

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIONES**

ARTICULO



**UNIVERSIDAD DE
MANIZALES**



**Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios, y
factores asociados en población estudiantil de una
Universidad de Manizales, 2011**

Autores:

Betty Atehortúa

Paola Botero

José Jaime Castaño Castrillón, Fis, M.Sc.,

Sandra Constanza Cañón, Psic, M.TH.

Luz Karime García

Eliana Rincón

Luisa Rodríguez

Carlos Arturo Tovar

Manizales, Noviembre 2011

Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios, y factores asociados en población estudiantil de una Universidad de Manizales, 2011

Beatriz Eugenia Atehortúa*, Paola Botero*, José Jaime Castaño Castrillón**, Fis, M.Sc., Sandra Constanza Cañón***, Psic, M.TH., Luz Karime García*, Eliana Rincón*, Luisa María Rodríguez*, Carlos Arturo Tovar*.

Resumen

Antecedentes: El suicidio es una conducta producto de la interacción de muchas variables que llevan al ser humano a tratar de terminar con su vida por sus propios medios. Este estudio pretende identificar el factor de riesgo suicida; además de factores asociados en los estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal, en el cual se seleccionó una muestra probabilística de 355 alumnos de programas de pregrado de la Universidad de Manizales y se aplicaron los cuestionarios de Beck y Plutchik para riesgo suicida, y factores asociados. **Resultados:** El presente trabajo mostró un factor de riesgo para suicidio según la escala de Plutchik de 13,5% y según la escala de desesperanza de Beck entre riesgo suicida alto y moderado de un 16,7%. Y como factores asociados se encontraron significativos según la escala de Plutchik el estrato socioeconómico ($p=0,005$), presencia de un diagnóstico psiquiátrico ($p=0,000$), consumo de alcohol ($p=0,000$) y sustancia psicoactivas ($p=0,000$), antecedentes familiares de suicidio ($p=0,034$), funcionalidad familiar ($p=0,000$), nivel de autoestima ($p=0,000$), ansiedad ($p=0,000$) y depresión ($p=0,000$); por la escala de Beck además de los anteriores factores asociados se encontró la asociación significativa con raza ($p=0,003$), estado civil ($p=0,007$), espiritualidad ($p=0,000$) y el programa de pregrado que se encuentre cursando el estudiante ($p=0,000$). **Conclusiones:** el factor de riesgo para suicidio según Plutchik, es parecido al encontrado en otras poblaciones análogas. Las escalas de Plutchik y de Beck aunque relacionadas no son equivalentes. **Palabras clave:** Suicidio, Factores de Riesgo, Relaciones Familiares, Alcoholismo, Ansiedad, Depresión, Espiritualidad.

Risk factor for suicide according to two questionnaires and factors linked to the student population of a university in Manizales, 2011

Summary

Background: Suicide is a conduct as a result of the interaction of many variables that lead a human being to end with his/her life through their own means. This study pretends to identify the suicidal risk factor and associated factors in undergraduate students of the Universidad de Manizales. **Materials and methods:** Cross-sectional study, of a probabilistic sample of 355 student of the undergraduate program of the Universidad de Manizales. The student population that was studied consisted of three hundred and fifty five students. They were evaluated according to Plutchik's Scale, Beck's Hopelessness Scale for suicide risk, the associated factors also were measuring. **Results:** This study showed, according to Plutchik's Scale, a suicide risk factor of 13.5%, and a 16.7% of a high and moderate suicide risk factor according to Beck's scale. The study also threw out important associated factors on the Plutchik's scale: socioeconomic stratum ($p=0,005$), psychiatric diagnosis ($p=0,000$), intake of alcohol ($p=0,000$) and psychoactive substances ($p=0,000$), family members with suicidal background ($p=0,034$), family functionality ($p=0,000$), self-esteem levels ($p=0,000$), anxiety ($p=0,000$) and depression ($p=0,000$); through Beck's scale, besides the factors that were previously mentioned, the following were found as well a strong link with the race ($p=0,003$), marital status ($p=0,007$), spirituality ($p=0,000$), and the undergraduate program that each student is part of ($p=0,000$). **Conclusions:** Plutchik Risk factor for suicide, is similar to that found in other similar populations. Plutchik scales and Beck are not equivalent but related.

Key words: Suicide, Risk factors, Family Relations, Alcoholism, Anxiety, Depression, Spirituality.

* Estudiante X Semestre, Programa de Medicina, Universidad de Manizales.

** Profesor Titular, Director Centro de Investigaciones, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales, Carrera 9° 19-03, Tel. 8879688, Manizales, Caldas, Colombia. Correo: jcast@umanizales.edu.co.

*** Instructor Asociado, Programa de Medicina, Universidad de Manizales. Correo: sandra-ka2510@hotmail.com.

Introducción

El suicidio es una conducta producto de la interacción de muchas variables que llevan al ser humano a tratar de terminar con su vida por sus propios medios; según la OMS¹ cada día se suicidan alrededor de 1000 personas y ocurren de 10 a 15 intentos suicidas por cada suicidio consumado, siendo la población más afectada entre 15 y 49 años². De igual manera según el departamento de salud mental de la Organización Mundial de la Salud para el año 2000 el suicidio se encuentra dentro de las primeras diez causas de muerte en muchos países y es una de las tres primeras causas de muerte en el grupo de edad entre los 15 y 35 años³, se ha estimado que alrededor de un millón de personas mueren por suicidio al año en el mundo⁴.

Los índices de suicidio han ido en aumento, según un estudio realizado por Wasserman, Cheng y Jiang⁵ en el 2005 en los países orientales se demostró que en los últimos 45 años el número de suicidios ha incrementado tanto en los países desarrollados como en vía de desarrollo en los adolescentes y adultos jóvenes; y según Bertolote, Feischmann y de Leo⁶ en su estudio realizado en el mismo año el intento suicida es de 10 a 14 veces más común que el suicidio consumado dependiendo de la edad, el género y la localización, pero los países desarrollados notifican elevadas tasas de mortalidad principalmente en los extremos de la vida por esta conducta⁷, se dice que el número de suicidios está por encima de los 30 suicidios por cada cien mil habitantes y que por cada consumación existen diez intentos fallidos⁸.

Al analizar la edad y el género en el estudio realizado por Conner, Philips y

Meldrum⁹, en la población China encontraron que las personas jóvenes tienen mayor tendencia a realizar intentos suicidas; revelan que el 71,6% de las mujeres y el 61,5% de los hombres en China presentaron intentos de suicidio¹⁰.

En Latinoamérica la mayor incidencia de la conducta suicida se presenta en jóvenes entre los 15 y 19 años de edad¹¹ el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes estadounidenses como lo dice el estudio de Joe, Romer y Jamieson¹² donde sugieren que las diferencias raciales y la aceptación del suicidio son las causas del aumento de esta conducta en este país y lleva a que en la actualidad tenga una tasa de 11,4 por cada mil. Por otro lado en México el suicidio ocupa el lugar 18 dentro de las causas de muerte de su población en general, pero dentro de la población entre los 15 y 24 años sube al cuarto lugar¹³, dato importante para identificar como esta población hace parte de uno de los grupos vulnerables para el suicidio.

En Colombia la tasa de suicido oscila entre 3-5 por cien mil habitantes¹⁴ según el estudio de Amézquita y su grupo en el 2003¹⁵, al investigar una muestra de universitarios de la Universidad de Caldas en Manizales Colombia, encontraron una frecuencia de 41% para la ideación suicida, principalmente en los jóvenes entre los 15 y 19 años. Según el Observatorio del Delito en el municipio de San Juan de Pasto, en Colombia el 70% de los casos de violencia autoinflingida corresponden a personas con edades entre los 15 y 29 años. De igual manera, los mayores porcentajes de casos de suicidios consumados se presentan en el grupo etario de 20 a 24 años (27%), seguido por el de 15 a 19 años (20%). Estos datos muestran que el intento de suicidio y el suicidio consumado son

problemáticas que afectan principalmente al periodo de adolescencia y adultez joven en el municipio de San Juan de Pasto y en realidad a la población colombiana en general¹⁶. Por otro lado en Antioquia, las tasas de suicidio han fluctuado entre 3,1 y 6 por cada cien mil habitantes por año en los últimos cinco años. Bogotá como capital de la república ha logrado que la tasa de suicidio no cambie mucho con respecto a la de 1999, año desde el cual se encuentra en 5 suicidios por cada cien mil habitantes, con una relación hombre: mujer de 4:1⁷, otras ciudades colombianas como Santa Marta presenta una tasa entre 3.3 y 7.8 por cada cien mil habitantes¹⁴.

Se encontró como características asociadas al riesgo de suicidio, los intentos suicidas con eventos vitales adversos como problemas económicos, pérdida de un ser querido entre otros⁴. En cuanto a la depresión y la ansiedad en un estudio realizado en universidades por Lizarralde, Barbesi y Franco en el año 2006 se encontró una prevalencia global de depresión del 21,6%, para conducta suicida de 29,5% y para suicidio de 5,8%¹⁷.

Igualmente en el estudio mencionado anteriormente, realizado por Amézquita, González y Zuluaga¹⁵, se encontró que el mayor porcentaje de intento suicida correspondió al intervalo de edad entre 21 y 25 años. No resultaron significativas las relaciones entre suicidio con intervalo de edad, ciudad de origen, estrato socioeconómico, sexo, actividad laboral, pérdidas laborales, evaluaciones académicas y relaciones con directivos. Del total de los estudiantes que reportaron ideación suicida los porcentajes más altos se identificaron en los programas de derecho, de medicina veterinaria y de comportamiento suicida se encontraron en los programas de filosofía y letras, y diseño visual.

Debido a las consideraciones anteriores se decidió emprender este estudio, realizado en estudiantes de la Universidad de Manizales, que pretende identificar la frecuencia de factor de riesgo suicida y factores asociados en esta población.

Materiales y métodos

Estudio de corte transversal en la población de pregrado de la Universidad de Manizales (Manizales, Colombia) efectuado en el primer semestre del año 2011. Mediante un muestreo probabilístico estratificado por género y programa académico se seleccionó una muestra de 355 estudiantes. Esta muestra se calculó a partir de una población total de 3569 estudiantes de Pregrado de la Universidad de Manizales, en el primer semestre del año 2011, teniendo en cuenta una frecuencia esperada de factor de riesgo para suicidio de 11,8%¹⁸, un peor valor esperado de 15% y un nivel de significancia del 95%. El cálculo se realizó empleando la utilidad Statcalc del programa de libre distribución Epi Info 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)).

Se incluyeron las siguientes variables: género, edad, raza, trastornos psiquiátricos, estrato socioeconómico, estado civil, funcionalidad familiar, creencias y prácticas religiosas, procedencia, consumo de drogas psicoactivas y alcohol, evento vital adverso en los últimos 6 meses, programa de pregrado, promedio del semestre anterior, nivel de ansiedad y depresión, antecedentes familiares, nivel de autoestima y riesgo suicida.

El riesgo suicida se evaluó mediante la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik; esta escala consta de 15 ítems cuyas opciones de respuesta son Si o No, cada respuesta afirmativa suma un punto para una puntuación de 0 a 15, a mayor puntaje mayor

es el riesgo suicida y se toma el 6 como punto de corte. Es un instrumento validado en la población española¹⁹.

El Apgar Familiar se utilizó para evaluar la funcionalidad familiar, es un cuestionario de 5 preguntas que explora el impacto de la función familiar sobre el comportamiento y la salud del individuo, dentro de su interpretación se encuentra que un puntaje de 7 a 10 se considera una buena función familiar. Este instrumento se encuentra validado en la población Colombiana²⁰.

El consumo de alcohol se estudió mediante la escala de CAGE, la cual consta de 5 ítems con respuesta dicotómica Si-No, los tres primeros exploran aspectos subjetivos de la persona con relación al consumo de alcohol y el cuarto está relacionado con la abstinencia al alcohol. Este cuestionario fue adaptado a la población Colombiana²¹.

Los trastornos depresivos y ansiosos se detectaron mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la cual consta de 14 ítems divididos en dos subescalas 7 ítems relacionados con ansiedad y otros 7 con depresión; cada escala se evalúa independiente, para un rango entre 0 y 7 es normal.

El nivel de autoestima se exploró mediante la escala de Autoestima de Rosenberg. Este instrumento se encuentra validado en Chile²².

Todos los datos fueron recolectados durante el 1° Semestre del año 2011.

Las variables nominales se desplegaron mediante tablas de frecuencia, las variables razón mediante promedios y desviaciones estándar, la relación entre variables nominales se determinó mediante el procedimiento de χ^2 , y entre variables razón y nominales mediante pruebas t,

todos los análisis se efectuaron con un nivel de significancia $\alpha=0,03$. Para elaborar la base de datos se empleó el programa Excel 2007 (Microsoft Corp), y para efectuar los análisis estadísticos se empleó el programa IBM SPSS 19 (IBM Corp.).

Cada encuesta fue acompañada de un consentimiento informado el cual fue previamente firmado por cada participante en el estudio. No se recolectó ninguna información que permitiera la identificación de los participantes en el estudio, y se respetaron todas las normas éticas aplicables en Colombia para trabajos de investigación en el campo de las Ciencias de la Salud.

Resultados

En la presente investigación participaron un total de 355 estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales (Manizales, Colombia). En la Tabla número 1 se muestran las variables demográficas correspondientes a esta población, de donde se evidencia un 58,9% era de género femenino, predominando la raza mestiza 93%, una edad media 21,48 años; estrato socioeconómico de mayor frecuencia es el 4 con 38,9% (lc95%:33,8%-44,2%), con una mayor proporción del programa de Derecho (23,1%); la media del promedio de notas del semestre anterior fue de 3,8. La mayoría de estado civil soltero 96,1%, el 54,6% (lc:49,3%-59,9%) oriundos de Manizales, el 71,9% (lc95%:66,8%-76,5%) creían en una religión sobresaliendo la católica sobre las demás con 92,9% entre los creyentes, la practican 63,9% de estos.

Tabla 1. Variables demográficas en la población de pregrado de la jornada diurna de la Universidad de Manizales participantes en el estudio sobre la Frecuencia de Factores de Riesgo para Suicidio durante el primer semestre del año 2011

Variable	Nivel de Variable	N	%
Género	Femenino	209	58,9
	Masculino	146	41,1
Raza	Mestiza	330	93,0
	Negra	19	5,4
	Indígena	6	1,7
Edad	Media	21,87	
	Límite Superior IC	22,21	
	Límite Inferior IC 95%	21,53	
	Desv. Estándar	3,043	
	Mínimo	16	
	Máximo	43	
Programa de pregrado	Derecho	82	23,1
	Medicina	59	16,6
	Comunicación	38	10,7
	Psicología	37	10,4
	Contaduría	35	9,9
	Mercadeo	34	9,6
	Administración	22	6,2
	Ingeniería	22	6,2
	Educación preesco-	6	1,7
	Técnico en infor-	6	1,7
	Economía	5	1,4
	Pre-medico	5	1,4
	Educación especial	2	0,6
Educación	2	0,6	
Promedio	Promedio	3,802	
	Límite Superior IC	3,838	
	Límite Inferior IC	3,766	
	Desv. Estándar	0,3212	
	Mínimo	3,0	
Estrato social	Máximo	4,7	
	4	138	38,9
	3	117	33,0
	5	40	11,3
	6	38	10,7
	2	20	5,6
	1	2	0,6
Estado civil	Solteros	341	96,1
	Casados	12	3,4
	Divorciada	1	0,3
	Viudo	1	0,3
Procedencia	Manizales	194	54,6
	Pereira	26	7,3
	Cali	12	3,4
	Bogotá	11	3,1
	Ibagué	10	2,8
	Armenia	9	2,5
	Chinchina	7	2
	Medellín	6	1,7
	Dorada	5	1,4
	Cartago	4	1,1
	Choco	4	1,1
	Pacora	4	1,1
Otros	63	18,3	
Religión	Si	255	71,9
	No	100	28,2
Cual religión	Católica	237	67,3
	Cristiana	12	3,4
	Pentecostal	2	0,6
	Adventista	1	0,3
	Ateísmo	1	0,3
	Protestante	1	0,3
	Wicca	1	0,3
	Perdidos	100	28,2
Práctica religiosa	Si	163	46,3
	No	93	26,1
	Perdidos	100	28,2

En la tabla 2 se analizaron los factores asociados a riesgo suicida, el 8,5% presentaron diagnóstico psiquiátrico, mayor prevalencia del trastorno depresivo 43,3%, el 7,6% declararon consumir drogas, 74% Cannabis. El consumo de alcohol fue del 62,6% (Ic95%: 57,3%-67,6%), el 25,4% (Ic95%:21%-30,3%) de la población presenta dependencia al consumo de alcohol.

El 10,1%, presentó antecedente familiar de suicidio, el 6,8% de la población ha vivido el suicidio de un miembro de su grupo social, el principal evento vital adverso fue tener problemas económicos en un 34,1%.

El cuestionario de autoestima de Rosenberg presentó un α de Cronbach de 0,872 en lo referente a las preguntas positivas, y 0,802 en las negativas, los participantes en el estudio mostraron 78,9% (Ic95%:74,3%-83%) de autoestima normal. El cuestionario de Apgar Familiar presentó un α de Cronbach de 0,909 y 37,7% (Ic95%:32,7%-43%) de buena funcionalidad familiar. En la parte de ansiedad la escala hospitalaria de ansiedad y depresión presentó un α de Cronbach de 0,754 con 49,6% (Ic95%:44,3%-54,9%) de ansiedad normal, en la parte depresión se encontró un α de Cronbach de 0,737 con una depresión normal de 78,9% (Ic95%:74,3%-83%). La escala de riesgo suicida de Plutchik mostró riesgo suicida en 13,5% (Ic95%:10,2%-17,6%) de la población. Mientras que la escala de desesperanza de Beck reveló un riesgo suicida moderado den 16,1% (Ic95%:12,5%-20,4%).

Tabla 2. Factores Asociados a Riesgo Suicida en la población de pregrado de la jornada diurna de la Universidad de Manizales participantes en el estudio sobre la Frecuencia de Factores de Riesgo para Suicidio durante el primer semestre del año 2011

Variable	Nivel de Variable	N	%
Diagnostico psiquiátrico	No	324	91,5
	Si	30	8,5
	Faltantes	1	
Cuál	Depresión	13	43,3
	TAB	12	40
	Ansiedad	1	3,3
	Esquizofrenia	1	3,3
	Hipomaniaco	1	3,3
	Inestable	1	3,3
	TDH + Hiper	1	3,3
Drogas Psi-coactivas	No	328	92,4
	Si	27	7,6
Cuáles?	Cannabis	20	74,1
	Pepas	4	14,8
	Anfetaminas	2	7,4
	Perico	1	3,7
Consumo de Alcohol	No	133	37,5
	Si	222	62,6
Frecuencia consumo	Cada 8 días	73	32,6
	Cada 15 días	47	21,2
	Cada Mes	53	23,9
Dependencia alcohólica Cage	No consume	133	37,5
	Dependencia	90	25,4
	No dependiente	77	21,7
	Indica problemas	55	15,5
Puntaje cuestionario Cage	Promedio	0,93	
	Límite Inferior IC 95%	21,14	
	Límite Superior IC 95%	21,81	
	Desv. Estándar	3,2	
	Mínimo	16	
Ant. familiar de Suicidio	No	319	89,9
	Si	36	10,1
Parentesco	Primo	16	45,7
	Tío	7	20,0
	Hermano	3	8,6
	Cuñado	2	5,7
	Papá	2	5,7
	Hermano y Mamá	1	2,9
	Prima y Tía	1	2,9
Ant. Social Suicidio	No	328	92,7
	Si	24	6,8
	Faltantes	3	
Evento Vital Adverso	Muerte de un Ser Querido	83	23,4
	Separación Pareja	98	27,6
	Problemas Económicos	121	34,1
	Informado de Enfermedad	34	9,6
	Dificultad Académica	105	29,6
	Victima de Asalto/Amenaza	55	15,5
Autoestima Rosenberg	Normal	280	78,9
	Baja	41	11,5

Tabla 2. Factores Asociados a Riesgo Suicida en la población de pregrado de la jornada diurna de la Universidad de Manizales participantes en el estudio sobre la Frecuencia de Factores de Riesgo para Suicidio durante el primer semestre del año 2011

Variable	Nivel de Variable	N	%
Puntaje autoestima de Rosenberg	Media	34	9,6
	Promedio	33,64	
	Límite Inferior IC 95%	33,1	
	Límite Superior IC 95%	34,19	
	Desv. Estándar	5,23	
	Mínimo	18	
Funcionalidad familiar (Apgar)	Máximo	40	
	Buena Función	134	37,7
	Disfunción Leve	117	33,0
	Disfunción Moderada	70	19,7
Puntaje Apgar familiar	Disfunción Severa	34	9,6
	Promedio	15,25	
	Límite Inferior IC 95%	14,79	
	Límite Superior IC 95%	15,7	
	Desv. Estándar	4,34	
	Mínimo	0,00	
Ansiedad	Máximo	20,00	
	Normal	176	49,6
	Caso Probable de Ansiedad	107	30,1
	Caso de Ansiedad	72	20,3
Puntaje Ansiedad	Promedio	7,68	
	Límite Inferior IC 95%	7,31	
	Límite Superior IC 95%	8,06	
	Desv. Estándar	3,58	
	Mínimo	0,00	
Depresión	Máximo	21	
	Normal	280	78,9
	Caso Probable de Depresión	60	16,9
	Caso de Depresión	15	4,2
Puntaje Depresión	Promedio	4,28	
	Límite Inferior IC 95%	3,91	
	Límite Superior IC 95%	4,64	
	Desv. Estándar	3,49	
	Mínimo	0,00	
Riesgo Suicida Plutchik	Máximo	16,00	
	No	307	86,5
	Si	48	13,5
	Promedio	3,19	
Puntaje Riesgo Suicida Plutchik	Límite Inferior IC 95%	2,90	
	Límite Superior IC 95%	3,48	
	Desv. Estándar	2,76	
	Mínimo	0,00	
	Máximo	13,00	
Riesgo Suicida según Beck	Ninguno	213	60,0
	Leve	83	23,4
	Moderado	57	16,1
	Alto	2	0,6
Puntaje de Riesgo Suicida según Beck	Promedio	3,97	
	Límite Inferior IC 95%	3,55	
	Límite Superior IC 95%	4,39	
	Desv. Estándar	3,74	

Tabla 2. Factores Asociados a Riesgo Suicida en la población de pregrado de la jornada diurna de la Universidad de Manizales participantes en el estudio sobre la Frecuencia de Factores de Riesgo para Suicidio durante el primer semestre del año 2011

Variable	Nivel de Variable	N	%
	Mínimo	0,00	
	Máximo	16,00	

Relaciones entre variables

Mediante el procedimiento de χ^2 se probó la relación entre las variables riesgo suicida según plutchik y Beck con estrato social, estado civil, creencia religiosa, programa académico, consumo sustancias psicoactivas, antecedente familiar de suicidio, antecedente social de suicidio, nivel de autoestima, funcionalidad familiar, consumo de alcohol, nivel de ansiedad y depresión, todas consideradas factores asociados a factor de riesgo suicida. Las tablas 3 y 4 consignan las relaciones encontradas significativas ($p < 0,05$).

Tabla 3. Correlación de las variables y La escala de Riesgo Suicida de Plutchik en los estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales durante el primer semestre del 2011.

Variable	Riesgo Suicida		P	
	No	Si		
	%			
Consumo de Drogas psicoactivas	No	N 290	38	0,000
		% 88,4%	11,6%	
	Si	N 17	10	
		% 63%	37%	
Diagnostico Psiquiátrico	No	N 292	32	0,000
		% 90,1%	9,9%	
	Si	N 14	16	
		% 46,7%	53,3%	
Antecedente Familiar de Suicidio	No	N 280	39	0,034
		% 87,8%	12,2%	
	Si	N 27	9	
		% 75%	25%	
Evento Vital Adverso	Separación de Pareja Sentimental	N 70	28	0,000
		% 71,4%	28,6%	
	Problema Económicos	N 92	29	0,000
		% 76%	24%	
	Dificultades Académicas	N 84	21	0,021
		% 80%	20%	
Nivel de autoestima	Baja	N 21	20	0,000
		% 51,2%	48,8%	
	Media	N 25	9	
		% 73,5%	26,5%	
	Normal	N 261	19	
		%		

Tabla 3. Correlación de las variables y La escala de Riesgo Suicida de Plutchik en los estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales durante el primer semestre del 2011.

Variable	Riesgo Suicida		P	
	No	Si		
	%			
Funcionalidad Familiar	Buena Función	N 131	3	0,000
		% 97,8%	2,2%	
	Disfunción Leve	N 105	12	
		% 89,7%	10,3%	
Disfunción Moderada	N 50	20	0,000	
	% 71,4%	28,6%		
Disfunción Severa	N 21	13	0,000	
	% 61,8%	38,2%		
Consumo de Alcohol	Dependencia	N 65	25	0,000
		% 72,2%	27,8%	
	Indica Problemas	N 51	4	
		% 92,7%	7,3%	
No Dependiente	N 72	5	0,000	
	% 93,5%	6,5%		
No Consume	N 119	14	0,000	
	% 89,5%	10,5%		
Nivel de Ansiedad	Caso de Ansiedad	N 46	26	0,000
		% 63,9%	36,1%	
	Caso Probable de Ansiedad	N 88	19	
		% 82,2%	17,8%	
Normal	N 173	3	0,000	
	% 98,3%	1,7%		
Nivel de Depresión	Caso de Depresión	N 9	6	0,000
		% 60%	40%	
	Caso Probable de Depresión	N 36	24	
		% 60%	40%	
Normal	N 262	18	0,000	
	% 93,6%	6,4%		

En la Figura 1 se observa que los estudiantes con buena función familiar presentan 2,2% de factor de riesgo para suicidio, y esta proporción va sistemáticamente aumentando hasta 38,2% en los estudiantes con disfunción familiar severa.

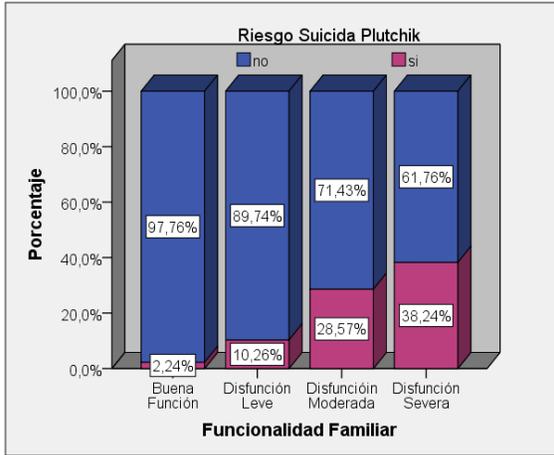


Figura 1. Relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo suicida según la escala de Plutchik en los estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales durante el primer semestre de 2011.

La figura 2 muestra la dependencia con el nivel de autoestima. Se observa allí que los estudiantes con autoestima normal, presentan un factor de riesgo para suicidio de 6,8% y este aumenta sistemáticamente hasta ser 48,8% en estudiantes con autoestima baja.

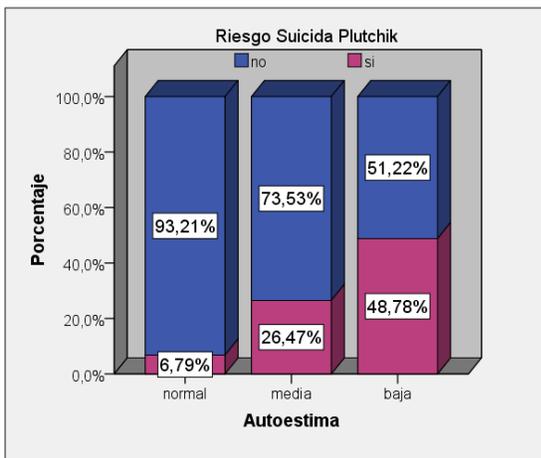


Figura 2. Relación entre el nivel de autoestima y el Riesgo Suicida según la Escala de Plutchik en los estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales durante el primer semestre del 2011.

Mediante pruebas t se intentó probar la dependencia con la edad del estudiante, y promedio de notas con factor de riesgo para suicidio según Plutchik, al mismo

nivel de significancia y se encontró relación con el promedio de notas del último semestre ($p=0,020$). Los estudiantes que presentan riesgo suicida tienen un promedio académico de 3,698 frente a 3,819 de los que no.

Tabla 4. Correlación de las variables y el Riesgo Suicida según la escala de desesperanza de Beck en los estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales durante el primer semestre del 2011.

			Leve	Mod.	Nin	
Raza	Indígena	N	0	2	4	0,012
		%	0	33,3	66,7	
	Mestizo	N	73	50	205	
		%	22,1	15,2	62,1	
	Negro	N	10	5	4	
		%	52,6	26,3	21,1	
Diagnostico Psiquiátrico	No	N	78	49	199	0,000
		%	23,9	15,0	61,0	
	Si	N	5	8	14	
		%	18,5	29,6	51,9	
Estado civil	Casado	N	2	7	3	0,000
		%	16,7	58,3	25	
	Soltero	N	81	50	208	
		%	23,9	14,7	61,4	
Creencia religiosa	No	N	27	28	44	0,000
		%	27,3	28,3	44,4	
	Si	N	56	29	169	
		%	22	11,4	66,5	
Evento Vital Adverso	Separación Sentimental	N	20	25	53	0,012
		%	20,4	25,5	54,1	
	Problemas Económicos	N	31	27	62	0,027
		%	25,8	22,5	51,7	
	Enfermedad Grave	N	5	14	15	0,000
		%	14,7	41,2	44,1	
Programa	Administración	N	4	11	7	0,000
		%	18,2	50	31,8	
	Comunicación	N	13	2	23	
		%	34,2	5,3	60,5	
	Contaduría	N	12	16	7	
		%	34,3	45,7	20	
	Derecho	N	16	3	61	
		%	20,0	3,8	76,3	
	Economía	N	1	1	3	
		%	20	20	60	
	Educación Especial	N	1	1	0	
		%	50	50	0,0	
	Educación Preescolar	N	5	0	1	
	%	83,3	0	16,7		
Educación	N	0	2	0		
	%	0	100	0		
Ingeniería	N	5	7	10		
	%	22,7	31,8	45,5		
Medicina	N	8	4	47		
	%	13,6	6,8	79,7		

Tabla 4. Correlación de las variables y el Riesgo Suicida según la escala de desesperanza de Beck en los estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales durante el primer semestre del 2011.

			Leve	Mod.	Nin	
	Mercadeo	N	10	3	21	
		%	29,4	8,8	61,8	
	Premédico	N	2	0	3	
		%	40	0	60	
	Psicología	N	6	5	26	
		%	16,2	13,5	70,3	
Tec. Informática	N	0	2	4		
	%	0	33,3	66,7		
Nivel de Autoestima	Baja	N	16	16	7	0,000
		%	41,0	41,0	17,9	
	Media	N	14	8	12	
		%	41,2	23,5	35,3	
	Normal	N	53	33	194	
		%	18,9	11,8	69,3	
Funcionalidad Familiar	Buena	N	21	4	109	0,000
		%	15,7	3	81,3	
	Disfunción Leve	N	23	25	69	
		%	19,7	21,4	59	
	Disfunción Moderada	N	27	18	25	
		%	38,6	25,7	35,7	
Disfunción Severa	N	12	10	10		
	%	37,5	31,3	31,3		
Consumo de alcohol	Dependencia al Alcohol	N	19	18	51	0,032
		%	21,6	20,5	58,0	
	Indica Problemas	N	12	4	39	
		%	21,8	7,3	70,9	
	No Dependencia	N	21	6	50	
		%	27,3	7,8	64,9	
No Consumo	N	31	29	73		
	%	23,3	21,8	54,9		
Nivel de Ansiedad	Caso de Ansiedad	N	30	22	18	0,000
		%	42,9	31,4	25,7	
	Caso Probable Ansiedad	N	26	18	63	
		%	24,3	16,8	58,9	
	Normal	N	27	17	132	
		%	15,3	9,7	75	
Nivel de Depresión	Caso de Depresión	N	9	5	0	0,000
		%	64,3	35,7	0,0	
	Caso Probable de Depresión	N	21	25	13	
		%	35,6	42,4	22,0	
	Normal	N	53	27	200	
		%	18,9	9,6	71,4	

En la tabla 4 se destaca la relación que existe entre el riesgo suicida y la presencia de un diagnóstico psiquiátrico y la creencia religiosa.

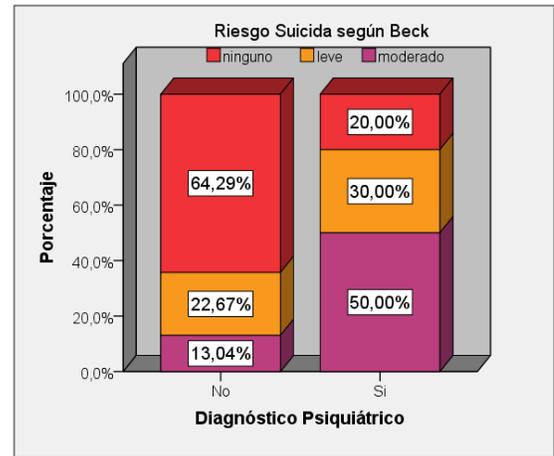


Figura 3. Relación entre la presencia de un diagnóstico psiquiátrico y el riesgo suicida según la escala de desesperanza de Beck en los estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales durante el primer semestre de 2011.

La figura 3 indica que entre los estudiantes que no tienen un diagnóstico psiquiátrico el 64,3% no tienen factor de riesgo para suicidio, mientras que los que tienen un diagnóstico psiquiátrico el 50% presentan un factor de riesgo moderado para suicidio.

La figura 4 muestra que entre los estudiantes que tienen alguna creencia religiosa el 66,5% no tiene factor de riesgo para suicidio, mientras que de los individuos que no tienen dicha creencia 28,3% presentan riesgo suicida moderado según la escala de desesperanza de Beck.

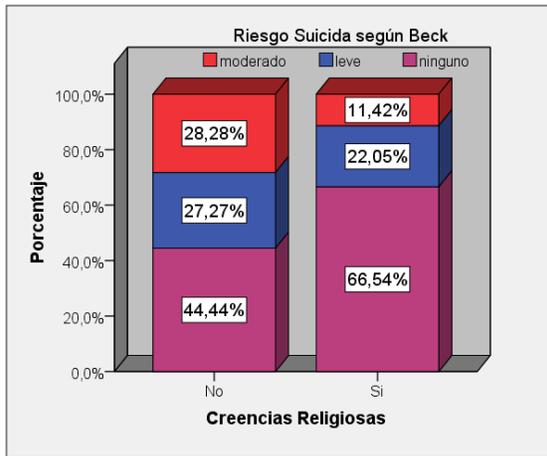


Figura 4. Relación entre la creencia religiosa y el riesgo suicida según la escala de desesperanza de Beck en los estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales durante el primer semestre de 2011.

Empleando el procedimiento estadístico de análisis de varianza se trató de probar la relación entre edad, y promedio de nota con el Riesgo suicida de Beck, no encontrándose relación significativa.

Mediante el procedimiento estadístico de χ^2 , se trató de probar la asociación entre las dos medidas de riesgo suicida según Plutchik y Beck y se encontró una asociación significativa ($p=0,000$). En la Figura 5 se aprecia esta asociación. Allí se observa que entre los estudiantes que tienen factor de riesgo positivo según Plutchik, hay un 23,9% que no muestran factor de riesgo para suicidio según Beck. Entre los que muestran factor de riesgo para suicidio leve según Beck 84,3% no muestran factor de riesgo para suicidio según Plutchik, y entre los que muestran factor de riesgo moderado según Beck 61,4% no muestran factor de riesgo positivo según Plutchik.

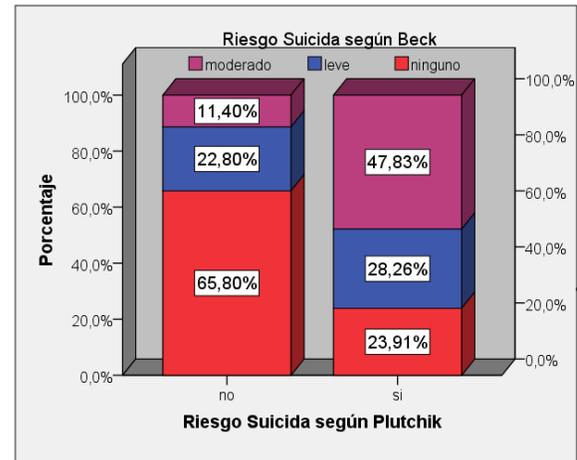


Figura 5. Relación entre FR para riesgo suicida según Plutchik, y según Beck en estudiantes de la Universidad de Manizales, 2011.

Discusión

Los factores de riesgo suicida son todos los aspectos de la vida de un ser humano que incrementen las posibilidades de que un individuo llegue a la ideación, conducta o intento suicida; dentro de los cuales Fuentes²³ y su grupo de investigación incluyen el género femenino, una edad menor de 30 años, problemas financieros, eventos adversos en los últimos seis meses, trastornos psiquiátricos, consumo de drogas psicoactivas y alcohol, pertenecer a familias disfuncionales.

En el presente trabajo se estudió el factor de riesgo suicida por medio de dos cuestionarios, la escala de Plutchik que indicó que del total de la población estudiada el 13,5% presentan factor de riesgo para suicidio, por otro lado la escala de desesperanza de Beck reveló que un 23,4% presentan riesgo leve y 16,7% entre riesgo alto y moderado, también se probó que no hay una equivalencia exacta entre ambas escalas. En la misma ciudad de Manizales se realizó una investigación sobre factor de riesgo suicida en los colegios de Manizales por Fuentes²⁴ y su grupo

de Investigación, en el cual se encontró que 12,8% de la población presentaba riesgo suicida según la escala de Plutchik, por la escala de Beck 1,4% presentaban riesgo alto, 4,8% riesgo moderado y 22,3% riesgo leve. En el trabajo realizado por Amézquita¹⁵ y su grupo de investigación en estudiantes de diferentes programas de pregrado de la Universidad de Caldas se encontró que 41% de la población presentaba ideación suicida.

En este trabajo no se encontró relación respecto al género con el riesgo suicida, homólogo al trabajo realizado en la Universidad de Caldas durante el año 2009¹⁶, mientras que en el trabajo de Caycedo, et al²⁵, se obtuvieron resultados donde fue más prevalente el riesgo suicida para el género femenino con un 71%.

Los resultados aquí hallados en cuanto a la relación de la raza con el factor de riesgo suicida se observó que las personas de raza mestiza (N=328) 37,5% presentan algún grado riesgo suicida según Beck, mientras que en la población negra (N=19) esta proporción aumenta a 78,9%, datos que son muy llamativos respecto a los encontrados en la revisión bibliográfica realizada donde no se apreció relevancia relacionada con esta variable. Mediante la escala de Riesgo suicida de Plutchik no se encontró una asociación significativa.

En la población donde no se halló algún diagnóstico psiquiátrico 9,9% presentan riesgo suicida según Plutchik, contrastando con el riesgo de 53,3% encontrado en el grupo de personas que si tienen diagnóstico psiquiátrico, según el cuestionario de Plutchik; de igual forma en el estudio realizado por Peña, et al²⁶ en el 2002 se advierte que los síntomas psicopatológicos como ansiedad con 93,92%, hipotonía 89,8% e irritabilidad 56,5% en la pobla-

ción incrementan el riesgo suicida. En la investigación de Rosello, et al²⁷ 5% de la población no manifestó sintomatología depresiva; mientras que 31% presenta un nivel de sintomatología depresiva de este grupo 64% manifestó síntomas severos de depresión. En el trabajo de Rodríguez, et al²⁸ realizado en el año 2004 se encontró que el 100% de los pacientes estudiados tenían trastornos psiquiátricos, con predominio de los trastornos de adaptación (34,2%) y el abuso o dependencia de alcohol con el 16,2%; factores que incrementan la posibilidad de una conducta suicida, por lo cual se consideran según este estudio factores de riesgo para suicidio.

La depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos profundos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza, que lleva a aquellos pacientes que la padecen a tener menor capacidad de adaptación para el estrés y por tanto presentan también riesgo de asumir una conducta suicida²⁹, lo cual concuerda con el presente artículo.

En este estudio también se encontró una relación significativa del nivel de autoestima con el riesgo suicida, resaltando que 48,8% de la población con nivel de autoestima baja si presentan riesgo suicida según Plutchik, esta proporción baja a 6,8% entre la población con autoestima normal. Mediante el cuestionario de Beck se encontró que 69,3% de la población con nivel de autoestima normal no presentan ningún factor de riesgo suicida, proporción que baja a 17,9% en la población con nivel de autoestima bajo. Con lo cual se puede concluir que un nivel de autoestima bajo se consideraría un factor de riesgo, mientras que un nivel de autoestima normal puede ser un factor protector para riesgo suicida.

Esta investigación refleja que la población que presenta mayor riesgo suicida respecto al estrato socioeconómico son aquellos de estratos bajos, el 15% de la población de estrato 2, el 12,9% de estrato 3 y el 22,5% de estrato 3 presentan factor de riesgo moderado para suicidio, mientras que la población de estrato 6 solo 7,9% presentan riesgo suicida moderado, según la escala de Beck, no siendo estas diferencias significativas. En un estudio realizado por Ceballos, et al¹⁴ realizado en Santa Marta Colombia en el 2004, se encontró que 71,4 % de los suicidios en esta ciudad se presentaron en individuos de estrato socioeconómico bajo y un 28,6% en nivel socioeconómico medio.

En cuanto al estado civil se han encontrado resultados disímiles, en la presente investigación se observó que el menor riesgo suicida según Beck se presenta en individuos solteros (según el FR de Plutchik no se presentó relación significativa) mientras que en el estudio realizado por Tuesca y Navarro³⁰ se encontró al matrimonio como un factor protector para el intento suicida, por otro lado en el estudio de Amézquita¹⁵ no se halló una relación significativa con esta variable. Con todo esto se puede concluir que aún no es clara la relación del estado civil con el riesgo.

La religión se considera un factor protector según los resultados de este estudio ya que se encontró que el 66,3% de la población que cree en una religión no presentan riesgo suicida según Beck (para el FR para suicidio de acuerdo a Plutchik no se encontró relación significativa), resultados análogos a los del estudio de Taliaferro³¹ realizado en el 2009 y en el realizado por Williams³² y su grupo de investigación dentro del cual se concluye que la espiritualidad tiene una relación inversa con la desesperanza y con el suicidio.

El programa académico que se esté cursando también tiene relación con el riesgo suicida según Beck, encontrándose que 79,7% de los estudiantes de Medicina, el 76,3% de los estudiantes de Derecho, el 70,3% de los estudiantes de psicología y el 60,5% de los estudiantes de Comunicación no presentan riesgo suicida, según el cuestionario de Beck; en este trabajo se concluye que los estudiantes de medicina son lo que menor riesgo suicida presentan.

El consumo de drogas psicoactivas se considera un factor de riesgo para suicidio, encontrándose en el presente estudio que 88,4% de la población que no consume no presentan factor de riesgo para suicidio según Plutchik (según Beck no se encontró relación significativa), mientras que de la población que consume 37% presentan riesgo suicida, siendo una relación significativa, lo cual también fue encontrada en el estudio de Espinoza³³ y en el de Caycedo²³. En cuanto al consumo de alcohol se encontró que los individuos que no consumen alcohol el 10,5% presentan riesgo suicida según Plutchik, mientras que los dependientes al alcohol presentan riesgo suicida en un 30% (igualmente según Beck también se encontró relación significativa). Con los resultados de la presente investigación y los antecedentes bibliográficos se puede concluir que el consumo de drogas psicoactivas y de alcohol está ligado a los factores de riesgo para suicidio.

La funcionalidad familiar³⁴ tiene influencia sobre las conductas suicidas, se encontró en el presente estudio que 2,2% de los estudiantes con buena funcionalidad familiar presentan riesgo suicida según Plutchik, comparado con una proporción de 38,2% de los estudiantes que tenían una disfunción familiar severa (tam-

bién según Beck se encontró relación significativa); resultados análogos se encontraron en estudios realizados en México³⁵, Cuba¹ y en la ciudad de Montreal³⁶, por otro lado en el artículo de Muñoz, et al³⁷ no se encontró asociación estadísticamente significativa.

Los Eventos Vitales Adversos, definidos como aquellas situaciones difíciles de la vida como la separación de la pareja sentimental, la muerte de un ser querido, problemas económico o académicos, el hecho de ser informado del padecimiento de una enfermedad grave, entre otros; podrían llevar al individuo a una ideación o conducta suicida. En el presente trabajo se encontró una asociación significativa mediante la escala de Plutchik y de Beck en las cuales se demostró lo siguiente; mediante la escala de Plutchik se encontró que un individuo que vivencia en los últimos seis meses la separación de su pareja sentimental presentan riesgo suicida en un 28,6%, mientras que el 24% de los individuos con problemas económicos tiene riesgo suicida y un 20% de la población con dificultades académicas; mientras que la escala de Beck reveló que la separación de la pareja sentimental, los problemas económicos y el ser informado de una enfermedad graves son eventos vitales adversos con asociación significativa con el riesgo suicida. De igual manera en un estudio realizado por Palacio³⁸ y su grupo de Investigación se le da una gran importancia a estos eventos que hacen parte de la vida de todo ser humano con el riesgo suicida.

Dentro de las limitaciones del presente trabajo se puede incluir la confiabilidad de los datos en este tipo instrumento autoaplicado al no entender lo que se le estaba preguntando o no querer revelar información confidencial sin tener en cuen-

ta que esto sea importante para identificar tendencias, no se incluyó el semestre que se estaba cursando en el momento de responder el instrumento lo cual podría ser relevante para esta investigación.

Al interpretar los resultados de la investigación y la bibliografía encontrada se puede concluir que existe un relación estadísticamente significativa entre el riesgo suicida y niveles mínimos de espiritualidad interpretados como creencia religiosa, consumo de drogas psicoactivas, dependencia al alcohol, trastornos psiquiátricos como casos confirmados de ansiedad y depresión y pertenecer a una familia disfuncional. Aunque no queda muy clara la relación en cuanto al género, en la actualidad se conoce que las mujeres presentan en mayor proporción ideación y conductas suicidas, mientras que los hombres son más efectivos en sus intentos suicidas; pero no se conoce la relación del género con la frecuencia de factores de riesgo suicida.

Literatura Citada

- ¹ Herrera P, Avilés K. **Factores familiares de riesgo en el intento suicida.** *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16 (2):134-137.
- ² Peña-Galban L, Casa-Rodríguez L, Padi-lla-De La Cruz M, Gómez- Arencibia T, Gallardo- Álvarez M. **Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes.** *Rev cubana Milit.* 2002; 31(3):182-187.
- ³ Sánchez-Pedraza R, Guzmán Y, Cáceres-Rubio H. **Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en los estudiantes universitarios adolescentes.** *Rev Colomb Psiquiatr* 2005; 34(1): 12-24.

- ⁴ García J, Palacio C, Arias S, Ocampo M, Calle J, Restrepo D, Vargas G, López C. **Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente.** *Rev Colomb Psiquiatr* 2007; 36(4):610-627.
- ⁵ Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. **Global suicide rates among Young people aged 15-19.** *World Psychiatry* 2005; 4:114-20.
- ⁶ Bertolote JM, Feischmann A, De Leo D, bolhari J, botega N, De Silva D, et al. **Suicidal attempts, plans and ideations in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey.** *Psychol Med* 2005; 35:1457-65.
- ⁷ Calvo J, Sánchez R, Tejada A. **Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios.** *Salud Pública (Bogotá)* 2003; 5(2):123-143.
- ⁸ Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. **Ideación suicida en adolescentes universitarios: Prevalencia y factores asociados.** *Biomédica* 2002; 22(2): 407-16.
- ⁹ Conner Kr, Philips M, Meldrum S. **Low-planned suicides in China.** *Psychol Med* 2005; 35:1197-204.
- ¹⁰ Wasserman D, Thi-Thanh H, Thi-Minh D, Goldstein M, Nordenskiold A, Wasserman C. **The suicidal process, suicidal communication and psychosocial situation of young suicide attempters in a rural Vietnamese community.** *World Psychiatry* 2008; 7: 47-53.
- ¹¹ Arias-Gutiérrez M, Fernández S, Jiménez M, Arias-Gutiérrez J, Tamayo O. **Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo.** *MEDISAN (revista en la internet)* 2009; 13(1): Artículo en línea.
- ¹² Joe D, Romer D, Jamieson P. **Suicide Acceptability is Related to suicide planning in U.S Adolescents and Young Adults.** *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37(2):165 - 178.
- ¹³ Ramírez-Carretero S, Jiménez-Saab N, Lozano-Nuevo J, Rubio-Guerra A. **Concentraciones séricas de colesterol e intento suicida.** *Med Int Mex* 2008; 24(3):181-185.
- ¹⁴ Ceballos G. **Características de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante el año 2002: un informe de caso.** Santa Marta Colombia: ABA Colombia; 2004.
- ¹⁵ Amézquita-Medina M, Gonzales-Pérez R, Zuluaga-Mejía D. **Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la universidad de caldas, año 2000.** *RCP* 2003; 32(4):341-356.
- ¹⁶ Villalobos F. **Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia.** *Salud Mental* 2009; 32(2):165-171.
- ¹⁷ Lizarralde L, Berbesi D, Franco M. **Comportamiento del evento suicidio e intento de suicidio en el departamento de Antioquia, enero a diciembre de 2006.** Antioquia. Medellín: Dirección Seccional de Salud; 2006.
- ¹⁸ Paez-Cala ML, Castaño- Castrillón JJ. **Estilos de vida y salud en estudiantes de la facultad de medicina**

- de la Universidad de Manizales, 2008. *Arch Med (Manizales)* 2009; 9(2):146-164.
- 19 Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. **Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española.** *Arch Neurobiol* 1998; 61(2):143-52.
- 20 Forero-Ariza LM, Avendaño-Duran MC, Duarte-Cubillos ZJ, Campo-Arias A. **Consistencia Interna y Análisis de factores de la escala Apgar Para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria.** *Rev Colomb Psiquiatr* 2006; 35 (1): 23-29.
- 21 Campo-Arias A, Barros-Bermúdez JA, Rueda-Jaimes G. **Psychometric properties of the cage questionnaire for alcohol abuse: results of three analyses.** *Rev Colomb Psiquiatr* 2009; 38 (2):294-303.
- 22 Rojas-Barahona CA, Zergers B, Förster CE. **La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores.** *Rev Med Chile* 2009; 137:791-800.
- 23 Fuentes M, González A, Castaño J, Hurtado C, Ocampo P, Pava D, et al. **Riesgo Suicida y Factores Relacionados en Estudiantes de 6° a 11° Grado en Colegios de la Ciudad de Manizales (Colombia) 2007-2008.** *Arch Med (Manizales)* 2009; 9(2):110-122.
- 24 Fuentes M, González A, Castaño J, et al. **Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia).** 2007 - 2008. *Arch Med (Manizales)* 2009; 9(2):110-122.
- 25 Caycedo A, Arenas ML, Benítez M, Cavanzo P, Leal G, Guzman YR. **Características psicosociales y familiares relacionadas con el intento suicida en una población adolescente en Bogotá 2009.** *Pers Bioet* 2010; 14 (2):205-213.
- 26 Peña-Galban L, Casa-Rodríguez L, Padilla-De La Cruz M, Gómez- Arencibia T, Gallardo-Álvarez M. **Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes Y jóvenes.** *Rev Cubana Milit* 2002; 31(3):182-187.
- 27 Rossello J, Hernandez M. **Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as.** *Interam J Psychol* 2004; 38 (2): 295-302.
- 28 Rodríguez R, Pedraza M, Burunate M. **Factores Predisponentes y Precipitantes en Pacientes atendidos por Conducta Suicida.** *Rev Cub Med Mil* 2004; 33 (1): 0-0.
- 29 Arias M, Marcos S, Martin M, Arias J, Deroncere O. **Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo.** *MEDISAN* 2009; 13(1): Artículo Online.
- 30 Tuesca R, Navarro E. **Factores de Riesgo asociados al suicidio e intento de Suicidio.** *Salud Uninorte* 2003; 17:19-28.
- 31 Taliaferro L, Rienzo-Barbara A, Pigg Jr M, Miller DJ, Dodd V. **Spiritual Well-Being and Suicidal Ideation**

Among College Students. *J Am Coll Health* 2009; 58(1): 83-89.

- 32 Williams C, Galanter M, Dermatis H, Schwartz V. **The Importance of Hopelessness Among University Students Seeking Psychiatric Counseling.** *Psychiatr Q* 2008; 79:311-319.
- 33 Espinoza F, Zepeda V, Bautista V, Hernández CM, Newton OA, Plasencia GR. **Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes.** *Salud Publica Mex* 2010; 52 (3):213-219.
- 34 Reyes W, Torres N. **Intento suicida y funcionamiento familiar.** *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(5):452-460.
- 35 Pérez BM, Rivera L, Atienzo E, Castro F, Leyva A, Chávez R. **Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana.** *Salud Publica Mex* 2010; 52 (4):324-333.
- 36 Kim C, Seguin M, Therrien N, Riopel G, Chawky N, Lesage A, et al. **Familial Aggregation of Suicidal Behavior: A Family Study of Male Suicide Completers from the General Population.** *Am J Psychiatry* 2005; 162:1017-1019.
- 37 Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A. **Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15-24 años, Lima 2005.** *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2006; 23(4): 239-246.
- 38 Palacio C, García J, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, et al. **Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case control study of**

psychological autopsy. *Arch Suicide. Res.* 2007;11(3):297-311.