6. Teoría sociocultural del suicidio

Edmundo Denis Rodríguez*
Guadalupe Rosalía Capetillo Hernández**
Luis Enrique Arroyo Chávez***

DOI: https://doi.org/10.52501/cc.483.06

Resumen

Las teorías socioculturales de la conducta suicida se fundamentan en la pérdida de la cohesión social y la desintegración de las redes de apoyo comunitario. Algunos de los elementos más estudiados son la presencia de aislamiento social y la ausencia de reglas de control colectivo, los cuales pueden convertirse en factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad individual. Entre los factores sociales predictivos del suicidio sobresalen el estigma cultural de la salud mental, los patrones discriminatorios, la crisis socioeconómica personal y/o familiar y la exposición a distintos grados de violencia en el entorno inmediato. Los factores de riesgo incrementan el daño psicológico y disminuyen el sentido de pertenencia social, por lo que las medidas de prevención van más allá del ámbito clínico y requieren el diseño de políticas públicas multisectoriales que ayuden a disminuir la desigualdad económica y permitan un mayor acceso a los servicios públicos relacionados con la salud mental. Esto es un pilar indispensable para la detección y protección de poblaciones vulnerables a la conducta suicida.

* Doctor en Ciencias Forenses. Investigador de tiempo completo del Instituto de Medicina Forense, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9110-2613; correo electrónico: eddenis@uv.mx
** Doctora en Salud Mental Comunitaria. Profesora de tiempo de la Universidad Veracruzana, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2033-4660
*** Doctor en Educación. Docente en la Universidad Veracruzana, México. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-0688-435X

Palabras clave: *cohesión social, estigma cultural, factores predictivos, políticas multisectoriales.*

Introducción

La prevalencia mundial del suicidio ha presentado un incremento notable en los últimos 30 años, especialmente en la población joven entre los 15 y los 29 años de edad (Baller, 2009). Si analizamos este grupo etario, la conducta suicida se ha convertido en un problema de salud pública, hecho que ha estimulado el surgimientos de numerosos protocolos de investigación destinados a conocer la fisiopatología del suicidio y el establecimiento de medidas de detección y prevención aplicables a nivel global (Eagle, 2015).

Aunque los principales conceptos teóricos sobre el suicidio provienen de la teoría sociológica, como los postulados establecidos por Durkheim en el siglo pasado, en fechas recientes se ha dado mayor importancia a las bases psicológicas, neuropatológicas y genéticas del suicidio (Fitzpatrick, 2020; Gordon, 2020); sin embargo, es evidente que la teoría sociológica y cultural contribuyen con elementos importantes al entendimiento de la fisiopatología del suicidio y el establecimiento de medidas adecuadas para su detección precoz y su prevención eficaz (Lee, 2018).

Como mencionamos en el párrafo anterior, los principio propuestos por Durkheim establecieron las bases para el conocimiento actual de la fisiopatogenia de la conducta suicida. Las teorías propuestas por Durkheim se basas en dos preceptos de suma importancia (Lung, 2014): a) la frecuencia del suicidio está relacionada con las características de la estructura de la sociedad donde se analizan; y b) la estructura y las relaciones sociales dependen del nivel de integración y regulación moral. Del mismo modo, estableció una clasificación que integra cuatro tipos de suicidio:

- Suicidio egoísta: va de la mano con la estructura de las redes sociales que contienen al individuo. En el caso de que dichas redes son débiles, el individuo carece de vínculos sólidos y tiene una mayor tendencia a la conducta suicida (Muller, 2020). Existe una reducción de la integración de la sociedad, motivo por el cual no existen mecanismos que contengan al individuo y éste puede experimentar su voluntad

de quitarse la vida. Se le llama egoísta por se basa en el individualismo excesivo, producto de la desintegración social, que no le permite realizarse como persona (Romer, 2006).

- Suicidio altruista: podríamos considerar que el extremo opuesto al suicidio egoísta es éste, pues la regulación moral y la integración en la sociedad son excesivos, lo que disminuye la capacidad del individuo para tomar sus propias decisiones, por tanto, se pierde el sentido de la individualidad y la persona puede considerar que su vida no tiene valor y que la pérdida de la misma representa un mayor bien a la sociedad (Westbrook, 2014).
- Suicidio anómico: cuando no existen normas sociales, el Estado entra en una condición de anarquía denominada anomia. En estos casos, los límites sociales son más flexibles y de poco control, hecho que permite que el individuo carezca de un sentido de integración y pertenencia, con lo cual considera que quitarse la vida representa una mejor opción (Haw, 2013).
- Suicidio fatalista: podría considerarse el extremo opuesto al suicidio anómico. En este caso, las reglas de la sociedad son muy estrictas e inflexibles, lo que crea condiciones que impiden el desarrollo adecuado del individuo, motivo por el cual considera al suicidio como una opción atractiva para acabar con el sufrimiento y la indefensión que experimentan.

Es importante señalar que Durkheim no analizaba los motivos individuales por los cuales una persona podría tomar la decisión de quitarse la vida, sino que consideraba la conducta suicida como un síntoma del colapso colectivo de la sociedad (Gertner, 2019). De ahí que él no consideraba importante el establecimiento de campañas de detección o prevención dirigidas a cada individuo, sino que establecía la prioridad de elaborar proyectos colectivos que mejoraran la calidad de vida y la funcionalidad de la sociedad como un todo (Phelan, 2010).

Uno de los elementos más estudiados en la sociología del suicidio es el fenómeno de la integración social. Bajo este concepto se entiende que si una sociedad tiene lazos firmes y sólidos, en los que los individuos se sientan parte de una colectividad, es más probable que encuentren un sentido a sus

vidas y menor la posibilidad de que el suicidio se convierta en una elección inevitable para ellos (Niederkrotenthaler, 2012). De la mano con ello, el experimentar un vínculo que los une a la sociedad a la que pertenecen permite hacer sentir útil al individuo, con deseos de seguir formando parte de la misma (Myfanwy, 2017). Si se forma una estructura social consistente, el individuo se integra a ella, generando un inquebrantable propósito de vida y el desarrollo de un sentido de pertenencia. Sin embargo, aunque la integración y el sentido de pertenencia le brindan solidez a un individuo, si nos vamos al otro extremo (exceso de cohesión y ausencia de libertad de elección), podría surgir un escenario en donde la conducta suicida puede verse como un acto de bien común (Fletcher, 2017). Existen sociedades en las que el exceso de integración puede privar al individuo de su capacidad para tomar decisiones en ciertas condiciones, lo que puede llevar a suicidios basados en un bien colectivo, especialmente asociado a motivos religiosos o ideológicos. Esto hace pensar que, aunque la integración es un fenómeno que puede prevenir la conducta suicida, de acuerdo con Durkheim, no siempre debe verse como un ente protector (Fine, 2010).

Otro de los postulados de Durkheim va de la mano con el fenómeno de la regulación, casi siempre moral. De acuerdo con ello, es factible pensar que la frecuencia del suicidio pudiera tener una relación directamente proporcional con el establecimiento de reglas y normas que cuenten con claridad, coherencia y aceptación colectiva (Cleary, 2012; Brooks, 2020). Si no se cuenta con reglas claras, es posible que pudiera surgir una conducta suicida en la que los individuos carecieran de la capacidad para identificar un propósito de vida (Canetto, 2015). Un sentido de claridad moral, de acuerdo con Durkheim, es una fuerza independiente que le da protección a los miembros de un colectivo, incluso en circunstancias adversas

La estructura social y el suicidio

Aunque los preceptos establecidos por Durkheim sentaron las bases para el entendimiento de la conducta suicida, el surgimiento de la sociología estructural (especialmente la teoría de las redes sociales) permitió un mejor conocimiento de la forma que la integración y la regulación moral pudieran

explicar el surgimiento de la conducta suicida (Abrutyn, 2014; Stryker, 2018). La presencia de una estructura social adecuada permite el surgimiento de oportunidades para el desarrollo de los individuos. Ello permite que quienes integran esa sociedad puedan pertenecer a subculturas sanas y contar con roles sociales y obligaciones específicas (Gould, 2001).

La teoría de redes sociales, perteneciente a la sociología estructural, permite el diseño y la identificación de enlaces sociales relevantes para los miembros de un colectivo, detectando así la realidad del mundo social al cual pertenecen. Bajo esta premisa, el establecimiento de redes sociales fuertes e interconectadas permite el surgimiento de conceptos como la solidaridad y la pertenencia (Singer, 2019). Esto representaría un factor de protección contra la conducta suicida, a menos que los lazos o interconexiones sean negativos para el individuo (Pescosolido, 2020), como sucede en aquellos casos en los pertenecen a pandillas o grupos ideológicos antisociales.

En apoyo a las teorías postuladas por Durkheim, la sociología estructural y la teoría de las redes sociales proporcionan un enfoque de interconexiones en los que la regulación y la integración coexisten y codeterminan la posibilidad de un individuo desarrolle conducta suicida en casos específicos (Haw, 2013). Si una sociedad carece de integración y regulación, es posible pensar que las redes sociales que le dan base a los individuos son demasiado laxas o débiles, por llamarlas de alguna manera, lo cual hace que un individuo pudiera pensar en el suicidio en casos en los que se encuentre bajo algún tipo de amenaza a su seguridad social (Kaufman, 2020). En el otro extremo, la presencia de una integración o regulación excesiva estrecha la cercanía entre las redes sociales, restando flexibilidad y margen de maniobra a los individuos, lo cuales se ven cercados por un muro que les impide tomar decisiones adecuadas que lso lleva, potencialmente, a desarrollar una conducta suicida (Skipper, 2012).

Factores predisponentes

Los conceptos analizados acerca de la teoría de Durkheim y la teoría de las redes sociales nos permiten entender que el suicidio, en su sentido más amplio, está fundamentado por anormalidades en la forma en que se

estructuran las sociedades y los efectos individuales que ello origina. Es indudable que los aspectos que pueden conducir al suicidio de un individuo determinado son numerosos.

Uno de los factores de riesgo que más se han estudiado en relación al suicidio es el estado socioeconómico bajo, el cual se relaciona en forma directamente proporcional con las tasas de suicidio en casi todos los países del mundo. Tanto la intencionalidad suicida como el suicidio consumado siguen este patrón, quizás debido a que en personas de bajos recursos la frecuencia de la depresión y algunos trastornos psiquiátricos son mayores (Labouliere, 2018); sin embargo, la falta de oportunidades y de acceso a atención médica oportuna pudieran influir en el hecho de que los problemas de índole afectivo, con tratamientos inadecuados, pudieran originar una mayor frecuencia de la conducta suicida (Klonsky, 2015).

Un segundo elemento a considerar es la pérdida del estatus social, ya sea a nivel laboral, académico o familiar. Cuando una persona experimenta un cambio drástico en las oportunidades y posibilidades de acceso a recursos dentro de su sociedad, puede experimentar un repentino aumento en la ideación suicida al tener que afrontar una nueva realidad (Maimon 2008; Maimon, 2010). Ello incluye también la pérdida de sus nexos familiares o las redes de apoyo en su vida diaria. Esto no necesariamente está relacionado con el nivel económico que, aunque puede relacionarse con mayor posibilidad de suicidio en determinados contextos, no parece estar relacionado con la reducción del estatus social.

Se ha considerado que el nivel educativo pudiera guardar alguna relación con las tasas de la conducta suicida. En algunos estudios se ha observado que el nivel educativo de una persona guarda una relación inversamente proporcional con la posibilidad de quitarse la vida. Se ha observado que, a mayor nivel de estudios, pudieran formarse mejores redes de apoyo, un aumento de la integración y el mayor deseo de aceptar las normas de regulación de la sociedad a la que se pertenece (Perry, 2016), lo cual va de la mano de los dos postulados básicos propuestos por Durkheim. Se acepta que la educación formal, sea cual sea su nivel, permite un mayor grado de integración social y un menor riesgo de conducta suicida (Spencer, 2016). En vista de lo anterior, a mayor nivel educativo existe una mayor posibilidad de adquirir un empleo remunerado y una calidad de vida adecuada, desde el

punto de vista económico, lo cual permite que el individuo encuentre más fácilmente un sentido de vida en la sociedad a la que pertenece.

Se ha buscado vincular la profesión u ocupación con el riesgo de presentar alguna de las manifestaciones de la conducta suicida. Existen ciertas ocupaciones que pueden generar un alto nivel de estrés, aumentando la posibilidad de trastornos afectivos vinculados con la conducta suicida. Existen numerosos estudios acerca de la frecuente ideación suicida tanto en estudiantes como en profesionales de las ciencias de la salud, especialmente en medicina y psicología (Niezen, 2009). Estos grupos de población, además del estrés característico de su ocupación, tienen altos niveles de responsabilidad, excesivas cargas de trabajo y horarios y, finalmente, fácil acceso a ciertos medios para cometer un acto suicida (como, por ejemplo, el uso de sustancias psicotrópicas con potencial letal). En este mismo sentido, existen otras ocupaciones que también tienen esquemas arduos de trabajo, con horarios extensos, sueldos bajos y condiciones poco favorables para el desarrollo profesional. En ciertos trabajos, como en la agricultura y la minería, el riesgo de suicidio es más alto que en la población general (Summers, 2004).

Otro de los aspectos sociales estudiados en relación al suicidio es el estado marital. Uno de los aspectos a considerar tiene que ver con el hecho de habitar en hogares donde existan otros miembros de su familia o su pareja, hecho que se ha visto que disminuye el riesgo de suicidio en comparación a individuos que habitan en solitario. En algunos estudios se ha observado que el riesgo de suicidio es discretamente superior en personas divorciadas o viudas, en comparación a lo observado en quienes viven en pareja, con o sin hijos. Es posible que un núcleo familiar pudiera hacer que el individuo experimente un mayor grado de integración social, por lo que se pudiera pensar que la familia constituye un elemento que da sentido a la vida y que, en cierto modo, disminuye la posibilidad de que un individuo quiera cometer un acto suicida (Niedzwiedz, 2014).

Contar con un núcleo familiar no necesariamente se convierte en un elemento protector contra el suicidio. Se ha observado que la presencia de familias con escasa estructura y coherencia, especialmente aquellas con datos de violencia y disputas constantes, pudieran incrementar la posibilidad de suicidio en algunos de sus miembros, especialmente en personas jóvenes con bajo nivel de desarrollo emocional y cognitivo (Lizardo, 2016).

Un elemento adicional que debemos considerar en el análisis sociológico del suicidio y sus factores de riesgo es el importante papel que el sistema de creencias, especialmente relacionado con la religión, pudiera desempeñar en la estabilidad y el sentido de vida del individuo. Desde principios del siglo pasado, Durkheim señaló que las personas que se consideraban religiosas tenían un riesgo menor de suicidio en comparación a las personas con algún grado de ateísmo. Postuló que la religión contribuye al mantenimiento de la integración, el establecimiento de regulaciones morales y el desarrollo del sentido de pertenencia. Está claro que todas las religiones, salvo en determinadas circunstancias, están en desacuerdo con el suicidio, lo cual brinda a sus creyentes un sistema de regulaciones que limitan la posibilidad de considerar la ideación suicida o alguna de las otras formas de la conducta suicida (Baller, 2009).

Desde el punto de vista demográfico, los dos elementos más estudiados en relación al riesgo de suicidio son la edad y el género, aunque no debemos dejar de lado otros elementos importantes como el sitio de residencia y el nivel sociocultural mencionados en párrafos anteriores. En relación al género, es bien sabido que los suicidios consumados son más frecuentes en hombres que en mujeres (Romer, 2006). En algunos casos esta diferencia es abismal, siendo el suicidio hasta tres veces más frecuente en el género masculino. Sin embargo, en los otros dos elementos de la conducta suicida, como la ideación suicida y la intencionalidad suicida, el comportamiento estadístico es diferente. En ambos casos, la frecuencia es 3-4 veces mayor en mujeres. En relación al género, es diferente la forma que utilizan para cometer el suicidio, siendo que los hombre suelen utilizar métodos más violentos, como el uso de armas de fuego, el ahorcamiento o la precipitación desde las alturas mientras que en las mujeres es más común el uso de sustancias o la utilización de instrumentos cortantes (Haw, 2013).

En relación a la edad, existen algunos elementos a considerar. En ambos géneros, la frecuencia de suicidios es superior en personas jóvenes, especialmente en mujeres. Sin embargo, existe otro pico estadístico en personas mayores de 65 años, especialmente en países desarrollados. Es aceptado que, debido a motivos sociales, culturales y cognitivos, el suicidio infantil es muy poco frecuente.

Referencias

Abrutyn, S., y Mueller, A. S. (2014). Are suicidal behaviors contagious? Using longitudinal data to examine suicide suggestion. *Am. Soc. Rev*. 79, 211–227. doi: 10.1177/0003122413519445

Baller, R. D., y Richardson, K. K. (2009). The "Dark Side"' of the strength of weak ties: the diffusion of suicidal thoughts. *J. Health Soc. Behav*. 50, 261–276. doi: 10.1177/002214650905000302

Brooks, J. R., Hong, J. H., Cheref, S., y Walker, R. L. (2020). Capability for suicide: discrimination as a painful and provocative event. Suicide Life Threat. *Behav.* 50, 1173–1180. doi: 10.1111/sltb.12671

Canetto, S. S. (2015). Suicide: why are older men so vulnerable*? Men Masculin.* 20, 49–70. doi: 10.1177/1097184X15613832

Cleary, A. (2012). A suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Soc. Sci. Med.* 74, 498–505. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.08.002

Eagle, J. W., Dowd-Eagle, S. E., Snyder, A., y Holtzman, E. G. (2015). Implementing a multi-tiered system of support (MTSS): collaboration between school psychologists and administrators to promote systems-level change. *J. Educ. Psychol. Consult*. 25, 160–177. doi: 10.1080/10474412.2014.929960

Fine, G. A. (2010). The sociology of the local: action and its publics. *Sociol. Theory* 28, 355–376. doi: 10.1111/j.1467-9558.2010.01380.x

Fitzpatrick, K. M., Harris, C., y Drawve, G. (2020). How bad is it? Suicidality in the middle of the covid-19 pandemic. *Suicide Life Threaten. Behav*. 50, 1241–1249. doi: 10.1111/sltb.12655

Fletcher, J. M. (2017). Gender-specific pathways of peer influence on adolescent suicidal behaviors. *Socius* 3, 1–10. doi: 10.1177/2378023117729952

Fourcade, M., y Healy, K. (2013). Classification situations: life-chances in the neoliberal era. Account. *Organ. Soc*. 38, 559–572. doi: 10.12759/hsr.42.2017.1. 23-51

Gertner, A. K., Rotter, J. S., y Shafer, P. R. (2019). Association between state minimum wages and suicide rates in the U.S. *Am. J. Prev. Med.* 56, 648–654. doi: 10.1016/j.amepre.2018.12.008

Gordon, J. A., Avenevoli, S., y Pearson, J. L. (2020). Suicide prevention research priorities in health care. *JAMA Psychiatry* 77, 885–886. doi: 10.1001/ jamapsychiatry.2020.1042

Gould, M. S. (2001). "Suicide and the Media," in Suicide Prevention: Clinical and Scientific Aspects, eds H. Hendin and J. J. Mann, New York Academy of Science, 885–886

Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., y Platt, S. (2013). Suicide clusters: a review of risk factors. *Suicide Life Threat. Behav.* 43, 97–108. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x

Kaufman, J. A., Salas-Hernández, L. K., Komro, K. A., y Livingston, M. D. (2020). Effects of increased minimum wages by unemployment rate on suicide in the USA. *J. Epidemiol. Community Health* 74, 219–224.

Klonsky, E. D., y May, A. M. (2015). The three-step theory (3st): a new theory of suicide rooted in the "Ideation-to-Action" framework. *Int. J. Cogn. Ther*. 8, 114–129. doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114

Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., et al. (2018). "Zero Suicide"– a Model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi* 23, 22–30. doi: 10.5617/suicidologi.6198

Lee, S., Park, J., Lee, S., Oh, I., Choi, J., y Oh, C. (2018). Changing trends in suicide rates in South Korea from 1993 to 2016: a descriptive study. *BMJ Open* 8:023144. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023144

Lizardo, O., Mowry, R., Sepulvado, B., Stoltz, D. S., Taylor, M. A., Van Ness, J., et al. (2016). What are dual process models? implications for cultural analysis in sociology. *Soc. Theory* 34, 287–310. doi: 10.1177/0735275116675900

Long, S. O. (2004). Cultural scripts for a good death in Japan and the United States: similarities and differences. *Soc. Sci. Med.* 58, 913–928. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.10.037

Maimon, D., Browning, C. R., y Brooks-Gunn, J. (2010). Collective efficacy, family attachment, and urban adolescent suicide attempts. *J. Health Soc. Behav.* 51, 307–324. doi: 10.1177/0022146510377878

Maimon, D., y Kuhl, D. C. (2008). Social control and youth suicidality: situating Durkheim's ideas in a multilevel framework. *Am. Sociol. Rev.* 73, 921–943. doi: 10.1177/000312240807300603

Muller, C., Duncombe, A., Carroll, J. M., Mueller, A. S., Warren, J. R., y Grodsky, E. (2020). Association of job expectations among high school students with early death during adulthood. *JAMA Netw. Open* 3:2027958. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.27958

Myfanwy, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., y Jordan, J. (2017). Is exposure to suicide beyond kin associated with risk for suicidal behavior? A systematic review of the evidence. *Suicide Life Threaten. Behav.* 47, 461–474. doi: 10.1111/sltb.12308

Niederkrotenthaler, T., Roderus, B., Alexanderson, K., Rasmussen, F., y Mittendorfer-Rutz, E. (2012). Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *J. Epidemiol. Community Health* 66, 232–239. doi: 10.1136/jech.2010.109595

Niedzwiedz, C., Haw, C., Hawton, K., y Platt, S. (2014). The definition and epidemiology of clusters of suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat. Behav.* 44, 569–581. doi: :10.1111/sltb.12091

Niezen, R. (2009). "Suicide as a way of belonging: causes and consequences of cluster suicides in aboriginal communities," in Healing Traditions: The Mental -Health of Aboriginal Peoples in Canada, 178–195. doi: 10.2139/ssrn.3075644

Perry, B., Pullen, E., y Pescosolido, B. A. (2016). At the intersection of lay and professional social networks: how community ties shape perceptions of mental health treatment providers. *Glob. Ment. Health*. 3, 1–43. doi: 10.1017/gmh.2015.25

Pescosolido, B. A., Lee, B., y Kafadarc, K. (2020). Cross-level sociodemographic homogeneity alters individual risk for completed suicide. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 117, 26170–26175. doi: 10.1073/Proc Natl. Acad. Sci. U.S.A.2006333117

Phelan, J. C., Link, B. G., y Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J. Health Soc. Behav.* 51, S28–S40. doi: 10.1177/0022146510383498

Romer, D., Jamieson, P. E., y Jamieson, K. H. (2006). Are news reports of suicide contagious? A stringent test in Six U.S. Cities. *J. Commun*. 56, 253–270. doi: 10.1111/j.1460-2466.2006.00018.x

Singer, J. B., Erbacher, T. A., y Rosen, P. (2019). School-based suicide prevention: a framework for evidence-based practice. *School Ment. Health* 11, 54–71. doi: 10.1007/s12310-018-9245-8

Skipper, G. E., y Williams, J. B. (2012). Failure to acknowledge high suicide risk among veterinarians. *J. Vet. Med. Educ.* 39, 79–82. doi: 10.3138/jvme.0311.034R

Spencer, K. L., y Grace, M. (2016). Social foundations of health care inequality and treatment bias. *Annu. Rev. Sociol.* 42, 101–120. doi: 10.1146/annurev-soc-081715-074226

Stryker, S. (2008). From mead to structural symbolic interactionism and beyond. *Annu. Rev. Sociol.* 34, 14–31. doi: 10.1146/annurev.soc.34.040507.134649

Summers-Effler, E. (2004). Defensive strategies: the formation and social implications of patterned self-destructive behavior. *Adv. Group Process*. 21, 309–325. doi: 10.1016/S0882-6145(04)21012-8

Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the seyle clusterrandomised, controlled trial. *Lancet* 385, 1536–1544. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61213-7

Westbrook, L., y Schilt, K. (2014). Doing gender, determining gender: transgender people, gender panics, and the maintenance of the sex/gender/sexuality system. *Gend. Soc.* 28, 32–57. doi: 10.1177/0891243213503203