

## Indicadores de Riesgo Suicida en Adolescentes: una Investigación Comparada

### Indicators of Suicidal Risk in Adolescents: A Compared Investigation

Investigadora Titular: Norma Coppari de Vera<sup>1</sup>

CDID "Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Cátedra de Psicología Experimental"  
Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción"<sup>2</sup>

---

#### Resumen

El estudio del suicidio entre adolescentes implica la evaluación del estrés ansiedad por eventos de vida adversos.

El Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes detecta y evalúa fiablemente el impacto de eventos adversos recientes. Por otro lado, el Inventario de Riesgo Suicida (IRIS) para adolescentes examina condiciones de riesgo para la ideación e intento suicida.

Se correlacionaron los resultados de ambos instrumentos en la caracterización de riesgo suicida. Participaron 233 adolescentes de 13 a 18 años, estudiantes de escuelas privadas (n=111) y públicas (n=122) de Asunción.

Los perfiles se correlacionan altamente  $r = 0.68$ , en similitud con otras investigaciones donde se halló una fuerte asociación entre riesgo suicida y eventos adversos de vida evaluados en estrategias de intervención en escenarios escolares.

**Palabras clave:** riesgo suicida, adolescencia, estrés, resiliencia

60

---

#### Abstract

The study of the suicide among adolescents implies the evaluation of the stress and anxiety for adverse events of life.

The Questionnaire of Events of Life for Adolescents detects and it evaluates the impact of recent adverse events reliably.

On the other hand, the Inventory of Suicidal Risk (IRIS) for adolescents examines conditions of risk for the ideation and suicidal intent. The results of both instruments were correlated in the characterization of suicidal risk. 233 adolescents participated from 13 to 18 years, students of private schools (n=111) and public (n=122) of Asunción.

The profiles are correlated  $r$  highly = 0.68, in similarity with other investigations where was find a strong association among suicidal risk and adverse events of life evaluated in intervention strategies in school sceneries.

**Keywords:** suicidal risk, adolescence, stress, resiliency.

---

<sup>1</sup>Correspondencia remitir a: [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) Dra. Norma Coppari (M.S.,M.E.)

<sup>2</sup>Correspondencia puede ser remitida a [editor@psicoeureka.com.py](mailto:editor@psicoeureka.com.py) Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología, Universidad Católica de Asunción-Paraguay

## Estado del Conocimiento

Eventos de vida estresantes o adversos pueden disparar un acto suicida. Esta asociación ocurre probablemente entre individuos con una vulnerabilidad al suicidio (Baja resiliencia). Los eventos asociados al acto suicida son percibidos por la persona como un reflejo de su pérdida, humillación, vergüenza o fracaso. El suceso estresante en sí funciona como un disparador hacia el comportamiento suicida en un intento por enfrentar estas reacciones emocionales intensas (Overholser, 2003).

En comparación con otros grupos de edad, los adolescentes tienen una mayor probabilidad de estar inmersos en la resolución de conflictos relacionados con la formación de identidad y conflictos con los padres, por lo que se vuelven más vulnerables al rechazo de los pares (Rich, Warsrad, Nemiroff, Fowler, & Young, 1991).

El riesgo de suicidio se incrementa con la aparición de la pubertad, y los cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados con la adolescencia, pueden incrementar el grado de estrés experimentado por la mayoría de los jóvenes (Aro, Marttunen, & Lonnqvist, 1993). Respecto a la relación entre eventos precipitantes y estresores, para Overholser (2003), los primeros se refieren a aquellos sucesos que preceden inmediatamente a una crisis suicida, los estresores hacen referencia a los eventos que ocurren semanas o meses previos al intento suicida.

Así, cuando una contingencia crítica irrumpe en la vida diaria de un individuo, la persona puede considerar el acto suicida como una forma de enfrentar problemas severos en su vida.

Los estudios con adolescentes tratan de explicar la relación entre la acumulación gradual en el tiempo de

varios estresores, y los sucesos adversos previos a la conducta suicida.

Esta investigación se enmarca dentro del tema Salud Psicológica del Adolescente, basado en el enfoque de prevención de riesgo, y detección y promoción de la resiliencia.

El enfoque de riesgo es un abordaje conceptual y metodológico que plantea que:

a. Las personas, las familias y los grupos tienen diferentes grados de posibilidad de desviarse de la salud y el bienestar. Estas variaciones dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades.

b. Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes son numerosos e interrelacionados. El control de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores requieren de la participación de los sectores, las disciplinas, las profesiones y las personas implicadas.

c. El control de los factores de riesgo, por supresión o compensación, disminuye la probabilidad de daño (prevención primaria) y el refuerzo de los factores protectores resilientes aumenta las posibilidades de una mejor salud (prevención primordial).

Por Resiliencia se entiende la capacidad del individuo para recuperar su adecuado funcionamiento después de situaciones estresantes, de transición o de crisis. Personalidad Resiliente es aquella que permite ejercer un dominio activo sobre distintos tipos de crisis a las que se enfrenta el individuo.

## Método

### Participantes

La muestra está integrada por 233 adolescentes. Ambos sexos, entre 13 y 18 años de edad. De escuelas de enseñanza escolar básica y media. Privada (n=111), grupo control, de Asunción y una muestra clínica de 122

adolescentes censados como afectados directa (25-21%), o indirectamente (97-79%) por el evento del 1 de Agosto/04 (1ª), pertenecientes al Distrito Santísima Trinidad de la Ciudad de Asunción.

### **Instrumentos**

Se utilizaron el Cuestionario de Sucesos de Vida (Lucio & Duran, 2003) forma para adolescentes y el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS) en su segunda versión (Hernández & Lucio, 2003).

El Cuestionario de Sucesos de Vida es un instrumento de auto reporte que consta de 129 reactivos y una pregunta abierta. Las áreas que incluye son: a) Personal, b) Social, c) Salud, d) Logros y Fracasos, e) Escolar y f) Problemas de Conducta. Salvo en las áreas de logros y fracasos y de problemas de conducta, las demás áreas incluyen sucesos positivos y sucesos negativos. Cuenta con una confiabilidad de .89 en el estudio de estandarización del instrumento. Con normas adecuadas para la población mexicana y para la paraguaya en proceso de desarrollo. Diversos estudios indican una validez adecuada (Lucio & Duran, 2003; Lucio, Pérez y Parías, & Duran, 2004). El tiempo promedio de aplicación es de 45 minutos.

El IRIS es un cuestionario, escala tipo Likert que se aplica en 15 minutos promedio. Se compone en su segunda versión de un total de 50 reactivos con aseveraciones vigentes dentro de los últimos seis meses de vida del adolescente. De cinco opciones de respuesta: a) Todo este tiempo b) Casi siempre c) Algunas veces d) Rara vez e) No. Evalúa las siguientes áreas: Ideación suicida, Satisfacción en la vida, Dificultades interpersonales, Dificultades en la escuela, Signos de alerta, Planeación e intención suicida, Malestar personal psicológico y Desesperanza.

El propósito del (IRIS) es identificar adolescentes que se encuentren en riesgo alto, medio o bajo de comportamiento suicida al medir la severidad de su sistema de creencias (Kirk, 1994; Brent & Moritz, 1996) y conocer si el joven ha recibido, considera o le gustaría recibir algún tipo de atención. Parte del supuesto de que el adolescente desarrolla un sistema de creencias que puede ser evaluado mediante una indagación sistemática (King y Kowalchuk, 1994; Shaffer, 2000). Este sistema de creencias lleva al adolescente a considerar opciones suicidas en lugar de otras de tipo adaptativo. Además, la evaluación del grado en que el adolescente ha pensado en algún método y circunstancias para morir podría predecir de manera más consistente la fatalidad del intento suicida (CDC, 1992; Martín et al, 1997).

El IRIS como instrumento y enfoque de evaluación se desarrolla con base al modelo teórico de suicidio en niños y adolescentes desarrollado por Shaffer y colaboradores (2001). También en el modelo de identificación y evaluación propuesto por Kirk (1993) en su estrategia de intervención para escuelas secundarias y preparatorias de Estados Unidos. Asimismo, a partir de una revisión de varios casos de adolescentes suicidas (viñetas) y estudios anteriores (Lucio et al, 2000), fue posible la adecuación y toma de decisión para incorporar varios reactivos al instrumento en su versión final.

### **Procedimiento**

Se aplicaron ambos instrumentos en una sola sesión de evaluación que tomo una jornada escolar matutina. Se instruyo, motivo y siguió en grupos de no más de 20 adolescentes, la aplicación de ambos dispositivos. Se corrigió, calificó y retroalimentó en

pequeños grupos sobre los resultados con un enfoque intergrupar.

Se privilegia el reporte de datos del Inventario de Riesgo Suicida (IRIS), no así los obtenidos por el Cuestionario Sucesos de Vida del Adolescente, para enfatizar sí las correlaciones obtenidas entre ambos perfiles.

## Resultados

Se presentan en las figuras N° 1 a la N° 4 el Análisis Intramuestral de los cortes de varones y mujeres. El Análisis Intermuestral se observa en las figuras N° 5 al N° 16 comparativos de las muestras clínica y no clínica.

### Muestra Clínica (1ª) y Muestra No Clínica (Priv.): Descriptores Evaluados por IRIS:

- Críticos: Ítems: 25, 49 y 50.
- Áreas: Área 1 (T1): Ideación e intención suicida; Área 2 (T2): Desesperanza y depresión; Área 3 (T3): Ausencia de circunstancias protectoras
- Categorías:
  - \* **Prioridad 1.** Riesgo alto: ideación persistente, presencia de plan suicida e intento (s) previo (s) de suicidio.

\* **Prioridad 2.** Riesgo por intento: autorreporte de intento (s) previo (s) de suicidio

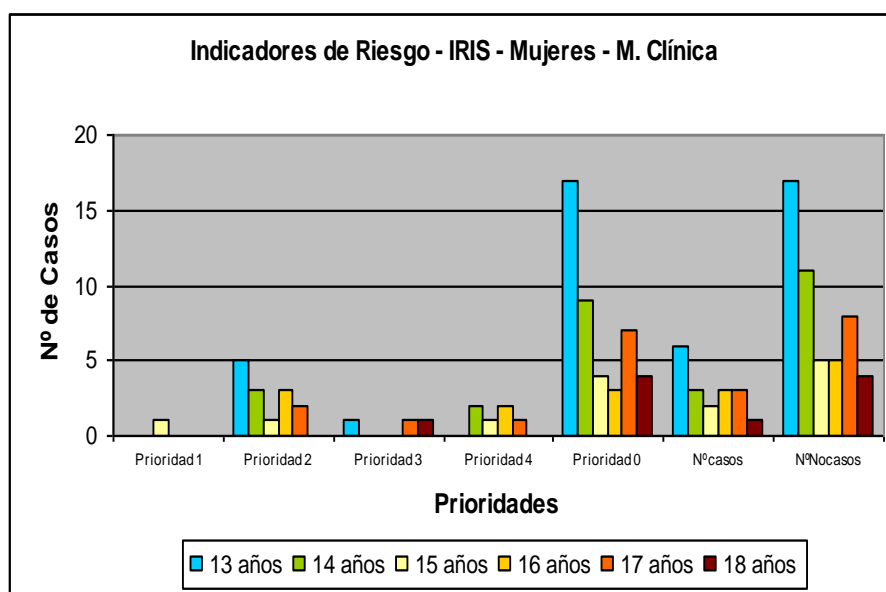
\* **Prioridad 3.** Riesgo por ideación: autorreporte de ideación y pensamientos suicidas.

\* **Prioridad 4.** Malestar psicológico: cambios conductuales, dificultades interpersonales, inconformidad.

\* **Prioridad 0.** Sin riesgo. No hay elevaciones en las tres áreas evaluadas ni hay reactivos críticos endosados.

\* **Caso / No caso.** Caso: agrupa a todos aquellos con prioridad 1, 2, y 3 solamente por considerarse con riesgo de suicidio en niveles diferentes. No caso: agrupa a todos aquellos con prioridad 4 y 0 por tratarse de alumnos con alguna o ninguna dificultad o malestar normativos.

- **Prioridad 0:** Sin Riesgo No Caso
- **Prioridad 4:** Malestar Psicológico Caso por prevención.
- **Prioridad 1, 2 y 3:** Con riesgo Alto Caso de riesgo



**Figura N° 1:** Prio 1 registra caso de 15 años, Prio 2 observa casos de todas las edades,

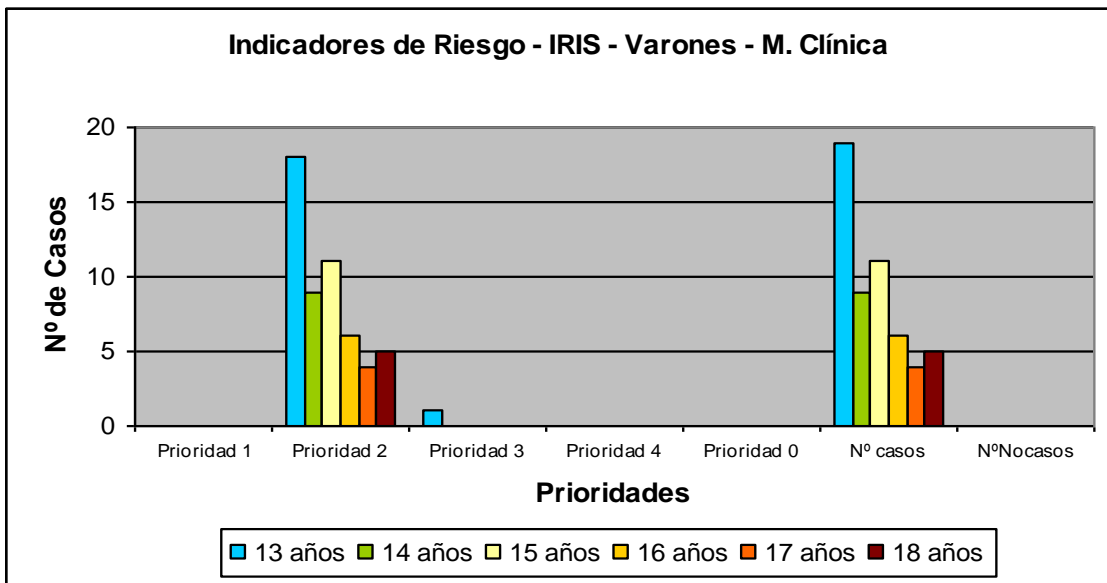


Figura N° 2: Prio 2 registra toda la concentración de casos de todas las edades en varones

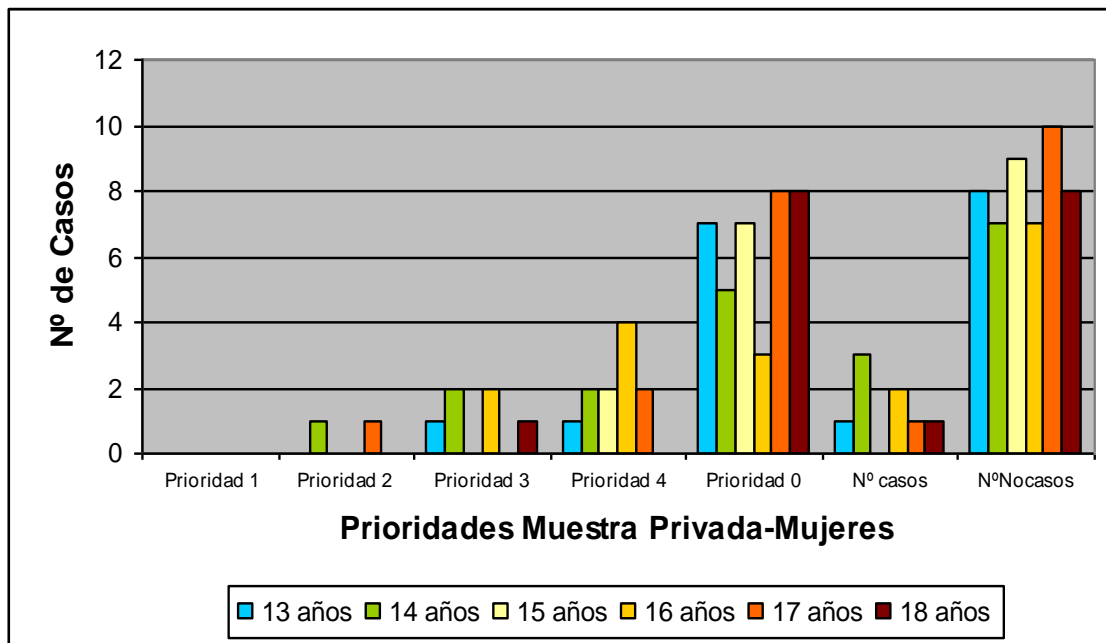
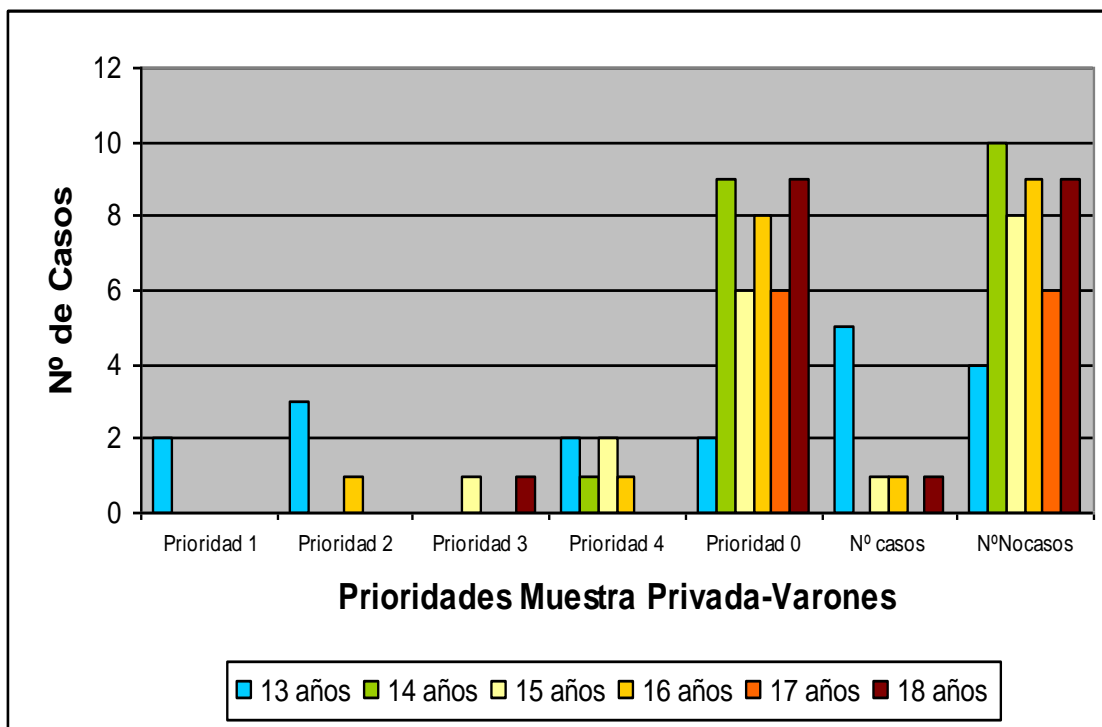
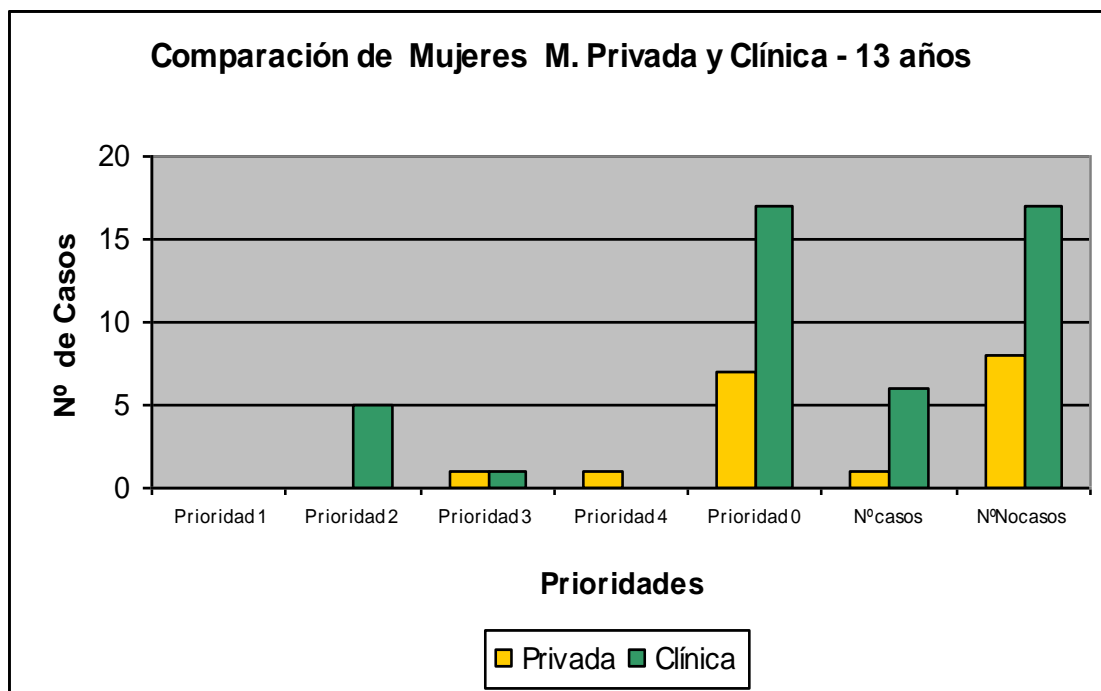


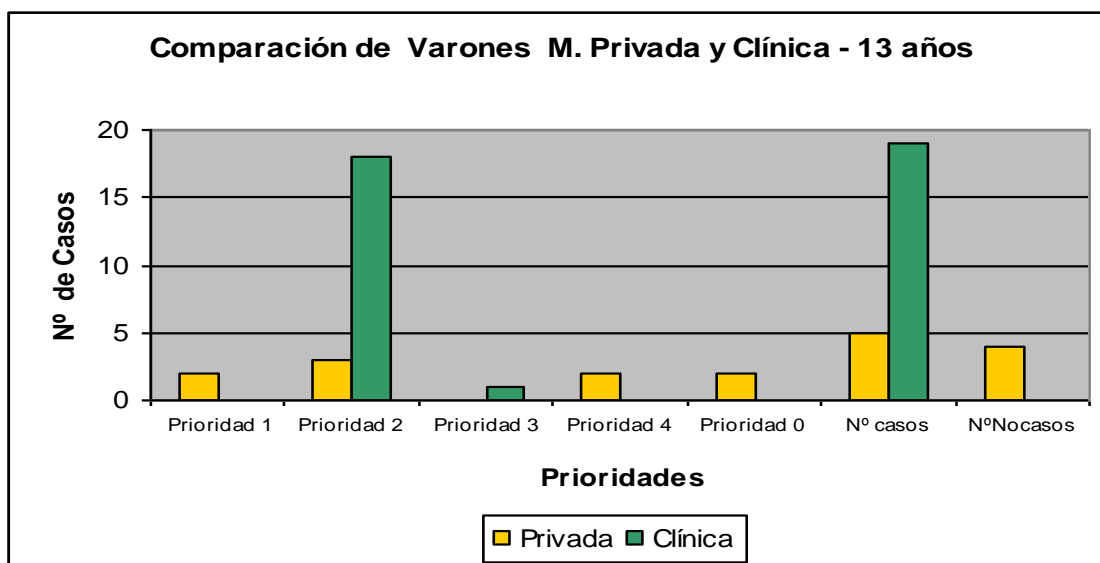
Figura N° 3: Prioridad 2 registra 1 caso de 14 y otro de 17 años. Prio 3 tiene casos de 13, 14, 16 y 18 años. Prio 4 registra casos de todas las edades.



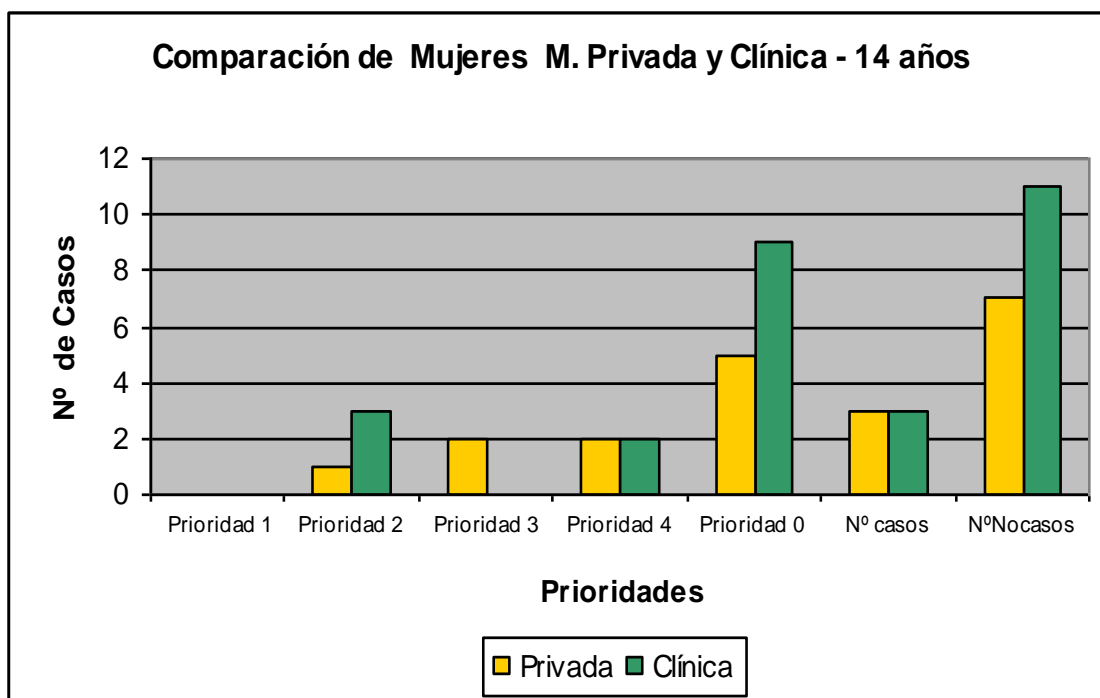
**Figura Nº 4:** Se observan 2 casos con prioridad 1 de 13 años; 3 de prioridad 2 de 13 y 1 de 16 años. La prioridad 3 tiene 1 caso de 15 y otro de 18 años.



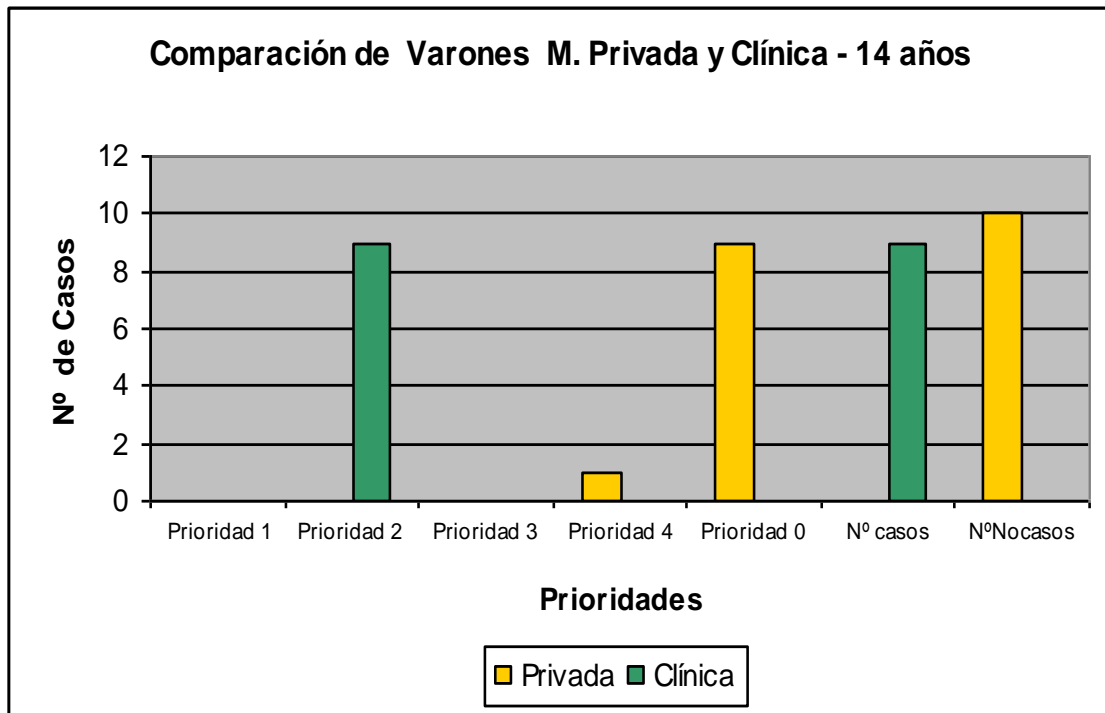
**Figura Nº 5:** Se observa que en la muestra clínica femenina de 13 años se sitúan casos en las prioridades 2 y 3 y la muestra privada en prioridad 3.



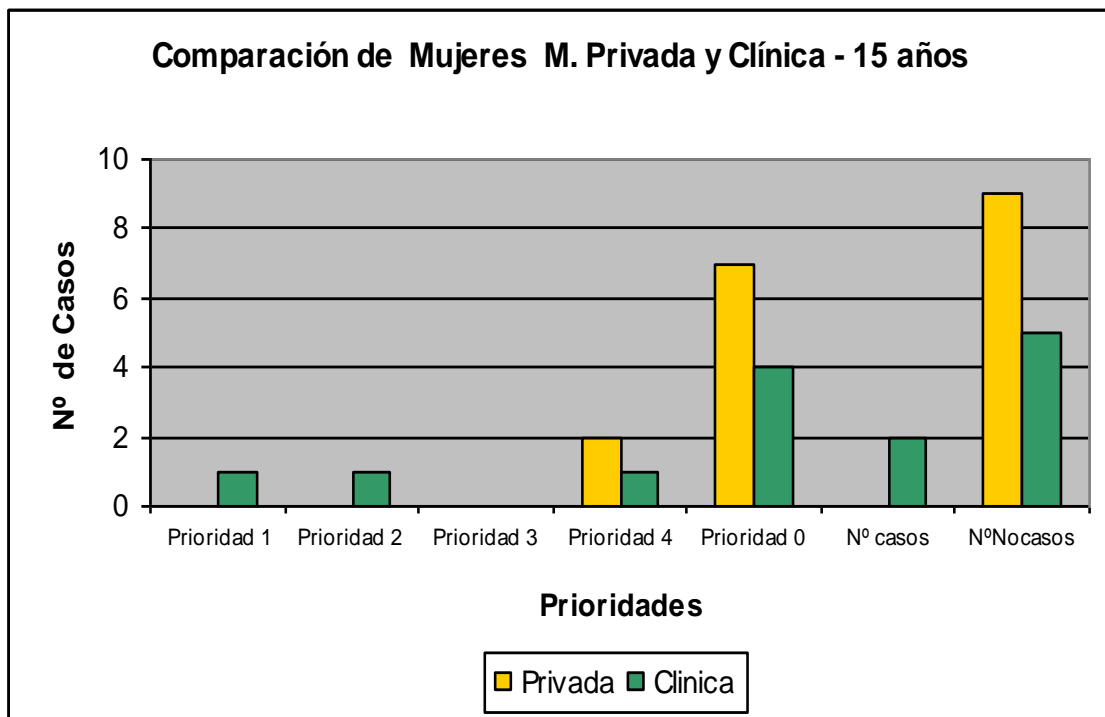
**Figura Nº 6:** Se observa que en la muestra clínica masculina de 13 años se sitúan casos en las prioridades 2 y 3 y la muestra privada en las prioridades 1 y 2.



**Figura Nº 7:** Se observa que en la muestra clínica femenina de 14 años se sitúan casos en la prioridad 2 y la muestra privada en las prioridades 2 y 3.

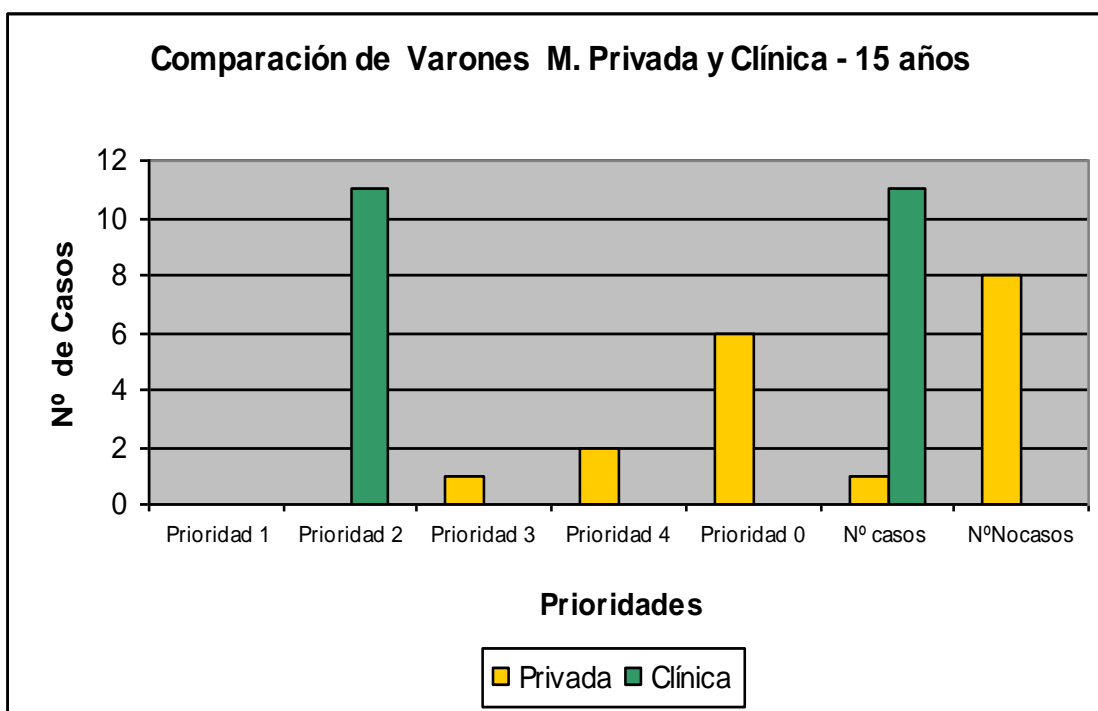


**Figura N° 8:** Se observa que en la muestra clínica masculina de 14 años se sitúan casos en la prioridad 2 y en la muestra privada priman los no casos.

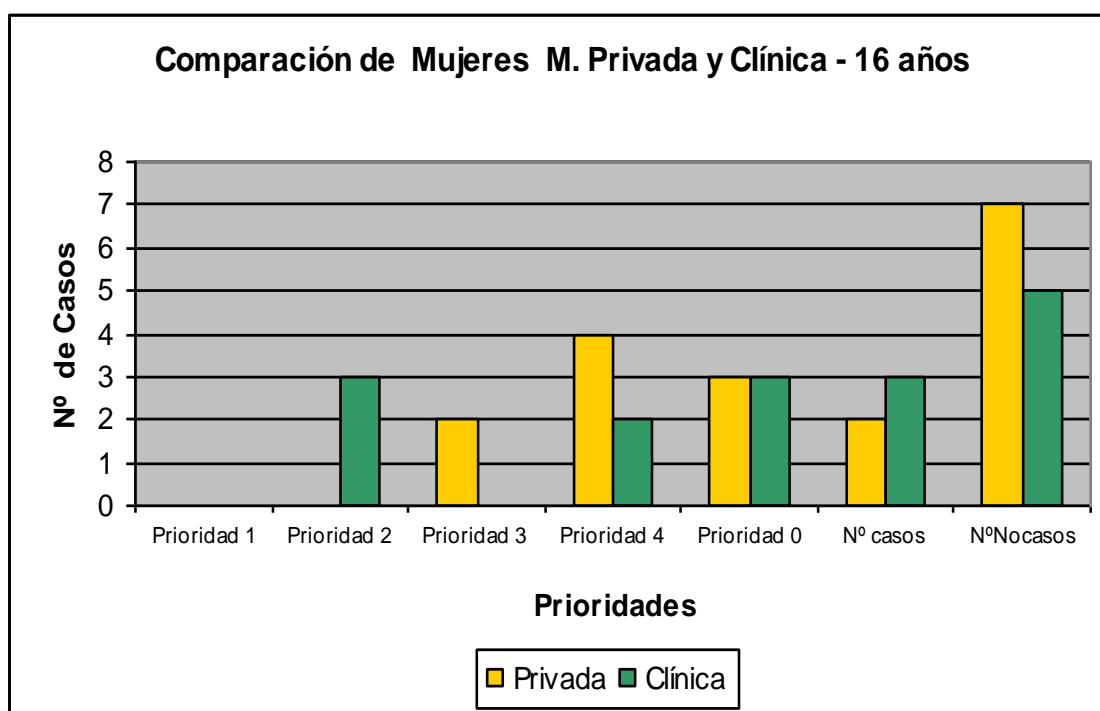


**Figura N° 9:** Se observa que en la muestra clínica femenina de 15 años se sitúan casos en la prioridad 1 y 2 y la muestra privada no presenta casos en las mismas.

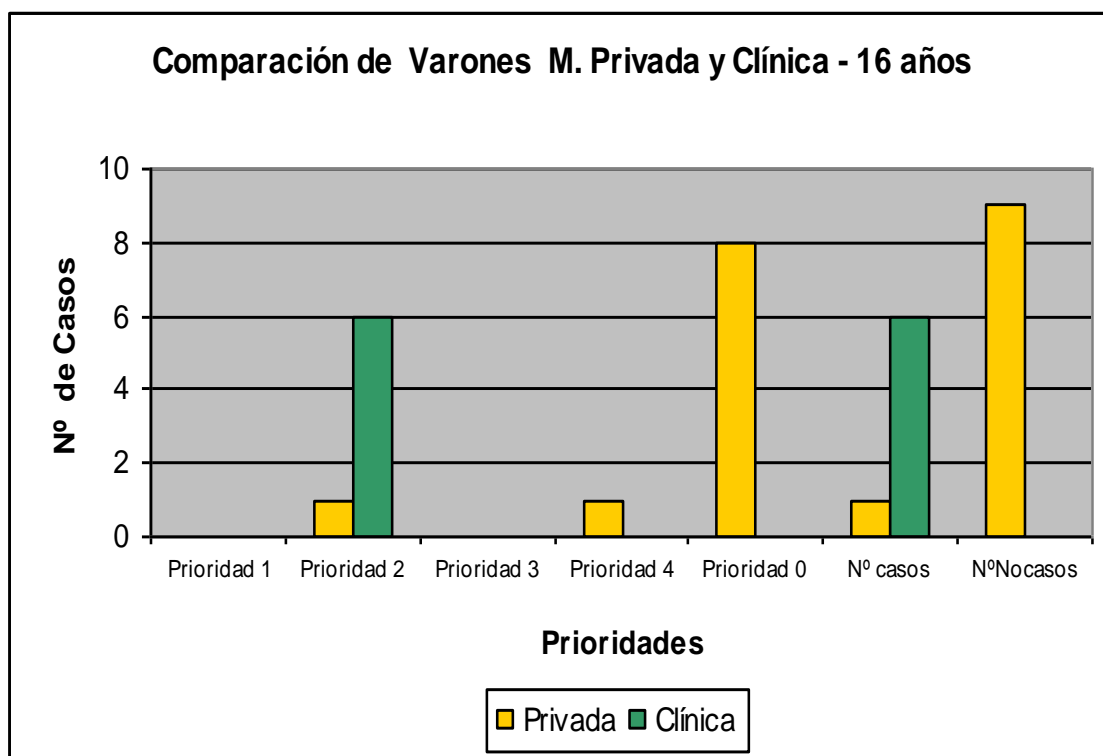




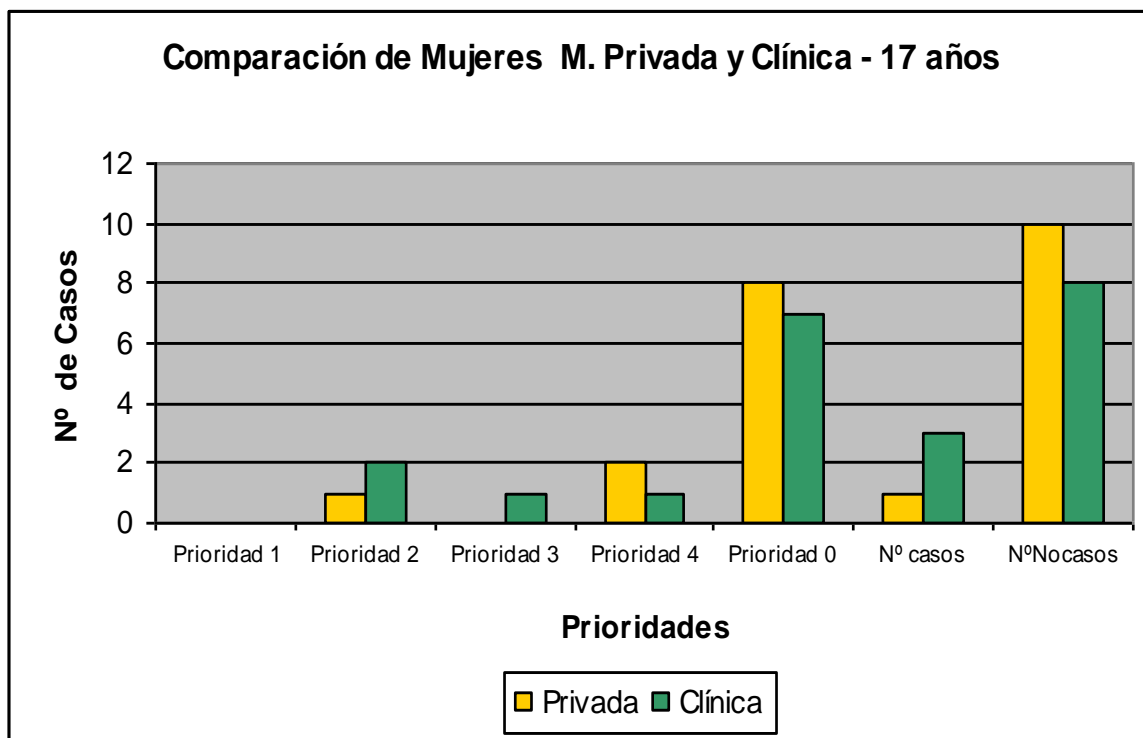
**Figura N° 10:** Se observa que en la muestra clínica masculina de 15 años se sitúan casos en la prioridad 2 y la muestra privada en la prioridad 3 y 4.



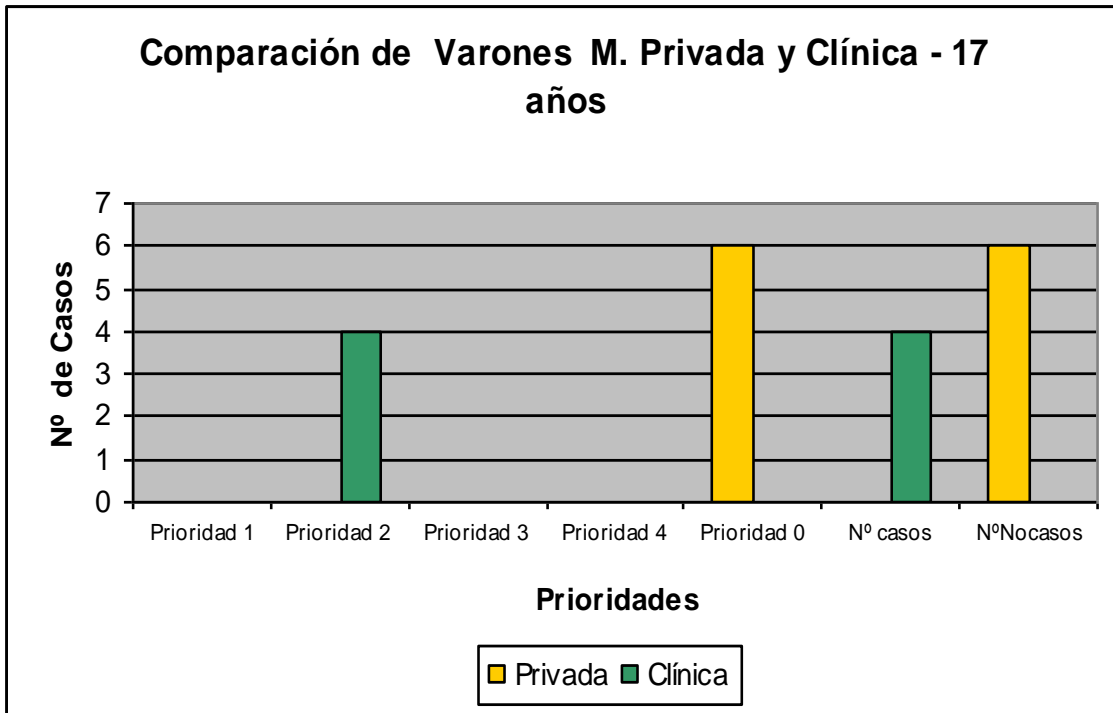
**Figura N° 11:** Se observa que en la muestra clínica femenina de 16 años se sitúan casos en la prioridad 2 y la muestra privada en la prioridad 3.



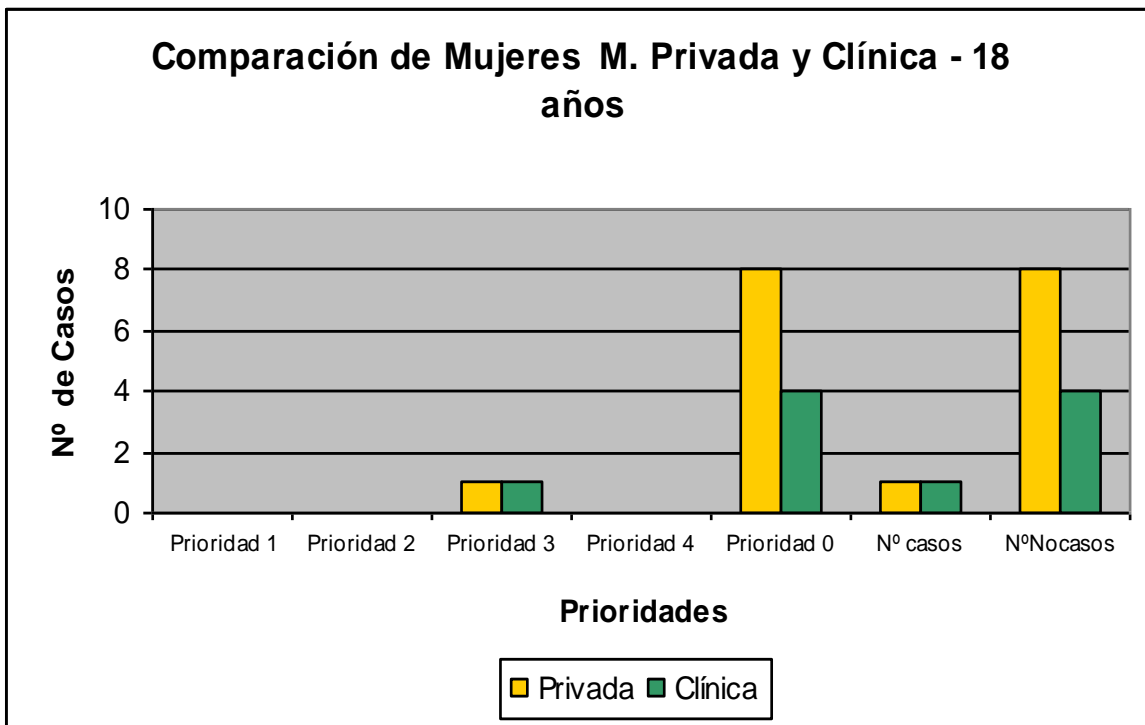
**Figura Nº 12:** Se observa que en la muestra clínica y privada masculina de 16 años se sitúan casos en la prioridad 2



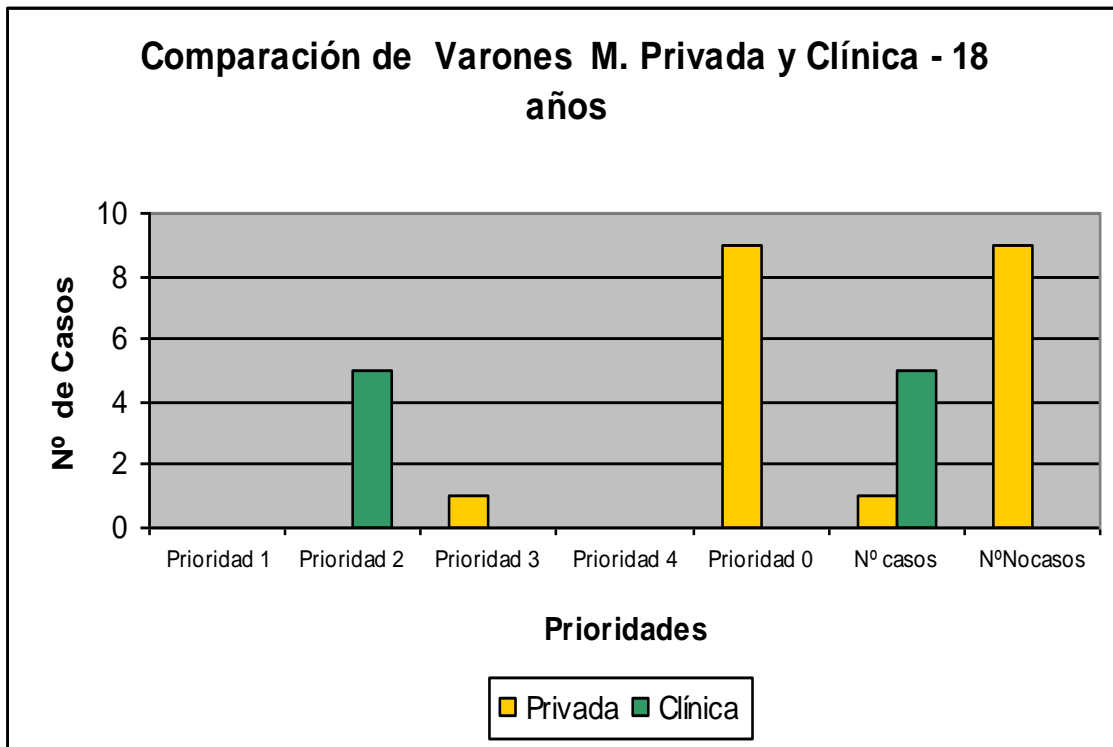
**Figura Nº 13:** Se observa que en la muestra clínica femenina de 17 años se sitúan casos en la prioridad 2 y la muestra privada en las prioridades 2 y 3



**Figura Nº 14:** Se observa que en la muestra clínica masculina de 17 años se sitúan casos en la prioridad 2 y la muestra privada no presenta casos en dichas prioridades.



**Figura Nº 15:** Se observa que en la muestra clínica y privada femenina de 18 años se sitúan casos en la prioridad 3.



**Figura N° 16:** Se observa que en la muestra clínica masculina de 18 años se sitúan casos en la prioridad 2 y la muestra privada en la prioridad 3.

**Tabla 1: Presenta N° de Reactivos por Áreas de IRIS - Sección A**

<b>Ideación Suicida</b>	R11. He deseado estar muerto (a).
	R12. Quisiera irme de este mundo.
	R25. He pensado en suicidarme.
	R08. Creo o siento que nada me motiva a seguir en este mundo.
	R10. El tema de la muerte ha llamado mi atención.
	R06. He sentido ganas de lastimarme o lastimar a alguien.
	R04. Siento que soy un fracaso.
	R16. Mi existencia es odiosa.
<b>Insatisfacción en la vida</b>	R01. Mi familia conoce y comprende mis intereses, ideas y sentimientos.
	R07. Me toman en serio.
	R03. En mi vida hay buenos momentos.
	R05. Me siento satisfecho (a) con mi vida.
	R33. Cumpló mis metas y llevo a cabo mis planes.
	R31. Alguien se preocupa por mí.
	R09. Me siento lleno (a) de energía.
	R18. Creo o siento que mi futuro es prometedor y puedo llegar a ser alguien especial
<b>Dificultades Interpersonales</b>	R17. Prefiero estar solo (a).
	R14. Pierdo la paciencia.
	R23. Me siento enojado (a) y/o frustrado (a).
	R22. Tengo problemas para hacer nuevos amigos o iniciar un noviazgo.
	R24. He causado problemas a la gente a mi alrededor.
	R20. Me siento triste.
<b>Dificultades en la escuela</b>	R15. Uno o varios de mis maestros están en mi contra.
	R19. Mis maestros me ignoran.
	R21. Tengo dificultades con alguna(s) de mis materias.

**Tabla 2: Presenta N° de Reactivos por Áreas de IRIS - Sección B**

<b>Signos de Alerta</b>	R29. Conocí a una persona que se suicidó.
	R28. Alguien que conozco intentó quitarse la vida y sobrevivió.
	R36. Me deshice (regalando, donando, tirando, por ejemplo) de algunas posesiones preciadas para mi.
	R41. Me he reconciliado con personas con las que había tenido problemas.
	R46. Perdí a alguien importante.
	R37. Duermo más que de costumbre o me cuesta trabajo conciliar el sueño.
	R34. Me he lesionado intencionalmente (cortándome, pinchándome, quemándome, golpeándome, por ejemplo) para ver hasta dónde aguanto el dolor.
<b>Planeación e Intención Suicida</b>	R27. Conozco o tengo un lugar donde me gustaría morir.
	R33. Si muriera me gustaría que alguien más me acompañara.
	R49. He planeado mi propia muerte.
	R26. Tengo algunas ideas de cómo alguien podría quitarse la vida.
	R50. Intenté suicidarme.
	R47. He pensado en desquitarme o vengarme por lo que me sucede.
<b>Malestar Personal</b>	R39. He sufrido una decepción amorosa.
	R38. Me cuesta trabajo concentrarme.
	R40. Me siento confundido (a) respecto a muchas cosas.
	R02. Creo o siento que algo está mal conmigo.
	R48. He necesitado desahogarme de mis problemas.
	R35. Me traicionó mi mejor amigo (a).
	R45. He dejado de hacer cosas que antes me gustaban.
<b>Desesperanza</b>	R44. Desearía no haber nacido.
	R32. Creo o siento que mi muerte podría ser una solución a los problemas en mi vida.
	R30. Creo o siento que la gente a mi alrededor estaría mejor sin mi.
	R43. Me he sentido desilusionado (a) de la vida.

## Discusión

El perfil del IRIS, observa en la muestra clínica (N = 122), mayor número de casos de riesgo comparada con la no clínica (N = 111). La muestra clínica femenina (n = 68) y masculina (n = 54) presentan mayor número de casos de prioridad con riesgo importante en relación a la muestra no clínica femenina (n = 57) y masculina (n = 54). La muestra clínica de varones se concentra en la prioridad 2, a diferencia de la no clínica que se ubica en la prioridad 0 en su mayoría. Para la muestra clínica femenina se registra 1 caso de prioridad 1, seguido por otros en prioridad 2, 3 y 4.

Las escalas negativas de Sucesos de Vida observan diferencias moderadas para las dos muestras evaluadas (colegio privado y colegios 1<sup>a</sup>). Áreas problemas correlacionadas (r = 0.68) con riesgo (IRIS) de tendencia disfuncional de mayor a menor riesgo son: Familia (0.75), Salud (0.72), Logros y Fracasos (0.71), Personal (0.70), Social (0.65), Escolar (0.62) y Problemas de conducta (0.60), manteniéndose la misma tendencia, con independencia del género, la edad de los participantes y su nivel de escolaridad.

Los adolescentes identificados, por la presencia de problemas emocionales severos, fueron canalizados a instituciones que brindan el apoyo profesional pertinente en lo inmediato.

En lo mediato, se implementan las estrategias de prevención diseñadas y propuestas por el presente estudio "Adolescencia Prevenida", formación de monitores en escuelas que deciden participar del modelo de prevención primaria.

## Referencias bibliográficas

- Adolescence: opportunities and challenges. Mt. Hope Family Center. University of Rochester Press. pp. 233-258.
- Arenas Langrave, P. (2005). Detección de malestar emocional en un grupo de adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM: Facultad de Psicología.
- Baldwin, A., Baldwin, C., Cole, R. (1990). Stress-resistant families and stress-resistant children. En Rolf et al. (Eds.), *Risk and Protective Factors in the development of psychopathology*. (pp.257-280). Australia: Cambridge University Press.
- Barrientos, A. (1998). Análisis del desarrollo de transacciones estresantes y estrategias de afrontamiento en adolescentes. Tesis de Maestría en Psicología. UNAM: ENEP Iztacala.
- Benard, B. (2004). *Resiliency: what we have learned*. San Francisco: WestEd.
- Centers for Disease Control (1992). *Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide*. Estados Unidos: CDC.
- Coleman, J. C. (1985). *Psicología de la Adolescencia*. España: Ediciones Morata.
- Compas, B., Orosan, P. y Grant, K. (1993). Adolescent stress and doping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence* 16, 331-349.
- Cruz López, L. G. (2000). Las estrategias de afrontamiento en los adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM: FES Iztacala.
- Coppari, N.B. (2005) "Estrategias de Detección y Prevención de Factores de Riesgo de Problemas Emocionales en Adolescentes Paraguayos". *Revista EUREKA* N°2, pp.12-17
- Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth & Adolescence*. 28 (6) pp. 667-685.

- Dirección General de Estadística, Encuesta y Censos. (2003). *Juventud en Cifras*. Asunción: GTZ.
- Dornbush, S.; Ritter, P.; Leiderman, P.; Roberts, D. & Fraleigh, M. (1987). The relation of parenting style on adolescent school performance. *Child Development*, 58: 1244-1257.
- Freemann, A. & Reinecke, M.A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. España: Desclée de Brouwer.
- González-Forteza, C.; Villatorio, J.; Medina-Mora, M.; Juárez, F.; Carreño, S.; Berenzon, S. y Rojas, E. (1997). Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en los estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. *Salud Mental*. 20 (4): 1-7.
- González-Forteza, C. y Ramos-Lira (2001). Intento Suicida y Abuso Sexual: Prevalencia y Asociación con el Malestar Emocional en Adolescentes Estudiantes. 1er Congreso de Responsables de Proyectos de Investigación de Ciencias Humanas y de la Conducta. CONACYT, Veracruz, México.
- Hernández, Q. y Lucio, E. (2002). Inventario de riesgo suicida para adolescentes (IRIS). Edición para investigación. Facultad de Psicología.
- Hernández, Q. y Lucio, E. (En prensa). Evaluación del Riesgo Suicida y Estrés Asociado en Adolescentes Estudiantes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2).
- INEGI. (2004). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992. Recuperado de Internet: [www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/encuestas/endd\\_212.asp?c=1449](http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/encuestas/endd_212.asp?c=1449) (Agosto de 2005).
- Irwin, C. E. (1990). The theoretical concept of at-risk adolescents, *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, (1), 1-14.
- King, J.D. & Kowalchuk, B. (1994). *Manual for Inventory of Suicide Orientation-30* (ISO-30). Estados Unidos: National Computer Systems, Inc.
- Kurdek, L.A. & Fine, M.A. (1993). The relation between family structure and young adolescents' appraisals of family climate and parenting behavior. *Journal of Family Issues*. 14 (2): 279-290.
- Lucio, E. y Durán, C. (en prensa). *Cuestionario de Sucesos de Vida*. Ed. El Manual Moderno.
- Lucio, E.; Durán, C.; León, I. y Barcelata, B. (1999). Cuestionario de Información Biográfica e Historia de Vida para Adolescentes. Sólo para Investigación. Facultad de Psicología, UNAM.
- Lucio, E., Loza, G., & Durán, C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. *Psicología Contemporánea*, 7 (2), 58-65.
- Lucio, E.; Durán, C.; y Barcelata, B. (2000). Inventario Autodescriptivo del Adolescente. Sólo para Investigación, Facultad de Psicología, UNAM.
- Lucio, E.; León, I.; Durán, C., Bravo, E. y Velasco, E. (2001). Sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Rev. Salud Mental*, 24 (5), 17-24.
- Lucio, E., Ampudia, A. y Durán, C. (1997). *Manual para la administración y calificación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota Adolescentes MMPI-A*. Versión en español. México: Manual Moderno.
- Lucio-G.M., E., Plascencia, M. y Zamarrón, G. (2005). Detección del riesgo suicida y otros problemas emocionales en una muestra de adolescentes de Aguascalientes. *Investigación y Ciencia*, 32,8.
- Menkes, C., Núñez, L., Suárez., González, S. y Pérez, A. (2003). Encuesta de la salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior: presentación de resultados. Recuperado de Internet (agosto/2005): <http://64.233.179.104/search?q=cache:KHhZsvdxfgJ:www.crim.unam.mx/Actividades/PresRes.ppt+Menkes+y+Su%C3%A1rez,+2003&hl=es>
- Mondragon, L., Borges, G., y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta



- suicida en México: mediciones y estimaciones. *Salud Mental*, 24(5), 4-15.
- Nunnally, J. (1987). *Introducción a la Medición Psicológica*. Buenos Aires: Piados.
- Rutter. (1996). Stress Research. Accomplishments and Tasks Ahead, en Haggerty, R., J., Sherrod, I. R., Garmezy, N. & Rutter, M. *Stress, Risk and Resilience in children and Adolescents Processes, Mechanisms and Interventions* (pp. 354-385). USA Cambridge University Press.
- Ruano, R. y Serra, E. (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16(2), 199-206.
- Secretaría de Salud (2004). Estadísticas Vitales. Recuperado de Internet: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx) (Agosto de 2005).
- Secretaría de Salud (1999). Principales causas de mortalidad en población de 15 a 24 años. <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgied/sns/vitales/cuadro8a.htm>
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en Crisis. Manual de Práctica e Investigación*. 2da. Edición. México: Manual Moderno.
- World Health Organization. (2001). *WHO Report on Mental Health 2001*. Génova: WHO Office of Publications.
- Capítulo Paraguay- Responsable del Proyecto: Prof. Dra. Norma B. Coppari (M.S.,M.E.) Investigación financiada por la Sede Regional de Asunción. Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas- Carrera de Psicología - Universidad Católica en cooperación con UNAM, Facultad de Psicología Sede el proyecto original Responsable: Dra. Emilia Lucio.