

CAPÍTULO 10

Caracterización de adolescentes con conductas suicidas a través de redes sociales; Facebook, Foros y Open-blogs

Yaneth Urrego Betancourt, Andrea Quintero, y Jonathan Manrique
Universidad Piloto de Colombia (Colombia)

Introducción

En 1976 la Organización Mundial de la Salud, definió el suicidio como toda lesión que se genera un individuo variando en la intención o el conocimiento de la acción letal. Es además, el resultado de atentar contra la propia vida, es decir, un acto auto-producido (En Consuegra, 2010).

La Conducta Suicida (CS), según Beck (1973) comprende una secuencia progresiva que va desde el pensamiento suicida, deseo suicida (ideación suicida), intentos suicidas, cada vez con mayor letalidad, hasta llegar al suicidio consumado., los cuales son diferenciados por su nivel de letalidad, intención, circunstancias paliativas y la descripción del método empleado (Citado en Chamorro y Cristancho, 2010). Pérez y Reytor, además mencionan el parasuicidio, que incluye conductas impulsivas donde el individuo busca lesionarse o hacerse daño, sin que la intención aparente sea matarse.

A nivel mundial las tasas de suicidio han aumentado significativamente, llegando a ser una problemática compleja y de salud pública. Según el estudio epidemiológico “Prevención del suicidio: un imperativo global”, realizado por la OMS en el 2014, durante el año 2012 se registraron aproximadamente 804.000 suicidios, representando una tasa anual mundial de 11.4 por 100.000 habitantes. Así mismo, constituye el 50% de las muertes violentas (OMS, 2014). En el caso de Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2014) presenta al suicidio, en el año inmediatamente anterior con la tasa más alta de la última década y como la cuarta forma de violencia, con una tasa de mortalidad de 4.33 por cada 100.000 habitantes.

Una preocupación que acompaña está problemática, es el aumento de la incidencia en la población infanto-juvenil. La adolescencia inicia a los 10 años y termina a los 20. Se sub-clasifica en temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años), tardía (17 a 20 años). Es una etapa en la que el adolescente busca construir una identidad real y segura, permitiéndole desarrollarse como un individuo libre y consciente. En esta etapa, señala Levy (1969) citado por Horrocks (1997), se presenta dificultad para ajustarse a las nuevas exigencias del entorno. Así el estrés, se debe a los cambios en las relaciones interpersonales y sobre la imagen de sí mismo.

Ya la OMS en el 2004, se percataba de un aumento considerable del suicidio en la población de 15 a 24 años, fenómeno similar en todos los países, exceptuando China. En el estudio del INMLCF (2014), se evidenciaron 295 casos en personas de 10 a 19 años de edad y para el año 2014, 191 (INMLCF, 2015). En el caso de Argentina, en el 2011, se reporta como la segunda causa de muerte en la población de 15 a 24 años (Ministerio de Salud, 2011).

Beck en 1979, afirma que los deseos de suicidio surgen como una “expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable” acompañada principalmente por los sentimientos de desesperanza (Beck, Rush Shaw, y Emery, 2010; p. 20), la persona se ve como una carga, alguien que no sirve para nada, por lo que piensa que lo mejor para los demás y para sí, sería estar muerta. Respecto a la Desesperanza Suelves y Robert (2012) consideran que está ligada a un conjunto de factores Interpersonales, comunitarios y sociales.

Para Ellis (2008) los eventos situacionales, activan emociones y conductas suicidas mediante la cognición; los eventos estresantes provocan emociones de alta intensidad y a su vez cogniciones

disfuncionales que generan formas de afrontamiento desadaptativas, por la falta de confianza de las propias emociones y la culpabilidad por no cumplir con las expectativas de los factores contextuales.

Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner y Sandin (1997), señalan que la ideación suicida es desencadenada por la distorsión cognitiva que afecta las creencias del yo y el entorno de la persona; el individuo tiene síntomas depresivos, como la visión negativa de sí mismo, el mundo y su futuro, ignorando la información positiva del presente

Desde la suicidología, Schneiderman (Citado en Ambriz, Hernández, y Reyes; 2011), existen tres fuerzas psicológicas dividido en 3 ejes, estas son, el dolor psicológico, presiones psicológicas incesantes (estresores) y la perturbación (aspectos interiores o ambientales). De ahí que este modelo es denominado “Cúbico”. Cuando las fuerzas y los ejes, llegan a un nivel de 5, se presenta la conducta suicida. Con respecto a las causas, Nizama (2011) postula las generales, debidas a situaciones que la persona siente no puede resolver y de las que se desea alejar y las específicas, donde intervienen factores sociodemográficos, clínicos, neurobiológicos y genéticos. La mayoría de literatura científica que aborda el suicidio, coincide en que existen factores de riesgo, permitiendo inferir de diversas investigaciones que las personas con comportamiento suicida se desenvuelven en dinámicas contextuales similares. Entre los principales se encuentran dificultades de orden familiar, económico, laboral o académico; embarazo no deseado, acceso a medios letales, problemas legales, abuso sexual, deseos de hacerse daño, planeación suicida previa, desesperanza, maltrato físico, desconfianza, estigmas sociales, pérdidas y trastornos emocionales como depresión y ansiedad (Paredes, Orbegoso, y Rosales, 2006; Pérez, Téllez, Vélez, y Pinilla, 2012; Ibarra, Siu, Hernández, y Muñoz, 2013; Carmona et al., 2010; Antón et al., 2013).

Actualmente el suicidio en los niños, niñas y adolescentes se ha relacionado con el acoso escolar, el cual es un evento que oscila entre el 20% y 29% en los colegios distritales de Colombia, su existencia posibilita resultados el homicidio y el suicidio. Siendo abordado desde dos perspectivas, como desencadenante, potencia un proceso de riesgo suicida desarrollado con anterioridad; como factor de riesgo, induce y genera como consecuencia última el suicidio (OMS, 2014). También se mencionan factores protectores como la participación en actividades religiosas o comunitarias, tener hijos pequeños, el chequeo médico rutinario y las relaciones favorables con los padres (Antón et al., 2013). Estas características, posibilitan el desarrollo de mejores habilidades de afrontamiento y dinámicas vinculares con otros, proporcionando un contexto más saludable y positivo.

Dado que el poder caracterizar la población adolescente y la conducta suicida, conllevan el identificar factores en los que se pueden modificar o prevenir su impacto en esta conducta, se han descrito algunas características en el caso del suicidio. Medina, Díaz y Roza (2014) hallan que el método de suicidio preferido por los adolescentes es el ahorcamiento seguido del envenenamiento, los hombres tienen mayor índice de suicidio, enmarcado por la influencia cultural de la inexpresividad emocional del género masculino. En las mujeres el método más utilizado fue la intoxicación y hay una mayor frecuencia en el pensamiento suicida (Ibarra et. al., 2013). En los estudios de ICMLYCF del 2014 y 2015, se identifica una alta tasa de suicidio en jóvenes de 15 y 16 años, una mayor prevalencia en hombres, una mayor incidencia en el mes de agosto en el año 2007, en los meses de enero y julio en el 2013, y octubre y diciembre en el 2014. Los principales motivos asociados son las discusiones familiares, ruptura de pareja, desempleo, problemas sociales en el colegio o trabajo, el consumo de alcohol o drogas, entre otros (Paredes, Orbegoso, y Rosales, 2006; Medina, Cardona, y Rativa, 2010).

En los últimos años se incrementó el uso de las redes sociales, que son según Pérez (2012) “una prolongación de las relaciones personales en la vida real, donde se forman comunidades como la familia, el colegio, a los compañeros de trabajo” (p.59), etas se han convertido en uno de los sistemas preferidos por los jóvenes para expresarse, y a pesar de su impacto, son pocos los estudios que han profundizado en describir las características del suicidio a través de los comentarios que publican. Consecuentemente, el objetivo principal de este estudio es Caracterizar los adolescentes que realizan comentarios asociados al suicidio a través de las redes Facebook, Foros y Open blogs.

Metodología

La investigación es descriptiva, retrospectiva cuantitativa, enmarcado en un paradigma empírico analítico, enfocada en la explicación objetiva, posibilita la operacionalización y sistematización de información, para obtener inferencias respecto a un fenómeno en particular.

Población y Muestra

Comentarios de las redes Facebook, Foros y Open blogs. Se seleccionó una muestra de 200 comentarios, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: Longitud (>20 palabras), idioma español, identificación de los autores como adolescente (foto del perfil, mencionar ser adolescente o estar en un rango de edad de 10 a 20 años); escolaridad de bachillerato; expresar a) conflicto con padres por motivos de esta etapa (v.g. fiestas, amigos), b) dificultades en el colegio; c) preocupación por cambios físicos.

Instrumentos

Se diseñó una matriz de caracterización a través de las siguientes categorías: a) Del comentario: Día, mes, año, red social; b) Aspectos Sociodemográficos: sexo, etapa de la adolescencia, grado de escolaridad; c) (CS): intentos, factores de riesgo, factores protectores, motivo, lugar, método y etapa del suicidio.

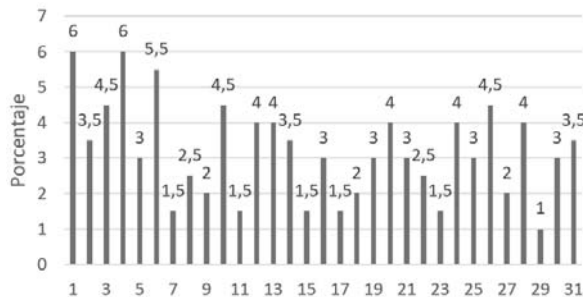
Procedimiento

1. Diseño y Validación de la matriz de caracterización. En la validación de la matriz participaron 3 jueces expertos de origen latinoamericano. El grado de acuerdo estuvo por encima del 75%.
2. Búsqueda de términos en “Google”, Facebook y open blogs: “blogs de suicidio”, “foros de suicidas” “me quiero matar”, “me quiero suicidar”, “quiero morir”.
3. Selección de 15 Open blogs y 17 foros.
4. Selección de 200 comentarios, según criterios de inclusión.
5. Transcripción de mensajes y comentarios.
6. Obtención y Análisis de Resultados.

Resultados

Para la obtención de resultados se utilizó el programa Excel y se diseñó una matriz de frecuencias y porcentajes para cada una de las categorías de estudio.

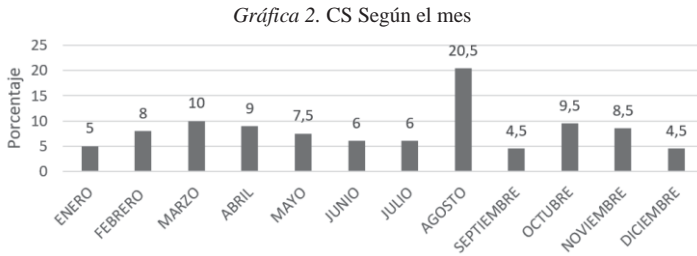
Gráfica 1. CS según la fecha del mes



Mes. En la gráfica 2 se evidencia que el mes con mayor número de comentarios es agosto (20,5 %), seguido por marzo (10%) y octubre (9,5%). Los de menor índice son septiembre (4,5), diciembre (4,5%) y enero (5%).

Análisis de los Comentarios

Fecha. Según el calendario los días de mayor número de comentarios asociados a suicidio, como se observa en la gráfica 1, son el 1 (6%), 4 (6%) y 6 (5,5%), a estos sigue los días 4, 10 y 26 con un 4.5%. Los días con menor número de comentarios son el 29 (1%), 23, 17, 7 y 11 con 1.5%. Se infiere que los primeros días del mes son significativos para que los adolescentes expresen pensamientos, sentimientos y experiencias suicidas.



Año. La gráfica 3, da cuenta del porcentaje de comentarios de suicidio según el año. Se obtuvo para el año 2013, 89 comentarios (44.5%); 2014, 41 comentarios (20.5%) y 2015, 70 comentarios (35%). Lo que quiere decir, que durante el 2013 se presentó el mayor número de comentarios.

Red Social. La tabla 1, señala el número de comentarios en cada una de las redes sociales objeto de estudio. Así, Facebook, 9 comentarios (4.5%); Foros, 134 comentarios (65%) y Open blogs, 57 comentarios (28.5%). Lo cual quiere decir que a través de los Foros (n=17) hay mayores expresiones de suicidio.

Gráfica 3. Comentarios identificados por año (2013, 2014 y 2015)

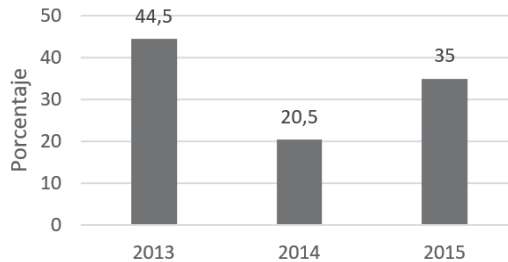
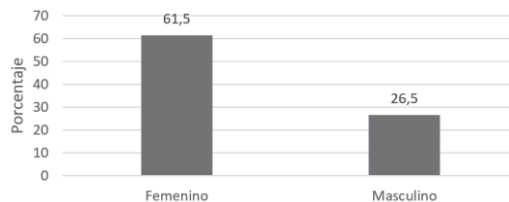


Tabla 1. Porcentaje de Comentarios según la red

RED SOCIAL		
RED SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Facebook	9	4,5
Foros	134	67
Open blogs	57	28,5
TOTAL	200	100

Gráfica 4. Comentarios según el género reportado



Condiciones Sociodemográficas

Sexo. Como lo presenta la gráfica 5, el mayor número de comentarios se identifican en las mujeres (n=123; 61.5%) mientras que en los hombres se identificaron 53 (26.5%). No se evidencian comentarios de diferentes tendencias sexuales.

Etapa. En la tabla 2, se evidencia la etapa de la adolescencia por la que está transitando el autor del comentario. Distribuida así, adolescencia temprana (n= 21; 10.5%) adolescencia intermedia (n= 68, 34%) y adolescencia tardía (n=51, 25.5%). Además, se hallaron 60 comentarios (30%) en los cuales no se reconoce etapa. Lo que quiere decir, que los adolescentes entre los 14 y 16 años presentan mayor número de conductas suicidas por medio de las redes sociales.

Tabla 2. Comentarios por etapa de la Adolescencia

Adolescencia		
Etapa	Frecuencia	Porcentaje
Temprana (10-13 años)	21	10,5
Media (14-16 años)	68	34
Tardía (17-20 años)	51	25,5
No registra	60	30
Total	200	100

Gráfica 5. Número de Intentos de Suicidio Previos en los Comentarios

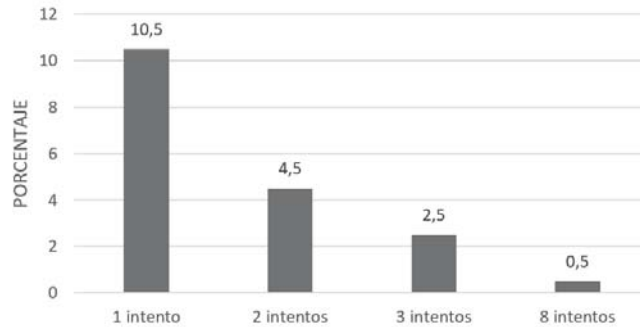


Tabla 3. Factores de Riesgo

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sentimientos de Desesperanza	184	92
Baja autoestima	120	60
Violencia Familiar	71	35,5
Sentimientos de culpa	51	25,5
Violencia y Acoso Escolar	27	13,5
Aislamiento social	27	13,5
Estructura familiar incompleta	25	12,5
Cambios físicos	25	12,5
Dificultades académicas	21	10,5
Violencia Social	16	8
Trastornos mentales	15	7,5
Abandono familiar	10	5
Acceso a drogas / alcohol	7	3,5
Antecedentes de suicidio en la familia	6	3
Dificultades económicas	6	3
TOTAL	611	100

Escolaridad. La mayoría de los comentarios no establecen con claridad el nivel educativo (n=185, 92.5%), solo en 15 comentarios se define, encontrándose 10 autores en bachillerato (5%) y 5 universitarios (2.5%).

Conducta Suicida

Intentos Previos. En la mayoría de comentarios, como lo refleja la gráfica 5, no se reportaron intentos previos (n=164, 82%), 1 intento (n=21, 10.5%), 2 intentos (n=9, 4.5%), 3 intentos (n=5, 2.5%), 8 intentos (n=1, 0.5%). Estos datos dan cuenta que las redes se utilizan desde un inicio de la ideación suicida y que pueden ser un mecanismo eficaz para detectar el riesgo de la misma.

Factores de Riesgo. Cabe anotar que se detectó más de 1 factor en cada comentario, siendo la n en este caso de 611. Como se aprecia en la tabla 3, los principales factores asociados a la CS, en los adolescentes son: sentimientos de desesperanza (n=562, 92%), seguido por baja autoestima (n=366, 60%) y situaciones de agresión: bullying (n=84, 13, 5%), violencia familiar (n=217, 35.5%) y social (n=49, 8 %). Se detecta además baja autoestima (60%); estructura familiar incompleta (12.5%); cambios físicos (12.5%): acceso a drogas o alcohol (3.5%); abandono familiar (5%); trastornos mentales (7.5%), sentimientos de culpa (25.5); dificultades académicas (10.5); antecedentes de suicidio en la familia (3 %); aislamiento social (13.5); dificultades económicas (3%).

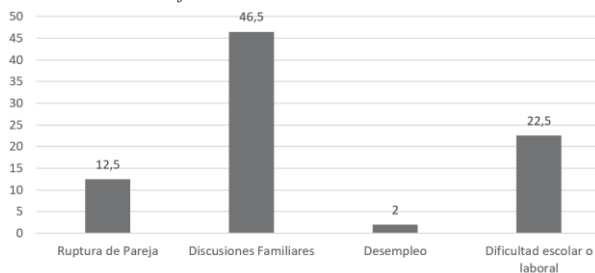
Factores Protectores. De igual forma, se detectó más de 1 factor en los comentarios, siendo la n de los factores mencionados 96, la tabla 4 muestra el porcentaje de frecuencia en el que se mencionan los mismos. Los principales hallazgos apuntan a Relaciones familiares positivas (n=36, 37.5%), Hobbies y Relaciones con Pares y Pareja (n=17, 17.7%), Creencias Religiosas (n=13, 13.5%), Mascotas (n=6, 6.25%), Agremiación Social o Religiosa (n=4, 4.17%), Hijos (n=3, 3.13%). Cabe anotar que en 104 (62%) comentarios de los 200 no se encontraron estos factores.

Tabla 4. Factores Protectores

FACTOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Relaciones Familiares Positivas	36	37.50
Hobbies	17	17.71
Relaciones Positivas con Pares o Pareja	17	17.71
Creencias Religiosas	13	13.54
Tenencia de Mascotas	6	6.25
Agremiación social o religiosa	4	4.17
Hijos Pequeños	3	3.13
TOTAL	96	100

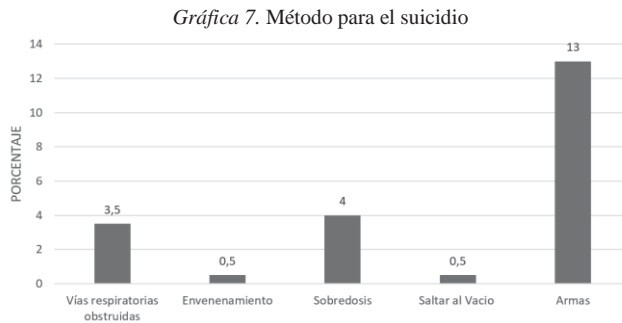
Motivos. De igual forma, se mencionaba más de 1 motivo, lo cual arrojó un total de 167 casillas marcadas en la matriz de análisis. La gráfica 12, presenta los aspectos que dan origen a la CS, evidenciando. El porcentaje teniendo en cuenta el total de comentarios analizados (n=200) fue: Ruptura de pareja (n=25, 12.5%); Discusiones Familiares (n=93, 46.5%); Desempleo (n=4, 2%), Dificultades escolares o laborales (n=45, 22.5%). No se registra información en 104 comentarios (62%). Lo anterior, permite identificar que el principal motivo de CS son las discusiones familiares. Sin embargo, se evidencia que los jóvenes no manifiestan en las redes sociales específicamente, los motivos de su conducta suicida.

Gráfica 6. Motivadores de la CS



Lugar. Solo en 8 comentarios de los 200 se indicó claramente el sitio asociado a la CS, Vivienda (n=7, 3.5%); Espacio público (n=1, 0.5%), Se evidencia que los jóvenes no siempre expresan en las redes sociales el lugar donde piensan llevar a cabo la conducta suicida.

Métodos. Como lo refleja la gráfica 7, se resaltan como los métodos de mayor mención en los 200 comentarios envenenamiento (n=1, 0.5%), sobredosis (n=8, 4%), salto al vacío (n=1, 0.5%), uso de armas (n=26, 13%), y obstrucción de vías respiratorias obstruidas (Estrangulación n=6, 3%; sumersión=1, 0.5%).



Etapas CS. La gráfica 8 da cuenta de las etapas que reflejan los comentarios está transitando el adolescente, así: Ideación suicida (n=168, 84%), intento de suicidio o parasuicidio (n=7, 7,5 %), y suicidio (n=2, 1%). Lo anterior, permite observar que en alta tasa, las redes son un medio que usan los adolescentes para manifestar sus tendencias suicidas en etapas tempranas de la misma.

Discusión

De acuerdo al análisis de los resultados se identifican las características de adolescentes con conductas suicidas a partir de tres redes sociales: Facebook, foros y Open blogs.

Los hallazgos de la presente investigación demuestran que los primeros días del mes son significativos para que los adolescentes expresen pensamientos, sentimientos y experiencias suicidas por medio de las redes sociales. Se presume que el inicio del mes es un indicador de exigencias del ambiente, que como lo afirma Ellis (2008) puede desencadenar conductas y emociones suicidas, asociadas a pensamientos de poca efectividad a las exigencias del contexto. Estos a la vez pueden conllevar preocupación y sentimientos de desesperanza respecto al logro de las metas percibidas. Encontrándose la desesperanza como el principal factor de riesgo en los comentarios analizados.

Se determina al igual que en el estudio del INMLCF (2007), que el mes de agosto es el de mayor incidencia. Lo anterior posibilita inferir que en el mes de agosto se presentan altos niveles de ideación suicida en los adolescentes, posiblemente, por el inicio de actividades escolares y el cierre de las vacaciones.

Respecto al sexo, el género femenino manifiesta con mayor frecuencia sus pensamientos, ideas y experiencias respecto al suicidio, puesto que a nivel cultural la mujer presenta mayor facilidad para solicitar ayuda en las dificultades de carácter emocional (Medina, Díaz, y Rozo, 2014). En el presente estudio, el género femenino sobresale con un 61,5%, confirmando lo mencionado en diversos artículos de investigación en los cuales se reconoce que las mujeres presentan mayores tasas de ideación e intento suicida, debido a que buscan ayuda a los problemas que la agobian (Carmona et al., 2010; Ibarra et al., 2013).

La mayor tasa de conductas suicidas se referenció en la adolescencia media con el 34%, lo que corrobora los hallazgos del INMLCF (2014) y el Ministerio de Salud de Argentina (2011). En cuando al

grado de escolaridad se presume que la mayoría de adolescentes pertenecen al bachillerato por su rango de edad (adolescencia media de 14 a 16 años).

Los factores de riesgo, de mayor significancia en la presente investigación son sentimientos de desesperanza baja autoestima y situaciones de agresión, especialmente los asociados a bullying y conflictos familiares. Asimismo, los resultados planteados son coherentes con los postulados de Carmona et al., 2010; Ibarra et al., 2013). En el sentido que los factores mencionados son prevalentes en los adolescentes.

Paralelamente, en un porcentaje mucho menor, dentro de los factores protectores que presentan los adolescentes predomina las buenas relaciones con familiares, amigos y pareja, hobbies, así como la afiliación a grupos y creencias religiosas como tener mascotas. Los dos primeros resultados se confirman con Anton et al. (2013). El menor porcentaje, como afirma Abramson et al. (1997), puede deberse a que cuando el individuo tiene síntomas depresivos, como la visión negativa de sí mismo, el mundo y su futuro, ignora la información positiva del presente.

El principal motivador son las interacciones conflictivas en la familia, explicación que se sustenta en Paredes, Orbegoso y Rosales, (2006) y Carmona et al. (2010).ya que estas llevan a que el adolescente perciba que su existencia es la base del conflicto y experimente la sensación de no ser comprendido o escuchado por sus padres. Así mismo como su inutilidad o sentirse un estorbo como lo afirma Beck et al. (2010). Se identifica que los problemas en el colegio, universidad o trabajo son el segundo motivo más significativo, debido a que la adolescencia es una etapa de transformaciones generadoras de conflicto en diversas áreas de ajuste, y entre ellas el desarrollo académico tanto intelectual como social, provocando desequilibrios, angustias y desestabilidad en las conductas adaptativas del adolescente, lo cual confirma que el Acoso es un desencadenante importante. Son pocos los adolescentes que manifiestan el sitio o método del suicidio. Se evidencia que el lugar predilecto para cometer la conducta suicida es el hogar, ya que como lo afirma Rodríguez et al. (2013), buscan ejecutarlo en un espacio privado e íntimo. Contrastando la información con el estudio realizado por Medicina Legal (2014) se confirma que los mecanismos más comunes son los agentes generadores de asfixia mecánica (ahorcamiento), seguidos por tóxicos y armas de fuego. El hecho que no se defina en la mayoría de los casos el lugar y método, puede reflejar que en un inicio la conducta suicida no se asocia a una planeación elaborada, que poco a poco va tomado solidez, o que el suicidio consumado puede asociarse a una alta emocionalidad donde se toma la decisión de manera impulsiva.

La mayor prevalencia de la conducta suicida, según los comentarios analizados es la ideación, seguido del intento de suicidio, el para suicidio y el suicidio. Así, la ideación suicida es la primera etapa de un continuo que lleva al adolescente a consumir el suicidio, en el cual se implica un conjunto de variables contextuales y personales como el funcionamiento familiar y la integración escolar. (Sánchez et al., 2010). Finalmente, es importante mencionar que en la revisión de la literatura científica no se identificaron investigaciones en torno al suicidio a través de redes sociales dentro de los años 1976 al 2015, por lo cual, el presente estudio se considera significativo, ya que brinda información innovadora y actualizada de este fenómeno durante los últimos 3 años, la cual puede ser utilizada para crear en el futuro programas de prevención de la conducta suicida en los adolescentes.

Conclusiones

Como resultado de la investigación presentada, es posible concluir que los adolescentes comparten en las redes sociales sus pensamientos, emociones y experiencias en torno al suicidio, especialmente los primeros días del mes, puesto que el uso de las nuevas tecnologías y la etapa de la adolescencia permite la expresión del conjunto de conflictos en diversas áreas de ajuste. El perfil caracterizador hallado fue: adolescente de 14 a 16 años de edad, con grado de escolaridad de bachillerato, del género femenino, que presenta ideación suicida (sin ningún intento previo). Principales factores de riesgo: Sentimientos de desesperanza, baja autoestima, discusiones familiares y acoso escolar; Factores protectores buenas

relaciones con familiares. Si bien la violencia social es una gran preocupación, es importante mirar con más detalle la generada al interior de la familia y la escuela como precursores de la conducta suicida y de una deficiente salud en los adolescentes, y por ende en la sociedad. Dentro de las redes sociales consultadas el mayor número de comentarios, se hallaron en los foros, que con mayor probabilidad permiten publicar comentarios de forma anónima. Posibilitando reducir la preocupación de que algún amigo o familiar conozca su forma de pensar, actuar, sentirse y sus planes a futuro.

Referencias

- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T., y Sandin, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones Recientes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2(3) 211-22. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3845>
- Ambriz, M., Hernández, K., y Reyes, A. (2011). *Suicidio en adolescentes. Trabajo de Investigación. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.* Distrito Federal: México. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>
- Antón, J., Sánchez, E., Pérez, L., Labajos, T., Otero., Benítez, N.,... López, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de psicología*. 29(3), 810-815. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244020>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Edición 19°. España: Descleé de Browe S.A.
- Carmona, A., Arango, C., Castaño, J., Escobar, J., García, C., Godoy, S.,... Reinoso, L. (2010). Caracterización del Intento de Suicidio en una Población Ingresada a un Hospital Infantil de Manizales 2000-2008. *Archivos de Medicina*. 10(1). 9-18. Recuperado de http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/Arch_Med_%2010-1/3_intento_suicida_hosp_inf.pdf
- Chamorro, E., y Cristancho D. (2010). *Estudio epidemiológico de las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales*. Trabajo de grado, Psicología, Universidad de Nariño, San Juan de Pasto, Colombia. Recuperado de <http://190.66.7.6:8085/atenea/biblioteca/81946.pdf>
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Colombia. Ecoe Ediciones.
- Ellis, T. (2008). *Cognición y suicidio: teoría, investigación y terapia*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Horrocks, J. (1997). *Psicología de la adolescencia*. Distrito Federal, México: trillas.
- Ibarra, A., Siu, K., Hernández, R., y Muñoz, V. (2013). Pensamiento Suicida en Adolescentes. *XXXIV Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina*.
- Ibarra, A., Siu, K., Hernández, R., y Muñoz, V. (2013). Pensamiento Suicida en Adolescentes. *XXXIV Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina*. Recuperado de <http://cnem.umh.es/files/2013/09/Ibarra-A-Acedo-AS-Hern%C3%A1ndez-RE.-Pensamiento-suicida-adolescentes-sinaloenses.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. (2014). *Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013*. En Forensis. Datos para la vida. 2014. *Bogota, Colombia*. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3++suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
- INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. (2015). *Comportamiento del suicidio, Colombia, 2014*. En Forensis. Información de las Estadísticas de Violencia en Colombia. *Bogota, Colombia*. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3++suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
- Medina, O., Díaz, A., y Rozo, A. (2014). Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia Colombia, 2000-2010. *Revista de la facultad de medicina*, 63(3), 431-438. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a10.pdf>
- MINISTERIO DE LA SALUD (2011). *Perfil Epidemiológico del Suicidio en Argentina. Algunas Aproximaciones*. Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/articulos/20.pdf>
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15 (2), 81 – 85. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1976). *El suicidio*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/suicide/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/

Paredes, C., Orbegoso, O., y Rosales, P. (2006). Caracterización del paciente con intento de suicidio en un Hospital General de Lima 1995-2004. *Revista peruana de Medicina experimental y Salud*. 23(4), 293-296. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a11v23n4.pdf>

Pérez, I., Téllez, D., Vélez, A., y Pinilla, M. (2012). Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41 (1), 26 – 47. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000100004

Pérez, J. (2012). *Estructura del mercado audiovisual: Resultados*. España: Grupo de investigación EUMED.

Pérez, S., y Reytor, F. (1995). *El suicidio y su atención por el médico de la familia*. *Rev Cubana Medicina General Integral*, 11 (4), 11-18. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421251995000400001&script=sci_arttext

Rodríguez, J., Medina, O., y Cardona, D. (2013). Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. *Revista de la facultad de medicina*. 61(1), 9-16. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/39619>

Sánchez, J., Musitu, G., Villarreal, M., y Martínez, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*. 19(3), 279-287. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2010v19n3a8.pdf>

Suelves, J., y Robert, A. (2012). La Conducta Suicida: Una mirada desde la Salud Pública. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 137-142. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-esp%C3%B1ola-medicina-legal-285-articulo-la-conducta-suicida-una-mirada-salud-publica-90167634>