tipo familiar, casi todos entre adolescentes y sus padres (En este grupo se excluyen los problemas conyugales). Aquí también se suma lo encontrado en gráficas anteriores, donde se concluye que los adolescentes tienen más tendencia a la tentativa de suicidio como método de escape a la incompreensión familiar tan frecuente en esa época de la vida.
- Se vio en las historias analizadas que el segundo motivo más frecuente de tentativa de suicidio fue la “depresión” (así descrito por los pacientes).

- El desempleo no es un factor de riesgo importante en este estudio para la tentativa de suicidio.

Grafico No. 3. Distribución de las tentativas de suicidio según motivo

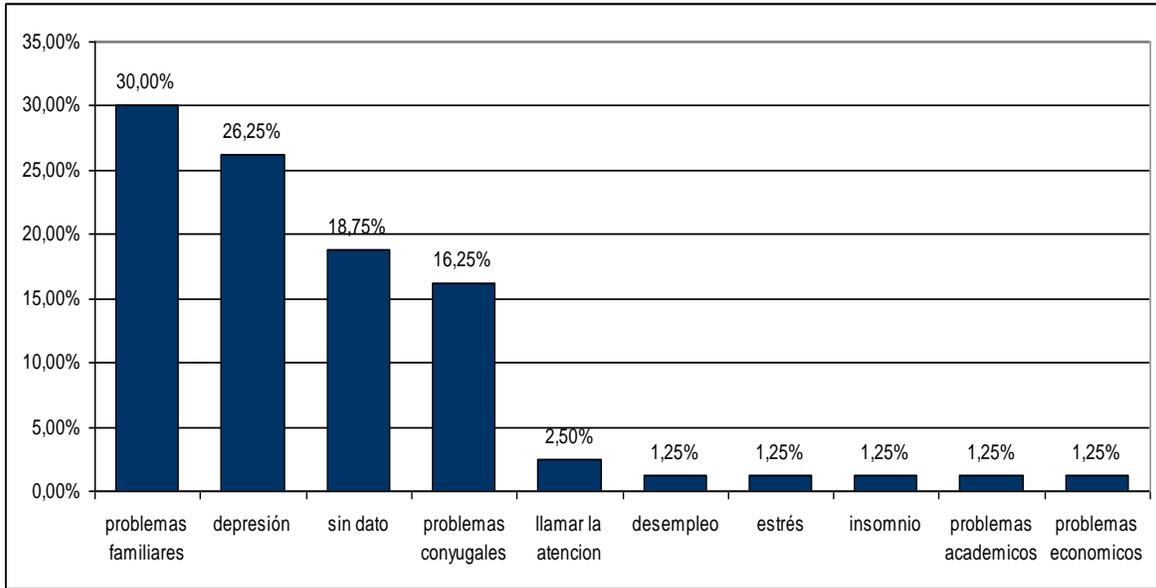
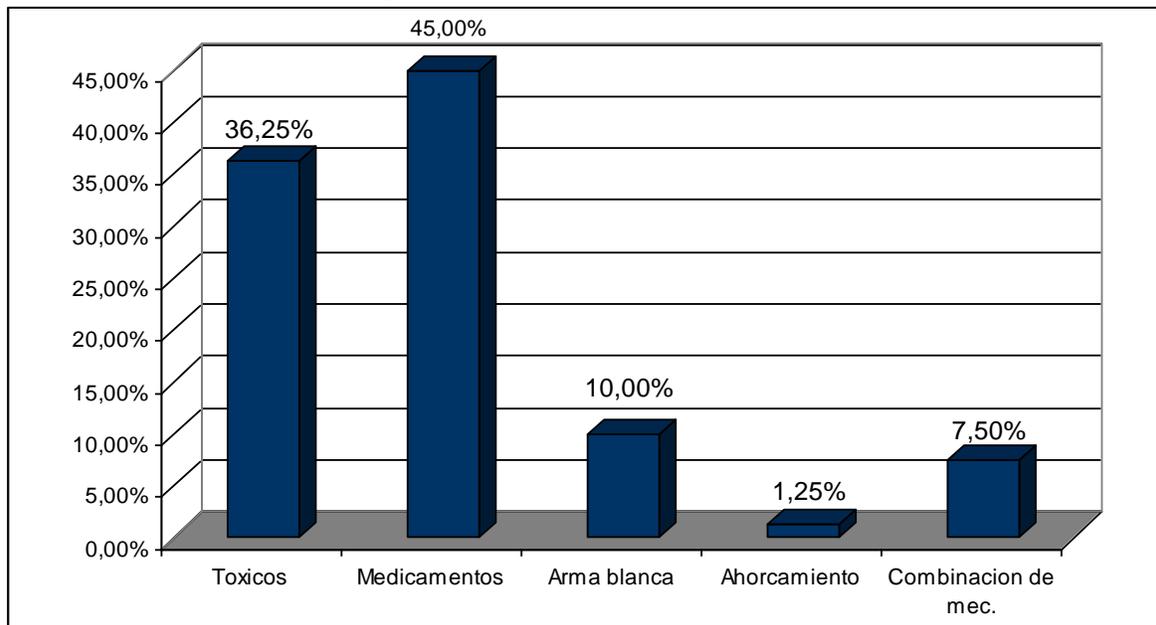


Grafico No. 4. Distribución según mecanismo de intento suicida.



Se encuentra que el mecanismo más utilizado fue la ingestión de medicamentos de fácil acceso para los pacientes, la mayoría en dosis subtóxicas.

- La mayoría de medicamentos correspondían a AINES y a antidepresivos de tipo tricíclicos e ISRS
- Los tóxicos mas utilizados eran los organofosforados y carbamatos, seguidos por el hipoclorito.
- En el mecanismo por arma blanca el método mas utilizado fue cortarse el antebrazo a nivel de las muñecas.
- En la combinación de mecanismos se encontraba como constante el alcohol combinado con diferentes sustancias.
- El ahorcamiento sólo se encontró en una persona.

Tabla No. 1. Distribución por porcentajes del reintento de suicidio.

Episodios de reintento	Total
0	26,25%
1	56,25%
2	10,00%
3	6,25%
4	1,25%
Total general	100,00%

Se observó que la mayoría de los pacientes tenían, por lo menos, un episodio previo de intento de suicidio.

- El 26% no tenía antecedentes previos
- Un 17.5% de los pacientes tenían mas de 1 reintento.

En el 71.3% de las historias no se obtuvo dato de antecedentes familiares. (No se encontro este ítem en las historias analizadas)

- El 18.8% no tenia ningún antecedente de suicidio en la familia.
- El 10% tenía algún antecedente familiar de suicidio.

En la totalidad de las historias evaluadas, se encontró que un 17.5% sí tenía antecedente personal de trastorno psiquiátrico.

- En un 16.3% no se encontró ningún tipo de antecedente.
- El 66.3% no tiene dato de antecedente psiquiátrico registrado en la historia clínica de urgencias.

- La mayoría de pacientes analizados, no tenían antecedente de consumo de sustancias. De los que sí consumían, la mayoría consumían alcohol y cocaína.

Tabla No. 2. Antecedente personal de consumo

AP de consumo	Total
Si	20,00%
No	80,00%
Total general	100,00%

En el momento del intento, el 73.8% no se encontraba consumiendo ningún tipo de sustancias.

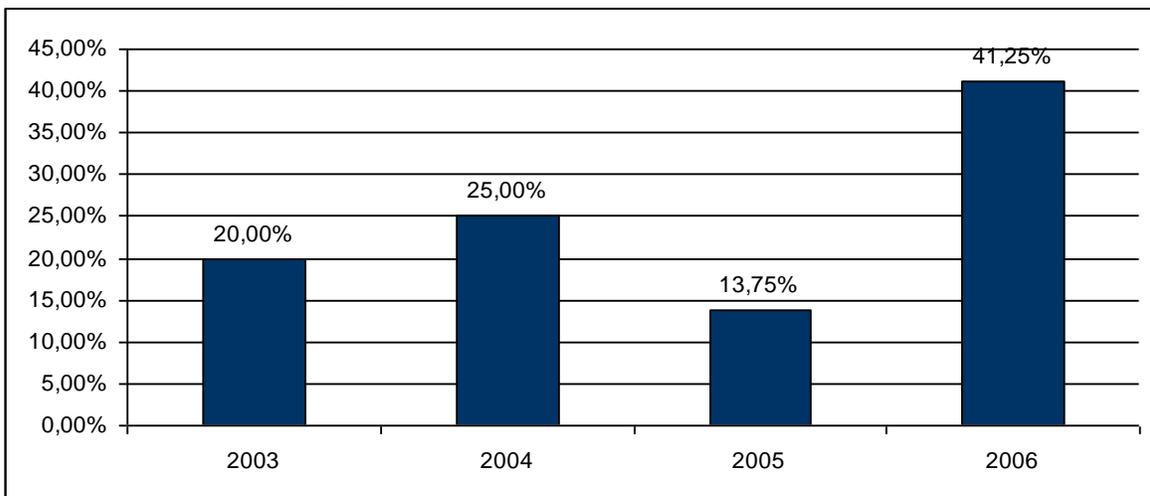
El 26.3% se encontraba consumiendo sustancias como alcohol, cocaína y combinación de ambas.

Del 100% de la población con intento de suicidio, solo a un 42.5% se realizó evaluación psiquiátrica durante la hospitalización. A la mayoría se les diagnosticó depresión mayor en un 32.5%. Seguido por intento suicida y acto parasuicida en un 2.5% cada uno.

También se encontraron otro tipo de diagnostico como depresión enmascarada, rasgo histriónico de la personalidad, reacción de ajuste y TAB en 1.3% cada uno.

De los pacientes que ingresaron por tentativa de suicidio, un 56.3% fueron remitidos para evaluación y manejo por psiquiatría, y a un 42.5% no se le realizó dicha remisión. En 1.3% no se obtuvieron datos en la historia clínica.

Grafico No.5. Distribución por año de la tentativa de suicidio.



- En ellas se encontró que la mayoría pertenecen al 2006, lo que corresponde al año con mayor índice de tentativa de suicidio en contraste con el año anterior. Como veremos mas adelante, en todos los años, exceptuando el 2005, el mes de marzo es donde más se encontraron reportadas las tentativas de suicidio en el HMUA.
- Diciembre no tiene ninguna información relevante en ninguno de los años analizados.

- En el año 2003, los meses con mayor tentativa de suicidio atendidas en el HMUA fueron marzo y octubre.
- Diciembre fue uno de los meses donde menos se encontraron intentos a pesar de lo que esperábamos encontrar.

- En el año 2004 también se encontró el mes de marzo como el más prevalente.
- En diciembre se elevó el porcentaje de tentativas sin ser el mes más sobresaliente.

- El año 2005 fue el más calmado respecto a las tentativas de suicidio. Sin embargo, octubre y noviembre tuvieron más tentativas reportadas que los otros meses.
- En diciembre no se registró ni una sola tentativa de suicidio.

- En el año 2006, el mes de marzo corresponde al mes con más número de tentativas de suicidio, seguido por el mes de noviembre.
- Diciembre tampoco fue relevante durante este año.
- Este año fue donde más intentos de suicidio hubo a comparación de los años anteriores estudiados.

Año	Mes	%	Total	
2003	01	2,50%	2	
	02	1,25%	1	
	03	3,75%	3	
	05	1,25%	1	
	06	2,50%	2	
	08	1,25%	1	
	10	3,75%	3	
	11	2,50%	2	
	12	1,25%	1	
	Total 2003		20,00%	16
	2004	01	2,50%	2
		02	2,50%	2
03		3,75%	3	
04		1,25%	1	
05		2,50%	2	
06		1,25%	1	
07		2,50%	2	
08		1,25%	1	
09		2,50%	2	
10		2,50%	2	
12		2,50%	2	
Total 2004		25,00%	20	
2005	01	1,25%	1	
	02	1,25%	1	
	03	1,25%	1	
	04	1,25%	1	
	05	1,25%	1	
	08	1,25%	1	
	09	1,25%	1	
	10	2,50%	2	
	11	2,50%	2	
	Total 2005		13,75%	11
	2006	01	2,50%	2
02		2,50%	2	
03		11,25%	9	
04		6,25%	5	
05		1,25%	1	
06		1,25%	1	
08		2,50%	2	
09		1,25%	1	
10		3,75%	3	
11		7,50%	6	
12		1,25%	1	
Total 2006		41,25%	33	
Total general		100,00%	80	

**TENTATIVAS DE SUICIDIO REGISTRADAS EN EL HOSPITAL MANUEL URIBE
ANGEL DE ENVIGADO ENTRE EL 1° DE ENERO/2003 AL 31 DE DICIEMBRE/2006.**

7. CONCLUSIONES:

- Luego de analizar los datos, se puede concluir que lo observado en la literatura con respecto a las edades mas prevalentes para intentar quitarse la vida, no tenían relación con lo observado en el estudio, ya que esta dice que hay dos picos, en la juventud de 15 a 20 años y en la adultes después de los 45 – 50 años, mientras que en el estudio nos mostró que la edad donde mas se intenta el suicidio es de los 15 a 20 años.
- Se observo que la tendencia se duplico en el año 2006 con respecto al año 2003, lo que nos hace pensar que cada vez mas la gente opta por el suicidio como salida a los problemas.
- Se puedo ver que el 74% de los pacientes que intentaron suicidarse tuvieron mínimo un intento con anterioridad, además se vio que los pacientes no están siendo bien enfocados en el momento del intento, ya que estos no fueron evaluados por el psiquiatra que es un requisito mínimo para el manejo primario del paciente con tentativa de suicidio, y como el estudio y la literatura lo mostraron siempre presentan un nuevo intento hasta el momento que cumplen su objetivo.
- El solo hecho de no remitir al paciente con intento de suicidio al psiquiatra, no solo pone en peligro la vida del paciente si no que también aumenta los costos del sistema de salud, ya que cada ingreso al servicio de urgencias es un costo que se podría prevenir con solo adelantarse al problema y encaminar al paciente con el especialista indicado.
- Por ultimo se vio que las tentativas de suicidio no quieren o piensan en realidad acabar con su vida ya que los métodos utilizadas no son efectivos eso lo demuestra las estadísticas que dicen que los medicamentos mas utilizados son aquellos que están al alcance de todos y que aunque son tóxicos no son letales.

7. BIBLIOGRAFIA:

- ¹ World Health Organization. Prevention of Suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategy. Geneva: 1996.
- ² Spicer RS, Millar TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. American Journal of Public Health 2000 Dec; 90: 1885-91.
- ³ OMS. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. 2002.
- ⁴ Catalozzi M, Pletcher JR, Schwarz DF. Prevention of suicide in adolescents. Current Opinion in pediatrics 2001 Oct; 13(5):417-22.
- ⁵ Borowsky IW, Ireland M, Resnicl MD. Adolescent Suicide Attempts: Risks and Protectors. Pediatrics March 2001; 107(3):485-93.
- ⁶ POLAINO, Op. cit., pag 126.
- ⁷ Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MG, et al. The injury Fact book. New York :Oxford University Press, 1992:65-77.
- ⁸ Centres for Disease Control and Prevention. Suicide among children, adolescents and young adults. United States, 1980-1991. MMWR 1995;44:289-91.
- ⁹ The surgeon generals call to action to prevent suicide 1999. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/calltoaction/fact4.htm>, ultimo acceso mayo 12 de 2002.
- ¹⁰ Centers for disease control unpublished mortality data from the national center for health statistics (NCHS) mortality data tapes found in the centers for disease control and prevention national center for injury prevention and control. Disponible en : <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suifacts.htm>, ultimo acceso Mayo 12 de 2001.
- ¹¹ Espinoza MA, Anzures LB. Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. Rev med Hosp. Mexico 1999; 62(3)183-90.
- ¹² Betancourt S, Giraldo M. Presencia de idea suicida en niños(as) de población normal entre 9 y 11 años y su relación con las ideas irracionales. 1998.
- ¹³ Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud mental y toxicomanías. Prevención de suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional. 1995.
- ¹⁴ Monk M. Epidemiology of suicide. Epidemiol Rev 1987; 9:51-69.
- ¹⁵ Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide : a case-control study. Journal of American Academy Child adolescent Psychiatry 1993; 32:251-9.
- ¹⁶ Gutierrez Basó E. Mensaje a los padres. La Habana: Editorial Científico Técnica 1985.

-
- 17 Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics: Suicide and suicide attempts in adolescence. *Pediatrics* April 2000, 105:871–874.
 - 18 Underwood MD, Mann JJ. Biologic alterations in the brainstem of suicides. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 581-94.
 - 19 Pandey GN, Pandey SC, Janicak PG, et al. Platelet Serotonin-2 receptor binding sites in depression and suicide. *Biol psychiatry* 1990; 28:215-22.
 - 20 Drevets WC, Frank E, Price JC, Holt D, Greer PJ, Huang Y, et al. PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. *Biol Psychiatry* 1999; 46: 1375-87.
 - 21 Meyer JH, Kapur S, Houle S, Da Silva J, Owczarek B, Brown GM, et al. Prefrontal cortex 5HT₂ receptors in depression: an 18F-setoperone PET imaging study. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1209-34.
 - 22 Arango V, Underwood MD, Mann JJ. Postmortem findings in suicide victims. Implications for in vivo imaging studies. *Ann NY Acad Sci* 1997; 29:269-87.
 - 23 Huang YY, Grailhe R, Arango V, Hen R, Mann JJ. Relationship of psychopathology to the human serotonin 1B genotype and receptor binding kinetics in postmortem brain tissue. *Neuropsychopharmacol* 1999; 21:238-46.
 - 24 Mann JJ, Oquendo M, Underwood MD, Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl 2):7-11
 - 25 Zhu MY, Kliomek V, Dilley GE, Haycock JW, Stockeimer C, Overholser et al. Elevated levels of tyrosine hydroxylase in the locus coeruleus in major depression. *Biol Psychiatry* 1999; 46:1275-86.
 - 26 Doron A, Stein D, Levine Y, Abranovitch Y, Ellat E, Neuman M. Physiological reactions to a suicide film: suicide attempters, suicide ideators and non suicidal patients. *Sci Life Threat Behav* 1998; 28:309-14.
 - 27 Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics: Suicide and suicide attempts in adolescence. *Pediatrics* April 2000, 105:871–874.
 - 28 Finlay-Jones R. Life Events and Psychiatric Illness. En: Henderson AS, Burrows GD. (Ed) *Handbook of Social Psychiatry*. Elsevier. Amsterdam, 1988.
 - 29 Gould, MS, Kramer, RA. Youth suicide prevention. *Suicide and life-threatening behavior supplement* 2001, 31:6-31.
 - 30 Beck AT, Brown G, Steer RA. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical rating of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57(2):309-10.
 - 31 Weissman MM. The continuity between childhood and adult depression. *Conferencia Congreso de la APA*. Miami, 1995.
 - 32 Cooper SI, Kelley CB, King DJ. 5-hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid and prediction of suicidal behavior in schizophrenia. *The Lancet* 1992; 340: 940-1.

-
- ³³ Brent DA. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics in Review* 1993, 14:380-8.
- ³⁴ Swahn MH, Potter LI. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adults. *Suicide and life-threatening behavior* 2001; 32:21-9.
- ³⁵ Baker SP, O Neill B, Ginsburg MG, et al. *The injury Fact Book*. New York: Oxford University Press, 1992: 65-77.
- ³⁶ Grossman DC. Risk and Prevention of youth suicide .*Pediatrics Annals* 1992; 21:448-54.
- ³⁷ Miller AL, Glinski J. Youth suicidal behavior: assesment and intervention. *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56:1131-52 .
- ³⁸ Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989 -1992. Results of the WHO/ EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93:327
- ³⁹ Sloan JH, Rivara FP, Reay DT, et al. Firearm regulation and rates of suicide: a comparison of two metropolitan areas. *New England Journal of medicine* 1990; 322; 369-73.
- ⁴⁰ Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine* 1992; 327:467–72.
- ⁴¹ Gonzalez-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados A. Ideacion suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica de México*, 1998; 40:430-7.
- ⁴² Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. *JAMA* 1999; 282:1291-2.
- ⁴³ Morrison LL, L'heureux J. Suicide and gay / Lesbian/ Bisexual youth: Implications for clinicians. *Journal of adolescence* 2001; 24:39-49.
- ⁴⁴ Johnson BA, Brent DA, Bridge J, Connolly J. The familial aggregation of adolescent suicide attempts. *Acta psychiatr Scand* 1998; 97:18-24.
- ⁴⁵ Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and Psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177:360-5.
- ⁴⁶ Powel J, Geddes J, Deekes J, Goldacre M, Hawton K. Suicide in psychiatric hospital in patients: risk factors and their predictive power. *Br Journal of psychiatry* 2000; 176:266-72.
- ⁴⁷ Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risks intelation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case- control study based on longitudinal registers. *The Lancet* October 12 2002; 360:1126-30.
- ⁴⁸ Beautries AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk Factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of child and Adolescen Psichiatri* 1996; 35(9):1174-82.
- ⁴⁹ Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks JJ. Incidence of suicidal ideation and behavior in the Unite States, 1994. *Suicide Life Trheat Behav* 1999, 29(2): 131-40 .

-
- ⁵⁰ Elliot AJ, Pages KP, Russo J, Wilson LG, Roy-Byrne PP. A profile of medically serious suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry* 1996; 57:567-71.
- ⁵¹ Dube SR, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood Abuse, Household Dysfunction and the Risk of Attempted Suicide. *JAMA*, December 26, 2001; 286:3089-96.
- ⁵² Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Prev Med.* 1998; 14:245-58.
- ⁵³ Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, et al. Adverse Childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 1999; 282:652-8.
- ⁵⁴ Brown J, Cohen P, Jonson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999; 38:1490-6.
- ⁵⁵ Kaplan SJ, Pelcovitz D, Salzinger S, et al. Adolescent Physical abuse and risk for suicidal behaviors. *J Interpersonal Violence.* 1999; 14:976-88.
- ⁵⁶ Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry.* 1991; 148:1665-71.
- ⁵⁷ Perry BD, Pollard R. Homeostasis, stress, trauma and adaptation – a neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1998; 7:33-51.
- ⁵⁸ Gould MS, Wallenstein S, Kleinman MH. Time-Space clustering of teenage suicide. *American Journal of Epidemiology* 1990; 131:71-8.
- ⁵⁹ Centre for disease control . Attempted suicide among high school students-United States, 1990 *MMWR* 1991; 40:1-3
- ⁶⁰ Shafer D, Garland A, Gould M, et al. preventing teenage suicide. A critical review. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry* 1988; 27:675-87.
- ⁶¹ Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America* 1988; 72: 937-71
- ⁶² Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, et al. Some Clinical Considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health* 1959; 49:888-99.
- ⁶³ Isometsa ET, Heikkinen ME, Mauri MJ et al. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated. *American Journal of Psychiatry* 1995, 152:919–22.
- ⁶⁴ American Academy of Pediatrics, committee on Adolescents. Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults. *Pediatrics* 1988; 81:322–4.
- ⁶⁵ American Medical Association. Guidelines for Adolescent Preventive Service (GAPS): Recommendations and Rationale. Chicago:American Medical Association, 1994: 131-43.
- ⁶⁶ Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to Clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group, 1994: 456-70.