8. El suicidio en menores de edad: análisis criminológico

Edmundo Denis Rodríguez*
Evelyn Guadalupe Torres Capetillo**
José Siliceo Benítez***

DOI: https://doi.org/10.52501/cc.483.08

Resumen

El suicidio en menores de edad es un importante problema de salud pública dado que existen numerosos factores de riesgo que pueden potencialmente incrementar su frecuencia en los próximos años. Entre sus principales detonantes se encuentran el acoso escolar, la presencia de un entorno familiar disfuncional, el potencial abuso de sustancias psicoactivas, el denominado contagio social y la presencia subyacente de un trastorno afectivo no diagnosticado. Para la familia, el suicidio en menores de edad puede originar consecuencias sociales, psicológicas y económicas que pueden llegar a ser devastadoras. Existe un aumento en la frecuencia del duelo complicado y crónico y desestructuración del núcleo familiar. Por ello, la implementación de medidas de detección y prevención resulta fundamental, haciendo énfasis en el mejoramiento del entorno escolar y comunitario, la detección de conductas autolesivas y la disminución del acceso a medios letales.

* 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 Ciencias Jurídicas. Profesora de la Universidad Veracruzana, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0576-0327
*** Maestro en Administración con Especialidad en Dirección. Investigador de tiempo completo del Instituto de Medicina Forense, México. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-0102-8796

Palabras clave: *suicidio infantil, acoso escolar, duelo traumático, prevención escolar.*

Introducción

El suicidio en los menores de edad es un importante problema de salud pública, tomando en cuenta de que la frecuencia del suicidio consumado y, en especial, de la ideación suicida, son elevadas en comparación a otros sectores de la población. Es muy importante el establecimiento de medidas de detección temprana y de campañas de prevención dirigidas a este sector. En el presente capítulo analizaremos el componente criminológico de la conducta suicida en la población infantil y adolescente, haciendo énfasis en las tendencias epidemiológicas, los factores de riesgo y las medidas de intervención que pueden aplicarse en este grupo etario.

Algunos datos epidemiológicos

Con base en los numerosos estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo resulta evidente que la conducta suicida es un importante problema de salud pública, tanto en la población infantil como adolescente (Gould et al., 2003). En todo el mundo, el suicidio constituye la cuarta causa de muerte en adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad, aunque dicha cifra puede variar entre países. Recientemente se realizó un metaanálisis de la frecuencia de la conducta suicida en más de 45 países de ingresos altos o medios, encontrando que la frecuencia en población entre los 10 y los 19 años osciló entre 1.31 y 9.72 casos por cada 100,000 habitantes (Yu et al., 2019). Los actos suicidas son poco frecuentes en individuos por debajo de los 10 años de edad aunque, pasando esa brecha, la posibilidad del suicidio se incrementa considerablemente. Lo que preocupa es que la frecuencia de la ideación suicida se ha incrementado en menores de 10 años, siendo cada vez más frecuente que en los servicios de urgencia se atiendan menores con intentos de autodaño (Romanelli et al., 2022; Patel et al., 2018).

En relación al género sucede algo similar a lo reportado en personas mayores de edad. La posibilidad de un intento suicida violento y del suicidio consumado son más frecuentes en individuos del sexo masculino, aunque la proporción es variable, dependiendo de la región estudiada (Brahmbhatt et al., 2019; Glenn et al., 2020). Por el contrario, la frecuencia de la ideación suicida y de la intencionalidad suicida son más frecuentes en las mujeres que, por alguna razón, no llegan a cometer el acto suicida definitivo. En los últimos años se ha observado que esta diferencia por género ha comenzado a reducirse, especialmente en niños entre los 10 y los 14 años de edad en los que la frecuencia de suicidios en mujeres se ha duplicado (Esposito et al., 2004).

Analizando los métodos seleccionados para cometer el acto suicida se ha observado que el ahorcamiento es la forma más utilizada, seguida de la precipitación desde una altitud elevada o de colocarse en el camino de un objeto en movimiento (automóvil, tren, etc.) (Soole et al., 2015; Roch et al., 2021). Sin embargo, en países desarrollados se ha incrementado el uso de armas de fuego para cometer el acto suicida, especialmente en países en los que el acceso a las mismas se encuentra menos restringido, como en los Estados Unidos (Brent et al., 1993). De hecho, el tener un arma en casa incrementa hasta 6 veces la posibilidad de seleccionar este método para la comisión del acto suicida.

En relación a la preferencia sexual se ha observado que aquellos que presentan una afinidad por el mismo sexo o aquellos considerados como transgénero tienen una posibilidad mayor a cometer un acto suicida en comparación a jóvenes con afinidad heterosexual (Droege et al., 2017; Horowitz et al., 2012). Esto mismo se ha observado en relación a personas que hayan tenido algún tipo de contacto sexual con un individuo de su mismo género en comparación a quienes lo hicieron con alguien de un género distinto al suyo (Inman et al., 2019).

Estudio de factores de riesgo

Es fundamental la identificación de factores de riesgo de cualquiera de los componentes de la conducta suicida, sea la ideación suicida, la intencionalidad suicida o el suicidio consumado, que no necesariamente serán iguales.

Dicha identificación permitirá realizar la detección temprana de casos de riesgo y el establecimiento de medidas terapéuticas adecuadas para disuadir dicha tendencia (Lui et al., 2019; King et al., 2009).

a) Familia. Entre los numerosos factores familiares que pudieran influir en la prevalencia de la conducta suicida se encuentra la presencia de ciertas psicopatologías en alguno de los padres, los antecedentes familiares de conducta suicida, las rupturas familiares, la pérdida de alguno de los padres (por divorcio o por fallecimiento), la presencia de una mala relación padre-hijo y el abuso o maltrato intrafamiliar (Durol et al., 2021). Es difícil establecer con precisión la importancia de la genética y la transmisibilidad de la conducta suicida, pero está claro que existen diversos factores ambientales que pudieran incrementar la tendencia al acto suicida.

b) Bullying. En estudios realizados sobre el acoso escolar, se ha encontrado una importante asociación con la frecuencia de la conducta suicida, especialmente en varones (Bridge et al., 2006). Un dato importante es que en la mayoría de los casos de suicidio consumado asociado a *bullying*, existen alteraciones neurocognitivas previas que también se asocian con conducta suicida, especialmente el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Aguinaldo et al., 2021). En un estudio se evidenció que aquellos individuos que habían sido víctimas de acoso y que, a la par o posteriormente, habían realizado acoso en contra de otros individuos, presentaban un riesgo de suicidio mayor a lo observado en las víctimas de acoso (Amitai, 2012). Un elemento a considerar, que aún no ha sido del todo bien estudiado, es la influencia del *ciberbullying*. Con el alcances que actualmente puede tener, el impacto social y el número de personas afectadas puede ser potencialmente mayor, por lo que es importante determinar el efecto que puede tener en la posibilidad de desarrollar alguna conducta suicida.

c) Estado socioeconómico y cambio de residencia. Se ha observado una importante asociación entre la frecuencia de mudanzas, especialmente entre ciudades, y el riesgo de suicidio en adolescentes, particularmente en el género femenino (Baiden et al., 2020), sin embargo, no todos los estudios apoyan esta asociación. Otro factor a considerar es el estado socioeconómico bajo, que se ha asociado con una mayor posibilidad

de suicidio, especialmente si los padres tienen un bajo nivel educativo (Asarnow et al., 2012).

d) Identidad sexual. En diversos estudios se ha hecho evidente que la preferencia sexual homosexual tiene un riesgo de suicidio superior a aquellos con preferencia heterosexual. Esto es especialmente cierto en aquellos casos en los que suceden conflictos familiares o rechazo abierto de sus familias o comunidades en los que la posibilidad de suicidio se incrementa hasta 8 veces (Greenwald et al., 1998; Hatchel et al., 2021). Esto destaca la importancia de establecer medidas de detección y contención en personas con identidad no heterosexual, especialmente en los casos en los que este hecho origina rechazo familiar o comunitario.

e) Aprendizaje social. Uno de los elementos sociales a los que se la ha dado importancia reciente es a la posibilidad de que el aprendizaje social de la conducta suicida pudiera ser un factor importante en la transmisión familiar y no familiar del fenómeno suicida (Rhodes et al., 2014). Este concepto se basa en el hecho de que la conducta suicida de un individuo pudiera fomentar el surgimiento de conductas similares en personas de riesgo por un mecanismo de imitación. Se ha observado que el antecedente de suicidio o conductas autolesivas puede incrementar el riesgo de desarrollar los mismos factores en personas aparentemente no relacionadas (Stokes et al., 2015; Swanson et al., 2020). Esto se fundamenta mediante el hecho de que hasta el 5% de todos los casos de suicidio consumado pueden ser consecuencia de una conducta aprendida por imitación. Es factible pensar que el hecho de que en los medios de comunicación se le dé una amplia cobertura al fenómeno suicida pudiera facilitar la normalización de estos conceptos en personas susceptibles, con un incremento secundario en el riesgo de cometer un hecho similar (Xiao et al., 2021). Se requiere la realización de estudios observacionales, con muestras adecuadas, para determinar el impacto real de la divulgación mediática de la conducta suicida.

f) Abuso sexual y maltrato infantil. Numerosos estudios establecen con claridad la asociación entre la frecuencia de la conducta suicida y el antecedente de maltrato o abuso durante la infancia, sexual o no, para

ambos géneros (Bauer et al., 2021). Sufrir abuso sexual infantil incrementa la posibilidad de diversas patologías psicológicas, entre ellas los trastornos afectivos y la ideación suicida, especialmente en individuos con edades entre 16 y 25 años (Fontanella et al., 2020). Dicha asociación resulta particularmente intensa cuando el agresor pertenecía al núcleo familiar o si estos actos sucedieron de forma repetida a lo largo del tiempo. Cabe señalar que, aunque ambos géneros muestran este vínculo, la probabilidad de cometer actos suicidas violentos es mayor en el sexo masculino (Bowlig et al., 2012). Por consiguiente, resulta evidente la necesidad de evaluar adecuadamente a todo niño y adolescente con antecedentes de maltrato o abuso sexual, con el objetivo de establecer medidas para la detección y prevención del suicidio, especialmente mediante enfoques cognitivo-conductuales.

g) Consumo de alcohol y drogas de abuso. En cualquier edad, el consumo excesivo de alcohol representa un factor de riesgo conocido para la conducta suicida. En la población infantil o adolescente presenta una asociación similar, no sólo en quienes tienen algún tipo de trastorno afectivo sino incluso en aquellos sin antecedente de alguna patología neuropsiquiátrica (King et al., 2019). Esta asociación es especialmente importante en individuos menores de 13 años, aunque se reduce después de esa edad. Esa observación llama la atención por el hecho de que el acceso a bebidas alcohólicas se incrementa con la edad (Vaughn et al., 2020). Es posible que tenga que ver con el hecho de que los niños preadolescentes pudieran tener un mal manejo cognitivo de sus circunstancias adversas, facilitando la posibilidad de desarrollar ideación o intencionalidad suicidas.

Prevención del suicidio en población menor de edad

Existen numerosas evidencias acerca de la importante relación entre la conducta suicida y ciertos factores de riesgo comunes en la población menor de edad; sin embargo, a pesar de que en adultos se ha realizado con éxito, en la población menor de edad no se han establecidos medidas específicas, de gran alcance, para la detección y prevención de la conducta suicida (Meza et al., 2021).

La mayor parte de los estudios realizados para evaluar la efectividad de las medidas preventivas del suicidio se han enfocado principalmente en la población adulta. El grado de efectividad de dichas medidas ha sido moderado, en el mejor de los casos. Recientemente ha cobrado interés la realización de medidas preventivas aplicables en el entorno escolar, las cuales pudieran tener un efecto o impacto real tomando en cuenta que los maestros y autoridades escolares pudieran ser capaces de detectar estudiantes con factores de riesgo, canalizándolos en forma oportuna para su evaluación neuropsicológica (Rodway et al., 2016).

El enfoque antes mencionado parece promisorio, especialmente si tomamos en cuenta que en la mayoría de los casos de ideación suicida, intencionalidad suicida o suicidio consumado no existe el antecedente de una valoración neurológica y/o psicológica adecuada. Es común que los adultos relacionados directamente con las víctimas desconozcan parcial o totalmente la problemática previa y los factores que pudieron conducir al acto suicida.

Las campañas de detección y prevención actualmente aplicadas en casi todos los países desarrollados y en vías de desarrollo se dirigen a la población adulta y, recientemente, a personas menores de edad. Algunos de los modelos establecidos proponen estrategias de desarrollo de resiliencia, medidas de promoción de la salud mental, fomento al acceso a servicios sanitarios de calidad, difusión de información estratégica y segura en medios de comunicación, el control del acceso a medios que permitan un acto suicida letal, la vigilancia epidemiológica del comportamiento de la conducta suicida en grupos de riesgo y, finalmente, la capacitación en medidas de prevención de suicidio en personal que trabaja con población joven, especialmente en el medio escolar (Miranda et al., 2019).

Detectar factores de riesgo pudiera parecer una labor sencilla; sin embargo, debe realizarse con técnicas basadas en estudios científicos, metodológicamente válidos, para poder identificar jóvenes con ideación suicida, intencionalidad suicida o suicidio consumado. Existen escalas establecidas para la detección de la ideación o intencionalidad suicida, muchas de ellas validadas en diversos países y con relativa facilidad de aplicación.

No debe dejarse de lado la posibilidad de realizar la detección clínica de casos de alto riesgo, no sólo en aquellas situaciones en las que la

víctima cometió un acto suicida, sin éxito, y pudiera evaluarse su estatus en un servicio de urgencias, un medio hospitalario general o una unidad de cuidados intensivos (Posner et al., 2011). La detección clínica también puede realizarse en otros entornos aparentemente no relacionados con la atención inmediata de un acto suicida, pero que nos permiten conocer mejor al paciente e identificar sus conductas de riesgo. Esto puede suceder, por mencionar algunos ejemplos, en clínicas de medicina deportiva, medicina del adolescente, clínicas de maltrato infantil o en los servicios médicos de las instituciones educativas.

La detección y la evaluación clínica de los pacientes en riesgo no son situaciones similares, aunque a veces llegan a confundirse. En la detección se realiza una identificación rápida de quien requiere una evaluación más exhaustiva; la evaluación, por otro lado, permite un estudio más completo para determinar la importancia de los factores de riesgo y el establecimiento de los pasos a seguir. Ambos son importantes como medidas para la identificación de casos de riesgo y el establecimiento de medidas preventivas. Tanto en la detección como en la evaluación clínica (especialmente en esta última) resulta de suma importancia la utilización de herramientas de detección que cuenten con características psicométricas validadas en la población de estudio, con una alta sensibilidad (para identificar los verdaderos positivos) y especificidad (para descartar los falsos positivos); sin embargo, hasta el momento no se cuenta con alguna herramienta infalible, por lo que el estudio adecuado del paciente debe incluir otros elementos complementarios, basados en su historia clínica, para la determinación del riesgo real de que el individuo atente contra su propia vida en los días o semanas siguientes.

Conclusión

A partir de lo ya comentado, resulta evidente que la conducta suicida es un importante problema de salud pública casi a cualquier edad, pero representa un reto especial en la población menor de edad. Existen diversos elementos de tipo demográfico y sociocultural que tienen un impacto real en la frecuencia de la conducta suicida. Aunque no podemos descartar la importancia de la

influencia genética y neurobioquímica, los factores de riesgo sociales son de tanta o más importancia y no deben ser pasados por alto.

Debido a lo anterior, es fundamental contar con medidas y herramientas adecuadas para la detección e identificación de personas en riesgo antes de que lleguen al intento suicida. Hasta el momento no se han realizado estudios metodológicamente válidos para la evaluación del impacto de las medidas preventivas sobre la frecuencia de la ideación suicida, la intencionalidad suicida y el suicidio consumado en población menor de edad. No se puede prevenir lo que no se conoce, por lo cual es fundamental el estudio de los elementos neurológicos, bioquímicos, sociales, culturales y demográficos que se constituyen como factores de riesgo de conducta suicida en población joven. Ello permitirá el establecimiento de conductas preventivas de mayor impacto social.

Referencias

Aguinaldo L. D., Sullivant S., Lanzillo E. C., et al. Validation of the ask suicide-screening questions (ASQ) with youth in outpatient specialty and primary care clinics. *Gen Hosp Psychiatry* 2021; 68:52-8. 10.1016/j.genhosppsych.2020.11.006

Amitai M., Apter A. Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: a review. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9:985-94. 10.3390/ijerph9030985

Asarnow J,, McArthur D., Hughes J., Barbery V., Berk M. Suicide attempt risk in youths: utility of the Harkavy-Asnis suicide scale for monitoring risk levels. *Suicide Life Threat Behav* 2012; 42:684-98. 10.1111/j.1943-278X.2012.00122.x

Baiden P,, LaBrenz C. A., Asiedua-Baiden G., Muehlenkamp J. J. Examining the intersection of race/ethnicity and sexual orientation on suicidal ideation and suicide attempt among adolescents: Findings from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. *J Psychiatr Res* 2020; 125:13-20. 10.1016/j.jpsychires.2020.02.029

Bauer G. R., Churchill S. M., Mahendran M., Walwyn C., Lizotte D., Villa-Rueda A.A. Intersectionality in quantitative research: A systematic review of its emergence and applications of theory and methods. *SSM Popul Health* 2021; 14:100798. 10.1016/j.ssmph.2021.100798

Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health* 2012; 102:1267-73. 10.2105/AJPH.2012.300750

Brahmbhatt K, Kurtz BP, Afzal KI, et al. PaCC Workgroup. Suicide Risk Screening in Pediatric Hospitals: Clinical Pathways to Address a Global Health Crisis. *Psychosomatics* 2019; 60:1-9. 10.1016/j.psym.2018.09.003

Brent D. A., Perper J. A., Moritz G., Allman C., Friend A., Roth C., Schweers J., Balach L., Baugher M. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. J. Am. Acad. *Child. Adolesc. Psychiatry*. 1993; 32:521–529. doi: 10.1097/00004583-199305000-00006.

Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47:372-94. 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x

Dorol-Beauroy-Eustache O., Mishara B.L. Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. *Prev Med* 2021; 152:106684. 10.1016/j.ypmed.2021.106684

Droege J.R,, Robinson W.L., Jason L.A. Suicidality Protective Factors for African American Adolescents: A Systematic Review of the Research Literature. SOJ Nurs Health Care 2017; 3:310.15226/2471-6529/3/2/00130. 10.15226/2471-6529/3/2/00130

Esposito-Smythers C., Spirito A. Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(Suppl):77S-88S. 10.1097/01.ALC.0000127417.99752.87

Fontanella C.A., Warner L.A., Steelesmith D., Bridge J.A., Sweeney H.A., Campo J.V. Clinical Profiles and Health Services Patterns of Medicaid-Enrolled Youths Who Died by Suicide. *JAMA Pediatr* 2020; 174:470-7. 10.1001/jamapediatrics.2020.0002

Glenn C.R., Kleiman E.M., Kellerman J. et al. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2020; 61:294-308. 10.1111/jcpp.13106

Gould M.S., Greenberg T., Velting D.M., Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:386-405. 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF

Greenwald A.G., McGhee D.E., Schwartz J.L. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74:1464-80. 10.1037/0022-3514.74.6.1464

Hatchel T., Polanin J.R., Espelage D.L. Suicidal Thoughts and Behaviors Among LGBTQ Youth: Meta-Analyses and a Systematic Review. *Arch Suicide Res* 2021; 25:1-37. 10.1080/13811118.2019.1663329

Horowitz L.M., Bridge J.A., Teach S.J. et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012; 166:1170-6. 10.1001/archpediatrics.2012.1276

Inman D.D., Matthews J., Butcher L., Swartz C., Meadows A.L. Identifying the risk of suicide among adolescents admitted to a children's hospital using the Ask Suicide-Screening Questions. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2019; 32:68-72. 10.1111/jcap.12235

King C.A., O'Mara R.M., Hayward C.N., Cunningham R.M. Adolescent suicide risk screening in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2009; 16:1234-41. 10.1111/j.1553-2712.2009.00500.x

King C.A., Grupp-Phelan J., Brent D. et al. Pediatric Emergency Care Applied Research Network. Predicting 3-month risk for adolescent suicide attempts among pediatric emergency department patients. *J Child Psychol Psychiatry* 2019; 60:1055-64. 10.1111/jcpp.13087

Liu J.W., Tu Y.K., Lai Y.F. et al. Associations between sleep disturbances and suicidal ideation, plans, and attempts in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sleep* 2019;42:zsz054. 10.1093/sleep/zsz054

Meza J.I, Bath E. One Size Does Not Fit All: Making Suicide Prevention and Interventions Equitable for Our Increasingly Diverse Communities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021; 60:209-12. 10.1016/j.jaac.2020.09.019

Miranda-Mendizabal A., Castellví P., Parés-Badell O. et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health* 2019; 64:265-83. 10.1007/s00038-018-1196-1

Patel A., Watts C., Shiddell S. et al. Universal Adolescent Suicide Screening in a Pediatric Urgent Care Center. *Arch Suicide Res* 2018; 22:118-27. 10.1080/13811118.2017.1304303

Posner K., Brown G.K., Stanley B. et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011; 168:1266-77. 10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Rhodes A.E., Boyle M.H., Bridge J.A. et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World J Psychiatry* 2014; 4:120-32. 10.5498/wjp.v4.i4.120

Rodway C., Tham S.G., Ibrahim S. et al. Suicide in children and young people in England: a consecutive case series. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:751-9. 10.1016/S2215-0366(16)30094-3

Romanelli M., Sheftall A.H., Irsheid S.B., Lindsey M.A., Grogan T.M. Factors Associated with Distinct Patterns of Suicidal Thoughts, Suicide Plans, and Suicide Attempts Among US Adolescents. *Prev Sci* 2022; 23:73-84. 10.1007/s11121-021-01295-8

Ruch D.A., Steelesmith D.L., Brock G. et al. Mortality and Cause of Death Among Youths Previously Incarcerated in the Juvenile Legal System. *JAMA New Open* 2021; 4:e2140352. 10.1001/jamanetworkopen.2021.40352

Soole R., Kõlves K., De Leo D. Suicide in Children: A Systematic Review. *Arch Suicide Res* 2015; 19:285-304. 10.1080/13811118.2014.996694

Stokes M.L., McCoy K.P., Abram K.M., Byck G.R., Teplin L.A. Suicidal Ideation and Behavior in Youth in the Juvenile Justice System: A Review of the Literature. *J Correct Health Care* 2015; 21:222-42. 10.1177/1078345815587001

Swanson S.A., Eyllon M., Sheu Y.H., Miller M. Firearm access and adolescent suicide risk: toward a clearer understanding of effect size. *Inj Prev* 2020; 27:264-70. 10.1136/injuryprev-2019-043605

Vaughn L.M., Sunny C.E., Lindquist-Grantz R. et al. Successful Suicide Screening in the Pediatric Emergency Department: Youth, Parent, Researcher, and Clinician Perspectives. *Arch Suicide Res* 2020;24 (supp 1):124-41. 10.1080/13811118.2018.1541034

Xiao Y., Cerel J., Mann J.J. Temporal Trends in Suicidal Ideation and Attempts Among US Adolescents by Sex and Race/Ethnicity, 1991-2019. *JAMA Netw Open* 2021; 4:e2113513. 10.1001/jamanetworkopen.2021.13513

Yu B., Chen X. Age and Birth Cohort-Adjusted Rates of Suicide Mortality Among US Male and Female Youths Aged 10 to 19 Years From 1999 to 2017. *JAMA Netw Open* 2019; 2:e1911383. 10.1001/jamanetworkopen.2019.11383