

CARTILLA PARA LA **PREVENCIÓN** DEL **SUICIDIO**

GUILLERMO AUGUSTO CEBALLOS OSPINO
JENNIFFER MARÍA DEL TORO GRANADOS

“GRUPO DE INVESTIGACIÓN ESTUDIO DEL SUICIDIO”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA



**CARTILLA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN
EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA**

Edición: Octubre de 2008

ISBN: 978-958-8320-61-8

Autores: Guillermo Augusto Ceballos Ospino
Jenniffer María Del Toro Granados

Editor: Ricardo Rago

Diseño y Diagramación: Julio C. Valle Navarro

Diseño carátula: Andrés Caiaffa V.

Foto carátula: Sanja Gjenero

Ciudad: Santa Marta, D.T.C.H. - Colombia

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN ESTUDIO DEL SUICIDIO
CATEGORÍA A COLCIENCIAS**

El presente material no puede ser duplicado, ni reproducido por ningún medio, sin previa autorización escrita de la Editorial UniMagdalena.

© **EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA**

Dirección de publicaciones y propiedad intelectual

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Rector (e): Pedro Eslava Eljaiek

Decano de la Facultad de Salud: Guillermo Trout G.

Director de publicaciones y propiedad intelectual: Ricardo Rago Murillo



Cartilla elaborada gracias a la financiación de Fonciencias de la Universidad del Magdalena de Proyectos de Investigación del Suicidio en la ciudad de Santa Marta y para la revisión de bibliografía.



PRESENTACIÓN

Es una obligación de nuestra sociedad fortalecer el sentido de vida de los seres humanos, reflexionando a partir de la existencia de factores protectores que ayudan y engrandecen el sentido de vida de las personas.

La difusión de la presente cartilla debe estar precedida, en lo posible, por una charla introductoria a la prevención del suicidio, dirigida a los docentes, padres de familia y estudiantes, aunque por su estructuración, hecha de manera intencionada, puede ser comprendida por cualquier persona.

Esta herramienta está constituida por temáticas que contribuyen al conocimiento e identificación de factores y situaciones de riesgo, así mismo, permite tipificar las características de una persona en riesgo de cometer suicidio y poder hacer todo lo posible por su prevención.

El uso apropiado de esta cartilla aportará beneficios para toda la comunidad magdalenense, resaltando así el amor por la vida y estrechando los lazos y vínculos entre los miembros de la sociedad.

Se sugiere que en aquellas poblaciones en donde se encuentren psicólogos, trabajadores sociales, docentes y afines, sean quienes orienten y promuevan la difusión de la presente cartilla.

POESÍA A LA VIDA

La vida es una oportunidad, aprovéchala.

La vida es belleza, admírala.

La vida es beatitud, saboréala.

La vida es un sueño, hazlo realidad.

La vida es un reto, afróntalo.

La vida es un deber, cúmplelo.

La vida es un juego, juégalo.

La vida es preciosa, cuidala.

La vida es riqueza, consérvala.

La vida es amor, gózala.

La vida es un misterio, desvéalo.

La vida es promesa, cúmplela.

*La vida es tristeza, supérala.
La vida es un himno, cántalo.
La vida es un combate, acéptalo.
La vida es una tragedia, domínala.
La vida es una aventura, disfrútala.
La vida es felicidad, merécela.
La vida es la vida, defiéndela.*

Madre Teresa de Calcuta

DIFERENCIACIÓN DE TÉRMINOS

Las principales manifestaciones del comportamiento suicida, sin ser exhaustivas, son:

El deseo de morir. Es aquella manifestación de inconformidad o insatisfacción de la persona con su modo de vivir en el momento presente.

Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia; sean estas ideas sin un método específico o con el, y con o sin planificación del mismo.

El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

Suicidio consumado. Es cualquier lesión autoinflingida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

MITOS SOBRE EL SUICIDIO



Son criterios equivocados que obstaculizan la prevención de la conducta suicida, por lo que se hace necesario difundirlo por todos los medios posibles para que sean erradicados y se faciliten las acciones preventivas.

- La gente que habla o expresa su idea de suicidarse en realidad no lo hace. **FALSO.** La mayoría de las personas que comete suicidio o lo intenta ha avisado directa o indirectamente.
- Cualquiera que intenta matarse está loco.
- FALSO.** El dolor emocional extremo no es necesariamente un signo de enfermedad mental.
- Si una persona tomó la decisión de matarse nadie puede impedirlo. **FALSO.** La mayoría de los suicidas no quiere morir; sólo quieren librarse del dolor emocional y pueden tener sentimientos mezclados de vida y muerte hasta el último momento.
- La recuperación después de la crisis suicida significa que ya no existe riesgo de suicidio. **FALSO.** A pesar de empezar a sentirse mejor, los pensamientos suicidas pueden persistir durante un tiempo o reaparecer.
- Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante del último piso de un edificio bastante alto. **FALSO.** Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir.
- Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida. **FALSO.** Entre el 1 % y el 2 % de los que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10 al 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días y hasta años, por lo que es importante reconocerla para su prevención.
- Todo el que se suicida está deprimido. **FALSO.** Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, económicos, sociales, culturales, familiares, entre otros.
- El suicidio se hereda. **FALSO.** No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, como por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizo-frenias.



- El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso. **FALSO.** Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que consiste en la disminución de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.
- Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice. **FALSO.** Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
- El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado. **FALSO.** Si el sentido común nos hace asumir una postura de empatía (paciente y atenta escucha), con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención, lo cual no implica que no se envíe a la persona para ayuda especializada, de hecho es la conducta a seguir.
- Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio. **FALSO.** Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención, sin dejar de solicitar ayuda profesional especializada luego de ese primer momento.
- Los niños no se suicidan. **FALSO.** Después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y de hecho ocurre este acto a estas edades.
- Si se reta un suicida no lo realiza. **FALSO.** Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse. Debe tenerse muy en cuenta los actuales fenómenos de los grupos EMO, satánicos, entre otros, que empiezan a surgir en nuestra sociedad, por ello a estos debe tratarse como potenciales suicidas.
- Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio. **FALSO.** Con este mito se pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.

Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las siguientes sugerencias de los suicidólogos sobre como difundirlas:

1. Publicar los signos de alarma de una crisis suicida: Entre estos signos de alarma se encuentran los siguientes: Llanto inconsolable, tendencia al aislamiento, las amenazas suicidas, deseos de morir, desesperanza, súbitos cambios de conducta, afectos y hábitos, aislamiento, conductas inusuales, consumo excesivo de alcohol o drogas, realizar notas de despedidas, etc.
2. Publicar las fuentes de salud mental a las que se pudieran acudir en caso de situación de crisis suicida.
3. Divulgar los grupos de riesgo suicida.
4. Divulgar medidas sencillas que permita a la población saber qué hacer en caso de detectar un sujeto con riesgo de suicidio.

FACTORES PROTECTORES CONTRA EL SUICIDIO



En la medida de lo posible, el mejor enfoque de las actividades de prevención de la conducta suicida lo constituye el trabajo de equipo que incluye docentes, religiosos, psicólogos, médicos y trabajadores sociales que trabajen en estrecha relación con las organizaciones comunales.

Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida, deben ser desarrollados desde la más tierna infancia y en la adolescencia por el padre, la madre y otras personas significativas en el hogar y por los docentes, así como por todas las personas que tengan que ver con la responsabilidad de educarlos e inculcarles una personalidad antisuicida.

Entre los principales factores protectores tenemos:

Patrones familiares

- Buena relación con los miembros de la familia
- Apoyo de la familia

Estilo cognitivo y personalidad

- Buenas habilidades sociales
- Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros
- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar
- Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas
- Receptividad hacia conocimientos nuevos

Factores culturales y sociodemográficos

- Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades
- Buenas relaciones con sus compañeros
- Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos
- Apoyo de personas relevantes

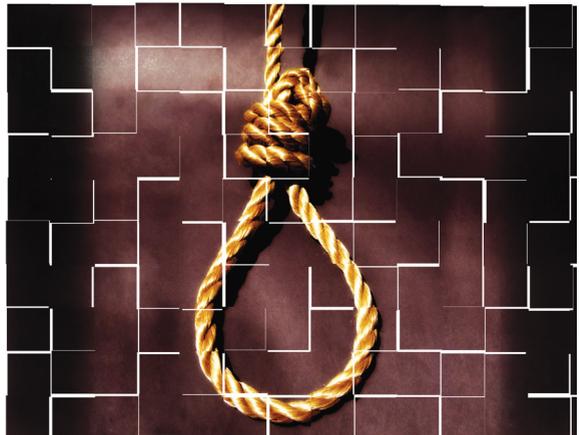
FACTORES Y SITUACIONES DE RIESGO

En circunstancias particulares, el comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y medioambientales, culturales. El análisis muestra que todos los factores y situaciones descritas más adelante, se asocian frecuentemente con intentos de suicidio y suicidios entre niños y adolescentes; pero es necesario recordar que no necesariamente están presentes en todos los casos.

Es importante destacar, también, que los factores y situaciones de riesgo descritas a continuación varían de un país a otro y de un continente a otro, dependiendo de los rasgos culturales, políticos y económicos que difieren aún entre países vecinos.

Factores culturales y sociodemográficos

El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo, no obstante, los hijos de familias con excelentes ingresos también están en riesgo de cometer suicidio. Los pueblos indígenas y los inmigrantes pueden ser asignados a este grupo, dado que a menudo experimentan no sólo





dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. En muchos casos estos factores se combina con el impacto psicológico de la tortura, heridas de guerra y aislamiento.

Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos.

Específicamente, estos conflictos de valores entre grupos es un factor poderoso para las jóvenes nacidas o criadas en un país nuevo y más libre pero que retienen fuertes raíces en la cultura de sus padres aún profundamente conservadora.

El crecimiento de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio.

Hay un riesgo más alto de comportamiento suicida entre los pueblos indígenas que entre los no indígenas.

Los atributos de inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual, constituyen también factores de riesgo para los comportamientos suicidas.

QUE HACER CUANDO ALGUIEN TE DICE QUE QUIERE SUICIDARSE:

- Averiguar si existe un riesgo inmediato de suicidio: preguntarle si tiene intención de hacerlo o sólo lo ha pensado, si tiene un plan y cuando lo llevaría a cabo. La mayoría de las veces no hay un riesgo inminente de suicidio, pero si es así, no dude en solicitar ayuda especializada.
- No lo deje sólo. Escucha atentamente lo que tenga que decir sin juzgarlo. No trate de minimizar sus problemas e intente ponerse en su lugar y entender lo que siente. Lo importante no es si lo que le dice es realista, sino cuáles son sus sentimientos. Recuerde que para esta persona sus problemas son tan graves como para preferir la muerte antes que seguir soportándolos.



- No hagas que se sienta culpable diciendo, por ejemplo, que hará un daño enorme a su familia.
- No desestimes sus sentimientos. No le diga cosas como: “Olvidate de eso”.
- Muéstrelle cariño; permita que exprese sus sentimientos.
- Dígale que lo que le sucede tiene tratamiento, que se le va ayudar en todo lo posible y hágale sentir que puede contar usted.
- Saque de su casa cualquier cosa que pudiera usar para hacerse daño, como pastillas, venenos y todo tipo de armas.
- Ayúdele a encontrar un psicólogo, psiquiatra o consejero. Dígale que no pierde nada con intentarlo, que para suicidarse siempre hay tiempo.
- Dígale que los pensamientos y deseos de suicidio siempre son temporales.
- Recuerde que una persona con deseos de suicidio debe ver a un especialista inmediatamente.
- Toque a la persona, pues el contacto piel con piel facilita la comunicación (Ej. ligera presión manual del antebrazo mientras le invita a que se desahogue).
- Hable usted lo menos posible para que predomine siempre la voz de la persona que sufre.
- No se ponga de ejemplo, ni le hable de usted ni sus experiencias personales.
- No le dé las soluciones que fueron buenas para usted, pues pueda ser que para el otro no sirva en lo absoluto.
- Si no se siente seguro en lo que está haciendo, pida ayuda. No es aconsejable el manejo en solitario de personas con riesgo de suicidio cuando haya inseguridad.

ACONTECIMIENTOS QUE PUEDEN DESENCADENAR SUICIDIOS O INTENTOS DE SUICIDIOS:

Se debe tener en cuenta que los factores de riesgo suicida son individuales y lo que para algunos son un factor de riesgo para otros es posible que no lo sea, sin embargo, a continuación se detallan de manera general los principales factores que la bibliografía especializada señala como posibles desencadenantes de la conducta suicida.

- Situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio. Los niños y adolescentes vulnerables pueden percibir aún acontecimientos triviales como altamente dañinos y reaccionar con ansiedad y comportamiento caótico, mientras que los jóvenes suicidas perciben estas situaciones como amenazas directas contra su propia imagen y sufren un sentimiento de dignidad personal herida



- Problemas familiares
 - Separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase, etc.
 - Muerte de una persona querida u otra persona importante
 - Término de una relación amorosa
 - Conflictos interpersonales o pérdidas
 - Problemas legales o disciplinarios
 - Presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos
 - Sometimiento y victimización
 - Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios
- Altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes

CÓMO IDENTIFICAR PERSONAS EN RIESGO SUICIDA, EN ESPECIAL DE JOVENES ESTUDIANTES

- Desempleo y problemas económicos
- Embarazo no planeado, aborto
- Infección con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual;
- Enfermedad física grave
- Desastres naturales.

Identificación de la angustia o desesperación y cualquier cambio repentino o dramático que afecta el desempeño de un niño o de un adolescente, su concurrencia al colegio o su comportamiento personal deben ser considerados seriamente.

Es el caso de:

- Falta de interés en las actividades cotidianas
- Descenso general en las calificaciones
- Disminución del esfuerzo
- Comportamiento inadecuado en la clase



- Ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso
- Fumar excesivamente, beber o uso inadecuado de drogas (incluyendo marihuana)
- Incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía

Estos factores ayudan a identificar los estudiantes en riesgo de aflicción mental y social que puedan albergar pensamientos de suicidio que finalmente conduzcan a comportamientos suicidas.

Si estos signos fueran identificados por un profesor o consejero del colegio, debería alertarse al equipo docente del Centro Educativo. Este deberá recomendar las acciones a emprender y llevar a cabo una evaluación concienzuda del estudiante, ya que a menudo estos síntomas son indicación de una aflicción severa que puede conducir, en algunos casos, al comportamiento suicida.

ENTRETENIMIENTO

Sopa de Letras

A	D	E	P	R	E	S	I	O	N
M	E	G	J	A	R	O	N	J	O
I	I	A	M	A	D	I	T	O	I
T	D	T	M	M	E	D	E	S	C
S	E	A	O	O	U	I	N	E	N
E	C	I	Z	S	R	C	T	F	E
O	I	D	E	A	C	I	O	N	V
T	I	M	O	H	S	U	N	Y	E
U	R	T	P	A	P	S	H	N	R
A	T	F	A	M	I	L	I	A	P

Intento Suicidio Familia Prevención Autoestima Depresión Ideación
Amor Mitos



BIBLIOGRAFÍA

- Agerbo, E., Nordentoft, M. & Mortensen, P.B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ.* 13; 325(7355): 74.
- Arroyave, J., Díaz, S., Del Toro, J. y Ceballos G. (2007). Percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Duazary.* 4(2): 112-18
- Bjaneason, TH. & Thorlindsson TH. (1994). Manifest predictors of past suicide attempts in population of Icelandic adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 24(4): 350.
- Blumenthal, S. (1988). Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clín de Norteam* 4: 999-1002.
- Cataldo, A., Cardoso, BM., Torres, CM., et al. (1998). O médico e o paciente suicida. *Rev Med PUCRS;* 8: 82-90
- Ceballos, GA. Ideación suicida en adolescentes. (2007). *Cuadernos de Psiquiatría de enlace* Junio, 7-10
- Cueva, C. y García, E. (2006). Relación entre clima social familiar y riesgo suicida en estudiantes del Centro Preuniversitario Sipán – Vallejo de la ciudad de Chiclayo. Universidad Señor de Sipán.
- Garrison, ZC., Lewinsohn, P., Marsteller, F., Langhinrichsen, J. & Laan, I. The asseasment of suicidal behavior in adolescent. *Suicide Life Theat Behav* 1991; 21: 217-31.
- Gastaminza, X., Herreros, O., Ortiz, V., Gracia, R. y Sánchez, F. (2006). Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: Intervenciones terapéuticas. *Interpsiquis*
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N. Ospina, M. y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento del suicidio en la población colombiana. *Revista colombiana de psiquiatría,* Vol. 31 #4: 271-286
- González, J. y Hernández, H. Suicidios Colombia, 2006.. *FORENSIS: Datos para la vida.* Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2007
- Hallfors, D., Waller, M., Ford, C., Halpern, C., Brodish, P., Iritani, B. (2004). Adolescent Depression and Suicide Risk. *Am J Prev Med* ; 27(3): 224-230



- Hawton, K & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*; 330;891-894
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S. Tsuang, M. (1999). Sexual Orientation and Suicidality A Co-twin Control Study in Adult Men. *Arch Gen Psychiatry*;56:867-874.
- Jacobs, D., Deutsch, N., Brewer, M. (2001). Suicide, depression, and isotretinoin: Is there a causal link?. *J Am Acad Dermatol*;45:S168-75
- Moberg, DO. (2002). Assessing and measuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *J Adult Dev* 9: 47-60.
- Nock, MK., Borges, G., Bromet, EJ., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, WT., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, JM., Huang, Y., Karam, E., Kessler, RC., Lepine, JP., Levinson, D., Medina-Mora, ME., Ono, Y., Posada-Villa, J. & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 192 (2): 98-105
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. *Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. 2001
- Pedreira, J. Las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia: Aproximación actualizada al tema. *Paidopsiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad autónoma de Madrid*. 2006
- Pérez, S. (2005). *Cómo evitar el suicidio en adolescentes*. Psicom Editores.
- Pérez, S. Ros, L. Pablos, T. y Calas, R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(1):7-11
- Prevención del Suicidio un Instrumento para Docentes y demás personal institucional. *Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001*
- Prevención del Suicidio: Un Instrumento para Médicos Generales. *Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2000*
- Raheb, C., Bielsa, A., Batlle, S., Rafael, A. y Tomás, J. *Psicopatología y conducta suicida en la adolescencia*. Interpsiquis. 2006
- Rochais, A. (2004). *La Persona y su Crecimiento, Fundamentos Antropológico y psicológicos de Formación de la Personalidad y Relaciones Humanas*. Editorial PRH Internacional, 6ta Edición. Madrid, España.



- Rodríguez, A. (2006). El suicidio y su prevención. *Revista Forensis Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-DRIP*. 2006; 275-282
- Rosenfeld, B. (2000). Actitudes hacia el Suicidio en pacientes terminales *Cancer*, 15; 88 (12): 2868-2875.
- Sánchez, R., Guzmán, Y. y Cáceres, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista colombiana de psiquiatría*; XXXIV, 1, 12-25
- Steinber, I. & Morris AS. (2001). Adolescent development. *Annu Rev Psicol*. 52: 83-110
- World Health Organization. *Figures and facts about suicide*. WHO, Geneva, 1999







