



ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN

Francisco Javier Peralta Gallego.

fran.peralta.gallego@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Epidemiología del suicidio

El suicidio es un fenómeno que por sus dimensiones ha de tratarse como un problema de salud pública mundial. Se estima que es la causa de un millón de muertes anuales, ocurriendo un suicidio en el mundo cada 40 segundos (1). En Europa, la Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de 150000 personas mueren por suicidio cada año. En España, es en la actualidad la primera causa de defunción no natural, por delante de los accidentes de tráfico (2).

Entre los factores de riesgo de la conducta suicida destacan el presentar algún trastorno mental (3-5), o enfermedad física (6-9), la existencia de intentos previos (3; 10-12) o de historia familiar de suicidio (13-15), factores demográficos como la edad y el sexo (16), psicosociales (17-20) y étnicos (21-23).

Suicidio y religión

Respecto a la evaluación de la relación entre suicidio y religión, destacamos que desde finales del siglo XIX, sociólogos como Masaryk (24; 25) y Durkheim (26) señalaron la religión como un factor protector frente al suicidio. En general, la afiliación religiosa es considerada un factor protector frente a la conducta suicida (27-31) y las autolesiones (32; 33).

En un primer momento, se planteó si un determinado tipo de religión podría asociarse a una mayor protección frente al suicidio. En este sentido, debemos destacar el estudio realizado por Durkheim en Suiza, en el que encontró que las tasas de suicidio eran mayores en los protestantes comparadas con los católicos, siendo las tasas por 100000 habitantes, de 19.7 en católicos, 28.5 en protestantes y 39.0 en no creyentes (34).

Sin embargo, estudios posteriores han demostrado que la mayor parte de la protección frente al suicidio parece depender no de la religión dominante (35; 36), sino del grado de participación o su importancia en la vida cotidiana (37;38).

Además, destacamos que los creyentes religiosos tienen una menor incidencia de factores de riesgo para la conducta suicida (39-46), como abuso de sustancias (47) o trastornos depresivos (48).

Asimismo, se ha demostrado en estudios que la disminución de la creencia religiosa en el año previo contribuye al aumento de los intentos de suicidio (49).

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN

A pesar de ello, el papel de la religiosidad en el suicidio es infravalorado y la mayoría de las escalas empleadas en la evaluación de la conducta suicida no tienen ítems relacionados con la religiosidad: Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS), Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI), Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS), Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV), Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS).

El suicidio según la religión

En la escritura hebrea, el suicidio es condenado implícitamente en el mandamiento de no cometer homicidio (Éxodo 20:13) y tanto los judíos como los cristianos generalmente han visto que el suicidio está prohibido por este mandamiento.

Agustín de Hipona, por ejemplo, argumentó que el mandamiento no está calificado (no dice "No asesinarás a tu prójimo" sino simplemente "No matarás"), que no se concede ningún permiso de las Escrituras para morir por suicidio, y que es mejor para el cristiano sufrir que cometer el pecado de quitarse la vida (*City of God* I.16-27). En conclusión, afirma que "el suicidio es monstruoso" (50).

Más recientemente, en contraste, se ha observado que el suicidio no está explícitamente condenado en la escritura judeocristiana (51), y las actitudes han sido más comprensivas con el sufrimiento de aquellos que consideran quitarse la vida, tendiendo a enfatizar más la importancia de lo divino y compasión humana (52).

El Corán es más explícito en su mandato contra el suicidio: ¡ni mueran (ni destruyan) Ustedes mismos! ¡Porque en verdad Allah ha sido para ustedes Misericordioso! Surah 4:29 (53). Como resultado, el suicidio es ilegal en muchos países islámicos, y se ha sugerido que el suicidio no se informa en el mundo islámico.

En las tradiciones de fe orientales, las actitudes hacia el suicidio pueden entenderse como más ambiguas (54), y Durkheim tomó el hinduismo como una religión dentro de la cual podrían identificarse ejemplos de suicidio altruista, pero el sentido general de respeto por la vida y las preocupaciones sobre el impacto sobre el karma todavía proporcionan una comprensión prevaleciente de que el suicidio es incorrecto.

Religión en España y Sevilla.

En España, el 69.8% de la población refería en 2017 ser católica (CIS). Si atendemos a los datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) encontramos que la tendencia en España en los últimos años es a una disminución del porcentaje de católicos y un aumento del número de no creyentes, así como una marcada disminución de los católicos que practican (55).

Año	Católicos	No creyentes	Otras	Católicos

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN

			religiones	practicantes
2017	69.8	25.2	2.6	26.4
2016	71.8	23.4	2.5	27.9
2015	69.3	26.3	1.9	39.2
2014	71.5	24.7	2.4	37.9
2013	73.1	23.6	1.9	41.5
2012	72.0	23.3	2.8	43.9
2011	74.3	21.7	2.6	41.9
2010	76.4	20.2	1.5	43.9

(Tabla 1) – Datos del CIS

Si analizamos los datos por rangos de edad, en 2017 en España, observamos que, a medida que va disminuyendo la edad de los sujetos, disminuye el porcentaje de religiosos practicantes y aumenta el porcentaje de no creyentes, por lo que la suposición actual es que las tendencias observadas se vayan haciendo más marcadas.

(*una vez o más, casi todas las semanas)

(Tabla 2) – Datos del CIS

(Tabla 3) – Datos del CIS

Estos datos contrastan con la tradición en Sevilla por ciertas prácticas religiosas, particularmente la Semana Santa. De acuerdo con los cánones del actual Código de la Ley Canónica, existen asociaciones de fieles en las que los cristianos se reúnen y llevan a cabo ciertas actividades religiosas. En Sevilla, algunas de estas asociaciones de fieles continúan una tradición histórica desde hace más de 500 años (56). Las actividades religiosas más importantes de estas asociaciones de fieles son las procesiones de Semana Santa, el tiempo que conmemora la muerte de Jesús. Esta participación es individual, anónima y sin reconocimiento social. Hasta hace poco, las procesiones estaban limitadas a los hombres, mientras que las mujeres jugaban un papel muy limitado en la estructura organizacional de estas asociaciones de fieles.

Asociación suicidio y religión: estudios previos

El papel de la religión es escasamente evaluado en investigaciones sobre el suicidio. Gran parte de la evidencia de que la religión proporciona un factor protector contra el suicidio viene de estudios transversales.

En un metaanálisis realizado en 2015 (57), que analizaba la relación entre suicidio y religión, solo fue capaz de incluir nueve estudios (incluían estudios publicados en los 16 años previos,

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN

en los que se estudiara la religión como factor de exposición y el suicidio consumado como resultado y que estuviese escrito en inglés). De estos nueve estudios, cinco usaron poblaciones occidentales (58-62) y solo seis aplicaron el método de autopsia psicológica (62-67), a pesar de reconocer que es el mejor método para estudiar el suicidio (68). Además, estos estudios solo consideraron la presencia o ausencia de una religión declarada, y no evaluaron el alcance de la participación religiosa.

Destacamos una publicación del *British Journal* (69), en la que se incluye un artículo de un estudio prospectivo. Argumentan que una comprensión de la relación entre espiritualidad, religión y suicidio es importante en la evaluación y el cuidado de las personas en riesgo, y que, a pesar de que hay muchas investigaciones empíricas para apoyar que la religión es protectora contra el suicidio, ha habido pocos estudios prospectivos.

De hecho, de acuerdo con Koenig et al. (70), de 141 estudios de religión y suicidio realizados, solo 2 (71;72) fueron prospectivos o longitudinales. En efecto, como Koenig et al. notaron, el diseño de estudios prospectivos de suicidios consumados es un reto, requiriendo grandes tamaños muestrales y prolongados periodos de seguimiento para asegurar un número suficiente de suicidios.

En la publicación del *British Journal* encontramos el primer estudio prospectivo de la asistencia al servicio religioso (no solo creencia o no) y el suicidio consumado, y por ello sus datos son especialmente significativos.

En el mismo, Kleiman y Liu han demostrado que aquellos que asistían con frecuencia a servicios religiosos (≥ 24 veces al año) tenían menos de la mitad de probabilidades de morir por suicidio que aquellos que asistían a los servicios religiosos con menor frecuencia (73).

Siguiendo a más de 20.000 participantes durante 12-18 años, se identificó a 25 personas que habían muerto por suicidio, un poco menos de lo que se podría haber esperado sobre la base de las estadísticas nacionales. Dado este pequeño número de suicidios reales, el poder de la muestra en este estudio es su principal inconveniente, ya que es algo más modesto de lo que uno podría haber esperado (69).

También se debe tener en cuenta que este conjunto de datos no se construyó para el propósito en cuestión y no sabemos nada sobre las afiliaciones religiosas específicas, experiencias, creencias u otras conductas religiosas de los participantes, solo la frecuencia con la que asistieron a los servicios religiosos. A pesar de estas limitaciones, el estudio arroja datos importantes y los autores concluyen que la asistencia frecuente al servicio religioso es un factor de protección a largo plazo contra el suicidio (69).

OBJETIVO DEL ESTUDIO

En el presente trabajo pretendemos hacer una aproximación hacia uno de los posibles factores implicados en la conducta suicida, y quizás de los más descuidados en la evaluación psiquiátrica como es el de la religión. Para ello, evaluaremos la relación del suicidio con la

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN

creencia religiosa como variable cualitativa dicotómica y, por otro lado, con la práctica religiosa como una variable cualitativa ordinal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo caso-control, mediante la técnica de autopsia psicológica, realizada entre los familiares y allegados al fallecido, entre un mes y 18 meses después del suceso. El consentimiento informado y el reclutamiento de los casos se realizaron en el momento de la autopsia judicial y se acordó una entrevista posterior. La recogida de casos fue de forma sistemática. La evaluación consistía en una entrevista estructurada en la que se recogieron los datos relacionados con aspectos sociodemográficos, problemas psicosociales y ambientales, entrevista diagnóstica SCID-I y SCID-II (ejes I y II) y conducta suicida. Estas entrevistas fueron realizadas por psiquiatras y psicólogos, pasando cada caso una reunión de consenso para el diagnóstico.

Tanto los casos como los controles procedían de la provincia de Sevilla. La muestra constaba de un total de 341 sujetos. El estudio y determinación de las causas de la muerte fue realizado por los especialistas del Servicio de Patología del Instituto de Medicina Legal de Sevilla.

RESULTADOS

Suicidio y creencia religiosa

En primer lugar, analizamos si los sujetos de la muestra eran creyentes o no, como una variable cualitativa, y comparamos el grupo de los casos con el de los controles.

En el grupo de los casos (suicidio), el 68,8% eran creyentes, mientras que en el grupo de los controles, el 84.5% eran creyentes.

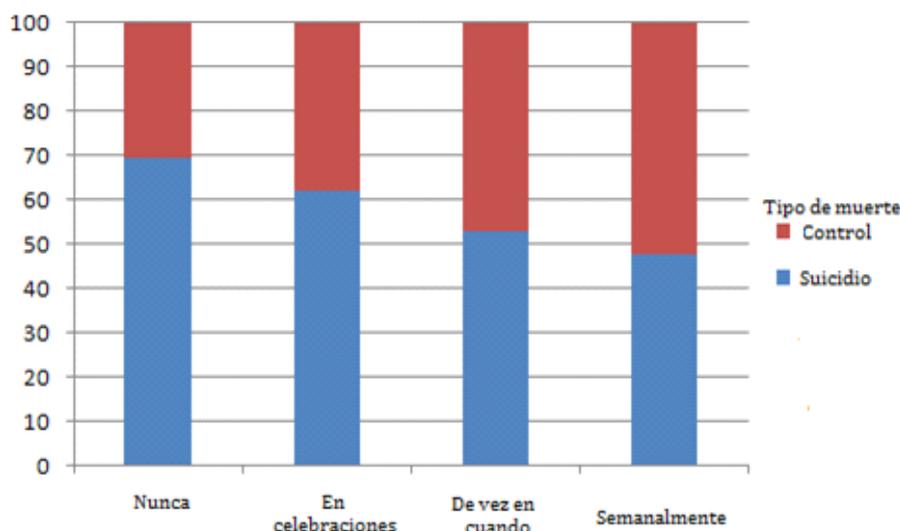
Se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0.004$), siendo la tasa de suicidio mayor entre los no creyentes.

Estudiamos la asociación entre suicidio y creencia religiosa, encontrando que en los no creyentes la posibilidad de morir mediante suicidio era casi 2'5 veces mayor que en los creyentes (ODDS=2,48).

Suicidio y práctica religiosa

Por otro lado, evaluamos la intensidad de la práctica religiosa, preguntando la frecuencia con la que participaba el fallecido en celebraciones, que fue respondida como una variable ordinal: nunca, en ceremonias, de vez en cuando, o semanalmente. De esta manera, se examinó de qué forma la exposición a la práctica religiosa influía en la existencia de un mayor o menor número de casos de suicidio.

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN



(Tabla 4)

Los resultados avalan la hipótesis de que la religión ejerce un papel protector sobre el suicidio, de manera que observamos una tendencia decreciente en el riesgo de suicidio a medida que aumenta la práctica religiosa.

La ODDS en el grupo "nunca" es de 2.29, en el grupo "en ceremonias" 1.65, en el grupo "a veces" 1.07, y en el grupo "semanalmente" 0.91. Observamos como decrece a medida que aumenta la práctica religiosa.

DISCUSIÓN

Cada vez son más numerosos los estudios en los que se observa que la creencia religiosa es uno de los factores protectores frente al suicidio.

Asimismo, en los estudios realizados hasta la fecha, se observa que la práctica religiosa es uno de los factores protectores frente al suicidio, encontrando una mayor protección frente al mismo cuanto mayor es el nivel de participación en los servicios religiosos.

En nuestro estudio, se confirman ambas hipótesis: que las tasas de suicidio son menores entre los creyentes y que las tasas de suicidio son menores cuanto mayor es el nivel de participación en servicios religiosos.

Asimismo, en nuestro estudio, incluimos dentro de la participación en los servicios religiosos, la pertenencia a una hermandad, aspecto novedoso y de gran relevancia en nuestra cultura local. Se comprueba que la pertenencia a una hermandad representa también un factor protector frente a la conducta suicida, y que cuanto más activamente se participa en la vida de la hermandad, menor es la probabilidad de suicidio.

El estudio realizado, a pesar de un moderado tamaño muestral, arroja resultados estadísticamente significativos. Destacamos que se ha empleado para su evaluación el método de autopsia psicológica, considerado el mejor método para el estudio de la conducta suicida.

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN

Se ha observado tanto en nuestro estudio como en previos, que la influencia de la religión como factor protector frente al suicidio, cobra especial relevancia si los sujetos muestran una participación en las prácticas religiosas. Consideramos que sería útil estudiar en mayor profundidad los aspectos asociados a la religión que hacen que ésta sea un factor protector frente al suicidio.

En vista de los resultados obtenidos en los estudios realizados, consideramos que se debería valorar la religiosidad como un factor más dentro del análisis de la conducta suicida.

A pesar de ello, es poco frecuente que se evalúe la religiosidad en la práctica clínica, y la mayoría de las escalas empleadas para evaluar la conducta suicida carecen de ítems relacionados con la religiosidad.

Por todo ello, consideramos relevante la inclusión de la valoración de la religiosidad en la evaluación de la conducta suicida.

CONCLUSIONES

- El suicidio es un fenómeno que por sus dimensiones ha de tratarse como un problema de salud pública mundial.
- La creencia religiosa se ha establecido como un factor protector frente a la conducta suicida.
- Una mayor participación en prácticas religiosas se relaciona con una disminución de la conducta suicida.
- Actualmente, la mayoría de las escalas empleadas para evaluar la conducta suicida no tienen en cuenta la religiosidad.
- Consideramos relevante la valoración de la religiosidad en la evaluación de la conducta suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Prevención del suicidio. Protocolo del estudio SUPRE-MISS. Doc. WHO/MSD/MBD/02.1. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Suicidio en España. Available from <http://www.ine.es>.
3. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003 Apr; 33(3):395-405.
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008 Feb; 192(2):98-105.
5. McMillan KA, Enns MW, Asmundson GJ, Sareen J. The association between income and distress, mental disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the collaborative psychiatric epidemiology surveys. *J Clin Psychiatry* 2010 Apr 6.

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN

6. Borowsky, I. W. "Expose, heed, and coordinate care: priorities for mental health promotion and suicide prevention." Pediatrics 125.5 (2010): 1064-65.
7. Botega, N. J., et al. "Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients." Gen.Hosp.Psychiatry 32.4 (2010): 396-400.
8. Hemmingsson, T. and D. Kriebel. "Smoking at age 18-20 and suicide during 26 years of follow-up-how can the association be explained?" Int J Epidemiol 32.6 (2003): 1000-04.
9. Miller, M., D. Hemenway, and E. Rimm. "Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men." Am J Public Health 90.5 (2000): 768-73.
10. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008; 30:133-54.
11. Beautrais A, Mishara B. World Suicide Prevention Day--September 10, 2007: "suicide prevention across the life span". Crisis 2007; 28(2):57-60.
12. Sakinofsky I. The current evidence base for the clinical care of suicidal patients: strengths and weaknesses. Can J Psychiatry 2007 Jun; 52(6 Suppl 1):7S-20S.
13. Lopez-Castroman, J., et al. "Suicidal phenotypes associated with family history of suicidal behavior and early traumatic experiences." J.Affect.Disord. (2012).
14. Xing, X. Y., et al. "Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: a national cross-sectional survey." J.Adolesc.Health 46.6 (2010): 592-99.
15. Diaconu, G. and G. Turecki. "Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients." J Affect.Disord. 113.1-2 (2009): 172-78.
16. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. J Psychosom Res. 2009; 66:477-93
17. Wilkinson, P., et al. "Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT)." Am.J.Psychiatry (2011).
18. An, H., J. H. Ahn, and S. Y. Bhang. "The association of psychosocial and familial factors with adolescent suicidal ideation: A population-based study." Psychiatry Res. 177.3 (2010): 318-22.
19. Esposito-Smythers, C., et al. "Clinical and psychosocial correlates of non-suicidal self-injury within a sample of children and adolescents with bipolar disorder." J.Affect.Disord. (2010).
20. Baca-Garcia, E., et al. "Psychosocial stressors may be strongly associated with suicide attempts." Stress and Health 23 (2007): 191-98.
21. Rockett, I. R., et al. "Race/Ethnicity and Potential Suicide Misclassification: Window on a Minority Suicide Paradox?" BMC.Psychiatry 10.1 (2010): 35.
22. Paniagua, F. A. "Review of Suicide among racial and ethnic minority groups." Cultur.Divers.Ethnic.Minor.Psychol. 16.2 (2010): 297-98.

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN

23. van Bergen, D. D., et al. "Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, The Netherlands: rates and risk factors." *Ethn.Health* 15.5 (2010): 515-30.
24. Clarke CS, Bannon FJ, Denihan A. Suicide and religiosity--Masaryk's theory revisited. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003 Sep; 38(9):502-6.
25. Kelleher MJ, Chambers D, Corcoran P. Suicide and religion in Ireland: An investigation of Thomas Masaryk's theory of suicide. *Archives of Suicide Research* 1999; 5:173-80.
26. Durkheim E. *El suicidio*. Madrid: Akal Universitaria; 1982.
27. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry* 2004 Dec; 161(12):2303-8.
28. Eskin M. The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 Jul; 39(7):536-42.
29. Hilton SC, Fellingham GW, Lyon JL. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *Am J Epidemiol* 2002 Mar 1; 155(5):413-9.
30. Neeleman J. Regional suicide rates in the Netherlands: does religion still play a role? *Int J Epidemiol* 1998 Jun; 27(3):466-72.
31. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis* 2000 Aug; 188(8):543-6.
32. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003 Jul; 129(4):614-36.
33. Braam GP. [Suicide and suicide attempts: acts of complete despair]. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2010 Sep; 41(4):158-61.
34. Spoerri, A., et al. "Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study." *Int J Epidemiol*. 2010 Dec; 39(6):1486-94.
35. Morphew JA. Religion and attempted suicide. *Int J Soc Psychiatry* 1968; 14(3):188-92.
36. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry* 2000 Jul; 157(7):1084-8.
37. Neeleman J, Lewis G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *J Epidemiol Community Health* 1999 Apr; 53(4):204-10.
38. Stack S. The effect of religious commitment on suicide: a cross-national analysis. *J Health Soc Behav* 1983 Dec; 24(4):362-74.
39. Krause N. Religion and health: making sense of a disheveled literature. *J Relig Health* 2011 Mar; 50(1):20-35.
40. Camp ME. Religion and spirituality in psychiatric practice. *Curr Opin Psychiatry* 2011 Nov; 24(6):507-13.

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN

41. Dein S, Cook CC, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *J Nerv Ment Dis* 2012 Oct; 200(10):852-5.
42. Salsman JM, Brown TL, Brechting EH, Carlson CR. The link between religion and spirituality and psychological adjustment: the mediating role of optimism and social support. *Pers Soc Psychol Bull* 2005 Apr; 31(4):522-35.
43. Musick MA. Religion and subjective health among black and white elders. *J Health Soc Behav* 1996 Sep; 37(3):221-37.
44. Vining RM. Assessing risk of suicide. Samaritans' scoring system helps develop judgment. *BMJ* 1995 Jan 14; 310(6972):126-7.
45. Kirby SE, Coleman PG, Daley D. Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004 May; 59(3):123-9.
46. Levin JS, Markides KS, Ray LA. Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: a panel analysis of three-generations data. *Gerontologist* 1996 Aug; 36(4):454-63.
47. Kendler KS, Liu XQ, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2003 Mar; 160(3):496-503.
48. Dein S, Cook CC, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *J Nerv Ment Dis* 2012 Oct; 200(10):852-5.
49. Bullock M, Nadeau L, Renaud J. Spirituality and Religion in Youth Suicide Attempters' Trajectories of Mental Health Service Utilization: The Year before a Suicide Attempt. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012 Aug; 21(3):186-93.
50. Bettenson H, O'Meara J. *St Augustine: City of God*. Penguin, 1984.
51. Koch HJ. Suicides and suicide ideation in the Bible: an empirical survey. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112:167-72.
52. Council on Social Responsibility of the Methodist Church in Ireland. *From Despair to Hope*. Veritas, 2002.
53. Ali AY. *The Holy Qur'an: Translation and Commentary*. IPCI: Islamic Vision, 2000.
54. Coghlan C, Ali I. Suicide. In *Spirituality and Psychiatry* (eds Cook C, Powell A, Sims A): 61-80. RCPsych Publications, 2009.
55. Centro de investigaciones sociológicas. *BARÓMETRO DE ENERO 2015 Estudio nº 3050*. 2015. Ref Type: Online Source
56. Eugenio Noel. *Semana Santa en Sevilla*. 1 ed. Sevilla: Espuela de plata; 2009.
57. Wu A, Wang JY, Jia CX. Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2015; 10(6):e0131715.
58. Hilton SC, Fellingham GW, Lyon JL. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *Am J Epidemiol* 2002 Mar 1; 155(5):413-9.

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE SUICIDIO Y RELIGIÓN

59. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis* 2000 Aug; 188(8):543-6.
60. Fellingham GW, McBride K, Tolley HD, Lyon JL. Statistics on suicide and LDS Church involvement in males age 15-34. *Brigham Young Univ Stud* 2000; 39(2):173-80.
61. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Evinger JS, Caine ED. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychol Med* 2004 Oct; 34(7):1331-7.
62. Almasi K, Belso N, Kapur N, Webb R, Cooper J, Hadley S, et al. Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry* 2009; 9:45.
63. Zhang J, Wieczorek W, Conwell Y, Tu XM, Wu BY, Xiao S, et al. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. *Psychol Med* 2010 Apr; 40(4)
64. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychol Med* 2004 Jan; 34(1):137-46.
65. Zhang J, Conwell Y, Zhou L, Jiang C. Culture, risk factors and suicide in rural China: a psychological autopsy case control study. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Dec; 110(6):430-7.
66. Tsoh J, Chiu HF, Duberstein PR, Chan SS, Chi I, Yip PS, et al. Attempted suicide in elderly Chinese persons: a multi-group, controlled study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005 Jul; 13(7):562-71.
67. Kurihara T, Kato M, Reverger R, Tirta IG. Risk factors for suicide in Bali: a psychological autopsy study. *BMC Public Health* 2009; 9:327.
68. Isometsa ET. Psychological autopsy studies--a review. *Eur Psychiatry* 2001 Nov; 16(7):379-85.
69. Christopher C, Cook H. Suicide and religión. *The British Journal of Psychiatry* 2014 Apr; 204(4) 254-5.
70. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of Religion and Health* (2nd edn). Oxford University Press, 2012.
71. Lubin G, Glasser S, Boyko V, Barell V. Epidemiology of suicide in Israel: a nationwide population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 126-7.
72. Thompson MP, Ho CH, Kingree JB. Prospective associations between delinquency and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *J Adolesc Health* 2007; 40: 232-7.
73. Kleiman EM, Liu RT. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 262-6.