

# PREVALENCIA DEL SUICIDIO FEMENINO EN EL QUINDÍO, 1989-2008

## PREVALENCE OF FEMALE SUICIDE IN QUINDIO, 1989-2008

Recibido: noviembre 30 de 2009/ Aceptado: diciembre 14 de 2009

ÓSCAR MEDINA PÉREZ\*, MAYRA ZULIAN MENDOZA OROZCO\*\*,  
CATALINA MUÑOZ MEJÍA\*\*

*Universidad de San Buenaventura Medellín - Colombia*  
*Fundación Universitaria San Martín de Armenia - Colombia*

### Key words:

Female Suicide, Risk Factors, Suicide Prevalence.

### Abstract

This study is aimed to determine the prevalence of female suicide in the department of Quindio in the years 1989-2008. Regarding this, the database of the Sectional Health Institute of Quindio (ISSQ) was used. 117 cases of female suicide were reported in the 20 documented years, the most widely used method was intoxication with a prevalence of 51.5%, followed by hanging with 21.2%. The highest rates are found in the period of five years between 1999-2003, period when the department was recovered from the 1999 earthquake. In the period of five years between 2004-2008, the highest rates were between 10 and 19 years old, with a rate of 7.2, and these numbers increased because the group of 10 to 14 years old presented a rate of 4.6.

### Palabras clave:

Suicidio Femenino; Suicidio Quindío; Factores de Riesgo, Prevalencia Suicidio.

### Resumen

El objetivo de este estudio consistió en conocer la prevalencia del suicidio femenino en el departamento del Quindío entre los años 1989-2008. Para ello se recurrió a la base de datos del Instituto Seccional de Salud del Quindío (ISSQ), encontrándose un total de 117 casos de suicidio femenino que se reportaron en los 20 años estudiados. El medio más utilizado fue la intoxicación, con una prevalencia del 51,5%, seguido del ahorcamiento, con 21,2%. Las mayores tasas se encuentran en 1999-2003, años en que el departamento se recuperó del terremoto de 1999. En 2004-2008, las tasas más altas estuvieron entre los 10 y 19 años, con un total de 7,2%; dichas cifras aumentaron porque el grupo de 10 a 14 años presentó una tasa de 4,6.

---

\* Docente investigador Programa de Psicología Universidad de San Buenaventura Medellín en convenio con la Fundación Universitaria San Martín de Armenia. omedina1969@yahoo.es

\*\* Investigadoras de la línea en Psicología y Pedagogía Social. Estudiantes del Programa de Psicología Universidad de San Buenaventura Medellín en convenio con la Fundación Universitaria San Martín de Armenia.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio ha sido definido por Shneidman (2001) como: *el acto humano de causar la cesación de la propia vida*. Este acto puede efectuarse a través de una lesión autoinfligida o por una omisión voluntaria. Kelly (s.f., citado por González, Cubillos, Valencia & Rodríguez, 2000) define al suicida como *aquel que con la muerte pretende validar la vida y que acude a esa solución, bien porque su mundo le resulta impredecible o bien porque sus anticipaciones le parecen excesivamente regulares, obvias y carentes de interés*.

Esta problemática es el resultado de una interacción de factores genéticos, psicológicos, sociológicos, biológicos, ambientales y culturales (Organización Mundial de la Salud, 2006). Se ha presentado en todas las sociedades y épocas y se ha entendido como *una cuestión de la moral, la espiritualidad, la filosofía, procesos inconscientes, disfunciones biológicas, fuerzas del medio ambiente o una combinación de todos* (Medina, Cardona & Rativa, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006), este fenómeno constituye un problema de salud pública a escala mundial. Solo en el año 2000 se suicidaron aproximadamente 1.000.000 de personas en el mundo, lo que coloca al suicidio entre las primeras causas de muerte en varios países. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 2.750 personas y también lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, etcétera (Barrero, 1999). Se presume incluso que las tasas efectivas de suicidio son mucho mayores a las reportadas (OMS, 2000). En este sentido,

Medina, López y Blanco (1997) señalan que las cifras de suicidio no son homogéneas y varían mucho de una región a otra, y que en los últimos 50 años han aumentado aproximadamente en un 60%.

Colombia se encuentra entre los países con tasas medias de suicidio, pero las cifras han variado de forma importante durante los últimos 20 años, oscilando entre tres y cinco por cada 100.000 habitantes (Ballesteros, s.f.). Datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2003, citado por Posada, Rodríguez, Duque & Garzón, s.f.) indican que la tasa de suicidios durante 2003 fue de 4,4%, y en cuanto a su recurrencia, se sabe que en el ámbito nacional la tasa de suicidios registra la realización de uno cada cuatro horas. El principal mecanismo utilizado es la intoxicación (31%), seguido por las heridas por arma de fuego (30%) y el ahorcamiento (27,3%) (Sánchez, Orejarena, Guzmán, 2004).

El 77% (1.485) de los suicidas pertenecen al género masculino, y por cada mujer que se suicida lo hacen tres hombres (Alejo, González & Hernández, s.f.). Algunas investigaciones atribuyen esta situación al hecho de que los hombres utilizan medios más letales o violentos en el momento de escoger el mecanismo causal. Las mujeres, en cambio, lo intentan más veces, pero con resultados menos letales (Medina *et al.*, 2009).

Las fuentes también precisan que en el caso de las mujeres, los grupos de edad con mayores tasas específicas son el de 10 a 19 años y el de 20 a 29 años, presentándose un mayor incremento en el primero de esos grupos en el tiempo. Hasta 1997, el grupo de 20 a 29 años tenía las tasas específicas más altas, pero, a partir de 1998, las

mayores tasas corresponden al grupo de 10 a 19 años (Cendales, Vanegas, Fierro, Córdoba & Olarte, 2007).

Dado que el suicidio tiene orígenes múltiples, los factores de riesgo se han clasificado de manera consecuente. De este modo, se han determinado tres clases de suicidios: primarios, secundarios y terciarios. En los primarios se incluyen aquellos cuyas víctimas padecen trastornos psiquiátricos y enfermedades crónicas; los secundarios comportan actitudes disfuncionales y los terciarios hacen referencia a factores demográficos como el género, la edad, y la pertinencia a un grupo social débil, minoritario y frecuentemente señalado (Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006). La presencia de patologías psiquiátricas como depresión, esquizofrenia y trastornos de personalidad también se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas (Madrigal, s.f.). Además, en el acto del suicidio pueden influir las conductas irritables, agresivas, impulsivas y de desesperanza (Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002), así como el hecho de que la víctima se sienta excluida por la familia (Reyes & Torres, 2001) o por su grupo social (Nápoles, Sorí, Concepción & García, 1998). Pérez (1999) también relaciona el suicidio con el fácil acceso a métodos para llevar a cabo el acto suicida, como la exposición a relatos verdaderos o ficticios relacionados con el hecho (imitación), el haber vivido eventos traumáticos o desfavorables en la vida: maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual, entre otros; y, finalmente, otros autores lo relacionan con el padecimiento de enfermedades crónicas, principalmente en adultos (Pérez, Ros, Pablos & Calás, 1997).

La realidad expuesta ha revelado la importancia de la prevención tanto en Colombia como en el mundo,

tomándose particularmente en cuenta que el suicidio está influenciado por factores psicosociales que requieren cambios en la forma de vivir.

## MÉTODO

Se efectuó un estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal, tomando como base los registros de suicidio proporcionados por el Instituto Seccional de Salud del Quindío (ISSQ), en el periodo de 1989 a 2008. Las proyecciones poblacionales se realizaron con los datos suministrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). La base de datos facilitada por el ISSQ proporcionó variables como sexo, edad, lugar de residencia, municipio del hecho y el método de lesión, aunque de este último solo se encuentran registros a partir de 1995. Por las anteriores razones, el presente estudio se limitará al análisis de estas variables.

## RESULTADOS

### Variable sexo

Con base en los datos suministrados por el ISSQ, el total de suicidios en el departamento del Quindío fue de 683 en el periodo comprendido entre 1989-2008. De estos, 566 (82%) conciernen al género masculino y 117 (17%) al femenino, es decir, que por cada mujer se están suicidando 4,8 hombres (ver figura 1).

### Variable municipio

La presente investigación comprende los 12 municipios del departamento del Quindío. Como hecho destacable se ha encontrado que, entre los años 1989 y 1998, el suicidio presenta un nivel bajo en todos los mu-

**Figura 1. Resultados de suicidio**



Fuente: Instituto Seccional de Salud del Quindío (ISSQ)

nicipios, en comparación con el periodo comprendido entre 1999-2008. Es fundamental aclarar, sin embargo, que desde 1989 hasta 1996, el suicidio presenta un índice más alto en los municipios distintos a la capital, Armenia; pero, a partir de 1997 y hasta el 2008, el índice se incrementa en Armenia de una manera significativa (ver tabla 1).

El total de suicidios en Armenia para el periodo de estudio es, en efecto, de 55,6%, mientras que en el resto de municipios acumula un 44,4%.

**Tabla 1. Suicidios por municipios**

AÑO	1989	1994	1999	2004-
	1993	1998	2003	2008
ARMENIA	6	7	26	26
RESTO MUNICIPIOS	9	7	19	17

Fuente: Instituto Seccional de Salud del Quindío (ISSQ)

**Variable mecanismos de lesión**

Como se ha dicho, en la base de datos suministrada por el ISSQ solo se registra el método de lesión utilizado a partir de 1995, por esta razón el análisis corresponderá al periodo comprendido entre 1995-2008. Du-

rante este periodo se encontraron 99 casos de suicidio, en tres de los cuales no se reportó mecanismo alguno. Hecha esta precisión, se encuentra que el principal mecanismo de suicidio fue la intoxicación (51,5%), seguido por el ahorcamiento (21,2%) y el arma de fuego (16,1%), siendo utilizados en menor proporción el lanzamiento al vacío (7%), y el arma blanca (1%) (Ver Figura 2).

**Figura 2. Mecanismo de lesión 1995-2008**

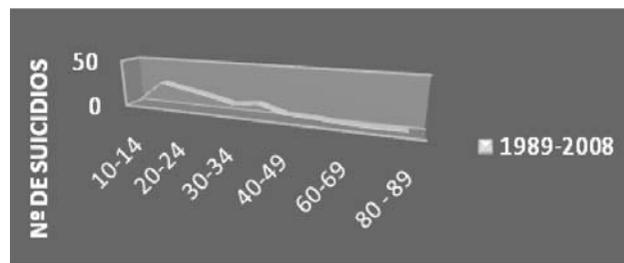


Fuente: Instituto Seccional de Salud del Quindío (ISSQ)

**Variable grupos etáreos**

Al analizar los casos de suicidios por grupos de edades, se encuentra que este se presenta más en edades tempranas y va disminuyendo a medida que aumenta la edad, presentando luego un notable aumento en el último lustro de la tercera década de la vida; es decir, que el mayor índice de suicidios se encuentra entre los 15 y 19 años, mientras que en el rango comprendido entre los 20 y 24 años el fenómeno empieza a decrecer y presenta de nuevo un incremento significativo entre los 35 y 39 años (ver figura 3).

**Figura 3. Suicidio por grupo de edades y tendencia suicida 1989-2008**



Fuente: Instituto Seccional de Salud del Quindío (ISSQ)

### Variable tasa por rango

En el primer quinquenio, la tasa más elevada corresponde al rango de edad 20-24 años, con un total de 5,5%. Pero para el periodo 1999-2003, se presenta un gran incremento en el rango de 15-19, con una tasa de 9,6, en comparación con los quinquenios anteriores.

Ya en el último quinquenio, se observa un aumento dramático en dos rangos, el primero corresponde al grupo de edades de 10-14 años que presenta un incremento de 4,6% en comparación con los años anteriores cuando las tasas de suicidio fueron prácticamente nulas. El segundo incremento ocurre en el grupo de 35-39 años, con una tasa de 7,1% frente a los años anteriores.

A partir de los 40 años, el número de suicidios disminuye notablemente y es interesante ver que a partir de los 60 años la tasa vuelve a ser prácticamente nula. En efecto, entre los 60 y los 89, el suicidio disminuye notoriamente, ya que entre 1989 y 1998 se presentaron solo 5 casos, mientras que, entre 1999 y 2008 la cifra total fue de 3.

Otro aspecto bastante particular, como ya hemos dicho, lo presenta el hecho de que en el periodo 2004-2008, el suicidio se incrementa de manera especial en

el rango de 10-14 años. Durante estos últimos años se presentaron 6 casos, mientras que en los años anteriores solo se contabilizó 1 caso.

En conclusión, se observa un aumento progresivo en el tiempo, de modo que entre 1989 y 1998, los casos de suicidio corresponden a 29 y, en cambio, en el periodo 1999-2008, se evidencian 88 casos de suicidio.

### DISCUSIÓN

En el departamento del Quindío, se ha encontrado que por cada 4,8 hombres una mujer lleva a cabo el acto suicida. Esta cifra se encuentra por encima del promedio nacional, ya que varios estudios realizados en Colombia muestran una relación de 3 a 1, y en años más recientes (2004 y 2005) la relación fue de 4 a 1 (Aja, 2006).

Por otro lado, tenemos que en el Quindío el medio más utilizado por las mujeres para cometer suicidio fue la intoxicación, con un 51,5% seguido por el ahorcamiento (21,2%). Estas cifras son similares a las encontradas en el departamento de Antioquia, en donde la primera causa se debió al envenenamiento con 55%, seguido del ahorcamiento con 20,7%. Un estudio rea-

Tabla 2. Tasa por rango

AÑO	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50-59	60-69	70 - 79	80 - 89
1989-1993	-	1,9	5,5	0,9	-	1,3	0,8	-	3,0	-	29,7
1994-1998	0,8	1,8	1,9	2,7	0,9	2,1	0,6	1,0	-	2,8	-
1999-2003	-	9,6	7,5	8,2	7,7	3,8	1,8	0,9	1,2	2,0	-
2004-2008	4,6	10,1	5,5	5,0	2,2	7,1	0,5	2,2	-	-	5,2

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE)

lizado por Diana Valenzuela (2008) demuestra un comportamiento muy similar, es decir, que entre los medios utilizados para realizar el suicidio en todo el territorio nacional, aparece la intoxicación en primer lugar, seguido por el ahorcamiento. Mann (2002) propone que las mujeres utilizan métodos menos severos que los hombres e, incluso, ellas buscan con mayor frecuencia ayuda para solucionar determinadas situaciones agraviantes.

Por demás, las tasas más altas en el departamento se encuentran en edades tempranas, y todas estas se incrementan únicamente a partir de 1999, pues, en los quinquenios anteriores, las tasas específicas se encuentran por debajo del promedio nacional. De manera concreta, al comparar las cifras departamentales con el estudio realizado por Cendales *et al.* (2007), se evidencia que, entre los años 1989-1993, las tasas del Quindío están por debajo de las nacionales. Es así como, mientras en Colombia se presentaba una tasa de 1,7 para el rango de los 10-19 años, en Quindío esta cifra estaba en 1,0. Pero, para el periodo comprendido entre 1999-2002, la tasa nacional corresponde a 5,55%, y en el Quindío asciende a 7,7. Lo anterior confirma que en el departamento del Quindío el fenómeno venía comportándose en igual o menor proporción que en el orden nacional, pero que a partir de 1999 la situación cambia en sentido contrario. Posiblemente, esta situación fue influenciada por el terremoto que afectó al departamento en 1999, puesto que, como lo ha evidenciado Krug (1998), en una investigación realizada en los Estados Unidos, las personas que han afrontado situaciones relacionadas con desastres naturales, son más dadas a desarrollar estados de depresión y estrés luego de ocurrido el evento.

No obstante, si bien la catástrofe sísmica ha podido influir en el incremento del suicidio femenino la causa de que este predomine en edades tempranas en el Quindío puede hallarse en las razones expuestas por Carrión (2008). Manifiesta este investigador que los jóvenes son más proclives al suicidio, debido a que la sociedad les impone diversas exigencias que incluyen desde su desempeño académico hasta la violencia, la presión comercial y estigmatización. De igual forma, Villa, Rodríguez, Duque y Garzón (2007) proponen que el ser joven, de género femenino y presentar en alguna medida una desventaja social actúan como factores de riesgo en el evento del suicidio.

Según la Organización Mundial de la Salud (citada en Cervantes y Melo, 2008), el suicidio en los niños mayores y jóvenes constituye la tercera causa de muerte en el mundo. Y en este mismo sentido, Pérez (2005, citado en Cervantes *et al.*, 2008), plantea que la adolescencia es un periodo del ciclo vital caracterizado por la presencia de mucho estrés y grandes cambios biopsicosociales y corporales. Lo anterior puede explicar la razón por la cual, a partir de los 14 años de edad, la conducta suicida se relaciona más con sentimientos de soledad y por violencia intrafamiliar, problemas de alcoholismo en el hogar o con la muerte de un ser querido (Alejo *et al.*, s.f.).

La tasa de suicidios en menores de 18 años en Colombia para el año 2006 fue de 6 por cada 100.000 habitantes (González & Hernández, 2006) y los resultados del presente estudio indican que en el Quindío el suicidio afecta a la población femenina joven en todos los

años estudiados. Diferentes investigaciones evidencian que el suicidio, en la población juvenil, es causado por razones tales como decepciones amorosas (Ortiz, Cornelio, Reinoso, Toledo & De la Torre, 2002) y la falta de lazos afectivos fuertes, esto es, por la ausencia de apoyo familiar y social, cuestión esta que se puede manifestar de dos formas: primero, mediante un sentimiento de inutilidad ante su familia o el grupo social y, en segundo lugar, por el aislamiento (Reyes & Del Cueto, 2003). En nuestro caso, la falta de apoyo familiar es un elemento que no se puede desdeñar, pues, según la Cámara de Comercio de Armenia (s.f.), Quindío presenta altos niveles de migración y esto conlleva a que las adolescentes sean cuidadas por familiares distintos a sus padres o a que se vean obligadas a vivir solas.

Otro elemento a tomar en cuenta en este grupo de edad es el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, que puede inducir a pensamientos y conductas suicidas, ya que perjudica la cognición y el humor, y disminuye la inhibición. Por sus efectos tóxicos, el alcohol también propicia sentimientos como la desesperanza y altera el desempeño de los neurotransmisores, los cuales son responsables del humor y del juicio. En estas circunstancias, el consumo de alcohol puede motivar en las jóvenes el rompimiento de relaciones interpersonales importantes y a la evasión de la ayuda social (Mondragón, Saltijeral, Bimbela & Borges, 1998). De manera similar, otras sustancias como marihuana, cocaína y éxtasis traen consecuencias como el fracaso académico y ponen al adolescente en riesgo de accidentes, violencia y relaciones sexuales no planificadas e inseguras (Martínez, Amaya, Campillo, Rueda, Campo & Díaz, 2007).

Según un estudio realizado por el gobierno nacional de Colombia (2008), el departamento del Quindío se encuentra en los primeros lugares en cuanto al consumo de dichas sustancias, lo que puede explicar las tasas más elevadas en las jóvenes, con relación a todos los rangos de edad estudiados.

Otro posible factor de riesgo que explica la conducta suicida a edades tempranas, hace referencia a la información sobre este tema, que paradójicamente puede desencadenar uno o varios suicidios, presentándose así el llamado *efecto de la identificación*. En este sentido, una conducta suicida puede ser replicada por una persona y hasta por un grupo de jóvenes que presentan características similares al comportamiento suicida anterior. Con respecto a este proceder, Durkheim (1897) concluyó que este fenómeno solo ocurre en personas cercanas a un caso determinado (citado por Sánchez, Guzmán y Cáceres, 2005). El fenómeno de imitación se podría estar presentando en el departamento del Quindío, ya que en la ciudad de Armenia la prensa local no cumple con los parámetros establecidos por la OMS para la publicación de artículos relacionados con muertes por suicidio (Medina & Osorio, 2009).

Por otra parte, la depresión, trastorno psiquiátrico que afecta más a mujeres que a hombres, con una relación de 2 a 1 en edades entre 35 y 40 años, momento en el cual las personas se encuentran sometidas a mayores niveles de presión psicosocial, ocasionados por el aumento del número de responsabilidades tanto familiares como laborales, juega también un papel importante en este problema (Machado, 2001). Un estudio sobre

el tema, realizado con estudiantes universitarios de la facultad de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, encontró una prevalencia global de depresión del 21,6%, acusando el mayor número en mujeres, con un 25% (Hernández, 1996). También Rocha (1995) encontró, en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales, en Aragón, una prevalencia de depresión del 13,5% en mujeres, un porcentaje más alto que en el género masculino. Hagnell y Cols. (1982, citado en Tuesca & Navarro, 2003) sostienen que las personas depresivas tendrían tasas de suicidios 44 veces más altas que los sujetos normales y 8 veces más que pacientes con otras enfermedades psiquiátricas con rasgos de impulsividad, agresividad y trastornos de la personalidad. Este factor de riesgo puede explicar la razón por la cual el suicidio presenta tasas altas en el departamento del Quindío para el periodo de vida antes mencionado, luego que el fenómeno venía disminuyendo a partir de los 20 años (ver Tabla 2 y Figura 3).

En cuanto al abuso sexual, esta entidad se asocia con una gran cantidad de problemas de salud mental en la adolescencia y en la edad adulta. En las mujeres, específicamente, se han reportado efectos a largo plazo del abuso sexual infantil manifestándose en problemas tales como el trastorno por estrés postraumático, la insensibilidad emocional, disfunciones sexuales, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja, entre otros (González, Ramírez, Ramos y Vignau, 2001). Es así como la Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres (1996, citada por Saucedo, 1999) confirma que las niñas son los miembros de la familia más maltratadas (61%), seguidas por las madres (21%)

y las demás mujeres de la familia (10%). También plantea este estudio que el 74% de las personas maltratadas corresponden al género femenino y que un 81% de las mujeres adultas, que son lesionadas de forma corporal, han sufrido golpes en el cuerpo, violación sexual y golpes en la cara.

Ahora bien, el rango de edades comprendidas entre 60 y 89 años evidenció pocos casos de suicidio; esto muy posiblemente se deba a que a medida en que va aumentando la edad, particularmente en las mujeres, se manifiesta un apoyo por parte del grupo social que les rodea. De esta manera, las adultas mayores tendrán una mejor adaptabilidad, tanto al medio como a sus cambios biológicos lo que actuaría como factor protector para ellas (Mella, González, D'Appolonia, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004). Al respecto hay que tener en cuenta que el Quindío recibió influencia de la cultura paisa, en la cual predomina el matriarcado (Gutiérrez, 2000). Se presume que los pocos casos presentados se debieron a enfermedades somáticas crónicas e incapacitantes (Fernández, 2001).

## CONCLUSIONES

El suicidio femenino en el departamento del Quindío se presenta en mayor medida a edades tempranas, es decir, entre los 15-19 años. Además, el análisis de los datos estudiados expresa un alarmante incremento en el tiempo en el proceder suicida del rango comprendido entre los 10-14 años. El principal medio de lesión es la intoxicación en todas las edades estudiadas, lo que ha coincidido con el comportamiento nacional.

Los autores proponen realizar un estudio de carácter cualitativo para aclarar con más precisión factores de riesgo y establecer qué sucede en concreto a partir de 2004 con las adolescentes ubicadas en el rango de 10-14 años. Esta última situación sugiere en todo caso que, en el departamento del Quindío, se debe trabajar en la prevención del suicido femenino, sobre todo a edades tempranas.

## REFERENCIAS

- Aja, L. (2006). *Suicidio y prevención*. Bogotá: Liga Colombiana por la vida contra el suicidio.
- Alejo, H.; González, J.; Hernández, W. (s.f.). *Conducta suicida según ciclo vital*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 107-119.
- Amézquita, M.; González, R. y Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- Ballesteros, M. (s.f.). *Suicidio en Colombia: Representaciones sociales de dos ciudades en contraste*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Barrero, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217.
- Cámara de Comercio de Armenia. *Programa integral de migración y desarrollo para el Quindío*. Fenómeno migratorio en el Quindío. Recuperado el 28 de octubre, 2009, de <http://www.quindio.gov.co/home/docs/general/MIGRACION%20Y%20DESARROLLO.%20Ppta.pdf>
- Carrión, F. (2008). *Suicidio*. Ciudad segura: Programa Estudios de la ciudad, 26, 1-12.
- Cendales, R.; Vanegas, C.; Fierro, M.; Córdoba, R. y Olarte, A. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 231-238.
- Cervantes, W. y 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.
- De Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53-63.
- Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008: Informe final*. Recuperado el 22 de octubre, 2009, de <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20NaI%20Completo.pdf>
- Fernández, A. (2001). *Claves de la depresión*. (2ª ed.). Madrid: Cooperación Editorial.
- Gómez, C.; Rodríguez, N.; Romero, L.; Pinilla, C.; López, E.; Díaz, N. y Nossa, N. (2002). Suicidio y lesiones autoinfligidas en Colombia 1973 -1996. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31, 92-104.
- González, F.; Ramírez, C.; Ramos, L. y Vignau, L. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.
- González, J.; Cubillos, D.; Valencia, C. y Rodríguez, A. (2000). Caracterización de los suicidios ocurridos en Chocontá, Cundinamarca 1996-1999, parte I. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 5(11), 41-44.
- Gutiérrez, A.; Contreras, C. y Orozco R. (2006). El suicidio conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74.
- Gutiérrez, V. (2000). *Familia y cultura en Colombia: tipologías, funciones y dinámica de la familia, manifestaciones múltiples a través del mosaico cultural y sus estructuras sociales*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Krug, E.; Kresnow, M.; Peddicord, J.; Damlberg, L.; Powell, K. y Crosby, A. (1988). El suicidio después de ocurrir desastres naturales. *N England J M*, 373-380. Recuperado el 11 de octubre, 2009, de [http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13\\_6\\_00/res03600.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_6_00/res03600.htm)
- Machado, A. (2001). Caracterización clínico-epidemiológica del síndrome depresivo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(13), 227-233.
- Madrigal, E. (s.f.). Patrones de consumo y dependencia del alcohol y sustancias psicoactivas en la mujer. *Revista Panamericana de la Salud*, 541, 163-177.
- Martínez, J.; Amaya, W.; Campillo, H.; Rueda, G.; Campo, A. y Díaz, L. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Revista de Salud pública*, 9, 215-229.
- Medina, M.; López, M. y Blanco, J. (1997). La violencia y sus repercusiones en la salud: reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública de México*, 39(6), 1-8.
- Medina, O.; Cardona, D. y Rátiva, S. (2009). Caracterización del suicidio en Armenia - Colombia en el periodo 2004-2008. Recuperado el 13 de noviembre, 2009, de [www.cotecnova.edu.co/.../CARACTERIZACION%20DEL%20SUICIDIO%20EN%20ARMENIA.doc](http://www.cotecnova.edu.co/.../CARACTERIZACION%20DEL%20SUICIDIO%20EN%20ARMENIA.doc)
- Mann, J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Int. Med.*, 136(4), 302-311.
- Mella, R.; González, L.; D'Appolonio, J.; Maldonado, L.; Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyke*, 13(1), 79-89.
- Mondragón, L.; Saltijeral, T.; Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5).
- Nápoles, L.; Hernández, G.; Álvarez, D. y Cañizares, T. (1998). Conducta suicida: Factores de riesgo asociado. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 14(2), 122-126.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del Suicidio: Estudio Metacéntrico de intervención sobre comportamientos suicidas- SUPREMISS, Componentes e instrumentos*. Bogotá: CIDA y OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio recurso para consejeros*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Autor.
- Ortiz, E.; Cornelio, E.; Reinoso, C.; Toledo, T. y De la Torre, P. (2002). Factores de riesgo suicida en los municipios de Cárdenas, Comalcalco y Centro del estado de Tabasco. *Salud en Tabasco*, 8(3), 107-114.
- Pérez, S.; Ros, L.; Pablos, T. y Calás, R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(1), 7-11.
- Posada, J.; Rodríguez, M.; Duque, P. y Garzón, A. (2003). Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con el suicidio en el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia (ENSM). *Nova*, 5(7), 84-91.
- Reyes, W. y Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 17(5), 452-460.
- Ros, S. y Arranz, F. J. (1998). Conducta suicida. En J. Vallejo (comp). *Introducción psicopatológica y psiquiátrica*. Barcelona: Masson.
- Sánchez, R.; Cáceres, H. y Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: Prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22(2), 407-416.

- 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*, 34(1), 12-25.
- Sánchez, R.; Orejarena, S. y Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá 1985-2000. *Revista Salud Pública*, 6(3), 217-234.
- Sauceda, J. (1999). Violencia intrafamiliar y sexual. *Gaceta Médica Mexicana*, 135(3), 259-261.
- 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*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Villa, P.; Rodríguez, M.; Duque, P. y Garzón, A. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con el suicidio en el estudio nacional de salud mental, Colombia 2003. *Nova*, 5(7), 84-91.