

Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes

Ricardo Sánchez Pedraza¹

Yahira Guzmán²

Heidy Cáceres Rubio³

Resumen

El objetivo del presente estudio fue evaluar la imitación como factor de riesgo asociado con las conductas suicidas en estudiantes universitarios adolescentes. Se realizó un muestreo multietápico, estratificado, con 197 estudiantes (como representantes de la población universitaria). Los datos de las mediciones se obtuvieron mediante entrevistas psiquiátricas, en las que se evaluaron la presencia de conductas suicidas, así como factores de riesgo, incluida la imitación. Para analizar los patrones de asociación entre variables y su relación con la imitación se utilizó una metodología de análisis estadístico con correspondencias múltiples. Se encontró que 56 estudiantes (28,4%, IC 95%: 22,2%-35,3%) estuvieron expuestos a información sobre alguna persona que cometió suicidio, principalmente un amigo. La exposición a este tipo de información fue llamada, para fines del presente estudio, *riesgo de imitación*. El pertenecer a grupos sociales (especialmente deportivos), tener diagnóstico psiquiátrico del espectro depresivo, tener acceso a métodos letales e historia de abuso físico en la infancia se asoció con riesgo de imitación.

Los adolescentes con aislamiento social, trastornos de ansiedad y uso de sustancias psicoactivas tienen riesgo de imitación si el suicidio lo comete un amigo. Este estudio sugiere que la imitación desempeña un papel importante como factor de riesgo en algunos grupos de adolescentes, principalmente cuando hay coexistencia de trastornos psiquiátricos. El seguimiento de estas características es un componente que se recomienda al realizar actividades de prevención de suicidio en jóvenes y resalta la importancia del manejo de la información en lo relacionado con promoción de salud mental.

Palabras clave: conducta imitativa, factores de riesgo, suicidio, adolescentes.

Title: Study of Imitation as a Risk Factor for Suicidal Ideation in University Adolescent Students.

1 Profesor titular de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

2 Profesora auxiliar de la Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana.

3 Médica rural en docencia e investigación del Centro de Epidemiología Clínica, Universidad Nacional de Colombia.

Abstract

The objective of this study was to evaluate imitation as an associated factor in suicidal behavior in adolescent university students. Multi-step, stratified sampling has been used. A stratified sample of 197 students was selected as representative of the university population where the investigation has been conducted. Data was obtained using psychiatric interviews in order to evaluate the presence and risk factors of suicidal behavior, including imitation. To evaluate patterns of association between variables, and its relationship with imitation, Multiple Correspondence Analysis has been used.

A total of 56 students having information about someone committing suicide, mainly friends, were found (28.4%, IC95%: 22.2% - 35.3%). Exposure to this type of information has been called risk of imitation. Belonging to social groups, mainly sport groups, having psychiatric diagnostic of the depressive spectrum, access to lethal methods and a story of childhood physical abuse were associated with risk of imitation.

Adolescents with social isolation, anxiety disorders and use of psychoactive substances has imitation risk if a friend has committed suicide. This study suggests that imitation plays an important role as risk factor in some groups of adolescents, principally when psychiatric disorders coexist. Targeting such characteristics is a recommended component of youth suicide prevention efforts and raises the importance of handling information in mental health promotion.

Key words: imitative behavior, risk factors, suicide, adolescent.

El suicidio es una conducta que se ha analizado desde diferentes perspectivas, de acuerdo con el momento histórico y con las características de las sociedades en las que

éste tiene lugar. Actualmente es visto como un fenómeno complejo, en el que influyen diversos factores biopsicosociales (1),(2).

En el ámbito mundial, el suicidio se ha ubicado como una de las cinco primeras causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años, y en varios países es la primera o segunda causa de muerte en este grupo de edad (3). Por otra parte, el suicidio está entre las primeras diez causas de muerte en muchos países y es una de las tres primeras causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 35 años (4). Durante el 2002, en el Instituto Nacional de Medicina Legal se realizaron 2.045 necropsias por suicidio y se puede afirmar que el suicidio en Colombia tiene dos épocas marcadas y bien diferenciadas. La primera que compromete el período 1994-1999, con una tendencia al incremento, y, la segunda, que comprende el período 2000-2002 con una reducción, aunque mínima en casos y tasas (5). En Bogotá se ubica como la tercera causa de muerte violenta, con 1.642 víctimas en los últimos cinco años (6). Para el año 2000 en esta ciudad se calculó una tasa de 5,4 por 100.000, similar a lo reportado en el resto del país (5,02 por 100.000) (7). Del total de víctimas, el 50% tenía entre 11 y 28 años de edad (8). La incidencia del suicidio ha aumentado en los últimos años y en la actualidad es la novena causa de muerte en países desarrollados (9).

Diferentes variables se han descrito como factores de riesgo. Entre ellas se destacan el género —aunque las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres, éstos consuman el suicidio con mayor frecuencia, debido a que usan métodos más letales como armas de fuego y ahorcamiento— (10),(11), el estado civil —los divorciados y viudos lo intentan más que los solteros, y éstos a su vez lo intentan más que los casados— (1),(12), la disponibilidad de medios letales (13), la comorbilidad con enfermedades médicas y mentales —como abuso de sustancias, impulsividad, trastornos de personalidad y trastornos afectivos— (1),(9), los problemas interpersonales —principalmente en las mujeres—(1) y los antecedentes familiares de abuso de sustancias y de intentos de suicidio (1),(8),(14), que han sido interpretados como resultado de un posible efecto imitativo o genético (4),(14).

En los adolescentes se ha visto que la frecuencia de suicidios se ha cuadruplicado desde 1950, al pasar de 2,5 por cada 100.000 adolescentes a 3,6 por cada 100.000 en 1960 y a 11,3 por cada 100.000 adolescentes en 1988 (11)(15). Esto significa que el suicidio es responsable del 12% de las muertes en la adolescencia (9). Otras publicaciones reportan que las muertes por suicidio pueden llegar hasta el 15%, es decir, una de cada siete muertes en este grupo de edad se debe a sui-

cidio (11), lo cual se ha asociado con el aumento de los trastornos afectivos, a cambios en el ámbito social y al mayor acceso a medios letales (9),(16). La adolescencia es generalmente una época de grandes cambios y parece que todavía no existen criterios clínicos claros para el diagnóstico de depresión clínica en este grupo de edad (17).

Entre el grupo de adolescentes, los factores sociales tienen, al parecer, un papel importante como indicadores de riesgo: se ha descrito asociación entre conductas agresivas, autodestructivas y suicidas y ambientes caóticos, violentos y negligentes (9),(11),(14),(16). Asimismo, se ha relacionado la música *metal* con el pertenecer a pandillas y tener ideación suicida (16),(18). Los problemas de aprendizaje y el fracaso escolar también se han descrito como factores de riesgo (1).

De igual manera que en otros grupos poblacionales, en los adolescentes los suicidios son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, con una razón de 4 a 1 (9),(14). En ese grupo de edad, las mujeres intentan el suicidio tres veces más que los varones. De igual manera, el predominio de muertes masculinas por esta causa se debe a los métodos usados y a la posibilidad de acceder a ellos (9),(14).

En los adolescentes es importante destacar un factor que se ha

denominado *efecto de la identificación*. Según este planteamiento, una conducta suicida puede precipitar otros intentos en un grupo de adolescentes con características similares, lo que se ha descrito también como suicidio por imitación (9). Esta conducta ha sido reconocida desde hace ya varios siglos, y es descrita por Shakespeare en sus obras (19). Este efecto también se evidenció principalmente en 1774, después de la publicación de la novela de J. W. Goethe, *Las cuitas del joven Werther*, donde su joven protagonista se quita la vida. Luego del lanzamiento de la obra, se presentó un claro incremento de los suicidios entre los jóvenes lectores, quienes en la mayoría de los casos vestían como el protagonista en el momento del suicidio o dejaban abierto el libro en la página donde se narraba este hecho. Debido a esto, la novela fue prohibida en algunos países europeos como Italia y Dinamarca (9),(19),(20),(21). Teniendo en cuenta este antecedente, Philips, en 1974, acuñó la expresión *efecto Werther*, para referirse a este fenómeno (9),(19)(22).

En 1897, Durkein revisó el tema del suicidio imitativo y no encontró una correlación entre el número de suicidios y el efecto de la imitación, por ello concluyó que era probable que tal fenómeno ocurriera solamente en las personas cercanas a un caso de suicidio, y que esto no afectaba de manera importante las tasas de frecuencia (10).

El papel de los medios de comunicación como factor responsable del incremento del número de suicidios luego de la difusión dada a algún caso de este tipo de muerte violenta se ha comprobado en diferentes estudios (19),(20),(23),(24). Además se ha reportado que la cantidad de publicidad es directamente proporcional al número total de suicidios posteriores, lo cual sugiere un efecto de dosis (25). Dicho fenómeno ha sido evidenciado en diferentes países del mundo (22)(26) y no parece presentarse en casos en que se divulguen situaciones ficticias (23).

Se ha descrito que los intentos de suicidio usualmente elevan la frecuencia de suicidios entre los amigos del caso primario, lo cual puede significar que las personas imitan las conductas de sus amigos o que las personas con riesgo suicida se buscan como amigos (20).

También se ha visto que la divulgación de suicidios de personajes famosos o celebridades tiene un efecto importante sobre el número de suicidios posteriores (20),(21), (27). Philips plantea que existe un período de 23 días en el que él espera que se observe el efecto de imitación, aunque muchos autores han planteado tiempos menores (28), (29),(30). Para algunos investigadores este fenómeno es debido al efecto de la sugestión, esto si se tiene en cuenta la estrecha relación temporal entre el momento de la publicación

y el posterior incremento del número de casos de suicidio (31). Se ha encontrado que el efecto de la imitación no es evidente en pacientes psiquiátricos, en quienes los actos suicidas no parecen tener relación con este tipo de conductas (32).

De los diferentes estudios sobre el tema puede concluirse que hay suficientes hallazgos que muestran que la difusión de suicidios no ficticios por parte de los medios de comunicación incrementa de manera significativa el número de suicidios en la población expuesta a esta información. Dicha influencia es más clara en poblaciones susceptibles como adolescentes y adultos jóvenes, en quienes este tipo de información puede inducir o promover preocupaciones suicidas (4).

En nuestro país no se han efectuado estudios que analicen este fenómeno. La presente investigación evaluó la exposición a información sobre suicidios reales, diferentes de personas de la familia, y su relación con la ideación suicida en adolescentes universitarios.

Materiales y métodos

Es un estudio de tipo encuesta, poblacional. De una población de 1.985 estudiantes menores de edad, se estudió una muestra probabilística de 197 estudiantes universitarios. Esta muestra se utilizó en un

estudio previo que buscó determinar la frecuencia de conductas suicidas en la Universidad Nacional de Colombia (33). Para el estudio citado se aplicó un método de muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato (facultad) (34).

En el presente estudio se analizaron las siguientes variables categóricas, consideradas como factores de riesgo: género, diagnóstico psiquiátrico del eje I del sistema DSM-IV (35), antecedentes médicos, antecedentes de violación, antecedentes familiares de suicidio, antecedentes familiares de intento de suicidio, vivir solo o acompañado, pertenencia a grupos sociales, antecedente de maltrato en la infancia, deseo de morir, de vivir o de suicidarse (ninguno, leve, moderado o intenso) y acceso a métodos para suicidarse.

Teniendo en cuenta reportes verbales de clínicos del Servicio de Atención en Crisis que se ofrece en la Facultad de Medicina a estudiantes de la universidad, se incluyó como variable de estudio la facultad en la cual estaba matriculado el estudiante. El aislamiento social se midió no sólo con el hecho de vivir solo o acompañado, sino contabilizando el número de horas que el estudiante pasa solo en el día (variable cuantitativa). La exposición a información sobre el suicidio de alguien no perteneciente a su familia se definió como *riesgo de imitación*.

La presencia de conductas suicidas fue estudiada mediante las siguientes variables categóricas: ideación suicida en el momento de la entrevista, ideación suicida durante más de una semana en el último año, ideación suicida durante más de una semana alguna vez en la vida y antecedente de intento de suicidio. Las variables fueron medidas por clínicos expertos en entrevista psiquiátrica, quienes aplicaron un modelo de entrevista semiestructurada que fue diseñado y probado por los investigadores. Los estudiantes previamente firmaron un consentimiento escrito para participar en el estudio. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

El análisis estadístico de los datos se basó en la necesidad de estudiar la asociación entre variables fundamentalmente de tipo categórico. Basándose en esto se utilizó un método de análisis multivariado de correspondencias múltiples. Dicha metodología permite analizar tipologías conformadas por múltiples variables en términos de semejanza o proximidad de las diferentes modalidades (36). Para este análisis se seleccionan dos grupos de variables: variables activas, que son las que participan en la construcción de los ejes factoriales, y variables suplementarias o ilustrativas, que son variables que permiten enriquecer la interpretación de los

ejes factoriales, una vez éstos se han construido (37). En el análisis las variables indicadoras de presencia de conducta suicida y de imitación fueron tratadas como ilustrativas. El número de horas al día que el menor pasaba solo se tomó como variable continua ilustrativa. Los procedimientos estadísticos se efectuaron con el paquete estadístico SPAD 4®.

Resultados

Nueve estudiantes (4,57%) tenían ideación suicida en el momento de la evaluación y 26 (13,2%) la tuvieron por más de una semana durante los doce meses previos a la entrevista. Cinco estudiantes (2,5%) efectuaron un intento de suicidio en los doce meses anteriores. A los menores en quienes se detectó riesgo de conductas suicidas se les ofreció atención psiquiátrica.

Un total de 56 estudiantes (28,43%) tenían información de una persona diferente de su familia que se había suicidado (*riesgo de imitación*), principalmente amigos. En el análisis de correspondencias múltiples, la selección del número de ejes factoriales se hizo basándose en el criterio de mayor cambio de inercia entre factores. En el histograma de valores propios se seleccionó una interpretación de cuatro ejes. Para la interpretación de los ejes se utilizaron los valores correspondientes a

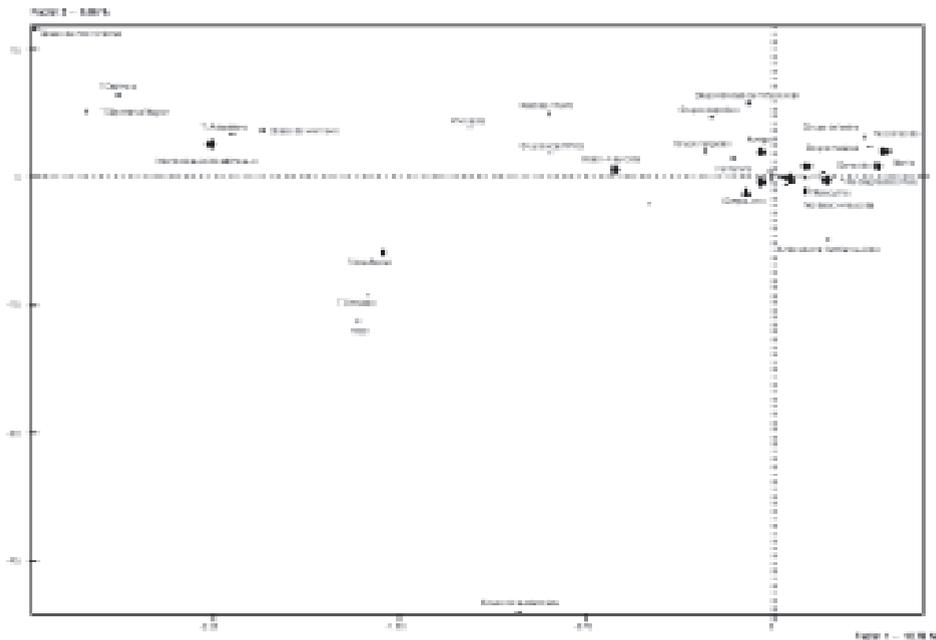
las cargas factoriales de cada modalidad en cada eje, el signo de las coordenadas de las modalidades en los planos factoriales y la calidad de representación medida por medio del coseno cuadrado. Con estos criterios de interpretación los ejes factoriales quedaron conformados de la siguiente manera:

Eje 1

El Eje 1 recoge en la parte negativa a los individuos que tienen diagnóstico psiquiátrico de trastornos depresivos por uso de sustancias y a los ansiosos, incluidas fobias y trastorno obsesivo-compulsivo. En ellos el deseo de vivir es leve y el de morir intenso, viven solos y tienen antecedente de maltrato en la infan-

cia. Al lado positivo, el eje concentra los menores que no tienen diagnóstico psiquiátrico, cuyo deseo de vivir es moderado o intenso, que no tienen ningún deseo de morir, no pertenecen a grupos sociales, no viven solos y no tienen antecedentes de maltrato en la infancia. Las variables ilustrativas que se proyectan son las relacionadas con antecedente de ideación e intento suicidas, sobre la parte negativa del eje. Este eje se puede interpretar como un eje diagnóstico, ya que reúne condiciones clínicas claras, junto con factores asociados como maltrato infantil, aislamiento social e ideación de muerte y suicidio, que son elementos claramente vinculados especialmente a los síndromes depresivos (Figura 1).

Figura 1. Planos factoriales 1 y 2



El método detecta asociación entre las conductas suicidas y tener diagnóstico psiquiátrico, haber sufrido maltrato infantil y tener ideación de muerte (Figura 1). La variable ilustrativa continua “horas al día que pasa solo” se proyecta en este eje sobre la parte positiva con una correlación 0,28, lo cual muestra una moderada tendencia a encontrar mayor tiempo de vida solitaria en personas deprimidas con ideación suicida.

Eje 2

El Eje 2 recoge en la parte positiva a aquellas personas que presentan riesgo de imitación, especialmente por suicidio de amigos. Estos menores pertenecen a grupos sociales, especialmente deportivos, presentan diagnósticos psiquiátricos del espectro depresivo, tienen antecedente de maltrato en la infancia, no tienen antecedentes familiares de conductas suicidas y tienen acceso a métodos letales. La variable ilustrativa relacionada con intento de suicidio en el último año se proyecta en este polo del eje.

Al lado negativo del eje se encuentran aquellas personas que no tienen riesgo de imitación, presentan trastornos por abuso de sustancias, carecen de antecedente de maltrato en la infancia, no pertenecen a grupos sociales y, general-

mente, son hombres. Este eje se puede interpretar como el correspondiente a “sociabilidad más depresión” y exposición a “riesgo de imitación” en el entorno social (Figura 1). Se encuentra una asociación entre riesgo de imitación (especialmente de parte de amigos que se han suicidado), trastornos depresivos, participación social e intento suicida (Figura 1).

Eje 3

En el lado positivo del Eje 3 se agrupan aquellas personas solitarias (no viven acompañadas, ni pertenecen a grupos, ni tienen red de apoyo social) que presentan trastornos ansiosos. En el lado negativo se encuentran aquellas que tienden a agruparse principalmente en asociaciones religiosas o musicales, con abuso de sustancias, que no viven solas, presentan deseos de morir intensos y tienen red de apoyo social. La variable ilustrativa que evalúa ideación suicida se proyecta sobre el polo negativo del factor. Este eje se puede interpretar como “contexto social, uso de sustancias psicoactivas e ideación suicida”. Muestra como el riesgo de imitación no necesariamente depende de estar involucrado en grupos sociales y cómo las conductas suicidas se relacionan más con diagnósticos del espectro depresivo que del espectro ansioso (Figura 2).

letales, y en estos casos se encuentra asociación con el hecho de pertenecer a grupos (principalmente deportivos). De esta forma, el estudio confirma hallazgos anteriores, en los cuales los síndromes depresivos se asocian con factores como el maltrato infantil, ideación de muerte y suicidio (32).

Según la bibliografía médica mundial, muchos pacientes que presentan conductas suicidas, principalmente en el grupo de 15 a 24 años de edad, fallan en su intento; sin embargo, la gravedad del intento de suicidio dependería del acceso a métodos letales y del conocimiento de su existencia, pues aunque estos pacientes adolescentes con riesgo de imitación no presenten un alto deseo de morir, la letalidad del método utilizado podría llevar fácilmente a un suicidio consumado (39). Los estudios epidemiológicos han establecido que la depresión es un trastorno mental incapacitante, identificable en todos los grupos de edad, y que la incidencia y la prevalencia de trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes varía mucho dependiendo de las estrategias de muestreo y de las técnicas de medición. No obstante, existen estudios como el de Albert y Beck (40) que utilizaron escalas de autorreporte en población comunitaria de niños entre 11 a 15 años no psiquiátricos, según las cuales las tasas de trastornos depresivos son tan altas como el 35%. En contraste, existen

otros estudios (41) en los cuales los criterios diagnósticos para depresión son estrictos y las tasas encontradas son mucho menores (39).

En adolescentes no siempre se encuentra un diagnóstico psiquiátrico en el Eje 1, hecho que dificulta al clínico la predicción del riesgo suicida, por ello es de vital importancia investigar y determinar todos los factores de riesgo que hacen susceptible a esta población en particular. Dentro de éstos se menciona el riesgo de imitación, que hace parte de las características de este período de la vida, donde la sociedad de consumo y la moda son los pilares sobre los cuales se apoyan muchas de las pautas de comportamiento, sumado lo anterior al fácil acceso a sustancias psicoactivas que, como es sabido, puede funcionar como factor proximal o distal en conductas suicidas (42).

Es preocupante que en la medida en que ha avanzado la tecnología en sistemas de comunicación, con la posibilidad de acceder fácilmente a grandes cantidades de información, los adolescentes se vean bombardeados por noticias tanto de ámbito social como del espectáculo. Ellos están pendientes de sus personajes favoritos (cantantes, actores, escritores, etc.) y así como pueden imitar su forma de vestir, tienden a imitar sus comportamientos y a elegir a uno u otro como ejemplo de vida, por ello es lógico pensar

entonces que si se presentan conductas suicidas en estos personajes, exista un alto riesgo de imitación entre sus seguidores. Más aún, según los estudios realizados en varios países, se ha concluido que la magnitud del incremento en conductas suicidas y posterior suicidio consumado en adolescentes es proporcional a la cantidad, duración, cobertura e impacto que los medios de comunicación despliegan con relación a historias suicidas (43).

A pesar del control sobre los medios de comunicación en este sentido, los adolescentes hoy en día pueden consultar por internet páginas que divulgan conductas suicidas, incluso existe la posibilidad de que contacten a otros adolescentes y compartan con ellos información alrededor del suicidio. Durante la adolescencia la necesidad de socialización hace que los individuos se agrupen probablemente por afinidades, lo cual es parte del crecimiento y de la adaptación que se debe realizar durante esta etapa de la vida; sin embargo, en individuos susceptibles ésta sería una forma de exponerse al riesgo de uso de sustancias psicoactivas, a conductas suicidas por imitación, entre otros.

Existe un grupo de individuos con riesgo de suicidio por imitación que no ha tenido acceso a consultas especializadas en salud mental y, por lo tanto, la prevención en

estos casos no se centra en la atención de adolescentes en consulta psiquiátrica, sino que la detección de estos casos estará en manos de las personas directamente relacionadas con los adolescentes: profesores, orientadores y padres de familia.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el diseño de estrategias de detección y prevención de riesgo suicida en adolescentes debe incluir campañas informativas dirigidas a grupos de padres, profesores, pediatras, orientadores y medios de comunicación, incluso a los mismos adolescentes también se les puede intervenir cuando en algún grupo se presente un caso de conducta suicida susceptible de ser imitada. Para tal efecto es necesario insistir en la necesidad de que el personal de salud desmitifique el suicidio y se motive a evaluar el riesgo suicida, a solicitar ayuda especializada cuando sea conveniente y a educar en este sentido a padres y adolescentes.

Dentro de las recomendaciones generales en el manejo de niños y adolescentes no se aconsejan charlas o lecturas acerca del suicidio en grupos, dada la posibilidad de activar preocupaciones suicidas en individuos susceptibles que no puedan ser detectados por los coordinadores de estas actividades; asimismo, no se recomienda la realización de pruebas de detección de

riesgo suicida si no existe la posibilidad de evaluación especializada y remisión para tratamiento; sin embargo, el entrenamiento en detección de factores de riesgo de aquellas personas relacionadas directamente con adolescentes sí sería una medida útil que debe tenerse en cuenta (44).

En nuestro país es la primera vez que se realiza un estudio para evaluar el riesgo de imitación o contagio en conductas suicidas. En estudios posteriores valdría la pena determinar la relación temporal entre la exposición al riesgo y las conductas suicidas posteriores, investigando factores de riesgo en pacientes con ideación suicida activa y en pacientes que hayan consultado por intento de suicidio. Adicionalmente, es necesario investigar la efectividad de estrategias de manejo utilizadas en un grupo en particular, en el cual se ha presentado algún caso de conducta suicida.

Por último, se plantea que en el adolescente no es un requisito pertenecer a un grupo social en particular para tener riesgo suicida por imitación (45); de hecho, algunos adolescentes solitarios con síntomas depresivos podrían eventualmente imitar alguna conducta suicida presentada en personas conocidas diferentes a su familia, por tal razón no debemos descuidar el hecho de que el riesgo suicida es multidimensional (46) y varía en el tiem-

po. Por lo tanto, la entrevista clínica por parte del personal de salud, en especial por el psiquiatra, continúa siendo la herramienta más útil para prevenir conductas suicidas y muertes por suicidio en adolescentes con factores de riesgo relacionados con enfermedad mental o uso de sustancias psicoactivas.

Agradecimientos

La presente investigación fue financiada por el Departamento de Bienestar Estudiantil y Dirección de Investigación Bogotá (DIB) de la Universidad Nacional de Colombia.

Bibliografía

1. Maris RW. Suicide Prevention in Adults (age 30-65). *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25:171-9.
2. Chew KS, McCleary R. A life course theory of suicide risk. *Suicide Life Threat Behav.* 1994;24:234-44.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud; 2001. p. 1.
4. WHO. Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization; 2000. p. 5-6.
5. Hernández W. Los suicidios en Colombia entre el libre albedrío y la prevención. *Forensis datos para la vida.* Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2002. p. 111-28.
6. Perdomo M, Caicedo C, Garavito A, Hernández UK, Schock C. Suicidio por asfixia mecánica-ahorcadura: Bogotá

- 1996-2000. Centro Nacional de Referencia sobre Violencia. 2001 Ap;6(4).
7. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Semana Epidemiológica. Junio 25 a Julio 1 de 2000;(26).
8. Forero J, Pérez I. Exploración de algunas relaciones entre suicidio, alcohol y otras sustancias psicoactivas: Bogotá 2000. Centro Nacional de Referencia sobre Violencia. 2001 Oct;6(10).
9. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 8th ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000. p. 1423-5.
10. Rhyne CE, Templer DI, Brown LG, Peters NB. Dimensions of suicide: perceptions of lethality, time and agony. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25:373-80.
11. Reifman A, Windle M. Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use and social support: a longitudinal investigation. *Am J Community Psychol.* 1995 Jun;23(3):329.
12. González JO, Jiménez I, Rodríguez A. Homicidio-suicidio: un hecho real, un evento desconocido: Bogotá 2000. Estudio exploratorio. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. 2001 Nov;6(11).
13. Tanney B. Suicide prevention in Canada: a national perspective highlighting progress and problems. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25(1):105-22.
14. Queralt M. Risk factors associated with completed suicide in latino adolescents. *Adolescence.* 1993;28(112):831-50.
15. Ryland DH, Kruesi MJ. Suicide among adolescents. *Int Rev Psychiatry.* 1992; 4:185.
16. Bjarmason TH, Thorlindsson TH. Manifest predictors of past suicide attempts in a population of Icelandic adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 1994; 24(4):350.
17. López C, Robledo J, Martínez W. Tendencia del suicidio en Pereira 1992-2001. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. 2003 Jul;8(7).
18. Stack S, Gundlach J, Reeves J. The heavy metal subculture and suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1994;24(1):15.
19. Kirkland LR. To end itself by death: suicide in Shakespeare's tragedies. *South Medical Journal.* 1999;92(7):660-6.
20. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev.* 1974;39:340-54.
21. Berman AL. Fictional depiction of suicide in television films and imitation effects. *Am J Psychiatry.* 1988;145(8):982-86.
22. Jonas K. Modelling and suicide: a test of the Werther effect. *Bull Br Psychol Soc.* 1992;31:295-306.
23. Phillips DP. The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. *AJS.* 1982;87:1340-59.
24. Mazurk PM, et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of "Final Exit". *N Engl J Med.* 1993;329:1508-10.
25. Phillips DP, Lesnya K, Paight DJ. Suicide and media. In: Marris RW, Berman AL, Maltzberger JT, editors. *Assessment and prediction of suicide.* New York: Guilford; 1992. p. 499-519.
26. Soubrier JP. La prévention du suicide est-elle encore possible depuis la publication autorisée d'un livre intitulé: suicide mode d'emploi-histoire, techniques, actualités. *Bull Acad Natl Med.* 1984; 168:40-6.
27. Wasserman D. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *Am Sociol Rev.* 1984;49:427-36.
28. Phillips DP, Carstensen LL. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med.* 1986;315(11):685-9.
29. Phillips DP, Sanzone AG. A comparison of injury date and death date in 42,698 suicides. *Am J Public Health.* 1988;8(5): 541-3.
30. Platt S. The aftermath of Angie's overdose: is soap (opera) damaging to your health. *Br J Psychiatry.* 1987;294(11): 954-59.
31. Motto J. Suicide and suggestibility. *American Journal of Psychiatry.* 1967;124: 252-6.
32. Modestin J, Wurmle O. Role of modeling in in-patient suicide: a lack of supporting evidence. *Br J Psychiatry.* 1989;155: 511-4.
33. Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica.* 2002;22:407-16.

34. Levy PS, Lemeshow S. Sampling of populations. Methods and applications. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1999. p. 152-69.
35. American Psychiatric Association. Diagnostical and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington; 1994.
36. Escofier B, Pages J. Análisis factoriales simples y múltiples: objetivos, métodos, interpretación. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco; 1990. p. 49-69.
37. Lebart L, Morineau A, Piron M. Statistique exploratoire multidimensionnelle. Paris: Dunod; 1995. p. 108-42.
38. Nasser E, Overholser J. Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters. Acta Psychiatr Scand. 1999;99(6):423-31.
39. Jellinek M, Zinder J. Depression and suicide in children and adolescents. Pediatr Rev. 1998;19(8):255-65.
40. Albert N, Beck AT. The incidence of depression in early adolescence a preliminary study. J Youth Adolesc. 1975;4: 301-7.
41. Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, et al. Psychiatric disorders in pediatric primary care. Arch Gen Psychiatry. 1988;45: 1107-16.
42. Moscicki E. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. Clinical Neuroscience Research. 2001;1:310-23.
43. Madelyn G, Greenberg T, Velting D, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003.42(4):386-405.
44. AACAP. Practice parameters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40:7: 24-51.
45. Beck AT, Steer R. Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. J Affective Disord. 1989;17(3):203-9.
46. Kenneth S, Mc Cleary R. A life course theory of suicide risk. Suicide Life Threat Behav. 1994;24(3):234-44.

Recibido para publicación: 18 de octubre de 2004

Aceptado para publicación: 29 de enero de 2005

Correspondencia

Ricardo Sánchez

Correo electrónico: rsanchezpe@unal.edu.co