



COMUNICACIÓN CORTA

Atención de urgencia por ideación suicida en Chile, periodo 2020 al 2022

Emergency care for suicidal ideation in Chile, period 2020 to 2022

Patricia Moya, MSc^{a,b}✉ Carol Toro, MSc^b, Carolina Vidal, MSc^b, Sofía Sierra, MSc^b.

^a Salud Pública e Investigación, Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.

^b Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 18 12 2023

Aceptado: 28 08 2024

Keywords:

Suicide; Suicidal Ideation;
Mental Health; Urgent Care.

Palabras clave:

Suicidio; Ideación Suicida;
Salud Mental; Atención
Urgencia.

RESUMEN

Introducción: La ideación suicida es un factor de riesgo común asociado al suicidio y un importante indicador para su prevención. El objetivo de este trabajo es describir la tasa de atención de urgencia por ideación suicida en la población atendida en la red pública de salud de Chile durante los años 2020 al 2022.

Métodos: Estudio descriptivo con base en registros del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, de beneficiarios con atención de urgencia por ideación suicida. Se estimó la tasa de atención de urgencia por ideación suicida a nivel país, zona geográfica, y proporción de atenciones por grupo de edad, tipo de establecimiento de salud y mes de ocurrencia. Se aplicó la prueba Chi² de Pearson en STATA versión 14.

Resultados: Se registraron 15 325 atenciones de urgencia por ideación suicida en el periodo estudiado. El 2020, la tasa fue 0,03 x 10 000 habitantes y 5,8 x 10 000 habitantes el 2022, mayor en zona central. Predominó la atención del grupo de 15 a 64 años y en hospital ($p < 0,001$).

Conclusión: Se observa un aumento en la tasa de atención de urgencia por ideación suicida, con diferencias por grupo de edad y tipo de establecimiento de salud. Sin embargo, dado el limitado tiempo de estudio, estas cifras deben analizarse con cautela.

ABSTRACT

Introduction: Suicidal ideation is a common risk factor associated with suicide and an important indicator for its prevention. The objective of this study is to describe the rate of emergency care for suicidal ideation in the population served in the Chilean public health network during the years 2020 to 2022.

Methods: Descriptive study, based on records from the Department of Statistics and Health Information, of beneficiaries with emergency care for suicidal ideation. The rate of emergency care for suicidal ideation was estimated at the country and geographic region level, as well as with regards to the proportion of care by age group, type of health facility and month of occurrence. Pearson's Chi² test was applied in STATA version 14.

Results: There were 15,325 emergency visits for suicidal ideation in the period studied. In 2020, the rate was 0.03 x 10,000 and 5.8 x 10,000 in 2022, higher in the central zone. Care predominated in the 15 to 64 year-old group and in hospital settings ($p < 0.001$).

✉ Autor para correspondencia
Correo electrónico: pmoya@uft.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2024.08.006>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2024 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Conclusions: An increase in the rate of emergency care for suicidal ideation is observed, with differences by age group and type of health facility. However, given the limited study time, these figures should be analyzed with caution.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es uno de los principales problemas que afecta la salud mental de la población y un grave problema de salud pública en todo el mundo^{1,2}. Se ubica entre las tres primeras causas de muerte entre los 15 y 35 años³ y la segunda en adolescentes⁴. Se estima que por cada persona que muere por suicidio, más de 20 lo intentan⁵. La conducta suicida incluye la diversidad de comportamientos utilizados por los individuos para infligirse deliberadamente daños corporales fatales o no fatales. Esta se inicia con el pensamiento o ideación suicida, planificación del suicidio, intento del suicidio y llevar a cabo el suicidio propiamente tal^{3,4}.

En Chile, la tasa de mortalidad reportada por suicidio es de 11,9 por 100 000 habitantes en el año 2018, siendo 5 veces mayor en hombres⁶. Está demostrado que el suicidio es una causa de muerte prevenible y responde al resultado de la interacción de factores de riesgo psicológicos, clínicos, sociales y culturales^{7,8}.

Son diversos los estudios que han establecido que la ideación suicida es uno de los factores de riesgo más comunes asociados al suicidio^{9,10}, sin embargo, la evidencia no ha constatado que esta información resulte efectiva para predecir si la persona va a morir por suicidio¹¹. Si bien la ideación suicida corresponde a cualquier acción o pensamiento intrusivo y repetitivo que pudieran llevar a una persona a una muerte autoinfligida, la medición del riesgo suicida y la identificación de las personas en riesgo de un intento suicida son tareas prioritarias en salud⁹. Es por esto que el conocimiento de los factores de riesgo de suicidio como son los intentos de suicidio pasados, ideas suicidas pasadas o actuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias, psicosis, sexo masculino y falta de apoyo familiar constituyen un pilar fundamental en la identificación de personas en riesgo^{12,13}.

Las epidemias y/o pandemias se citan como otro factor de riesgo de suicidio, ya sea por su interacción con factores de riesgos preexistentes, o por un aumento de los niveles de estrés debido a las restricciones de movimiento/aislamiento que pueden ocurrir secundario a la epidemia. Sin embargo, la evidencia difiere si este efecto lleva a un aumento de la ideación suicida. No obstante, es concluyente con relación al impacto negativo en la salud mental de la población en este periodo^{12,14}. El estrés postraumático se presenta cuando la persona está expuesta a acontecimientos estresantes y extremadamente traumáticos, con hechos que representan un peligro real para su vida, como ocurre en pandemia. Existe evidencia que relaciona el trastorno de estrés postraumático y la conducta suicida,

siendo la sintomatología de hiperactivación como la hipervigilancia, dificultades de concentración, respuesta de sobresalto exagerada, alteraciones del sueño y comportamiento irritable o agresivo, entre otros, un predictor importante de la ideación suicida¹⁵.

La evidencia de ideación y comportamiento suicida es escasa en este país, y no se dispone de datos precisos sobre todos los casos, ya que no existe la obligación legal de notificar esta condición. Son pocos los estudios que han descrito la prevalencia de ideación suicida en la población chilena, siendo que es un importante indicador para la prevención del suicidio. Conforme a lo anterior, es necesario entonces, visibilizar esta problemática de salud mediante el análisis de los registros de la atención médica de urgencia para conocer su comportamiento dentro de la población. Considerando los antecedentes expuestos, el objetivo de este estudio es describir la tasa de atención de urgencia por ideación suicida en la población atendida en la red pública de salud de Chile durante los años 2020 al 2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de diseño descriptivo, teniendo como unidad de análisis los registros de beneficiarios que ingresaron a la atención de urgencia por ideación suicida en las Unidades de Emergencia Hospitalaria y los servicios de Atención Primaria de Urgencia del país durante los años 2020 al 2022. Para este efecto, el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) dispone un sistema de registro online (<https://atencionesurgencia.minsal.cl/>), cuya principal característica es el ingreso diario de las acciones realizadas en los servicios de urgencia del país.

Esta base de datos se construye con la información cargada diariamente gracias a los equipos de las diferentes Unidades de Emergencia Hospitalaria y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia. Es actualizada con la misma periodicidad en los Datos Abiertos de la página <https://deis.minsal.cl>, y es posible descargarla sin necesidad de obtener una clave.

Los datos se encuentran organizados según el ID del establecimiento, que corresponde al identificador alfanumérico único que permite reconocer el prestador, el nombre del establecimiento donde se realiza la atención de urgencia, el ID de la causa que sería el código de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud relacionados, décima revisión (CIE-10) y la glosa de la causa de atención, que en este estudio corresponde a la causa ID

37, código R45.8 "Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional", ideación suicida (tendencias).

Los grupos de edad en la base de datos, se encuentra estructurada como se señala a continuación: menores de un año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años, de 15 a 64 años y 65 y más años. Para este estudio se consideró el registro de la atención de urgencia en tres grupos de edades: 5 a 14 años, 15 a 64 años y 65 y más, sin poder desglosar en grupos etarios más acotados. También se cuenta con el registro de la fecha en la cual se realiza la urgencia por día, mes y año calendario. En este estudio, se consideró el mes en que se realizó el registro de la atención de urgencia, desde el 01 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2022.

Se utilizó esta fuente de información por presentar un registro actualizado de la cantidad de personas que acceden a las Unidades de Emergencia Hospitalaria y los servicios de Atención Primaria de Urgencia del país, siendo una información oportuna y de calidad.

Las Unidades de Emergencia Hospitalaria corresponden a Hospitales y los servicios de Atención Primaria de Urgencia son: el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR), Servicio de Urgencia Rural (SUR), Centro Exclusivo de Atenciones Respiratorias (CEAR).

Las variables consideradas para el estudio fueron número de atenciones de urgencia por ideación suicida, grupo de edad (5 a 14; 15-64; 65 y más años), tipo de establecimiento de salud (Hospital, SAPU, SAR, SUR, CEAR), región del país (16 regiones de Chile), y pe-

riodo de tiempo (2020 al 2022). Para la variable región del país, se consideró la distribución geográfica de las 16 regiones de Chile en tres zonas que corresponden a: I) Zona Norte de Chile: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Atacama; II) Zona Centro de Chile: Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, Libertador Bernardo O'Higgins y Maule; y III) Zona Sur de Chile: Ñuble, Bío-Bío, La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aisén y Magallanes y Antártica Chilena.

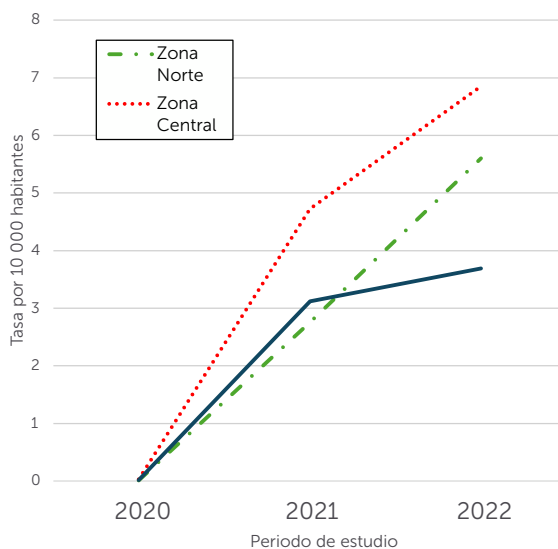
Se calculó la tasa de atención de urgencia por ideación suicida en la red pública de salud a nivel país y por zona geográfica amplificado por 10 000 habitantes para cada año de estudio. Se estimaron las proporciones de atenciones de urgencia en la red pública de salud por grupo de edad, tipo de establecimiento de salud para cada año de estudio, y por mes del año para el periodo de estudio. Para determinar diferencias entre las variables en estudio, se utilizó la prueba de contraste de hipótesis Chi2 en programa estadístico STATA versión 14.0.

RESULTADOS

El total de atenciones de urgencia por ideación suicida registradas en la red pública de salud del país durante el periodo de estudio fue de 15 325, presentándose el menor número de atenciones durante el año 2020. La tasa de atención de urgencias por ideación suicida registrada en la red pública de salud a nivel país aumentó de 0,02 x 10 000 en el año 2020 a 5,9 x 10 000 en el año 2022.

En la descripción por zona geográfica, se observa una mayor tasa de consultas en la zona central para todo el periodo de estudio. Se evidencia que, para la zona norte, el valor se duplica entre el año 2021 y 2022 (figura 1).

Figura 1. Tasa de atenciones de urgencia por ideación suicida registradas en la red pública de salud en Chile y por zona geográfica entre el 01 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2022.



(Zona Norte: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Atacama; Zona Centro: Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, Libertador Bernardo O'Higgins y Maule; Zona Sur: Ñuble, Biobío, La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aisén y Magallanes y Antártica Chilena).

Al describir la distribución de las atenciones de urgencias por ideación suicida por grupo de edad, se observa que, la mayor proporción se concentra en el grupo de 15 a 64 años en todo el periodo de estudio, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Cabe destacar que, en este grupo de edad, la proporción de atenciones de urgencia por ideación suicida tiene una tendencia a la disminución al año 2022, al igual que en el grupo de 65 y más años, y aumenta en el grupo de 5 a 14 años (figura 2).

Las atenciones de urgencia por ideación suicida en el país se presentan principalmente en los establecimientos de salud del tipo hospital, seguido en menor proporción por los SAPU. Si bien, en el establecimiento de salud del tipo hospital la atención de urgencia por ideación suicida aumenta hacia el año 2022, en el SAPU tiende a descender levemente.

El SAR y el SUR muestran una mayor proporción de atenciones de urgencias en el año 2020 en comparación con los años 2021 al 2022, y el CEAR es el tipo de establecimiento que casi no registra atenciones de urgencias por este motivo durante todo el periodo de estudio (figura 3).

Al analizar las atenciones de urgencias por ideación suicida según el mes del año en que ocurrieron, se observa que, los meses de mayo, junio y diciembre registran las mayores frecuencias (figura 4).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue describir la tasa de atención de urgencia por ideación suicida en la población atendida en la red pública de salud de Chile durante los años 2020 al 2022. Los resultados muestran un incremento en la tasa de atención de urgencias por ideación suicida en el país en el periodo de estudio, siendo mayor este valor promedio en las regiones ubicadas en la zona central. La mayor frecuencia de atenciones de urgencias se concentra en el grupo entre 15 a 64 años y en establecimientos de salud del tipo Hospital de la red pública de salud. Según el mes del año en que se registra la atención, los meses de mayo, junio y diciembre, presentan mayor frecuencia considerando el periodo de estudio.

De manera similar a lo observado por Vidal et al.⁶ y Salamanca-Carmargo y Siabato-Macías¹⁶, tanto a nivel nacional como internacional existe una tendencia hacia una frecuencia cada vez mayor de conductas suicidas en la población general, lo que convierte a la ideación suicida en un problema de salud pública. Las personas que han experimentado ideas suicidas a lo largo de su vida tienen un mayor riesgo de suicidio, que las personas que nunca han tenido ideas suicidas¹⁷, por lo que se considera un indicador importante para la prevención del suicidio.

El aumento en la tasa de atención de urgencias por ideación suicida en el periodo de estudio podría ser atribuido como una secue-

Figura 2. Distribución porcentual de las atenciones de urgencia por ideación suicida registradas en la red pública de salud por grupo de edad en Chile, años 2020 al 2022.

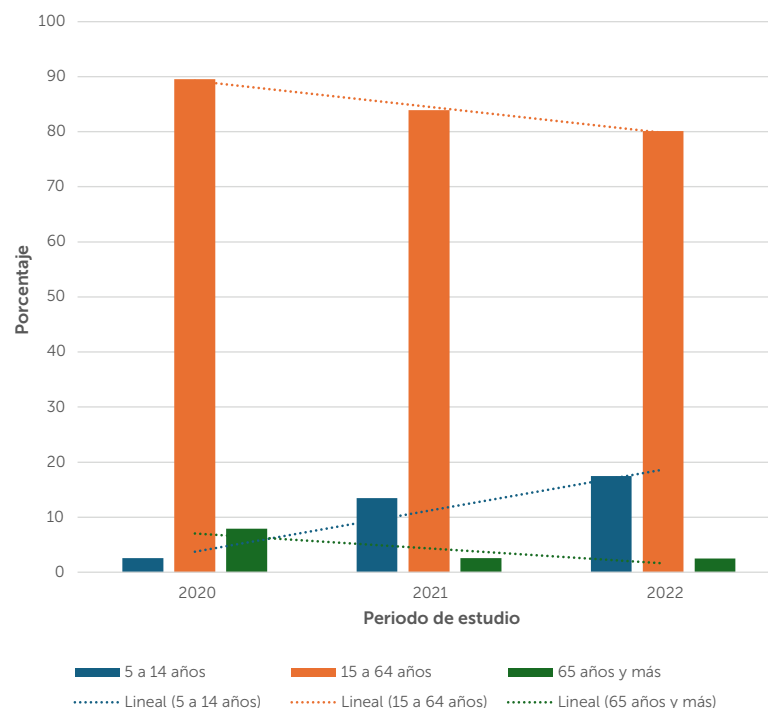


Figura 3. Distribución porcentual de las atenciones de urgencia por ideación suicida registradas en la red pública por tipo de establecimiento de salud, Chile, años 2020 al 2022.

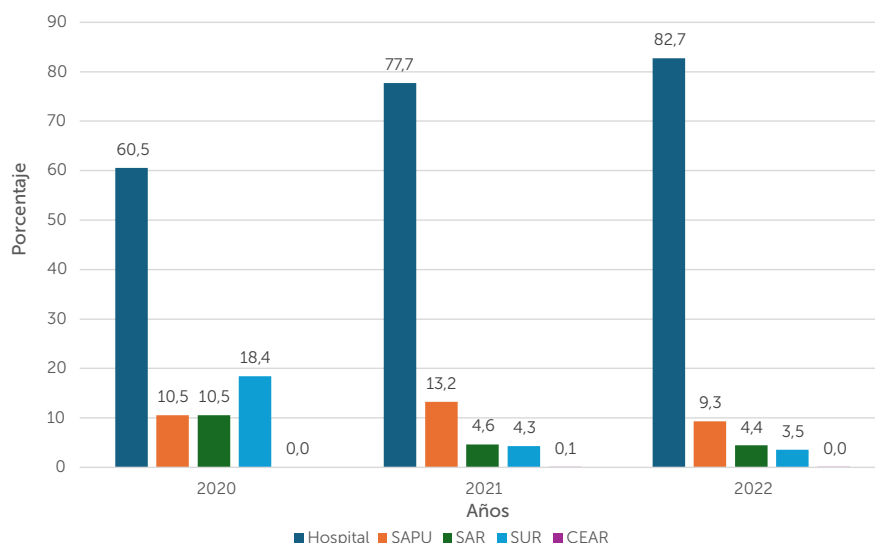
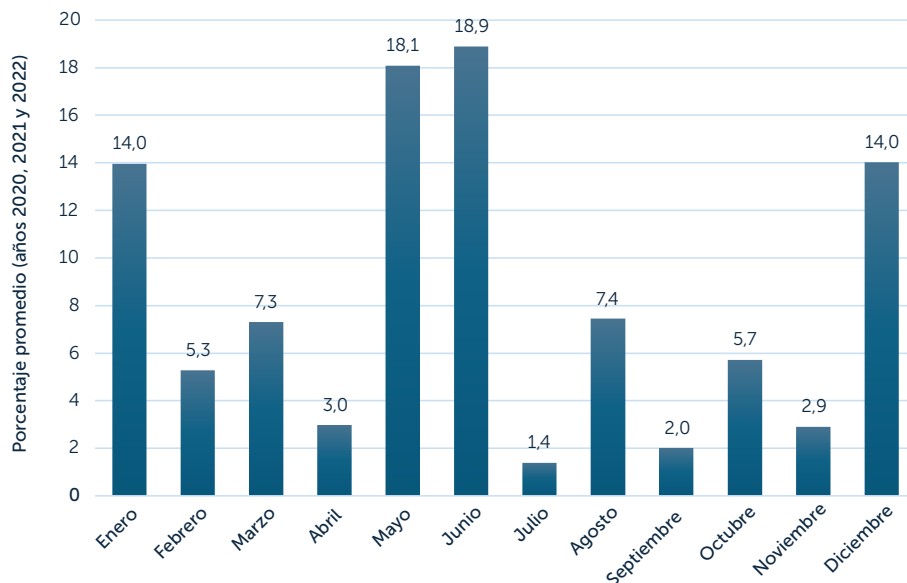


Figura 4. Distribución porcentual de las atenciones de urgencia por ideación suicida registradas en la red pública en Chile, en el periodo de estudio por mes.



la que dejó la pandemia de COVID-19, ya que se cita una posible asociación entre las epidemias y el riesgo de suicidio que debe ser estudiado¹⁴. Gracia et al. (2021) refiere evidencia preliminar de los efectos de la pandemia de COVID-19 en los intentos de suicidio en Cataluña, España. El estudio muestra tendencias a tasas más altas de ideación suicida durante la pandemia, en particular debido a las dificultades experimentadas por los jóvenes¹⁴. Sin embargo, este

aumento puede ser atribuido a la interacción de la pandemia con otros factores de riesgo preexistentes en los individuos, como son factores psicológicos, la personalidad, los antecedentes familiares de suicidio, entre otros^{14,18}. Si bien la evidencia ha demostrado que la pandemia por COVID-19 impactó de forma negativa en la salud mental de la población, son escasos los estudios que reportan cómo este impacto se ha traducido en conductas suicidas.

Los resultados de este estudio muestran diferencias geográficas en la tasa de atenciones de urgencia por ideación suicida en el país, siendo la zona central la que registra una mayor tasa durante todo el periodo de estudio. Su valor se incrementa un 43% entre el 2021 y 2022. Dado que la ideación suicida es uno de los factores de riesgo más comunes asociados al suicidio, este resultado puede ser consistente con los hallazgos de otros autores^{19,20} que sugieren que existe un claro patrón geográfico en la distribución de la mortalidad por suicidio. Este estudio muestra un cambio en la distribución regional de la ideación suicida al compararlo con un estudio realizado en Chile, entre el año 2000 al 2017, donde la mayor tasa de mortalidad por suicidio en la población joven (10 a 24 años) ocurrió en las regiones de Aisén, Los Lagos, Magallanes y Los Ríos, las cuales componen la zona sur del país, las tasas más bajas se observaron en las regiones de Tarapacá, Arica y Parinacota que componen la zona norte del país y en la región Metropolitana y del Bío-Bío que componen la zona central del país. El riesgo de suicidio en la región de Aisén es 2,0 (IC95% [1,4- 2,8]) veces mayor que, en la región de Arica y Parinacota, patrón que se repite para las regiones de Aisén, Los Lagos, Magallanes y Los Ríos²¹. Esta variación geográfica puede obedecer, posiblemente a diferencias sociales, económicas, culturales o de acceso a un establecimiento de salud.

La mayor parte de la literatura científica analiza la ideación suicida en jóvenes^{9,10,12,22,23}, mientras que son escasos los estudios sobre este problema de salud en adultos^{17,24}. Sin embargo, coinciden en que es más frecuente en adolescentes y que los problemas de adaptación son un fuerte indicador de ideación suicida. En adultos, los síntomas se asocian a problemas en el estado de ánimo^{24,25}. En este estudio la mayor proporción de la atención de urgencia por ideación suicida se evidencia en edades comprendidas entre 15 y 64 años. Cabe destacar que, el registro de las atenciones no permite identificar diferencias por sintomatología ni por grupos etarios más acotados, como, por ejemplo, identificar las tasas de atención en etapas del ciclo vital universalmente conocidas y relevantes para este tema como lo es la adolescencia. Esto permitiría proponer políticas de salud en función de los perfiles de los grupos etarios correspondientes.

La atención de emergencia por ideación suicida ocurrió preferentemente en hospitales, similar a lo que se ha informado en otros estudios^{26,27}. Walby et al., (2018) refiere que el contacto con los centros de salud es común previo a la ocurrencia de un suicidio, y que el contacto con los establecimientos de salud mental al parecer está aumentando²⁸. Si bien este estudio no incluyó información sobre las consultas por ideación suicida en atención primaria de salud o en los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), la prevención del suicidio debería iniciarse a este nivel. Por tanto, se sugiere que la labor de todos los profesionales que trabajan en estos establecimientos de salud debería incluir el cribado de la ideación suicida en la población de riesgo, ya sea durante el control de salud o en la

atención de morbilidad²⁹. De esta manera se podrían disminuir las atenciones de urgencia en los hospitales. Quedaría pendiente preguntarse porque los SAPU, SAR y los SUR, que, por definición, están insertos en la comunidad, y deberían ser de más fácil acceso para los usuarios presentaron una menor frecuencia de consultas por atención de emergencia por ideación suicida.

Es importante considerar la variabilidad de la atención de urgencia por ideación suicida según el mes del año en que ocurre. Este estudio no mostró un claro predominio de atenciones de urgencia en un mes por sobre otro en los años de estudio, lo que dificulta la interpretación de los resultados. Sin embargo, considerando el periodo de estudio, el porcentaje promedio de las atenciones ocurrieron con mayor frecuencia en los meses de enero, mayo, junio, y diciembre. Al revisar la evidencia sobre la variabilidad en el tiempo como factor asociado a la ideación suicida, sólo existe evidencia sobre la estacionalidad relacionada con la muerte por suicidio. Se ha informado que las tasas de suicidio entre mujeres son más altas en primavera y entre hombres durante el otoño³⁰, y que la salud mental se deteriora en los meses más cálidos³¹. Por lo tanto, se recomienda profundizar en investigaciones que relacionen la estacionalidad con la ideación suicida.

Limitaciones del estudio

En la interpretación de los resultados es importante considerar las limitaciones del estudio. La temporalidad transversal de la investigación no permite conocer la evolución clínica de los individuos que accedieron a la atención de urgencia por ideación suicida en el periodo estudiado. Además, al no contar con una información más detallada del paciente que accede a una atención de urgencia por ideación suicida, este estudio se ve limitado en la descripción de los factores considerados de riesgos en la ideación suicida.

En cuanto a la interpretación de la diferencia de las tasas, entre 2020 y 2021, observadas en nuestro estudio es importante tener en cuenta que a fines de 2020 recién se comenzó a implementar el registro de consulta por esta causa, siendo oficialmente incorporado el 1 de enero del 2021. A partir de esa fecha, los establecimientos de salud incluyeron de manera progresiva dicho registro en las consultas. Por esta razón, si bien se aprecia un incremento de la tasa de consultas en el periodo de estudio, se recomienda que estudios posteriores consideren un mayor número de años, lo que permitiría una comparación más válida y confiable sobre este indicador.

El subregistro o el mal registro del código es otra limitación del estudio; pueden existir individuos que presentan ideación suicida en el país y que no son pesquisados y, por lo tanto, no son notificados o no consultan en urgencia, por lo que quedan fuera de este estudio. Se suma a esta limitación, la situación pandémica vivida en el año 2020, donde el confinamiento y las cuarentenas dificultaron aún más el acceso a las atenciones de urgencia en la red.

El no contar con registros de los establecimientos de salud privados es otra limitación que debe considerar este estudio, ya que, frente a una emergencia, como es la ideación suicida, un prolongado tiempo de espera de una atención por especialista en el sector público de salud, puede precipitar la búsqueda de atención en el sector privado.

Otra limitante por considerar en este estudio es que la base de datos deja fuera el registro de atenciones realizadas en los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), los Centros de Salud Familiar (CESFAM) o Centros de Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) que, si bien no son contabilizadas como atenciones de urgencia en rigor si pudieran estar realizando atención de "urgencia" de estos pacientes.

Es importante destacar que, los datos utilizados para este estudio provienen del reporte estadístico mensual implementado en la red pública de atención de salud, corresponde a un registro

oficial con representación nacional, por lo que la información obtenida es válida y robusta. Sin embargo, dado el limitado tiempo de estudio, estos resultados deben analizarse con cautela.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten concluir que, la tasa de atención de urgencia por ideación suicida en la población atendida en la red pública de salud de Chile aumenta desde el año 2020 al 2022, constituyendo un problema de salud pública que requiere de una pronta intervención. Predomina este problema de salud en la población entre 15 a 64 años que, si bien corresponde a un grupo etario amplio y diverso, hace necesario subdividirlo en grupos más pequeños para dirigir las estrategias hacia los más vulnerables. La mayor concentración de estas atenciones de urgencias ocurre en los hospitales, por lo que se recomienda reforzar la dotación de salud o considerar ampliar el recurso con especialista.

Consideraciones éticas:

La fuente de información utilizada en este estudio contiene registro de datos de uso público, que no cuentan con variables que permita identificar los casos, manteniendo así la confidencialidad de la información.

Financiación:

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Declaración de conflictos de interés:

Los autores declaran no poseer ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veloso-Besio C, Cuadra-Peralta A, Gallardo-Peralta L, Cuadra-Fernández P, Quiroz PT, Troncoso NV. The prevalence of suicide attempt and suicidal ideation and its relationship with aggression and bullying in Chilean adolescents. *Front Psychol.* 2023; 14:1133916. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1133916
2. Glenn CR, Kleiman EM, Kellerman J, Pollak O, Cha CB, Esposito EC, et al. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2020;61(3):294-308. doi: 10.1111/jcpp.13106
3. Vilugrón Aravena F, Molina T, Gras Pérez ME, Font-Mayolas S. Conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y calidad de vida en adolescentes chilenos [Suicidal behavior, psychoactive substances use and quality of life in Chilean adolescents]. *Rev Med Chil.* 2022;150(8):1036-1045. Spanish. doi: 10.4067/S0034-98872022000801036.
4. Miller AB, Prinstein MJ. Adolescent Suicide as a Failure of Acute Stress-Response Systems. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019;15:425-450. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095625
5. Roca M, Gili M. Suicide prevention. *Med Clin (Barc).* 2023;161(4):158-159. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2023.03.007
6. Vidal C, Faunes C, Toro Huerta C, Ruiz-Tagle C, Hoffmeister L. Cambios en la tendencia de mortalidad por suicidio en Chile, 1997-2018 [Changes in suicide mortality trends in Chile, 1997-2018]. *Salud Colect.* 2021;17:e3363. Spanish. doi: 10.18294/sc.2021.3363.
7. Baños-Chaparro J. Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción. *Health Care & Global Health.* 2022;6(1): 42-5. Disponible en: <https://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/170>
8. World Health Organization. Suicide [Internet]. Ginebra: WHO; 2019. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
9. Cañón Buitrago S, Carmona Parra J. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2018;20(80):387-397. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es.
10. Nieto CM, Chafey MJ, Caraballo CP. Perfil de estudiantes universitarios/as que han tenido intentos suicidas. *Rev. Puertorriq. Psicol.* 2018;29(2):364-375. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6773572.pdf>

11. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*. 2021;178(7):611-624. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20060864
12. Llorca-Bofí V, Adrados-Pérez M, Sánchez-Cazalilla M, Tortero G, Arenas-Pijoan L, Buil-Reiné E, et al. Urgent care and suicidal behavior in the child and adolescent population in a psychiatric emergency department in a Spanish province during the two COVID-19 states of alarm. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2023; 16:76-83. doi: 10.1016/j.rpsm.2022.03.003.
13. Shain BN. Youth Suicide: The First Suicide Attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(10):730-732. doi: 10.1016/j.jaac.2018.05.022
14. Gracia R, Pamiás M, Mortier P, Alonso J, Pérez V, Palao D. ¿Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *J Affect Disord*. 2021; (292): 139-141. doi: 10.1016/j.jad.2021.05.044.
15. González-Gómez E, Crespo-López M. Revisión sistemática de la relación entre sintomatología postraumática y conducta suicida. *J. Psychopathol. Clin. Psychol*. 2022;27(1):73-90. doi: 10.5944/rppc.27757.
16. Salamanca-Camargo Y, Siabato-Macías EF. Investigaciones sobre ideación suicida en Colombia, 2010-2016. *Pensando psicología*. 2017;13(21). doi: 10.16925/pe.v13i21.1714.
17. Morales-Romero A, González-María E, Ramos-Ramos MA, Hidalgo-López L, Zurita-Muñoz AJ, Quiñoz-Gallardo MD, et al.; en nombre del Grupo de Trabajo del Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. Implementation of the assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour: A guideline of the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2020;30(3):155-159. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.10.028.
18. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al.; STOP Consortium. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(6):759-776. doi: 10.1007/s00787-018-01270-9.
19. Alameda-Palacios J, Ruiz-Ramos M, García-Robredo B. Mortalidad por suicidio en Andalucía: distribución geográfica y relación con el uso de antidepresivos, la altitud y desigualdades socioeconómicas [Suicide Mortality in Andalusia, Spain: geographical Distribution and Relationship with Antidepressants, Altitude and Socioeconomic Inequalities]. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(3):283-293. Spanish. doi: 10.4321/S1135-57272015000300006.
20. Sánchez-Alarcón N, Frick-Raggi JP, Vega-Duarte F. El suicidio en la Región de La Araucanía: dinámica socioespacial durante los años 2004-2015 [Suicide rates in the Araucania Region of Chile]. *Rev Med Chil*. 2021;149(7):1004-1013. Spanish. doi: 10.4067/s0034-98872021000701004.
21. Araneda N, Sanhueza P, Pacheco G, Sanhueza A. Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Rev Panam Salud Publ*. 2021;45:e4. doi: 10.26633/RPSP.2021.4
22. Soto Salcedo A, Villaroel Grüner P, Véliz Burgos A. Factores que intervienen en riesgo suicida y para suicida en jóvenes Chilenos. *Propós Represent*. 2020;8(3):e672. doi: 10.20511/pyr2020.v8n3.672
23. Londoño Muriel V, Cañón Buitrago SC. Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Archivos de Medicina (Col)*. 2020;20(2):472-480. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273863770018>
24. Nicho-Almonacid T, Melendrez-Ugarte D, Olivas-Ugarte L. Factores predisponentes de riesgo suicida en adultos: una revisión sistemática. [Predisposing factors for suicide risk in adults: a systematic review]. *Rev. investig. psicol*. 2023;26(1):187-212. doi: 10.15381/rinvp.v26i1.24206
25. Shain B, Committee on Adolescence, Braverman PK, Adelman WP, Breuner CC, Levine DA, et al. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(1):e20161420. doi:10.1542/peds.2016-1420
26. Llorca-Bofí V, Adrados-Pérez M, Sánchez-Cazalilla M, Tortero G, Arenas-Pijoan L, Buil-Reiné E, Nicolau-Subires E, Albert-Porcar C, Ibarra-Pertusa L, Puigdevall-Ruestes M, Irigoyen-Otíñano M. Urgent care and suicidal behavior in the child and adolescent population in a psychiatric emergency department in a Spanish province during the two COVID-19 states of alarm. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2023; (16): 76-83. doi: 10.1016/j.rpsm.2022.03.003
27. Barker MJ, Leyton F, Stojanova J, Briceño M, Dueñas LA, Arancibia M. A cross-sectional study on the characteristics and factors associated with the clinical course of child and adolescent patients hospitalized in a public child and adolescent psychiatric unit of Chile. *Medwave*. 2020;20(2):e7853. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2020.02.7853.
28. Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv*. 2018;69(7):751-759. doi: 10.1176/appi.ps.201700475
29. Salvo G L, Florenzano U R, Gómez Ch A. Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria [Initial assessment and management of the suicidal ideation and suicide attempts in primary care]. *Rev Med Chil*. 2021;149(6):913-919. Spanish. doi: 10.4067/s0034-98872021000400913.
30. Iglesias-Fernández I, Beltrán-Aroca CM, Sáez-Rodríguez J, Girela-López E. La influencia de las condiciones meteorológicas ambientales en la mortalidad por suicidio en la provincia de Córdoba. *Rev Esp Med Legal*. 2021;47:3-8. doi: 10.1016/j.reml.2020.05.008
31. Burke M, González F, Baylis P, et al. Higher temperatures increase suicide rates in the United States and Mexico. *Nature Clim Change*. 2018; 8:723-729. doi: 10.1038/s41558-018-0222-x