

Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío - Colombia, entre 1989 y 2008¹

Óscar Medina Pérez²
Diana Carolina Piernagorda
Ángela Johana Rengifo

Universidad de San Buenaventura, Medellín (Colombia)
Fundación Universitaria San Martín, Armenia (Colombia)

Recibido: 03/12/2009

Aceptado: 24/08/2010

Resumen

Objetivo. Describir y estimar la prevalencia del suicidio entre la población de adultos jóvenes del departamento del Quindío-Colombia, durante el periodo 1989–2008. **Método.** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo con base en los datos obtenidos del Instituto Seccional de Salud del Quindío. **Resultados.** Se detectaron 683 suicidios, de los cuales 321 correspondieron a adultos jóvenes; de ellos, 262 (82%) fueron hombres y 59 (18%) mujeres. En cuanto a los mecanismos para el suicidio, los hombres recurrieron más al arma de fuego y el ahorcamiento (35%, respectivamente) y las mujeres a la intoxicación (59%). Las mayores tasas de suicidio se encontraron entre los 18-24 años. **Conclusión.** Debido a las altas cifras de suicidio encontradas en la región, se recomienda a las autoridades competentes la realización de campañas de prevención.

Palabras clave. Prevalencia de suicidio, factores de riesgo.

Abstract

Objective. To describe and estimate the prevalence of suicide among young adults in the Quindio department, Colombia during the period 1989–2008. **Method.** A quantitative-descriptive study was carried out based on data obtained from the Quindio Area Health Institute (*Instituto Seccional de Salud del Quindío*). **Results.** 683 suicides were detected, of which 321 were young adults; 262 (82%) male, and 59 (18%) female. With regard to the methods used, the men principally used a firearm and hanging (35% respectively) and the women poisoning (59%). The highest rates of suicide were found in the age range of 10-24. **Conclusion.** Due to the high rates of suicide found in the region, it is recommended that the corresponding authorities launch prevention campaigns.

Keywords. Prevalence of suicide, risk factors.

¹ Este artículo se deriva de la investigación: “El suicidio en el Quindío”, financiada y dirigida por el Programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura de Medellín, conducida en el año 2009.

² Correspondencia: oscar.medina@unad.edu.co.

Resumo

Escopo. Descrever e calcular a prevalência do suicídio entre a população de adultos jovens do Departamento do Quindío- Colômbia no período 1989-2008. **Metodologia.** Para isto se fez um estudo quantitativo- descritivo baseado nos dados obtidos do Instituto Seccional de Saúde do Quindío (ISSQ). **Resultados.** Foram detectados 683 suicídios, dos quais 321 são correspondentes a adultos jovens; de estes, 262 (82%) foram homens e 59 (18%) foram mulheres. Sobre os mecanismos para o suicídio, os homens recorreram mais à arma de fogo e enforcamento (35% respectivamente) e as mulheres à intoxicação (59%). As maiores taxas de suicídio se acham entre os 18-24 anos de idade. **Conclusão.** Devido às altas cifras de suicídio na região, recomenda-se às autoridades competentes a realização de campanhas de prevenção.

Palavras chave. Prevalência de suicídio, fatores de risco.

Introducción

La mortalidad por suicidios se ha convertido en un problema de prioridad para la salud pública tanto en Colombia como a nivel internacional, de tal manera, para el año 2020 tendremos cifras cercanas al 1'500.000 suicidios por año en todo el mundo, siendo los países pobres los más afectados por dicha problemática (Forero, 2009). Los suicidios generan anualmente miles de millones de dinero en pérdidas, además de producir la devastación social, emocional y económica de las personas que están alrededor del suicida (Le Galès-Camus, s.f. citado por la Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2004). De hecho, Guibert (2002) manifiesta que a nivel mundial los suicidios han aumentado entre las causas externas de mortalidad. Así, en 1990 murieron por suicidio aproximadamente 818.000 personas, de las cuales 267.000 se encontraban entre las edades de 15 a 29 años. En los países desarrollados el 50% de los suicidios se concentran entre los 30 y 44 años, mientras que en el Tercer Mundo esas cifras corresponden a las edades de 15 a 29 años (Christopher, Murray y López, 1995, citado por Guibert, 2002).

Por otro lado, existe variabilidad en las tasas de suicidio entre los diferentes países, tal es el caso de Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del Este, donde las tasas de suicidio son elevadas, al estar por encima de 25/100.000 habitantes; mientras que España, Italia y Egipto, tienen tasas por debajo de 5/100.000 habitantes; y Estados Unidos se halla en una situación intermedia (Kaplan, 1999, citado por García y Peralta, 2002). Del mismo modo, se encuentran países como Colombia, Ecuador, Venezuela, Brasil, Chile y México que presentan cifras que oscilan entre los 3 y 7 casos por 100.000 habitantes (Forero, 2009). Los

índices de suicidio en Colombia han mostrado un aumento significativo en los últimos 30 años, donde las tasas aumentaron en más de un 100%, al pasar de 2,5 a 5. (Cendales, Vanegas, Fierro, Córdoba y Olarte, 2007). De hecho, los datos de la Secretaría de Salud de Bogotá muestran que en el año 2000 la tercera causa de muerte de los jóvenes de 14 a 26 años de edad se debió a las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), con un 7.0% del total de muertes (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004). De igual manera, en la ciudad de Pereira se ha visto un significativo incremento en las tasas de suicidio en la población entre los 20 y 40 años (López, Robledo y Martínez, 2003).

Respecto a los factores de riesgo, se encuentran los sociodemográficos, que incluyen: edad, género, historia laboral, estado civil, escolaridad; los comportamientos relacionados con el suicidio, como lo son los intentos previos, presencia de planes concretos para poner fin a la vida y el tiempo de aparición de la ideación suicida. También se han documentado asociaciones con trastornos mentales previos (Posada, Rodríguez, Duque y Garzón, 2003). Sin embargo, existen otros factores desencadenantes de la conducta suicida tales como problemas personales, dificultades económicas, fracasos laborales; en las mujeres se encuentra una alta incidencia de embarazos no deseados (Tuesca y Navarro, 2003).

La adultez temprana está comprendida a partir de los 18 hasta los 34 años de edad, y las causas relacionadas con el suicidio en esta etapa se refieren a la intimidad, la paternidad y la iniciación de una carrera u ocupación, al constituir un periodo de asentamiento y consolidación de las raíces y al mismo tiempo de avance. (Poldinger, 1969, citado por Castro, 2007). No obstante, no se puede pasar por alto el hecho de que algunos investigadores

consideran que en el suicidio intervienen también factores biológicos (Ballesteros et al., 2009).

Todo lo anterior resalta la importancia de desarrollar el presente estudio. La conducta suicida es una problemática de gran magnitud que merece ser estudiada a profundidad; a su vez, existen pocas investigaciones realizadas entre población joven a nivel nacional y regional. Por ello, se consideró pertinente describir y estimar la prevalencia del suicidio entre la población de adultos jóvenes del departamento del Quindío-Colombia, durante el periodo 1989–2008. Los datos de este estudio proporcionan material estadístico y referencial, el cual puede ser tomado como base para investigaciones posteriores y/o desarrollar estrategias de intervención frente a posibles factores de riesgo suicida en esta población.

Método

Diseño. Esta investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, y buscó especificar la prevalencia de la conducta suicida, entre los años 1989 – 2008, en el departamento del Quindío- Colombia. Los datos se obtuvieron de dos fuentes secundarias: por un lado, se tomaron las proyecciones poblacionales por género y grupos etarios suministradas por el Departamento Nacional de Estadísticas de Colombia [DANE], y por el otro, los datos sobre los suicidios en el periodo señalado, entregados por el Instituto Seccional de Salud del Quindío [ISSQ], el cual genera la información a partir de los registros de las actas de defunción, diligenciadas por el Instituto de Medicina Legal.

Procedimiento. Del informe entregado por el ISSQ se procesaron los siguientes registros: edad, sexo, mecanismo de lesión y fecha. Es de aclarar que los datos de mecanismos de lesión se obtuvieron a partir de 1995. Estos datos fueron ordenados y tabulados, y para garantizar la confiabilidad de la información, una vez hecha la tabulación se procedió a revisarlos nuevamente con el fin de verificar que no se hubiese eliminado por error algún registro en el proceso. Luego, se aplicaron datos estadísticos para analizar los resultados. Asimismo, los factores de riesgo, impacto y formulación de hipótesis fueron construidas por medio de una Matriz Vester. Las hipótesis resultantes fueron dos: una, que el suicidio depende del género; y otra, en la que el suicidio depende de la edad. Para la primera, se formuló como alternativa que los hombres tendrían

un mayor índice de mortalidad por suicidio con respecto al género femenino, y como nula que los hombres no se suicidarían en mayor proporción que las mujeres. Para la segunda, se propuso como alternativa que tanto los hombres como las mujeres se suicidarían a menores edades, y como nula el que la edad no tiene incidencia en la conducta suicida. La validación de las hipótesis se utilizó la prueba Chi Cuadrado.

Resultados

De acuerdo con los datos arrojados por el ISSQ, se observó que durante el periodo de 1989-2008 hubo un total de 683 suicidios consumados, de los cuales 321 corresponden a adulto joven, etapa comprendida entre los 18-34 años de edad, lo cual representa el 47% de los suicidios, frente a un 53%, que equivale a 362 casos de suicidio en el resto de la población.

En lo concerniente a la distribución por sexo, se encontró que 262 de los suicidios consumados fueron llevados a cabo por hombres, equivalente al 82%, y por 59 mujeres, correspondiendo al 18%, para una relación de 4:1, es decir, que por cada 4 hombres se suicida una mujer.

En cuanto al mecanismo de muerte, se halló que el 32% de adultos jóvenes eligieron como mecanismo de muerte el ahorcamiento; el 32% el arma de fuego; un 30% prefirió la intoxicación, mientras que el lanzamiento al vacío fue utilizado únicamente por el 4%. Al analizar el mecanismo por sexo, el método preferido por los hombres fue el arma de fuego y ahorcamiento con un 35%, seguido de intoxicación con un 24% y por lanzamiento al vacío 2%. A diferencia de las mujeres, el método más usado es intoxicación con un 59%, arma de fuego 16% y 15% ahorcamiento. En el 2% de los casos masculinos y el 1% de los femeninos no se reportó el mecanismo de lesión.

Al analizar los suicidios por municipios del departamento del Quindío, se encontró que en Armenia (ciudad capital) fueron reportados 175 casos, mientras que en los demás municipios se presentaron 146 por esta causa. Durante el periodo estudiado se presentó un cambio importante: en el primer quinquenio se registraban mayor número de muertes en el resto de municipios, pero a partir de 1999 esa tendencia cambió por completo, registrándose en Armenia 129 suicidios frente a los 89 del resto del Departamento (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Suicidios en el departamento del Quindío, 1989-2008

	1989-1993	1994-1998	1999-2003	2004-2008	Total
Armenia	13	33	80	49	175
Resto municipios	28	29	55	34	146

Fuente: Instituto Seccional de Salud del Quindío [ISSQ] y Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE].

A nivel de tasas, se encontró que la tasa global de suicidio en adulto joven es de 11,6, distribuida por grupos de edad de la siguiente manera: de 18-24, una tasa de 14,7; 25-29, de 9,7, y de 30-34, de 9,4. Las tasas más altas para el departamento del Quindío, durante el periodo 1989-2008, se dieron entre los 18-24 años de edad. También se evidenció que en el quinquenio 1999-2003 hubo un aumento significativo en las tasas de suicidio en todas las edades y sexos.

Por otra parte, se observó consistencia en el suicidio masculino en las edades de 25-29 años,

entre los quinquenios de 1999-2003 y 2004-2008, con tasas de 21,4 y 20,1 respectivamente. Es importante resaltar que en población femenina, al igual que en la masculina, las tasas más altas se encontraron dentro del rango de 18-24 (8,6) y 25-29 (8,2), durante el periodo comprendido de 1999-2003; y en años posteriores desciende a 6,5 y 5,0; sin embargo, se conservó una prevalencia alta (Véase Tabla 2).

Tabla 2. Tasas de suicidio (/100.000 habitantes.) por grupos etáreos y sexo en el departamento del Quindío, 1989-2008

Año	Hombre			Mujer		
	18-24	25-29	30-34	18-24	25-29	30-34
1989-1993	12,3	5,6	10,6	4,0	0,9	-
1994-1998	21,5	13,8	10,8	1,3	2,7	0,9
1999-2003	42,2	21,4	26,0	8,6	8,2	7,7

Fuente: Instituto Seccional de Salud del Quindío [ISSQ] y Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE].

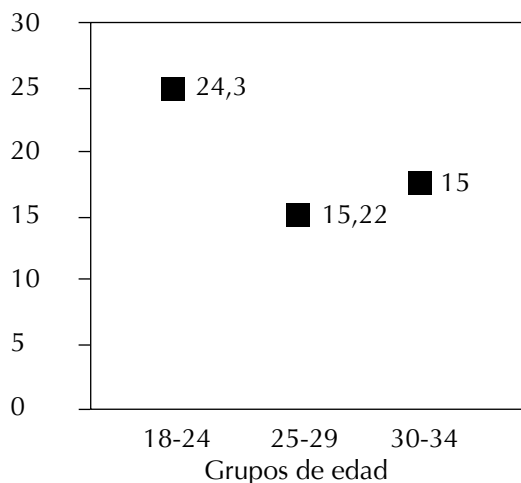
Al realizar el análisis estadístico, resaltó el hecho de que el comportamiento del suicidio en el adulto joven en los veinte años estudiados no fue normal: con un coeficiente de variación de 19,6% y una curtosis de 0,01, lo que indica que los datos están muy dispersos. Es por ello que los valores de la media, mediana y moda no coinciden: la primera tiene un cifra de 24,84, la segunda de 23,71 y la tercera de 22,1 años. Se encontró también una desviación típica alta: 4,86 años.

Los cuartiles 1, 2 y 3 (25%, 50% y 75%) para la edad arrojó los siguientes datos: 20,8 años; 23,7

y 28,5 años, es decir, el 75% de los suicidios en el periodo estudiado se cometieron antes de los 28,5 años.

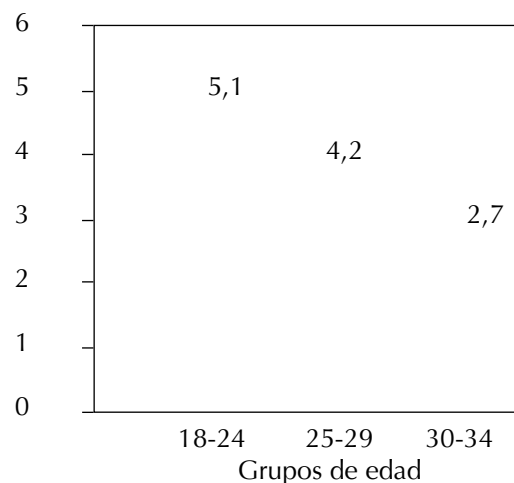
Por otro lado, se determinó que el suicidio, tanto en hombres como en mujeres, es inversamente proporcional a la edad (Véase Figuras 1 y 2). Se resalta un hallazgo encontrado en los varones: si bien es cierto que el suicidio entre ellos es inversamente proporcional, se notó un leve incremento en el grupo de edad de los 30 – 34, frente a los de 25 – 29 (Véase Figura 1).

Figura 1.
Tasas de suicidio masculinas de adulto joven,
entre 1989 – 2008, en el Quindío



Fuente: Instituto Seccional de Salud del Quindío [ISSQ] y Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE].

Figura 2.
Tasas de suicidio femeninas de adultas jóvenes,
entre 1989 – 2008, en el Quindío



Fuente: Instituto Seccional de Salud del Quindío [ISSQ] y Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE].

Al realizar las prospectivas, se halló que el 81% de las personas que se suiciden serán hombres, mientras que el 18% restante serán mujeres. Igualmente, al realizar las probabilidades con respecto al mecanismo, el 21% de los hombres utilizará la intoxicación; el 30%, el ahorcamiento, y el 30%, arma de fuego, como método para acabar con su vida; mientras tanto el 11% de las mujeres elegirá la intoxicación, un 3% utilizará el ahorcamiento y otro 3%, las armas de fuego.

Por otro lado, se obtuvo que la variable temporal tuvo una fuerte influencia en la autodeterminación de muerte. Se afirma esto porque las mayores cifras de suicidio están a partir de 1999, año en que ocurrió el terremoto que sacudió al Quindío, y en especial a su capital Armenia (Véase Tabla 2).

Las hipótesis se validaron empleando la prueba Chi Cuadrado; esta técnica arrojó una cifra de 55,4; por tanto, se aceptaron las hipótesis alternas, esto es, que el suicidio tiene una estrecha relación con el género y la edad.

Discusión

Se constata en el presente trabajo que durante el periodo de 1989-2008 hubo un total de 683 suicidios consumados en el departamento del Quindío, de los cuales 321, o sea un 47%, corresponden a adultos jóvenes. Además, de ellos el 82% fueron cometidos por hombres (262 casos) y el 18% por mujeres (59 casos). Se halló, también, que el método preferido por los hombres es el ahorcamiento y el arma de fuego, con un 35% cada uno; mientras que las mujeres prefieren la intoxicación, en un 59% de los casos. Se evidenció que, estadísticamente, el comportamiento del suicidio no fue normal en los 20 años de estudio. Los suicidios, tanto en hombres como en mujeres fueron inversamente proporcionales a la edad; pero en hombres se certificó que hay un leve repunte en el grupo de 30-34, frente al de 25-29 años.

Por otra parte, se evidenció que las cifras de suicidio en adulto joven en el Departamento del Quindío fueron fluctuantes en el periodo comprendido entre 1989-2008, observándose que

durante 1999 a 2003 la tasa de suicidio aumentó considerablemente. Sin embargo, de 2004-2008 desciende un 60%, aunque cabe aclarar que es una cifra alta en comparación con el periodo de 1989-1998, donde se presentaron las tasas más bajas. Ahora bien, el aumento tan alto que se presentó en las cifras de suicidio en el quinquenio 1999-2003 coincide con el terremoto que sufrió este Departamento en 1999, y con los trastornos que produjo éste. Ya Krug et al. (1998) había señalado que las víctimas de desastres naturales, como huracanes, inundaciones y terremotos, son más propensos a desarrollar estados depresivos que pueden llevar al suicidio.

En cuanto a la distribución de los suicidios por sexo, el 82% de los casos fueron cometidos por hombres y tan sólo el 18% por mujeres, lo que permite concluir que por cada cuatro hombres se suicida una mujer. A nivel nacional, otros estudios han encontrado comportamientos similares al hallado en el Quindío, como lo fue Manrique, Ochoa, Fernández, Escamilla y Vélez (2002), en Antioquia, donde verificaron que la relación es de 3,2 a 1 en ese Departamento. En un estudio realizado en la ciudad de Medellín se observó un dato muy similar al hallado en el Quindío, ya que estableció que los hombres recurren al suicidio en un 79.4% de los casos y las mujeres en el 20.6% (Palacio et al., 2005).

Cuando se analizan las tasas de suicidio por grupos de edad, se evidencia que las más altas para el departamento del Quindío se encuentran entre los 18-24 y de 25-29 años de edad en hombres. Ya Valenzuela (2008) había señalado: "el rango de edad que tiene mayor frecuencia se establece entre 20 y 24 años, tanto para mujeres como para hombres" (p. 196). De ahí que la tendencia encontrada en el Quindío es similar a cifras nacionales, como lo constataron Cendales et al. (2007) en su trabajo. De la misma forma, en la ciudad de Pereira la tasa de suicidio aumenta en personas entre los 20 y los 49 años; sin embargo, la mayor proporción corresponde al grupo que se encuentra entre los 20 y 29, con el 37,5% (López et al., 2003). Comportamiento similar encontró Ceballos (2004) en la ciudad de Santa Marta. Esta tendencia nacional está en concordancia con cifras halladas en algunos países europeos como Irlanda, España y las repúblicas que formaban parte de la Unión Soviética (León, Muñoz, Pertusa y Romero, 2007; Levi et al., 2003, citados por Cendales et al., 2007).

En cuanto a los mecanismos para la conducta suicida, de los cuales se encontró que los más utilizados en el Departamento del Quindío son: el ahorcamiento y el arma de fuego correspondiente a un promedio de 32%, y la intoxicación, con el 30%. En efecto, se evidenció un comportamiento similar en una investigación llevada a cabo sobre las características de los suicidas en Bogotá durante el periodo de 1985-2000, donde, en el año 2000, el principal método fue el ahorcamiento, seguido por el arma de fuego y la intoxicación (Sánchez, Orejarena y Guzmán., 2004). Sin embargo, se observó, en este estudio, que los mecanismos de autolesión cambian según el género, donde el más utilizado por hombres fue el arma de fuego y ahorcamiento, con un 35%, seguidamente de intoxicación, con un 24%; mientras las mujeres optaron por intoxicación, con un 59%; arma de fuego, 16% y 15%, ahorcamiento. Del mismo modo, se identificó que en Santa Marta, en el año 2002, los principales mecanismos de lesión fueron la intoxicación, el arma de fuego y ahorcamiento; a su vez, encontrándose que la edad promedio de los hombres fue de 35 años y de las mujeres de 26 años, edades que corresponden a adultos jóvenes. Sin embargo, difiere con Quindío en cuanto a la prevalencia del método utilizado, puesto que en Santa Marta se dio la siguiente distribución: 33%, 27% y 27%, respectivamente (Ceballos, 2004).

Acorde con lo anterior, un estudio realizado en México, durante el periodo comprendido entre 1990-2001, encontró que los hombres escogen suicidarse a través de formas más letales como es el uso de armas, el ahorcamiento o la precipitación, característica que puede ayudar a explicar por qué los hombres consuman más suicidios que las mujeres, mientras que éstas últimas tienden a una mayor predilección por la intoxicación con sustancias químicas o el envenenamiento, las cuales demoran en provocar la muerte (Puentes, López y Martínez, 2004).

Entre los factores de riesgo que conducen al suicidio están las crisis financieras, dado que a las personas les cuesta lidiar con la pobreza; el desempleo; las deudas; la desesperación; la sensación de pérdida de estabilidad económica, viéndose afectadas las clases media y baja (OMS, 2008). También se ha reportado que el consumo de sustancias psicoactivas puede estar asociado con la conducta suicida. El Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia estima que el riesgo de suicidio entre drogadictos es muy alto: 20 veces

más para los consumidores de heroína; 7 para los de marihuana y cocaína, y 5 para los de bazuco (ISSQ, 2008). De igual manera, se ha visto que el alcohol etílico es también un factor de riesgo, y que el 15% de los alcohólicos en fases tardías cometen suicidio (Mosquera, Parra, Acero y Escobar, 1996). Estos factores pueden explicar en parte las altas tasas de suicidio en el Quindío. Por un lado, tenemos el estudio realizado por el ISSQ 2006-2007, donde se observa que la población más vulnerable para el consumo de heroína está en los hombres entre los 14 y los 24 años; además, el Departamento tiene una de las prevalencias más altas de consumo de SPA del país (Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009).

De la misma forma, hay que resaltar la incidencia que tienen los factores socioculturales como la violencia, agresividad y delincuencia en la conducta suicida (Campos, 2003, citado por Núñez, Olivera y Lozada, 2008). De ahí que en el Quindío el 77% de las mujeres ha sido víctima de violencia intrafamiliar, mientras que en hombres es de 23.0%, donde tiene un papel importante la historia familiar, vivencias o exposición que haya tenido en la niñez (ISSQ, 2007).

Para finalizar, es importante mencionar las limitaciones presentadas durante el desarrollo de la investigación, entre ellas se tiene: la falta de información de mecanismo de lesión, ya que está registrado a partir de 1995, lo cual implicó no tener una mayor amplitud sobre los resultados de esta variable. Otro de los aspectos a tener en cuenta es que el material de referencia en esta etapa del ciclo vital es limitado, puesto que se ha realizado un mayor número de trabajos en adolescencia y adultez mayor. Asimismo, el principal aporte que tiene el presente trabajo es la identificación de las posibles variables que pueden estar desencadenando los índices de suicidio en este periodo de tiempo (1989-2008); primordialmente el evento sísmico ocurrido en 1999, que evidencia un incremento significativo en la conducta suicida; además, el Departamento no cuenta con investigaciones realizadas sobre suicidio en adulto joven; de ahí, se reconoce la necesidad de proporcionar material estadístico y referencial que pueda ser tomado como base por investigaciones posteriores que pretendan indagar más sobre dicho tema. De igual manera, que la investigación sirva para que los entes de salud, educación, jurídica y desarrollo social tengan más herramientas a la hora de desarrollar estrategias de prevención del suicidio.

Reconocimientos

Los autores expresan sus agradecimientos a Francia Merly Rivas y Manuel Iván Angulo Cubides, quienes colaboraron activamente en la construcción del presente artículo.

Referencias

- Ballesteros, V., Panparamborda, M., Murillo, N., Hernández, S., Pérez, C. y Méndez, A. (2009). Análisis epidemiológico de los fallecimientos por suicidio, Uruguay. Año 2000. *Revista de Salud Pública*, 8(1), 6-17.
- Castro, J. (2007). Aspectos médico legales del suicidio en Costa Rica. *Epidemiología del suicidio en Costa Rica, del 2000 al 2004. Medicina Legal Costa Rica*, 24, 67-80.
- Ceballos, G. (2004). Características de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante el año 2002: un informe de casos. *Duazary*, 1, 24-28.
- Cendales, R., Vanegas, C., Fierro, M., Córdoba, R. y Olarte, A. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Revista Panamericana Salud Pública*, 22, 231-8.
- Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2008: Informe Final. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Forero, J. (2009). Programa presidencial "Conductas suicidas en Latinoamérica". *Asociación Psiquiátrica de América Latina [APAL]*. Recuperado el 11 de octubre, 2009, de <http://www.apalweb.org/docs/programasuic.pdf>
- García, E. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 87-96.
- Guibert, W. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18 (2), 139 - 142.
- Instituto Seccional de Salud del Departamento del Quindío, [ISSDQ]. (2008). Caracterización de la población consumidora de heroína: Quindío. Diagnóstico por uso, abuso y dependencia - 2006 - 2007.
- Krug, E., Kresnow, M., Peddicord, J., Damlberg, L., Powell, K. y Crosby, A. (1998). El suicidio después de ocurrir desastres naturales. *New*

- England Journal of Medicine*, 338, 373-378. Recuperado el 11 de octubre, 2009, de http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_6_00/res03600.htm
- López, C., Robledo, J. y Martínez, W. (2003). Tendencia del suicidio en Pereira 1992-2001. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia [CRNV], Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 8, 25-28.
- Manrique, R., Ochoa, F., Fernández, L., Escamilla, R. y Vélez, E. (2002). Comportamiento del suicidio en Antioquia 1998-2000. *Revista CES Medicina*, 16, 7-17.
- Mosquera, M., Parra, L., Acero M. y Escobar, F. (1996). Evaluación y manejo del paciente suicida. *Nuntius* [serie en red], 5, 43-49. Recuperado el 11 de octubre, 2009, de http://laemental.iespana.es/suic_2.htm
- Núñez, N., Olivera, S. y Lozada, I. (2008). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Revista Pensamiento Psicológico*, 4, 85-100.
- Organización Mundial de la Salud, [OMS]. (2008). *OMS advierte: Crisis financiera aumentará los suicidios*. Recuperado el 11 de octubre, 2009, de <http://www.radiolaprimerisima.com/noticias/general/39247>
- Organización Panamericana de la Salud, [OPS] (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Recuperado el 11 de octubre, 2009, de <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=5259&SE=SN>
- Palacio, C., García, J., Diago, J., Zapata, C., Ortiz, J., López, G. y López, M. (2005). Characteristics of people committing suicide in Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 7, 243-253.
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 17-32.
- Posada, J., Rodríguez, M., Duque, P. y Garzón, A. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el estudio nacional de salud mental, Colombia 2003 (ENSM). *Revista Nova*, 5, 84-91.
- Puentes, E., López, L. y Martínez, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana Salud Pública*, 16, 102-109.
- Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19-28.
- Valenzuela, D. (2008). *Suicidio Colombia 2008. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 191-215*. Recuperado el 11 de octubre, 2009, de <http://www.medicinalegal.gov.co/drip/2008/6%20Forensis%202008%20suicidio>.