

Conducta suicida en adolescentes y jóvenes en Uruguay: características de los registros y recursos humanos en emergencias públicas

Autores

Cristina Larrobla

Psicóloga. Doctora en Salud Mental. Prof. Adj. Unidad de Salud Mental en Comunidad, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Udelar. Responsable del Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida,* Udelar-ASSE.

Alicia Canetti

Médica psiquiatra. Prof. Agda. Unidad de Salud Mental en Comunidad, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Udelar. Responsable del Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida, Udelar-ASSE.

Pablo Hein

Magíster en Sociología. Prof. Adj. Depto. de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar. Integrante del Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida, Udelar-ASSE.

Gabriela Novoa

Licenciada en Psicología. Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Integrante del Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida, Udelar-ASSE.

Correspondencia:
cristina.larrobla@gmail.com

Resumen

La conducta suicida en adolescentes constituye un problema de salud pública, siendo relevante el papel del sistema de salud y sus recursos humanos en su prevención. El artículo presenta resultados parciales de una investigación más amplia (2013-2015/ANII). Los objetivos son caracterizar la forma de registro de intento de autoeliminación en población de 14-24 años atendida en emergencias públicas; identificar barreras socioculturales del personal que interfieren en abordaje y registro de la conducta suicida. Es un estudio poblacional descriptivo transversal. Se completaron 73 formularios y se relevaron 211.389 fichas de Emergencia. En los resultados se describe el perfil del personal, consulta y registro de intentos de autoeliminación. Se constata alta frecuencia de consultas en adolescentes. De estos, 1 de cada 100 presenta una conducta suicida. La escasa capacitación en la temática y las creencias del personal obstaculizan la gestión y registro, y conducen a subestimar posibles casos de conducta suicida. Los hallazgos confirman la importancia de la capacitación.

Palabras clave

*Conducta suicida
Adolescencia
Profesionales de la salud
Puertas de Emergencia*

Summary

Suicidal behavior in teenagers is a public health issue, the role of the health system and its personnel being relevant for prevention. Partial results of a more extensive research are presented (2013-2015/ANII). The aim is the description of the registry of suicidal attempt in the 14-24 population in public emergency rooms; the identification of socio-cultural barriers in emergency room personnel that interfere with management and registry of suicidal behavior. It is a descriptive cross-sectional survey. 73 questionnaires were completed and 211.389 emergency room records were studied. The results describe the staff profile, initial evaluation and registry of suicidal attempts is described. A high frequency of teenager consultation is verified. 1 in 100 teenagers presented suicidal behavior. Poor staff training and personal beliefs hinder evaluation and registry, and lead to underestimation of possible suicidal behavior cases. Findings confirm the importance of adequate training.

Keywords

*Suicidal behavior
Adolescence
Health staff
Emergency Room*

* El Grupo de Comprensión y Prevención de Conducta Suicida en Uruguay conjuga, desde sus inicios, una mirada que integra diferentes disciplinas y abordajes teóricos y metodológicos sobre la temática en nuestro país y el Mercosur. Lo integran las facultades de Medicina, Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Educación, y Psicología y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE. Cuenta además con una amplia red de instituciones que brindan su apoyo puntual como lo es el Programa Nacional de Salud Mental del MS, entre otros (<suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy>.)

1. Introducción

Abordar el problema de la conducta suicida (CS) en la actualidad implica tratar de comprender un fenómeno que desde hace siglos es un tema tabú, oculto y condenado por muchos. Esta situación lo complejiza y se impone cada vez más la necesidad de un abordaje desde múltiples miradas disciplinares y profesionales. Desde esta perspectiva, el presente artículo aspira a contribuir a profundizar la comprensión de la conducta suicida y las dificultades que se presentan en el personal de la salud, específicamente en las puertas de emergencia del sector público, con el manejo de adolescentes con intentos de autoeliminación (IAE). Este recorte en la mirada centralizada en estos actores y espacios de atención se debe a que, en la literatura internacional, la emergencia es considerada la mayor puerta de contacto con estos pacientes y un lugar privilegiado para realizar prevención y fomentar adherencia a tratamientos. En este sentido, se realizó una investigación, la cual fue financiada durante los años 2013-2015 por el Fondo María Viñas de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII). En este artículo se presentan los resultados de la formación, experiencia y creencias de los recursos humanos y se caracteriza la consulta y registro de los casos de IAE de la población entre 14 y 24 años atendidos en una muestra de emergencias públicas de 1.º y 2.º nivel en Uruguay.

Panorama internacional y nacional sobre la conducta suicida en adolescentes

La bibliografía¹⁻³ indica que el reporte de los IAE presenta variaciones a nivel mundial, ya que en la mayoría de los casos no se cuenta con información disponible y confiable por falta de un apropiado sistema de vigilancia. En cuanto al continente sudamericano, Chile y Uruguay son los países que presentan las menores tasas de subregistro, pudiendo atribuirse dicho fenómeno, particularmente en

Uruguay, a una cultura o hábito de registro y acatamiento a las normativas vigentes. Esto no garantiza que dicha actitud se mantenga frente a los casos vinculados a la CS, pues recién a partir del año 2005 se creó, en la órbita del Ministerio del Interior, el Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en Uruguay,* y en el año 2013 se firmó el decreto de ley que establece la obligatoriedad del registro de los IAE.**

Diversos trabajos internacionales^{1, 2 4} y nacionales⁵⁻⁹ señalan que en los últimos años fallecieron aproximadamente más de un millón de adolescentes por año y entre principales causas de mortalidad se destacan los traumatismos causados por siniestros de tránsito, VIH y suicidio. Se observa también una tendencia en el aumento de las tasas de suicidio en los adolescentes entre 10 y 19 años. Es importante tener en cuenta que una de las características de la adolescencia y juventud es la rebeldía, la cual se expresa, por ejemplo, a través de la tendencia a la omnipotencia y la presentación de ciertas actitudes desafiantes. Ello lleva a transgredir límites y normas establecidas, tanto dentro de la familia como fuera de ella (normas sociales). Algunos autores^{10, 11} plantean que en estas etapas ciertas conductas, aparentemente no vinculadas entre sí, podrían expresar fuertes sentimientos de baja autoestima y patologías psiquiátricas de alto riesgo. Estas conductas que atentan contra su integridad los exponen a mayores riesgos tanto de índole vital como emocional. Entre las conductas de riesgo se hallan las denominadas «equivalentes suicidas»,¹² entre las cuales se mencionan el consumo de drogas (como caso extremo la sobredosis), los desafíos en las picadas callejeras, peleas entre bandas, etc., bajo una «conexión de sentido» o común denominador que es el desafío a la muerte. Moreno¹³ identifica estos comportamientos como conductas suicidas «enmascaradas» y destaca por ejemplo algunas sociopatías, trastornos de la conducta alimentaria, etc. Para Kovács¹⁴ estos comportamientos, conocidos como parasuicidios o suicidios inconscien-

* El Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad en Uruguay se «creó con la finalidad de brindar datos confiables y reales, elaborados mediante una metodología rigurosa para el tratamiento de los principales indicadores sobre la evolución de la criminalidad y la gestión policial en nuestro país». La información se actualiza trimestralmente (<<https://www.minterior.gub.uy/observatorio/>>).

** La Ordenanza Ministerial modificada N.º 801/2012 de 27/9/2013 dispone la notificación obligatoria de los IAE, desde todos los prestadores de salud públicos y privados, con el objetivo de favorecer la detección, tratamiento y seguimiento de los usuarios y de construcción de un sistema de vigilancia y monitoreo epidemiológico nacional.

tes, son actos que no se expresan de forma explícita o manifiesta, sino que lo hacen de manera incompleta, desplazada o simbólica.

Desde hace varias décadas, diversos investigadores han conceptualizado la CS más allá del suicidio en sí mismo, en un intento de generar modelos de comprensión de este comportamiento para intervenir y prevenirlo. Así se concibe la CS como un continuo que va desde el pensamiento suicida, con diversos grados de intensidad (desde ideas vagas a planes y preparativos), pasando por el IAE y el parasuicidio, hasta el suicidio consumado.^{15, 16} Tanto la ideación suicida (IS) como el IAE son considerados predictores, lo que tiene valor desde un enfoque de prevención. Así, quien ha intentado quitarse la vida tiene 40 veces más probabilidades de suicidarse.^{17, 18} Ambos predictores por sí solos no son suficientes, por lo que es difícil establecer qué personas con IS pasarán a la conducta y eventualmente se quitarán la vida. En consecuencia, se ha intentado identificar otros factores que puedan, a su vez, ser facilitadores de estos predictores (factores de riesgo-FR). En esta línea, los estudios indican que, si bien el suicidio puede suceder en cualquier familia o grupo social, en los adolescentes y adultos mayores los motivos son principalmente del orden de los problemas interpersonales.^{19, 20} El papel que puedan jugar distintos sectores de la sociedad en la anticipación y abordaje de estos FR es fundamental desde una perspectiva preventiva. Varios de los problemas que representan una posible amenaza y que serían facilitadores de las CS pueden reducirse si se planifica su prevención o control.

Uno de los aspectos centrales en la contribución a la investigación sobre la prevención del suicidio es la identificación de obstáculos, dificultades y experiencias positivas a nivel de diversos sectores clave.^{4, 21-25} Existen barreras conceptuales, culturales e institucionales que dificultan el abordaje de la CS y que es necesario reconocer y tomar en cuenta, ya que pueden interferir con las acciones y esfuerzos hacia la prevención del problema y conducir al fracaso de los intentos de mejora.

Entre los sectores claves se encuentran las puertas de emergencia del sector salud, pues, como señalan Larkin y Beautrais,²⁶ una gran cantidad de «endofenotipos» de riesgo suicida convergen en el entorno de la Emergencia, haciendo que este sea un punto de contacto «por defecto» con el sistema de salud. Dichos autores destacan que la Emergencia es una especie de puerta giratoria por la que los pacientes con CS salen y vuelven a entrar al sistema de salud. En esta misma línea la Junta Americana de Medicina de Urgencias identifica el «riesgo suicida» como uno de los indicadores fundamentales y básicos a ser evaluados en y por la medicina de emergencia. Sin embargo, este no se encuentra catalogado como uno de los procedimientos básicos o habilidades integrales en la práctica asistencial en las puertas de emergencia. También se resalta que son reducidas las situaciones en las cuales el personal de dichas áreas participa en cursos de educación y formación sobre prevención de suicidio y suicidios. Se estima que son escasos los cursos diseñados específicamente para este tipo de personal; estos deberían tener una organización bien estructurada, estar basados en casos clínicos específicos cercanos a la experiencia de las puertas de emergencia y no ser talleres de tiempo prolongado.²⁷ Este conjunto de factores atenta contra las posibilidades de una adecuada identificación de los casos y su posterior seguimiento, así como en el registro de información de calidad. Más aun, interfieren en la anticipación de la CS.

Basados en el conjunto de evidencias que posiciona a la CS y el suicidio como problemas prioritarios de salud, la Organización Panamericana de la Salud ha incrementado los esfuerzos por abordar apropiadamente este problema, incluyendo en su último Plan Estratégico 2014-2017 al suicidio como uno de los indicadores de impacto a evaluar en la Región de las Américas, destacando que: «Resultaría muy positivo que, como parte de la evaluación de los sistemas de salud mental en los países, se recolecte y analice la información disponible en términos del marco legal existente, así como de la disponibilidad de

programas, servicios y recursos para prevenir y atender adecuadamente la problemática de la conducta suicida».²⁸

Este trabajo profundiza en estos aspectos, en consonancia con las evidencias revisadas anteriormente y las recomendaciones internacionales. Importa destacar que existe el mito de que difundir o hablar sobre suicidio, IAE y la IS favorece dichas conductas. Sin embargo, se identificaron 13 artículos publicados entre los años 2001 y 2013 que realizan un examen exhaustivo acerca de si preguntar sobre el suicidio induce a la ideación de este, tanto en población adolescente como adulta y en población de riesgo. En ellos no se encontraron diferencias significativas en relación con el incremento de pensamientos o ideas suicidas. Por el contrario, se vio que interrogar contribuye a la prevención.²⁹⁻⁴¹ Aportar conocimiento teniendo en cuenta la propia perspectiva de actores claves en el tema es una forma de contribuir a la identificación de alternativas preventivas exitosas.

Material y método

Se realizó un análisis retrospectivo de datos de registro de estructuras asistenciales a nivel nacional y un estudio de carácter descriptivo transversal de características de los recursos humanos de las emergencias incluidas.

La selección de estructuras asistenciales se basó en el Sistema de Información y Registros de las puertas de emergencia de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), sean estas hospitales generales (HG) o Centros de Salud (CDS). La presencia y modo de registro se caracterizaron como altamente heterogéneos en el interior de ASSE. Esta heterogeneidad se localizó en diferentes niveles (capital-interior, centro de salud-hospitales, primer nivel-segundo nivel, políticas específicas de registro-sin políticas específicas). Esta situación introdujo elementos singulares, desde el punto de vista informático, sobre la validez y confiabilidad de la medición o del registro, así

como de las personas encargadas de completar las fichas. Sobre la base de este diagnóstico se decidió seleccionar aquellas estructuras asistenciales que presentaban historia clínica informatizada, y se trabajó finalmente con emergencias de 4 hospitales (1 en capital: Hospital Maciel, 1 en zona metropolitana: Las Piedras y 2 en el interior del país: Salto y Paysandú) y 2 centros de salud de la Red de Atención Primaria en Montevideo (RAP-ASSE) (CDS Cerro y Jardines del Hipódromo).

Para la recolección de datos se empleó:

1. *Fichas de emergencia* (N=211.389 de todo el año 2012, proporcionadas por ASSE) que fueron sistematizadas en una base de datos para su posterior procesamiento. Dado que los sistemas de registros de las puertas de emergencia de la Red Asistencial de ASSE, sean estos en el primer o segundo nivel de atención, no son homogéneos, se debió realizar un recorte de algunos indicadores/variables de los datos suministrados con el fin de homogeneizarlos. Las variables contempladas fueron: fecha de consulta, datos filiatorios del paciente (edad y sexo, departamento de procedencia), número de consultas durante el 2012 (primera vez o reconsulta), motivo de consulta, diagnóstico médico según sistema de clasificación de ASSE y forma de resolución del caso.

A partir de la confección de la base de datos, se creó una nueva variable para tipificar cada consulta según su origen. Para ello se identificó como «caso» de IAE diagnosticado por médico aquel en el que se registraba específicamente la presencia de IAE, ya sea en la variable «motivo de consulta» o en la de «diagnóstico». Se estableció una categoría de «problemas asociados a IAE» o «equivalentes suicidas» para referirse a aquellos casos en que el diagnóstico registrado por el médico correspondía a problemas de salud que pudieran ser factores de riesgo o enmascarar una conducta suicida (politraumatismos, intoxicación o abuso de sustancias —alcohol, medicamentos, pasta base, marihuana—, cortes/heridas, violencia doméstica, constatación de lesiones, crisis de pánico, angustia, ansiedad, traumatismos por siniestros de tránsito). Se

trata de una categoría muy abarcativa, pero que sigue los criterios utilizados en la bibliografía internacional. Se construyó una tercera categoría denominada «diagnóstico de IAE por equipo de investigación» correspondiente en su mayoría a consultas que fueron originalmente categorizadas como diagnósticos asociados a IAE, pero que, al ser revisado detalladamente el motivo de consulta, fueron reclasificadas como presumible IAE por el riesgo potencial de daño severo que dicha conducta pudiera haber ocasionado. Algunos de los registros de estos casos fueron: «tomó pastillas para dormir», «tomó veneno de ratas», «abuso de fármacos -se tomó un blíster de diazepam», «abuso de fármacos -tomó lavandina», «empastillada -cortes en MM. SS.», «heridas autoinfligidas», «herida autoinfligida -ideas de muerte -paciente lisiado y huérfano», etc. Aquellas consultas correspondientes a otros problemas de salud no incluidos en las categorías anteriores fueron tipificadas como «otros problemas médicos».

2. *Formulario autoadministrado*, de recolección de datos sociodemográficos básicos (educación, nivel de formación, cursos realizados en la materia, creencias religiosas, etc.) de los RR. HH. que trabajaban en las puertas de emergencia de los servicios seleccionados. Es importante destacar que los formularios fueron suministrados por los integrantes del equipo de investigación, lo que significó cubrir el régimen horario de los funcionarios, es decir, los 4 turnos de guardia (jornadas de 24-36 horas de trabajo).

Se confeccionó un consentimiento informado que se entregó a cada uno de los participantes, el cual fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina-Udelar.

Resultados

A continuación se destacan las características relevadas del personal de las puertas de emergencia y los hallazgos en las particularidades del registro acerca de la CS que se detectaron en las fichas de las emergencias.

Perfil, formación y experiencia previa del personal de las puertas de emergencia en relación a CS

En la tabla 1 se resumen las principales características estudiadas de los RR. HH. Participaron en la investigación un total de 73 profesionales de la salud de puertas de emergencia de los servicios seleccionados, con variada formación (médicos generales y especialistas, licenciados en Enfermería, auxiliares de Enfermería e internos). Igualmente participaron auxiliares de servicio y administrativos, quienes fueron incluidos en el relevamiento por estar involucrados en la atención de los pacientes y familiares.

La mayoría de los participantes fueron mujeres; la cuarta parte procedió de instituciones de Montevideo y el resto del interior del país. Se debe destacar que no se trata de una muestra representativa del total de recursos de emergencia en los centros incluidos, sino de aquellos que estuvieron en condiciones de participar y aceptaron hacerlo en los días y horas en que el equipo de investigación estuvo presente. De todos modos, las características encontradas son una aproximación inicial, en ausencia de otros datos nacionales y se corresponden con los hallados en otros estudios internacionales.

En relación con la formación específica en la temática (suicidio e IAE), solo cerca del 10 % manifestó haber realizado algún curso sobre esta problemática, en su mayoría de corta duración y en instituciones públicas. Más de la mitad de los cursos fueron hechos en el año previo a la investigación.

Con respecto a su exposición previa a situaciones de CS, cerca del 90 % de los participantes declaró haber presenciado situaciones de riesgo suicida en algún paciente (presencia de ideas suicidas o IAE) en los últimos 12 meses. De ellos, cerca de 30 % declaró haber encontrado obstáculos en el abordaje de dichos casos.

Dado que en la literatura se plantea que las creencias religiosas influyen en la forma en

Tabla 1 | Características demográficas y profesionales de los entrevistados

	n	%
Sexo		
Masculino	22	30
Femenino	51	70
Procedencia		
Montevideo	18	25
Interior	55	75
Edad		
Mín. 22/ máx. 62/ X= 41 años \pm 10		
Profesión		
MÉDICO	32	44
AUXILIAR ENFERMERÍA	21	29
LIC. ENFERMERÍA	10	13
ESTUDIANTE/PRACTICANTE MEDICINA	5	7
OTROS (AUXILIAR SERVICIO, ADMINISTRATIVO)	5	7
Procedencia		
Montevideo	18	25
Interior	55	75
Cursos en la temática		
No	66	90,4
Sí	7	9,6
Instituciones donde lo hicieron		
Pública	6	86
Privada	1	14
Duración (h/sem)		
Menos de 3 horas	3	43
De 3 a 10 horas	2	28,5
Más de 10 horas	2	28,5
Momento de realización del curso		
En el último año	4	57
Hace más de un año	3	43
Contacto previo con conductas suicidas		
No	10	13,7
Sí	63	86,3
Encontró obstáculos en los casos de IAE		
Sí	18	28
No	45	71

Fuente: Elaboración propia del equipo de investigación

que se significa y se actúa frente a la muerte y el suicidio, se caracterizó a los profesionales según su religiosidad (tabla 2). Más de la mitad (58 %) de los participantes manifestaron afirmativamente su adhesión a una creencia religiosa. De estos se destaca el catolicismo (83 %), seguido de evangelistas y cristianos. En cuanto a la percepción sobre la propia religiosidad, 12 % se definió ateo; 59 %, como persona religiosa; 29 %, como persona no religiosa, y 4 participantes no respondieron. En cuanto a la importancia de Dios en la vida personal, empleando una escala de 1 a 10, el 46 % declaró que es muy importante, en el otro extremo se ubicó un 16 % y 38 % se ubicó en un nivel intermedio. Es trascendente resaltar que en el interior del país se encuentra el mayor porcentaje de respuestas afirmativas sobre la religiosidad, tanto en confesión religiosa como en la importancia de Dios y definirse como una persona religiosa.

Caracterización del registro de IAE de adolescentes y jóvenes en puertas de emergencia

a) Características de las consultas de población general

Considerando los datos surgidos de las fichas provenientes de las puertas de emergencia del año 2012, se trabajó sobre un total de 211.389 consultas, de las cuales 31,4 % pertenecen a servicios de emergencias de Centros de Salud (CDS) y cerca del 70 % a las de hospitales generales (HG) (tabla 3).

Tabla 3 | Distribución de consultas en Emergencia según tipo de centro asistencial (2012)

Tipo de Centro	n	Porcentaje
Centros de Salud	66425	31,4
Hospital general	144964	68,6
Total	211389	100,0

Fuente:
Elaboración propia del equipo de investigación

Tabla 2 | Distribución de frecuencia de adhesión a creencias religiosas y religiosidad

	n	%
Religión		
No	31	42.5
Católica	35	48
Cristiana	3	4.1
Evangélica	4	5.5
Percepción de religiosidad		
No es una persona religiosa	21	28.8
Es ateo	9	12.3
Es una persona religiosa	43	58.9
Importancia de Dios en la vida (1 a 10)		
1 a 3	11	16
4 a 7	29	38
8 a 10	32	46

Fuente: Elaboración propia del equipo de investigación

Se destaca un predominio de consultas realizadas por mujeres en relación con los hombres (56 % y 44 %, respectivamente), lo que se mantiene tanto en Montevideo como en el interior del país (tabla 4).

Si se observan las consultas por franja etaria, estas se concentran en aquella que comprende a pacientes entre 14 y 24 años de edad (22,5 %), siendo similar el comportamiento en Montevideo e interior (tabla 5).

Tabla 4 | Distribución de consultas en emergencias según región y sexo (2012)

		Región		Total
		Montevideo	Interior	
Sexo	Masculino	36448	55940	92388
		43,9 %	43,6 %	43,7 %
	Femenino	46515	72279	118794
		56,1 %	56,4 %	56,3 %
Total	82963	128219	211182	
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación (sin dato 207 personas).

Tabla 5 | Distribución de consultas en emergencias según franja etaria y región (2012)

	Región		Total
	Montevideo	Interior	
Hasta 5 años	13082 15,8 %	18507 14,4 %	31589 15,0 %
de 6 a 13 años	7119 8,6 %	12778 10,0 %	19897 9,4 %
de 14 a 24 años	17970 21,7 %	29515 23,0 %	47485* 22,5 %
de 25 a 35 años	13543 16,3 %	20962 16,4 %	34505 16,3 %
de 36 a 45 años	8932 10,8 %	13871 10,8 %	22803 10,8 %
de 46 a 60 años	11449 13,8 %	16202 12,6 %	27651 13,1 %
61 a 75 años	7883 9,5 %	10515 8,2 %	18398 8,7 %
de 76 y más	3022 3,6 %	5810 4,5 %	8832 4,2 %
TOTAL	83000 100,0 %	128160 100,0 %	211160** 100,0 %

Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación.

* Sin datos 2 casos

** Sin datos 229 casos

b) Características de las consultas de los adolescentes y jóvenes en las emergencias

Si el foco se pone en las características de las consultas del tramo comprendido entre 14 y 24 años, se observa que de 211.389 consultas 47.487 corresponden a dicha franja, siendo 58,4 % del sexo femenino y 41,4 % del masculino. El mayor número de consultas pertenece al Hospital de Salto; el Hospital Maciel es la única estructura en la que las consultas masculinas superan a las femeninas (tabla 6).

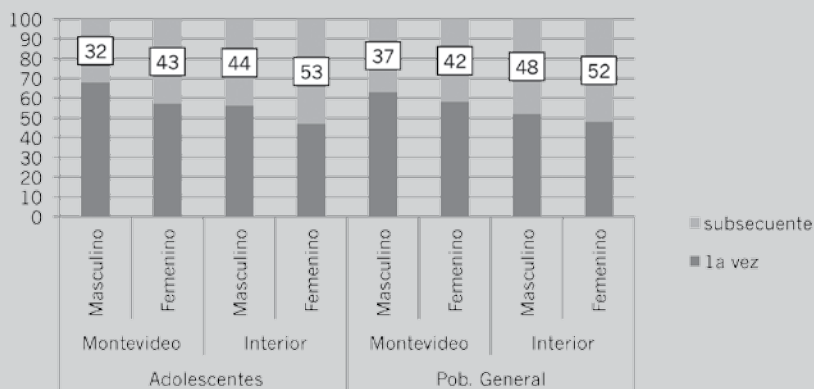
Al desagregar los datos de adolescentes según región, sexo y número de consulta (primera vez o subsecuente), se destaca que el comportamiento es similar al de la población general (gráfico 1). En Montevideo las consultas de 1.^a vez superan ampliamente a las subsecuentes, tanto en mujeres como en hombres, aunque en estos últimos las diferencias de frecuencias entre ambos tipos de consultas son mayores (68 % vs 32 % en hombres y 57 % vs 43 % en mujeres). En el interior, en cambio, las consultas de primera vez siguen siendo

Tabla 6 | Distribución de consultas de adolescentes y jóvenes en emergencias (2012) según sexo e institución (N=47.487)

		Centro							Total
		Sin dato	CDS Cerro	H. Las Piedras	H. Maciel	CDS Jardines	H. Paysandú	H. Salto	
Sin dato	n	2	5	1	0	0	0	67	75
	% Centro	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.2
Femenino	n	0	6885	6106	1143	2667	1997	8947	27745
	% Centro	0.0	61.9	62.3	43.8	63.0	56.8	55.2	58.4
Masculino	n	0	4235	3687	1468	1567	1520	7190	19667
	% Centro	0.0	38.1	37.6	56.2	37.0	43.2	44.4	41.4
Total	n	2	11125	9794	2611	4234	3517	16204	47487
	%	0.0	23.4	20.6	5.5	8.9	7.4	34.1	100
	% Centro	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación.

Gráfico 1 | Distribución de consultas según región, sexo y número de consultas en adolescentes (N=47487) y población general (N=211389). Año 2012



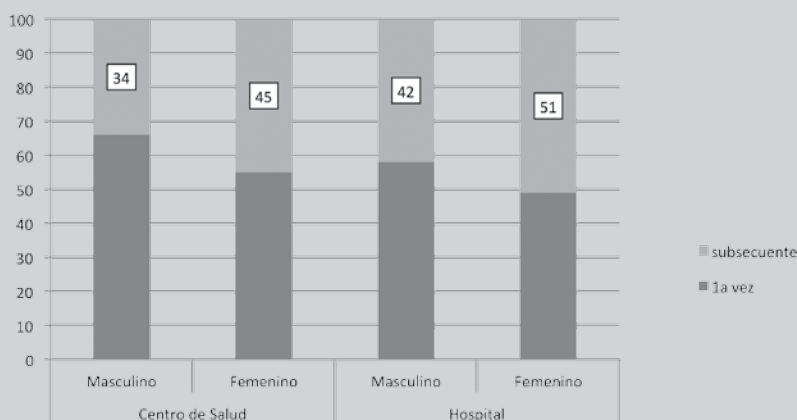
Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación.

más frecuentes que las subsecuentes en los hombres (56 % vs 44 %), pero esta relación se invierte en el caso de las mujeres, con un predominio de las consultas subsecuentes (47 % vs 53 %). Un comportamiento similar se observa cuando se analizan los tipos de consulta según centro asistencial (CDS u HG) y sexo, siendo la frecuencia de consulta de primera vez superior a la de subsecuentes con excepción de las consultas de mujeres en emergencias hospitalarias, donde la relación se invierte (gráfico 2).

c) Caracterización del registro de IAE en adolescentes y jóvenes en puertas de emergencia

En el gráfico 3 se presenta la distribución de las consultas de adolescentes y jóvenes en el marco del total de consultas de la población general en servicios de emergencias, las que se desagregan según criterios de reclasificación diagnóstica establecidos para este estudio. Estos datos se complementan con los presentados en la tabla 7.

Gráfico 2 | Distribución de consultas adolescentes según tipo de institución asistencial, sexo y número de consulta 2012 (N=47487)



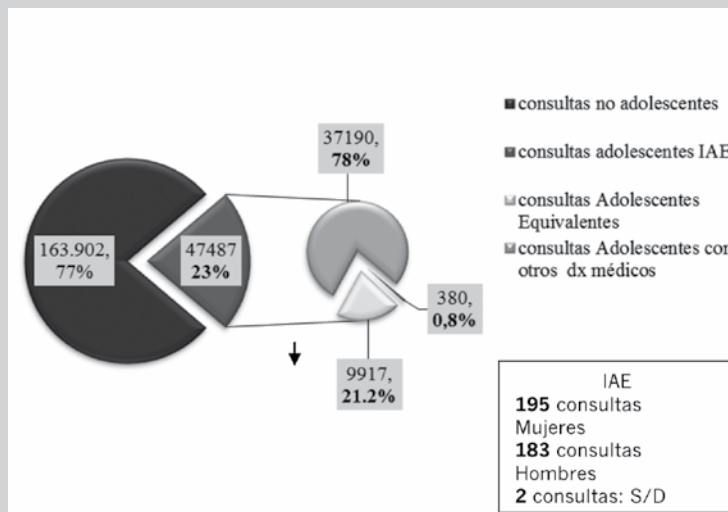
Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación.

Tabla 7 | Distribución de consultas según tipo de diagnóstico y sexo. Año 2012 (N=47487)

	n	s/d	Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
IAE diagnóstico por médico	2	2,7 %	141	119	262
			,5 %	,6 %	,6 %
IAE diagnóstico por equipo investigación	0	0,0 %	54	64	118
			0,2 %	0,3 %	0,2 %
Problemas asociados a IAE	45	60,0 %	2977	6895	9917
			10,7 %	35,1 %	20,9 %
Otros diagnósticos médicos	28	37,3 %	24573	12589	37190
			88,6 %	64,0 %	78,3 %
TOTAL	75	100,0 %	27745	19667	47487
			100,0 %	100,0 %	100,0 %

Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación.

Gráfico 3 | Frecuencia de consulta de adolescentes y jóvenes (14 y 24 años) en emergencias según diagnóstico y sexo (2012) (N=211.389)



Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación.

El total de consultas en adolescentes y jóvenes fue de 47.487, de las cuales 380 (0,8 %) corresponden a consultas clasificadas como IAE: 262 (0,6 %) fueron consultas por IAE diagnosticadas por los médicos y 118 (0,2 %) incluyen lesiones autoinfligidas consideradas como «presumibles IAE» por el equipo de investigación a partir de los datos registrados en la ficha, pero que no fueron específicamente diagnosticadas como tales por el médico. Otras 9.917 consultas (21 %) obtuvieron una clasificación de «problemas asociados a IAE», es decir, que corresponden a problemas de salud que pudieran estar asociados o enmascarar una conducta suicida. El resto de las consultas (37.190=78 %) corresponde a

otros diagnósticos médicos. Si bien las mujeres tienen una frecuencia absoluta de consultas levemente mayor, el porcentaje de consultas por IAE (sea con diagnóstico médico o deducido por el equipo) en el total de consultas masculinas (0,9 %) es ligeramente mayor que en las mujeres (0,7 %) (tabla 7).

Cuando se analizan los casos identificados como «presumibles IAE» por el equipo de investigación, se observa que la mayoría fueron diagnosticados por médico como abuso de medicamentos o psicofármacos (67 %), seguido por lesiones autoinfligidas (12 %), ingesta de cuerpo extraño (13 %) y presencia de ideación suicida en el momento de la consulta (8 %) (tabla 8).

Tabla 8 | Distribución de motivo de consulta registrado en fichas de emergencia en los casos diagnosticados como «presumibles IAE» por el equipo de investigación (n=118)

Motivos de consulta registrados	n	%
Intoxicación psicofármacos/abuso de fármacos	79	67
Lesiones/cortes autoinfligidos	14	12
Ingesta cuerpo extraño	15	13
Trastorno psiquiátrico/ideas de muerte	10	8
Total	118	100

Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación.

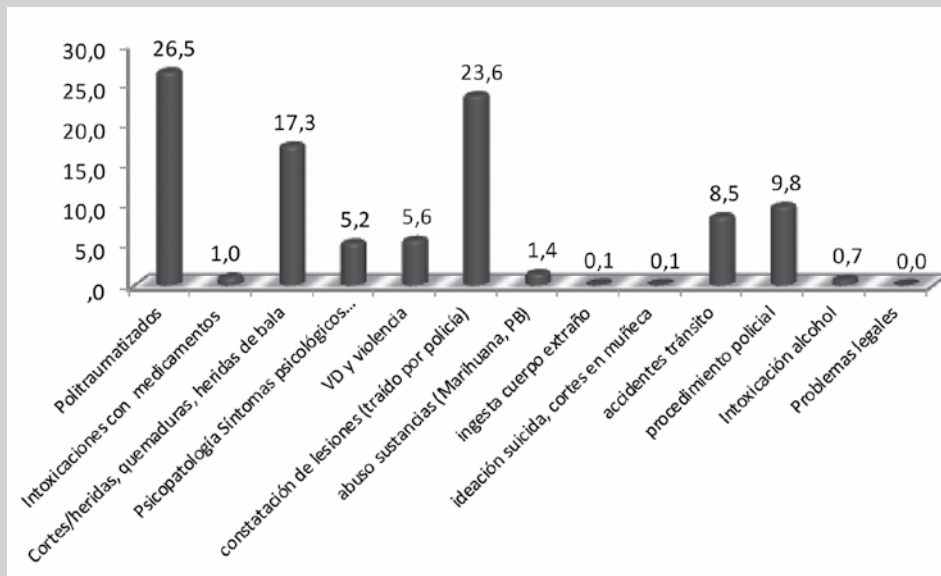
Al desagregar los diagnósticos categorizados como «problemas asociados a IAE», se destacan los politraumatizados (26,5 %), seguidos por la constatación de lesiones (23,6 %) y en tercer lugar los cortes/heridas (17,3 %) (gráfico 4).

A través del análisis realizado se observó heterogeneidad en el tipo de registro de acuerdo con el criterio establecido por ASSE (CIAP-2, que corresponde al manual internacional de clasificación CIE-10). Esto significa que para un mismo diagnóstico se observaron diferentes formas de registro. A modo de ejemplo se menciona el *accidente de tránsito*, que también aparece registrado como caída de moto; consulta/problema iniciado terceros/caída de moto; dolor generalizado múltiple accidente de tránsito o moto; fiebre accidente de moto; otras derivaciones no especificadas accidente de moto o tránsito; otra fracturas caída de moto; otras razones de consulta accidente de tránsito; otros traumatismos craneales caída de moto; policial por accidente de tránsito; politraumatizada accidente de tránsito; siniestro de tránsito; traída por EMI accidente

de tránsito; traumatismo por accidente de tránsito y traumatismos lesiones múltiples por accidente de moto, etc. En suma: *una misma consulta* realizada por «accidente de tránsito» presenta 18 tipos de registro diferentes en la base de datos de ASSE.

Cuando en lugar de considerar el total de consultas realizadas se toma en cuenta el total de adolescentes y jóvenes que consultaron, la muestra pasa a estar integrada por 26.176 personas, lo que significa un promedio de cerca de dos consultas por persona. Del total de adolescentes y jóvenes, 283 (algo más del 1 %) han asistido a la emergencia una o más veces y se ha consignado en alguna ocasión un diagnóstico de IAE establecido por el médico o deducido por el equipo de investigación; 23 % ha recibido alguna vez un diagnóstico equivalente o asociado a CS, pero nunca un diagnóstico de IAE, y el 76 % restante ha recibido otros diagnósticos médicos. Cuando se analizan los diagnósticos recibidos según sexo y región, se observa que los de IAE son similares en Montevideo e interior, tanto

Gráfico 4 | Distribución de diagnósticos de «problemas asociados a IAE» de adolescentes y jóvenes (14 y 24 años) (2012)



Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación.

en hombres como en mujeres. Los hombres presentan más diagnósticos de «problemas asociados a IAE» con respecto a las mujeres, tanto en Montevideo como en el interior (36,4 % vs 12,4 %), lo que es explicable por el tipo de lesiones o daños que se incluyen en este grupo, que en general suelen afectar más al género masculino (tabla 9).

Cuando se analizan los diagnósticos recibidos por los adolescentes y jóvenes según el tipo de centro asistencial en el que se

ubique el servicio de emergencia, no se observan grandes diferencias, aunque el porcentaje de adolescentes con diagnóstico de IAE (sumados los establecidos por médico y los deducidos por el equipo) es ligeramente mayor en HG que en emergencias de CDS (1,1 % vs 0,9 %, respectivamente). El mismo fenómeno se observa en el grupo de adolescentes que recibió diagnósticos asociados o de «problemas asociados a IAE» (tabla 10).

Tabla 9 | Distribución de adolescentes y jóvenes según tipo de diagnóstico, región y sexo (2012) (N=26.176)

		Total	s/d	Femenino			Masculino			
					Región		Total	Región		Total
					Interior	Montevideo		Interior	Montevideo	
Diag. IAE por médico	n %	230 0,9	1	56 1.1	69 0.8	125 0,9	46 1.0	58 0.8	104 0,9	
Diag. IAE por equipo	n %	53 0.2	0	10 0.2	20 0.2	30 0,2	13 0.3	10 0.1	23 0,2	
Diag. asociados	n %	6135 23.4	35	658 12.8	1106 12.2	1764 12,4	1782 37.7	2554 35.6	4336 36,4	
Otros diag. médicos	n %	19758 75.5	14	4419 85.9	7877 86.8	12296 86,5	2886 61.1	4562 63.5	7448 62,5	
Total	n %	26176 100	50 0,2	5143 100	9072 100	14215 54,3	4727 100	7184 100	11911 45,5	

Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación

Tabla 10. Distribución de adolescentes según tipo de diagnóstico recibido y tipo de institución (N=26.177)

Tipo de diagnóstico		Tipo de Centro	
		Hospital general %	Centro de Salud %
IAE diagnóstico médico	n	174	76
	%	0,9	0,8
IAE diagnóstico por equipo	n	42	11
	%	0,2	0,1
Problemas asociados a IAE	n	4190	1945
	%	24,6	21,3
Otros diagnósticos médicos	n	12670	7088
	%	74,2	77,7

Fuente: ASSE 2013. Elaboración propia del equipo de investigación.

En cuanto a la distribución de las consultas diagnosticadas como IAE por médico según estructura sanitaria, se destaca mayor número en un hospital en el interior (Hospital Salto, 38 %) seguido por uno de los Centros de Salud en Montevideo (CDS Cerro, 22 %) (gráfico 5).

La mayoría de los pacientes diagnosticados como CS han tenido más de una consulta en Emergencia durante 2012, y alcanzan el 63 % los que han acudido a 2 o más consultas en el plazo de un año. El rango de número de consultas en estos pacientes con IAE es de 1 a 32 consultas (gráfico 6).

Gráfico 5 | Distribución de consultas en emergencias de adolescentes y jóvenes (14 y 24 años) diagnosticadas como IAE según servicio asistencial (2012)

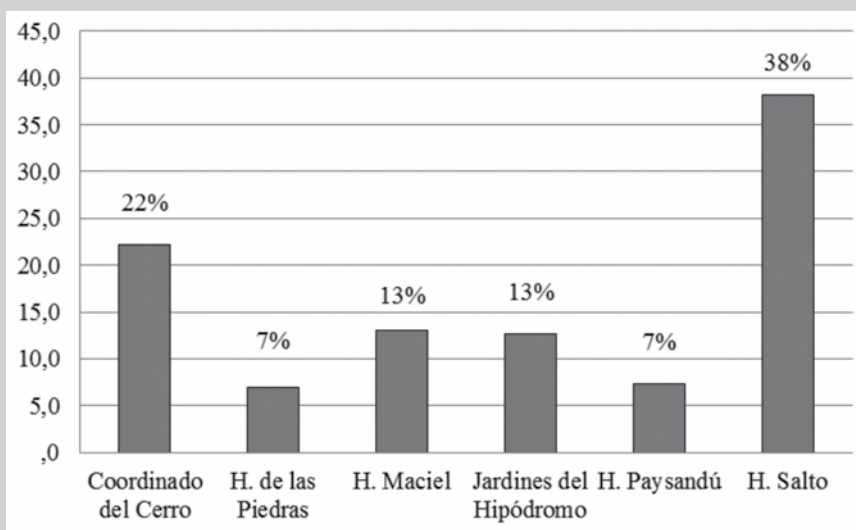
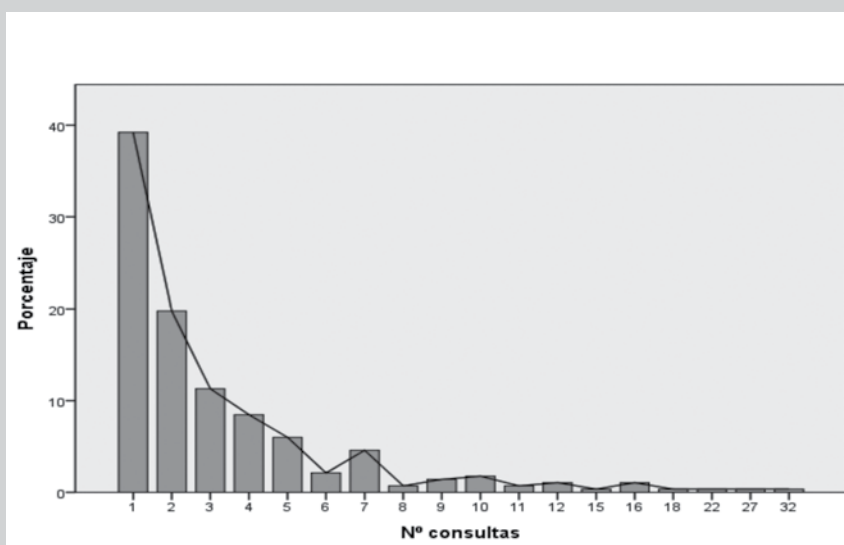


Gráfico 6 | Distribución de frecuencias de consultas en adolescentes y jóvenes usuarios de emergencias diagnosticados como IAE (N=26.176)



Discusión

Los departamentos de Emergencia son proveedores de servicio por defecto de pacientes con riesgo duradero y elevado de CS, lo que crea grandes oportunidades para la vigilancia, *screening*, intervenciones breves y referencia, fomento de la adherencia y viabilización del seguimiento. Los altos índices de deserción y la escasa asistencia inicial al postratamiento luego de un IAE sugieren que las emergencias constituyen un eslabón vital en la cadena de la supervivencia de los pacientes suicidas, pudiendo constituirse en ocasiones en el único acceso de estos a la atención.⁴² Sin embargo, faltan intervenciones costo efectivas que puedan ser iniciadas en la emergencia para mejorar la transición hacia el manejo externo del paciente. Los datos relevados en este estudio reafirman la idea de que la emergencia es una puerta importante de contacto de los adolescentes y jóvenes con el sistema de salud, no siempre por problemas graves, lo que ha sido resaltado por diversos autores.⁴³ Al respecto se ha señalado una tendencia a la utilización del Servicio de Urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes, lo cual podría aplicarse a muchas de las consultas en este sector.⁴⁴⁻⁴⁷

Con relación al perfil de los recursos humanos de los servicios de emergencia estudiados se destaca que es variado en cuanto a procedencia profesional, creencias religiosas, experiencia previa con casos con esta problemática y formación específica en la temática. Este último elemento, que aparece como insuficiente en este estudio (solo 10 % ha hecho cursos), verificaría lo planteado por la Junta Americana de Medicina de Urgencias, que identifica el riesgo suicida como uno de los factores a ser evaluado por la medicina de emergencia, pero a la vez señala que la participación de dicho personal en cursos de educación y formación sobre prevención de suicidio y suicidios es escasa.

A diferencia de lo señalado en la literatura,⁴⁸ que indica un claro predominio del IAE en las mujeres, en este estudio se observó una paridad en la frecuencia de consultas por este motivo (cerca de 10 consultas por IAE diagnosticados por médico o presumible IAE por cada 1000 consultas de adolescentes y jóvenes en emergencias en ambos sexos). Las hipótesis que se consideraron en relación con este hallazgo son variadas. Es posible que muchos IAE de adolescentes mujeres sean por ingesta de fármacos o lesiones autoinfligidas, y no lleguen a las emergencias por tener una repercusión física de bajo riesgo. Y que los IAE de hombres tengan consecuencias médicas más severas que generan derivación a estos servicios. Correspondería evaluar si esta paridad es una característica de la CS en adolescentes a confirmar en futuros estudios. También podría pensarse que muchas de las consultas que llegaron a la Emergencia y fueron diagnosticadas como abuso de medicamentos en mujeres correspondan o enmascaren un IAE subvalorado.

En el año 2012 se registraron en Uruguay 1217 episodios de IAE.

De los hallazgos presentados, llama la atención el bajo número de registros de diagnósticos de IAE y el elevado número de registros de problemas asociados a IAE, pudiendo hipotetizarse que bajo muchos de los diagnósticos asociados pudiera enmascarse una conducta suicida. Este hallazgo es consistente con lo planteado por Wasserman,²⁵ quien señala que la confiabilidad y validez de los datos reportados puede presentar sesgos debido a factores culturales, religiosos y estigmatización de aquellas personas que se suicidan (o lo intentan). Bajo estas influencias, la determinación de la intención dentro de la categorización de suicidio se verá afectada por factores legales que se suman a los mencionados anteriormente, lo que lleva a que muchas veces los actos suicidas sean clasificados como muertes (o lesiones) de intención no determinada,^{21, 24} hecho que en el presente estudio se verificó en la necesidad de reclasificar algunos casos como presumi- bles IAE. Igualmente se ha señalado que, en

muchos eventos, al realizar el diagnóstico se tiende a colocar otro menos duro emocionalmente, pero luego de estudiado y analizado el caso tampoco se cambia este diagnóstico en el momento del egreso.⁴⁹ Este panorama lleva a plantear que las tasas reportadas por CS pueden estar subestimadas⁵⁰ y representan apenas la parte visible de un iceberg.

En el trabajo se constató la dificultad en el registro de casos y se observó heterogeneidad, de acuerdo con el criterio establecido por ASSE (Clasificación Internacional de Atención Primaria 2 —CIAP-2— que corresponde a la clasificación CIE-10). Como se mencionó anteriormente, para un mismo diagnóstico se observaron diferentes formas de registrarlo, lo que dificulta el proceso de construcción de datos que, al mismo tiempo, sean útiles para el seguimiento del paciente y provean información de calidad a las estadísticas nacionales. Las explicaciones pueden ser variadas, destacándose, por ejemplo: a) la diversidad de especialidades que trabajan en las emergencias (no habiendo una homogeneización en la formación de estas en relación con el tema abordado); b) la procedencia geográfica de los recursos humanos y sus creencias religiosas (mayoritariamente del interior con altos niveles de religiosidad declarados); c) baja formación específica en cuanto a la problemática de la CS, lo que llevaría a pensar que los conocimientos adquiridos durante la formación de grado, en cuanto a detectar problemas asociados a los IAE, no son suficientes para identificar los FR para la CS, entendida como proceso que puede ir desde ideas, pasando por intentos de suicidio hasta llegar a su consumación. Otro elemento a tener en cuenta es que la valoración del riesgo suicida no se encuentra catalogada como uno de los procedimientos básicos o habilidades integrales en la práctica asistencial en las puertas de emergencia, como indica la bibliografía internacional.

Conclusiones

Este estudio muestra claramente que los servicios de emergencia estudiados reciben con alta frecuencia a adolescentes y jóvenes. De estos, aproximadamente 1 de cada 100 presenta una conducta suicida. Se ha señalado que las intervenciones con pacientes con CS en las emergencias pueden reducir la repetición y constituyen una forma de disminuir los costos de salud. Se trata de una oportunidad única, y por ende de una responsabilidad para involucrarlos e iniciar el tratamiento. Sin embargo, los datos obtenidos confirman que hay distintos factores, como la escasa capacitación específica y las creencias del personal, que obstaculizan una adecuada gestión, dificultan el registro y conducen a subestimar posibles casos de CS. Al mismo tiempo, el alto índice de consultas de adolescentes que durante los últimos doce meses recibió diagnóstico de IAE y tiene reiterados ingresos, reafirma la idea de que la emergencia es una puerta giratoria por la que esta población entra y sale múltiples veces, aunque no siempre sea por una lesión autoinfligida, sino por otros motivos. Los hallazgos de este estudio ponen de relieve la importancia de contar en estos ámbitos con información que permita conocer los antecedentes del paciente y reconocer su vulnerabilidad hacia la CS. En este sentido, disponer de fácil acceso a la historia clínica del paciente e incluir en esta el registro de su paso por la emergencia podría mejorar la capacidad diagnóstica y preventiva, especialmente cuando se trata de casos en los que el motivo de consulta pudiera corresponder a equivalentes suicidas o ser FR de CS.

La gran heterogeneidad de formas de consignar tanto el motivo de consulta como los diagnósticos y resolución de los casos, imposibilita contar con información de calidad al servicio de las políticas de prevención de la CS, lo que pone de relieve la necesidad de homogeneizar los procedimientos de registro. Es posible que la aplicación de la ficha de registro obligatorio (FRO) de IAE, implementada

por el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud a partir del año 2013, contribuya a este propósito.

De acuerdo con los resultados obtenidos se destaca la necesidad de dotar al personal de las puertas de emergencia con herramientas adecuadas que favorezcan la detección precoz y oportuna de la cs en adolescentes y jóvenes del país y su adecuado registro. Dichas capacitaciones deben de tener en cuenta las recomendaciones de organismos internacionales que apuntan a: 1) transferir conocimientos específicos sobre la materia y 2) revertir algunos conceptos que interfieren en la relación con el paciente. Con respecto a este último punto se destacan: a) los significados que subyacen al método elegido en un IAE son particulares, únicos y subjetivos y no siempre descifrables; b) se pone en juego la responsabilidad del médico y del enfermero, ya que el IAE puede comprometer la vida del paciente en igual medida que una patología orgánica; c) frente a un futuro intento exitoso, considerando las limitadas oportunidades de atención oportuna que el caso puede tener, la consulta en emergencia puede significar la posibilidad de evitar una muerte; d) el encuentro con el paciente no solo es posible y necesario a través de la curación o del cuidado de los síntomas orgánicos, sino que otras formas de vínculo y cuidado también habilitan ese reconocimiento de parte del paciente; e) contribuir a derribar la idea (a nivel de la cognición) de equivalencia entre la reincidencia de IAE y el «llamado de atención», que conduce a la subestimación del problema y a una actitud de rechazo.

Agradecimientos

A las autoridades de ASSE, la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, que respaldaron el presente estudio y especialmente a las direcciones de los Hospitales y Centros de Salud, así como a todos los profesionales y personal de las puertas de emergencia de

dichas instituciones que dedicaron tiempo y esfuerzo para que la investigación fuera realizada con éxito. También se agradece a la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) por la colaboración financiera al desarrollo del trabajo.

Referencias bibliográficas

1. **Giner L, Guija JA.** Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2014; 7:139-146. DOI: 10.1016/j.rpsmen.2014.06.004
2. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OPS, 2014:11.
3. **Xifró A, Barbería E, Martín-Fumadó C.** Importancia de las fuentes médico-forenses en las estadísticas de mortalidad por suicidio. *Rev Esp Med Legal* 2013; 39:122-123.
4. **Dávila Cervantes CA, Ochoa Torres MP, Casique Rodríguez I.** Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México, 2000-2012. *Salud Colectiva* 2015; 11(4):471-484. DOI:10.18294/sc.2015.784
5. **Bernadá M, Alessandrini D, Gallego R y cols.** Lesiones graves y fatales en niños y adolescentes uruguayos secundarias a siniestros de tránsito por motos: estudio epidemiológico. *Arch Pediatr Urug* 2013; 84(2):91-100.
6. **Grunbaum S, Graña S.** Intentos de autoeliminación. En: Grunbaum, S (coord.). *Adolescencias: un mundo de preguntas II. Encuesta Mundial de Salud Adolescente*, GSHS; 2012, Uruguay, pp. 89-102. OPS, OMS, GSHS, CDC. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/publicacion/C3%B3n/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii>>

- encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012>. (Consulta:12 de set. 2015)
7. **Pandolfo S, Vázquez M, Más M, Vomerero A, Aguilar A, Bello O.** Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(1):18-23.
 8. **Larrobla C, Canetti A.** Sociocultural representation about suicide attempts in adolescents: a students and educators vision (CD-ROM). Buenos Aires, Argentina. MCI Organizing Secretariat, Buenos Aires Capital Nacional del Libro 2011. 15th World Congress of Psychiatry, World Psychiatric 2011: Our Heritage and our future. 18-22 September, 2011, Buenos Aires, Argentina. Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center.
 9. **Martínez Schiavo A, Goyeneche N, Kehyaian V, Lungo G.** El intento de autoeliminación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Revista de APPIA* 2009; 18(2):92-98.
 10. **Sukiennik PB.** O aluno problema, 2ª ed. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000. 450pp.
 11. **Brooks-Gunn J, Graber JA, Paikoff RL.** Studying links between hormones and negative affect: models and measures. *Journal of Research on Adolescence* 1994; 4(4):469-486.
 12. **Aramini, M.** Introducción a la bioética. 1.ª ed. Bogotá-Colombia: Giuffrè Editore; 2007. 546pp.
 13. **Chinchilla Moreno, A.** La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008, 416pp.
 14. **Kovács, MJ.** Comportamientos auto-destrutivos e o suicídio. En: *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo Editora; 2002. 171pp.
 15. **Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brener ND.** Suicide ideation among US college students: associations with other injury risk behaviors. *J Am Coll Health* 2000; 48(5):229-233.
 16. **Flechner S.** Psicoanálisis y cultura: la clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo: ¿un nuevo desafío? *Revista Latino-Americana de Psicanálise* 2000; 4:467-482.
 17. **Shaffer D.** The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. *J Clin Psychiatry* 1988; 49:36-41.
 18. **Manson SM, Beals J, Dick RW, Duclos C.** Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school. *Public Health Rep* 1989; 104(6):609-614.
 19. **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: la situación epidemiológica actual. *Rev Med Urug* 2001; 17:24-32.
 20. **Rodríguez Almada H, García Maggi I, Ciriacos C.** Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Rev Med Urug* 2005; 21(2):141-150.
 21. **Kohn R, Friedman H.** Culture and suicide. In: Shrivastava A, Kimbrell M, Lester D. *Suicide from a global perspective: vulnerable populations and controversies*. New York: Nova Science Publisher; 2012, pp. 111-130.
 22. **Maio GR, Haddock G.** The psychology of attitudes and attitude change. London, UK: SAGE Publications; 2010. 430pp.
 23. **Arnau Sabatés L, Montané J.** Aportaciones sobre la relación conceptual entre actitud y competencia, desde la teoría del cambio de actitudes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 2010; 8(22):1283-1302.
 24. **Pritchard C, Hean S.** Suicide and undetermined deaths among youths and young adults in Latin America: comparison with the 10 major developed countries-a source of hidden suicides? *Crisis* 2008; 29(3):145-153.
 25. **Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX.** Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry* 2005; 4(2):114-120.
 26. **Larkin GL, Beautrais AL.** Emergency departments are underutilized sites for

- suicide prevention. *Crisis* 2010; 31(1):1-6. doi: 10.1027/0227-5910/a000001
27. American Association of Suicidology. Recognizing and responding to suicide risk: essential skills for clinicians. 2008. Disponible en: <<http://www.suicidology.org/training-accreditation/rrsr>>. (Consulta: 24/4/2008)
28. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. «En pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad». Washington, DC: OPS, 2014: 11. Disponible en: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/4034>>. (Consulta: 20/6/2015)
29. **Biddle L, Cooper J, Owen-Smith A, et al.** Qualitative interviewing with vulnerable populations: individuals' experiences of participating in suicide and self-harm based research. *J Affect Disord* 2013; 145(3):356-362. DOI: 10.1016/j.jad.2012.08.024
30. **Omerov P, Steineck G, Dyregrov K, Runeson B, Nyberg U.** The ethics of doing nothing. Suicide-bereavement and research: ethical and methodological considerations. *Psychol Med* 2013; 44(16):3409-3420. DOI: 10.1017/S0033291713001670
31. **Mathias CW, Michael Furr R, Sheftall AH, Hill-Kapturczak N, Crum P, Dougherty DM.** What's the harm in asking about suicidal ideation? *Suicide Life Threat Behav* 2012; 42(3):341-351. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.0095.x
32. **Lang M, Uttaro T, Caine E, Carpinello S, Felton C.** Implementing routine suicide risk screening for psychiatric outpatients with serious mental disorders: II. Quantitative results. *Arch Suicide Res* 2009; 13(2):169-177. DOI: 10.1080/13811110902835106.
33. **Aseltine RH Jr, James A, Schilling EA, Glanovsky J.** Evaluating the sos suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health* 2007; 7:161.
34. **Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, et al.** Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ* 2006; 332:1241-1245.
35. **Groot MH, de Keijser J, Neeleman J.** Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36(4):418-431.
36. **Reynolds SK, Lindenboim N, Comtois KA, Murray A, Linehan MM.** Risky assessments: participant suicidality and distress associated with research assessments in a treatment study of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36(1):19-34.
37. **Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al.** Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293(13):1635-1643.
38. **King R, Nurcombe B, Bickman L, Hides L, Reid W.** Telephone counselling for adolescent suicide prevention: changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. *Suicide Life Threat Behav* 2003; 33(4):400-411.
39. **Cedereke M, Monti K, Ojehagen A.** Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomized controlled study. *Eur Psychiatry* 2002; 17(2):82-91.
40. **Moscicki EK.** Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25(1):22-35.
41. **Ness DE, Pfeffer CR.** Sequelae of bereavement resulting from suicide. *Am J Psychiatry* 1990; 147(3):279-285.
42. **Miller TR, Taylor DM.** Adolescent suicidality: who will ideate, who will act? *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35(4):425-435. DOI: 10.1521/suli.2005.35.4.425

- 43. Maldonado DI, Megías LE, Bellón GN, García RT, López LF, López SE.** La relación de los adolescentes con los sistemas de salud. *Medicina de Familia* 2000; 2:156-60.
- 44. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A.** Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005; 17:138-144.
- 45. Oterino D, Peiró S, Calvo R, et al.** Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario: una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit* 1999; 13(5):361-70. DOI: 10.1016/S0213-9111(99)71387-7
- 46. Socas Domínguez HA, Santos Francisco LM, Rojas García FZ.** Utilización inadecuada de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes 2008; 8(3):144-149.
- 47. Aranaz Andrés JM, Martínez Nogueiras R, Gea Velázquez de Castro MT, Rodrigo Bartual V, Antón García P, Gómez Pajares F.** ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit* 2006; 20(4):311-315.
- 48. Hernández Pérez F.** Frecuencia de intentos suicidas atendidos en un servicio de urgencias. *Rev Med IMSS* 2002; 40(3):247-251.
- 49. Baquero Castañeda OL.** Suicidio como diagnóstico en los servicios de urgencias pediátricas. *CCAP* 2010; 9(2):43-50.
- 50. Phillips M.** Suicide prevention in developing countries: where should we start? *World Psychiatry* 2004; 3(3):156-157.