

Caracterización de la gravedad del intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en un hospital público de Chile.

Lautaro Barriga

Escuela de Psicología, Universidad Bernardo O Higgins, Santiago, Chile.

Escuela de Psicología, Universidad Gabriela Mistral, Santiago, Chile.

Palabras clave: adolescentes; hospitalización; intento de suicidio; trastorno mental; abuso sexual.

Resumen. El suicidio de adolescentes aumentó en las Américas. En Chile, el intento de suicidio de adolescentes es un problema de salud pública que necesita una urgente solución. Se realizó un estudio cuantitativo, comparativo y retrospectivo con el objeto de proporcionar al hospital estrategias de intervención y de articulación con la red territorial de salud mental. Se revisaron, compararon y relacionaron los aspectos sociodemográficos y clínicos de 96 fichas de adolescentes hospitalizados por intento de suicidio entre enero del 2017 a diciembre del 2018. Se conformaron dos grupos de estudio; el grupo I, con 14 adolescentes previamente internados en la Unidad de Tratamientos Intensivos y el grupo II, con 82 adolescentes que no requirió de esta unidad. Se estudió el género, edad, escolaridad, antecedentes de abuso sexual, diagnósticos de trastornos mentales, co-morbilidades, cuidador con trastorno mental y consultas previas en salud mental. Se utilizó estadística descriptiva y odd ratio. En el grupo I, con un 92% de adolescentes hombres, se observó un 57% de depresión grave y el 100% de sus integrantes sufrió abuso sexual; en el grupo II, con un 91% de adolescentes mujeres, se encontró un 79% de depresión moderada, un 85,3% de desarrollo anormal de la personalidad y el 70% de sus integrantes sufrieron abuso sexual. El abuso sexual explicó el mayor porcentaje de la varianza (29%). Se concluye que el hospital debe considerar en sus intervenciones las características distintivas de los grupos de estudio y coordinar con la red territorial de salud mental la continuidad de cuidados.

Characterization of the severity of suicide attempts in adolescents hospitalized in a public hospital in Chile.

Invest Clin 2023; 64 (4): 451 – 459

Keywords: adolescents; hospitalization; suicide attempt; mental disorder; sexual abuse.

Abstract. Adolescent suicide has increased in the Americas. In Chile, attempted suicide in adolescents is a public health problem that needs an urgent solution. A quantitative, comparative and retrospective study was conducted to provide the hospital with intervention strategies and articulation with the territorial mental health network. The sociodemographic and clinical aspects of 96 records of adolescents hospitalized for attempted suicide between January 2017 and December 2018 were reviewed, compared, and related. Two study groups were formed: Group I, 14 adolescents previously hospitalized in the Intensive Treatment Unit and Group II, 82 adolescents who did not require this unit. Gender, age, education, history of sexual abuse, diagnoses of mental disorders, co-morbidities, previous mental health consultations, and caregivers with mental disorders were studied. Descriptive statistics and odds ratios were used. In group I, with 92% male adolescents, severe depression was observed in 57% of cases, and 100% of its members suffered sexual abuse; in group II, with 91% female adolescents, 79% moderate depression was found, 85.3% abnormal personality development and 70% of its members suffered sexual abuse. Sexual abuse explained the highest percentage of the variance (29%). It is concluded that the hospital must consider the distinctive characteristics of the study groups and coordinate with the territorial network of mental health the continuity of care in its interventions.

Recibido: 25-10-2022 Aceptado: 01-08-2023

INTRODUCCIÓN

El suicidio es todo acto intencional por el cual una persona se provoca la muerte; asociado a este concepto se encuentra el intento de suicidio que son los actos auto-lesivos intencionales que no provocan la muerte^{1,2}. El suicidio genera más de 800.000 mil muertes anuales en el mundo; esto equivale a un suicidio cada 40 segundos con una proyección de 1,5 millones de suicidios para el término del año 2023, representando uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial³.

En estas últimas décadas, las Américas registraron más de 7 suicidios por hora, con 4,6 casos de mujeres y 15,1 casos de hombres, afectando principalmente a la población de adolescentes^{4,5}. Se estima que por cada suicidio de adolescente se realizaron entre 1 a 20 intentos con repercusiones en el entorno familiar, escolar y social^{6,7}. En Chile, el suicidio es la segunda causa de muerte de adolescentes, observándose que las mujeres adolescentes lideran los intentos de suicidio, pero son los hombres adolescentes quienes lo consuman tres veces más^{8,9}. Con relación

a las tasas de suicidio de adolescentes, estas pasaron de 5,83 casos por 100.000 habitantes en el año 1990, a 9,28 casos en el año 2005 y a 11,8 en el año 2013⁹. El suicidio no es una enfermedad, sin embargo, padecer de un trastorno mental es un importante factor de riesgo¹⁰. Los adolescentes chilenos tienen alta prevalencia de trastornos mentales en comparación a los adolescentes de otros países latinoamericanos. Así, Chile tiene un 14,6% de trastornos disruptivos, un 8,3% de trastornos ansiosos y un 5,1% de trastornos afectivos (depresión y bipolaridad) que, por lo general, cursan con desarrollos anormales de la personalidad^{11,12}. El diagnóstico más frecuente del adolescente en los centros chilenos especializados de salud mental es el trastorno depresivo con intento de suicidio, diagnóstico que, en la actualidad, constituye un importante problema de salud pública; mientras que adolescentes con trastornos bipolares registran escasas consultas, pero tienen un alto riesgo de suicidio incluso con tratamiento farmacológico^{12,13}. Adolescentes con diagnósticos de trastornos afectivos pueden incrementar hasta un 60% la probabilidad de muertes por suicidio; en este grupo etario no existe otra enfermedad que genere tanta interferencia y discapacidad como la mental^{14,15}. El plan chileno de salud mental 2017-2025 busca estrategias para la intervención de las Unidades de Cuidados de Hospitalización Intensivos en Psiquiatría (UCHIP) de adolescentes con o sin intento de suicidio y para la articulación de las redes territoriales de salud mental^{16,17}.

El propósito del estudio fue revisar, en un determinado período de tiempo, los aspectos sociodemográficos y clínicos de adolescentes hospitalizados en una UCHIP por intento de suicidio para proporcionar al hospital estrategias de intervención y de articulación con la red territorial de salud mental.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, de tipo comparativo y retrospectivo usando un

método cuantitativo. Se conformaron dos grupos de estudio; el grupo I, con 14 adolescentes de mayor gravedad previamente internados en la Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI) y el grupo II, con 82 adolescentes que no requirió de esta unidad. El objetivo fue comparar y relacionar a los grupos de estudio; de igual modo, aportar a la UCHIP estrategias de intervención y articulación con los dispositivos de la red territorial de salud mental. Los datos se recogieron de las fichas clínicas de adolescentes entre los 14 años 0 mes a 17 años 11 meses de edad que estuvieron hospitalizados en la UCHIP del hospital público Roberto del Río de la ciudad de Santiago de Chile, entre enero del 2017 a diciembre del 2018. Las variables estudiadas fueron: edad, género, escolaridad, antecedente de abuso sexual, diagnóstico del trastorno mental (eje I) realizado por médico psiquiatra, según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª versión¹⁸ (CIE-10), dado que al momento del estudio el hospital no utilizaba la versión CIE-11. También se estudió el diagnóstico de la co-morbilidad o funcionamiento de la personalidad (eje II) realizado por el psicólogo tratante según la CIE-10, número de días de hospitalización en la UCHIP, consultas en centros de la red territorial de salud mental (se consideraron 10 o más consultas en los 6 meses previos a la hospitalización en la UCHIP) y cuidador responsable con trastorno mental con o sin tratamiento.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: adolescentes entre 14 años 0 mes a 17 años 11 meses de edad hospitalizados en la UCHIP entre enero del 2017 a diciembre del 2018; adolescentes con trastornos mentales e intento de suicidio que, por la gravedad del intento, previamente necesitaron atención en la UTI (grupo I) y adolescentes con trastornos mentales e intento de suicidio que no necesitaron la UTI (grupo II); adolescentes con o sin co-morbilidad, es decir, con o sin diagnóstico de desarrollo anormal de la personalidad; adolescentes escolarizados; adolescentes con o sin ante-

cedentes de abuso sexual; adolescentes con 10 o más consultas en dispositivos de salud mental de la red territorial en los 6 meses previos a la hospitalización en la UCHIP; adolescentes con familiar en el rol de cuidador responsable y adolescentes cuyo cuidador responsable porte un trastorno mental con o sin tratamiento.

Se excluyen: adolescentes hospitalizados en la UCHIP menores de 14 años y mayores de 17 años 11 meses; adolescentes hospitalizados en la UCHIP con altas administrativas; adolescentes hospitalizados en la UCHIP de hogares de menores, residencias u otros lugares cuyo cuidador responsable no es un familiar; adolescentes sin intento de suicidio y, finalmente, adolescentes con menos de 10 consultas en dispositivos de salud mental de la red territorial en los 6 meses previos a la hospitalización en la UCHIP.

Se utilizó un muestreo intencionado. Se revisaron las bases de datos de la UCHIP entre enero del 2017 a diciembre del 2018 y se seleccionaron las fichas clínicas que cumplían con los criterios de inclusión. Se obtuvieron 96 fichas, 14 correspondieron al grupo I y 82 al grupo II. Asimismo, de las 96, 79 eran de adolescentes mujeres y 17 de adolescentes hombres.

Se utilizó un análisis descriptivo y de frecuencia para identificar las características sociodemográficas y clínicas, tanto de la muestra total como separada por grupos. Para obtener la significancia de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de U Mann Whitney, para estudiar las asociaciones entre las variables de los grupos se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (X^2) y la regresión lineal múltiple por pasos sucesivos, donde la variable dependiente fue el intento de suicidio y las variables predictoras la edad, género, escolaridad, abuso sexual, diagnóstico de trastorno mental, co-morbilidad, consultas previas a la hospitalización y cuidador con trastorno mental. El análisis se complementó con el cálculo de Odds Ratio (OR). Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico Statistical

Package for Social Sciences (SPSS) versión 15,0. El nivel de significancia en todas las pruebas se estableció en un $p < 0,05$.

Estudio aprobado por el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) de la ciudad de Santiago de Chile, acreditado por la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI) y que adscribe a las normativas de los principios éticos internacionales, fundamentalmente de la declaración de Helsinki. Los datos fueron tratados con confidencialidad, custodiados por el investigador responsable y eliminados al término del estudio.

RESULTADOS

El grupo II tuvo cinco veces más adolescentes que el grupo I. La edad promedio de los adolescentes en las fichas analizadas fue de 16 años 1 mes, y una desviación estándar (DE) de 1,76. Por género, se observó que un 82,3% eran adolescentes mujeres y un 17,7% eran adolescentes hombres. En el grupo I (92,9% de adolescentes hombres y 7,1% de adolescentes mujeres), la edad promedio fue de 15 años 9 meses (DE=1,1); en el grupo II (91,5% de adolescentes mujeres y 8,5% de adolescentes hombres) fue de 16 años 5 meses (DE= 1,8). Inter-grupo no hubo diferencias significativas en las variables edad, escolaridad y duración de la hospitalización; sin embargo, la variable género mostró diferencia significativa ($X^2_{(5)}=9,344$; gl:6; $p < 0,05$); es decir, ser adolescente hombre con intento de suicidio y atenciones en la UTI tiene mayor probabilidad de estar hospitalizado en la UCHIP que un adolescente hombre con intento de suicidio sin atenciones en la UTI (OR= 12,5; 95% IC= 2,57-60,7). Otras diferencias significativas se observaron en el cuidador con trastorno mental ($X^2_{(6)}=21,4$; $p < 0,05$); en adolescentes con consultas previas a la hospitalización ($X^2_{(9)}=21,54$; $p < 0,05$); y en adolescentes víctimas de abuso sexual ($X^2_{(8)}=11,32$; $p < 0,05$). El 100% de los integrantes del grupo I sufrieron abusos sexuales (Tabla 1).

Tabla 1
Frecuencias porcentuales de las variables por grupos de estudio y nivel de significancia.

Variables	Grupo I N=14	Grupo II N=82	Total N= 96	p
Edad (años y meses)				0,687
Media($\pm$ desviación estándar)	15, 9 (1,1)	16,5 (1,8)	16,1 (1,7)	
Escolaridad (%)				0,548
Educación básica	7,1	0	1,1	
Educación secundaria	92,9	100	98,9	
Género (%)				0,002*
Hombre	92,9	8,5	20,8	
Mujer	7,1	91,5	79,2	
Cuidador con trastorno mental en tratamiento (%)				0,003*
Sí	57,1	58,5	58,3	
No	42,8	41,5	41,7	
Consultas previas en salud mental (%)				0,001*
Sí	7,1	67,1	58,3	
No	92,9	32,9	41,7	
Víctima de abuso sexual (%)				0,002*
Sí	100	72,7	73,8	
No	0	27,3	26,2	
Duración de la hospitalización				0,780
Media en días ($\pm$ desviación estándar)	35,0 (8.2)	28,5 (4.7)	31,7	

*Test Chi-cuadrado con p significativo.

Otras diferencias significativas se observaron en el diagnóstico de la conducta alimentaria de anorexia ($X^2_{(10)}=44,66$; $p<0,05$); en el trastorno bipolar ($X^2_{(9)}=42,28$; $p<0,05$); en el diagnóstico de la co-morbilidad ($X^2_{(11)}=76,57$; $p<0,05$) y; en el diagnóstico de depresión ($X^2_{(12)}=64,47$; $p<0,05$), con mayor probabilidad de encontrar adolescentes con depresión grave en el grupo I (OR= 2,8; 95% IC=1,72-9,19), (Tabla 2).

En la regresión lineal múltiple se evaluaron los supuestos de normalidad, linealidad y homocedasticidad. Su análisis mostró que ser víctima de abuso sexual explica un mayor porcentaje de la varianza (29%) con un β positivo (0,397), antecedente que podría predecir la hospitalización por intento de suicidio. Consultas en dispositivos de salud mental de la red territorial 6 meses antes de la hospitalización explican un 21% de la varianza con un β negativo (-0,301). Cuidador

con trastorno psiquiátrico en tratamiento explica un 12% de la varianza con un β negativo (-0,224) y el trastorno depresivo explica muy poco (1%) con un β negativo (-0,056), (Tabla 3).

DISCUSIÓN

El estudio mostró diferencias entre los adolescentes con intento de suicidio hospitalizados en la UCHIP. Los adolescentes que no necesitaron atenciones en la UTI se hospitalizaron cinco veces más que aquellos que necesitaron esta atención. Este resultado podría estar relacionado con el género, ya que quienes necesitaron la UTI fueron adolescentes del grupo I que concentró, principalmente, a hombres. Este hallazgo es concordante con otros estudios ^{12,13}, en los cuales se muestra que adolescentes hombres usan métodos letales y al fracasar su intento

Tabla 2

Frecuencias porcentuales de los diagnósticos por grupos de estudio y nivel de significancia.

Diagnósticos	Grupo I N=14	Grupo II N=82	Total N= 96	p
Diagnósticos eje I CIE-10 (%)				
Trastorno depresivo				0,036*
Grave	57,1	2,4	10,4	
Moderado	0	79,2	67,7	
Trastornos de la conducta alimentaria				0,012*
Anorexia	14,4	0	2,1	
Bulimia	0	4,0	3,3	
Trastorno bipolar	21,4	0	3,1	0,001*
Trastorno de ansiedad generalizada	0	8,3	7,2	0,457
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	6,1	5,2	0,125
Trastorno psicótico	7,1	0	1,0	0,358
Diagnóstico eje II CIE-10 (%)				
Comorbilidad (%)				0,027*
Sí	28,5	85,3	79,2	
No	71,5	14,7	20,8	

*Test Chi-cuadrado con p significativo.

Tabla 3

Análisis de la regresión lineal múltiple (N=96).

Variables	β	R ²	p
- Víctima de abuso sexual	0,397	0,29	0,01
- Consultas de salud mental 6 meses antes de la hospitalización	-0,301	0,21	0,01
-Cuidador con trastorno mental en tratamiento	-0,224	0,12	0,01
- Trastorno depresivo	-0,056	0,01	0,05

Total de la varianza explicada: 63%.

lo repiten con mayor intensidad. Si los adolescentes hombres necesitaron atenderse en la UTI y se caracterizan por realizar intentos más severos, entonces la UCHIP debería diseñar intervenciones psicoterapéuticas específicas que aborde el intento de suicidio por género.

El rol del cuidador es clave en el pronóstico del adolescente. De acuerdo con la literatura, los cuidadores con trastornos mentales sin tratamiento o con tratamiento incompleto son un factor de riesgo para el desarrollo psicológico de niños, niñas y adolescentes, ya que los predisponen a per-

turbaciones psíquicas e intento de suicidio^{19,20}. En virtud de ello, la UCHIP debe identificar la condición de salud mental del cuidador, considerando algunos factores: la forma como realizan los cuidados los cuidadores con trastorno mental sin tratamiento o con tratamiento incompleto; el tipo el tipo de trastorno mental que pueda estar cursando el cuidador que realiza los cuidados; si tiene tratamiento, el tiempo que lleva con el mismo y si sigue las indicaciones que están recibiendo, u otras preguntas que permitan una mayor comprensión del cuidador para implementar intervenciones de apoyo.

Consultas en dispositivos de la red territorial de salud mental 6 meses antes de la hospitalización en la UCHIP es un antecedente a considerar. En el grupo I la consulta fue escasa, esto genera dudas sobre: las razones por las cuales no consultaron; si solicitaron la cita, pero no concurrieron a sus atenciones; quedaron en lista de espera que no avanzó o hubo otra razón. Esta evidencia permite proyectar que los adolescentes del grupo I al alta de la UCHIP concurrirán poco a sus atenciones y terminaran abandonando el tratamiento en los dispositivos de

la red ambulatoria con la posibilidad de nuevos intentos o bien el suicidio. Es conocido que adolescentes hospitalizados por intento de suicidio tienen 8 veces más riesgo de suicidarse comparados con la población general y más del 50% de los suicidios ocurren hasta 16 meses después de intentos frustrados^{21,22}. En este sentido, es fundamental que la UCHIP se coordine con los dispositivos de la red territorial para implementar la continuidad de cuidado que beneficia a todos los adolescentes hospitalizados por intento de suicidio. Esto se traduce en una derivación asistida o entrega del paciente de forma personalizada a la red, en seguimiento estrecho, en registros actualizados y planes de rescate de aquellos adolescentes que aborten o asistan de manera irregular. Todo ello implica un enorme desafío de integración y articulación de los saberes del conjunto de la red territorial de salud mental.

Ser víctima de abuso sexual es un evento traumático que afecta principalmente a mujeres y que se caracteriza por alterar el desarrollo emocional, cognitivo, social e instalar ideas suicidas²¹. Si bien en ambos grupos se dieron cifras altas de abuso sexual, es llamativo que el 100% de los integrantes del grupo I fue víctima de abuso; es importante señalar que este grupo concentró a adolescentes hombres con intentos de mayor gravedad. Esto requiere ser profundizado, no obstante se plantea que el abuso sexual en adolescentes hombres es un antecedente que puede predecir intento severo o la muerte por suicidio²⁵.

Una limitación fue restringir el estudio a 2 años; para ver el movimiento de las variables se debió considerar un mínimo de 5 años. Otra de ellas fue no haber realizado correlaciones entre las variables y no incorporar el número de intentos de suicidio, los tipos de familia, los métodos utilizados en el intento, las formas de abuso sexual, entre otras.

Se concluye que la UCHIP debe considerar en sus intervenciones las características distintivas de los grupos de estudio y

coordinarse con los dispositivos de la red territorial de salud mental para implementar la continuidad de cuidados en beneficio de todo adolescente que se hospitaliza por intento de suicidio.

Financiamiento

No se dispuso de financiamiento.

Declaración de conflictos

No existe conflicto de intereses.

Número de ORCID

Lautaro Barriga: 0000-0002-0128-7133.

REFERENCIAS

1. **Pérez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, Atienzo E, Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R.** Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública Méx* 2010; 52(4): 324-333. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es.
2. **Gonzalez-Forteza C, Ramos L, Vignau L, Ramírez C.** Abuso sexual e intento suicida: asociación con el malestar depresivo y la ideación suicida actuales en adolescentes. *Salud Mental* 2001 24(4):16-25. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/878/876.
3. **Organización Mundial de la Salud.** Datos y cifras sobre el suicidio: infografía. 2018. Recuperado: abril 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
4. **Organización Panamericana de la Salud.** Día Mundial para la Prevención del Suicidio 2017: Tómame un minuto, cambia una vida. Washington D.C.: Pan American Health Organization; 2017. Recuperado: octubre 2022. Disponi-

- ble en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13540%3Aworld-suicide-prevention-day-2017&catid=9347%3Aworld-suicide-prevention-day&Itemid=42406&lang=es
5. **Dávila C, Luna M.** Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Rev Chil Pediatr* 2019; 90(6), 606-616. Disponible en: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/1012>
 6. **Department of Health and Human Services. Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention.** National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington: 2012. Recuperado: septiembre 2022. Disponible en: <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/suicide-prevention/index.html>
 7. **Department of Health and Human Services. Our priorities.** Youth Mental Health. The U.S. Surgeon General's Advisory: 2021. Recuperado: noviembre 2022. Disponible en: <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/priorities/youth-mental-health/index.html>
 8. **Guajardo N, Ojeda F, Achui L, Larraguibel M.** Intervenciones terapéuticas para la conducta suicida en adolescentes. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc* 2015; 26(2): 145-155. Disponible en: https://www.sopnia.com/wp-content/uploads/2021/05/Revista-SOPNIA_201502.pdf
 9. **Ministerio de Salud de Chile.** Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Departamento de Salud Mental. 2017. Recuperado: octubre 2022. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
 10. **Ministerio de Salud de Chile.** Programa Nacional de prevención del suicidio: orientaciones para su implementación. Departamento de salud mental, División de Prevención y Cntrol de Enfermedades, Subsecretaria de Salud Pública. 2013. Recuperado: septiembre 2022. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf
 11. **De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillan R.** Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Rev Med Clin Condes* 2012; 23(5): 521-529. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703462>
 12. **Vicente B, Saldivia S, Pihán R.** Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioeth* 2016; 22(1): 51-61. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000100006
 13. **Soto-Villaroel P, Véliz A.** Factores que intervienen en riesgo suicida y para suicida en jóvenes chilenos. *Propósitos y Representaciones* 2020; 8(3), e672. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.672>.
 14. **World Health Organization.** Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. 2005. Ginebra: WHO.
 15. **Unidad de Salud Mental de Chile.** Modelo de Gestión; Centro de Salud Mental Comunitaria. 2018. Recuperado junio 2022. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
 16. **Araneda N, Sanhueza P, Pacheco G, Sanhueza A.** Suicidio en adolescentes y jóvenes adultos en Chile: Riesgo relativo, tendencias y desigualdades. *Rev Panam Salud Pública* 2021; 45. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53353/v45e42021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 17. **Gatica-Saavedra M, Vicente B, Rubí P.** Plan Nacional de Salud Mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Rev Méd Chile* 2020; 148: 500-505. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-8872020000400500&script=sci_arttext
 18. **ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research,** Geneva: World Health Organization, 1993. Disponible en: <https://icd.who.int/browse10/2010/en#/V>

19. **Ferreira G, Moreira C, Kleinman A, Nader E, Gomes B, Teixeira AMA, Rocca CCA, Nicoletti M, Soares JC, Bussato GF, Lafer B, Caetano SC.** Dysfunctional family environment in affected versus unaffected offspring of parents with bipolar disorder. *Aust. N Z J Psychiatry* 2013; 47: 1051-1057.
20. **Vivanco B, Grandón P.** Experiencias de haber crecido con un padre/madre con trastorno mental severo (TMS). *Rev Chil Neuro-psiquiatr* 2016; 54(3): 176-186.
21. **Castro L, Fuertes L, Pacheco O, Muñoz C.** Factores de riesgo relacionados con intento de suicidio como predictores de suicidio, Colombia 2016-2017. *Rev Colomb Psiquiat* 2021. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745021000706>
22. **Mei-Chih M, I-Chih C, Fu-Chang H.** Inpatient suicide in a general hospital. *General Hospital Psychiatry* 2009; 31:110-115. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/24185064>.
23. **Urrego-Betancourt Y.** El impacto de las experiencias tempranas en la cognición social. *Psychología. Avances de la disciplina* 2009; Enero-Junio : 61-80. Recuperado: agosto 2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225173004.pdf>
24. **Miller A, Eisenlohr-Moul T, Giletta M, Hastings P, Rudolph K, Nock M, Prinstein M.** A within-person approach to risk for suicidal ideation and suicidal behavior: Examining the roles of stress, depression and abuse exposure. *J Consult Clin Psychol* 2017; 85(7): 712-722. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477992/>
25. **Lehrer J, Lehrer E, Oyarzún P.** Violencia sexual en hombres y mujeres jóvenes en Chile: Resultados de una encuesta (año 2005) a estudiantes universitarios. *Rev Méd Chile* 2009; 137(5): 599-608.