

Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Colombia.
Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades.

Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia

Suicidal risk and associated factors in Psychology students in a public College of Colombia

Paulo César González Sepúlveda^I, Óscar Adolfo Medina Pérez^{II}, Juan Carlos Ortiz Valencia^{III}

^ILicenciado en Psicología. *Magister* en Educación y Desarrollo Humano. Candidato a Doctor en Psicología. Docente investigador. Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). paulo.gonzalez@unad.edu.co

^{II}Licenciado en Filosofía y Letras. Especialista en educación. Candidato a Magister en Epidemiología. Docente investigador. Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). oscar.medina@unad.edu.co

^{III}Enfermero. Investigador. Clínica Colsanitas, Medellín, Colombia. jortizvalencia@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: el suicidio es una problemática mundial de salud pública. Para la detección se destacan dos factores: las conductas autolíticas y la ideación.

Objetivo: evaluar el riesgo suicida y factores asociados en un grupo de estudiantes de Psicología de una Universidad pública de Colombia.

Material y Métodos: se realizó un estudio de enfoque cuantitativo y diseño transversal, a un grupo de 1 265 estudiantes de Psicología. El riesgo suicida se evaluó a través de la prueba ISO-30; además, se diseñó un cuestionario que solicitaba información socio-demográfico, de salud y autolesiones. Se calcularon medidas descriptivas y de asociación. Los instrumentos se aplicaron en el primer semestre de 2013, y se solicitó consentimiento informado de los participantes.

Resultados: se encontró que 3,6% presenta riesgo alto de suicidio, y que 9,1% se

ha autolesionado, al menos, una vez en la vida. En relación con el riesgo alto de suicidio, se encontró que el riesgo de las mujeres triplica al de los hombres; quienes proceden de Zona Occidente presentan ocho veces más riesgo que los de Centro Oriente; por cada estudiante que presenta riesgo y no se ha autolesionado, hay cinco que sí lo han hecho; además, por cada estudiante que realizó una autolesión de riesgo mínimo, hay seis estudiantes que se autolesionaron de manera grave, buscando morir.

Conclusiones: el sexo, la edad, los antecedentes de autolesión y de consulta a servicios de salud, pueden ser predictores importantes del riesgo suicida en estudiantes universitarios. Mayor investigación es requerida en este campo.

Palabras clave: Colombia, estudiantes universitarios, ideación suicida, intento suicidio, factores de riesgo, mortalidad, suicidio.

ABSTRACT

Introduction: suicide is a global public health problem. To detecting two factors are standouts, autolytic behaviors and ideation.

Objective: was evaluate the suicidal risk and associated factors in a group of Psychology students in a public college of Colombia.

Material and Methods: a study of quantitative approach and transversal design with a group of 1265 Psychology students, was performed. Suicidal risk was evaluated through ISO-30 test, and a questionnaire was designed asking for sociodemographic, health, and self-harm numbers information. Descriptive and association measures were calculated. These instruments were applied during first half of the year 2013, with previous informed consent from every participant.

Results: was found that 3, 6% have high suicidal risk, and 9, 1% have harmed themselves at least once in life. In relation to high risk of suicide, was found that women have three times more risk than men; those from west zone have eight times more risk than those from eastern center zone; for each student who is at risk and has not been harmed themselves, there are five who do what they have done; in addition, each student made a minimal risk of self-harm, there are six students who injured themselves seriously in seeking death.

Conclusions: sex, age self-harm and consultation antecedents into health services, can be important predictors of suicidal risk in college students. This field needs more investigation.

Keywords: Colombia, mortality, risk factors, suicidal ideation, suicide, suicide attempts, college students.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una grave problemática de salud pública que aqueja a todos los grupos humanos, sin distinción de raza, edad, sexo o religión; ^{1,2} ha cobrado gran importancia en los últimos años, pues las cifras de suicidio a nivel mundial son relevantes, hasta el punto que la Organización Mundial de la Salud –OMS- calculó que en 2000 un millón de personas cometieron suicidio, y estima que para 2020 esta cifra ascenderá a millón y medio.^{2,3}

Muchas son las causas que pueden explicar el suicidio. Entre ellas se han señalado algunas de tipo sociodemográfico como edad, sexo, género, estado civil, escolaridad, entre otras;⁴ biológicas como la conformación genética, estructuras anatomopatológicas cerebrales⁵ y psicológicas como desórdenes mentales, ansiedad, depresión, separaciones tempranas, evitación experiencial, descontrol de impulsos, trastornos mal adaptativos, entre otras.^{5,6}

Un predictor importante de la conducta suicida es la ideación suicida,^{1,7} pues en la gran mayoría de los casos el sujeto antes de realizar una conducta del espectro suicida, tiene la idea de que el suicidio es la solución a sus dificultades.⁸

De igual forma, ha adquirido relevancia el estudio del intento previo, esto es, toda actividad conciente que un individuo realiza con la intención de autoagredirse como factor de riesgo asociada a un posterior suicidio consumado.^{5,9} De hecho, muchos autores sugieren que luego de realizado un intento, este se convierte en el principal factor de riesgo para que dicho sujeto cometa suicidio.^{2,10,11}

Otro factor de riesgo importante frente a la conducta suicida es la imitación. El hecho de estar expuesto a información, independientemente de la fuente que se obtenga, relacionada con suicidios o intentos de suicidio de personas con alta aceptación social favorecen la realización de actitudes arriesgadas y autolesivas.^{12,13} La imitación puede también tener lugar cuando la conducta suicida es realizada por un par o allegado.¹⁴

Es importante considerar que en relación con la elección vocacional, algunos trabajos han encontrado que un porcentaje importante de las personas que ingresan a estudiar Psicología lo hacen buscando solución a problemas afectivos y personales.¹⁵ Otras investigaciones han encontrado que esta elección puede estar motivada por preocupaciones que podría tener cualquier adolescente como mejorar la relación y comunicación con los otros, entender mejor la sexualidad, superar los problemas afectivos.¹⁶

OBJETIVO

Evaluar el riesgo suicida y factores asociados en un grupo de estudiantes de Psicología de una Universidad pública de Colombia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico transversal, con un muestreo por conveniencia. En total participaron 1265 estudiantes matriculados en el programa de Psicología de una Universidad pública colombiana con cobertura nacional y modalidad de estudio virtual, durante el segundo semestre de 2013.

El riesgo suicida fue evaluado a través de la escala *Inventory of suicide orientation – 30*, conocido también como ISO – 30, el cual, según la validación realizada por sus autores, tiene una consistencia interna de .90.¹⁷ Para el presente estudio se siguió la versión argentina;¹⁸ aún así, expertos colombianos realizaron la adecuación de algunos ítems a nuestro contexto cultural.

Además del ISO – 30, se indagó por aspectos sociodemográficos: edad, sexo, y zona geográfica en la que están matriculados los estudiantes. De salud: presencia de

problemas de salud, si se ha consultado un médico en el último mes, y si se ha consultado a un psicólogo y/o un psiquiatra. Por último, se indagó si se habían infringido autolesiones: edad, número de veces y gravedad de estas.

Los centros de estudio se reunieron en zonas geográficas, así: *Caribe*, agrupa a los centros pertenecientes a los departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena, Guajira, Cesar y San Andrés y Providencia. *Occidente*: Antioquia, Chocó, Quindío, Risaralda y Caldas. *Amazonía y Orinoquía*: Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta, Vaupés y Vichada. *Centro Sur*: Cauca, Nariño, Putumayo y Valle del Cauca. *Centro Oriente*: Arauca, Santander y Norte de Santander. *Sur*: Tolima, Huila y Caquetá. *Cundinamarca y Boyacá*: que agrupa los departamentos que tienen esos mismos nombres. Esta distribución geográfica no coincide con la distribución oficial que el Instituto Etnográfico de Colombia, hace para el país,¹⁹ sino con la particular distribución administrativa de la Universidad a la que pertenecen los estudiantes que participaron de la investigación.

El cuestionario fue alojado al interior de uno de los cursos en línea que la universidad ofrece para todos sus programas. Al momento de la aplicación - segundo semestre de 2013-, estaban matriculados aproximadamente diez mil estudiantes en la mencionada asignatura. De los que respondieron, 1 265 eran estudiantes de Psicología, programa que al momento en que se realizó la investigación contaba con alrededor de 14 000 estudiantes.

La información suministrada por los estudiantes era almacenada en una base de datos, motivo por el cual los investigadores no necesitaron digitalizar las encuestas; sin embargo, debió ser organizada en Excel antes de ser exportada a SPSS, versión 21. Para realizar el análisis univariado se calcularon frecuencias y porcentajes para el caso de las variables cualitativas; en las cuantitativas se calcularon medidas descriptivas. Para el análisis bivariado se estimó el Chi cuadrado y se calcularon Odds Ratio (OR) como medida de asociación. En ella se empleó un nivel de significación de 95%.

A todos los participantes se les informó sobre el carácter académico de la investigación y se les garantizó la protección de su identidad. De igual manera, antes de que los estudiantes iniciasen a responder el cuestionario, se solicitó su consentimiento.

RESULTADOS

En total, 1 265 estudiantes de Psicología respondieron la encuesta. En ellos las mayores frecuencias se encontraron entre: las mujeres, 81,4%; quienes tenían edades entre los 23 y 29 años, 34,3%; los matriculados en la zona de Cundinamarca - Boyacá, 39,2%; quienes no tienen problemas de salud, 80,2%; quienes no consultaron al médico en el último mes, 67,4%; los que aún no hecho uso de los servicios de un psicólogo o psiquiatra, 67,1%. El 9,1% se ha auto infligido lesiones, y de ellos, 73,9% manifestó haber realizado una autolesión, y 50,4% manifestó que se autolesionó buscando morir. Se encontró también que 3,6% presentaba riesgo alto de suicidio. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de los estudiantes de Psicología según variables sociodemográficas, de salud y autolesiones

Características	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupo edad						
16 a 22	58	24,7	366	35,6	424	33,6
23 a 29	88	36,6	347	33,8	433	34,3
30 a 36	57	24,3	193	18,8	250	19,8
37 o más	34	14,5	121	11,8	155	12,3
Zona Geográfica						
Occidente	17	9,0	78	9,9	95	9,7
Amazonia - Orinoquía	9	4,8	57	7,2	66	6,7
Cundinamarca - Boyacá	73	38,6	311	39,4	384	39,2
Caribe	25	13,2	142	18,0	167	17,1
Centro Sur	33	17,5	65	8,2	98	10,0
Sur	16	8,5	72	9,1	88	9,0
Santanderes - Centro Oriente	16	8,5	65	8,2	81	8,3
Problemas de Salud						
Sí	32	13,6	218	21,2	250	19,8
No	203	86,4	812	78,8	1015	80,2
Ir al médico en el último mes						
Sí	52	22,1	360	35,0	412	32,6
No	183	77,9	670	65,0	853	67,4
Consultar psicólogo o psiquiatra						
Sí	70	29,8	346	33,6	416	32,9
No	165	70,2	684	66,4	849	67,1
Se ha infringido una autolesión						
Sí	12	5,1	103	10,0	115	9,1
No	223	94,9	927	90,0	1150	90,9
Número de autolesiones						
Una	9	75,0	76	73,8	85	73,9
Dos	2	16,7	18	17,5	20	17,4
Tres o más	1	8,3	9	8,7	10	8,7
Gravedad de la autolesión						
Quería morir, pero fallé	8	66,7	49	48,5	57	50,4
Quería llamar la atención, intento serio	1	8,3	17	16,8	18	15,9
Llamar la atención, intento bajo riesgo	3	25,0	35	34,7	38	33,6
Riesgo Suicida		100				
Bajo	232	98,7	988	95,9	1220	96,4
Alto	3	1,3	42	4,1	45	3,6

Al analizar la edad, se encontró que oscilaron entre los 16 y 65 años. El promedio de edad se ubicó en 27 años (DE, 8 años). El 50% tenía una edad de 25 años o menos, y la edad más frecuente fue 24 años.

En cuanto a las autolesiones, se evidenció que estas tuvieron lugar entre los 10 y 35 años de edad; el promedio se ubicó a los 18 años (DE, 5 años), El 50% lo realizó a los 17 años o menos, y la edad de mayor frecuencia fueron los 15 años.

Análisis Bivariado

Con el fin de determinar algunas asociaciones generales que indiquen los posibles factores de los estudiantes que se relacionan con el bajo o alto riesgo suicida, se realizó un análisis bivariado. Se encontró que por cada hombre con riesgo alto, existen tres mujeres; se halló que por cada estudiante que tiene riesgo alto en la zona de los Santanderes, hay nueve de la zona Occidente. La variable ha consultado a un médico o psiquiatra mostró que el riesgo de quienes han consultado es el doble de aquellos que no han consultado. También fue evidente que las mayores proporciones de riesgo estaban en aquellos que habían realizado autolesiones, y de estos, el riesgo más alto estuvo en los que se autolesionaron buscando morir. Por último, es claro que el riesgo aumenta a medida que aumentan el número de las autolesiones. (Tabla 2).

Tabla 2. Asociación entre características sociodemográficas, de salud y autolesiones con el riesgo de suicidio en estudiantes de Psicología de una Universidad pública de Colombia

Características	Alto		Bajo		p	OR	IC 95%	
	n	%	n	%			Superior	Inferior
Sexo								
Mujeres	42	4,1	988	95,9	0,048	3,287	1,010	10,699
Hombres	3	1,3	232	98,7	-	1,000	-	-
Grupo edad								
16 a 24	20	4,7	404	95,3	0,142	2,508	0,735	8,562
23 a 29	16	3,7	417	98,3	0,296	1,944	0,559	6,765
30 a 36	6	2,4	244	97,6	0,758	1,246	0,307	5,056
37 a 65	3	1,9	152	98,1	-	1,000	-	-
Zona Geográfica								
Occidente	10	10,5	85	89,5	0,034	9,412	1,178	75,198*
Amazonía - Orinoquía	4	6,1	62	93,9	0,147	5,161	0,563	47,344
Cundinamarca - Boyacá	17	4,4	367	95,8	0,206	3,706	0,486	28,251
Caribe	2	1,2	165	98,8	0,980	0,970	0,087	10,854
Centro Sur	0	-	98	100,0	0,997	0,000	-	-
Sur	1	1,1	87	98,9	0,953	0,920	0,057	14,947
Santanderes - Centro Oriente	1	1,2	80	98,8	-	1,000	-	-
Problemas de Salud								
Sí	14	5,6	236	94,4	0,055	1,883	0,966	3,595*
No	31	3,1	984	96,9	-	1,000	-	-
Ir al médico en el último mes								
Sí	19	4,6	393	95,4	0,162	1,538	0,841	2,812
No	26	3,0	827	97,0	-	1,000	-	-
Consultar psicólogo o psiquiatra								
Sí	24	5,8	392	94,2	0,004	2,414	1,328	4,389*
No	21	2,5	828	97,5	-	1,000	-	-
Se ha infringido una autolesión								
Sí	16	13,9	99	86,1	,000	6,247	3,281	11,895*
No	29	2,5	1121	97,5	-	1,000	-	-
Número de Autolesiones								
Una	4	4,7	81	95,3	-	1,000	-	-
Dos	5	25,0	15	75,0	,009	6,750	1,623	28,081*
Tres o más	7	70,0	3	30,0	,000	47,250	8,768	254,629*
Gravedad de la autolesión								
Quería morir, pero fallé	13	22,8	44	77,2	,024	10,932	1,365	87,538*
Quería llamar la atención, intento serio	2	11,1	16	88,9	,224	4,625	,391	54,736
Llamar la atención, intento bajo riesgo	1	2,6	37	97,4	-	1,000	-	-

DISCUSIÓN

El suicidio es una problemática que ha cobrado gran importancia en el ámbito de la salud pública como una de las tres principales causas de muerte, tanto en Colombia como en el mundo.^{2,11}

En el presente estudio, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el riesgo entre hombres y mujeres. De hecho, por cada hombre se encontraron tres mujeres con riesgo suicida alto, lo cual es similar a lo reportado en otros estudios.^{1,20-24}

Se halló también que los niveles altos de riesgo suicida disminuían a medida que aumentaba el rango de edad, lo que es consistente con varios trabajos en los que se han encontrado resultados similares,^{11,25} lo cual puede deberse al hecho de que a medida que aumenta la edad suelen encontrarse mejores estrategias de

afrontamiento, el cual actúa como factor protector frente a la ideación y conducta suicida en general.^{26,27}

Con respecto a la ubicación geográfica, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en quienes están matriculados en la zona Occidente; este hecho puede deberse a que en la zona Occidente se encuentran los departamentos con mayores tasas de suicidio del país.²⁸

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre quienes han visitado al médico en el último mes, y los que en algún momento consultaron a un psicólogo o psiquiatra. Varios estudios han revelado que ante problemas emocionales, muchos sujetos consultan en primera instancia al médico, pues varios desequilibrios mentales u otras afecciones de tipo sociofamiliar ocasionan sintomatología somática o psicósomática o psicofisiológica.⁵ Es importante señalar que pacientes con síntomas médicamente inexplicables tienden a sufrir más de depresión y ansiedad,¹⁵ elementos también predisponentes para la ideación y el intento de suicidio;^{21,24,29-32} de igual manera, en varias investigaciones se ha encontrado que personas que cometieron suicidio en un porcentaje alto, visitaron al médico antes de cometer el acto.³² Tampoco hay que olvidar que los problemas de salud son eventos estresantes, y como tales pueden generar pensamientos y conductas suicidas.^{33,34}

Consultar a un psicólogo o psiquiatra es una variable a valorar en estos estudios porque en muchas ocasiones se recurre a estos profesionales para tratar comportamientos y trastornos que pueden generar serio malestar y dificultades en aspectos sociales, familiares y personales, entre otros, y ellos son factores de riesgo de conducta suicida.^{5,35} Tampoco debe perderse la perspectiva que muchos de estos trastornos se encuentran altamente asociados con el espectro suicida, como puede ser depresión, ansiedad, esquizofrenia, consumo de sustancias psicoactivas, etcétera.³⁴⁻³⁸

Ahora bien, la proporción más alta de riesgo alto se encontró entre quienes habían realizado autolesiones, y de ellos, los que buscan morir. Esto es consistente con lo relatado en otros trabajos al respecto,^{2,39-42} y posiblemente explicado por el poco éxito obtenido en aquellos quienes buscaban morir, con lo cual la frustración los lleve a enfocar sus pensamientos en ideas autolíticas más eficaces para resolver de forma contundente el conflicto atracción/evitación,⁴³ o por el refuerzo recibido a través del exceso de atención de los seres queridos hacia aquellos que intentaron contra su vida como un llamado de atención.⁴⁴

Al diferenciar las autolesiones, según el sexo, se encontró que la frecuencia de las mujeres era dos veces la de los hombres. Esto es similar a lo encontrado en otros estudios;¹¹ algunos autores explican que esto puede deberse a que en ellas hay mayores prevalencias de depresión, utilizan métodos menos letales y tienden a buscar ayuda con más facilidad que los hombres.^{11,24,39,32,45,46}

Para finalizar, vale la pena mencionar algunas de las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, está el hecho de que el instrumento utilizado, la ISO-30, (aunque para la presente investigación se realizó adaptación cultural de algunos de sus ítems) no ha sido validado en población colombiana. En segundo lugar, no fue posible realizar un muestreo probabilístico, y así, no se pueden generalizar los resultados a todos los estudiantes de Psicología de la Institución. Por último, vale la pena recordar que por sus características, un estudio de este tipo suele ser afectado por la memoria de los participantes, siendo este un sesgo que se escapa del control de los investigadores.

CONCLUSIONES

Este estudio indica presencia de alto riesgo suicida en un bajo porcentaje de los estudiantes que participaron. Algunos factores son evidencia clave para determinar el riesgo ante este fenómeno, tales como, el sexo, la edad y los antecedentes de autolesión. Es relevante hacer énfasis investigativo e interventivo en la zona de occidente, ya que es la más afectada, lo que es concordante con el nivel de prevalencia nacional de suicidio en esta región.

RECOMENDACIONES

Profundizar en estudios que indiquen posibles variables de salud que prevalecen en las personas con riesgo suicida, ya que los hallazgos indicaron como significativo haber consultado servicios médicos, psicológicos o psiquiátricos, y en este orden de ideas, sería importante identificar cuáles mecanismos de prevención pueden fortalecerse desde dichas áreas.

Se recomienda además en futuras investigaciones, indagar por otros factores de riesgo señalados por la literatura, pero no controlados en el presente estudio, como los antecedentes familiares de conducta suicida, variables psicológicas como depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, entre otras alteraciones en salud mental, así como variables generadoras de estrés en el contexto universitario y aspectos propios del período evolutivo, tales como la transición a la vida laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosales Perez. JC, Córdova Osnaya. M, Guerrero Barrios. DI. Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo, en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, México. Rev Electrónica Psicol Iztacala Internet. 2013;16(2):390-406.
2. Leal Vidal. CE, Costa Dias. E, Abelha Lima. L. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad Saúde Pública. 2013;29(1):175-87.
3. Ribot Reyes VDLC, Alfonso Romero M, Ramos Arteaga ME, González Castillo A. Suicidio en el adulto mayor. Rev haban cienc méd. 2012;11(5):699-708.
4. Medina Pérez. O, Cardona Duque. D V., Rátiva Osorio. JS. Caracterización del Suicidio en Armenia, Colombia, 2004 - 2008. Orbis Internet. 2010;15(5):76-102.
5. Torres de Galvis. Y, Posada Villa. J, Mejía Montoya. R, Bareño Silva. J, Sierra Hincapié. GM, Montoya Vélez. LP, *et al.* Primer Estudio Poblacional de Salud Mental. Medellín, 2011-2012 Internet. Secret. Salud Med. Medellín; 2012, 352 p.
6. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, *et al.* Recomendaciones para la prevención y manejo del comportamiento suicida. Rev Psiquiatr Salud Ment Internet. 2012;5(1):8-23.

7. Paniagua RE, González CM, Rueda SM. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(3):314–21.
8. Calvo G. JM, Sánchez PR, Tejada PA. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Rev Salud Pública Internet*. 2003;5(2):123–43.
9. Atehortúa B, Botero P, Castaño C JJ, Cañón SC, García LK, Rincón E, *et al*. Factores de riesgo para suicidio según dos cuestionarios, y factores asociados en población estudiantil de una Universidad de Manizales, 2011. 2013, p.18.
10. Cortés A A, Aguilar VJ, Suárez M R, Rodríguez DE, Durán RJS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2011;27(1):33–41.
11. Rueda-Jaimes GE, Martínez-Villalba AM, Castro-Rueda VA, Camacho PA. Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39(4):683–92.
12. Rátiva Osorio JS, Ruiz Vélez VA, Medina-Pérez OA. Análisis de las noticias sobre suicidio publicadas en un diario local del Quindío, Colombia, entre 2004 y 2011. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2013;51(2):184–91.
13. García-Viniegras CR, Pérez Cernuda C. Duelo ante muerte por suicidio. *Rev haban cienc méd*. 2013;12(2):265–74.
14. Herrera R R, Ures VMB, Martínez JJJ. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015;35(125):123–34.
15. Gámez E, Marrero H. Metas y motivos en la elección de la carrera universitaria : un estudio comparativo entre psicología, derecho y biología. *An Psicol*. 2003;19(1):121–31.
16. Gámez E, Marrero H. Metas y motivos en la elección de la carrera de psicología. *Rev Electrónica Motiv y Emoción Internet*. 2000;3(5 - 6):22.
17. King JD, Kowalchuk B. ISO - 30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation - 30. Minneapolis: NCS Pearson; 1994.
18. Pinto ER. Estudio comparativo sobre la composición del riesgo suicida en adolescentes escolarizados evaluados con ISO-30. 2011, p. 1–50.
19. Guajira LA, Luisa D. Regiones Geográficas de Colombia, 2012. IGAC, Inst Geográfico Agustín Codazzi Internet. 2012.
20. Sarmiento SC, Aguilar VJ. Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *J Psicol y Salud*. 2011;21(1):25–30.
21. Borges VR, Copatti BS, Werlang M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói Internet*. 2008;(28):109–23.
22. Cano P, Gutiérrez C, Nizama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía Peruana. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2009;26:175–82.

23. Ventura-Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib MJ. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev Med Chile*. 2010;138:309-15.
24. Cubillas Rodríguez. MJ, Román Pérez. R, Abril Valdés E, Galaviz Barreras. AL. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Ment*. 2012;35(1):45-50.
25. Kirchner T, Ferrer L, Fornis M, Zanini D. Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria . Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:226-35.
26. Florenzano U. R, Valdés C. M, Cáceres C. E, Santander R. S, Aspillaga H. C, Musalem A. C. Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Rev Med Chile*. 2011;139:1529-33.
27. Taliaferro L, Rienzo B, Pigg Jr. R, Miller M, Dodd V. Spiritual Well-Being and Suicidal Ideation Among College Students. *J Am Coll Heal*. 2009;58:83-90.
28. Rodríguez-Escobar JA, Medina-Pérez OA, Cardona-Duque D V. Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. *Rev Fac Med*. 2013;61(1):9-16.
29. Mondragón L, Saltijeral MT, Bimbela A, Borges G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Ment*. 1998;21:20-7.
30. Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón. N, Bohórquez PA, Díaz Granados FN, Ospina Garcí. MB, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiat*. 2002;31(4):271-86.
31. Sanchis F, Simón A. Suicidal behaviour and depression in adolescents. *Estud Psicol*. 2012;33:39-50.
32. Tuesca Molina. R, Navarro Lechuga. E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte Internet*. 2003;17:19-28.
33. Gómez-Maqueo QH-C, Lucio E. Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Rev Mex Psicol Internet*. 2006;23(1):45-52.
34. Gupta M, Gupta A. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998;139:846-50.
35. Caballero L, Bobes J, Vilardaga I, Rejas J. Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Esp Psiquiatr Internet*. 2009;37:17-20.
36. Baggio L, Palazzo LS, Ganzo de C. DR. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2009. p. 142-50.
37. Scavacini de Freitas. G V., Botega NJ. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras*. 2002;48(3):245-9.

38. Gibb BE, Andover MS, Beach SR. Suicidal ideation and attitudes toward suicide. *Suicide life Threat behav.* 2006;36:12-8.
39. Sánchez-Sosa JC, Villarreal-González ME, Musitu G, Martínez Ferrer. B. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Interv Psicosoc.* 2010;19(3):279-87.
40. Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, Magklara K, Lewis G, Araya R, *et al.* The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatr.* 2011;11(22):29.
41. González-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Icaza ME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública Méx Internet.* 1998;40(5):8.
42. De la Torre IM, Rodríguez MJ, Pérez R, Valdés E. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Ment Internet.* 2009;32(6):495-502.
43. De Zubiría Samper. M. Mil motivos y tres causas del suicidio juvenil. Tesis Psicológica. 2007;(2):11-34.
44. Gracia Marco R, Benítez H, Morera L. Conducta suicida en trastornos de personalidad. *Rev Esp Sanid Penit.* 2006;8:108-11.
45. Castro-Rueda VA, Rangel Martínez-Villalba AM, Camacho PA, Rueda-Jaimes GE. Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39(4):705-15.
46. Medina Pérez. OA, Rodríguez Escobar. JA. Caracterización del suicidio en adultos jóvenes del área metropolitana del departamento de Risaralda , Colombia , 2005-2011. *Rev Med Electron Internet.* 2011;34(6):669-77.

Recibido: 22 de abril de 2015.

Aprobado: 11 de diciembre de 2015.