Universidad Iberoamericana Puebla

Repositorio Institucional **http://repositorio.iberopuebla.mx**

Revista Rúbricas Número 11. Ciencias de la Salud en la Ibero Puebla

Suicidología adolescente

Hernández Cervantes, Quetzalcóatl

2017

http://hdl.handle.net/20.500.11777/3970

http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf



Fotografía: Intervención Rúbricas/PB sobre original de Formspring

Suicidología adolescente

Quetzalcóatl Hernández Cervantes. Psicólogo certificado por el Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología. Doctor en Psicología y Salud por la UNAM, y su línea de investigación es sobre riesgo suicida en niños y adolescentes. Actualmente es académico de tiempo en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Iberoamericana Puebla.

Resumen

Como ciencia y práctica social, la suicidología es una disciplina que mucho tiene que aportar al entendimiento y abordaje de una de las principales causas de mortalidad en los jóvenes mexicanos. Este trabajo abarca, de forma breve y concisa, tres puntos esenciales de este campo emergente: definiciones básicas, factores de riesgo y factores de protección en el suicidio adolescente. El propósito es dar a conocer esta línea de investigación en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Ibero Puebla bajo una premisa fundamental: el suicidio como un problema de salud pública prevenible. Se trata de conocer para intervenir, principalmente dentro del marco de las vulnerabilidades, el riesgo *versus* causas, y la plausibilidad de promover factores protectores y resilientes en la población adolescente.

Palabras clave: suicidología, riesgo, protección, adolescencia.

The imagination of a boy is healthy, and the mature imagination of a man is healthy; but there is a space of life between, in which the soul is in a ferment, the character undecided, the way of life uncertain, the ambition thick-sighted: thence proceeds mawkishness.
John Keats (1795-1821), prefacio de *Endimión* (1818).

Introducción

La suicidología es el estudio científico del suicidio, con una historia bastante amplia y una importante variabilidad hacia el interior (desde la filosofía y la moral hasta las neurociencias y la genética). Podemos identificar el inicio de la suicidología moderna con el sociólogo francés Émile Durkheim y su obra *El suicidio. Estudio de Sociología* en 1897, y su consolidación con el psicólogo estadounidense Edwin Shneidman y su libro *Definición del Suicidio* de 1985, siendo éste quien acuña el término de suicidología. Con estos breves antecedentes, identificamos al suicidio como un problema de salud pública, de carácter multifactorial, que sigue una dinámica compleja y que en México va en aumento (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998).

Aunque tradicionalmente se le ha considerado como expresión de conflictos mentales presentes y de larga duración, como la depresión, muchas veces el suicidio no está relacionado con patologías mentales declaradas, y su latencia en estos casos es más bien corta (Borges et al., 1994). Además, no todos los comportamientos a los que se alude con los términos de "suicidio" o "suicida" han sido motivados por una decisión consciente de morir; en muchas ocasiones no pretenden ni siquiera generar un daño personal, sino que son expresión y comunicación de desesperanza, desesperación, frustración y enojo (Gould et al., 1998). Finalmente, dentro de las diferentes y variadas dimensiones de la sucidología, el propósito de este trabajo es abordar uno en particular: el perfil del adolescente en riesgo suicida desde el modelo de factores de riesgo y de protección.

I. Algunas definiciones esenciales

Suicidio. Se refiere a la muerte por herida, envenenamiento o asfixia cuando existe evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue autoinfligida y que el suicida, en efecto, pretendía quitarse la vida (O'Carroll et al., 1996).

Intento de suicidio. Stengel (1965) define al intento suicida como cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga o ambigua. Se trata de una conducta de autolesión potencial con un desenlace no fatal para la cual existe evidencia (explícita o implícita) de que la persona pretendía, en algún grado, matarse; siendo así, un intento suicida puede o no resultar en lesiones (O'Carroll et al., 1996). Es importante distinguir que las autolesiones, como cortarse (*cutting*) o quemarse, no necesariamente tienen una intencionalidad suicida y, por ende, no podrían categorizarse como intentos.

Ideación suicida. Se trata de una idea recurrente e intrusa sobre quitarse la vida (Borges, Anthony y Garrison, 1995). Rotheram-Borus (1993) señala que la ideación suicida es un constructo cognoscitivo directamente vinculado con el intento de suicidio, el cual se ha identificado como el mejor predictor del suicidio consumado entre adolescentes y población adulta. Sin embargo, los pensamientos suicidas son comunes entre niños y adolescentes de ambos sexos y no precisamente siempre se asocian a otros rasgos de psicopatología.

Epidemiología del suicidio. Cada año, más de 800 mil personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo; la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio alrededor del mundo (OMS, 2014). Ahora bien, aunque las tasas de suicidio e intento de suicidio adolescente en México no sean las más altas en comparación con las de otros países, sí ha figurado entre las primeras cinco causas de muerte en la población mexicana de 15 a 24 años de zonas urbanas, a pesar de las discrepancias y deficiencias de las diferentes fuentes de información o del subregistro de las estadísticas oficiales; esta afectación se observa principalmente entre varones en una razón de 4 a 1 en relación con las mujeres (p. ej., Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994).

II. Factores de riesgo

A continuación, se mencionan aquellos factores de riesgo que se han encontrado y estudiado más ampliamente entre la población adolescente agrupados en cuatro dimensiones: características personales, características familiares, circunstancias adversas de vida y ambiente social.

Primera dimensión: características personales

a. *Psicopatología.* Más de 90% de los adolescentes suicidas ha tenido al menos un trastorno psiquiátrico importante, aunque las víctimas de suicidio más jóvenes tienen tasas menores de psicopatología –alrededor de 60%– (Beautrais, 2001; Brent et al., 1999; Shaffer et al., 1996). Los trastornos depresivos son consistentemente los más prevalentes junto con el abuso de sustancias y los trastornos de conducta, particularmente entre los hombres (Gould et al., 2003; Marttunen et al., 1991).

b. *Intentos previos de suicidio.* Una historia de intentos previos de suicidio es uno de los predictores más importantes de muertes por suicidio, confiriéndole un riesgo particularmente alto para los varones (un incremento de 30 veces) y un riesgo menos elevado para las mujeres (tres veces más) (Shaffer et al., 1996).

c. *Factores cognoscitivos y de personalidad.* Entre los primeros estudios realizados en México con el

MMPI-A, con el propósito de identificar diferencias de personalidad y la ocurrencia de sucesos estresantes entre adolescentes con intentos suicidas, está el de Loza, Lucio y Durán (1998); el análisis cualitativo del perfil de personalidad corroboró la presencia de rasgos depresivos. Por otro lado, las habilidades deficientes para la resolución de problemas interpersonales también se han reportado como diferenciadores de jóvenes suicidas y no suicidas (Asarnow et al., 1987), aún después de ajustar/ponderar el efecto de la depresión (Rotheram-Borus et al., 1990). El comportamiento agresivo-compulsivo también se ha vinculado a la conducta suicida (Apter et al., 1993b; McKeown et al., 1998).

d. *Orientación sexual.* Los estudios epidemiológicos longitudinales y de encuesta señalan un incremento de dos a seis veces en el riesgo de conducta suicida no letal para jóvenes homosexuales y bisexuales (Blake et al., 2001; Faulkner y Cranston, 1998; Garofalo et al., 1998; Remafedi et al., 1998). No obstante, la mayoría de los adolescentes que reportaron una orientación sexual hacia su mismo sexo no reportaron suicidalidad en absoluto: 84.6% de hombres y 71.7% de mujeres (Gould et al., 2003).

e. *Factores biológicos*. En los recientes 25 años, una base de datos sustancial se ha acumulado, indicando anormalidades en la función serotoninérgica en individuos suicidas, así como en agresivos e impulsivos (Gould et al., 2003). Otros estudios se han concentrado en índices simples de actividad serotoninérgica, tales como la reducida concentración de metabolitos de serotonina en el fluido cerebral y cerebroespinal (FCE) en víctimas de suicidio o entre aquellos que lo han intentado en comparación con controles apareados por edad y sexo (Oquendo & Mann, 2000).

Segunda dimensión: características familiares

a. *Historia familiar de comportamiento suicida.* Una historia familiar de conducta suicida incrementa de modo importante el riesgo de muerte por suicidio (Agerbo et al., 2002; Gould et al., 1996) y de intento de suicidio (Bridge et al., 1997; Jonson et al., 1998). Esta heredabilidad en adolescentes suicidas parece ganar más respaldo de un meta-análisis realizado por McGuffin y cols. (2001), quienes re-evaluaron un gran número de estudios publicados de datos con gemelos (de todas edades). Concluyeron que los parientes de primer grado de suicidas tienen más del doble de riesgo que la población general, con un aumento en el riesgo relativo de once entre co-gemelos suicidas idénticos, aproximadamente.

b. *Psicopatología parental.* Las altas tasas de psicopatología parental, en particular de depresión y abuso de sustancias, se han encontrado asociadas con muertes por suicidio (Gould et al., 1996), así como con ideación e intento de suicidio en la adolescencia (p. ej., Fergusson & Lynskey, 1995; Joffe et al., 1988). En contraste, Gould y cols. (1996) encontraron que el impacto de la psicopatología parental no contribuyó al riesgo de suicidio adolescente después de controlar la psicopatología del propio adolescente. Hasta la fecha, no es claro de qué manera la psicopatología familiar incrementa el riesgo para el suicidio consumado.

c. *Divorcio.* Existe una mayor probabilidad de muerte por suicidio entre aquellos adolescentes que provienen de familias con padres separados o divorciados (Beautrais, 2001; Groholt et al., 2000; Sauvola et al., 2001). Sin embargo, la asociación entre separación/divorcio y suicidio disminuye cuando se toma en cuenta la psicopatología parental (Brent et al., 1994a; Gould et al., 1996).

d. *Relaciones padre-hijo*. Las relaciones padre-hijo disfuncionales se han asociado a un riesgo aumentado de suicidio e intento de suicidio entre adolescentes (Beautrais et al., 1996; Brent *et al.*, 1999; Lewinsohn et al., 1994). No obstante, debido a que un trastorno psiquiátrico subyacente en el adolescente puede precipitar la disfunción en la relación padre-hijo, se hace necesario separar dicho factor (Fergusson et al., 2000; McKeown et al., 1998).

Tercera dimensión: circunstancias adversas de vida

a. *Sucesos de vida estresantes*. Como detonadores de la conducta suicida entre los adolescentes, estos sucesos de vida estresantes se han estudiado ampliamente (Barrera et al., 1993; Farmer y Creed, 1989), sobre todo porque contribuyen a una mejor evaluación del adolescente que ha intentado suicidarse y donde cuestiones como qué sucesos estresantes vive o ha vivido últimamente, o cómo influyen estos sucesos estresantes en su conducta son fundamentales en el abordaje clínico del fenómeno del suicidio (Gisper et al., 1985). El abuso o acoso en la escuela (*bullying*), ya sea como víctima o como perpetrador, ha demostrado recientemente que aumenta el riesgo de ideación suicida (Kaltiala-Heino et al., 1999). Loza, Lucio y Durán (1998) reportan que el suceso estresante previo al intento suicida más reportado fue el de dificultades principalmente con la madre, en concordancia con lo encontrado por estudios que también evalúan el impacto de los sucesos estresantes y su relación con el intento de suicidio (Wilde y Kienhorst, 1992).

b. *Abuso físico.* La asociación entre abuso físico y suicidio reportada en estudios de autopsia psicológica empleando casos y controles (Brent et al., 1999) se ha replicado en estudios longitudinales prospectivos (Brown et al., 1999). Johnson y cols. (2002) señalan que los niños que han sido abusados físicamente pueden presentar dificultades en el desarrollo de las habilidades sociales necesarias para relaciones interpersonales saludables. Esto, a su vez, conduciría al aislamiento social y/o a interacciones antagonistas con otros y, por ende, se sitúan en un riesgo mayor de conducta suicida.

c. *Abuso sexual.* Se encuentra significativamente asociado con un riesgo mayor de conducta suicida en la adolescencia (Fergusson et al., 1996; Silverman et al., 1996). Dado que el abuso sexual infantil se ha relacionado con otros factores de riesgo documentados para el suicidio (p. ej., abuso parental de sustancias), se hace necesaria la evaluación de tales factores. Fergusson y cols. (1996) encontraron que la asociación entre abuso sexual infantil y suicidalidad, después de controlar un amplio rango de factores potencialmente confusores, se reducía considerablemente, pero no desaparecía (sugiriendo así que el riesgo aumentado de suicidio por abuso sexual puede ser parcialmente, mas no por completo, explicado por otros factores).

Cuarta dimensión: factores socioambientales

a. *Nivel socioeconómico.* Los estudios sugieren que la adversidad socioeconómica no tiene efectos o presenta un efecto muy pequeño sobre el fenómeno suicida (Brent et al., 1988). Específicamente, Agerbo y cols. (2002) señalan que el efecto de la adversidad socioeconómica disminuye después del ajuste por historia familiar de enfermedad mental o suicidio. Gould y cols. (1996) encontraron que para las víctimas de suicidio de raza blanca o para los latinos no se presentan efectos por el bajo nivel socioeconómico. No obstante, Rehkopf y Buka (2005) hablan de tasas menores de suicidio en áreas socioeconómicas altas, y hacen notar que los recursos preventivos deberían orientarse hacia aquellas áreas de alta marginación o pobreza, así como alto desempleo.

b. *Problemas en la escuela y el trabajo*. Las dificultades escolares, no trabajar o no estar en la escuela, o no tener planes para ir a la universidad representan riesgos importantes para la muerte por suicidio (Gould et al., 1996). Beautrais y cols. (1996) reportaron que aquellos adolescentes que habían tenido un intento de suicidio serio tenían mayor probabilidad de desertar de la escuela o de no ir a la universidad.

c. *Contagio/imitación*. Gould y cols. (2003) señalan que se continúa amasando la evidencia de estudios sobre suicidios en grupo o colectivos al igual que el impacto de los medios. Varias investigaciones señalan la relevancia de suicidios en grupo en adolescentes y adultos jóvenes, definidos por factores temporal-espaciales (Brent et al., 1989; Gould et al., 1994). Desde 1990, el efecto de los medios de comunicación sobre las tasas de suicidio se ha documentado en otros países además de Estados Unidos, incluyendo Australia (véase p. ej., Hassan, 1995), Austria (véase p. ej., Etzersdorfer et al., 1992), Alemania (véase p. ej., Jonas, 1992), Hungría (véase p. ej., Fekete y Macsai, 1990), y Japón (Ishii, 1991).

III. Factores protectores

La identificación de factores protectores potencia el esfuerzo de la prevención ya que éstos, al interactuar con los factores de riesgo, minimizan el trastorno emocional directamente, ya sea porque disminuyen el nivel del trastorno o por-

Los **estudios sugieren que la adversidad socioeconómica no tiene efectos** o presenta un efecto muy pequeño sobre el fenómeno suicida. Específicamente, Agerbo y cols. señalan que el efecto de la adversidad socioeconómica disminuye después del ajuste por historia familiar de enfermedad mental o suicidio.

La suicidología junto con la psicología, la psiquiatría y otras disciplinas **tienen mucho que aportar** al cambio de las tendencias de mortalidad, particularmente en la población adolescente mexicana.

que previenen la incidencia de otros factores o indicadores de riesgo (Cohen et al., 1990; Garmezy, 1985). Se presupone que los individuos adaptables o "resilientes" han desarrollado mecanismos protectores de la vulnerabilidad causada por factores de riesgo (Compas, Hinden y Gerhardt, 1995). Aquí entendemos a la adaptabilidad o "resiliencia" como la capacidad del individuo para enfrentarse y manejarse mejor que lo esperado con un estrés de naturaleza y duración significativas. En comparación con la enorme investigación sobre factores de riesgo en las poblaciones jóvenes para desarrollar conductas suicidas, se ha hecho relativamente poco en la identificación de factores individuales, familiares y comunitarios que puedan proteger contra el desarrollo de riesgo suicida (Spirito & Overholser, 2003). A pesar de que existe un interés creciente sobre este tema, la evidencia de la que se dispone sobre "resiliencia" o factores protectores para el comportamiento suicida es, hasta ahora, limitada, por lo que sus hallazgos deben ser considerados como tentativos (Gould et al., 2003; Shaffer y Pfeffer, 2001). Los principales estudios apuntan a dos categorías de factores de protección:

a. *Cohesión familiar.* La cohesión familiar se ha reportado como un factor protector para el comportamiento suicida entre adolescentes en un estudio longitudinal de estudiantes de secundaria (McKeown et al., 1998) y universitarios (Zhang & Jin, 1996). Asimismo, los alumnos de secundaria y preparatoria que describieron su vida familiar en términos de un desenvolvimiento mutuo, intereses compartidos y apoyo emocional, tenían de 3.5 a 5.5 menos probabilidad de ser suicidas que aquellos pertenecientes a familias con menor cohesión, pero con los mismos niveles de depresión o estrés (Rubenstein et al., 1998).

b. *Religiosidad.* Desde la formulación de Durkheim (1897/2002) de un modelo de integración social, el papel protector de la religiosidad para el suicidio ha sido objeto de estudio desde hace décadas (véase p. ej., Hovey, 1999; Lester, 1992; Neeleman y Lewis, 1999; Sorri et al., 1996). Otros han estudiado dicho valor protector contra el comportamiento suicida (Siegrist, 1996) y contra la depresión (Miller et al., 1997) entre adolescentes y adultos jóvenes. Desafortunadamente, señalan Gould y cols. (2003), estas investigaciones no hacen ajuste alguno con variables confusoras potenciales, como el abuso de sustancias, y que puede ser menos prevalente entre adolescentes con alto sentido de religiosidad.

Conclusiones

La intervención psicológica con adolescentes en riesgo suicida es factible desde un modelo de riesgo y protección. Desde un marco de salud pública, los niveles de acción con poblaciones en situaciones de vulnerabilidad para el suicidio serían: prevención, intervención y postvención. En este sentido, la suicidología junto con la psicología, la psiquiatría y otras disciplinas tienen mucho que aportar al cambio de las tendencias de mortalidad, particularmente en la población adolescente mexicana. Es importante trascender la investigación epidemiológica a la acción comunitaria, observando las diferencias de acuerdo con el sexo, las diferencias individuales y las características del medio sociocultural. En esta línea de trabajo dentro del Departamento de Ciencias de la Salud de la Ibero Puebla, se espera avanzar sobre modelos válidos de intervención para la población infanto-adolescente, en especial desde el escenario escolar y desde una estrategia de tamizaje oportuno y referencia.

Referencias bibliográficas

Agerbo, E., M. Nordentoft & P. B. Mortensen. (2002). "Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study". *British Medical Journal, 325:* 74.

Apter, A., R. Plutchik & H. M. van Praag. (1993b). "Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior". *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*: 1-5.

Asarnow, J., G. Carlson & D. Guthrie. (1987). "Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children". *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 55: 361-366.

Beautrais, A. L., P. R. Joyce & R. T. Mulder. (1996). "Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 35: 1174-1182.

Beautrais, A. L. (2001). "Child and young adolescent suicide in New Zealand". *Australian and New Zealand Journal Psychiatry,* 35: 647-653.

Blake, S. M., R. Ledsky, T. Lehman, C. Goodenow, R. Sawyer & T. Hack. (2001). "Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools". *American Journal of Public Health,* 91: 940-946.

Borges, G., J. Anthony & C. Garrison. (1995). "Methodological issues relevant to epidemiologic investigations of suicidal behaviors of adolescents". *Epidemiologic Reviews* 17: 228-239.

Borges, G., H. Rosovsky, M. A. Caballero & C. Gómez. (1994). "Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991". *Anales* 5: 15-21. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Brent, D. A., M. Baugher, J. Bridge, T. Chen & L. Chiappetta. (1999). "Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 38: 1497-1505.

Brent, D. A., M. M. Kerr, C. Goldstein, J. Bozigar, M. E. Wartella & M. J. Allan. (1989). "An outbreak of suicide and suicidal behavior in high school". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 28: 918-924.

Brent, D. A., J. A. Perper, C. E. Goldstein et al. (1988). "Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients". *Archives of General Psychiatry,* 45: 581-588.

Brent, D. A., J. A. Perper, Moritz G., *et al.* (1994a). "Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study". *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 89, 52-58.

Bridge, J. A., D. Brent, B. A. Johnson, B. A., & Connolly, J. (1997). "Familial aggregation of psychiatric disorders in a community sample of adolescents". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 36: 628-636.

Cohen, E. L., P. A. Wyman, W. C. Work & G. R. Parker. (1990). "The Rochester child resilience project: Overview and summary of first year findings". *Development and Psychopathology* 2: 193-212.

Compas, B. E., B. R. Hinden, & C. A. Gerhardt. (1995). "Adolescent Development: Pathways and Processes of Risk and Resilience". *Annual Review of Psychology,* 46: 265-293.

De Wilde, E. & I. Kienhorst. (1992). "The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence". *American Journal of Psychiatry,* 149: 45-51.

Durkheim, E. (1897/2002). *El suicidio.* México: Ediciones Coyoacán.

Etzersdorfer, E., G. Sonneck & S. Nagel-Kuess. (1992). "Newspaper reports and suicide". *New England Journal of Medicine,* 327: 502-503.

Farmer, R., & F. Creed. (1989). "Life events and hostility in self-poisoning". *British Journal of Psychiatry,* 154: 390-395.

Faulkner, A. H., & K. Cranston. (1998). "Correlates of same-sex behavior in a random sample of Massachusetts high school students". *American Journal of Public Health,* 88: 262-266.

Fekete, S., & E. Macsai. (1990). "Hungarian suicide models, past and present". En: *Suicidal Behavior and Risk Factors*, Ferrari, G., ed. Bologna: Monduzzi Editore: 149-156.

Fergusson, D. M., & M. Lynskey. (1995). "Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 34: 612-622.

Fergusson, D. M., L. J. Horwood & M. T. Lynskey. (1996). "Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 35: 1365-1374.

Fergusson, D. M., L. J. Woodward & L. J. Horwood. (2000). "Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood". *Psychological Medicine,* 30: 23-39.

Garmezy, N. (1985). "Stress-resistant children: The search for protective factors". En: *Recent research in developmental psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book.* Stevenson, J. E. (Ed.) Supplement 4: 213-233). Oxford: Pergamon Press.

Garofalo, R., R. Wolf, M. S. Cameron, S. Kessel, J. Palfrey & RH. DuRant. (1998). "The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents". *Pediatrics* 101: 895-902.

Gisper, M., K. Wheeler, L. Marsh, M. Davis. (1985). "Suicidal adolescents: Factors in evaluation". *Adolescence,* 20: 753-762.

Glowinski, A. L., K. K. Bucholz, E. C. Nelson et al. (2001). "Suicide attempts in an adolescent female twin sample". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 40: 1300-1307.

Gould, M. S., P. Fisher, M. Parides, M. Flory & D. Shaffer. (1996). "Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide". *Archives of General Psychiatry,* 53: 1155-1162.

Gould, M. S., T. Greenberg, D. M. Velting & D. Shaffer. (2003). "Youth suicide risk and preventive interventions: A

review of the past 10 years". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 42: 386-405.
Gould, M. S., R. King, S. Greenwald et al. (1998). "Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 31: S\5-323.
Gould, M. S., K. Petrie, M. Kleinman & S. Wallenstein. (1994). "Clustering of attempted suicide: New Zealand national data". *International Journal of Epidemiology,* 23:1185-1189.
Groholt, B., O. Ekeberg, L. Wichstrom & T. Haldorsen. (2000). "Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 39: 868-875.
Hassan R. (1995). "Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia: a research note". *Australian and New Zealand Journal Psychiatry,* 29: 480-483.
Hovey, J. D. (1999). "Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants". *Psychological Report,* 85: 171-177.
Ishii, K. (1991). "Measuring mutual causation: effect of suicide news on suicides in Japan". *Social Science Research,* 20: 188-195.
Joffe, R. T., D. R. Offord & M. H. Boyle. (1988). "Ontario Child Health Study: suicidal behavior in youth aged 12-16 years". *American Journal of Psychiatry,* 145: 1420-1423.
Johnson, B. A., D. A. Brent, J. Bridge & J. Connolly. (1998). "The familial aggregation of adolescent suicide attempts". *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 97: 18-24.
Johnson, J. G., P. Cohen, M. S. Gould, S. Kasen, J. Brown & J. S. Brook. (2002). "Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood". *Archives of General Psychiatry,* 59: 741-749.
Jonas, K. (1992). Modelling and suicide: a test of the Werther effect. *British Journal of Social Psychology,* 31: 295-306.
Kaltiala-Heino, R., M. Rimpela, M. Marttunen, A. Rimpela & P. Rantanen. (1999). "Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey". *British Medical Journal,* 319: 348-351.
Lewinsohn, P. M., P. Rohde & J. R. Seeley. (1994). "Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts". *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 62: 297-305.
Lester, D. (1992). "Religiosity, suicide and homicide: a cross-national examination". *Psychological Report,* 71: 1282.
Loza, G., E. Lucio & C. Durán. (1998). "Comparación entre la personalidad del adolescente con intento suicida y sin intento suicida". *La Psicología Social en México,* VII: 80-85.
Marttunen, M. J., H. M. Aro, M. M. Henriksson & J. K. Lonnqvist. (1991). "Mental disorders in adolescent suicide". *Archives of General Psychiatry,* 48: 834-839.
Miller, L., V. Warner, P. Wickramaratne & M. Weissman. (1997). "Religiosity and depression: ten-year follow-up of depressed mothers and offspring". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 36: 1416-1425.
McGuffin, P., A. Marusic, & A. Farmer. (2001). "What can psychiatric genetics offer suicidology?" *Crisis,* 22: 61-65
McKeown, R. E., C. Z. Garrison, S. P. Cuffe, J. L. Waller, K.L. Jackson & C. L. Addy. (1998). "Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 37: 612-619.
Mondragón, L., M. T. Saltijeral, A. Bimbela & G. Borges. (1998). "La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol". *Salud Mental,* 21(5): 20-27.
Neeleman, J. (1998). "Regional suicide rates in the Netherlands: does religion still play a role?" *International Journal of Epidemiology* 27: 466-472.
O 'Carroll, P., A.Berman, R. Maris, E. Moscicki, B. Tanney & M. Silverman. (1996). "Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology". *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 26: 237-252.
Oquendo, M. A. & J. J. Mann. (2000). "The biology of impulsivity and suicidality". *Psychiatric Clinics of North America*, 23: 11-25.
Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio.Un imperativo global*. Bélgica: Organización Mundial de la Salud.
Rehkopf, D. H. & S. L. Buka. (2005). "The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review". *Psychological Medicine,* 36: 145-157.
Remafedi, G., S. French, M. Story, M. D. Resnick & R. Blum. (1998). "The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study". *American Journal of Public Health,* 88: 57-60.
Rotheram-Borus, M. J. (1993). "Suicidal behavior and risk factors among runaway youths". *American Journal of Psychiatry,* 150: 103-107.
Rotheram-Borus, M. J., P. D. Trautman, S. C. Dopkins & P. E. Shrout. (1990). "Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters". *Journal of Consulting & Clinical Psychology,* 58: 554-561.
Rubenstein, J. L., A. Halton, L. Kasten, C. Rubin & G. Stechler (1998). "Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts". *American Journal of Orthopsychiatry* 68: 274-284.
Sauvola, A., P.K. Rasanen, M.I. Joukamaa, J. Jokelainen, M. R. Jarvelin & M.K. Isohanni. (2001). "Mortality of young adults in relation to single-parent family background: a prospective study of the northern Finland 1966 birth cohort". *European Journal of Public Health,* 11: 284-286.
Shaffer, D., M. S. Gould, P. Fisher et al. (1996). "Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide". *Archives of General Psychiatry,* 53: 339-348.
Shaffer, D., C. R. Pfeffer, Work Group on Quality Issues: Bernet W. Chair. (2001). "Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with suicidal behavior". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 40(7) Supp. July, 24S-51S.
Siegrist, M. (1996). "Church attendance, denomination, and suicide ideology". *Journal of Social Psychology,* 136: 559-566.
Silverman, A. B., H. Z. Reinherz & R. M. Giaconia. (1996). "The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study". *Child Abuse & Neglect,* 20: 709-723.
Sorri, H., M. Henriksson & J. Lonnqvist. (1996). "Religiosity and suicide: findings from a nationwide psychological autopsy study". *Crisis,* 17: 123-127.
Spirito, A., & J. C. Overholser. (2003). *Evaluating and treating adolescent suicide attempters: From research to practice*. Nueva York: Academic Press.
Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas.* Buenos Aires: Hormé.
Zhang, J. & S. Jin. (1996). "Determinants of suicide ideation: a comparison of Chinese and American college students". *Adolescence,* 31: 451-467.