

PERCEPCIÓN SOCIAL DE LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS QUE CONSUMARON SUICIDIO DURANTE LOS AÑOS 2002-2005 EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (COLOMBIA)

Jackeline Arroyave González*
Sandra Milena Díaz Castilla**
Jennifer Del Toro Granados***
Guillermo Augusto Ceballos Ospino****

RESUMEN

Antecedentes: Uno de los principales factores psicosociales que confiere relevancia durante el análisis multicausal del suicidio es la familia, la cual actúa en el transcurso de la vida del individuo como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar.

Objetivo: Determinar la percepción social de los familiares de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta durante los años 2002-2005. **Método:** Estudio descriptivo y retrospectivo a través de la aplicación de un cuestionario el cual hace referencia a la percepción social para los familiares del suicida, además el APGAR familiar como instrumento de apoyo.

Resultados: De los 30 casos estudiados se encontró que las personas que se suicidaron con más frecuencia correspondían al sexo masculino en comparación al sexo femenino, en una relación de 3:1. Las edades en las cuales se presentaron más casos de suicidios corresponden a los rangos entre los 14 a 25 (30%) y entre 26 a 35 (24%). Acorde con el tipo de familia en la cual vivía el sujeto, el 26% lo hacía en familia “nuclear” (padre, madre e hijos), el 37% era monoparental y el restante en lo conocido como familia “extensa”.

Discusión: Se hace clara la contradicción existente entre la actitud positiva frente a la vida que mostraban según la opinión de sus familiares y la toma de decisión del suicidio, relacionado con presiones tanto ambientales como internas del sujeto, que sus familiares no percibieron en su totalidad o no le dieron la relevancia a las posibles reacciones que podían tener frente a estas circunstancias. (Duazary 2007; 2: 112 - 118)

Palabras Clave: Percepción Social, suicidio, familia.

* Psicóloga, Miembro del grupo de Investigación “Estudio del Suicidio y comportamiento de Riesgo Sexual”, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia.

** Psicóloga, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia.

*** Estudiante Psicología miembro del Grupo Investigación “Estudio del Suicidio y comportamiento de Riesgo Sexual”, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia.

**** Psicólogo, Director del Grupo de Investigación “Estudio del Suicidio y comportamiento de Riesgo Sexual”, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia.



ABSTRACT

Background: One of the principal psycho-social factors that awards relevancy during the multi-causal analysis of the suicide is the family, which acts in the life's course of individuals as a modulating agent in their relation with the environment, causing a minor or major vulnerability for the disease and the learning of protective health conducts from its family functioning.

Objective: To determine the social perception of the relatives of the people who completed suicide in Santa Marta during years 2002-2005. Method: descriptive and retrospective study across the application of a questionnaire which refers to the social perception of the suicide's relatives, and also the application of the familiar APGAR as an instrument of support.

Results: According to the 30 cases studied, the people, who more frequently committed suicide, were male compared to the females, in a scale of 3 to 1. The age with more cases of suicides are among 14 to 25 (30%) and 26 to 35 (24%). According to the type of family the person was living with, the 26% lived in a "nuclear" family (father, mother and kids of their own), 37% was in a single parenting family and the remaining percentage was living in an extended family.

Discussions: The social perception of the relatives of people who has completed suicide respect to the event reflects that these were responsible persons and with a high performance in their work, they were happy and expressive. according to the opinion of their relatives the existing contradiction becomes clear among the positive attitude opposite to the life that they were showing and decision of the suicide, related to both environmental and internal pressures of the subject, which their relatives did not perceive completely or did not give the relevancy to the possible reactions that could have to these circumstances.

Key words: Social perception, suicide, family.

INTRODUCCIÓN

Los reportes de las tasas de suicidio en el mundo, en Colombia y en la ciudad de Santa Marta han significado hasta el momento los principales elementos de alerta ante este fenómeno, que constituye un problema de salud pública.¹⁻⁴ La OMS reporta un millón de suicidios al año en todo el mundo, se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad y la tercera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 34 años, las investigaciones señalan que las tasas de suicidio en las Américas oscilan entre el 2 y 13 por cada 100.000 habitantes.¹

En la última década, la tasa de suicidio en Colombia ha estado entre cuatro y cinco muertes por cada cien mil habitantes. Durante el año 2005, se realizaron 1.786 necropsias en Colombia cuya probable manera de muerte fue suicidio, 31 casos menos que en el año 2004, observándose un descenso del 1,7%; el 79% correspondió al género masculino con una edad promedio de 36,2 años mientras que la de las mujeres fue de 28,3 años. La tasa de mortalidad específica para

suicidio en el año 2005 fue de 3,9 casos por cada 100.000 habitantes, diferencia que no es estadísticamente significativa (IC = 0,9-1,0) comparada con el 2004.⁵

Santa Marta tiene una población de 447.860 habitantes⁶, es la capital del Departamento del Magdalena, tiene una extensión de 239.935 hectáreas de la superficie terrestre de la Costa Caribe Colombiana. Los casos de suicidio en la ciudad de Santa Marta oscilan entre 3.3 y 7.8 por cada 100 mil habitantes. Durante los años 2002 y 2003 ocurrieron 14 y 15 suicidios en Santa Marta respectivamente, para unas tasas de 3.3 y 3.5 por cada 100.000 habitantes.⁶

Para la presente investigación se hace relevante uno de los factores de protección contra la conducta suicida: La familia. La función primordial de las familias es atender las necesidades y cuidado de los hijos, estas necesidades son de índole biológico- material y espiritual las cuales son atendidas según los modos de vida y costumbres, conocimientos y grados de desarrollo alcanzados en la sociedad de la que forma parte, por medio de la educación.⁷

Toda muerte de una persona provoca impacto en los sentimientos y en las creencias de quienes conforman su grupo familiar primario. Ahora la muerte por suicidio le suma el problema de la voluntad humana, ya que no se trata de una muerte natural, sino que es la propia persona la que decide acabar con su vida. Este hecho posee efectos en dicha familia desequilibrante, ya que los familiares no sólo deben enfrentar la desaparición física de alguien allegado, sino que además deben afrontar el duro golpe que significa el que esa desaparición haya sido deseada o buscada por la misma persona⁸.

Un estudio sobre la percepción social que se tiene sobre el suicidio indica que el 60% señala como atribución causal del mismo a factores externos como son los factores económicos y los problemas interpersonales.⁹ Una investigación indica que los hombres son más propensos a aceptar el suicidio que las mujeres, es decir que una persona tiene derecho a suicidarse.^{10,11} No obstante, otro estudio encontró que las mujeres son más simpáticas con la víctima del suicidio cuando esta es mujer.⁹

Para Clemente y González¹², el suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo, su existencia y realidad social, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o que percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante esto su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, pérdida de algunos roles desempeñados, así como confrontaciones con la realidad social, hasta que en un momento dado decide excluirse suicidándose, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento.

Actualmente existe una tendencia al predominio del análisis multicausal y evolutivo de este fenómeno, que confiere relevancia a factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales que actúan como desencadenantes.¹³

Uno de estos factores psicosociales es la familia, que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar.^{14,15} Este lo comprendemos con una dinámica relacional sistémica que se establece

entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente, cumpla sus funciones y permita la expresión y desarrollo de la individualidad.¹⁶

Las pautas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos de Funcionamiento Familiar que constituyen factores de riesgo familiares esenciales para la conducta suicida.^{13, 17-19}

Es relevante indicar que aquellas personas con padres, hermanos o familiares cercanos que se han suicidado presentan un riesgo doble de suicidarse que aquellos sin esta historia familiar de suicidio, al igual que el tener familiares cercanos con enfermedad mental incrementa el riesgo de suicidio en un 50%.²⁰ Asimismo, se puede decir que el desempleo incrementa el riesgo de suicidio comparado con los no desempleados.²¹

El propósito de la presente investigación fue determinar la percepción social de los familiares de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta durante los años 2002-2005.

MÉTODO

El presente es un estudio transversal descriptivo en el que se determinó la percepción social de los familiares frente al fenómeno del suicidio de alguno de sus integrantes, discriminada en cuanto a la comunicación, atribución e impresiones de estos acerca del suceso.

La población objeto de estudio estuvo constituida por los familiares relacionados con los casos considerados de etiología medico-legal suicida y registrada en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Santa Marta durante los años 2002-2005, los cuales constituyen un total de 60 casos.²²

Del total de los casos se tomó como muestra el 50%, es decir 30 casos. Estos fueron seleccionados por medio de muestreo aleatorio simple con reemplazo.

Para la recolección de la información fue necesaria la realización de un cuestionario de percepción social y la utilización como apoyo del **APGAR** familiar. Luego se hizo la ubicación de los familiares de los casos escogidos, se les explicó el objetivo del estudio y luego de obtener su permiso informado se les aplicó el cuestionario de percepción social y el APGAR familiar.

RESULTADOS

De los 30 casos estudiados se encontró que las personas que se suicidaron con más frecuencia correspondían al sexo masculino en comparación al sexo femenino, en una relación de 3:1. Las edades en las cuales se presentaron más casos de suicidios corresponden a los rangos entre los 14 a 25 (30%) y entre 26 a 35 (24%).

Respecto al estado civil, el 43% de los suicidas no tenían pareja en el momento del hecho (o estaban separados o eran solteros). El 23% de los padres de los suicidas eran viudos o separados al momento del suceso.

En lo tocante al aspecto religioso de los sujetos que consumaron suicidio, se halló que el 87% pertenecía o tenía alguna creencia religiosa según la familia.

La escolaridad de estos sujetos era de un 50% con estudios de secundaria completa, un 20% incompleta, un 16% con estudios primarios únicamente y el 14% restante en porcentajes iguales (7%) tenían estudios técnicos y universitarios.

Referente al nivel socioeconómico se encontró que el 80% pertenecía al estrato socioeconómico bajo y el 20% restante al estrato medio bajo. El 80% no tenía empleo formal, es decir con las prestaciones de ley, sino que hacían parte de la masa de trabajadores del “rebusque” o empleo informal.

Acorde con el tipo de familia en la cual vivía el sujeto, el 26% lo hacía en familia “nuclear” (padre, madre e hijos), el 37% era monoparental y el restante en lo conocido como familia “extensa”.

Sobre antecedentes familiares de suicidio se halló que éste existía en un 13%.

Se encontró que los familiares consideran que los sujetos se preocupaban mucho por su aspecto personal (53%); eran alegres, afectuosos y expresivos (90%) en sus relaciones con las demás personas; además tenían un buen rendimiento en el trabajo y/o escuela (93%).

Teniendo en cuenta los diferentes canales de comunicación, las señales que se identificaron dentro de su contexto social y familiar asociadas al suceso de suicidio tomando como referencia uno de los familiares fueron:

- Para el 53% de los familiares de las personas que se suicidaron no percibieron nada extraño que indicará

que se iba a suicidar; sin embargo, un 33% notó un cambio brusco en las relaciones de estos para con otras personas diferentes a sus familiares.

- Para el 74% de los familiares entrevistados no es relevante la idea de que la decisión del miembro de su familia que se suicidó pudo haber estado influenciada por la noticia de un suceso similar entre sus amigos o familiares. No obstante un 13% consideró que sí pudo haber existido algún tipo de relación.

La percepción del 40% de los familiares no están de acuerdo acerca de que las personas que dicen que se van a suicidar finalmente lo logran, esto es muy significativo en la medida en que justifican sus respuestas con mitos como: “si una persona dice que se va a suicidar lo hace para intimidar o llamar la atención de los demás”, “la persona que va a hacerlo lo hace y no lo manifiesta”, “si la persona es seria lo hace”, “el que lo dice no lo hace, el que no lo dice si lo hace, porque el que se calla sufre más, pero el que lo dice se desahoga”.

Por otra parte, según los familiares de las personas que cometieron suicidio, un 53% atribuyen sus causas a la decepción amorosa y en segundo lugar la posible relación que existe entre los problemas familiares con un 27% y los problemas económicos con un 23%.

Según los familiares los factores internos (60%) tienen mayor incidencia en la fatal determinación del suicidio que los externos.

El 56% de los familiares entrevistados consideró que el suicidio los dejó con sentimientos de culpa por no haber hecho nada para evitarlo [esposo(a) y las madres con un 13% c/u; un 10% el padre, un 13% otro familiar y un 7% un hermano(a)].

Los resultados de la aplicación del APGAR se resumen en que el 43% de los familiares de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta perciben a la funcionalidad familiar y los aspectos que la componen como buena, en cuanto a afecto, participación y adaptación. Sin embargo, se denota la relevancia del aspecto Recursos, en el cual la mayoría de las familias de las personas que se suicidan en Santa Marta, la satisfacción por el apoyo económico que reciben, se percibe como algo muy importante a diferencia de otros factores como el de participación, mientras el 34% percibe su familia como levemente disfuncional y un 23% la considera disfuncional.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en el presente estudio indican que la situación de los suicidios ocurridos en la ciudad de Santa Marta en el periodo estudiado, no difiere de lo que acontece en el país y en otras latitudes. Igualmente deja claro que en nuestra ciudad persisten para los familiares mitos sobre el suicidio que de no corregirse será muy improbable iniciar una labor de prevención desde los mismos hogares.

De esta manera se observa un mayor número de suicidios entre la población masculina²³⁻²⁵, para Durkheim²⁶ esto se debe a que los hombres son excesivamente más auto-reflexivos, o más angustiados por necesidades ilimitadas y con menos fuerzas externas reguladoras, o tal vez simplemente porque ellos están menos envueltos en la sociedad. Convirtiéndose esto, en un factor de riesgo para el suicidio en este sexo. Los rangos de edad de las personas que consumaron suicidio se encuentran en un 54% en edades en donde la población es sumamente productiva²³⁻²⁵ para una nación (14 y 35 años), en donde a partir de los 18 años se faculta por ley el trabajar.

La religión no fue considerada por los familiares de los sujetos que se suicidaron como un aspecto que influya en el suicidio, esto puede deberse a que en nuestro medio casi todo el mundo se considera religioso por el solo hecho de creer en Dios o ser bautizado sin ser un “verdadero” practicante de la fe que profesa.

Los solteros o separados presentaron un mayor índice de suicidio que los casados, igualmente, los desempleados o con empleo informal y de bajo estrato económico y educativo,^{21, 27-30} lo cual podría indicar que el estar casado, con trabajo estable, un superior nivel educativo que permita un mayor nivel económico, parecen ser factores “protectores” contra el suicidio.

La mayoría de los sujetos que consumaron suicidio pertenecían a familias denominadas extensas y uniparentales, lo cual puede influenciar negativamente las relaciones familiares.³¹ En la presente investigación solamente el 13% de los suicidas tenían antecedentes familiares de suicidio, lo cual corrobora el estudio de Trenzado, Parras y Feliu³², quienes indican que en la mayoría de los casos de suicidio no existen antecedentes familiares. No obstante, otros estudios señalan lo contrario.^{20, 33-35}

El hecho de que un 53% de los familiares no se percataran de un cambio en la persona que consumó

el suicidio puede estar indicando que la comunidad aun considera un tabú el suicidio y por ende hablar sobre el mismo y poder conocer las señales que nos envía la persona que piensa suicidarse no son captadas como indicios de riesgo de suicidio, esto aunado a que el 40% de los familiares manifiestan que las personas que dicen o amenazan con que se van a suicidar no lo hacen, lo cual comprueba que mitos sobre el suicidio permanecen intactos en las comunidades de riesgo de nuestra sociedad al no prestarle atención ante claras manifestaciones de auxilio.³⁶

Debe destacarse el impacto que tienen los medios de comunicación en las conductas suicidas, particularmente en jóvenes. Algunos autores plantean que el grado de publicidad que se dé a una historia de suicidio se relaciona directamente con el número de suicidios posteriores, especialmente si se trata del caso de una celebridad o personaje importante³⁷. Philips³⁸ encontró que la frecuencia de suicidios aumentaba hasta 10 días después de la información televisada sobre casos de suicidio. Sin embargo, para los familiares de la presente investigación, la influencia de los medios no es tan significativa, lo cual puede denotar el desconocimiento de la influencia de éstos ante diferentes conductas que puede llegar a adoptar un individuo y que pueden ser reorientadas en el entorno familiar.

De igual forma, resulta relevante que a los factores ambientales y sociales los familiares atribuyan preferencialmente la causa a la decepción amorosa del sujeto la cual posee un porcentaje considerable después de la depresión, sin embargo cuando les corresponde comparar estos con factores internos prefieren los segundos como factores a los cuales atribuirle la toma de decisión del suicidio en lo que respecta a uno de sus familiares. Dichos resultados son comparables con la teoría de los sesgos atribucionales de Kelly³⁹, quien encontró que el error fundamental de la atribución es la tendencia a explicar el comportamiento de los demás en términos de causas internas más que externas, es decir atribuimos las acciones de los actores a disposiciones personales estables.

Los familiares consideraron en un 90% que el sujeto que consumó el suicidio era una persona alegre y expresiva, lo cual se puede interpretar por la tendencia que se tiene de identificar bastante bien la alegría, la ira y la tristeza en la personas que observamos.⁴⁰ El 60% de los familiares atribuye las causas del suicidio a problemas familiares (27%) y los problemas económicos (23%), debido a que estos dentro de la vida del ser

humano, según los familiares, son fundamentales para la supervivencia y la felicidad, y por lo tanto si se carece de ella se pierde en muchos casos la esencia de la vida. Por tanto, estas causas podríamos considerarlas externas al sujeto, lo cual corrobora lo hallado en una investigación efectuada por Aaron⁹

De otra parte, es preocupante que el 53 % de los familiares, en especial el esposo(a), compañero(a), padre, madre o hermano, manifiesten haber experimentado sentimientos de culpa por atribuirse responsabilidad sobre el hecho, lo cual, como señalan otros estudios,^{6, 19} deben ser objeto de intervención terapéutica oportuna.

Finalmente, a pesar de que la familia en un porcentaje considerado (43 %) percibe su familia como funcionalmente buena, resaltando el aspecto del apoyo económico como relevante, no se encuentra en este estudio que sea un factor importante y protector para que una persona evite cometer el suicidio. Sin embargo, cuando en la familia no se comprenden los acontecimientos negativos de la vida que pueden generar en un sujeto un alto grado de susceptibilidad, haciéndole difícil manejar estos acontecimientos negativos en forma adecuada, se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios.^{18,19,41}

Por último, los resultados de la presente investigación deben tomarse con cautela debido a el tipo de diseño utilizado, el cual no permite establecer relaciones de causalidad, se sugiere para esto efectuar estudios longitudinales y que incluyan a más miembros de la familia, y no solamente uno, de las personas que consumaron suicidio. Así mismo, se recomienda que futuras investigaciones en la ciudad sobre el tema incluyan variables que no fueron tenidas en cuenta en el presente estudio, tales como: las pautas de crianza de los sujetos que se suicidaron, dinámica familiar o patrones de interacción (secuencias comunicacionales repetitivas que caracterizan a cada grupo y su reiteración las convierte en regla), características de personalidad de los sujetos que se suicidaron, violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias legales e ilegales por parte de los sujetos que se suicidaron, entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization. 2005; 5-6.
2. Vásquez R, Torres L. Mortalidad y Problemas Funcionales: El Suicidio en Colombia 20 años después (1970-1990). Acta Med Coloma. 1993; 18: 113-8.
3. Montoya I. Epidemiología del Suicidio. En Boletín Epidemiológico de Antioquia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. 1996; 253-60.
4. Yunez J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. Bol Ofic Sanit Panam. 1993; 114: 302-16.
5. Forensis. Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – División de Referencia de Información Pericial -DRIP. 2006; 179-203.
6. Ceballos, GA, Arroyave J, Díaz S, Vergara K. Características psicosociales del suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante los años 2002-2003. Boletín electrónico psicología clínica y de la salud. Febrero 2005. extraído de <http://www.abacolombia.org.co>.
7. Dahm I, Geissler A. Sociología para médicos. La Habana: Ed. Ciencias Sociales. 1990; 25-32.
8. Casullo M, Bonaldi P, Fernández M. Comportamientos Suicidas en la Adolescencia: Morir Antes de la Muerte. 2000. Lugar Editorial S.A. Argentina.
9. Aaron J. Percepción social y atribuciones causales acerca del suicidio. Manuscrito presentado para obtener el título de magíster de ciencias en psicología. Universidad del estado de California. 2000. UMI. No. 1398161
10. Limbacher M, Domino G. Attitudes toward Suicide among Attempters, Contemplators and Nonattempters. Journal of Death and Dying. 1985; 16(4):325-34
11. White H, Stillion J. Sex Differences In Attitudes Toward Suicide. Do Males Stigmatize Males?. Psychology of Women Quarterly. 1988; 12 (3): 357-66.
12. Clemente M, González A. Suicidio: Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva. 1996.
13. Guibert W. El suicidio. Análisis y enfrentamiento. TTR. Ciudad de La Habana, Cuba. 1997.
14. Horwitz N, Florenzano R, Ringeling I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam. 1985; 98(2):144-55.
15. Herrera PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana Medicina General Integral. 1997; 13(6):591-5.
16. Cuesta D, Pérez E, Louro I. Un instrumento de evaluación familiar para el médico de la familia. Revista Cubana Medicina General Integral. 1996; 12(1):24-2.
17. Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México, DF: 1991 Pax:23-4.
18. OMS. Prevención del suicidio. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2001.
19. Pérez S. Cómo evitar el suicidio en adolescentes?. Psicom editores. 2005.
20. Brent D, Mann J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. Lancet 2002;360:1126-30.
21. Blakely T, Collings S, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association?. Journal of Epidemiology and Community Health. 2003; 57:594-600.
22. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses Seccional Santa Marta. 2006.
23. Litman R. E. Mental Disorders and Suicidal Intention. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1987; 17(2): 85-92.

24. Shneidman E. S. Perturbation and Lethality: a Psychological Approach to Assessment and Intervention. En D. G. Jacobs. The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention 1999; 83-97. San Francisco: Jossey-Bass.
25. Werlang B, Botega N. J. A Semistructured Interview for Psychological Autopsy in Suicide Cases. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2003; 25(4): 212-19.
26. Durkheim E. Premia Editorial Tlahuapan Puebla. 1987. Segunda edición
27. González J. Epidemiología del suicidio en Colombia 2003. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia-CRNV- MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Julio de 2004.
28. Jiménez I, Morales M, Gelves C et al. Análisis del suicidio a través de la autopsia psicológica. Rev Col Psiquiatría. 1998; XXVII: 197-204.
29. Montoya B, Vieco G. Caracterización del suicidio en Medellín. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud pública. 2002.
30. Lester D, Yang B. The relationship between divorce, preemployment and female participation in the labour force and suicide rates in Australia and America. Aust N Z J Psychiatry. 1991; 25: 519-23.
31. Castaceda A. Características psicosociales del adolescente parasuicida. Psicocentro.com. 2003. Visitado en julio de 2006.
32. Trenzado N, Parras E, Feliu T. Suicidio, cuarta causa de muerte en Cárdenas. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2001; 39; 2:115-19.
33. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen, P.B. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. BMJ. 2002; 13: 325-74.
34. Pérez S, Ros LA, Pablos T, Calás R. Factores de riesgo suicida en adultos. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997;13(1):7-11
35. Siomopoulos V. When patients consider suicide? Risk factors to watch for. Postgrad Med. 1990; 88(3):205-13.
36. Pérez S. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005; XXXIV, 3: 386-94.
37. Wasserman D. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. American Sociological Review. 1994; 49:427-36.
38. Philips DP. The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. American Journal of Sociology. 1992; 87:1340-59.
39. Kelly H. The processes of causal attribution. American Psychologist. 1967; 8: 107-28.
40. Reeve M. J. Motivación y Emoción. 1994. Madrid. Mc Graw Hill.
41. Arlaes L, Hernández G, Álvarez D, Eñizares T. Conducta suicida, factores de riesgo asociados. Revista Cubana Medicina General Integral. 1998; 14(2):122-6

