



SECCION ARTICULOS DE REVISION
REVISTA DEL CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Año 4 VOL 1 N° 5 - 2004 - 60-76

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

Andrea Cecilia Delgado Achicanoy¹ Diana Marcela Insuasty López² Fredy Hernán Villalobos Galvis³

Recibido Julio 15 - 04 Enviado para modificaciones Julio 20 - 04 Aceptado Agosto 27 - 04

RESUMEN

Las grandes implicaciones que representa la conducta suicida para una nación, han hecho que se vean con preocupación las diferentes estadísticas e indicadores epidemiológicos. Ante esta realidad, se han realizado un gran número de investigaciones que intentan establecer aquellos factores que se asocian con la presencia de las conductas suicidas. En esta revisión bibliográfica se hace una breve presentación de los factores identificados a nivel: biológico, psiquiátrico, demográfico, familiar, social, económico, de salud y de estrés que permitan la posterior formulación de acciones investigativas de promoción y prevención, en pro de aportar a la disminución de esta grave problemática de salud pública.

Palabras claves: CONDUCTA SUICIDA, FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

The implications that suicide behavior represents for a nation have made people notice and worry about different statistical data and epidemiological statistics. Regarding suicidal behavior, a great number of studies have been carried out in order to determine what factors are associated with this type of behavior. In this overview, the identified factors are briefly presented in terms of biological, psychiatric, demographic, familiar, social, economical, health and stress factors that allow the formulation of research actions on promotion and prevention aimed to decrease this serious problem of public health.

Key words: SUICIDE BEHAVIOR, RISK FACTORS

INTRODUCCION

A nivel mundial, el suicidio figura entre la quinta y décima causa de defunción y en los últimos 45 años su incidencia se ha incrementado en un 60%,

aproximadamente en un día se producen 2800 suicidios consumados, a razón de 1 cada 30 segundos. Debido a estas cifras alarmantes,

¹ Psicóloga Egresada, Universidad de Nariño. E-mail: andreitadelgado@hotmail.com

² Psicóloga Egresada, Universidad de Nariño. E-mail: dianamar@mail.udenar.edu.co

³ Psicólogo, especialista en docencia universitaria. Profesor asociado y director del departamento de psicología Universidad de Nariño. E-mail: fhvillalobos@udenar.edu.co

la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado el suicidio como un problema de salud pública, considerándolo como uno de los indicadores más relevantes del nivel de bienestar en una comunidad.^(1,2,3) En Colombia, durante el año 2002 se presentaron 2.045 suicidios que corresponden a un promedio mensual de 170 casos, 6 por día; en este período, el departamento de Nariño ocupó el tercer lugar de incidencia con una tasa de 6.9 por cada 100.000 habitantes que equivale a 118 casos, de los cuales 79 se cometieron en el municipio de Pasto.⁽⁴⁾

CONDUCTA SUICIDA

La OMS define la conducta suicida como la acción mediante la cual el individuo se causa una lesión con la intención real o aparente de morir, independientemente de la letalidad del método empleado y del resultado obtenido: se produzca o no la muerte.^(5,6) En algunas ocasiones, estos comportamientos pueden utilizarse como medio de comunicación o como expresión de cólera, rabia o frustración ante situaciones conflictivas.⁽⁷⁾

Christman⁽⁸⁾ clasifica la conducta suicida en directa e indirecta de acuerdo con el deseo de morir. El suicidio premeditado es una conducta directa que se presenta cuando la persona tiene la intención real de morir. Según la evaluación que se realice de la situación este comportamiento puede interpretarse como: (a) un acto impulsivo, siendo una respuesta ante un fracaso, una frustración, una pérdida o una desilusión; (b) una forma de evitar sentimientos de minusvalía y desesperanza; (c) un escape del padecimiento de una enfermedad; y (d) un medio de comunicación para expresar lo que se siente y piensa. El suicidio submeditado es una forma indirecta de la conducta suicida en la cual se efectúan comportamientos sin que exista la intención de morir, comprendiendo actos que se realizan con el objetivo de obtener ganancias secundarias o acciones que afectan la propia salud, por ejemplo, consumo de alcohol y tabaco o la no adhesión a tratamientos médicos.

La conducta suicida puede implicar una serie de

comportamientos que varían según la intencionalidad y el grado de sus efectos, entre los que se encuentran: (a) ideación suicida, (b) amenaza suicida, (c) conductas presuicidas, (d) parasuicidio, (e) intento de suicidio y (f) suicidio consumado.

La **ideación suicida** hace referencia a procesos cognitivos y afectivos relacionados con la evaluación negativa del futuro y la planeación de la propia muerte o los actos dirigidos a la autodestrucción.⁽⁹⁾ De igual manera, Pérez⁽¹⁰⁾ sugiere que las ideas suicidas consisten en pensamientos relacionados con la terminación de la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

1. Idea suicida sin un método específico, en la cual el individuo tiene deseos de morir pero no plantea el método para realizar la conducta autolesiva.

2. Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado, cuando la persona expone su intención de morir y considera diversos mecanismos sin elegir el que va a utilizar para efectuar el acto suicida.

3. Idea suicida con un método específico no planificado, se presenta cuando el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha considerado las circunstancias en las que pueda cumplir con su propósito de autodestruirse.

4. Plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse y ha analizado los aspectos relacionados con este comportamiento, tales como el método, el lugar y el momento oportuno para no ser descubierto.

Por su parte, la **amenaza suicida** son verbalizaciones, insinuaciones o afirmaciones, relacionadas con la intención de cometer suicidio, generalmente se expresan con el objetivo de obtener ayuda por parte de las personas con las que se tiene un estrecho vínculo afectivo.⁽¹¹⁾

En un nivel de riesgo mayor que los anteriores se encuentran las personas que presentan una serie de comportamientos y pensamientos característicos que conllevan cambios en su estilo de vida, entre los cuales se encuentran: (a) alteraciones en los hábitos de sueño y alimentación; (b) distanciamiento de la

familia y grupo de amigos; (c) pérdida de interés en las actividades cotidianas; (d) actuaciones violentas; (f) consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas; (g) abandono del cuidado de la apariencia personal; (h) anhedonia; (i) dificultad para concentrarse; (j) deterioro en la calidad académica; (k) quejas frecuentes de síntomas físicos como cefalea, dolor abdominal y fatiga; (l) poca tolerancia a elogios o premios; (m) evaluación negativa de sí mismo y del futuro; (n) comportarse alegres después de un período de depresión y (o) hablar constantemente del suicidio.^(12,13,14,15)

El **parasuicidio** es el conjunto de conductas que se realizan de forma voluntaria cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función o parte del cuerpo, sin la intención real de morir y que tiene como fin obtener una ganancia secundaria.^(16,17,18,19) Comprende conductas variadas que incluyen desde gestos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida, como ejemplo se plantean las autolaceraciones, los autoenvenenamientos y las autoquemaduras.^(20,21)

Ahora bien, el **intento de suicidio** es una conducta autodestructiva en la que existe intención de morir, sin embargo, independientemente de la gravedad de la lesión se ve frustrada por la intervención de otras personas que impiden alcanzar el propósito esperado.^(22,23,24,25)

El último punto de la escalera ascendente es el **suicidio consumado** que se refiere a la acción, directa o indirecta, de quitarse la vida de forma voluntaria que surge del deseo de morir para evitar dolor, resolver problemas vitales o como expresión de cólera, rabia o frustración.^(26,27,28) Puede ser visto como un intento que ha tenido éxito o como la consecuencia de otro comportamiento suicida en el que no existía un auténtico deseo de morir.⁽²⁹⁾

FACTORES DE RIESGO PARA LA CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida es un fenómeno multifactorial y pluridimensional en el que intervienen diversos factores de riesgo que, interrelacionados,

incrementan su probabilidad de presentación.^(30,31,32,33) Estos factores se pueden dividir en distales y proximales, los primeros hacen referencia a las variables predisponentes que aumentan el riesgo de vulnerabilidad individual a los factores proximales y los segundos se encuentran estrechamente relacionados con el acto suicida, en muchos casos, actuando como factor precipitante.⁽³⁴⁾

Factores Bioquímicos

Diversas investigaciones muestran hallazgos sobre la influencia del factor genético en la conducta suicida. Faberow y Simon encontraron que en el 6% de los casos de suicidio consumado las personas tenían un pariente suicida, mientras que Roy señaló que el 50% de los pacientes con historia familiar de suicidio cometen alguna conducta autodestructiva.⁽³⁵⁾ y finalmente Brent y cols. publicaron que los hijos de personas que intentaron suicidarse corren seis veces más riesgo de quitarse la vida que aquellos cuyos padres nunca lo intentaron.⁽³⁶⁾

Otros estudios, realizados con hermanos, indican que existe mayor relación de conductas suicidas entre gemelos homocigóticos que en heterocigóticos. Por ejemplo, Roy realizó investigaciones que demuestran que el 13% de los hermanos gemelos de suicidas presentaron también esta conducta, relación que sólo se encontró en el 0.7% de hermanos mellizos.⁽³⁷⁾

Por otra parte, un grupo de científicos del Royal Hospital de Ottawa han hallado un gen que predispone a los individuos a quitarse la vida, confirmando así una predisposición biológica. Observaron que los pacientes depresivos que tenían una mutación en el gen de la Triptófano Hidroxilasa (TPH) que controla los receptores de la serotonina, presentaban el doble de posibilidades de suicidarse, es decir, la alteración establece la diferencia entre quienes tienen ideación suicida y ejecutan el acto. De igual manera, diferentes estudios demuestran la hipótesis de que el metabolismo de la serotonina es importante en el control del comportamiento impulsivo en estados de alteración emocional.⁽³⁸⁾

Además, Mann y cols. proponen que existe

relación entre la actividad de la corteza prefrontal y la consumación del suicidio, en virtud de que los individuos que recurrieron a métodos más contundentes poseían en su corteza prefrontal menos actividad basada en la serotonina.⁽³⁹⁾ De forma similar, se ha demostrado que en pacientes con comportamiento suicida de gran letalidad o en individuos con marcado comportamiento agresivo o impulsividad se presenta disminución en la respuesta de la prolactina a la fenfluramina y niveles muy bajos del ácido 5-hidroxiindoleacético (5HIAA).⁽⁴⁰⁾

En este orden de ideas, Nemeroff y cols. consideran que sufrir experiencias aversivas durante la infancia, como por ejemplo abuso sexual, pueden causar daño en el eje hipotalámico-pituitario-adrenalínico (HPA) e inscribir improntas bioquímicas en el cerebro que incrementan la vulnerabilidad de reaccionar excesivamente ante situaciones de estrés.⁽⁴¹⁾

Trastornos Psiquiátricos

Existe una alta relación entre trastornos psiquiátricos y conducta suicida, pues diversos estudios han demostrado que alrededor del 90% de los pacientes con intento de suicidio presentaban enfermedad psiquiátrica.^(42,43)

Por otra parte, Goldacre, Seagroatt y Hawton,⁽⁴⁴⁾ identificaron que el tiempo transcurrido después del alta psiquiátrica incrementa el riesgo suicida, especialmente durante las primeras cuatro semanas. Entre las posibles explicaciones a esta relación, se destacan la percepción de pérdida de apoyo, menor supervisión, recaídas o abandono del tratamiento.

Entre los trastornos que incrementan las conductas suicidas se encuentran: (a) trastornos del estado de ánimo; (b) trastornos relacionados con sustancias; (c) trastornos de la personalidad; (d) esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; (e) trastornos de ansiedad y (f) síndromes mentales orgánicos.

Se estima que la depresión tiene una estrecha relación causal con la conducta suicida, pues

aproximadamente entre el 60 y 80% de los suicidios se presentan en personas con **trastorno del estado de ánimo**.^(45,46) La relación entre este tipo de trastornos y suicidio consumado se incrementa proporcionalmente con la edad, alcanzado su máximo nivel en ancianos, mientras que en los jóvenes se encuentra una fuerte asociación con intentos de suicidio.⁽⁴⁷⁾

Varios estudios indican que en personas mayores de 60 años que consumaron suicidio, existía un diagnóstico psiquiátrico de depresión, encontrándose depresión mayor en aproximadamente el 70% de las historias examinadas.⁽⁴⁸⁾ Por otra parte, en adolescentes los trastornos depresivos frecuentemente se asocian con síntomas de trastornos de conducta. Estudios de comportamiento suicida han demostrado una asociación significativa con conductas antisociales y el consumo de alcohol o drogas.⁽⁴⁹⁾

Igualmente, se ha encontrado que entre el 80 y 85% de los suicidios ocurren generalmente en el contexto de un episodio depresivo mayor; lo que se evidencia en un estudio realizado por Silver y cols. con adultos que intentaron suicidarse, cuyos resultados demostraron que aunque sólo el 40% de los casos tenían un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, en el momento del acto suicida el 80% manifestaban hallarse moderada o severamente deprimidos.⁽⁵⁰⁾

El consumo de sustancias psicoactivas, es otro elemento que incrementa la vulnerabilidad de la conducta suicida. Concretamente el alcoholismo es el segundo diagnóstico psiquiátrico más frecuente, ya que el alcohol predispone a cometer actos suicidas al intensificar el estado de ánimo depresivo y reducir el autocontrol.^(51,52)

Investigaciones demuestran que la asociación entre el consumo de alcohol y el suicidio se amplifica con la edad pero no se correlaciona de igual manera con los intentos de suicidio, así los adultos de mediana edad dependientes del alcohol tienen mayor riesgo que los jóvenes de efectuar estos comportamientos.⁽⁵³⁾

Otro tipo de sustancias como los inhalantes, la cocaína y los alucinógenos aumentan la probabilidad de intentos de suicidio en adolescentes; Kirmayer y cols. encontraron que el uso de inhalantes es un predictor de intentos de suicidio en hombres de esta edad y Garnefski y De Wilde identificaron que las mujeres adolescentes que consumen sedativos o drogas duras, como el opio, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos realizan con más frecuencia intentos de suicidio.⁽⁵⁴⁾

Por otro lado, Ríos sugiere que las conductas suicidas son más severas y su letalidad es mayor en función de los trastornos de personalidad asociados; por ejemplo, en el rango de edad comprendido entre 25 y 34 años se manifiesta alto grado de correlación entre tentativas de suicidio y síntomas de trastornos de personalidad⁽⁵⁵⁾. Se ha encontrado que las personas con trastorno límite o antisocial de la personalidad son proclives a realizar intentos de suicidio^(56,57); aunque no se cumplan los criterios diagnósticos de personalidad antisocial, algunos estudios refieren que los jóvenes con múltiples intentos de suicidio presentan mayores niveles de agresión, especialmente si está presente el abuso de sustancias.^(58,59)

Algunos pacientes con **esquizofrenia** realizan conductas suicidas, en primer lugar porque existe un riesgo relacionado con la actividad alucinatoria durante la cual escuchan voces que les impulsan a cometer el acto y en segundo lugar, por la presencia de episodios depresivos a que estos pacientes son proclives cuando toman conciencia de la desorganización de su pensamiento y de los procesos cognitivos.^(60,61)

Igualmente, se ha encontrado relación entre **trastornos psicóticos** y suicidio. En los ancianos se presentan cuadros psicóticos de evolución tardía, los cuales potencializan las conductas suicidas por la aparición de ideas de muerte relacionadas con producciones delirantes o por la evaluación negativa del futuro inmediato que el paciente realiza cuando mejora la sintomatología.⁽⁶²⁾

Recientemente la **ansiedad** ha sido identificada

como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en adultos y adolescentes. En una investigación con adolescentes, Bettes y Walker evidenciaron que los hombres con ideación suicida manifiestan mayores conductas relacionadas con ansiedad que quienes efectuaron intentos, sin embargo, Andrews y Lewinsohn identificaron una asociación significativa entre trastornos de ansiedad e intentos de suicidio en hombres adolescentes.⁽⁶³⁾

Algunos autores postulan que la presencia de ansiedad caracteriza un tipo de ideación suicida infantil. En este sentido, Allan, al estudiar una muestra de 27 niños hospitalizados que presentaban ideación suicida, identificó que los niños con mayores niveles de ansiedad experimentaban más eventos vitales negativos, eran más distraídos, activos e intensos en sus reacciones, y que sus padres reportaban con mayor frecuencia conductas obsesivo compulsivas, ansiosas y hostiles que los padres de niños con baja ansiedad.⁽⁶⁴⁾

Por último, la ideación y los intentos suicidas son más comunes en las fases iniciales de las **enfermedades mentales orgánicas**, cuando las personas reconocen las consecuencias psicofisiológicas que éstas acarrearán o durante episodios depresivos asociados a delirio y demencia^(65,66). Dentro de estas patologías los pacientes que sufren la enfermedad de Huntington, asociada a trastornos del estado de ánimo, tienen una tasa de incidencia de suicidio consumado cuatro veces superior a la de la población general. Al contrario, aunque las enfermedades de Parkinson y Alzheimer originan cuadros depresivos asociados con ideación suicida, la incidencia de suicidio consumado es muy baja.⁽⁶⁷⁾

Factores Demográficos

Dentro de los factores demográficos que incrementan la vulnerabilidad de presentación de conductas suicidas se encuentran: (a) edad; (b) género; (c) escolaridad; (d) estado civil y (e) religión.

En la mayoría de los países industrializados las tasas de suicidio consumado se incrementan con la

edad siendo frecuente en la población de ancianos y adolescentes. Más del 70% de las personas que llegan a consumir el suicidio son mayores de 40 años presentándose un incremento a partir de los 60.^(68,69,70)

Esta tendencia se repite en diferentes países lo que cambia entre ellos es la tasa de incidencia. Por ejemplo, en Argentina es de 19.2 y en Estados Unidos es de 20 por 100.000 habitantes.^(71,72) Sin embargo, el porcentaje de muerte por suicidio no es relevante en ésta edad debido a que los ancianos padecen enfermedades crónicas que incrementan los índices de mortalidad.⁽⁷³⁾

Por otra parte, las estadísticas mundiales indican que el suicidio es la tercera causa de muerte en personas con edades entre 15 y 24 años con una frecuencia de 11 casos por 100.000 habitantes.^(74,75,76) Con respecto al intento de suicidio, el riesgo es más alto entre adolescentes y jóvenes adultos que en personas de edad avanzada, la proporción entre los adultos jóvenes es de 7 intentos por 1 suicidio consumado mientras que en ancianos es de 2 a 1.⁽⁷⁷⁾ Los intentos de suicidio son poco frecuentes antes de la pubertad y se incrementan durante los 14 y 17 años, alcanzando la máxima incidencia entre los 17 y 24 años de edad.^(78,79)

Sin embargo, se encuentran diferencias por género en cuanto a este factor, pues en las mujeres esta conducta prevalece durante los 15 y 24 años y en los hombres entre los 25 y 34 años. Mientras que en la población menor de 15 años la mayoría de los intentos fueron cometidos por mujeres.^(80,81)

En este sentido, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses⁽⁸²⁾ identificó que en Colombia durante el año 2002 la mayor incidencia de suicidio consumado se encuentra en edades comprendidas entre 15 y 34 años, información que es comparable con los datos registrados en la ciudad de Pasto durante el año 2003, cuando el suicidio consumado prevaleció en el grupo etéreo de 15 y 24 años con un porcentaje del 50.1% seguido por edades de 25 a 34 años con el 32.9%.⁽⁸³⁾

Así mismo, en el municipio de Pasto durante el año 2002 se presentó mayor recurrencia de intentos de suicidio en jóvenes de 15 a 19 años, con un porcentaje de 42.8% y en el grupo de 20 a 24 años con el 22%.⁽⁸⁴⁾ Información similar a la reportada en el Observatorio del Delito para el año 2003, durante el cual el 39% de intentos fueron realizados por personas entre 15 y 19 años y el 21.9% por adultos jóvenes entre 20 y 24 años.⁽⁸⁵⁾

Por otro lado, los suicidios consumados son más comunes en el **género** masculino que en el femenino, ya que las investigaciones demuestran que la tasa de mortalidad por suicidio en hombres es de 1 a 5 veces mayor que en mujeres.^(86,87,88) Sin embargo, las mujeres tienen mayor riesgo de efectuar otras conductas suicidas, por ejemplo presentan intento de suicidio con una proporción cuatro veces mayor que los hombres.^(89,90)

Las diferencias encontradas con respecto al género en las conductas suicidas se pueden explicar a partir del método utilizado. Se considera que los hombres llevan hasta el final los intentos de suicidio con más frecuencia debido a que utilizan métodos más efectivos, tales como armas de fuego o asfixia; contrario a las mujeres quienes intentan el suicidio mediante la ingestión de fármacos lo que permite evitar consecuencias fatales por la intervención de familiares y la atención médica de urgencias.^(91,92)

Este planteamiento es acorde con el consolidado de la ciudad de Pasto que sugiere que el 56.3% de los suicidios consumados fueron realizados por hombres y el 43.8% por mujeres, representando una tasa de incidencia de 13.3 y 10.3 por 100.000 habitantes, respectivamente.⁽⁹³⁾ Tendencia que se mantiene para el intento de suicidio en el año 2002, ya que el 40.7% fueron efectuados por hombres y el 59.3% por mujeres,⁽⁹⁴⁾ y para el año 2003, en el cual el 44.8% correspondió al género masculino y el 55.2% al género femenino.⁽⁹⁵⁾

Con respecto a la **escolaridad** no existe consistencia en los datos analizados, pues diversos autores han planteado múltiples hipótesis dependiendo de los resultados obtenidos en sus

respectivas investigaciones. Así Arlaes y cols.⁽⁹⁶⁾ sugieren que el bajo nivel escolar tiene una estrecha relación causal con la ocurrencia de conductas suicidas, contrario a Arranz⁽⁹⁷⁾ quien afirma que a mayor nivel educativo se incrementa el riesgo suicida y se disminuye la probabilidad de cometer intentos.

En los intentos de suicidio efectuados en la ciudad de Pasto durante el año 2002 se encontró que el grado de escolaridad según el orden de recurrencia corresponde a: (a) secundaria incompleta (34.1%), (b) primaria incompleta (18.7%), (c) secundaria completa (15.4%), (d) primaria completa (12.1%), (e) estudios universitarios (12.1%) y (f) estudios técnicos (6.6%)⁽⁹⁸⁾. De igual manera, para el año 2003 se identificó que el 29.5% de las personas no habían culminado el bachillerato, el 13.3% realizaron bachillerato completo y el 10.5% no finalizaron la primaria.⁽⁹⁹⁾

En cuanto al **estado civil**, las investigaciones demuestran que las personas solteras presentan un mayor porcentaje de suicidio. Específicamente quienes viven solos a consecuencia de separación, divorcio o viudez tienen una incidencia alta de conductas suicidas, prevalencia que se manifiesta en una proporción superior en adolescentes solteras y en hombres solteros con una edad de 30 años.⁽¹⁰⁰⁾

Varios autores sugieren que el matrimonio o las uniones estables son un factor protector contra el suicidio, ya que el pertenecer a un grupo primario implica la búsqueda de objetivos comunes que disminuyen la tendencia al individualismo y en consecuencia, al suicidio.⁽¹⁰¹⁾ Sin embargo, para Adam el matrimonio en las personas jóvenes tiene un efecto negativo porque es tomado como una vía de escape ante un ambiente sociofamiliar conflictivo y se convierte en una situación tensionante que incrementa el riesgo de suicidio.⁽¹⁰²⁾

En el municipio de Pasto al estudiar los casos de intento de suicidio, con respecto al estado civil, el 67% de los individuos evaluados eran solteros, el 16.5% vivían en unión libre y sólo 13.2% eran casados.⁽¹⁰³⁾

Factores Familiares

Se ha identificado que el funcionamiento familiar tiene una estrecha relación con la presentación de conductas suicidas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: (a) situaciones negativas en la infancia; (b) conflictos familiares y (c) antecedentes familiares de conductas suicidas.

En este sentido, se ha encontrado que las personas que realizan comportamientos suicidas tienden a pertenecer a familias disfuncionales y que las fuentes más comunes de desorganización se relacionan con la muerte de uno de los padres, la separación o divorcio, el alcoholismo, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual.^(104,105,106)

Estos acontecimientos negativos generalmente ocurren en la infancia, produciendo consecuencias psicológicas que se reflejan en la dificultad para establecer vínculos afectivos significativos y estables. Además, contribuyen a establecer y consolidar esquemas que con frecuencia incrementan la vulnerabilidad a presentar episodios recurrentes de depresión o conductas suicidas.^(107,108)

En cuanto a la pérdida de los padres durante la infancia, Adam y cols. estudiaron 75 universitarios que habían perdido a sus padres antes de los 16 años e identificaron que el 47% presentaban ideación suicida y el 18% habían realizado intentos previos, además que los pensamientos autolesivos fueron más recurrentes en el género femenino y en quienes habían realizado tentativas anteriores. Respecto a la separación, Davidson y cols. sugieren que uno de cada tres adolescentes suicidas proceden de familias cuyos padres se han separado y que la ausencia del padre incrementa la vulnerabilidad a desarrollar este tipo de comportamientos.⁽¹⁰⁹⁾

De igual manera, existe clara evidencia que los conflictos familiares constantes contribuyen a incrementar el riesgo suicida, según Cohen-Sandler y cols., los intentos de suicidio en niños surgen como estrategias para manejar las condiciones estresantes y conflictivas de sus familias, para pedir ayuda u

obtener la atención de sus padres.⁽¹¹⁰⁾

Las investigaciones evidencian que entre las causas de estos conflictos familiares se encuentran: (a) déficit en el establecimiento de normas intrafamiliares que propician dificultades en la comunicación y hostilidad entre sus miembros, (b) discusiones constantes entre los padres caracterizadas por agresión verbal y física, (c) falta de calidez en las relaciones padre e hijo, (d) poca cohesión familiar, (e) sentimientos de rechazo, (f) sobrecarga de roles, (g) sobreprotección, (h) permisividad e (i) exceso de autoridad; circunstancias que limitan las oportunidades para desarrollar habilidades en el manejo y solución de problemas y disminuyen la posibilidad de acceder al soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes.^(111,112)

En este sentido Ladame, en un estudio de las interacciones del adolescente suicida con su familia, identificó que en estos contextos: (a) el adolescente suele ser el receptor de las frustraciones de los padres; (b) que la relación entre padres e hijos se caracteriza por la presencia de agresión y (c) que en los períodos presuicidas el joven responde inadecuadamente ante situaciones estresantes.⁽¹¹³⁾

Por otra parte, varios estudios han identificado que personas con antecedentes familiares de conductas suicidas son más vulnerables a repetir este tipo de comportamientos. En este orden de ideas, Pfeffer estudió familiares de niños entre 8 y 13 años que efectuaron intento de suicidio y suicidio consumado encontrando en los parientes de primer grado mayores tasas de tentativas suicidas, trastornos de personalidad antisocial y abuso de sustancias que en la población general⁽¹¹⁴⁾; así mismo, investigadores daneses al analizar el historial familiar de conductas autolesivas y enfermedad psiquiátrica de personas que cometieron suicidio, concluyeron que la presencia de este antecedente incrementa dos veces el riesgo de efectuar estos comportamientos.⁽¹¹⁵⁾

En este sentido, Pérez y cols.⁽¹¹⁶⁾ sugieren que los antecedentes familiares de conductas suicidas son un factor de riesgo debido a dos planteamientos:

(a) la conducta suicida puede ser tomada como modelo de aprendizaje sea por imitación o identificación y (b) las consecuencias emocionales que acarrea este comportamiento en la familia desencadenan pautas de crianza caracterizadas por sobreprotección buscando evitar que se repita el modelo, sin embargo se obtiene un efecto contrario.

En la investigación realizada por el Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro,⁽¹¹⁷⁾ en el municipio de Pasto durante el año 2002, en los casos de intento de suicidio se encontró que el 36.3% eran hijos de padres separados y el 7.7% sufrieron la pérdida de alguno de los padres en la infancia; conflicto familiar en el 40.7% de los casos relacionado con abuso físico en el 14.3% y con abuso sexual en el 6.6%; frente a antecedentes familiares de conductas suicidas, en el 8.8% de los casos algún pariente había realizado este tipo de comportamientos, destacándose padres, primos, tíos y hermanos. Finalmente, en el grupo estudiado el 40.7% eran hijos intermedios, el 28.6% eran hijos mayores, el 22% eran menores y el 5.5% eran hijos únicos.

Factores Sociales

Existen factores sociológicos que desencadenan frecuentemente conductas suicidas entre los cuales se destacan: (a) conflictos en el grupo de amigos, (b) dificultades de pareja, (c) cambio de rol o status social, (d) marginalidad reciente y (e) problemas sociales, familiares o laborales graves.^(118,119,120)

También, se ha sugerido que las conductas suicidas surgen por un déficit en el soporte social que se manifiesta en la limitada cantidad y calidad de las relaciones sociales con las que cuenta el individuo. Así, se ha encontrado que las personas que viven solas y tienen dificultades para establecer vínculos interpersonales presentan mayor probabilidad de efectuar este tipo de comportamientos.^(121,122,123)

Con respecto a esto, Vidal,⁽¹²⁴⁾ plantea que en personas de la tercera edad los factores psicosociales tienen gran importancia en el desarrollo de la

depresión y la consumación del suicidio, específicamente, los bajos recursos económicos y la dificultad para acceder a una atención médica adecuada generan el progresivo deterioro de la calidad de vida caracterizada por sentimientos de abandono, desesperación por el estado de salud, autopercepción de inutilidad, deterioro económico, pérdida de status y cambio de roles sociales.

Por otra parte, Campo y cols.⁽¹²⁵⁾ refieren que en niños suicidas las conductas autodestructivas son resultado del aprendizaje por modelamiento, al observar conductas semejantes en familiares o vecinos, así mismo que el comportamiento suicida en jóvenes surge por la imitación de imágenes difundidas en medios masivos de comunicación, lo que se denomina efecto Werther.

Factores Económicos

En cuanto al factor económico, las investigaciones realizadas con suicidios consumados sugieren que la situación de desempleo o trabajo no cualificado y la inestabilidad económica son factores persistentes en la mayoría de los casos.⁽¹²⁶⁾

Con respecto al desempleo, se podría explicar la relación con las conductas suicidas desde dos puntos de vista. En primer lugar, por la pérdida de rol y las consecuencias psicosociales que ésta situación desencadena y, en segundo lugar, por la generación de sentimientos negativos como frustración, minusvalía y depresión. Esto se evidencia en un estudio realizado en Italia donde se estableció que el riesgo de suicidio entre los desempleados es 3 veces mayor que en el resto de la población, mientras que, en Australia el desempleo se relacionó con el incremento en las tasas de suicidio en la población masculina de 15 a 24 años de edad.⁽¹²⁷⁾

En este sentido, las altas tasas de suicidio que se presentan en la tercera edad se pueden explicar a partir de un cambio en el rol ocupacional, así las personas que viven en zonas urbanas deben modificar sus actividades a partir de la jubilación lo que, para algunos, implica la pérdida de identidad y estatus social, de igual manera quienes viven en zonas rurales

se enfrentan al abandono paulatino de sus quehaceres cotidianos debido a la disminución de habilidades necesarias para desarrollar competentemente su trabajo.⁽¹²⁸⁾

Por otra parte, algunas ocupaciones incrementan el riesgo de realizar conductas suicidas ya sea por el fácil acceso a mecanismos, como armas y sustancias tóxicas, o porque generan elevados niveles de estrés. Se ha encontrado que en países industrializados los profesionales representan una tasa de suicidio superior a la media, en especial los médicos, odontólogos y personal de salud mental, de igual forma quienes trabajan en seguridad como detectives y policías.^(129,130)

Por otra parte, en el municipio de Pasto al analizar la situación socioeconómica de las familias en las que se presentó suicidio durante los años de 1994 a 1999, se evidenció que el estrato socioeconómico frecuente en estos casos correspondía a medio bajo con un 45%, seguido por el estrato medio con un 39% y estrato bajo con el 10%. Con respecto a la situación laboral se identificó que las ocupaciones se relacionaban con el empleo indirecto siendo las más recurrentes ebanistería, sastrería, zapatería, cerrajería y comercialización de productos agrícolas.⁽¹³¹⁾

En cuanto a la ocupación de las personas que realizaron intento de suicidio en el municipio de Pasto durante el año 2002 se identificó que el 35% eran empleados, el 25% eran estudiantes, el 13% se dedicaban al hogar, el 12% se encontraban desempleados y el 11% realizaban otro tipo de actividad.⁽¹³²⁾ Datos que difieren a los registrados en el Observatorio del Delito para intentos de suicidio durante el año 2003 que señalan que el mayor índice se manifestó en estudiantes (24.8%), amas de casa (11.4%), empleados (10.5%) y desempleados (9.5%).⁽¹³³⁾

Estado de Salud

Estudios postmortem han demostrado la presencia de enfermedad física en más del 75% de las personas que cometieron suicidio, estableciendo una relación

significativa entre enfermedad y suicidio.⁽¹³⁴⁾ De igual manera, otras investigaciones plantean que en aproximadamente el 50% de los intentos de suicidio la víctima tenía un decline en su estado de salud relacionado con: (a) dolor crónico, (b) enfermedades crónicas o terminales, (c) lesiones invalidantes y deformantes, (d) intervenciones quirúrgicas o (e) percepción de deterioro general del organismo.^(135,136)

Además, se ha identificado que pacientes con patologías respiratorias graves, hipertensión arterial y diabetes mellitus tienen riesgo de efectuar conductas suicidas,⁽¹³⁷⁾ así mismo, en pacientes con cáncer el riesgo de suicidio parece ser más elevado inmediatamente después del diagnóstico y cuando asisten a ciclos de quimioterapia.⁽¹³⁸⁾

Según Vidal,⁽¹³⁹⁾ la incidencia de enfermedad orgánica es significativamente mayor en ancianos suicidas que en otros grupos etáreos, ya que en este grupo de edad las enfermedades somáticas contribuyen al riesgo suicida mediante diferentes mecanismos:

1. Pueden precipitar o exacerbar los cuadros depresivos debido a que la depresión se correlaciona con factores fisiológicos, tratamientos médicos y las limitaciones psicosociales derivadas de la misma enfermedad.

2. Algunas enfermedades orgánicas cursan con trastornos tipo delirium caracterizados por perturbaciones sensorio-perceptivas, deterioro cognitivo y alteraciones del humor que pueden facilitar un acto suicida.

3. Otros factores como el alcoholismo y las alteraciones neurológicas afectan el control de comportamientos impulsivos contribuyendo a la presentación de conductas autolesivas.

Historia de Intentos Previos de Suicidio

Al estudiar los suicidios consumados se encuentra que entre el 25 y el 50% de los casos habían realizado intentos previos, razón por la cual se considera una variable de relevancia clínica para predecir un eventual suicidio.^(140,141,142) Diferentes estudios demuestran que existe mayor riesgo de consumir suicidio durante el primer año después del intento y

que entre el 10 y el 20% de quienes intentan suicidarse repiten estas conductas a lo largo de sus vidas.^(143,144,145)

Con respecto a los intentos de suicidio efectuados en el municipio de Pasto durante el año 2002, el 24% de las personas habían realizado intentos previos,⁽¹⁴⁶⁾ información similar a la registrada para el año 2003, en la cual el 23% de los casos de suicidio consumado y el 10.5% de tentativas presentaban historia de intentos previos.^(147,148)

Situaciones Desencadenantes

La conducta suicida surge como respuesta ante situaciones que son consideradas incontrolables, especialmente se incrementa la vulnerabilidad ante circunstancias que implican un cambio de vida y la adaptación a un nuevo ambiente. Entre los desencadenantes más recurrentes a nivel mundial se encuentran: (a) conflictos familiares, (b) dificultades de pareja, (c) conflictos judiciales, (d) problemas laborales, (e) duelos recientes y (f) enfrentarse a nuevas circunstancias como ser encarcelado, cambiar de residencia o de trabajo.^(149,150)

De igual manera, en adolescentes las causas de mayor prevalencia para conductas suicidas se relacionan con: (a) dificultades en el grupo familiar relacionadas con la separación de los padres y el déficit en la comunicación, (b) abuso sexual, (c) bajo rendimiento académico, (d) conflictos de pareja, (e) cambio de residencia, (f) confusión con respecto a la identidad y (g) presión social.^(151,152)

Sin embargo, diversas investigaciones demuestran que las situaciones desencadenantes difieren según la cultura, el género y la edad. Tal es el caso de China donde los suicidios consumados en hombres surgen ante dificultades económicas y enfermedad crónica, pero en las mujeres los eventos causales se relacionan especialmente con el control de natalidad establecido por el gobierno.⁽¹⁵³⁾

Contrariamente, los intentos de suicidio efectuados en México por la población femenina se debieron a

motivos relacionados con conflictos amorosos y disgustos familiares, a diferencia de los hombres en quienes esta conducta obedece a enfermedades graves y dificultades económicas.^(154,155)

En la investigación realizada por el Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro⁽¹⁵⁶⁾ el factor desencadenante del intento de suicidio en la ciudad de Pasto durante el año 2002 se relacionó con: (a) conflictos de pareja con el 40.7%, (b) conflicto familiar con el 45%, (c) problemas económicos con el 9.9%, (d) duelo con el 4.4% y (e) fracaso escolar en el 2.2% de los casos.

Datos que se mantienen para el año 2003, en el cual las situaciones causales de suicidio consumado fueron: (a) conflicto de pareja (29.2%), (b) conflictos familiares (16.7%), (c) crisis económica (8.3%), (d) otro tipo de evento (4.2%) y (e) duelo reciente (2.1%)⁽¹⁵⁷⁾. De igual forma para el intento de suicidio, las principales causas fueron: (a) conflicto familiar (36.2%), (b) conflicto de pareja (31.4%) y (c) dificultades económicas (4.8%).⁽¹⁵⁸⁾

CONCLUSIONES

La presencia de conductas suicidas representa un gran reto para los sistemas de salud pública, dado los efectos que deja en términos de salud mental, funcionamiento social, pérdidas económicas, entre otras. La definición de estrategias y políticas de intervención y prevención de esta problemática deben atender tanto a factores personales, como sociales y culturales, que hacen que esta situación tenga visos tan específicos en cada ciudad o zona en que se presente.

No obstante estas particularidades, la literatura científica ha permitido identificar ciertos factores que aumentan el riesgo de suicidio, tales como:

- Historia familiar de suicidio o suicidio de alguien cercano.
- Enfermedad psiquiátrica, como depresión, abuso de sustancias psicoactivas, personalidad límite o antisocial, y esquizofrenia.
- Adolescencia, adultez joven y tercera edad.
- Ser mujer (para intento) y ser hombre (para

suicidio consumado).

- Ser soltero o vivir solo.
- Acceso a los métodos suicidas.
- Disfunción familiar que se manifiesta en violencia intrafamiliar, abuso sexual, conflictos familiares y conflictos de pareja.
- Bajo nivel de integración y de soporte social.
- Dificultades económicas, desempleo jubilación.
- Bajo status de salud y bienestar.

Como se puede observar la variedad y complejidad de factores de riesgo hacen imperioso el trabajo conjunto desde diversos sectores sociales y gubernamentales (salud, educación, vigilancia y control) para la formulación de acciones integrales de prevención y promoción de la salud mental que permitan que las personas, a pesar de la difícil situación social, económica, de salud, de valores, etc., por la que atraviesa nuestra nación, cuenten con las estrategias personales suficientes para sobreponerse a ella y puedan hacer de su vida una oportunidad diaria de conseguir mejores niveles de bienestar y satisfacción personal y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARLAES, L., HERNÁNDEZ G., DISNEY, C. y CAÑIZARES, T. (1997). *Conducta suicida: factores de riesgo asociados*. (Consulta en Internet: http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol14_2_98—mgi03298.htm. En Febrero 21, 2004).
2. LLORCA, G. (2004). *Suicidio y evolución*. (Consulta en Internet: <http://www.psiquiatria.com/articulos/investigacion/14907/.htm>. En Febrero 21, 2004).
3. FRIERSON, R., MELIKIAN, M. y WADMAN, P. (2003). «Principios para valorar el riesgo de suicidio: cómo entrevistar a los pacientes deprimidos y ajustar el tratamiento». *Postgraduate Medicine*, Vol. 10, No.9: 25 - 31.
4. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES (2003). *Medicina legal en Cifras 2002*. (Consulta en Internet: http://www.medicinalegal.gov.co/paginaneuz_crnv/crnv_ppal1.htm. En Enero 20, 2004).
5. ARLAES, L., HERNÁNDEZ G., DISNEY, C. y CAÑIZARES, T. (1997). *Conducta suicida: factores de riesgo asociados*. (Consulta en Internet: <http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol>

- 14_2_98—mgi03298.htm. En Febrero 21, 2004).
6. FERNÁNDEZ, J. (2000). *Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas*. (Consulta en Internet: www.saludalia.comsaludalia/websaludalia/urgencias/obc/documentos/suicidio. En Noviembre 24, 2003).
 7. CASTAÑEDA, A. (2003). *Características psicossociales del adolescente parasuicida*. (Consulta en Internet: http://www.psicoadictiva.com/Noticias/n_00047.htm. En Noviembre 24, 2003).
 8. CHRISTMAN, A. (1998). *El suicidio de los adolescentes*. (Consulta en Internet: <http://www.unam.mx/rompan/24/>. En Noviembre 24, 2003).
 9. CASTAÑEDA, A. (2003). *Características psicossociales del adolescente parasuicida*. (Consulta en Internet: http://www.psicoadictiva.com/Noticias/n_00047.htm. En Noviembre 24, 2003).
 10. PÉREZ, S. (2001). *¿Como evitar el suicidio en adolescentes?*. (Consulta en Internet: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>. En Febrero 14, 2004).
 11. *Ibidem*.
 12. SISTO, C. (1991). *Depresión (2da. Parte) el suicidio*. (Consulta en Internet: www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_03.htm. En Noviembre 15, 2003).
 13. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. (1988). *El suicidio en los adolescentes*. (Consulta en Internet: www.aacap.org/publications/apntsFam/suicide. En Noviembre 15, 2003).
 14. MUÑOZ, A. (2002). *El suicidio: cómo afrontar los pensamientos suicidas*. (Consulta en Internet: <http://www.cepvi.com/articulos/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
 15. JIMÉNEZ, R. (sin dato). *Historia del suicidio*. (Consulta en Internet: <http://www.rjimenez.psicologica.freesevers.com/sui.htm>. En Noviembre 24, 2003).
 16. SISTO, C. (1991). *Depresión (2da. Parte) el suicidio*. (Consulta en Internet: www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_03.htm. En Noviembre 15, 2003).
 17. PÉREZ, S. (2001). *¿Como evitar el suicidio en adolescentes?*. (Consulta en Internet: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>. En Febrero 14, 2004).
 18. ROCADE TOGORES, A., y otros. (2002). «Intentos de suicidio atendidos en un centro de salud». *Atención primaria*, Vol. 29, No 29: 66 – 73.
 19. JIMÉNEZ, R.. *Historia del suicidio*. (Consulta en Internet: <http://www.rjimenez.psicologica.freesevers.com/sui.htm>. En Noviembre 24, 2003).
 20. CASTAÑEDA, A. (2003). *Características psicossociales del adolescente parasuicida*. (Consulta en Internet: http://www.psicoadictiva.com/Noticias/n_00047.htm. En Noviembre 24, 2003).
 21. FERNÁNDEZ, J. (2000). *Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas*. (Consulta en Internet: www.saludalia.comsaludalia/websaludalia/urgencias/obc/documentos/suicidio. En Noviembre 24, 2003).
 22. *Ibidem*.
 23. GUIBERT, W. y TORRES, N. (2001). *Intento suicida y funcionamiento familiar*. (Consulta en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500008&lng=es&nrm=iso. En Noviembre 24, 2003).
 24. GÓMEZ, C., RODRÍGUEZ, N., BOHÓRQUEZ, A., DIAZGRANADOS, N., OSPINA, M. y FERNÁNDEZ, C. (2002). «Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana». *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 31, No.4: 283-297.
 25. BURBANO, M., PABÓN, C. y VILLALOBOS, F. (2003). *Efectos de un programa de intervención cognitivo conductual sobre los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad de Nariño, Pasto*.
 26. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
 27. CASTAÑEDA, A. (2003). *Características psicossociales del adolescente parasuicida*. (Consulta en Internet: http://www.psicoadictiva.com/Noticias/n_00047.htm. En Noviembre 24, 2003).
 28. JIMÉNEZ, R. (sin dato). *Historia del suicidio*. (Consulta en Internet: <http://www.rjimenez.psicologica.freesevers.com/sui.htm>. En Noviembre 24, 2003).
 29. FERNÁNDEZ, J. (2000). *Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas*. (Consulta en Internet: www.saludalia.comsaludalia/websaludalia/urgencias/obc/documentos/suicidio. En Noviembre 24, 2003).
 30. LEENAARS, A. (1996). «Suicide: A multidimensional malaise». *Suicide & Life-Threatening Behavior*, Vol. 26: 221.
 31. RLAES, L., HERNÁNDEZ G., DISNEY, C. y CAÑIZARES, T. (1997). *Conducta suicida: factores de riesgo asociados*. (Consulta en Internet: http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol14_2_98—mgi03298.htm. En Febrero 21, 2004).
 32. VIDAL, D. (1999). *Factores de riesgo suicida en el*

- anciano. (Consulta en Internet: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm>. En Febrero 21, 2004).
33. FERNÁNDEZ, J. (2000). *Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas*. (Consulta en Internet: www.saludalia.comsaludalia/websaludalia/urgencias/obc/documentos/suicidio. En Noviembre 24, 2003).
 34. ARRANZ, F. (1998). Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En S, Montalbán. *La conducta suicida*. Madrid: Arán.
 35. LLORCA, G. (2004). *Suicidio y evolución*. (Consulta en Internet: <http://www.psiquiatria.com/articulos/investigacion/14907/.htm>. En Febrero 21, 2004).
 36. EZZELL, C. (2003). «Neurobiología del suicidio». *Investigación y ciencia*. No 319: 17 – 23.
 37. *Ibidem*.
 38. LLORCA, G. (2004). *Suicidio y evolución*. (Consulta en Internet: <http://www.psiquiatria.com/articulos/investigacion/14907/.htm>. En Febrero 21, 2004).
 39. EZZELL, C. (2003). «Neurobiología del suicidio». *Investigación y ciencia*. No 319: 17 – 23.
 40. MAZA, P., MUÑOZ, G., OLMEDO, C., OLGUÍN, A. y RODRÍGUEZ, A. (2002). *Depresión y suicidio*. (Consulta en Internet: www.monografias.com/trabajos11/depsu.shtml. En Noviembre 20, 2003).
 41. EZZELL, C. (2003). «Neurobiología del suicidio». *Investigación y ciencia*. No 319: 17 – 23.
 42. RUIZ, J., IMBERNÓN, J. y CANO, J. (1999). *Psicoterapia cognitiva de urgencia del intento suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia10.htm>. En Febrero 14, 2004).
 43. FERNÁNDEZ, J. (2000). *Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas*. (Consulta en Internet: www.saludalia.comsaludalia/websaludalia/urgencias/obc/documentos/suicidio. En Noviembre 24, 2003).
 44. GOLDACRE, M., SEAGROATT, V. y HAWTON, K. (1999). *Suicidio después del alta de hospitalización psiquiátrica*. (Consulta en Internet: <http://www.txorierri.com/salalecsuicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
 45. SISTO, C. (1991). Depresión (2da. Parte) el suicidio. (Consulta en Internet: www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_03.htm. En Noviembre 15, 2003).
 46. VÁSQUEZ, C. y SANZ, J. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Comps.), *Manual de psicopatología*. Bogotá: Mc Graw-Hill. (pp. 318-321).
 47. CONNER, K. (2003). Alcohólicos de edad avanzada enfrentan mayor riesgo de suicidio. (Consulta en Internet: <http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.asp?docID=514267.htm>. En Febrero 21, 2004).
 48. VIDAL, D. (1999). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. (Consulta en Internet: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm>. En Febrero 21, 2004).
 49. LARRAGUIBEL, M., GONZÁLEZ, P., MARTÍNEZ, V. y VALENZUELA, R. (2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. (Consulta en Internet: <http://www.scielo.cl.htm>. En Febrero 21, 2004).
 50. FREEMANN, A. y REINECKE, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
 51. FERNÁNDEZ, J. (2000). *Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas*. (Consulta en Internet: www.saludalia.comsaludalia/websaludalia/urgencias/obc/documentos/suicidio. En Noviembre 24, 2003).
 52. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
 53. CONNER, K. (2003). Alcohólicos de edad avanzada enfrentan mayor riesgo de suicidio. (Consulta en Internet: <http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.asp?docID=514267.htm>. En Febrero 21, 2004).
 54. KELLY, T., CORNELIUS, J. y LYNCH, K. (2002). «Psychiatric and substance use disorders as risk factors for attempted suicide among adolescents». *Suicide & Life - Threatening Behavior* Vol. 32: 301 – 312.
 55. LÓPEZ, X. (2000). *La conducta suicida varía según cada trastorno*. (Consulta en Internet: <http://www.diariomedico.com/psiquiatria/n141100.html>. En Febrero 21, 2004).
 56. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
 57. LARRAGUIBEL, M., GONZÁLEZ, P., MARTÍNEZ, V. y VALENZUELA, R. (2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. (Consulta en Internet: <http://www.scielo.cl.htm>. En Febrero 21, 2004).
 58. *Ibidem*.
 59. FRIERSON, R., MELIKIAN, M. y WADMAN, P. (2003). «Principios para valorar el riesgo de suicidio: cómo entrevistar a los pacientes deprimidos y ajustar el tratamiento». *Postgraduate Medicine*, Vol. 10, No.9: 25 - 31.

60. FERNÁNDEZ, J. (2000). *Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas*. (Consulta en Internet: www.saludalia.comsaludalia/websaludalia/urgencias/obc/documentos/suicidio. En Noviembre 24, 2003).
61. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
62. VIDAL, D. (1999). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. (Consulta en Internet: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm>. En Febrero 21, 2004).
63. LARRAGUIBEL, M., GONZÁLEZ, P., MARTÍNEZ, V. y VALENZUELA, R. (2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. (Consulta en Internet: <http://www.scielo.cl.htm>. En Febrero 21, 2004).
64. *Ibidem*.
65. VIDAL, D. (1999). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. (Consulta en Internet: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm>. En Febrero 21, 2004).
66. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
67. VIDAL, D. (1999). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. (Consulta en Internet: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm>. En Febrero 21, 2004).
68. ARRANZ, F. (1998). Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En S, Montalbán. *La conducta suicida*. Madrid: Arán.
69. VIDAL, D. (1999). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. (Consulta en Internet: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm>. En Febrero 21, 2004).
70. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
71. VIDAL, D. (1999). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. (Consulta en Internet: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm>. En Febrero 21, 2004).
72. FRIERSON, R., MELIKIAN, M. y WADMAN, P. (2003). «Principios para valorar el riesgo de suicidio: cómo entrevistar a los pacientes deprimidos y ajustar el tratamiento». *Postgraduate Medicine*, Vol. 10, No.9: 25 - 31.
73. ARRANZ, F. (1998). Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En S, Montalbán. *La conducta suicida*. Madrid: Arán.
74. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. (1988). *El suicidio en los adolescentes*. (Consulta en Internet: www.aacap.org/publications/apntsFam/suicide. En Noviembre 15, 2003).
75. CASTAÑEDA, A. (2003). *Características psicosociales del adolescente parasuicida*. (Consulta en Internet: http://www.psicooactiva.com/Noticias/n_00047.htm. En Noviembre 24, 2003).
76. FRIERSON, R., MELIKIAN, M. y WADMAN, P. (2003). «Principios para valorar el riesgo de suicidio: cómo entrevistar a los pacientes deprimidos y ajustar el tratamiento». *Postgraduate Medicine*, Vol. 10, No.9: 25 - 31.
77. VIDAL, D. (1999). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. (Consulta en Internet: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm>. En Febrero 21, 2004).
78. GÓMEZ, C., RODRÍGUEZ, N., BOHÓRQUEZ, A., DIAZGRANADOS, N., OSPINA, M. y FERNÁNDEZ, C. (2002). «Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana». *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 31, No.4: 283-297.
79. CASTAÑEDA, A. (2003). *Características psicosociales del adolescente parasuicida*. (Consulta en Internet: http://www.psicooactiva.com/Noticias/n_00047.htm. En Noviembre 24, 2003).
80. ARRANZ, F. (1998). Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En S, Montalbán. *La conducta suicida*. Madrid: Arán.
81. GONZÁLEZ, R. (2001). *Las mujeres más propensas al suicidio que los hombres*. (Consulta en Internet: <http://www.cimac.org.mx/noticias/01ago01080906.html>. En Febrero 14, 2004).
82. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. (2003). *Medicina legal en Cifras 2002*. (Consulta en Internet: http://www.medicinalegal.gov.co/paginane_wz_crnv/crnv_ppa11.htm. En Enero 20, 2004).
83. ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO. (2004). Informe de suicidios, consolidado 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. Manuscrito no publicado: 12-17.
84. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
85. ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO. (2004). Informe de intentos de suicidio, consolidado 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. File:// A:/Intentos de suicidio. (En Marzo 25, 2004).
86. ARLAES, L., HERNÁNDEZ G., DISNEY, C. y CAÑIZARES, T. (1997). *Conducta suicida: facto-*

- res de riesgo asociados. (Consulta en Internet: http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol14_2_98—mgi03298.htm. En Febrero 21, 2004).
87. ARRANZ, F. (1998). Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En S, Montalbán. *La conducta suicida*. Madrid: Arán.
 88. FERNÁNDEZ, J. (2000). *Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas*. (Consulta en Internet: www.saludalia.comsaludalia/websaludalia/urgencias/obc/documentos/suicidio. En Noviembre 24, 2003).
 89. RUIZ, J., IMBERNÓN, J. y CANO, J. (1999). *Psicoterapia cognitiva de urgencia del intento suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.psicologia-online.com/ESMubeda/Libros/Urgencia/urgencia10.htm>. En Febrero 14, 2004).
 90. LARRAGUIBEL, M., GONZÁLEZ, P., MARTÍNEZ, V. y VALENZUELA, R. (2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. (Consulta en Internet: <http://www.scielo.cl.htm>. En Febrero 21, 2004).
 91. SUE, D., SUE, D. y SUE, S. (1996). *Comportamiento anormal*. México: Mc Graw-Hill: 375-400.
 92. PRADA, D., EVANGELISTA, M. y PIOLA, J. (2000). *Tentativas de suicidio con tóxicos en adolescentes en Rosario, Argentina 1990-1998*. (Consulta en Internet: <http://www.brazilpednews.org.br/dec2002/bnp4003.htm>. En Febrero 14, 2004).
 93. ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO. (2004). Informe de suicidios, consolidado 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. Manuscrito no publicado: 12-17.
 94. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
 95. ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO. (2004). Informe de intentos de suicidio, consolidado 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. File:// A:/Intentos de suicidio. (En Marzo 25, 2004).
 96. ARLAES, L., HERNÁNDEZ G., DISNEY, C. y CAÑIZARES, T. (1997). *Conducta suicida: factores de riesgo asociados*. (Consulta en Internet: http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol14_2_98—mgi03298.htm. En Febrero 21, 2004).
 97. ARRANZ, F. (1998). Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En S, Montalbán. *La conducta suicida*. Madrid: Arán.
 98. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
 99. ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO. (2004). Informe de intentos de suicidio, consolidado 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. File:// A:/Intentos de suicidio. (En Marzo 25, 2004).
 100. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
 101. CEBALLOS, G. (2002). *Características de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante el año 2002: un informe de casos*. (Consulta en Internet: <http://www.monografias.com/trabajos14/suicidio/suicidio.shtml.htm>. En Febrero 14, 2004).
 102. ARRANZ, F. (1998). Factores psicológicos-conductuales y psicosociales de riesgo suicida. En S, Montalbán. *La conducta suicida*. Madrid: Arán.
 103. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
 104. BOTSIS, A., PLUTCHIK, R., KOTLER, M. y VAN PRAG, H. (1995). «Parental loss and family violence as correlates of suicide and violence risk». *Threatening Behavior*, Vol. 25: 253.
 105. FREEMANN, A. y REINECKE, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
 106. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
 107. DELGADO, A. (2004). *Suicidio: gestos, intentos y hechos*. (Consulta en Internet: <http://salud.comeva.com.co/Especiales/suicidio.html>. En Febrero 14, 2004).
 108. FREEMANN, A. y REINECKE, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
 109. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
 110. FREEMANN, A. y REINECKE, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
 111. LARRAGUIBEL, M., GONZÁLEZ, P., MARTÍNEZ, V. y VALENZUELA, R. (2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. (Consulta en Internet: <http://www.scielo.cl.htm>. En Febrero 21, 2004).
 112. ARLAES, L., HERNÁNDEZ G., DISNEY, C. y CAÑIZARES, T. (1997). *Conducta suicida: factores de riesgo asociados*. (Consulta en Internet: http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol14_2_98—mgi03298.htm. En Febrero 21, 2004).

113. CASTAÑEDA, A. (2003). *Características psicosociales del adolescente parasuicida*. (Consulta en Internet: http://www.psycoactiva.com/Noticias/n_00047.htm. En Noviembre 24, 2003).
114. LARRAGUIBEL, M., GONZÁLEZ, P., MARTÍNEZ, V. y VALENZUELA, R. (2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. (Consulta en Internet: <http://www.scielo.cl.htm>. En Febrero 21, 2004).
115. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
116. PÉREZ, S., ROS, L., PABLOS, T. y CALÁS, R. (1996). *Factores de riesgo suicida en adultos*. (Consulta en Internet: http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol13_1_97—mgi011_97.htm. En Febrero 21, 2004).
117. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). *Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002*. Manuscrito no publicado.
118. SISTO, C. (1991). Depresión (2da. Parte) el suicidio. (Consulta en Internet: www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_03.htm. En Noviembre 15, 2003).
119. FERNÁNDEZ, J. (2000). *Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas*. (Consulta en Internet: www.saludalia.comsaludalia/websaludalia/urgencias/obc/documentos/suicidio. En Noviembre 24, 2003).
120. PAULÍN, E. (2002). *Suicidiología*. (Consulta en Internet: <http://www.uaq.mx/psicología/opciones/n38/principal.html>. En Febrero 14, 2004).
121. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
122. CEBALLOS, G. (2002). *Características de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante el año 2002: un informe de casos*. (Consulta en Internet: <http://www.monografias.com/trabajos14/suicidio/suicidio.shtml.htm>. En Febrero 14, 2004).
123. DELGADO, A. (2004). *Suicidio: gestos, intentos y hechos*. (Consulta en Internet: <http://salud.coomeva.com.co/Especiales/suicidio.html>. En Febrero 14, 2004).
124. VIDAL, D. (1999). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. (Consulta en Internet: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm>. En Febrero 21, 2004).
125. CAMPO, G., ROA, J., PÉREZ, A., SALAZAR, O., PIRAGAUTA, C., LÓPEZ, L. y RAMÍREZ, C. (2003). *Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali*. (Consulta en Internet: <http://colombiamedicauinivalle.edu.co/Vol34No1/cm34n1a2.htm>. En Febrero 14, 2004).
126. QIN, E., AGERBO, E. y MORTENSEN, P. (2003). «Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in denmark, 1981-1997». *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 160: 765 - 772.
127. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
128. Ibidem.
129. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>. En Febrero 21, 2004).
130. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
131. CHAMORRO, C., MONCAYO, S., MONTERO, S. y RAMÍREZ, I. (2001). *Situación familiar y socioeconómica de las familias donde se ha presentado el suicidio*. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad Mariana, Pasto.
132. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
133. ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO. (2004). Informe de intentos de suicidio, consolidado 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. File:// A:/Intentos de suicidio. (En Marzo 25, 2004).
134. FRIERSON, R., MELIKIAN, M. y WADMAN, P. (2003). «Principios para valorar el riesgo de suicidio: cómo entrevistar a los pacientes deprimidos y ajustar el tratamiento». *Postgraduate Medicine*, Vol. 10, No.9: 25 - 31.
135. SISTO, C. (1991). Depresión (2da. Parte) el suicidio. (Consulta en Internet: www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_03.htm. En Noviembre 15, 2003).
136. SUE, D., SUE, D. y SUE, S. (1996). *Comportamiento anormal*. México: Mc Graw-Hill: 375-400.
137. PÉREZ, S., ROS, L., PABLOS, T. y CALÁS, R. (1996). *Factores de riesgo suicida en adultos*. (Consulta en Internet: http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol13_1_97—mgi011_97.htm. En Febrero 21, 2004).
138. VIDAL, D. (1999). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. (Consulta en Internet: <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm>. En Febrero 21, 2004).

- www.alcmeon.com.ar/8/30/vidal.htm. En Febrero 21, 2004).
139. Ibidem.
 140. GÓMEZ, C., RODRÍGUEZ, N., BOHÓRQUEZ, A., DIAZGRANADOS, N., OSPINA, M. y FERNÁNDEZ, C. (2002). «Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana». *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 31, No.4: 283-297.
 141. OVIEDO, C. (2002). *Desesperanza y fuerte psicopatía implican alto riesgo de suicidio*. (Consulta en Internet: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,187436,00.html>). En Febrero 14, 2004).
 142. CAMPO, G., ROA, J., PÉREZ, A., SALAZAR, O., PIRAGAUTA, C., LÓPEZ, L. y RAMÍREZ, C. (2003). *Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali*. (Consulta en Internet: <http://colombiamedicounivalle.edu.co/Vol34No1/cm34n1a2.htm>). En Febrero 14, 2004).
 143. LARA, R. (2000). *Conducta suicida*. (Consulta en Internet: <http://www.avantel.net/-crow/suicidio.htm>). En Febrero 21, 2004).
 144. LARRAGUIBEL, M., GONZÁLEZ, P., MARTÍNEZ, V. y VALENZUELA, R. (2000). *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. (Consulta en Internet: <http://www.scielo.cl.htm>). En Febrero 21, 2004).
 145. PÉREZ, S. (2004). *Grupos de riesgo. Una nueva estrategia para la prevención del suicidio*. (Consulta en Internet: http://www.psiquiatria.com/articulos/urgencias_psiq/12888/.htm). En Febrero 21, 2004).
 146. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
 147. ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO. (2004). Informe de suicidios, consolidado 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. Manuscrito no publicado: 12-17.
 148. ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO. (2004). Informe de intentos de suicidio, consolidado 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. File:// A:/Intentos de suicidio. (En Marzo 25, 2004).
 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. File:// A:/Intentos de suicidio. (En Marzo 25, 2004).
 149. PÉREZ, S., ROS, L., PABLOS, T. y CALÁS, R. (1996). *Factores de riesgo suicida en adultos*. (Consulta en Internet: http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol13_1_97—mgi01197.htm). En Febrero 21, 2004).
 150. RAMOS, R. (2002). *Intervención familiar sobre la conducta suicida en la Policlínica «Manuel Pity Fajardo» año 2002*. (Consulta en Internet: http://www.psiquiatria.com/articulos/urgencias_psiq/13620/.htm). En Febrero 21, 2004).
 151. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. (1988). *El suicidio en los adolescentes*. (Consulta en Internet: www.aacap.org/publications/apntsFam/suicide). En Noviembre 15, 2003).
 152. CASTAÑEDA, A. (2003). *Características psicosociales del adolescente parasuicida*. (Consulta en Internet: http://www.psicoadactiva.com/Noticias/n_00047.htm). En Noviembre 24, 2003).
 153. PHILLIPS, M., YANG, G., ZHANG, Y. y WANG, L. (2002). «Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study». *The Lancet London*, Vol. 360: 1728–1736.
 154. GONZÁLEZ, R. (2001). *Las mujeres más propensas al suicidio que los hombres*. (Consulta en Internet: <http://www.cimac.org.mx/noticias/01ago01080906.html>). En Febrero 14, 2004).
 155. PAULÍN, E. (2002). *Suicidiología*. (Consulta en Internet: <http://www.uaq.mx/psicologia/opciones/n38/principal.html>). En Febrero 14, 2004).
 156. HOSPITAL MENTAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO. (2003). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado.
 157. ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO. (2004). Informe de suicidios, consolidado 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. Manuscrito no publicado: 12-17.
 158. ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO. (2004). Informe de intentos de suicidio, consolidado 2003. *Informe del Observatorio del Delito*. File:// A:/Intentos de suicidio. (En Marzo 25, 2004).

