

# Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios\*

## Psychological and neuropsychological prevention of suicide risk factors in college students

Recibido: 22 de junio de 2015/Aceptado: 29 de febrero de 2016  
<http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1302>

Nolly Nataly Castañeda Ibáñez<sup>1</sup>

Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

### Palabras clave:

Suicidio, Factores de riesgo, Neuropsicología, Psicología, Prevención.

### Keywords:

Suicide, Risk factors, Neuropsychology, Psychology, Prevention.

### Resumen

El suicidio representa una de las principales causas de muerte en estudiantes universitarios. A pesar de que los factores de riesgo al respecto son numerosos y diversos, es posible identificar los más relevantes y prevenirlos desde la Psicología y la Neuropsicología. La identificación que se presenta en este artículo es producto de una revisión literaria realizada con base en criterios establecidos para población universitaria y enmarca ámbitos como el social, personal-familiar, psicológico y académico, en los que la Psicología y la Neuropsicología hacen aportes preventivos con algunas técnicas y recomendaciones básicas para estos factores.

### Abstract

Suicide represents leading cause of death in college students. Although these risk factors are numerous and diverse, it is possible to identify the most relevant and to prevent them from Psychology and Neuropsychology. The identification presented is the product of a literature review based on established criteria for college population and englobe social, personal-familiar, psychological and academic, ambits where Psychology and Neuropsychology make contributions with some basic techniques and recommendations to prevent these factors.



### Referencia de este artículo (APA):

Castañeda, N. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 19(36), 336-346. <http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1302>

\* Estudio derivado de la línea de investigación en procesos psicológicos y desarrollo humano, UNIMINUTO, Sede principal, Colombia.

1. Neuropsicóloga Clínica, Docente tiempo completo, Programa de Psicología FCHS, Corporación Universitaria Minuto de Dios. [nollynataly@gmail.com](mailto:nollynataly@gmail.com)

## Introducción

En Colombia el suicidio es una realidad que por lo general solo se considera en el momento en que acontece, a pesar de que el nuestro es el país de Latinoamérica que presenta los mayores índices (Quintero *et al.*, 2010; Sánchez, Orejarena, Guzmán & Forero, 2002), acompañando a otros de América del Norte. De hecho, según Cash y Bridge (2009), “el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre los jóvenes de los Estados Unidos y representa un importante problema de salud pública en todo el mundo” (p.613), siendo aquí la tercera causa de muerte también (Rueda-Jaimes, Rangel-Martínez & Camacho, 2011).

En el contexto que enmarca esta revisión, lo anterior conlleva la necesidad de conocer algunos factores de riesgo asociados y su prevención desde algunas posturas psicológicas y neuropsicológicas (Alzate *et al.*, 2012). Para ello, es necesario retomar las raíces etimológicas de las palabras, que según Andrade, Téllez y Giraldo (2013) se remontan al latín *sui* y *occidere*, matarse a sí mismo, el deseo de quitarse la propia vida de forma intencional (Pérez-Olmos, Ibáñez-Pinilla, Reyes-Figueroa, Atuesta-Fajardo & Suárez-Díaz, 2008). Estas palabras se asocian a condiciones de autoeliminación (Cervantes & Melo, 2008), propias de las construcciones ideológicas de varias culturas, y ha trascendido de diversas formas a lo largo del tiempo.

Por su parte, la conducta suicida se refiere a una heterogeneidad de condiciones influidas por factores como el género, la raza, la edad, el estilo de vida, la vulnerabilidad y los problemas de salud mental (Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002; Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago & Ayala-Aguilera, 2007; Courtet, Gottesman, Jollant & Gould, 2011) que son claves

a la hora de identificar un posible riesgo suicida, sobre todo en la población universitaria.

De acuerdo con De Bedout (2008); Andrade, Téllez y Giraldo (2013) existen cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anónimo y fatalista. Las personas egoístas no están fuertemente integradas en un grupo social, mientras que los altruistas sí lo están, pero carecen de individualidad (enfermos desahuciados, militares derrotados). En el caso del suicidio anónimo, se presenta una alteración o distorsión de la integración del individuo al grupo (ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida); en tanto que en el suicidio fatalista los individuos se sienten “aplastados” por la disciplina o las normas (por ejemplo, militares y jóvenes ante el fracaso escolar).

En la actualidad, el suicidio es una de las problemáticas que cobra una cantidad importante de víctimas a nivel mundial, convirtiéndose en una realidad a la que se vinculan distintos sectores sociales, asociados también a condiciones de raza o identidad sexual. Su tasa de mortalidad es tan elevada que algunos estudios indican que en el mundo una persona se quita la vida cada 40 segundos (Cañón, 2011; Medina *et al.*, 2012; Mosquera, 2006 citado por Andrade, Téllez & Giraldo, 2013). En concreto, en el año 2011, los suicidios en Colombia sumaron 1864 casos, y muestran una tendencia cada vez más elevada por año, pero ninguno de los estudios sobre el tema especifica si algunos de ellos correspondían a población estudiantil universitaria ni cuáles fueron los factores asociados. En varios casos se mencionan correlatos neurobiológicos y psicobiológicos en los intentos de suicidio y el suicidio consumado (Kostenuik & Ratnapalan, 2010; Courtet *et al.*, 2011), pero independientes de un desorden psiquiátrico y factores sociales asociados.

Por otra parte, el suicidio requiere una intervención multidisciplinaria orientada por diferentes especialistas (Kostenuik & Ratnapalan, 2010; Quintero *et al.*, 2010), una prevención desde la Psicología y Neuropsicología que contribuya a la academia, así como un seguimiento de las diferentes instituciones encargadas a través de medios como líneas telefónicas de emergencia para atender este tipo de problemáticas.

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en Colombia, la mortalidad por suicidio fue de 4,1 por cada 100.000 habitantes en el año 2006 (Andrade, Téllez & Giraldo, 2013). Otros datos informan que en Bogotá la tasa de suicidio por 100.000 habitantes disminuyó de 4,7 en 2001 a 4,1 en 2002 (Pérez-Olmos *et al.*, 2008), mientras que en Santa Marta ha oscilado entre 3,3-7,8 por cada 100.000 habitantes (Ceballos & Suárez, 2012); y en ciudades del departamento del Huila se cuenta con una tasa de suicidio de 9 por cada 100.000 habitantes (Andrade, Téllez & Giraldo, 2013), indicador que lo convierte en el tercer departamento con mayor presencia de este fenómeno social.

Las apreciaciones psicológicas sobre la personalidad del suicida son relevantes para entender el tema, ya que por lo general el suicidio se relaciona con factores como problemas de salud mental, agresividad, irritabilidad (González, Ramos, Caballero & Wagner, 2003), baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, desesperanza e impotencia, un concepto pobre de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad de control externo (Andrade, Téllez & Giraldo, 2013).

Algunas experiencias vividas durante la infancia y adolescencia pueden marcar el rumbo de la ideación

suicida y más si se presentan con desencadenantes como las drogas, las adicciones y el alcohol (Pérez-Olmos *et al.*, 2008; Toro, Paniagua, González & Montoya, 2009; Quintero *et al.*, 2010; Andrade, Téllez & Giraldo, 2013). El aislamiento social, la ansiedad y la depresión, que constituyen consultas frecuentes en contextos universitarios (Agudelo, Casadiegos & Sánchez, 2008); abuso sexual y físico (Kostenuik & Ratnapalan, 2010); enfermedades somáticas o discapacitantes; bipolaridad (Rueda-Jaimes *et al.*, 2011; Alzate *et al.*, 2012) y esquizofrenia no diagnosticada en adultos, entre otras patologías, también pueden ser causantes o factores de riesgo (Pérez-Olmos *et al.*, 2007).

Según Amézquita, González y Zuluaga (2003), la depresión constituye un predictor de suicidio sin importar en algunos casos la edad y el nivel de escolaridad de la persona, ya que la persona depresiva se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro y la falta de esperanza. Pero esta vulnerabilidad es probablemente también mediada, según Courtet *et al.* (2011), por una predisposición genética subyacente, que al interactuar con el medioambiente del estudiante, su contexto y otros riesgos psicosociales, probablemente ocasionan una modificación neurobiológica y neuropsicológica (Toro, 2013), haciéndolo más propenso a realizar o participar de conductas suicidas.

En ciertos individuos, cuyo pensamiento y cognición ya han sido establecidos a nivel cerebral, y se han consolidado características de personalidad, una modificación conductual no los llevaría tan fácilmente a cambiar patrones o desviarlos hacia la ideación suicida; pero a nivel psicológico, la desesperanza sí se correlaciona positivamente con la ideación suicida (Rosselló, Duarte-Vélez, Bernal & Zuluaga, 2011) y se le considera un factor clave en la relación entre la depresión y el suicidio

que se debe intervenir por medio de terapias como la reestructuración cognitiva (Beck, 1963; González *et al.*, 2003; Chioqueta & Stiles, 2003, citados en Andrade, Téllez & Giraldo, 2013; Toro, 2013).

Otras patologías psiquiátricas asociadas con frecuencia al suicidio son el trastorno bipolar, los trastornos alimenticios y la esquizofrenia, principalmente los del subtipo esquizo-afectivo en comorbilidad con depresión mayor y diferentes estados de ansiedad (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2011; Andrade, Téllez & Giraldo, 2013).

### ***Factores de riesgo suicida***

Se pueden dividir en fijos y modificables según De Bedout (2008), de manera que algunos riesgos fijos, como un intento previo de suicidio, genética, género, edad y raza, estado civil, estatus económico y la preferencia sexual difícilmente se modifican aunque medie un buen tratamiento psiquiátrico o psicológico (Kostenuik, & Ratnapalan, 2010). En cambio, los factores de riesgo modificables, que son, principalmente, algunos trastornos de orden psicológico o psiquiátrico, el aislamiento social y las enfermedades crónicas, pueden controlarse aun cuando haya una interrupción de tratamientos médicos.

En otra clasificación (Bertolote, Fleischmann, De Leo & Waserman, 2003; Van Heeringen, 2003), los factores de riesgo del suicidio se establecen como: Primarios, que incluyen trastornos psiquiátricos y la enfermedad médica crónica; Secundarios, factores que llevan a una conducta disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas, padecimiento de dolores físicos y el pesimismo; y Terciarios, los cuales incluyen factores demográficos y el sistema familiar (García-Rábago *et al.*, 2010).

En la población universitaria se encontraron como relevantes los siguientes factores de riesgo: En primera instancia, los factores *personales-familiares*, que incluyen trastornos mentales, dificultades económicas y disfunciones del núcleo familiar (Toro, Paniagua, González & Montoya, 2009). Algunos de los más comunes son: la correlación entre depresión (Pérez-Olmos *et al.*, 2007), abuso de sustancias, generador o víctima de violencia familiar, problemas de interrelación, ausencia de padre o madre, así como eventos estresantes (Cañón, 2011; Peña, 2011; Espinoza-Gómez *et al.*, 2010).

También aparecen los factores de riesgo de tipo *social*, al respecto se encuentra que las privaciones o pérdidas económicas debido a la recesión, así como el vacío de la vida por la saciedad material, la cual contiene la idea de fracaso en otros ámbitos y situaciones estresantes (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2011; Alzate *et al.*, 2012; Andrade, 2012; Muñoz *et al.*, 2014), inciden en la conducta suicida.

Por último, se destacan los factores de riesgo de tipo *académico*. En este caso, el colegio puede convertirse en el sitio que reemplaza tales traumas, en lugar de ser una instancia que motive al disfrute de la vida y brinde apoyo en la edad en la que las condiciones que genera su desarrollo les exige a soltar o por lo menos relajar los lazos familiares (Coffin, Álvarez & Marín, 2011).

### ***Prevención***

Según Pompili *et al.* (2010), el tratamiento farmacológico debe ser la primera elección con personas suicidas. Este, en combinación con la psicoterapia y una buena red de apoyo social logran beneficios superiores a los producidos con el mero tratamiento farmacológico. Sumado a esto, los factores protectores o de resiliencia,

que según Wingo, Fani, Bradley y Ressler (2010) hacen énfasis en la promoción de la salud permitirán realizar una reestructuración cognitiva en la persona para prevenir este tipo de conductas.

La neutralización de factores vulnerables que da paso a factores de protección como estrategia de prevención, hará que el estudiante universitario logre a largo plazo una inclusión social en vez de ser una víctima señalada, verbigracia, por su raza o etnia, propiciando así una apropiación de su contexto y sus problemáticas o factores de riesgo actuales (Balis & Postolache, 2008).

También es importante que las personas en riesgo suicida pasen por una evaluación clínica que determine su estatus neuropsicológico y posible riesgo debido a hallazgos clínicos. En tal sentido, McGirr *et al.* (2010) y Micin y Bagladi (2011) indican que una desregulación del sistema nervioso simpático, el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y el funcionamiento ejecutivo podrían propiciar estas conductas, pero que, con la adecuada evaluación, estas situaciones se pueden prevenir por medio de intervenciones que contemplen la aplicación de pruebas y sesiones de trabajo clínico conjunto.

Por otro lado, la prevención neuropsicológica puede realizarse teniendo en cuenta características asociadas a los factores de riesgo en suicidio, como el déficit de atención. Estudiantes, jóvenes y adultos con rasgos suicidas tienden a presentar un mayor déficit atencional que una persona sin esta ideación, por lo que es necesario una detección temprana de estos síntomas asociados como forma de prevención (Coffin *et al.*, 2011; Keilp, Gorlyn, Oquendo, Burke & Mann, 2008).

### Conclusiones

Para esta revisión teórica, se partió de diferentes

bases de datos electrónicas y buscadores como el Centro Nacional para la Información Biotecnológica o National Center for Biotechnology Information (NCBI), la U.S. National Library of Medicine, PubMed Central® (PMC), MedlinePlus, Scielo, Redalyc y EBSCO, en el periodo comprendido entre 2008-2015 con palabras clave como: factores de riesgo + suicidio + neuropsicología + psicología + prevención. Se obtuvo un primer resultado con un total de 106 artículos, incluyendo revisiones teóricas, sistemáticas y estudios no experimentales en idiomas español e inglés.

Se hizo énfasis en la búsqueda de estudios colombianos de medición de frecuencia y factores asociados al riesgo suicida en estudiantes universitarios y adolescentes, siendo los más mencionados: funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos mentales y estrato socioeconómico (Hernández-Cervantes & Gómez-Maqueo, 2006; Bohórquez, 2009; Quintero *et al.*, 2010; Coffin *et al.*, 2011; Alzate *et al.*, 2012; Ceballos & Suárez, 2012; Toro, 2013). Posteriormente, se mencionaron los factores hallados en la literatura y se destacó la prevención psicológica y neuropsicológica asociada a esos factores.

A partir de la revisión anterior, se sugieren acciones para prevenir e identificar psicológica y neuropsicológicamente factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. Los resultados concuerdan en que la mayor afectación o factores de riesgo asociados al suicidio son: las enfermedades mentales o psiquiátricas, disfunción ejecutiva, alteraciones del comportamiento, factores ambientales y genéticos (Quintero *et al.*, 2010; Toro, 2013), por lo cual es necesario promover el uso de herramientas neuropsicológicas como la rehabilitación y seguimiento en estudiantes y practicar la evaluación clínica a familias (Mann *et al.*, 2009; Bohórquez, 2009) para tener una

mayor comprensión de la dimensión del estudiante, su contexto socioescolar y prevenir otros factores como disfunción cognitiva y deserción del aula.

El mayor riesgo de comportamientos suicidas en cuanto a enfermedades mentales se encuentra entre las personas con trastorno bipolar (Pérez-Olmos *et al.*, 2007; Rueda-Jaimes *et al.*, 2011). Sin embargo, dentro de las revisiones teóricas y sistemáticas halladas, esto no coincide con lo esperado en estudiantes depresivos o con rasgos de melancolía y tristeza profunda, más bien en su mayoría este reporte lo brindan las mismas personas o familiares.

El apoyo familiar se presentó con menor frecuencia en los pacientes con trastorno bipolar y suicidabilidad, entendida esta como la ideación suicida y el intento suicida (Salvo & Melipillán, 2008; Rueda-Jaimes *et al.*, 2011). La disfunción familiar, el divorcio de los padres (Hernández-Cervantes & Gómez-Maqueo, 2006; Cervantes & Melo, 2008), ya se había relacionado con la suicidabilidad en adolescentes y jóvenes, lo que a su vez puede ser una de las explicaciones del poco apoyo familiar. Se estima que la severidad y cronicidad de los estudiantes universitarios llevan al cansancio y que el poco apoyo familiar tiene consecuencias serias, como la menor utilización de servicios de salud y la suicidabilidad en sí (Bohórquez, 2009; Rueda-Jaimes *et al.*, 2011).

Wu, Wang y Jia (2015) plantean que la religión constituye un factor protector y de prevención, al jugar un papel importante en la mayoría de entornos donde se presentan este tipo de conductas; sin embargo, dependiendo de la variación cultural y del tipo que se profese, esta influencia puede variar en la salud física y mental de un individuo, ya que la mayoría de estudios consultados por autores como Hagaman *et al.* (2013); Bullock,

Nadeau y Renaud (2012); Nelson, Hanna, Houry y Klimes-Dougan (2012) demostraron que el aumento de la religiosidad protege de una ideación y de un comportamiento suicida.

La toma de decisiones fue otro factor asociado que se encontró desde la parte neurobiológica y las funciones ejecutivas, tanto para el suicidio como para el tipo de población. Cervantes y Melo (2008) refieren que la corteza ventral prefrontal se encuentra estrechamente relacionada con la inhibición del comportamiento en estudiantes universitarios –por lo general adolescentes– que, según Courtet *et al.* (2011), son un factor de riesgo. En relación con esto, estudios no experimentales correlacionales, como el realizado por Jollant *et al.* (2005), muestran dificultades para tomar decisiones en tareas como ganar dinero en una muestra de pacientes con historia de conducta violenta (N = 32), otro de no violenta (N = 37), conducta suicida, trastornos afectivos sin antecedentes de conducta suicida (N = 25) y sujetos sanos (N = 82). En este caso, las personas que habían presentado comportamientos suicidas toman decisiones en desventaja o más arriesgadas sin inhibirse, en comparación a los controles sanos en tareas que tenían que ver con impulsividad, agresión, ira, hostilidad e inestabilidad emocional.

Por otra parte, en la revisión neuropsicológica realizada se encontró que algunos impedimentos relacionados con la depresión y la atención, especialmente la susceptibilidad a la interferencia, se acentúan en las personas con antecedentes de conducta suicida. Además, déficits fundamentales en el control de la atención pueden jugar un papel en el riesgo de comportamiento suicida, y contribuir a una variedad de deficiencias cognitivas en los pacientes suicidas (Keilp *et al.*, 2008; Sánchez *et al.*, 2002).

Factores de riesgo como la depresión podrían relacionarse con las dificultades académicas en un contexto universitario al igual que el consumo de alcohol (Agu-deló *et al.*, 2008; Bohórquez, 2009), por lo cual el seguimiento y la protección psicológica serían fundamentales. Por ello, entre las recomendaciones preventivas del suicidio se destaca la necesidad de educar a los médicos y psicólogos para la detección oportuna del problema y hacer uso adecuado de la farmacología, además de capacitar a los docentes, ya que son ellos quienes mejor pueden identificar cambios en las actitudes de los estudiantes (Micin & Bagladi, 2011).

Para esta revisión, la relevancia académica toma peso, no obstante, el hecho de realizarse solo una revisión teórica hace que los hallazgos obtenidos no se apliquen a toda la población con suicidabilidad y se recoge información sujeta a sesgo como la falta de estudios o investigaciones dedicados a una intervención o prevención neuropsicológica como tal en este tipo de conductas. De por sí, la Psicología plantea diferentes estrategias de intervención, y aún desde la Neuropsicología falta integrar más estos procesos para que no se queden en la evaluación y el diagnóstico temprano.

Por todo ello, se concuerda con Bennett *et al.* (2015) en que es indispensable contar con herramientas de prevención como la terapia cognitivo-conductual, la reestructuración cognitiva, las líneas de emergencia telefónicas, y la evaluación y el diagnóstico neuropsicológico a nivel escolar en niños, para disminuir diversos factores de riesgo suicida, aumentar el acompañamiento y facilitar al adolescente una toma de decisiones más asertiva.

Se debe trabajar en la creación de condiciones psicosociales que generen participación de la mayoría de los actores sociales y profesionales como psicólogos y

neuropsicólogos en la promoción de la salud; crear una atmósfera positiva para el aumento y mantenimiento de las conductas saludables y la disminución de las no saludables como las de riesgo suicida, y promover la adopción de estilos de vida saludables en el individuo, a fin de que en su comportamiento y actitud esté presente el componente de la búsqueda activa, es decir, una actividad orientada a cambiar la situación o la actitud hacia ella (Micin & Bagladi, 2011; Cervantes & Melo, 2008; Pérez-Olmos *et al.*, 2008).

Desde lo neuropsicológico, la realización de actividades que propendan por una restauración de funciones psicológicas superiores, como las funciones ejecutivas, pueden encaminar a la disminución de otras conductas asociadas al riesgo suicida como la impulsividad, la inhibición, la hostilidad y la inflexibilidad cognitiva. El control de conductas poco funcionales como malgastar el dinero, apegos psicoafectivos, participación en disturbios y peleas disminuyen el riesgo de presentar ideación suicida.

Esta revisión ofrece algunas estrategias orientadas a la prevención del suicidio desde lo psicológico y lo neuropsicológico, pues, es común que la disciplina psicológica diseñe programas que aporten a la promoción de la salud emocional de los adolescentes desde un contexto universitario e instrumentos de tamizaje para la detección oportuna de adolescentes con riesgo suicida (Leviton, Snell & McGinnis, 2000; González *et al.*, 2003).

Para futuras revisiones, se considera pertinente abarcar esta problemática social desde el ámbito educativo y no solamente clínico (Bohórquez, 2009), así como exponer los diversos factores de riesgo que contribuyan a prever diferentes conductas o comportamientos suicidas

y a promover una mejor salud mental, familiar (Cervantes & Melo, 2008) y social en los estudiantes.

### Referencias

- Agudelo, D., Casadiegos, C. & Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Alzate, L., Betancur, M., Castaño, J., Cañón, S., Castellanos, P., Guerrero, J., Llanos, C., et al. (2012). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales (Colombia), 2011. *Centro de Investigaciones, Universidad de Manizales, Facultad de Ciencias de la Salud*, 2-16.
- Amézquita, M., González, R. & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-346.
- Andrade, J. Téllez, C. & Giraldo, L. (2013). La autopsia psicológica en Colombia: Exploración psicobiográfica del suicidio. *Revista Internacional de Psicología*, 12(2). ISSN 1818-1023.
- Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721.
- Balis, T. & Postolache, T. (2008). Ethnic Differences in Adolescent Suicide in the United States. *International Journal on Disability and Human Development*, 1(3), 281-296.
- Bennett, K., Rhodes, A., Duda, S., Cheung, A., Manassis, K. & Links, P. et al. (2015). A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(6), 245-257.
- Bertolote, J., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? *The British Journal of Psychiatry*, 183, 382-383.
- Bohórquez, O. (2009). El suicidio en la población adolescente escolar desde la perspectiva de la educación y la pedagogía. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 18, 1-9. ISSN 1692-0945.
- Bullock, M., Nadeau, L. & Renaud, J. (2012). Spirituality and Religion in Youth Suicide Attempters' Trajectories of Mental Health Service Utilization: The Year before a Suicide Attempt. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent*, 21(3), 186-193.
- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 11(1), 62-67.
- Cash, S. & Bridge, J. (2009). Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Current Opinion in Pediatrics*, 21(5), 613-619. doi:10.1097/MOP.0b013e32833063e1
- Ceballos, G. & Suárez, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Revista CES Psicología*, 5(2), 88-100. ISSN 2011-3080.



- Cervantes, W. & Melo, E. (2008). El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud DUAZARY*, 5(2), 148-154.
- Coffin, N., Álvarez, M. & Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: Un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
- Courtet, P., Gottesman, I., Jollant, F. & Gould, T. (2011). The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *Translational Psychiatry*, 1-7. doi:10.1038/tp.2011.6
- De Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53-63. ISSN 2011-7922.
- Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C., Newton-Sánchez, O. & Plasencia-García, G. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública de México*, 52(3), 213-219.
- García-Rábago, H., Sahagún-Flores, J., Ruiz-Gómez, A., Sánchez-Ureña, G., Tirado-Vargas, J. & González-Gómez, J. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 713-721.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C. & González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 2, 21-30.
- Hagaman, A., Wagenaar, B., McLean, K., Kaiser, B., Winskell, K. & Kohrt, B. (2013). Suicide in rural Haiti: Clinical and community perceptions of prevalence, etiology and prevention. *Social Science & Medicine*, 83, 61-69. doi:10.1016/j.socscimed.2013.01.032
- Hernández-Cervantes, Q. & Gómez-Maqueo, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
- Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R. et al. (2005). Impaired decision making in suicide attempters. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 304-310.
- Keilp, J., Gorlyn, M., Oquendo, M., Burke, A. & Mann, J. (2008). Attention Deficit in Depressed Suicide Attempters. *Psychiatry Research*, 159(1-2), 7-17.
- Kostenuik, M. & Ratnapalan, M. (2010). Approach to adolescent suicide prevention. *Canadian Family Physician*, 56(8), 755-760.
- Leviton, L., Snell, E. & McGinnis, M. (2000). Urban issues in health promotion strategies. *American Journal of Public Health*, 90(6), 863-866.
- Mann, J., Arango, V., Avenevoli, S., Brent, D., Champsagne, F., Clayton, P. et al. (2009). Candidate

- endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biological Psychiatry*, 65, 556-563. doi:10.1016/j.biopsych.2008.11.021
- Medina, C., Jegannathan, B., Dahlblom, K. & Kullgren, G. (2012). Suicidal expressions among young people in Nicaragua and Cambodia: a cross-cultural study. *BioMedCentral Psychiatry*, 12(28). doi:10.1186/1471-244X-12-28
- McGirr, A., Diaconu, G., Berlim, M., Pruessner, J., Sablé, R., Cabot, S. & Turecki, G. (2010). Dysregulation of the sympathetic nervous system, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and executive function in individuals at risk for suicide. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 35(6), 399-408. doi:10.1503/jpn.090121
- Micin, S. & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53-64. ISSN 0718-4808.
- Muñoz, S., García, P., García, S., Portabales, L., Moreno, L., Ceverino, A. & Polo, C. (2014). Conducta suicida y crisis económica. *Norte de Salud Mental*, 12(48), 36-43.
- Nelson, G., Hanna, R., Houry, A. & Klimes-Dougan, B. (2012). Protective Functions of Religious Traditions for Suicide Risk. *Suicidology Online*, 3, 59-7. ISSN 2078-54881.
- Peña, J., Kuhlberg, J., Zayas, L., Baumann, A., Gulbas, L., Hausmann-Stabile, C. & Nolle, A. (2011). Familism, Family environment, and suicide attempts among latinayouth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(3), 330-341. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00032.x
- Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J., Atuesta-Fajardo, J. & Suárez-Díaz, M. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 374-385.
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. & Ayala-Aguilera, P. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 230-240.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Ambrosi, E., Giordano, G., Girardi, P., Tatarelli, R. & Lester, D. (2010). Antidepressants and Suicide Risk: A Comprehensive Overview. *Pharmaceuticals*, 3, 2861-2883. doi:10.3390/ph3092861
- Quintero, Y., Aristizábal, O., Barraza, F., Aristizábal, A., Martínez, J. & Montoya, G. (2010). Suicidio: Revisión de aspectos neurobiológicos. *Revista de Investigaciones Universidad del Quindío*, (21), 186-193.
- Rosselló, J., Duarté-Vélez, Y., Bernal, G. & Zuluaga, M. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(3), 321-330.
- Rueda-Jaimes, G., Rangel-Martínez, A. & Camacho, P. (2011). Trastorno bipolar y suicidabilidad en pacientes colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 108-118.

- Salvo, L. & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidabilidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría versión On-line*, 46(2), 115-123. Recuperado el 14 de octubre de 2015 en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272008000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272008000200005&script=sci_arttext)
- Sánchez, R., Cáceres, H. & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22, 407-416.
- Sánchez, R., Orejarena, S., Guzmán, Y. & Forero, J. (2002). Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. *Biomédica*, 22, 417-424.
- Toro, D., Paniagua, R., González, C. & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302-308.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(1), 93-102. ISSN 1900-2386.
- Urzúa, A. & Caqueo-Urizar, A. (2011). Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 10(3), 721-734. ISSN 1657-9267.
- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 292-300.
- Wingo, A., Fani, N., Bradley, B. & Ressler, K. (2010). Psychological Resilience and Neurocognitive Performance in a Traumatized Community Sample. *Depression and Anxiety*, 27(8), 768-774. doi:10.1002/da.20675
- Wu, A., Wang, J-Y. & Jia, C-X. (2015). Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(6), 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0131715