

CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA*

ALBERTO PERALES**, CECILIA SOGI**

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es estudiar la conducta suicida en estudiantes de medicina de una universidad estatal peruana. Para ello se encuestaron 1115 alumnos utilizando el Cuestionario de Salud Mental Abreviado, validado en población peruana. La prevalencia de vida de la ideación suicida fue de 23% y la del último año 7,3%. La prevalencia de vida del intento suicida fue de 4,0% y la del último año 1,2%. La ideación y el intento suicida fueron significativamente más frecuentes en estudiantes mujeres. En el análisis de regresión logística las variables predictivas de la ideación suicida fueron: ansiedad, intento suicida e idea de matar a alguien; y del intento suicida: conductas disociales, ideación suicida e idea de matar a alguien. Se concluye que los hallazgos apoyan la hipótesis de una dimensión continua entre la ideación y el intento suicida y que a ambas conductas se asocian a deseos agresivos dirigidos a un objeto externo y al propio yo.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, estudiantes de medicina, conducta suicida prevalencia de vida prevalencia en el último año

SUMMARY

This paper aims to study the suicidal behavior of medical students from a Peruvian university. 1115 subjects were surveyed by means of the Brief Mental Health Questionnaire validated in Peruvian population. The lifetime prevalence rate of suicidal ideation was 23% and 4% that of suicidal attempt. Last-year prevalence rate of suicidal ideation was 7,3% and 1,2%

that of suicidal attempt. Suicidal ideation and attempt were significantly more frequent in female than in male students. Logistic regression analysis showed as predictive variables of suicidal ideation: anxiety, suicidal attempt and desire to kill someone; and the ones of suicidal attempt: antisocial behavior, suicidal ideation and desire to kill someone. These findings support the hypothesis of a continuum dimension between suicidal ideation and attempt and that aggressive feelings towards others and to oneself are associated to both behaviors.

KEY WORDS: Mental health. Medical student. Suicidal behavior. Lifetime-prevalence. Last-year prevalence.

INTRODUCCIÓN

Las dificultades psicológicas vinculadas a la formación médica constituyen un problema de creciente importancia. El tránsito por la carrera médica se asocia a un alto nivel de estrés y variadas expresiones de alteración emocional en la población estudiantil, que debiendo constituir un grupo humano selecto es, en realidad, uno afectado por múltiples riesgos^{1,2}. En un proyecto de más amplio alcance, los autores vienen evaluando la condición de salud mental de los alumnos de una Escuela de Medicina estatal peruana para construir una base de datos sobre los cuales se diseñen los respectivos y oportunos programas de intervención preventiva. En el presente trabajo, se presentan parte de tales datos en un análisis que incide en uno de nuestros más preocupantes hallazgos, la conducta suicida.

* Proyecto N°7011744, 1977, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) (***) Unidad de Investigación, Facultad de Medicina, UNMSM
Dirección privada: Av. Javier Prado Oeste 445, Dpto. 101, Lima 27, Perú. E-Mail: aperales@chavin.rcp.net.pe

Conducta suicida

La literatura contemporánea suele dividir la conducta suicida en tres categorías: ideación suicida, parasuicidio y suicidio. La primera alude a cogniciones que pueden variar desde pensamientos transitorios sobre la insatisfacción de vivir, hasta planes concretos y bien elaborados para autoeliminarse; incluyendo, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. La segunda, abarca conductas que externalizan tal ideación en un rango que va desde los denominados gestos suicidas y conductas autodestructivas manipuladoras del entorno inmediato hasta intentos serios de consumación aunque sin éxito. Incluye, además, cualquier acto deliberado de autoeliminación cuyo objetivo se frustra por intervención externa. Su intención puede ser directa o indirecta, consciente o inconsciente, aunque el sujeto siempre sabe o sospecha que el efecto letal puede producirse. La última categoría, el suicidio, se refiere a la muerte autoprovocada como resultado de tal acto³.

Clinicamente, el suicidio se conceptualiza como un síndrome complejo de conducta autodestructiva con variables etiopatogénicas biológicas, psicológicas y socioculturales, al cual ingresa un ser humano por diversas vías, siendo la clásica y mayormente aceptada aquella vinculada al trastorno depresivo⁴.

Respecto al parasuicidio, se acepta que ningún país cuenta con estadísticas por las dificultades inherentes al registro. Ello torna difícil establecer y comparar las tendencias nacionales e internacionales. Se estima, sin embargo, que la incidencia del parasuicidio en mayores de 15 años es de 3 a 8 por 1000 habitantes mientras que la estimación de su prevalencia de vida varía entre 1% y 20% en aquellos mayores de 12 años⁵.

La Tabla 1 presenta una revisión de la literatura especializada sobre ideación e intento suicidas en población escolar y universitaria.

METODOLOGÍA

El presente estudio es transversal y descriptivo.

- **Población.** De un universo de 1321 estudiantes, la población objetivo comprendió a 1115: 1º año= 154; 2º año= 189; 3º año= 165; 4º año= 222; 5º año= 274; y 6º año= 111. No participaron del estudio 206 alumnos (15,6%) por diferentes razones.
- **Instrumentos.** Se utilizó el Cuestionario de Salud Mental Abreviado, validado para su uso en población peruana (11) que contiene preguntas sobre: datos demográficos, uso/abuso de tabaco y alcohol, conductas antisociales y suicidas, escalas de depresión y ansiedad de Zung y hábitos de vida.
- **Procedimientos.** Se establecieron las coordinaciones necesarias con las autoridades de la Facultad y los responsables de los Departamentos Académicos a través del Consejo de Facultad y contactos personales específicos, así como con los directivos y delegados del Centro de Estudiantes de Medicina. Se obtuvieron las listas de alumnos por orden alfabético con sus respectivos códigos de registro. Se efectuaron las coordinaciones de campo para realizar la encuesta por año de estudio. Las encuestas se realizaron entre junio y julio de 1997.
- **Ética y confidencialidad.** El proyecto fue evaluado y aprobado por el Consejo Académico de la Facultad y por el Consejo Superior de Investigaciones de la Universidad. La información recogida fue manejada en estricta confidencialidad por los investigadores responsables del proyecto.
- **Análisis de datos.** Se construyó una base de datos con el programa Fox: Pro 2.6. Se utilizaron los programas estadísticos EpiInfo 6.0 y SPSS. Se procedió al análisis de regresión logística (STEPWISE) de la ideación y el intento suicida como variables dependientes.

Tabla 1.

Autores	Localidad	Edad	Población	Ideación	Intento
• Choquet y Menke (1989)(6)	París	13-16	1600	14% 23%	Varón Mujer
• Levy y Deykin (1989)(7)	Boston	18-19	424	25%	
• Garrinson y cols. (1993)(8)	Carolina del Sur	14-18	3764	7,5%	
• Rudd y cols. (1989)(9)*	EE.UU.		43%	5,5%	Universitarios
• Miranda & Queiroz (1991)(10)	Brasil		875		Estudiantes de medicina
	34,8%	2,3%			

* Citados por Gómez y col. Ideación suicida e intento de suicidio en estudiantes de medicina. Rev. Psiquiatría Fac. med. Barna, 1992; 19: 265-271

Tabla 2. Prevalencia de vida de la conducta suicida

Conductas suicidas	Grupos etáreos			
	-19 %	20-24 %	25-29 %	30+ %
• Ideación suicida				
Varones	15,2	18,8	16,0	17,2
Mujeres	34,2	37,1	33,8	8,3
• Intento suicida				
Varones	4,3	3,6	1,4	1,6
Mujeres	10,5	6,2	6,5	0,0

(Perales y Sogi, 1999)

RESULTADOS

Sexo y edad

Del total de 1115 alumnos, el 71% correspondió a varones y el 29% a mujeres. La edad media fue 24,1 (DE 4,0) en varones y 23,1 (DE 3,9) en mujeres. Los 1115 estudiantes fueron divididos en cuatro grupos de edad: 19 (7,7%), 20-24 (58,4%); 25-29 (27,0%); y 30 años o más (6,9%). En 20 casos (18 varones y 2 mujeres) no se obtuvo datos de edad (1,8%).

Prevalencia de la conducta suicida

La prevalencia de vida (alguna vez en la vida) de la ideación suicida fue de 23%; y en el último año, 7,3%. La prevalencia de vida del intento suicida fue de 4,0% y en el último año, 1,2%. Distinguida por sexo la ideación suicida alguna vez en la vida fue informada por 1 de cada 6 varones (18,1%) y 1 de cada 3 mujeres (34,7%) ($p < .001$); el intento suicida, por 1 de cada 33 varones (3,0%) y 1 de cada 15 mujeres (6,5%) ($p < .01$).

La ideación suicida en el último año fue informada por 1 de cada 17 varones (5,6%) y 1 de cada 9 mujeres (11,8%); el intento suicida, por 1 de cada 132 varones (0,8%) y 1 de cada 65 mujeres (1,6%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas en ambos casos.

Tabla 3. Prevalencia último año de conducta suicida

Conductas suicidas	Grupos etáreos			
	-19 %	20-24 %	25-29 %	30+ %
• Ideación suicida				
Varones	4,3	5,8	4,6	7,8
Mujeres	5,3	14,4	10,4	0,0
• Intento suicida				
Varones	0,0	1,1	0,0	1,6
Mujeres	2,6	1,5	1,3	0,0

(Perales y Sogi, 1999)

Tabla 4. Regresión Múltiple de la ideación suicida

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
• Ansiedad	-,0066	,0022	-,0857	-2,99	,002
• Intento suicida	,4541	,0641	,2170	7,09	,000
• Idea de matar	,2181	,0525	,1273	4,16	,000
• (Constante)	,7578	,1579		4,80	,000

(Perales y Sogi, 1999)

Prevalencia de vida de la conducta suicida por sexo y edad

En la Tabla 2 se observa que la frecuencia de la ideación suicida está presente en todo el rango de edad de la población estudiada, aunque en las mujeres tiende a disminuir después de los 30 años. Del mismo modo, la frecuencia del intento suicida tiene semejante distribución, tendiendo a ser menor a medida que los subgrupos son de mayor edad, más en mujeres que en varones.

Sin embargo, la distribución por grupos de edad de la prevalencia de vida de la ideación y del intento suicida no mostró diferencias estadísticamente significativas, tanto en varones como en mujeres.

Prevalencia en el último año de la ideación e intento suicida

La distribución por grupos de edad de la prevalencia en el último año de ideación e intento de suicidio no mostró diferencias estadísticamente significativas, tanto en varones como en mujeres. No obstante, igual que en la Tabla anterior, la ideación suicida se presenta en todas las edades del grupo encuestado. Se observa, asimismo, que el intento de suicidio es más frecuente en los varones de mayor edad mientras que en las mujeres se observa lo inverso, es más frecuente en las de menor edad (Ver Tabla 3).

Regresión logística de la ideación suicida

Se consideraron 10 variables predictivas en la ecuación de regresión: sexo, edad, nivel socioeconómico, año de estudio, depresión, conductas disociales, sospecha de problema con alcohol (CAGE), ansiedad, intento de suicidio e idea de matar a alguien. De ellas, solo mostraron asociación significativa a la ideación suicida las tres últimas (Ver Tabla 4).

Tabla 5. Regresión múltiple del intento suicida

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
• Disocial	-,0532	,0262	-,0565	-2,03	,042
• Ideación Suicida	,2494	,0232	,3047	10,74	,000
• Idea de matar	,0937	,0134	,1961	6,99	,000
• (Constante)	1,3040		,0460	28,32	,000

(Perales y Sogi, 1999)

Regresión logística del intento suicida

De las 10 variables predictivas consideradas sólo lograron su inclusión en la ecuación de regresión: conductas disociales, ideación suicida e ideas de matar a alguien; es decir, como factores asociados significativamente al intento de suicidio (Ver Tabla 5).

DISCUSIÓN

De la base de datos, producto de una encuesta de salud mental en estudiantes de pregrado de una Facultad de Medicina estatal peruana, el presente estudio focaliza un aspecto parcial del mismo, el análisis de la conducta suicida.

Limitaciones del estudio

Debemos precisar que el instrumento empleado no está diseñado para hacer diagnósticos, específicos de trastorno psiquiátrico. La prevalencia de conducta suicida deriva de las preguntas directas que plantea sobre la misma, por lo tanto, debe considerarse que el nivel descriptivo es más sindrómico que trastorno específico.

Ideación suicida

Al respecto, coincidimos, con Goldney y col., en la necesidad de estandarizar su estudio para que los hallazgos sean comparables. Los autores citados revisaron 13 trabajos llevados a cabo en diversos países y observaron que los instrumentos utilizados variaban en cuanto al número y fraseo de las preguntas respecto a la frecuencia e intensidad de la ideación suicida, con el efecto consiguiente de una amplia variabilidad en los resultados¹². Ilustra lo señalado la comparación de nuestro instrumento con el de Gómez y col., realizado en Chile. En ideación suicida, nosotros preguntamos ¿ha deseado no seguir viviendo?; y en intento de suicidio, ¿ha intentado suicidarse? El de Gómez y col., lo frasea: 1) ¿ha pensado que la vida no vale la pena?; 2) ¿ha sentido deseos de estar muerto?; 3) ¿ha deseado terminar con su vida?; 4) ¿ha intentado suicidarse?

En nuestro estudio, la prevalencia de vida de la ideación suicida fue de 23%; y en el último año, de 7,3%. La prevalencia de vida del intento suicida fue de 4,0% y en el último año de 1,2%. En el de Gómez y col., la ideación suicida, de diversa intensidad fue de 55,1% alguna vez en la vida y de 28,6% durante el año anterior; el intento suicida 5% alguna vez en la vida y de 1,0% en el año anterior⁹.

Conducta suicida y género

En nuestro estudio tanto la ideación como el intento suicida fueron claramente más frecuentes en las estudiantes mujeres. Al respecto, diversos informes coinciden en señalar que el suicidio consumado es más frecuente en varones mientras que el parasuicidio lo es en mujeres¹³. En Inglaterra y Gales, en población de 15 a 34 años, en el periodo 1968-1995, Gunnell y col., hallaron que el suicidio en varones se había incrementado en los últimos 20 años hasta 85% mientras que en las mujeres se había reducido a un 11%. Aunque se desconoce las razones de tales tendencias, es posible que los hombres al usar métodos más letales tengan más probabilidades de intentos consumados¹⁴.

La conducta parasuicida, a diferencia del suicidio, es más frecuente en mujeres que en varones, dato corroborado en diferentes países y culturas. Así, por ejemplo, Toews y col., encuentran que aunque el nivel de estrés fue similar en 1681 estudiantes de medicina, graduados y residentes de cuatro Escuelas de Medicina canadienses de ambos sexos, hubo diferencias significativas a favor de las mujeres⁵. Al respecto, la manera diferencial como manejan los niveles de estrés el varón y la mujer debe ser tomada en cuenta. Gonzales-Fortezay Andrade han señalado que las mujeres reaccionan ante el estrés con: afecto negativo, molestias psicósomáticas, problemas en las relaciones interpersonales e ideación suicida, mientras que los varones mayormente lo hacen con ánimo deprimido¹⁶. Windle, asocia esta diferencia al diferente proceso de socialización; las mujeres son educadas con mayor orientación hacia el mundo interpersonal mientras que los hombres lo son hacia el dominio del mundo externo¹⁷. Nosotros creemos que nuestra estructura sociocultural permite al varón diversas vías de externalización de emociones y drenaje tensional, por ejemplo, por medio de mayor actividad física y aceptación familiar para estar fuera de casa mientras que la mujer está culturalmente más presionada a internalizar sus emociones y controlar sus salidas del hogar. En coincidencia con esta tesis, un estudio epidemiológico realizado en una comunidad urbanomarginal de Lima evidenció que la mujer, a diferencia del hombre, rara vez sale de la casa a distraerse¹⁸.

Variables asociadas a la conducta suicida

En nuestro estudio se asociaron a ideación suicida: ansiedad, intento de suicidio e idea de matar a alguien; y, al intento suicida: conductas disociales, ideación suicida e idea de matar a alguien.

Ansiedad

El hallazgo de este vínculo corrobora el de Goldney y col., el grado de ideación suicida se asocia al nivel de ansiedad¹². Allan y col., han descrito una conducta suicida por angustia¹⁹. No obstante, la asociación más citada en la literatura psiquiátrica, tanto para la ideación suicida como para el acto autoeliminatorio, es con la depresión¹.

Respecto a la conducta suicida, clásicamente se acepta un "continuum" entre pensamiento y acto suicida. Los textos psiquiátricos más reputados así como los instrumentos de investigación elaborados con tal finalidad lo corroboran²⁰. En estos últimos, la secuencia indagatoria examina primero, un deseo de morir general en el sujeto, de no seguir viviendo o de pensamiento frecuente en la muerte; segundo, un deseo de eliminarse o terminar con su vida; y, tercero, el intento suicida o parasuicida. Otros autores, por el contrario, postulan un fenómeno clínico dicotómico. Las conductas parasuicidas y suicidas, aunque frecuentemente asociadas, serían fenómenos categorialmente distintos. En tal perspectiva se ha avanzado la hipótesis de que aquellos que intentan el suicidio y no lo logran corresponden a un grupo clínico diferente²¹. Aunque, la diferencia fundamental entre estas dos categorías se da en el plano del éxito letal, la psiquiatría clínica acepta y advierte que algunos intentos, aunque no consumados, muestran seria intención de autoeliminación indicando alto riesgo de muerte en futuras repeticiones. Y aún aquellos en los que se advierte clara intención manipuladora del ambiente inmediato, y son clínicamente calificados de "gesto suicida" y de menor riesgo, conllevan siempre la posibilidad de que al sujeto "se le pase la mano" y la consecuencia fatal se produzca. Esta última nunca puede ser del todo descartada, ratificando la necesidad de intervenciones preventivas.

Ideación e intento suicidas

La asociación observada en nuestro estudio apoya la posibilidad de un "continuum" entre pensamiento y acto suicida. La pregunta sobre la cual el diseño de nuestro estudio no permite aportar información es ¿qué factores gatillan la traducción del pensamiento al acto concreto?

Idea de matar a alguien

La vinculación entre "idea de matar a alguien" y conducta suicida, sugiere una clara asociación entre impulsos agresivos dirigidos a otra persona o al propio Yo. Entre otros cuadros psiquiátricos la agresividad ha sido descrita como característica de la personalidad antisocial y trastornos afectivos²². Se sabe que las personalidades con características antisociales muestran impulsividad, irritabilidad y agresividad como rasgos de carácter²³. Y, se considera, que tanto la conducta suicida como la agresiva externalizada, son manifestaciones que evidencian pobre control de impulsos. Los jóvenes agresivos muestran mayor probabilidad de tornarse impulsivos cuando se deprimen, se frustran o se asustan⁷.

Adicionalmente, la escuela psicoanalítica otorga un rol fundamental a la agresividad o al instinto de muerte en el mecanismo suicida. Este último es considerado como resultado de impulsos inconscientes que conjugan una combinación de variables, incluyendo no solo el propósito de morir, sino, primariamente, el deseo de matar a alguien. "Nadie se mata sin haber intentado matar a otro (en fantasía)" - señala Fenichel - "de forma tal que el sadismo del Super Yo se vuelve contra el propio Yo"²⁴. No obstante que la investigación psicoanalítica sobre el tema deriva fundamentalmente de estudios clínicos de caso único y adolece de escaso poder de generalización externa, nuestros hallazgos apuntan a verificar tal asociación.

Conductas disociales

Nuestro resultados las asocian significativamente con el suicidio corroborando los de Marttunen y cols., quienes hallaron la misma relación en el 43% de los adolescentes suicidas en Finlandia²⁵. Los autores de una revisión sobre el tema señalan que dicha asociación es frecuente en adolescentes, particularmente varones. Las conductas antisociales de inicio temprano se relacionan posteriormente con muertes violentas. Los adolescentes delincuentes están en mayor riesgo de muerte violenta a temprana edad y los indicadores precoces de tal característica delincencial de la personalidad predicen fuertemente el suicidio. Adicionalmente a lo señalado, la concurrencia de trastornos mentales parece jugar un rol importante en la conducta suicida de adolescentes con rasgos antisociales y se suscribe como factor importante contribuyente en el suicidio de tales jóvenes además de la depresión, el abuso de alcohol y de otras sustancias así como la presencia de personalidad borderline²⁶.

Por otro lado, la teoría cognitiva ha abierto importantes vías de indagación de la conducta humana. Plantea una secuencia obligada cognición (pensamiento) - respuesta afectiva- acción o comportamiento²⁷. Considerando que la importancia de todo estudio exploratorio se ubica más allá de los resultados que produce en su capacidad de generar hipótesis, nos atrevemos a plantear que, así entendida, la conducta suicida en el estudiante de medicina se iniciaría con un nivel cognitivo traducido en pensamientos de muerte o de matar a alguien lo cual generaría un sentimiento, sea de angustia, depresión o desmoralización, para llegado un momento determinado o bajo la influencia de mecanismos "disparadores" del ambiente expresarse en acción o conducta parasuicida o suicida. La necesidad de mayores estudios sobre el tema y el desarrollo de programas de ayuda, son solo consecuencias lógicas y urgentes de lo descrito.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de vida de la ideación suicida fue de 23% y en el último año, 7,3%
2. La prevalencia de vida del intento suicida fue de 4,0% y en el último año, 1,2%
3. La ideación suicida se distribuye en todo el rango de edad de la población estudiada.
4. El intento suicida fue más frecuente en mujeres (6,5%) que en varones (3,0%); y más frecuente en los grupos de menor edad que en los de mayor edad.
5. El análisis de regresión logística indica como variables predictivas del intento suicida: conductas disociales, ideación suicida e idea de matar a alguien; y, de la ideación suicida: ansiedad, intento de suicidio e idea de matar a alguien.
6. Nuestro hallazgo apoya la hipótesis de una dimensión continua entre pensamiento y acto suicida y de impulsos agresivos dirigidos a otra persona o al propio Yo.

RECOMENDACIONES

Sobre la base de los resultados debe formularse el correspondiente programa de intervención preventiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MILLAN LR, ROSSI E, DE MARCO OLN. O suicidio entre estudantes de medicina. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 1990; 45: 145-149.
2. CHAN D. Depressive symptoms and depressed mood among Chinese medical students in Hong Kong. Compr Psychiatry 1991; 32: 170-180.
3. DIEKSTRA RFW & GULBINAT W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents: World Health Statistical Quarterly, 1993; 46: 52-68
4. PERALES, SOGI C. Suicidio y depresión. Médico Interamericano, 1998; 17: 46-47.
5. DIEKSTRA RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1993; Suppl 371: 9-20.
6. CHOQUET M, MENKE H. Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and help-seeking behavior. Acta Psychiatr Scand 1989; 81: 170-177.
7. LEVY JC, DEYKIN EY. Suicidality, depression and substance abuse in adolescents. Am J Psychiatry 1989; 146: 1462-1467.
8. GARRINSON CZ, McKEOWN RE, VALOIS R, VINCENT ML. Aggression, substance use and suicidal behavior in high school students. Am J Public Health 1993; 83: 179-184.
9. GOMEZA, NUÑEZ C, LOLAS F. Ideación suicida e intento de suicidio en estudiantes de medicina. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 1992; 19: 265-271.
10. MIRANDA PS, QUEIROZ EA. Pensamiento suicida e tentativa de suicidio entre estudiantes de medicina. Rev ASP APAL 1991; 13: 157-160.
11. PERALES A, SOGI C, SANCHEZ E, SALAS RE. Adaptación del Cuestionario de Salud Mental. En Monografía de Investigación N°2 INSM HD-HN. Dimersa. Lima, 1995.
12. GOLDNEY RD, WINEFIELD AH, TIGGEMAN M, WINEFIELD HR & SMITH S. Suicidal ideation in a young adult population. Acta Psychiatr Scand 1989; 79: 481-489.
13. KAPLAN HI, SADOCK BJ, GREEB JA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Seventh Edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 1994.
14. GUNNELL D, WEHNER H, FRANKEL S. Sex differences in suicide trends in England and Wales. Lancet, 1999; 13: 556.
15. TOEWS JA, LOCKYER JM, DOOBSON DJ, SIMPSON E, BROWNELL AK, BRENNIS F, MACPHERSON KM, COHEN GS. Analysis of stress level among medical students, residents and graduate students at four Canadian Schools of Medicine. Acad Med 1997; 72: 997-1002.
16. GONZALEZ-FORTEZA C, ANDRADE P. Estrés cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1993 40: 156-163.
17. WINDLE MA. Longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. Develop Psychol 1992; 28: 552-530.
18. PERALES A, SOGI C, SANCHEZ E, SALAS RE. Salud mental en población urbano-marginal de Lima. Monografía de Investigación N°2 INSM HD-HN. DIMERSA. Lima, 1995.
19. ALLAN WD, KASHANI JH, DAHLMEIER M, BECK Jr N, REID JC. Anxious suicidality. A new subtype of childhood ideation? Suicide and Life Threatening Behavior 1998; 28: 251-260.
20. ROBINS LN, WING J, WITTCHEN HU, HELZER JE, BABORT F, BURKE J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. Arch Gen Psychiatry 1988, 45: 1069-1077.
21. SULIK LR & GARFINKEL BD. Adolescent suicidal behavior: Understanding the breadth of the problem. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1992: 197-228.
22. POVEDA DEAGUSTIN JM. La agresividad y sus trastornos, en Psicología Médica. P. Ridruejo Alonso, A. Medina León, J.L. Rubio Sánchez (eds), McGraw Hill Interamericana. Madrid, 1996.
23. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Edition. APA. Washington D.C., 1994
24. FENICHEL O. The Psychoanalytic Theory of Neurosis WW Norton & Company Inc. N.Y., 1945.
25. MARTTUNEN MJ, ARO HM, LONNGVIST JK. Antisocial behavior among adolescents suicide. Acta Psychiatr Scand 1994; 89: 167-173.
26. MARTIN C, WAITE S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. Acta Psychiatr Scand 1994; 89: 246-254.
27. BECK A. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. International University Press. New York, 1976.