

DetECCIÓN DE RIESGO SUICIDA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS

Alberto Javier Córdova Alcaráz,
Aurora Guadalupe Estrada Trejo,
Marina Velázquez Altamirano

Resumen

Objetivo. Detección de riesgo suicida en adolescentes, así como determinar si el instrumento utilizado clasifica de manera adecuada a los sujetos en cuanto a los niveles de percepción de riesgo suicida (leve, moderado y severo). *Material y métodos.* Estudio transversal, correlacional, ex post facto con una muestra no probabilística de 1 169 personas. Se usó la escala de probabilidad de riesgo suicida (SPS) que recaba información de cuatro áreas: *hostilidad, actitud negativa del self, ideación suicida y desesperanza*, mostrando buenos

Abstract

Objective. Detecting suicide risk in adolescents, and to determine whether the instrument used properly classify subjects in terms of perceived levels of suicide risk (mild, moderate and severe). *Material and Methods.* Cross-sectional, correlational, ex post facto with a non probabilistic sample of 1 169 people. We used the probability scale Suicide Risk (SPS) that collects information in four areas: Hostility, Negative Self Attitude, Suicidal Ideation and Hopelessness, showing good levels of reliability and validity. *Results.* Significant correlations were

ALBERTO JAVIER CÓRDOVA ALCARÁZ. Departamento de Investigación Psicosocial y Documental de Centros de Integración Juvenil A. C. Profesor de la Facultad de Psicología de la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) del Conacyt [betito165@hotmail.com].

AURORA GUADALUPE ESTRADA TREJO, Universidad Nacional Autónoma de México.

MARINA VELÁZQUEZ ALTAMIRANO, Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica de Centros de Integración Juvenil A. C.

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 15, núm. 1, enero-junio 2013, pp. 7-21.

Fecha de recepción: 18 de octubre de 2011 | Fecha de aceptación: 8 de mayo de 2012

niveles de confiabilidad y validez. *Resultados.* Se detectaron correlaciones relevantes entre los componentes de la escala. 34.7% de la población fue clasificada con riesgo suicida leve; 46.1%, con moderado y 19.2% con severo. En términos generales, el instrumento cataloga en una forma apropiada a 90.0% de los entrevistados. *Conclusiones.* Es indispensable promover la difusión de información objetiva acerca del riesgo suicida como problema psicosocial y de salud pública para prevenir la consumación de esta conducta, reorientando a los adolescentes e informando a los familiares de éstos en la detección de las señales que indican la posible aparición de tales hechos con el fin de evitar en lo posible resultados contraproducentes.

PALABRAS CLAVE
Ideación suicida

found between the components of the scale. 34.7% of the population was classified as mild suicide risk, 46.1% with moderate and 19.2% as severe. Overall, the instrument classified as a form appropriate to 90.0% of respondents. Conclusions. It is necessary to promote the dissemination of factual information about suicide as a problem of irrigation psychosocial and public health, to prevent the consumation of this behavior, redirecting teens and informing their relatives in the detection of signals that indicate the possible occurrence of these events, to avoid possible counterproductive results.

KEYWORDS
Suicidal ideation

La conducta suicida representa un problema de salud pública a escala mundial, ya que se ha estimado que, en la mayoría de los países, el suicidio se halla entre las diez principales causas de muerte; en México, es poco frecuente entre los niños, pero se agudiza en las etapas de adolescencia y la juventud (INEGI, 2005).

Actualmente, el suicidio se incrementa con rapidez entre los adolescentes y se constituye ya como una de las primeras causas de muerte. Para los varones jóvenes, la mortalidad por esta causa en el grupo de 14 a 19 años significa 10.64% del total de las muertes por suicidio. 15.40% de ese mismo total se da en el grupo de 20 a 24 años y 13.73% en el grupo de

25 a 29 años. Respecto de las mujeres, en el mismo orden, los porcentajes son 18.11, 17.34 y 12.16% (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010).

En los últimos 30 años, el índice de suicidios ha crecido uno por cada 10 intentos y ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad entre adolescentes, en muchos países. Sólo en 2000, en el Distrito Federal, el intento suicida en adolescentes fue de 9.5% en los años de secundaria (González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador, 2002).

A lo largo de tres décadas, el suicidio en México creció aproximadamente 300% y, hoy, se ubica en cuatro por cada 100 mil habitantes, siendo la población joven la que más lo efectúa (Peñaloza, 2010). En el ámbito mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que cada año se suicidan más de un millón de personas, lo que representa 1.8% del total de los decesos (OMS, 2009). Sin olvidar que el suicidio es el segundo motivo de mortalidad entre los jóvenes y, en México, la quinta para los menores de 15 años (Programa Nacional de Salud, 2001/2006).

La Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ) señala que la juventud una etapa de transición entre la niñez y la adultez, donde el individuo va convirtiéndose en una persona autónoma para incorporarse a la vida social y lograr la independencia familiar (OIJ, 2004). La adolescencia se considera un estadio trascendente en la vida de los seres humanos, ya que, en esta etapa, se define la identidad afectiva, psicológica y social (Carvajal, 1993; González, 2001).

En los adolescentes, se han detectado patrones conductuales que pueden ser indicadores de riesgo suicida, como las manifestaciones depresivas, el aislamiento y el descontento con el medio. El riesgo suicida puede definirse como la predicción, con base en la experiencia previa y actual del sujeto, de su potencial autodestructivo (González-Forteza y Andrade-Palos, 1995). Ese potencial de autodestrucción puede relacionarse con factores emocionales que precipitan conductas de riesgo, depresión y suicidio. La tendencia suicida podría basarse en algunos rasgos de personalidad que forman parte de cada individuo y que lo inclinan a reaccionar de esa manera (Shneideman, 1976).

Asarnaw y Carlson (1987) descubrieron que muchas de las personas que se habían suicidado o que lo habían intentado provenían de hogares disfuncionales, de ambientes familiares caóticos y conflictivos, que son un factor de riesgo para la aparición de conductas depresivas y suicidas en los muchachos (Miranda, 2000; Gracia, 2005). A ello se suma a la modificación de la estructura familiar donde, en la actualidad, la mujer participa activamente en la generación de recursos económicos para el sustento familiar, lo cual ha contribuido a la disfuncionabilidad del hogar, entre otras circunstancias, al hacer que el adolescente, prácticamente, “viva solo” la mayor parte de su tiempo sin recibir una adecuada atención familiar (García, 1990; Ariza, 2004).

“La socialización es un proceso de integración. Es parte necesaria en el desarrollo del niño. En este proceso, es de primordial importancia la relación con la madre y con el padre, pues, a partir de ello, el niño aprenderá comportamientos sociales que le permitan una mayor seguridad y satisfacción en su comunidad y consigo mismo” (Greenberg, Siegel y Leitch, 1983; Rodríguez, 1989). Gran parte de la literatura psicológica resalta a la madre en su papel de nutricia proveedora y primer objeto libidinal en la vida del niño. El padre es una figura que afecta con su presencia, o con su ausencia, moldeando el desarrollo y personalidad del niño (Palacios, 2002).

La familia sirve a la sociedad, puesto que es el primer grupo de socialización del ser humano, pero, también, a sus miembros, pues se constituye, para ellos, en la matriz por excelencia de múltiples experiencias y modelos de interrelación humana (Wagner, 1994; Zingman, 1996; Villatoro *et al.*, 1997). El clima psicológico del hogar influye directamente en la adaptación personal y social del adolescente por su influencia sobre su patrón de conducta e, indirectamente, por el efecto que tiene sobre sus actitudes (Hurlock, 1987).

Por lo común, la investigación acerca del riesgo suicida se ha centrado en estudios de tipo epidemiológico, porque reconoce como causales trastornos emocionales agravados principalmente por conflictos familiares, problemas económicos y escolares, violencia intrafamiliar, incomprensión y situaciones de vacío existencial. A menudo, las personas que atentan

contra su vida presentan una combinación de problemas que se remontan al pasado —en particular a la infancia— y se reactivan en la adolescencia sumándose a los conflictos actuales.

El riesgo suicida puede definirse como la predicción de la probabilidad suicida con base en la experiencia previa y actual de un sujeto (Lazard, 1988). La importancia de detectar jóvenes en riesgo suicida se debe a que varios estudios indican que los muchachos con ideación suicida poseen mayor probabilidad de consumar este acto (Van, 2001; Gould, Greenber, Velting y Shaffer, 2003; Aseltine y Demartino, 2004; Gutiérrez, 2005).

El suicidio es un fenómeno complejo de las relaciones humanas y es multifactorial, lo cual implica que un problema de esta naturaleza requiere percepciones múltiples; por ello, un enfoque holístico propicia un tratamiento capaz de revelar las verdaderas raíces en que se funda y se propaga dicho fenómeno (Ringel, 1976). El suicidio puede prevenirse descubriendo los factores de riesgo inherentes que propician la consumación de esta conducta.

En específico, la aplicación de acciones dirigidas a promover los factores protectores y a disipar los de riesgo de este tipo de conductas, contando con la colaboración de los elementos que rodean al adolescente —llámense familia, escuela, grupo de pares, amigos, entre otros—, podrían prevenir el suicidio en los adolescentes (Delgado, Naranjo, Camejo, y Forcelledo, 2002).

Método

OBJETIVO GENERAL

La presente investigación tuvo como finalidad la detección de riesgo suicida en adolescentes, así como determinar si el instrumento denominado escala de probabilidad de riesgo suicida (SPS) presenta validez, discriminando de manera adecuada a los sujetos entrevistados en los niveles que esta herramienta maneja de riesgo suicida (leve, moderado y severo).

SUJETOS

En el estudio participaron 1 169 adolescentes estudiantes de segundo grado de cuatro secundarias del Distrito Federal, ubicadas en zonas de alto riesgo, de acuerdo con los criterios del Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO) efectuado por los Centros de Integración Juvenil, A. C.¹ (Díaz, Chacón, Gracia, Rodríguez, 2008).

71.0% de los entrevistados era del turno matutino y 29.0% del vespertino. 47.9% de la muestra eran mujeres y 52.1%, hombres. La edad promedio de la muestra en general fue de 13.8 años con una desviación estándar de 0.63.

DISEÑO

Estudio transversal, ex post facto, correlacional y predictivo, con una muestra no probabilística.

INSTRUMENTO

El instrumento abarcó una sección para conocer los datos sociodemográficos de los participantes y la escala de medición de riesgo suicida (SPS), la cual es una medida de autorreporte de 36 ítems que evalúa el riesgo suicida en adolescentes y adultos; está integrada por cuatro subescalas: la *desesperanza*, la *ideación suicida*, la *actitud negativa del self* y la *hostilidad*. La existencia de riesgo suicida se obtiene con base en las cuatro escalas antes mencionadas. A mayor calificación en las subescalas, mayor probabilidad de riesgo suicida. Los puntajes globales en las cuatro escalas sitúan a los participantes en riesgo suicida leve, moderado o severo (Cull y Wayne, 1982).

¹ Organización mexicana que desde hace 41 años ofrece tratamiento, prevención, investiga y capacita recursos humanos sobre el consumo de drogas en México y que, hasta diciembre de 2010, cuenta con 112 unidades de atención en todo el territorio nacional.

Las preguntas de cada una de las subescalas que forman el instrumento se observan en la tabla 1.

Tabla 1. Agrupamiento por subescala

<i>Subescala</i>	<i>Preguntas</i>
Ideación suicida	4, 7, 20, 21, 24, 25, 30, 32.
Desesperanza	5, 12, 14, 15, 17, 19, 23, 28, 29, 31, 33, 36.
Evaluación negativa del <i>self</i>	2, 6, 10, 11, 18, 22, 26, 27, 35.
Hostilidad	1, 3, 8, 9, 13, 16, 34.

La confiabilidad del instrumento para México fue creada por Lazard (1988), expresando valores aceptables, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Confiabilidad de la escala de riesgo suicida (sps).

<i>Reactivo</i>	<i>Alpha</i>
Cuando me enojo, aviento cosas.	0.692
Siento que mucha gente se preocupa por mí.	0.710
Siento que tiendo a ser impulsivo.	0.703
Pienso en cosas demasiado malas.	0.700
Siento que tengo demasiada responsabilidad.	0.704
Pienso que podría hacer cosas que valen la pena.	0.709
Con el objeto de castigar a otros, pienso en el suicidio.	0.681
Siento hostilidad hacia otros.	0.687
Me siento aislado de la gente.	0.694
Siento que la gente aprecia mi verdadera persona.	0.700
Siento que mucha gente entristecería si muero.	0.696
Me siento tan solo que no puedo tolerarlo.	0.680
Otros sienten hostilidad hacia mí.	0.699
Siento que, si pudiera empezar otra vez, cambiaría muchas cosas en mi vida.	0.696
Siento que no puedo hacer muchas cosas bien.	0.698
Tengo problemas para encontrar y mantener un trabajo que me guste.	0.702
Pienso que nadie me extrañaría si no estoy.	0.696
Las cosas parecen estar bien para mí.	0.709
Siento que la gente espera demasiado de mí.	0.697

Siento que necesito castigarme por cosas que he dicho y pensado.	0.681
Siento que no vale la pena continuar en este mundo.	0.691
Planeo el futuro con mucho cuidado.	0.698
Siento que no tengo muchos amigos con los que pueda contar.	0.696
Siento que si yo muriera la gente estaría mejor.	0.691
Siento que sería menos doloroso si muriera que continuar vivo como están las cosas.	0.690
Me siento / sentí cercano (a) a mi madre.	0.705
Me siento /sentí cercano a mi compañera (o).	0.703
Siento poca fe en que las cosas mejoren.	0.693
Siento que la gente no me acepta a mí ni lo que hago.	0.697
He pensado cómo matarme.	0.679
Me preocupo por el dinero.	0.694
Pienso en el suicidio.	0.683
Me siento cansado e indiferente.	0.692
Cuando me enojo, rompo cosas.	0.700
Me siento/ sentí cercano a mi padre.	0.698
Siento que no puedo ser feliz independientemente de donde esté.	0.674
Alpha global	0.701

ANÁLISIS DE DATOS

Se analizaron las frecuencias de las variables medidas. Para evaluar la confiabilidad de la escala de riesgo suicida, se analizó la consistencia interna, así como la homogeneidad de sus áreas, mediante el coeficiente *alfa de Cronbach*. Para evaluar la validez y el poder discriminativo de la escala, se hizo un análisis de regresión multinomial.

RESULTADOS

Las áreas donde los participantes obtuvieron un mayor valor promedio fueron la hostilidad y la desesperanza, como se aprecia en la tabla 3.

Tabla 3. Resultados por subcategorías (n = 1 169)

<i>Área</i>	<i>Media</i>	<i>de</i>
Hostilidad	16.02	6.60
Evaluación negativa del <i>self</i>	13.75	5.33
Ideación suicida	14.29	5.80
Desesperanza	15.45	6.70
Puntaje total	61.08	8.66

De acuerdo con la escala, 34.7% de los adolescentes se clasificó con un riesgo suicida *leve*; 46.1% con riesgo suicida *moderado* y 19.2%, con riesgo suicida *severo* (tabla 4).

Las correlaciones existentes entre las diferentes áreas analizadas en la presente investigación son significativas; resalta la relación entre la ideación suicida y la desesperanza (tabla 5).

Para determinar la capacidad de discriminación entre los tres niveles de riesgo suicida que la escala proporciona, se efectuó un análisis de regresión logística multinomial. Las X^2 reportadas en la tabla 6 denotan que son significativas y demuestran la diferencia existente entre las áreas que conforman la escala y su poder discriminativo.

Tabla 4. Resultados por subcategorías (n = 1 169)

<i>Área</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Leve	406	34.7
Moderado	539	46.1
Severo	224	19.2
Total	1169	100.0

Tabla 5. Correlaciones

	<i>Hostilidad</i>	<i>Self</i>	<i>Ideación suicida</i>	<i>Desesperanza</i>
Hostilidad	1	0.352**	0.286**	0.123**
Self		1	0.299**	0.359**
Ideación suicida			1	0.405**
Desesperanza				1

**Correlación significativa al 0.01

Tabla 6. Prueba de razón de posibilidades

<i>Efecto</i>	<i>Criterio de ajuste del modelo</i>	<i>Prueba de razón de posibilidades</i>		
		X ²	gl	Sig.
Intercepto	-2 Log de la verosimilitud del modelo reducido	1665.940	2	.000
Hostilidad		413.596	2	.000
Actitud Negativa del <i>self</i>		313.671	2	.000
Ideación suicida		167.875	2	.000
Desesperanza		420.966	2	.000

El presente análisis clasificó correctamente al sujeto con riesgo suicida leve en 87.4%, con riesgo moderado en 91.3% y al de riesgo severo en 91%. En términos generales, la escala (SPS) catalogó de modo apropiado a 90% del total de los participantes (tabla 7).

Tabla 7. Clasificación

<i>Observado</i>	<i>Predictivo</i>			<i>% Correcto</i>
	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Severo</i>	
Leve	355	50	1	87.4%
Moderado	40	492	7	91.3%
Severo	3	16	205	91.5%
% total	34.0%	47.7%	18.2%	90.0%

Al comparar a los adolescentes con probabilidad de riesgo leve y moderado con los sujetos que manifestaron probabilidad de riesgo severo —categoría seleccionada como parámetro a estimar—, se detectan diferencias estadísticamente significativas en las cuatro áreas que integran el instrumento (tabla 8).

Discusión

Intentar predecir la conducta suicida es difícil, ya que no es un comportamiento con alta incidencia, además de que deben conjuntarse diversos

Cuadro 8. Parámetros estimados

<i>Eval(a)</i>		<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Wald</i>	<i>Df</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
Leve	Intercepto	43.624	2.379	336.130	1	.000	
	Hostilidad	-.723	.049	214.530	1	.000	.485
	Actitud Negativa del <i>self</i>	-.842	.061	187.955	1	.000	.431
	Ideación suicida	-.583	.053	122.154	1	.000	.558
	Desesperanza	-.786	.054	214.146	1	.000	.456
Moderado	Intercepto	20.817	1.682	153.165	1	.000	
	Hostilidad	-.279	.030	85.104	1	.000	.757
	Actitud Negativa del <i>self</i>	-.310	.036	73.242	1	.000	.734
	Ideación suicida	-.246	.033	56.192	1	.000	.782
	Desesperanza	-.286	.031	84.788	1	.000	.751

La categoría de referencia es riesgo severo.

factores para que ocurra, y la mayoría de los instrumentos adolecen, en ocasiones, de elementos que los lleven a conclusiones tajantes e indiquen qué adolescente está en riesgo, (Bobes, Sáiz, García-Portillo, Bascarán y Bousoño, 2004). Pero la investigación constante hace que el suicidio se correlacione con ciertos factores de riesgo aportando mayor información y permitiendo tener un mayor grado de certeza, lo que se traduce en intervenciones más efectivas (Gould *et al.*, 2003; Clayton y Auster, 2008; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001). En el presente trabajo, se pone de manifiesto la relación existente entre los factores de riesgo *evaluación negativa del self*, *la desesperanza*, *la ideación suicida* y *la hostilidad* con la predicción de probabilidad de *riesgo suicida*.

Por lo regular, las características esperadas y buscadas al estudiar riesgo suicida y prevenir el suicidio están ligadas a las fantasías de muerte, pensamiento de desesperanza, la agresión que maneja el sujeto y su sentimiento hacia consigo mismo (González-Forteza y Andrade-Palos, 1995).

Si el riesgo suicida es la predicción con base en la experiencia previa de un sujeto, las respuestas obtenidas demuestran que se está en mayor riesgo suicida (en función de esta escala) cuando sus respuestas se asocian

con fantasías, ideas y pensamientos vinculados a cómo autodestruirse, además de pensamientos de desesperanza donde el individuo piensa y siente que no existe ayuda para modificar la situación.

Es necesario que la persona posea fuertes reacciones agresivas para poder autodañarse, así como también el sujeto con un alto riesgo suicida se siente devaluado consigo mismo y con lo que hace.

La falta de apoyo para solventar las necesidades emocionales de los adolescentes va en detrimento de un desarrollo saludable, por lo cual presenta carencias afectivas que, quizá, hagan presente el riesgo suicida. Debe tenerse en cuenta que este tipo de conductas se manifiestan de modo encubierto en conductas riesgosas.

Los resultados obtenidos expresan que la escala de predicción de riesgo suicida (SPS) distingue en forma significativa a los sujetos de los tres grupos de clasificación, lo cual permite tomar acciones de acuerdo con cada caso.

La observación de tales resultados comprueba que el riesgo y el comportamiento suicidas no sólo se basan en una sola conducta, conocida como la expresión de consecuencias graduales de perturbaciones en donde el acto, aunque de suma importancia, no es el objetivo de la prevención; sería necesario intervenir en los procesos que llevaron al individuo a tomar la decisión de terminar con su vida, pues éstos constituyen la estructura básica de la conducta y expresión suicida. Ringel (1976) teóricamente lo nombró el síndrome presuicida; en términos de prevención, es útil para valorar a una persona con potenciales autodestructivos.

Las personas pocas veces llegan al suicidio consumado de manera abrupta; por lo común, lo piensan y fantasean, como una forma de buscar solución a uno o varios conflictos. Aunque pueden abandonar la idea si aparecen otras alternativas viables, si ello no sucede, pueden pensar en el suicidio de modo muy insistente.

Cuando la idea adquiere más fuerza, se vuelve más atractiva: el sujeto planea cómo hacerlo, con qué medios, cuándo, etcétera. Para que eso ocurra, el individuo debe sentirse sin esperanza alguna y, sobre todo, pensar que nada ni nadie lo va a ayudar, salvar o cambiar la situación problemática (Beck, Kovacs y Weissman, 1975).

Las teorías respecto de la adolescencia, familia, riesgo suicida y ausencia emocional, revelan que esta última es una variable fundamental de fuerte influencia durante el desarrollo de la persona que, moviliza, obstaculiza o inhibe funciones de desarrollo que generan riesgo suicida y conductas riesgosas.

Es evidente que la ideación suicida debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinaria porque influyen varios elementos, entre los cuales pueden mencionarse los psicosociales, educativos y la perspectiva de género, entre otros.

En conclusión, la adolescencia es una etapa del desarrollo en la cual se lucha por alcanzar plena madurez social y se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad, con un consecuente abandono de la infancia y la adquisición de papeles de adulto. Debido a ello, algunos individuos tienen mayores dificultades para poder adaptarse; incluso, manifiestan síntomas de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión y perciben que su futuro se halla fuera de control. Así, la ideación y el intento suicida surgen como una salida ante tal situación (Artasánchez, 1999).

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40 supl. 7, 24-51.
- Ariza, M. (2004). *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: UNAM.
- Artasánchez, S. (1999). *Factores de riesgo para la ideación suicida: análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza*. Tesis de maestría. México: UNAM.
- Asarnaw, J. y Carlson (1979). Coping strategies, self-perception; hopelessness and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (3).
- Azeltine, R. y Demartino, R. (2004). An outcome evaluation of the suicide prevention program. *Am J Public Health*, 94, 446-451.
- Beck, T.; Kovacs, M. y Weissman, M. A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *JAMA* 234(11), 1146-1149.

- Bobes, J.; Sáiz, P.; García-Portillo, M.; Bascarán, M. y Bousoño, M. (2004). Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. *Ars Médica*. Barcelona.
- Borges, G.; Orozco, R.; Benjet, C. y Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública. México*, 52 (4), 292-304.
- Carvajal, C. G. (1993). *Adolescer: la aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica de la adolescencia*. Colombia: Tiresias.
- Clayton P. y Auster, T. (2008). Strategies for the prevention and treatment of suicidal behavior. *Focus*, 6, 15-21.
- Cull, G. J. y Wayne, S. G. (1982). *Suicide Probability Scale* sps. Manual Western Psychological Services.
- Delgado, C. A.; Naranjo, F.; Camejo, M. M. y Forcelledo, LL. C. (2002). Análisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 4, 2002.
- García, S. P. (1990). *Padres + Hijos*. México: Limusa.
- González Núñez, J. J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: El Manual Moderno.
- González-Forteza, C. y Andrade-Palos, P. (1995) La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación de la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, vol. 18 núm. 4, 41-48.
- González-Forteza, C.; Villatoro, V. J.; Alcántar, E. I.; Medina-Mora, M. E.; Fleiz, B. C.; Bermúdez, L. P. y Amador, B. N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 26 (6), 1-12.
- Gould, M.; Greenber, T.; Velting, D. y Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42 (4), 386-405.
- Gracia, E. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28.
- Greenberg, M. T.; Siegel, J. M., y Leitch, C. J. (1983). The natura and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 12 (5).
- Gutiérrez, P. (2005). Integratively assessing risk and protective factors for adolescent. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(2), 129-135.
- Hurlock, E. (1987). *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (México). II Censo de

- Población y Vivienda 2005. Disponible en [www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo 2005](http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo%202005)
- Lazard, P. (1988). El riesgo suicida en adolescentes en relación con la pérdida de la figura paterna. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología-UNAM.
- Miranda, S. (2000). Suicidio e intento de suicidio en la población escolar y adolescente del Hospital Infantil de México de 1990-1999. Tesis de Especialidad en Pediatría Médica. México: UNAM.
- Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ) (2004). *La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias*. Santiago de Chile.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Información disponible en <http://www.oms/html/>.
- Palacios, Jesús (2002). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Peñaloza, Pedro José (2010). *La juventud mexicana. Una radiografía de su incertidumbre*. México: Porrúa.
- Ringel, E. (1976). The Presuicidal Syndrome. *Suicide and Life Threatening*, 6, 131-149.
- Rodríguez, M. L. (1989). Amores y desamores en la relación padres-hijos. *Cuadernos de Psicoanálisis*, 3 y 4.
- Shneidman, E. (1976). *The Psychology of Suicide*. Nueva York: Jason Aronson.
- Van, I. (2001). Suicide in adolescents. *Int Clin Psychopharmacol*, 16(2), 1-6.
- Villatoro, V. J. A. et al. (1997). La relación padres- hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*, 20 (2), 21 -27.
- Wagner, B. (1994). Adolescent sibling differences in suicidal symptoms: The role of parent relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (3).
- Zingman, D. G. C. (1996). Modalidades del funcionamiento familiar. Buenos Aires: Belgrano.