



SECCIÓN DE DOCUMENTOS DE REFLEXIÓN NO DERIVADO DE INVESTIGACIÓN
REVISTA CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Año 7 Vol. 1 No. 8 (Pags. 142-149)

CALIDAD DE VIDA Y RIESGO SUICIDA: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Anderson Rocha Buelvas¹

Fecha de recepción: Abr.11/07 Enviado a evaluar: Abr. 30/07 Aceptado: Jun. 29/07

Con la asesoría de:

Saúl Franco Agudelo. MD, PhD. D. Docente asociado, Coordinador del Grupo de Investigación de Violencia y Salud, Coordinador Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: saulfranco@hotmail.com

Jorge Oswaldo González. Psicólogo Epidemiólogo, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Candidato a Doctor en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: gonzalezortiz@gmail.com

RESUMEN

El presente documento es una reflexión sobre la preexistente asociación entre el constructo de la calidad de vida y el riesgo suicida. Se inicia con los antecedentes del constructo y las conductas suicidas, luego se explica cómo la calidad de vida determina las formas de vivir y morir de las poblaciones, y cómo su componente: la salud, debe reconocer a los sujetos sociales y sus derechos para prevenir cualquier conducta que atente contra sí mismo. El desarrollo de esta primera reflexión permite deducir que la asociación de la calidad de vida y el riesgo suicida se convierten en un problema de salud pública, que solo puede ser resuelto bajo una epidemiología, que base su praxis en el saber. De esta manera, es posible prevenir las conductas suicidas que se encuentran bajo el influjo de las formas de reproducción social.

Palabras clave: Calidad de vida, riesgo suicida, salud pública.

1 Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Miembro del Grupo de Investigación de Violencia y Salud, Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Miembro del Comité Interdisciplinario para el estudio de la Conducta Suicida CIECS, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INML y CF. E-mail: rochabuelvas@gmail.com.

ABSTRACT

This paper is a reflection about association between life quality and suicidal risk. It begins with antecedents of the concept and about behaviors suicidal, then to explain how life quality determine the ways to live and to die of the populations, and how its component: health, should recognize to social people and their rights to prevent suicidal behaviors. The development of the first reflection let to deduce that the association between life quality and suicidal risk are a public health's problem. This puzzle just could be resolved by an epidemiology that found its praxis in knowledge. Hence is possible to prevent suicidal behaviors of the social reproduction's forms influence.

Key words: Life quality, suicidal risk, public health's problem

ANTECEDENTES

El constructo de la calidad de vida, con sus alcances y limitaciones ha sido sometido a cambios y transformaciones en su desarrollo histórico, principalmente a causa de las diferentes concepciones de occidente que de forma deliberada y sistemática buscaron a finales del siglo XX, medir las condiciones de vida, el nivel de vida o concretamente la calidad de vida ⁽¹⁾.

A principios de los años setenta es cuando se difunde de manera importante este concepto, "a raíz de la preocupación por entender y explicar el incremento de patologías sociales en países desarrollados, donde a pesar de los elevados niveles de <bienestar>, se acentuaban los síntomas de descomposición social: pérdida del sentido de la vida, incremento de suicidios, violencia, drogadicción, etcétera" ⁽²⁾.

Posteriormente, aunado a todos los cambios en el desarrollo histórico del constructo, hubo un esfuerzo mas completo por medir el desarrollo y el nivel de vida; nos referimos a la Propuesta del Desarrollo Humano, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas (PNUD) en 1990, en la cual ya se definía un conjunto de necesidades básicas que especificaban las características mínimas de sus satisfactores ⁽³⁾.

Sin embargo, hoy en día no existe solo un método que nos permita medir la calidad de vida, y

tampoco hay solo un concepto; lo verdaderamente importante es que este constructo y su método de medición sumen esfuerzos por hacer de la calidad de vida de un grupo social, "la expresión del grado de concreción de los presupuestos básicos o tareas que una sociedad pueda cumplir", ya que consiste en que la satisfacción de necesidades humanas, sean objetivas o subjetivas, individuales o sociales estén en "función del medio ambiente donde se vive" ⁽⁴⁾.

Por consiguiente, con el fin de aprovechar este concepto de calidad de vida, será definido, en resumidas cuentas, como aquel concepto que va "ligado e incluye el de satisfacción de necesidades de carencias básicas; igualmente el que apunta al desarrollo de la persona humana en tanto realiza sus múltiples potencialidades en todas las dimensiones de su ser, como individuo y como sociedad, y debe, en consecuencia, entenderse como desarrollo integral" ⁽⁵⁾. Por tanto, la salud como componente inherente al constructo, se encontrará "determinada por las formas de reproducción social: por los modos, condiciones y estilos de vida" ⁽⁶⁾.

Siendo consecuentes con este concepto "la calidad de vida debe trabajarse con tres componentes:

1. Condiciones de vida: expresan la relación del sujeto con los fenómenos, factores y hechos que lo rodean, sin los cuales no puede existir. A partir de este componente se plantea que el marco de referencia de las condiciones de vida, son los derechos fundamentales: sociales, económicos y culturales; derechos colectivos y del ambiente. Éstos tienen que ver con la reproducción social: condiciones de trabajo, condiciones de acceso para la realización de expresiones culturales y políticas, el acceso a consumo de bienes y servicios.
2. Estilos de vida: como expresión del ser humano a través de costumbres, hábitos, maneras de asumir la vida; los estilos de vida son construcciones culturales y el resultado de los procesos de socialización primaria y secundaria.
3. Medios de vida: se refieren al ambiente natural, al espacio en el que se desenvuelve la existencia de los seres humanos" (7).

Actualmente la confluencia de las diferentes conceptualizaciones se concentra en la *noción de dignidad humana y de la universalidad de los derechos humanos fundamentales* (8), es decir, en el concepto de bienestar que incluye capacidades y funcionamiento donde la satisfacción de necesidades, el acceso a bienes y servicios y el desarrollo de estas capacidades en una dimensión subjetiva dependen de las apreciaciones personales respecto a necesidades y satisfactores logrados (9, 10, 11).

Por otro lado, en cuanto a los antecedentes de las conductas suicidas, en aras de entender el fenómeno multifactorial de estas y la pertinencia de identificar el riesgo suicida, es necesario saber que se clasifican en ideación, intento y suicidio consumado; en este sentido es necesario también conocer la interrelación y las diferencias de cada conducta.

También cabe mencionar que la prevención de las conductas suicidas ha sido un campo que históricamente se ha delegado al espectro de la salud mental, por ejemplo autores investigadores como Pinel y Esquirol que conciben al suicidio como "una patología que obedece al orden psiquiátrico", aún cuando otros investigadores más antiguos contradicen esta hipótesis como el Sociólogo Emile Durkheim, que afirma que estos comportamientos suicidas son un acto social, y que la enfermedad mental va de la mano con la civilización (12).

Respecto al riesgo de suicidio se reportan autores como Villardón, que amplían la diferencia de la intencionalidad y la intención propiamente dicha de morir, afirmando que la ideación suicida no implica necesariamente consumación, es decir, que si bien puede ser un paso previo no produce siempre la auto cesación, pero "a todo suicidio si le precede un estado mental de interiorización del mismo" (13).

De modo que cabe mencionar sobre la ideación e intento de suicidio, que son aquellos actos detenidos en el camino que conllevan a la muerte, es decir, las denominadas tentativas de suicidio que distingue Durkheim en su obra "El suicidio (1897)" (14).

Lo dicho, aparentemente demostraría que la tentativa de suicidio y autodestrucción son diferentes, lo cual es falso según Schneidman (1994), pues hay diversos aspectos que coinciden, y por supuesto confunden a la hora de identificar y prevenir un suicidio, por ello en "el estudio sobre el suicidio (1978)" de Rojas hay una clara y valiosa diferenciación entre dos tipos de suicidio que siguen siendo actos con diferentes características; uno activo, cuyo comportamiento va dirigido a la autodestrucción, y un suicidio pasivo en el que la actitud es indiferente e inmóvil frente a la vida (15).

Sin embargo, Giner y Leal en el capítulo "la conducta suicida" del Tratado de Psiquiatría, a

pesar de admitir que la conducta pasiva tiene que ver con el <desinterés por vivir> de Rojas, logra por otro lado establecer dos tipos de conducta un poco diferentes: suicidabilidad activa y pasiva; la primera esta ubicada en el suicidio consumado hasta el gesto suicida, cuyos "puntos intermedios son el suicidio frustrado y la tentativa de suicidio", y el segundo incluye la conducta de riesgo "en la que el individuo busca intencionadamente situaciones peligrosas como la toxicomanía y conductas agravantes" (16).

Entonces, si bien a la autocesión le precede la ideación y el intento de suicidio, no necesariamente estas conductas culminan en la muerte o subyace una intención de morir, ya que todo esto depende más del grado de estructuración de la idea que tenga el sujeto y de las condiciones, modos y estilos de vida que lo propicien (17).

REFLEXIÓN

A pesar que la conducta suicida es un problema complejo de salud pública y multidimensional; en el departamento de Nariño, en Colombia y en el mundo se dispone de muy poca información acerca de la asociación de la calidad de vida con el riesgo suicida en diferentes poblaciones.

Esta necesidad investigativa ha sido relegada a pesar de la preocupación por este fenómeno de la violencia autoinflingida en el siglo XXI que ha reunido mayor consolidación investigativa, a raíz de la preocupación en los años ochenta y noventa por su variabilidad (18).

De modo que inquieta saber que no se haya hecho esta asociación cuando las variaciones en las tasas de suicidio entre países, entre regiones, en el interior de estos países y entre grupos sociales delegan importancia a los factores sociales y ambientales (19, 20, 21) que sin duda, son inherentes a la vida de los individuos, a sus necesidades y a sus satisfacciones básicas.

Es por esta razón que en el campo científico las causas y consecuencias del suicidio, se han convertido en reto para el siglo XXI, igualmente la búsqueda de conocimiento acerca de por qué las personas atentan contra sus vidas si se supone existen programas, políticas y servicios para reducir los efectos devastadores de las conductas suicidas en la sociedad, instituciones y hogares (22, 23, 24).

Por ejemplo, si nos situamos en el departamento de Nariño sabemos que se han implementado políticas y acciones que no han reducido significativamente las conductas suicidas, de modo que, si mencionamos algunos de sus principales municipios podemos vislumbrar acciones impartidas que aún siguen siendo insuficientes si nos basamos en el incremento paulatino de estas conductas de 2005 a 2007, según el Observatorio Departamental del Delito y el Instituto Departamental de Salud de Nariño (26).

En resumidas cuentas se ha omitido la pertinencia del estudio de las características de la calidad de vida y riesgo suicida cuando contradictoriamente el aumento reportado de conductas suicidas en Colombia se deriva de dotaciones básicas inequitativas: salud, vivienda, alimento, transporte, recreación y empleo, y dotaciones complejas insuficientes; sentido de pertenencia, justicia, libertad, autonomía y reconocimiento social con escasas oportunidades para el despliegue de capacidades individuales y sociales (27) que le permitan al individuo construir una relación especial entre el sujeto, el entorno social y su desarrollo para no cometer suicidio según Seligman en su *Teoría de la Desesperanza Aprendida* (28).

Puesto que la incongruente adaptabilidad de los individuos desencadena cualquiera de las conductas suicidas: ideación, intento o consumación; que al no poseer refuerzos vitales con un umbral mínimo de logro lo harán proclive a la determinación del suicidio según Kelly en su *Teoría de los constructos personales* (29).

Por estas motivaciones la salud es afectada por las necesidades y problemas derivados

de las formas de reproducción social: modos, estilos y condiciones de vida, cuyo carácter relacional determina las formas de vivir y morir de la población, demostrándose que la salud no comienza con la aparición de enfermedades o el tratamiento de casos ⁽³⁰⁾ como han pretendido los programas de salud mental que buscan prevenir el suicidio.

Por lo tanto, debemos partir de asociar el constructo de la calidad de vida con el riesgo de suicidarse para garantizar en el diseño de intervenciones preventivas para la violencia autoinflingida la noción de dignidad y universalidad de los derechos humanos fundamentales, es decir, la salud como componente de la calidad de vida debe partir de reconocer a los sujetos sociales y sus derechos para prevenir el suicidio. ⁽³¹⁾

De manera que en la prevención de las conductas suicidas no se ha adelantado una construcción dialéctica y alternativa de salud que sea emprendida en dos direcciones: hacia la génesis y hacia la reproducción de lo general a lo particular, es decir, prevenir el riesgo de suicidio asociándolo a la comprensión del vínculo del proceso salud-enfermedad con las condiciones, modos y estilos de vida (Promoción de la salud) ⁽³²⁾.

Por consiguiente, un proyecto de investigación que asocie el riesgo de suicidio con las formas de reproducción social contribuye a explicar el ser social, es decir, ontológicamente a enfocar lo microsocio y particular de los componentes de la calidad de vida de las clases, etnias, géneros y familias (la salud de la colectividad) a una clara promoción de la salud ⁽³³⁾.

A nivel epistemológico contribuye a explicar el ser social desde el conocimiento cuando en un proyecto de salud no se pretende congelar la realidad en el determinismo, es decir, se reconoce que cada proyecto en los diferentes momentos o fases de síntesis y análisis estarán en constante movimiento, no pretende absolutizar la realidad ⁽³⁴⁾.

A nivel praxiológico contribuye a emplear el conocimiento para transformar al sujeto y al objeto, de modo que, un proyecto alternativo de salud que pretenda prevenir las conductas suicidas mediante una previa asociación de los componentes y características de la calidad de vida con el riesgo de suicidio, se sustentará en el abordaje del materialismo dialéctico ligado a la filosofía de la emancipación, cuya finalidad es la renovación social, y cuya epidemiología empleada no relegue en los modelos matemáticos prediseñados las condiciones estructurales de inequidad y dominación social, que desde luego, están plasmadas en el fenómeno de las conductas suicidas y su necesidad de reivindicación con la noción de dignidad y la universalidad de los derechos humanos ⁽³⁵⁾.

De modo que si el proceso salud-enfermedad es entendido como el desarrollo del proceso vital humano de los individuos, la salud como componente inherente a la calidad de vida se encontrará determinada por las necesidades y problemas derivados de las formas de reproducción social.

Es así como este carácter relacional entre los componentes de la calidad de vida: estilos, condiciones y modos de vida dan cuenta de los niveles micro y macro de la sociedad, es decir, pueden dar a conocer la situación de diferentes poblaciones desde lo general a lo particular donde la realización de la vida de los sujetos está construida en la experiencia social del vivir que involucra las dimensiones del ser, el hacer y el tener ^(36, 37, 38, 39).

Estas dimensiones inmersas en la interacción de las formas de reproducción social determinan las formas de enfermar y morir puesto que las dotaciones básicas y complejas se refieren al desarrollo de los individuos (lo particular) y las colectividades (lo general).

Por ende, la relación entre el riesgo de cometer suicidio y la calidad de vida, se convierten en

un objetivo de la salud pública o la salud de la población, y una prioridad de la sociedad, ya que busca la conservación y la prolongación de la vida del sujeto y su entorno.

Entonces mediante la identificación de las características de calidad de vida y el riesgo de suicidio, la investigación de salud pública no se encuentra limitada en cuanto al diseño de intervenciones y programas como ha sucedido hasta el momento en el departamento de Nariño y en el país, ya que favorablemente diferiría de una sociedad donde el saber y la práctica de la salud se orientan al morbicentrismo sanitario ⁽⁴⁰⁾. Dicho de otra manera, a curar, rehabilitar y a veces prevenir la enfermedad, en lugar de fomentar la salud desde las propias necesidades y particularidades de los pueblos, puesto que la salud es eminentemente multidimensional y sobretodo social.

Es así como las permanentes transformaciones de las realidades de cada individuo, están sujetas a profundas dinámicas de salud y enfermedad, dadas por condicionantes y determinantes sociales e históricos de los individuos y su entorno.

Por estas motivaciones, solo midiendo la calidad de vida e identificando las características de riesgo de suicidio de las diferentes poblaciones, se logra derivar la finalidad de la salud pública como noción polisémica, la cual se caracteriza por "la preocupación por la salud individual, en la medida en que algunos de sus aspectos adquieren un interés colectivo y son esenciales para la salud del público y sus instrumentos operativos, servicios de salud y recursos humanos ⁽⁴¹⁾, es decir, "una salud pública construida en tres dimensiones: como saber, como práctica y como realidad" ⁽⁴²⁾.

De modo que es necesario situar las medidas preventivas del suicidio y promoción de la salud a un contexto de nuestra sociedad y nuestra cultura, que vaya más allá de lo puramente individual, casuístico y lineal ⁽⁴³⁾, es así, como desde la salud pública se hace necesario no solo entender el

entorno situacional del acontecimiento, sino entender el entramado relacional del fenómeno (formas de reproducción social), siendo ésta la directriz de la prevención del suicidio y de la promoción de la salud en términos de un contexto explicativo ⁽⁴⁴⁾.

Es importante destacar que el estudio de la asociación de la calidad de vida con el riesgo suicida parte de una concepción ideal de la salud pública como tendencia actual en las Américas, ya que como mencionábamos anteriormente la situación actual de la salud está inmersa en la gran diversidad existente de características entre países, regiones, etnias, clases, géneros y comunidades, las cuales exigen que se responda a la interacción de unos factores determinantes de salud generales tales como: desarrollo económico, nivel de vida de la población y compromiso político-ideológico del país, para mejorar los niveles de vida, servicios preventivos y atención médica; en cuyo interior guardan relación unos factores determinantes específicos de salud con unos peligros específicos ⁽⁴⁵⁾.

Mediante un estudio con tales características es posible entonces establecer de manera explícita la relación de la epidemiología con la salud pública, puesto que sin salud pública no hay epidemiología, ya que la salud pública incorpora la actividad gubernamental y social, multidisciplinaria por naturaleza que se extiende a todos los aspectos de la sociedad ⁽⁴⁶⁾.

Por tanto, la epidemiología para el caso de la calidad de vida y riesgo suicida además de recoger las particularidades de las características de estos dos conceptos en cada grupo social; debe ser también empleada para evaluar la efectividad de los programas y servicios de salud que intervengan a las conductas suicidas.

Por consiguiente, es de vital interés descartar los procedimientos ineficaces y adoptar los métodos, políticas y programas más efectivos, para así reunir

todas las disciplinas que alimentan la práctica de la salud pública en la prevención, organización, y sobretodo, promoción de la salud ⁽⁴⁷⁾.

Este esfuerzo alternativo de salud converge en puntos de acuerdo con otros estudios que se han desplegado en torno al fenómeno de las conductas suicidas en cuanto se considera como un evento trazador en salud mental; en cuanto se halla asociado a otros eventos tales como el consumo de bebidas alcohólicas, el maltrato, la violencia sexual y los trastornos mentales y del comportamiento que están íntimamente relacionados con los modos, estilos o condiciones de vida, y en cuanto a los instrumentos de calidad de vida que deben medir las dimensiones subjetivas y objetivas de los individuos y su entorno ^(48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56)

AGRADECIMIENTOS

Agradezco enormemente la asesoría y guía del Doctor Saúl Franco y del Doctor Jorge González, quienes son ejemplos a seguir en la investigación de la violencia y la salud, por la tenacidad y dedicación con la que han producido conocimiento y soluciones desde una disciplina multidisciplinaria, genuina y fundamental para el desarrollo y crecimiento de los pueblos como la salud pública.

REFERENCIAS

- Schartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2003; 9 (2), 9-21.
- Palomino, B. Y López, G. Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo. *Región y Sociedad*, 1999; 1 (17), 171-185.
- Ibidem.
- Ibidem.
- Londoño, O. Nociones y prácticas de calidad de vida en la extensión universitaria, una mirada desde los derechos humanos.
- Morales, MC. La escuela, centro de calidad de vida: reflexiones hacia una experiencia social.
- Puerto, AH. Calidad de vida y salud. Problemáticas y desafíos.
- Tovar, Y. Evaluación del nivel de calidad de vida de los trabajadores de una empresa manufacturera en Santa Fé de Bogotá. *Monografía de grado, Departamento de Trabajo Social – Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia*, 1994, 17-31.
- Torres, A. Y Sanhueza, O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre a la enfermedad. *Ciencia y Enfermería*, 2006; 12, 9-17.
- Gómez, M. Y Sabeh, E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca*, 2000.
- Kushner, H. Y Sterk, C. The limits of social capital: Durkheim, suicide and social cohesion. *American Journal of public Health*; 2005; 95 (7), 1139-1143.
- González, J. Intento, ideación y suicidio en Bogotá: un estado de arte 2000-2002, El comité interinstitucional para estudio de la conducta suicida (CIECS) y Secretaría de gobierno de la Alcaldía Mayor de Bogotá; 2003, 24-46.
- Ibidem.
- Ibidem.
- Ibidem.
- Ibidem.
- Szasz, T. *Libertad Fatal: Ética y política del suicidio*, 2002.
- International association for suicide prevention (IASP) Y World health organization (WHO). 10TH September 2006 World suicide prevention day "with understanding, new hope". *An initiative of the (IASP) co-sponsored by the (WHO)*. www.iasp.info; 2006, 4.
- Tobón, Ángela (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia*. Medellín: 2005; 23 v., # 1. pp. 149-161.
- White A. y Holmes, M. Patterns of mortality across 44 countries among men and women aged 15-44 years. *Journal men's health gen*; 2006, 3 (2), 139-151.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, JM., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, JJ., Saxena, S. Y Saraceno, B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam salud Pública*; 2005, 18 (4/5), 229-240.
- Heuveline, P. Y Slap, GB. Adolescent and young adult mortality by cause: age, gender and coun-

- try, 1955 to 1994. *Journal of adolescent health*; 2002, 30, 29-34.
23. Tobón, A. La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia*; 2005; 23 (1), 149-161.
 24. Sánchez, R., Orejarena, S., Forero, J. Y Guzmán, Y. Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes (2002). *Biomédica*; 2002, 22, 417-24.
 25. Colombia. Gobernación de Nariño. Observatorio departamental del delito. *Boletín informativo*; 2006.
 26. Colombia. Gobernación de Nariño, Instituto departamental de salud de Nariño. *Indicadores básicos de salud 2005-2006*; 2007.
 27. El comité interinstitucional para estudio de la conducta suicida (CIECS) y Secretaría de gobierno de la Alcaldía Mayor de Bogotá. *Intento, ideación y suicidio en Bogotá: un estado de arte 2000-2002*; 2003, 48-92.
 28. Ibidem.
 29. Laurell, AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de salud*; 1999.
 30. Corredor, C. El problema de la pobreza: una reflexión conceptual; 1999.
 31. Breilh, J. La epidemiología como praxis emancipadora. *Epidemiología crítica*; 2000, 8, 265-292.
 32. Ibidem.
 33. Ibidem.
 34. Ibidem.
 35. Malagón, R. Salud en calidad de vida: un enfoque innovador, repensar las relaciones entre calidad de vida y salud. *Salud pública hoy, enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar- I semestre 2002, Saúl Franco (Ed.) Universidad Nacional de Colombia*; 2003.
 36. Sen, A. Y Nussbaum M. La calidad de vida. *Fondo de Cultura económica*; 1996.
 37. Sen, A. Desarrollo y libertad. *Editorial Planeta*; 2001.
 38. Estes, R. Hacia un índice de calidad de vida. Enfoque empírico para la evaluación del bienestar humano a nivel internacional. En B. Kliksberg, *Pobreza, un tema impostergradable, CLAD, PNUD, FCE*; 1993.
 39. Franco, S. Proceso vital humano y Proceso salud enfermedad: una nueva perspectiva. *Ética, Universidad y Salud. Universidad Nacional de Colombia-Ministerio de Protección Social*; 1993, 63-71.
 40. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. *Publicación técnica y científica*; 2002, 589-400.
 41. Franco, S. Y Eslava JC. El campo científico de la Salud Pública: una mirada desde Bourdieu. *Examen de Calificación del Doctorado Interfacultades en salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá*; 2005, 15.
 42. González, J. Suicidios Colombia, 2006. *Forensis 2006. datos para la vida*; 2007, 310.
 43. Franco, S. El quinto no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia. IEPI Universidad Nacional-TM editores; 1999.
 44. Terris, M. Tendencias actuales en la salud pública de la Américas. *Crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate OPS*; 1992, 185-204.
 45. Ibidem.
 46. Ibidem.
 47. Ibidem.
 48. Primer encuentro distrital de salud mental: Salud mental sin indiferencia. *Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud*; 2006.
 49. Rodríguez, O. Apuntes para un debate: nivel de vida, calidad de vida y modo de vida. *CEDEM*; 1987.
 50. Yunes, J. Y Danuta, R. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. *Cad Saúde Pública*; 1994, 10 (1).
 51. Sen, A. The Standard of Living; Lecture II, Lives and Capabilities. *HAWTHORN Geoffrey, ed. The Standard of Living, Cambridge University Press, Cambridge*; 1987, 20-38.
 52. Agerbo, E., Nordentoft, M. Y Bo Mortensen, P. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factor for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal*; 2002, 325-74.
 53. Suominen, K., isometsä, E., Ostamo, A. Y Lönnqvist J. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *Biomedcentral of Psychiatry*; 2004, 1-7.
 54. Angst, F. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over. *J Affect Disord*; 2002, 68, 167-81.
 55. Glynn, L. Y Sloggett A. Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *British medical journal*; 1998, 317, 1283-1286.
 56. Sánchez, R. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*; 2002, 22, 407-416.

