

## ARTÍCULO ORIGINAL

## Caracterización del suicidio en adolescentes del Quindío, Colombia (1989-2008)

ÓSCAR ADOLFO MEDINA-PÉREZ<sup>1</sup>, ANA MILENA LONDOÑO OSORIO<sup>2</sup>, CATHERINE OROZCO ROA<sup>2</sup>

## Resumen

**Objetivo:** Describir la prevalencia del suicidio en adolescentes quindianos en el periodo 1989-2008. **Metodología:** La investigación es de carácter cuantitativo descriptivo y longitudinal. Las cifras de suicidio fueron suministradas por el Instituto Seccional de Salud del Quindío (ISSQ) y las tasas se realizaron con las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). **Resultados:** En total, se registraron 115 suicidios en adolescentes (el 29,6% en mujeres y el 70,4% en hombres). El método más utilizado fue el ahorcamiento (39%), seguido de la intoxicación (35%) y el arma de fuego (25%). La tasa para los 20 años de estudio fue de 6,1/100 000 habitantes. En el último quinquenio el suicidio femenino con una tasa de 7,2 fue superior al masculino, que registró 6,6. **Conclusión:** Es preocupante el aumento registrado en los últimos 10 años, en especial en mujeres, por lo que se hace urgente trabajar en programas de prevención e intervención.

**Palabras clave:** suicidio, adolescentes, factores de riesgo.

## Title

Characterization of Suicide in Adolescents of Quindio, Colombia (1989-2008)

## Abstract

**Objective:** To describe the prevalence of suicide in adolescents from Quindio in the period 1989-2008. **Methodology:** A quantitative, descriptive, and longitudinal research. The suicide figures were supplied by the Instituto Seccional de Salud del Quindio (ISSQ) and rates were performed using population projections by the Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). **Results:** In total, there were 115 suicides

---

1 Magister. Docente investigador de la Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Medellín, Colombia.

2 Psicóloga, Universidad de San Buenaventura, seccional Medellín, Colombia.

among adolescents (29.6% in women and 70.4% in men). The preferred method was hanging (39%), followed by poisoning (35%), and firearms (25%). The rate for the 20-year study was 6.1/100.000 inhabitants. In the last, five female suicide at a rate of 7.2 was higher than among men who registered 6.6. **Conclusion:** The disturbing increase in the last 10 years, especially in women, so it is urgent to work on prevention and intervention programs.

**Key words:** Suicide, adolescents, risk factors.

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, cada minuto se producen en el mundo dos muertes por suicidio. En muchos países desarrollados, esta es la segunda o tercera causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes, y la décimo tercera a escala mundial en personas de todas las edades [1]. Cada día hay en promedio casi tres mil personas que ponen fin a su vida y, al menos, veinte que lo intentan por cada una que lo consigue [2]. Se prevé que para el 2020 las víctimas por suicidio ascenderán a 1,5 millones [3]. En muchos países de la región de las Américas, el suicidio es una de las diez causas principales de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes [3]. En los últimos treinta años, en los países occidentales este fenómeno se ha triplicado, al convertirse en la tercera causa de muerte en edades de quince a diecinueve años [4].

Algunos estudios, como el de Diekstra (citado en el estudio de Larraguibel y cols. [5]), han señalado el incremento

de la conducta suicida desde 1950 a la fecha entre los adolescentes de la población europea y norteamericana. Según Arzelere y cols. (citados en Larraguibel y cols. [5]), las tasas de suicidio en adolescentes entre quince y diecinueve años se han cuadruplicado desde 1957 a 1987 en Estados Unidos. De ahí que se califique el suicidio como la cuarta causa de muerte entre los diez y los quince años de edad, y la tercera en edades comprendidas entre los quince y los veinticinco años.

En Colombia, en el periodo 1994-2005, las edades comprendidas entre los 15 y los 24 años reportaron el mayor porcentaje de casos de suicidio, hecho que preocupó al Estado colombiano ya que, a diferencia de Estados Unidos, se registraron incrementos importantes en las muertes por suicidio en esta franja de edad [6]. Cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1000 colombianos intentan suicidarse durante su vida, y entre el 10 y el 15% llegan a consumar el suicidio [7].

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses informó en 1999 que los departamentos colombianos con mayor número de casos de suicidio fueron: Valle del Cauca (296), Antioquia (273), Santander (124) y Cundinamarca (97, sin incluir Bogotá); pero las mayores tasas se han presentado en los de-

partamentos del Quindío (9), Huila (9), Caldas (8) y Risaralda (8). Las tasas más bajas se encuentran en Amazonas (2), Córdoba (1) y Chocó (1) [8]. Lo anterior demuestra alta prevalencia de suicidio en el departamento del Quindío, lo que representa un problema de salud pública para esta región, sobre todo en población adolescente. Ejemplo de ello son las cifras que reportan el suicidio en el sexo femenino, en el cual el 55% del total de casos de suicidio consumado corresponden a mujeres cuyas edades están comprendidas entre los 10 y los 19 años de edad [9].

Precisamente, el interés del presente estudio se centra en la etapa de la adolescencia, la cual se define como aquella que transcurre entre los 10 y los 19 años en dos fases: la temprana, comprendida entre los 10 y los 14 años, y la tardía, entre los 14 y los 19 años [10], periodo en el que no se han encontrado investigaciones de este tipo en la región quindiana. Sin embargo, los datos obtenidos revelan la importancia que debe dársele a este tema pues, como lo indica un estudio reciente, la tasa general de suicidio en Quindío en promedio es de 8,9/100 000 habitantes, y oscila entre 5,8 y 10,56 [9].

De acuerdo con lo anterior, es preciso fomentar programas de prevención y atención frente a este tema, los cuales pueden iniciarse a partir de los trabajos investigativos alrededor de esta

problemática, que describan sus características en población adolescente y tengan en cuenta que son diversas las circunstancias o factores de riesgo que están asociadas (entre las principales: depresión, estrés, problemas económicos, ausencia de factores de protección, problemas emocionales, consumo de sustancias psicoactivas, problemas de autoestima, conflictos familiares, abuso sexual y emigración por parte de los padres) [11].

## **Metodología**

La presente investigación es de carácter cuantitativo-descriptivo y longitudinal, con una perspectiva epidemiológica, ya que presenta ciertas variaciones en las características de suicidios en adolescentes quindianos, y comprende los años 1989-2008.

La información de los suicidios se obtuvo del Instituto Seccional de Salud del Quindío (ISSQ), el cual compila datos a partir de los registros de las actas de defunción diligenciadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Las cifras poblacionales se obtuvieron del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Con la primera información se realizaron los cálculos de suicidio según sexo, año, mecanismo utilizado y fases de la adolescencia (temprana: 10-14 años y tardía: 15-19 años). Con la segunda se obtuvieron las tasas.

## Resultados

### *Análisis descriptivo*

En este periodo se pudo observar que de los 683 suicidios ocurridos, 115 se presentaron en adolescentes (equivalente a un 16,8% del total de suicidios consumados). De ellos 34 casos fueron en mujeres (29,6%), y 81, en hombres (70,4%). Esto quiere decir que, aproximadamente, por cada mujer adolescente se suicidan 2,4 hombres de este grupo etario.

El año en que se presentó menor número de suicidios fue 1989 (no hubo casos), y el más alto fue 1999, con 12 casos. Al analizar los mecanismos empleados para autoeliminarse, se encontró que el más utilizado fue el ahorcamiento (39%), seguido de la intoxicación (35%) y el arma de fuego (25%). Por sexo la situación es diferente, puesto que los hombres prefieren el ahorcamiento, en un 37%; seguido del arma de fuego, con 25%. Entretanto, en las mujeres se encuentra la intoxicación, con 50%, y el ahorcamiento, con 26%.

La edad en que se presentaron menos casos en el periodo estudiado fue en la adolescencia temprana, en los cuales se registraron catorce suicidios. Llama la atención en este grupo etario que se mataron el mismo número de hombres y mujeres: siete para cada uno. En los adolescentes tardíos ocurrieron 101 actos suicidas, y contrario a lo anterior, los hombres obtuvieron la cifra más alta, con

un total de 74 suicidios, frente a 27 de las mujeres.

Se encontró una tasa de 6,1 en los veinte años analizados. Para el subgrupo de los 10 a 14, esta se ubicó en 1,4 para los hombres y 1,4 para las mujeres. En el otro subgrupo, de 15 a 19, los hombres tuvieron una tasa de 16,5, y las mujeres, de 6. Al analizar las tasas por quinquenios, se encontró que la más alta se ubicó en el periodo 1999-2003, con una tasa global de 9,6; la más baja fue en el periodo 1989-1993, con 2,1. Al examinar las tasas por género, los hombres presentaron las mayores, entre 1999 y 2003, con 14,5; mientras que las mujeres lo hicieron entre 2004 y 2008, con 7,2. Para mayor información véase la tabla 1.

Dos hallazgos interesantes resultaron de este análisis. Por un lado, se encuentra el gran aumento que registraron los suicidios a partir de 1999, año en que ocurrió el terremoto que afectó a todo el departamento del Quindío, en especial a su capital, Armenia. Por el otro, el comportamiento suicida de las mujeres en el último quinquenio, cuando presentaron una tasa de 7,2 frente a los 6,6 de los hombres. Es decir, la conducta fue superior en ellas, lo cual es contrario a la tendencia que venían mostrando. En las figuras 1 y 2 se puede ver que el incremento de la conducta suicida ha sido más pronunciado en mujeres que en hombres en el último decenio.

**Tabla 1. Tasas de suicidio por sexo, quinquenio y subgrupo de edad**

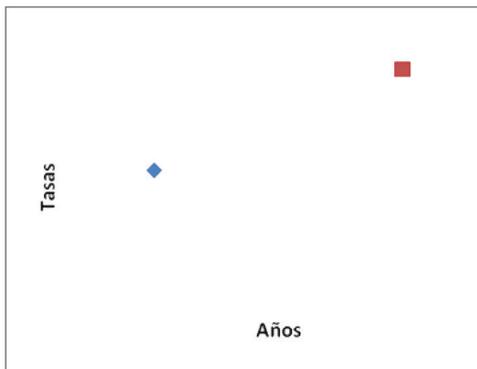
Fecha	Hombre 10-14	Mujer 10-14	Hombre 15-19	Mujer 15-19	Prom. hombre	Prom. mujer	Tasa promedio
1989-1993	0,0	0,0	6,7	1,9	3,3	0,9	2,1
1994-1998	2,6	0,8	17,4	1,8	9,7	1,3	5,5
1999-2003	1,5	0,0	29,6	9,7	14,5	4,6	9,6
2004-2008	1,5	4,6	12,1	10,0	6,6	7,2	6,9
Tasa promedio	1,4	1,4	16,5	6,0	8,6	3,6	6,1

Fuente: ISSQ y DANE.

### *Análisis estadístico*

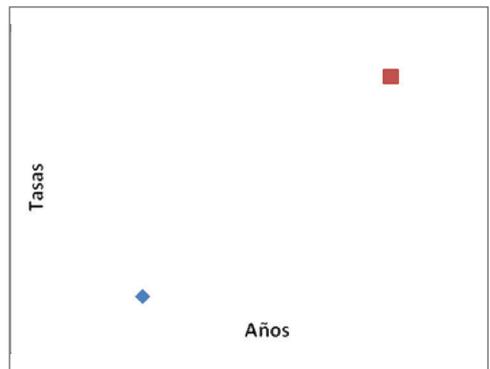
Una vez realizado el análisis estadístico, se evidenció que la edad en la que cometieron suicidios los adolescentes en los veinte años estudiados no fue normal: se halló un coeficiente de variación del 12,03%, y los valores de la media, mediana y moda no coinciden, los cuales son: 16,7; 17,1 y 17,8 respectivamente. La desviación estándar también fue alta: 2 años.

Analizada la variable edad discriminada por sexo, se encontró que hay variaciones importantes: los hombres se suicidan a edades más tardías; en ellos la media fue de 16,9, y 15,9, 17,5 y 18,5 para los cuartiles 1, 2 y 3. Las mujeres, en cambio, ubicaron en 16,1 la media, y los distintos cuartiles estuvieron en 14,8, 16,3 y 17,6. En la tabla 2 se pueden observar y comparar estos estadísticos.



**Figura 1. Diagrama de dispersión de las tasas de suicidio masculinas de adolescentes quindianos (1989-2008)**

Fuente: ISSQ y DANE.



**Figura 2. Diagrama de dispersión de las tasas de suicidio femeninas de adolescentes quindianos (1989-2008)**

Fuente: ISSQ y DANE.

**Tabla 2. Principales estadísticos de suicidio por año/sexo y edad**

	Media	Moda	CV	Curtosis	DE	IC 95%	Q1	Q2	Q3
Año	2000,6	2003,3	24,4	0,02	4,9	1990,9-2010,4	1997,7	2000,9	2004,4
Año-hombre	1997,7	1999,3	24	0,03	5,0	1990,1-2009,3	1996,7	1999,8	2003,0
Año-mujer	2002,8	2004,7	21,6	0,11	4,3	1994,0-2011,4	2000,7	2003,8	2005,9
Edad	16,7	17,8	12,0	0,03	2,0	12,7-20,7	13,63	17,1	18,3
Edad hombre	16,9	18,0	11,4	0,06	1,9	13,1-20,8	15,9	17,5	18,5
Edad mujer	16,1	16,7	12,7	0,09	2,0	12-20,2	14,8	16,3	17,6

DE: desviación estándar; CV: coeficiente de variación; Q: cuartil.

Fuente: ISSQ y DANE.

Al aplicarle estadísticos a los años en que los adolescentes cometieron suicidio, se halló un comportamiento más disperso al visto en edad; el coeficiente de variación fue 24,4. Se encontraron también grandes diferencias al analizar esta variable por sexo. Los hombres tuvieron como media el año 1997,7 y la moda en 1999,3, y una desviación estándar de 5 años. Los cuartiles 1, 2 y 3 se ubicaron en 1996,7; 1999,8 y 2003,0 respectivamente. Las mujeres, en cambio, presentaron como media el año 2002,8 y moda de 2004,7. Los cuartiles 1, 2 y 3 los ubicaron en los siguientes años: 2000,7; 2003,8 y 2005,9. Ello indica que el suicidio femenino ha tenido un incremento muy significativo en los últimos 10 años, y reafirma lo que ya se había expuesto al analizar las tasas por quinquenios. Dicho comportamiento explica también el porqué del índice de confiabilidad hallado (IC 95%): 1994,0-2011,4 (véase tabla 2).

## Discusión

En el periodo 1989-2008, en el departamento del Quindío se pudo observar que de los 683 suicidios ocurridos, 115 se presentaron en adolescentes, lo que equivale al 16,25% del total de suicidios consumados en esta región del país. De ellos, 34 casos fueron en mujeres (29,6%), y 81, en hombres (70,4%). Esto quiere decir que por cada mujer adolescente, 2,4 hombres adolescentes se suicidan. Esto corrobora lo encontrado en otras investigaciones, donde se sugiere que la población adolescente es una de las más involucradas con casos de suicidio consumado [12].

Al respecto es pertinente señalar que las tasas arrojadas en la adolescencia temprana son significativamente inferiores en comparación con las de la adolescencia tardía. No obstante, en cada fase

el comportamiento suicida diverge según el sexo y se denota que para la adolescencia temprana la tasa total es de 1,4 tanto para hombres como mujeres, cifra alejada de los resultados obtenidos para la adolescencia tardía, en que el género masculino obtuvo una tasa de 16,5, y el femenino, de 6,0. Se observa la marcada incidencia de la población masculina adolescente en la consumación del acto suicida, lo cual corresponde a la descripción disponible en la literatura, pues aunque las mujeres intentan más el suicidio que los hombres, son estos quienes los ejecutan de manera continua [9].

Por otro lado, se encontró que en el departamento del Quindío los mecanismos más utilizados por los adolescentes hombres para quitarse la vida son el ahorcamiento (37%), seguido del arma de fuego (25%). Cifras similares a las arrojadas por investigaciones hechas en la ciudad de Bogotá, donde el principal método utilizado fue el ahorcamiento, seguido por el arma de fuego y la intoxicación [13]. Por el contrario, en las mujeres adolescentes quindianas predomina la intoxicación, con un 50%, lo cual coincide con las cifras del departamento de Antioquia, donde la primera causa de suicidio fue el envenenamiento en el periodo 1998-2000, con un 55% [14].

Una de las posibles causas por las cuales los hombres emplean métodos violentos como el ahorcamiento, arma de fuego y explosivos corresponde a facto-

res sociales. El método suicida utilizado y su preferencia según sexo podría estar influido por la disponibilidad inmediata y los patrones culturales de crianza, especialmente en Colombia, donde se espera un comportamiento agresivo y autoafirmado del hombre (machismo) y un comportamiento delicado y no agresivo en las mujeres (marianismo) [7]. Además, al hablar de métodos como la intoxicación ha de considerarse el fácil acceso que se tiene a los productos en el mercado y los rápidos efectos que producen, lo cual es conocido por muchas personas [15].

Pasando a otra área de análisis, es necesario mencionar un aspecto que sobresale en el momento de analizar el incremento alarmante de las tasas de suicidio en los adolescentes quindianos durante el lapso estudiado, no sin antes precisar que tal fenómeno se evidenció en la fase tardía, pues durante la adolescencia temprana las tasas ascendieron en montos relativamente mínimos. Se tiene que en la adolescencia tardía tanto del sexo masculino como el femenino se dieron incrementos superiores al 100% de un quinquenio al otro. Tal tendencia se vio reflejada con mayor intensidad durante los años 1999-2003, en los que la cifra de hombres se pasó de una tasa de 17,4 a 29,6 y para las mujeres de 1,3 a 4,6, lo que probablemente esté asociado al terremoto ocurrido en el Quindío en 1999, posible factor generador del aumento de la conducta suicida, puesto que las víctimas de desastres naturales

(como huracanes, inundaciones y terremotos) son más propensas a desarrollar estados depresivos que pueden llevar al suicidio [16].

Lo anterior puede explicarse por la depresión, ya que ella es un factor predisponente al suicidio. Algunas investigaciones que evalúan esta relación afirman que de un 60 a un 90% de los suicidas tenían antecedentes de depresión, y las personas que padecen este trastorno tienen un riesgo de 22 a 36 veces mayor de cometer este acto, que personas sin esta condición [17].

Después de la depresión, otros factores de riesgo significativos son intento suicida previo, historia familiar de enfermedades psiquiátricas, enfermedades crónicas, consumo y abuso de alcohol y de otras sustancias legales (cigarrillo, tabaco y alcohol), que se da alrededor de los catorce años (adolescencia temprana), e ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis y otras), que inicia cerca de los dieciséis años (adolescencia tardía) [18,19]. Este último merece especial atención, considerando que el Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Colombia estableció que Quindío ocupa el tercer lugar en consumo de sustancias psicoactivas [20]; además, un estudio desarrollado por la Gobernación del Quindío encontró que el departamento ocupa el primer lugar nacional en consumo de heroína [21].

Ahora bien, estos no son los únicos factores que pueden estar asociados a las altas tasas de suicidio en adolescentes, pues son diversas las circunstancias por las que el adolescente llega a tomar esta decisión. Entre otras, se encuentran el estrés, los problemas económicos, la ausencia de factores de protección, los problemas emocionales, los problemas de autoestima, los conflictos familiares, el abuso sexual y la emigración por parte de los padres [11]. Asimismo, la disfunción familiar, el abuso en la infancia, las relaciones inadecuadas en la familia, la ausencia de uno o de ambos padres y la falta de comunicación ponen en situación de vulnerabilidad a los adolescentes y aumenta las probabilidades de llegar al acto suicida, según Mann, citado en Manrique y cols. [14]. Sumado a esto, el estilo de crianza de los padres, así como el entorno escolar, familiar y político donde se vive y los modelos de aprendizaje familiares, pueden generar presión y deseo de no vivir más, según Valenzuela, citado en Medina, Mendoza y Muñoz [16].

Otro factor de riesgo es la manera como los medios de comunicación informan los suicidios: glorificar a la víctima, publicar su rostro, mencionar el método empleado y manera como se accedió, entre otros, que pueden producir el denominado efecto Werther, es decir, la identificación de personas vulnerables con el suicida y la imitación de la

conducta [22]. Esta variable es muy importante, sobre todo cuando la noticia del suicidio versa sobre un par, ya que para los individuos más jóvenes es muy importante la relación con sus iguales para fortalecer el desarrollo personal y social a través del proceso de sobreidentificación masiva, en el que todos se identifican con cada uno [7]. Lo anterior cobra más importancia en Quindío, pues un estudio muestra que el diario departamental de mayor circulación no sigue las medidas que la Organización Mundial de la Salud ha sugerido a los medios para informar este tipo de noticias [23].

Los resultados obtenidos demuestran que los adolescentes son una de las poblaciones más vulnerables frente al fenómeno suicida y destacan la importancia de desarrollar programas para la prevención e intervención psicosocial encaminada hacia la identificación de factores de riesgo y generación de factores protectores. Dichos programas podrían tener gran impacto si los ejecutaran autoridades competentes, las cuales estimularían diversos trabajos en los centros educativos, a fin de detectar los individuos en riesgo y generar medidas de contención, fortaleciendo las relaciones familiares, habilidades sociales, autoeficacia, autoestima, estilos de afrontamiento adecuados y redes de apoyo, entre otros, que en conjunto pueden reducir las probabilidades de que un adolescente busque el suicidio como alternativa para solucionar sus problemas [15].

Este proyecto investigativo pretende dar los primeros pasos en cuanto a la compilación de información y datos específicos frente al suicidio en población adolescente del departamento de Quindío, sin desconocer que, a pesar de haberse tenido en cuenta algunas variables relacionadas, estas no son las únicas, pues son múltiples las circunstancias —de orden económico, social, psicológico y cultural— que enmarcan la ocurrencia de conductas suicidas en la población estudiada. Tales aspectos deberán ser cobijados en estudios posteriores que profundicen cada uno de ellos y se conviertan en mecanismos para la generación de políticas que permitan educar, prevenir y contrarrestar esta problemática en el departamento.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Día Mundial de Prevención del Suicidio [internet]; 2008 [citado 2010 ago 4]. Disponible en: <http://www.cuidatosalud.com/patologias/depresion-5/noticias/dia-mundial-de-prevencion-del-suicidio-309.html>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Día Mundial para la Prevención del Suicidio [internet]; 2010 [citado 2010 sep 30]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_suicide\\_prevention\\_day/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/es/index.html).
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Número de muertes por suicidio supera las causadas conjuntamente por guerras, terrorismo y asesinatos [inter-

- net]; 2006 [citado 2010 ago 4]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps061010.htm>.
4. Vicuña A. Cuadernos de psiquiatría comunitaria y salud mental para la atención primaria de salud [internet]; 2003 [citado 2010 ago 4]. Disponible en: [www.psiquiatriasur.cl/.../2\\_manejo\\_de\\_conductas\\_suicidas\\_en\\_aps.doc](http://www.psiquiatriasur.cl/.../2_manejo_de_conductas_suicidas_en_aps.doc).
  5. Larraguibel M, González P, Martínez N, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* [internet]. 1993 [citado 2010 sep 3];71(3):183-91. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-4106200000300002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4106200000300002&lng=es&nrm=iso).
  6. Aja L. Un camino de esperanza [internet]. Bogotá: Liga Colombiana por la Vida contra el Suicidio; 2004 [citado 2010 oct 10]. Disponible en: <http://www.nextmedia-i.com/clientes/redpapaz/maildiciembre/images/camino.doc>.
  7. Campo G, Roa JA, Pérez A, Salazar O, Piragauta C, López L, Ramírez C. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*. 2003;34(1):9-16.
  8. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis: Datos para la Vida* [internet]. 1999 [citado 2010 sep 21]. Disponible en: [http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com\\_wrapper&view=wrapper&Itemid=60](http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60).
  9. Medina O, Cardona DV, Rátiva JS. Caracterización del suicidio en Armenia-Colombia en el periodo 2004-2008. *ORBIS Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas* [internet]. 2010 [citado 2010 nov 13];15(5):76-102. Disponible en: <http://www.revistaorbis.org/ve/15/art4.pdf>.
  10. Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [internet]. 2005 [citado 2010 nov 18];56(3):216-24. Disponible en: [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol56No3\\_Julio\\_Septiembre\\_2005/v56n3a04.PDF](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol56No3_Julio_Septiembre_2005/v56n3a04.PDF).
  11. Rivas A. Vivir para morir: suicidio adolescente [internet]. [Citado en 2010 nov 6]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos70/vivir-morir-suicidio-adolescente/vivir-morir-suicidio-adolescente2.shtml>.
  12. Cervantes W, Melo E. El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento. *Duazary* [internet]. 2008 [citado 2010 nov 16];5(2):148-54. Disponible en: <http://arimaca.unimagdalena.edu.co/editorial/revistas/index.php/duazary/article/view/49/54>.
  13. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Rev Salud Pública* [internet]. 2004 [citado 2010 nov 15];6:217-34. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v6n3/a01v6n3.pdf>.
  14. Manrique RD, Ochoa FL, Fernández LM, Escamilla R, Vélez E. Comportamiento del suicidio en Antioquia 1998-2000. *Revista CES Medicina* [internet]. 2002 [citado 2010 oct 10];16(3):7-17. Disponible en: [http://www.ces.edu.co/Descargas/Public\\_Med\\_Vol16\\_3/Suicidio.pdf](http://www.ces.edu.co/Descargas/Public_Med_Vol16_3/Suicidio.pdf).
  15. Pérez I, Rodríguez E, Dussán M, Ayala JP. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Rev Salud Pública* [internet]. 2007 [citado 2010 ago 11];9(2):230-40. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642007000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642007000200007&script=sci_arttext).

16. Medina O, Mendoza MZ, Muñoz C. Prevalencia del suicidio femenino del Quindío, 1989-2008. *Psicogente* [internet]. 2009 [citado 2010 oct 23];12(22):358-68. Disponible en: <http://www.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/183/186>.
17. World Health Organization (WHO), Division of Mental Health. Guidelines for primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Suicide [internet]. Ginebra; 2000 [2010 oct 3]. Disponible en: <http://WHO:WHO/MNH/MND/93.24>.
18. Parra JA. Suicidio en adolescentes: enfoque desde el cuidado primario. *Actas de Medicina Familiar* [internet]; 2009 [citado 2010 oct 17]. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2009/03/05/suicidio-en-adolescentes-enfoque-desde-el-cuidado-primario/>.
19. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Consumo de sustancias psicoactivas. En: Gobierno Nacional de la República de Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008: informe final [internet]. Bogotá; 2009 [citado 2010 nov 2]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20NaI%20Completo.pdf>.
20. Gobierno Nacional de la República de Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008: informe final [internet]. Bogotá; 2009 [citado 2010 nov 2]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20NaI%20Completo.pdf>.
21. Instituto Seccional de Salud del Departamento del Quindío (ISSQ). Caracterización de la población consumidora de heroína. Quindío: diagnóstico por uso, abuso y dependencia 2006-2007. Armenia; 2008.
22. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, un instrumento para profesionales de los medios [internet]. Ginebra; 2000. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/media\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf).
23. Medina O, Rátiva J, Ruiz A. Suicidio y prensa: análisis de las noticias de suicidio publicadas en un diario local del Quindío entre 2004-2009 [en prensa].

#### Correspondencia

Óscar Adolfo Medina-Pérez  
oscar.medina@unad.edu.co