

Luis Carlos Taborda Ramírez, MD

Jorge Téllez-Vargas, MD

El suicidio en cifras

- Prevalencia
- El suicidio y los factores sociodemográficos
- Cifras especiales para Colombia
- El suicidio en Bogotá

LAS TASAS de suicidio varían en cada país y en cada década como respuesta a los múltiples factores que se asocian con la conducta suicida.

La información epidemiológica es vasta y amplia y una revisión concienzuda de ella no está al alcance de esta publicación. Por ello, en el presente capítulo se revisan los datos que hemos considerado más representativos y que podrían proporcionarnos a los médicos y psiquiatras no expertos en epidemiología, una visión aproximada del fenómeno del suicidio a nivel global, a nivel nacional y a nivel Bogotá, la capital colombiana.

PREVALENCIA

El suicidio es una causa frecuente de muerte. En Estados Unidos en 2003 se cometieron 31.484 suicidios (86 suicidios por día, uno cada 17 minutos) que corresponden a una tasa de 10.8x100.000 habitantes por año. Cada año se suicida en el mundo un millón de personas, que corresponde al 1,8% del total de fallecimientos y es la segunda causa de mortalidad en los jóvenes entre 15-24 años de edad.

Se estima un subregistro cercano al 50% en la mayoría de los países, lo cual resta confiabilidad a las estadísticas pero a pesar de ello, se considera que por cada suicidio se presentan 10-25 intentos o tentativas de suicidio y que el 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo.

Se calcula que el riesgo de muerte en quienes hacen intentos de suicidio es 100 veces superior a la población general y que el 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado.

En Estados Unidos el 15% de los suicidios acaecidos entre 1952-1995 fueron cometidos por menores de 25 años. Llama la atención el aumento en la tasa de suicidios, que se triplicó en los adolescentes y adultos jóvenes entre 1980-1997, aun en el grupo de adolescentes afroamericanos. En los adolescentes estadounidenses entre 15-19 años en 1960 se calculó una tasa de mortalidad por suicidio de 3.6x100.000 índice que se elevó a 11.1x100.000 en 1991 y a partir de esa fecha permanece estable, aunque algunos autores consideran que ha disminuido levemente.

Actualmente, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes de 15-24 años después de los accidentes y el homicidio.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2003) mostró que el 12,3% de los colombianos ha tenido ideas suicidas, 4,1% ha realizado planes suicidas y 4,9% ha hecho intentos suicidas. Al diferenciar los datos por grupos de edad, se observó que la mayor prevalencia de conductas suicidas durante toda la vida se encuentran entre el grupo de 30-44 años, pero si se tiene en cuenta sólo el último año, la prevalencia es mayor en los jóvenes de 18-29 años de edad. (Tabla 1)

TABLA 1

Comportamiento suicida en Colombia.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental. Ministerio de Protección Social (2004)

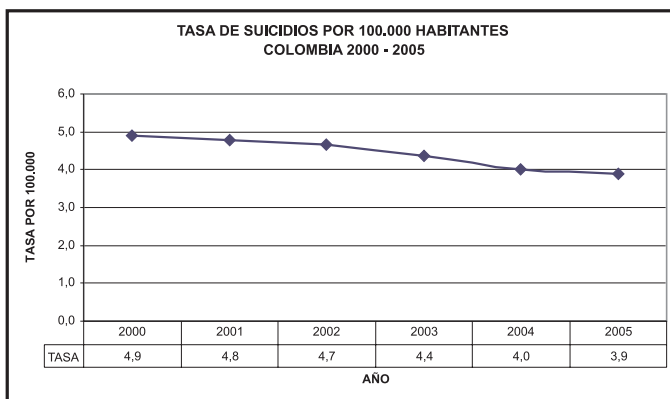
Comportamiento suicida	Hombres %	Mujeres %
Ideación suicida alguna vez en la vida	12,1	12,5
Plan suicida alguna vez en la vida	3,8	4,3
Intento de suicidio alguna vez en la vida	4,9	4,9
Ideación suicida último año	4,0	3,1
Plan suicida último año	1,3	0,8
Intento de suicidio último año	1,7	0,9

Los análisis llevados a cabo por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses sobre las necropsias de quienes se han suicidado muestran que la tasa de suicidio se ha mantenido estable cercana al 4X100.000 habitantes, siendo una de las más bajas de Latinoamérica. (Figura 1).

Si se comparan los datos de 2005 con los de 1999 del mismo instituto se nota un descenso en el número de suicidios (303) que corresponde a un 14% menos y a un punto menos en la tasa de suicidios por 100.000 habitantes.

FIGURA 1

Tasa de suicidios por 100.000 habitantes en Colombia 2000-2005. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



EL SUICIDIO Y LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Género

En la mayoría de los países los varones cometen más suicidios que las mujeres, en una proporción que varía de acuerdo con el país. China es el único país en donde el número de suicidios femeninos sobrepasa a los masculinos en las áreas rurales y es aproximadamente igual al de los suicidios masculinos en el área urbana.

Las mujeres intentan suicidarse 3-4 veces más que los hombres, pero los hombres utilizan en sus intentos suicidas métodos más letales y consuman el suicidio de 2-3 veces más que las mujeres. Los hombres menores de 25 años tienen mayor probabilidad de suicidarse que sus pares mujeres, no obstante, en el sexo masculino la incidencia del suicidio se incrementa con la edad con una máxima incidencia alrededor de los 75 años. En las mujeres los intentos de suicidio son más frecuentes entre los 20-25 años y la mayor incidencia de suicidios consumados se presenta alrededor de los 55 años de edad.

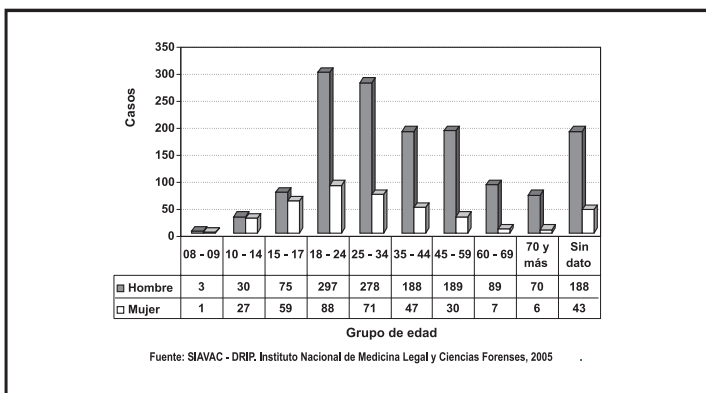
En Colombia, de acuerdo con el trabajo GONZÁLEZ (2006) la razón es de 4:1 siendo mayor en los hombres, razón que se ha mantenido estable durante la última década y en todos los grupos etáreos, a excepción de los segmentos de 10-14 y 15-17 años. (Figura 2). Estos datos son simila-

res a los observados por el mismo investigador al analizar las 2.089 autopsias realizadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal en 1999.

El análisis que GÓMEZ y colaboradores (2002) hicieron de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 1993 mostró que el 5% de las mujeres y el 3,9% de los hombres habían realizado un intento de suicidio en el transcurso de la vida y 1,4% de las mujeres y 1,0% de los hombres lo habían intentado en el último año. El análisis señaló que los adolescentes constituyen el grupo más vulnerable a la depresión y que la posibilidad de un nuevo intento de suicidio en el último año disminuye con la edad.

FIGURA 2

Suicidios en Colombia según edad y sexo. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



Edad

A nivel mundial los grupos con edades mayores de 65 años y los menores de 30 años presentan cifras altas de suicidio, ya se trate de suicidios consumados o intentos de autoeliminación. Los datos recientes de la OMS sugieren un aumento en las tasas de suicidio en varones de edad mediana. (Figura 3).

En Colombia, el análisis de las autopsias que realizó el Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses a suicidas durante el año 2005 muestra que el mayor número de suicidios se presentó en el grupo de 18-24 años (21,6%), seguido por el grupo de 25-34 años (19,5%) y el de

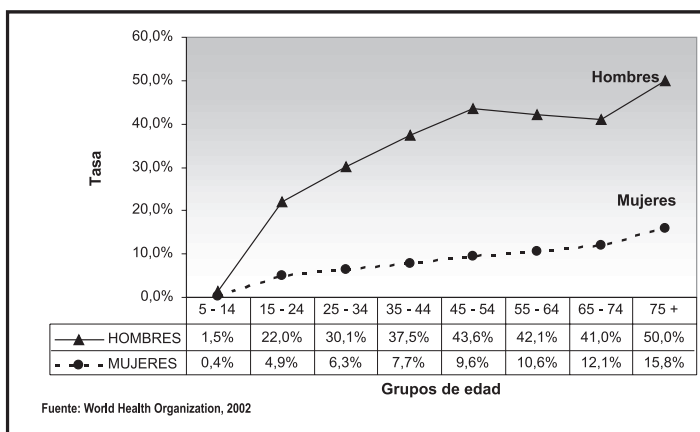
35-44 años. Este hecho señala que la edad promedio de los hombres suicidas fue de 36,2 años y la de las mujeres de 28,3 años, cifras muy similares a las observadas en el análisis que hizo el mismo Instituto de Medicina Legal con las autopsias de 2004. (Figura 2).

La mayor tasa de mortalidad específica por suicidio (TMES) se encontró en el grupo de hombres mayores de 70 años (11,3) que fue superior a la observada en el grupo de hombres con edades de 18-24 años (10,0). La TMES fue superior para los varones en todos los grupos; sin embargo, en los grupos de 10-14 años y de 15-17 años los valores de la tasa fueron casi los mismos para hombres y mujeres.

Comparados los datos anteriores con los de 1999 no se observan cambios ni en el promedio de edad de los varones suicidas ni en la mayor tasa de suicidios observada en los ancianos.

En 2005 se perdieron más de 55.000 años de vida potenciales (AVPP). En el grupo de 18-24 años el índice de AVPP fue de 18.894 y de 14.107 en el grupo de 25-34 años. Este hecho origina como lo señala GONZÁLEZ (2006) graves consecuencias socioeconómicas y un alto costo psicológico, de pareja y familiar, porque al tratarse de personas jóvenes dejan hogares recién constituidos, con hijos pequeños y familia a la deriva.

FIGURA 3
Distribución de las tasas de suicidio por género y edad. Organización Mundial de la Salud (2002)



Estado civil

Las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio. El matrimonio parece ser un medio protector para los varones en términos de riesgo de suicidios, pero no es significativo para las mujeres. La separación marital y el vivir solo aumentan el riesgo de suicidio.

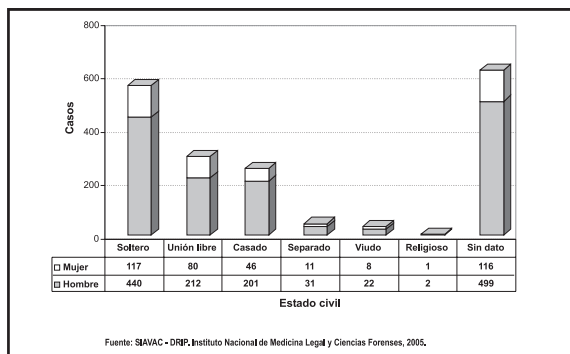
La tasa de suicidio es muy alta en los viudos y viudas jóvenes, y en particular en los viudos jóvenes, tanto blancos como negros, en comparación con las viudas jóvenes de raza blanca, de acuerdo con el estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002). Estas cifras indican que cada año se suicidará 1 de cada 400 varones viudos de 20-35 años, en comparación con 1 de cada 9.000 hombres casados de la población general. En los jóvenes, la viudez parece asociarse a un mayor riesgo de suicidio que el divorcio, pero al aumentar la edad se invierte esta tendencia y el divorcio se asocia a mayores tasas de suicidio que la viudez.

En Colombia, también se observa predominio de los suicidios en el grupo de solteros ya sean hombres o mujeres. (Figura 4).

El estudio de MORALES y JIMÉNEZ (1996) encontró que el 60% de los hombres que se suicidaron en Bogotá en 1992 eran casados o tenían una relación afectiva estable y el 40% eran solteros, en tanto que el 60% de las mujeres eran solteras y el 40% casadas.

FIGURA 4

Suicidios en Colombia según estado civil y sexo. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



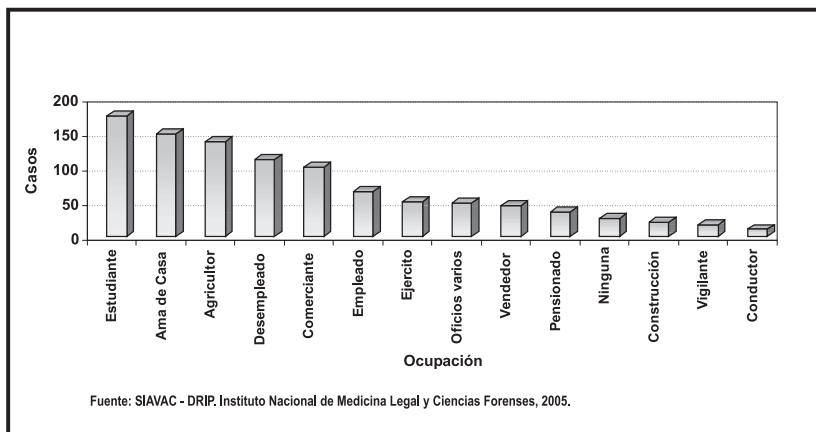
Los datos registrados por la Policía Nacional durante el período 1995-2004 muestran un aumento en el número total de suicidios en los viudos en los años 1999-2001 con un pico en el año 2001 cuando se presentaron 69 casos, cifra que es siete veces mayor a la observada en 1997 cuando se registraron 10 casos. A partir del año 2002 se aprecia disminución en el número de suicidios en viudos, que en el año 2004 fue de 21 casos.

Ocupación

Los suicidios son más frecuentes en los desempleados y en los jubilados pero algunos grupos ocupacionales tales como cirujanos, veterinarios, farmaceutas, odontólogos, granjeros y estudiantes de medicina están en mayor riesgo de suicidio. No existe una explicación clara para este hallazgo, aunque el acceso a medios letales, la presión en el trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas podrían ser considerados como causas precipitantes del suicidio.

El estudio del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (2006) encontró que las cifras de suicidio consumado fueron más frecuentes en estudiantes, seguidos por las amas de casa y los agricultores. (Figura 5).

FIGURA 5
Suicidios en Colombia según ocupación. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



Desempleo

Existen asociaciones relativamente fuertes entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio, pero la naturaleza de estas asociaciones es compleja. Los efectos del desempleo están probablemente mediados por factores tales como la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza. Por otro lado, es más probable que las personas con trastornos mentales carezcan de empleo que las personas con buena salud mental. Es necesario considerar la diferencia entre lo que significa haber perdido el empleo recientemente y estar desempleado desde hace tiempos, porque el riesgo de suicidio es mayor para quienes han perdido su trabajo recientemente.

Residencia rural o urbana

En algunos países los suicidios son más frecuentes en áreas urbanas, mientras en otros ocurren con más frecuencia en áreas rurales.

En Colombia, de acuerdo con el estudio de GONZÁLEZ (2006) el mayor número de suicidas vive en áreas urbanas (66,01%), tendencia que es igual para hombres y mujeres.

Migración

La migración con sus problemas anexos de pobreza, vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas aumenta el riesgo de suicidio.

En Colombia a pesar del alto índice de desplazamiento de la población que se calcula en tres millones de personas no existen estudios al respecto.

Antecedentes familiares

El comportamiento suicida es frecuente en los familiares de primer grado de los individuos que han muerto por suicidio y de quienes los han intentado. Aunque el suicidio se encuentra relacionado con la presencia de trastornos afectivos, especialmente depresión mayor, este hecho no puede explicar las altas tasas de suicidio en los familiares.

Los estudios epidemiológicos muestran que la incidencia de la conducta suicida permanece elevada aún después de realizar un análisis de ajuste de los trastornos del eje I (trastornos afectivos, esquizofrenia, abuso de sustancias), resultado que sugiere la presencia de otros factores, presumiblemente genéticos, que contribuyen a mantener la labilidad familiar hacia el suicidio. El estudio realizado por EGELAND y SUSSEX (1985) en la comunidad Amish mostró que si bien es cierto que existe una carga familiar para los trastornos afectivos en los individuos que se suicidaron, en otras familias con la misma carga familiar no se presentaron suicidios. BRENT y colaboradores (2002) encontraron que los hijos de quienes intentaron el suicidio tienen seis veces más posibilidades de intentar el suicidio comparados con los hijos de pacientes deprimidos que no intentaron suicidarse.

CIFRAS ESPECIALES PARA COLOMBIA

Los suicidios en Colombia presentan algunas características especiales:

Mes del año

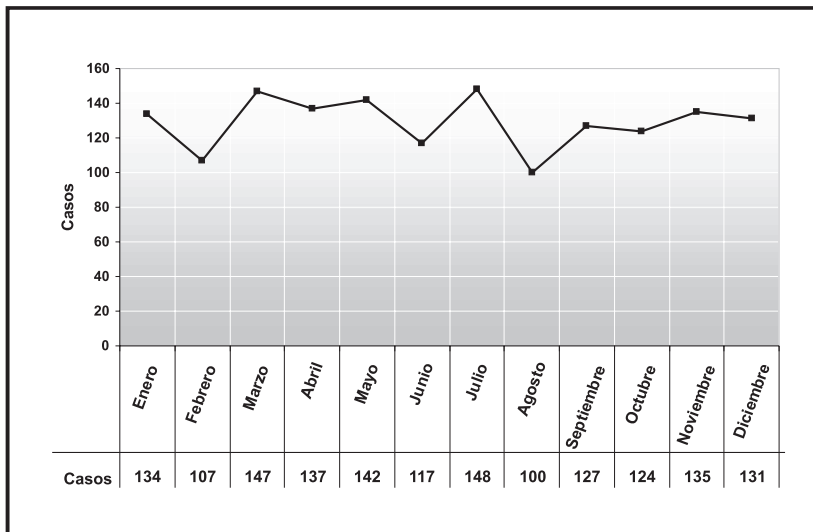
En los datos recolectados y analizados por GONZÁLEZ (2006) se presentó un promedio de 149 suicidios mensuales (5 casos diarios), siendo la frecuencia mayor en el mes de julio (8,3%) época que coincide con las vacaciones intermedias del calendario A de los colegios y las vacaciones del final del período anual para los colegios de calendario B y en el mes de marzo (8,2%) época en la que se presenta la Semana Santa. (Figura 6).

El 13% de los suicidios ocurrieron el día domingo seguidos por los días lunes y sábado. No se encontró relación entre el día en que ocurre el suicidio y la hora en que acontece, lo cual significa que los suicidios en Colombia suceden en cualquier momento.

Comparadas estas cifras con las de 1999 se aprecia un descenso de 25 suicidios al mes, uno al día. En dicho año el mayor número de suicidios se presentó en el mes de diciembre, seguido por agosto y marzo.

FIGURA 6

Suicidios en Colombia según mes del hecho. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



Departamentos y municipios

De acuerdo con el estudio de GONZÁLEZ (2006) las tasas de suicidio fueron mayores en el año 2005 en Risaralda (6,7), Tolima (6,4), Huila (6,2) Nariño (5,1) y menores en San Andrés y Providencia (1,2) y La Guajira (1,1). (Tabla 2).

En el año 1999 los departamentos con mayores tasas de suicidios fueron Quindío (9,0), Huila (9,0), Caldas (8,0) y Risaralda (8,0) y los departamentos con mayor número de suicidios fueron Cauca, Antioquia, Santander y Cundinamarca. El análisis de las cifras señala que la tasa de suicidio en los últimos seis años es mayor en los departamentos del Eje Cafetero y del Viejo Tolima, aunque se nota un descenso en los valores de la tasa.

TABLA 2**Suicidios en Colombia según departamento. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).****Suicidios según departamento**

Departamento	Población	Casos	Tasas
Risaralda	1.025.539	69	6,7
Tolima	1.316.053	84	6,4
Huila	996.617	62	6,2
Nariño	1.775.973	90	5,1
Meta	772.853	39	5,0
Santander	2.086.649	105	5,0
Amazonas	80.487	4	5,0
Antioquia	5.761.175	280	4,9
Cundinamarca	2.340.894	112	4,8
Norte de Santander	1.494.219	69	4,6
Arauca	281.435	12	4,3
Quindío	612.719	26	4,2
Valle	4.532.378	192	4,2
Vichada	96.138	4	4,2
Cauca	1.367.496	54	3,9
Boyacá	1.413.064	54	3,8
Guaviare	133.411	5	3,7
Caldas	1.172.510	41	3,5
Casanare	325.389	11	3,4
Atlántico	2.370.753	72	3,0
Bogotá	7.185.889	215	3,0
Putumayo	378.790	11	2,9
Cesar	1.053.123	26	2,5
Bolívar	2.231.163	54	2,4
Córdoba	1.396.764	33	2,4
Magdalena	1.406.126	26	1,8
Sucre	870.219	15	1,7
Chocó	416.318	7	1,7
Caquetá	465.078	7	1,5
San Andrés y Providencia	83.403	1	1,2
La Guajira	526.148	6	1,1
Total país	46.045.109	1786	3,9

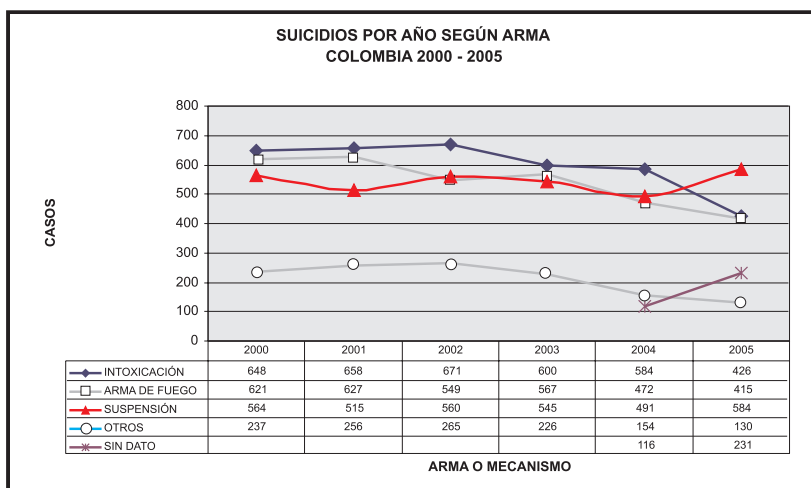
Fuente: SIAVAC - DRIP. Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses, 2005.

En 2005 los municipios que superaron en más de 10 veces la tasa nacional de mortalidad específica para suicidio por 100.000 habitantes son: Cepitá-Santander (92), Nilo-Cundinamarca (70), Andes-Antioquia (64), Gama-Cundinamarca (60), San Joaquín-Santander (46), Suratá-Santander (46), Santa Bárbara-Santander (46) y Tena-Cundinamarca (46), localidades que son diferentes a las del año 1999 (Chocontá, Líbano y La Plata).

Mecanismo causal

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2006) las mujeres emplean el envenenamiento y el ahorcamiento en tanto que los varones eligen las armas de fuego y la suspensión. Llama la atención que el método más elegido por los suicidas colombianos es el ahorcamiento que ha desplazado al uso de armas de fuego del primer lugar que ocupaba en 1999 cuando fueron utilizadas por el 34% de los suicidas. En ese año la intoxicación, que fue el método preferido por las mujeres, ocupó el segundo lugar (33%) y el ahorcamiento o suspensión el tercer puesto con un 22%. (Figura 7)

Figura 7
Suicidios por año según arma en Colombia 2000-2005.



Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

En el estudio del Instituto Nacional de Medicina Legal de los suicidios el año 1998 se obtuvieron alcoholemias positivas en Bogotá (49%), Pereira (30%) Neiva (35%) y pruebas positivas para cocaína en Bogotá (4%) y Pereira (15%), resultados positivos que fueron más frecuentes en los varones.

De acuerdo con GÓMEZ y colaboradores (2002) en la población colombiana cuando no hay alcoholismo, la asociación con el intento de suicidio a lo largo de la vida es de 4,3% pero cuando existe alto riesgo de alcoholismo los intentos de suicidio alcanzan un 5,9 y 2,2% en el riesgo para el último año.

EL SUICIDIO EN BOGOTÁ

La tasa de suicidio en Bogotá de acuerdo con SÁNCHEZ y colaboradores (2002) es de 5.4×100.000 .

Las tasas de suicidio varían en las diferentes localidades. En 2005 se observó las tasas más altas en las localidades de Santa Fe (33,6) Candelaria (25,5) Ciudad Bolívar (20,6) y las tasas menores en Teusaquillo (4,0) y Puente Aranda (6,0). (Tabla 3).

El análisis de los 217 casos de suicidio en 1992 a los cuales se les practicó autopsia en el Instituto Nacional de Medicina Legal realizado por MORALES y JIMÉNEZ (1996) mostró que la prevalencia de suicidio en hombres es mayor (82%) que en mujeres, que en el 40% de los suicidas la edad estaba comprendida entre los 19-35 años y que el 1,8% de los suicidas eran menores de 12 años (4 casos). El 88% de los suicidios se cometieron en el hogar, en el 76% de los casos la alcoholemia resultó negativa y fueron más frecuentes en empleados (20%), comerciantes (15%) y estudiantes (11%).

En el estudio *Caracterización del comportamiento suicida en el Distrito Capital, aportes a su explicación y prevención* (2001) se encontró que el 11,4% de los 1.132 estudiantes encuestados reconocieron haber realizado intentos de suicidio en el último año, comportamiento que relacionaron con la presencia de síntomas depresivos, problemas familiares y sensación de desesperanza. La aplicación de la escala de riesgo de suicidio puso en evidencia que el 12,8% de este subgrupo estaba en alto riesgo

TABLA 3**Suicidios en Bogotá por localidad (2005)**

Localidad	Casos	Tasa x 100.000 hab.
Usaquén	39	8,3
Chapinero	19	15,4
Santa Fe	36	33,6
San Cristóbal	45	9,7
Usme	27	9,5
Tunjuelito	22	10,8
Bosa	53	10,2
Kennedy	101	10
Fontibón	65	19,4
Engativá	106	13,2
Suba	86	10,4
Barrios Unidos	24	13,6
Teusaquillo	5	4
Los Mártires	14	14,7
Antonio Nariño	12	12,2
Puente Aranda	17	6
Candelaria	7	25,5
Rafael Uribe Uribe	33	8,6
Ciudad Bolívar	147	20,6
Sumapaz	1	19,1
Sin dato	99	—
Total	958	13,5

Fuente: SIAVAC - DRIP. Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses, 2005.

de suicidio. La totalidad de los encuestados con ideación suicida vivían con su grupo primario de apoyo y sólo un pequeño porcentaje (5,7%) buscó ayuda psicológica. Los elementos del comportamiento suicida del grupo se consignan en la tabla 4.

TABLA 4

Conducta suicida en una muestra de estudiantes de bachillerato y universidad en Bogotá (2001)

Conducta suicida reciente	Frecuencia	%
Pensamientos actuales sobre el suicidio	89	30,0
Amenazó suicidarse en el último año	46	15,5
Amenazó suicidarse en el último mes	31	10,4
Ha escrito o dibujado acerca del suicidio	33	11,1
Intentó suicidarse en el último año	26	8,8
Intentó suicidarse en el último mes	17	5,7

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Gobierno, 2001.

En el mismo estudio se entrevistó a 20 pacientes hospitalizados por intento de suicidio. La tentativa de suicidio fue mayor en mujeres (60%), el 40% de los intentos fueron realizados por jóvenes con edad entre 15-24 años, el 50% ya había intentado el suicidio y el 90% declaró no haber informado a nadie sobre su idea de suicidio.

El análisis de los grupos entrevistados realizado con tablas de contingencias permitió identificar como factores de riesgo con mayor significancia a la integración con la pareja o cónyuge, la integración con la familia y la estabilidad socioafectiva.

El trabajo de SÁNCHEZ y colaboradores (2004) al analizar las características de los suicidios en Bogotá en el período 1995-2000 mostró que el suicidio fue tres veces más frecuente en los hombres en todos los años analizados, en solteros, la edad promedio se mantuvo en el rango de 32-35 años y el uso de armas de fuego fue el método más utilizado. No existe información precisa sobre la ocupación pero se observó mayor frecuencia de los suicidios en empleados, vendedores, estudiantes y tecnólogos.

Para los autores llamó la atención “el reporte cada vez mayor de motivos para suicidarse, de intentos previos de suicidio y de antecedentes de adicciones”.

Los autores identificaron una tipología relacionada con el género, la comorbilidad y las fechas especiales: los hombres con comorbilidad se suicidan el día del padre en tanto que las mujeres con comorbilidad se suicidan el día de la madre.

Finalmente, los autores identificaron como factores que muestran estabilidad para conformar tipologías a lo largo de los años estudiados a:

- Género masculino, ingestión de alcohol y uso de armas de fuego. Algunas profesiones aparecen como factores de riesgo al facilitar el acceso a las armas (celadores y militares).
- Mayor edad y comorbilidad por enfermedad física o mental.
- Género femenino y uso de métodos de suicidio diferentes a las armas de fuego.
- Desencadenantes relacionados con problemas económicos, laborales o de pareja, más establemente presentes en hombres.

Como factores que parecen relacionarse con el surgimiento de nuevas tipologías pueden ser consideradas las adicciones a sustancias diferentes del alcohol, especialmente en mujeres y la comorbilidad con sida.

LECTURAS SELECCIONADAS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DE GOBIERNO.

Caracterización del comportamiento suicida en el Distrito Capital, aportes a su explicación y prevención. Bogotá, 2001.

EGELAND JA, SUSSEX JN.

Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA* 1985; 254: 915-8.

GÓMEZ C, RODRÍGUEZ N, BOHÓRQUEZ A, DIAZGRANADOS N, OSPINA MB, FERNÁNDEZ C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Col Psiquiatría* 2002; XXXI (4): 271-86.

GONZÁLEZ JO.

Los suicidios, en *Forensis*. Datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, 1999.

GONZÁLEZ JO.

Los suicidios. Colombia 2005, en *Forensis*. Datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, 2006.

MANN JJ, BORTINGER J, OQUENDO MA, CURRIER D, LI S, BRENT D.

Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1672-9.

MORALES ML, JIMÉNEZ I.

El suicidio desde la perspectiva forense. *Rev Col Psiquiatría* 1996; XXV (1): 29-37.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales. Ginebra, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

La viudez como factor de riesgo. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 12 (4): 275-6.

SÁNCHEZ R, OREJARENA S, GUZMÁN Y.

Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Rev Salud Pública* 2004; 6 (3): 217-34.