



**TENDENCIAS Y FACTORES CAUSALES DE LA CONDUCTA SUICIDA EN  
COLOMBIA DURANTE LOS AÑOS 2009 A 2013**

**STHEFANY YINETH PATIÑO ROJAS  
YINETH MARSELLA REINA ACOSTA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES  
FACULTAD DE MEDICINA  
BOGOTÁ D.C  
2015**



**TENDENCIAS Y FACTORES CAUSALES DE LA CONDUCTA SUICIDA EN  
COLOMBIA DURANTE LOS AÑOS 2009 A 2013**

**STHEFANY YINETH PATIÑO ROJAS  
YINETH MARSELLA REINA ACOSTA**

**REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**ASESOR CIENTÍFICO  
DR. FERNANDO QUINTERO B.**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES  
FACULTAD DE MEDICINA  
BOGOTÁ D.C  
2015**

**NOTA DE ACEPTACIÓN:**

---

---

---

---

---

---

**FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO**

---

**FIRMA DEL JURADO**

---

**FIRMA DEL JURADO**

**Bogotá, D.C. Noviembre de 2015**

**Dedicado a nuestros padres, quienes han  
Sido una fuente de inspiración para seguir  
Adelante en nuestra carrera, ya que con  
Su apoyo, consejo y ejemplo hemos  
Llegado a ser personas de bien  
Puestas al servicio de la sociedad.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios principalmente, por brindarnos sabiduría, fortaleza, entendimiento y constancia para mantener la disciplina en momentos de dificultad en el transcurso de nuestra carrera de medicina.

Al Doctor Fernando Quintero, al Doctor Juan Bitar y a la profesora Alicia Gravito, quienes como asesores del presente trabajo, nos brindaron su colaboración, compromiso, dedicación y conocimiento, y gracias a sus aportes nos permitieron culminar satisfactoriamente este documento.

A la universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A, y a la facultad de medicina humana por abrirnos las puertas de sus instalaciones, darnos la oportunidad de acceder a este maravilloso programa académico y permitirnos formarnos profesionalmente.

## INDICE

I.	RESUMEN.....	- 1 -
II.	PLANTEAMIENTO PROBLEMA .....	- 2 -
III.	JUSTIFICACION .....	- 5 -
IV.	OBJETIVO GENERAL .....	- 7 -
V.	OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	- 7 -
VI.	METODOLOGIA .....	- 8 -
VII.	MARCO TEÓRICO .....	- 10 -
8.1	TRASTORNOS DEL AFECTO.....	- 10 -
8.1.1	ASPECTOS HISTÓRICOS .....	- 10 -
8.1.2	SEMIOLÓGÍA DE LA AFECTIVIDAD .....	- 11 -
8.1.3	FISIOPATOLOGIA DEL TRASTORNO DEL AFECTO.....	- 16 -
8.1.3	CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL AFECTO .....	- 22 -
8.1.5	CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL AFECTO.....	- 23 -
8.2	SUICIDIO Y COMPORTAMIENTO SUICIDA .....	- 24 -
8.2.1	BASE BIOLÓGICA.....	- 25 -
8.2.2	SUICIDIO EN ADOLESCENTES VERSUS ADULTOS .....	- 25 -
8.2.3	FACTORES DE RIESGO.....	- 25 -
8.2.4	PERSPECTIVA HISTÓRICA .....	- 27 -
8.2.5	PERSPECTIVA LEGAL .....	- 27 -
8.2.6	PERSPECTIVA PSICOLÓGICA .....	- 28 -
8.2.7	PERSPECTIVA PSICOSOCIAL, FAMILIAR Y AMBIENTAL .....	- 28 -
8.2.8	PERSPECTIVA RELIGIOSA.....	- 28 -
VIII.	SUICIDIO EN EL MUNDO .....	- 30 -
IX.	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.....	- 37 -
X.	RESULTADOS.....	- 40 -
XI.	DISCUSIÓN.....	- 40 -
XII.	CONCLUSIONES .....	- 55 -
XIII.	RECOMENDACIONES .....	- 56 -
XIV.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	- 57 -
XV.	ANEXOS.....	- 66 -
15.1	TABLA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	- 66 -
15.2	VARIABLES ANALIZADAS.....	- 89 -
15.3	TABLA DE DATOS POR AÑOS 2009 A 2013.....	- 90 -

## I. RESUMEN

La conducta suicida como trastorno psiquiátrico ha sido considerada objeto de especial estudio desde tiempos remotos, ya que se ha establecido como una patología de importancia en salud pública la cual ha sido estudiado desde el entorno psicosocial.

Actualmente en Colombia el suicidio es una de las principales causas de muertes prevenibles notificadas según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y por el D.A.N.E. lo cual despliega una importancia a nivel psicosocial, médico y económico a nivel mundial, siendo la población joven, la que tiene tendencia al aumento de las tasas de suicidio, Colombia a futuro podría llegar a tener una disminución de dicho grupo etario; traducido en la sociedad como una baja tasa de mano de obra, baja capacidad reproductiva, una corta esperanza de vida.

Esta revisión documental por medio del análisis de diferentes variables, permite evidenciar como Colombia ha mantenido una alta tasa de suicidios con mayor prevalencia en hombres jóvenes solteros, en departamentos como Antioquia, Cundinamarca; Bogotá y Valle del Cauca, siendo el ahorcamiento el método más utilizado por los hombres e intoxicación por sustancias en mujeres.

La detección precoz de los pacientes con antecedentes de conductas suicidas y trastornos del afecto, podría constituir una forma primordial de prevención incentivando la intersectorialidad en los casos del suicidio como manejo integral del individuo, generando educación continuada por parte de personal de salud, entidades educativas y políticas gubernamentales para las familias cuyos miembros presentan algún tipo de conducta suicida principalmente en base a los trastornos del afecto.

## II. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

Teniendo en cuenta que el suicidio sigue siendo una problemática de interés en Colombia, pretendemos responder por medio de este proyecto a la siguiente pregunta: **¿CUÁLES SON LAS TENDENCIAS Y FACTORES CAUSALES DE LA CONDUCTA SUICIDA EN COLOMBIA DURANTE LOS AÑOS 2009 A 2013?** Para responder a esta pregunta nos remontamos a datos históricos que pueden aclarar el origen de la misma.

La conducta suicida ha estado presente a lo largo de la historia de la civilización humana. Así tenemos que, *“durante el imperio romano, el suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. De igual forma, en algunas doctrinas como el estoicismo, se admitían muchas razones legítimas para su práctica, por ejemplo: el filósofo Séneca lo enalteció como un acto último de una persona libre; Cicerón lo encontraba honorable entre políticos e intelectuales o cuando se realizaba en defensa del honor, aunque en líneas generales lo condenaba; Platón, en cambio, consideraba el suicidio como una ofensa contra la sociedad, pero lo justificaba cuando sucedía en respuesta a acontecimientos muy graves; finalmente, Aristóteles lo consideraba como un acto de cobardía y lo rechazaba tajantemente”*.

No obstante, esta condición psiquiátrica ha sido objeto de especial estudio desde finales del siglo XIX, desde diferentes disciplinas del conocimiento de las ciencias de la salud, intentando entender dicho fenómeno. De esta forma tenemos por ejemplo que el suicidio es un hecho social. *“En 1897 el psicólogo francés Émile Durkheim, precursor de la sociología moderna, en su obra El suicidio señaló, que estas conductas son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social, ya sea excesiva o insuficiente, del individuo en la colectividad; por tanto, el suicidio sería un hecho social”* (1).

Por otro lado, desde la perspectiva de la psicología, y recogiendo la definición de *“E. Schineidman, ofrecida en 1993, el suicidio es el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar para siempre con la presión de una angustia que el individuo evidencia como insoportable”* (1). Ya sea como un acto honroso o de cobardía, e incluso, como una salida con el fin de acabar con una angustia insoportable por parte del individuo, es claro que el fenómeno está presente entre nosotros y requiere nuestra atención.

La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año se cometen 900.000 suicidios, a razón de 40 suicidios cada segundo. Además, se encuentra entre las

tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años <sup>(2)</sup>. Igualmente, de acuerdo al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Colombia ocupa el tercer lugar en número de casos de suicidio después de Cuba y Brasil <sup>(3)</sup>.

Las cifras presentadas anteriormente resaltan la importancia del asunto. Sin embargo, con el fin de poner de presente el contexto del suicidio en Colombia es preciso exponer las tasas que rodean dicha temática.

Así, tenemos que durante el periodo de tiempo comprendido entre 2004 a 2013, se reportó el fallecimiento por suicidio de 18.275 personas<sup>(3)</sup>. De acuerdo al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, anualmente se reportan entre 1.700 y 1.900 casos de suicidio <sup>(3)</sup>. Asimismo, de acuerdo al Instituto, en el año 2013 se registró una tasa de suicidios de 3.84 por cada 100.000 habitantes <sup>(3)</sup>.

Las estadísticas del Instituto Nacional De medicina Legal y Ciencias Forenses, reportan que el 80.7% de los suicidios corresponden a personas de sexo masculino; contra un 19.3% perteneciente a mujeres. Por otro lado, teniendo cuenta la edad, los grupos etarios que representan tasas más altas de suicidio son: (i) de 18 a 19 años con un tasa del 6.74; (ii) de 20 a 24 años con una tasa de 6.54; (iii) de 25 a 29 años con una tasa de 5.63; de 30 a 34 años con una tasa de 5.55; y finalmente, la población adulta mayor, de 70 a 74 años, con una tasa de 5.43.<sup>3</sup>

De la misma manera informa el Instituto Instituto Nacional De medicina Legal y Ciencias Forenses, que *“el mayor número de suicidios se concentró en los grupos de jóvenes de los 20 a 24 años, con 276 casos registrados (15,25%). Según la distribución por sexo se observa que 229 casos corresponden a hombres y 47 a mujeres; en este grupo de edad por cada mujer se suicidan 5 hombres y por cada 100.000 habitantes 7 jóvenes, con una disminución del 11,25% (35 casos) respecto al año 2012”*. Aunado a lo anterior, el siguiente grupo poblacional con mayor riesgo de suicidio son aquellos de 25 a 29 años con un 11.88%. <sup>3</sup>

De lo anterior se puede colegir que los adultos son la población más vulnerable ante el riesgo de ejecutar la conducta suicida.

Ahora bien, las principales ciudades de Colombia han sido testigos de la problemática. Así, la ciudad de Bogotá D.C. no ha sido la excepción frente al fenómeno del suicidio. La Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. expone la existencia de una tasa de suicidios para 2013 equivalente a 2.9 por cada 100.000 habitantes. No obstante lo anterior, la tasa de amenaza suicida aumentó 0.8 en 2013 respecto al año inmediatamente anterior. Asimismo respecto a la tasa de intención suicida, ésta se incrementó 3.9 en 2013 frente a 2012. <sup>4</sup>

Tasa por cada 100.000 habitantes	2012	2013
Suicidio consumado	3.3	2.9
Intento suicida	25.5	29.4
Amenaza suicida	3.4	4.2

Esto quiere decir que si bien la tasa de suicidio consumando muestra una tendencia a disminuir, el intento y la amenaza suicida ascienden, demostrando la presencia del flagelo entre la población de la capital, lo que reviste importancia académica, con el fin de explicar las causas de las mismas, y posteriormente, la posibilidad de dar a conocer elementos o factores que permitan la detección temprana de la conducta suicida.

Sin embargo, es oportuno mencionar que la ciudad de Bogotá D.C., mantiene el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS, administrado por la Secretaría de Salud. Éste permite detectar la conducta suicida: desde el suicidio consumado, pasando por la ideación suicida, la amenaza suicida y el intento de suicidio.

No obstante, las demás ciudades capitales tales como Medellín, Cali, Barranquilla o Cartagena, también hacen seguimiento de la salud mental entre su población, esto a través de sus respectivas instituciones.

Sin embargo, pese a los esfuerzos institucionales por la detección de la conducta suicida, éstos ostentan limitaciones como es que su detección sólo será posible en la medida que el agente suicida tenga contacto con el Sistema de Seguridad Social en Salud.

De ahí que sea apropiado el estudio de la conducta suicida en Colombia, con fines a establecer el comportamiento de dichos fenómenos, y de esta manera, proponer elementos para su detección temprana y prevención.

### III. JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>5</sup> De ahí que la salud mental constituya uno de los elementos constitutivos de la definición, y por lo tanto, sea uno de los ejes fundamentales al momento de determinar el concepto.

Ahora bien, como se anotó anteriormente, la conducta suicida es un flagelo que se ha convertido en un asunto de salud pública, que ha determinado su seguimiento por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así, la ciudad de Bogotá D.C. cuenta con un sistema de vigilancia de la conducta suicida, cuyo alcance del mismo es mínimo, teniendo en cuenta que la detección del fenómeno se limita al acceso del agente suicida al Sistema de Seguridad Social en Salud, es decir, cuando el profesional de la salud lo detecta y registra su caso en el SISVECOS.

De la misma manera, la ciudad de Medellín (Antioquia) a través de su Secretaría de Salud, hace seguimiento a la salud mental de sus pobladores, lo cual se ha condensado en sucesivos estudios técnicos de la situación.

Lo mismo ocurre con las ciudades de Cali, Barranquilla y Cartagena, cuyo estudio en su conjunto explicaría las tendencias de la conducta suicida en Colombia, teniendo en cuenta la muestra que abarcan dichas ciudades.

Es por esto que teniendo cuenta las cifras explicadas en la parte introductoria, y la importancia que despliega la temática en materia de salud mental, se justifica el presente estudio, con el fin de analizar el comportamiento de la conducta suicida en Colombia, acudiendo para ello a la observación de los distintos estudios elaborados para el efecto por las principales ciudades del país y por sus instituciones a nivel nacional.

Frente a la problemática, debe tenerse en cuenta además, que la Organización Mundial de la Salud lanzó en 1999 el programa Prevención del Suicidio – SUPRE (Por su sigla en inglés).<sup>6</sup>

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud “*entre 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio; de éstos, son muchos más los que ha visto a un médico general que a un*

*psiquiatra. En países donde los servicios de Salud Mental no están bien desarrollados, la proporción de personas en crisis suicida que consultan a un médico general, tiende a ser mayor”.<sup>6</sup>*

De esto se puede deducir que el agente suicida previo a la comisión del acto mortal acude al médico; sin embargo es preciso extender la detección de la conducta suicida fuera del consultorio médico. Es decir, al trabajo, a la escuela, e incluso en el hogar.

Para ello, será preciso estudiar el comportamiento de la conducta suicida, de manera que posteriormente, se materialicen criterios para la detección temprana de la conducta suicida, que puedan ser empleados en los sitios de trabajo, en las escuelas y universidades, e incluso en el hogar, mejorando la salud mental y la calidad de vida de la población, así como determinar tendencias y causas prevalentes en esta población, que permitan identificar comportamiento de esta conducta en los años estimados.

#### **IV. OBJETIVO GENERAL**

- Establecer las tendencias y factores causales de la conducta suicida en Colombia durante los años 2009 a 2013

#### **V. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Caracterizar a la población Colombiana con tendencia a la conducta suicida durante los años 2009 a 2013.
- Establecer la prevalencia de conducta suicida durante los años mencionados reportados en Colombia.
- Identificar tendencias en los factores prevalentes y causas inmediatas de la conducta suicida en Colombia según la literatura.

## VI. METODOLOGIA

El propósito de la presente revisión documental, es establecer las tendencias y factores causales de la conducta suicida en Colombia durante los años 2009 a 2013, llevando a cabo un análisis descriptivo de las cifras de las variables mencionadas más adelante el estudio de los diferentes documentos realizados por los principales actores oficiales del Sistema de Seguridad Social en Salud, los cuales se plasmaron en una matriz para mayor soporte del trabajo (anexo 1).

Para tal fin, teniendo claro el objetivo principal, se procedió a la búsqueda de la información precisa que pudiera ser acorde a los criterios de inclusión descritos posteriormente. Además de examinar los estudios elaborados a nivel nacional por instituciones como:

- El Ministerio de Salud
- Asociación Colombiana de Psiquiatría
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- Instituto Nacional de Salud

También se revisaron los estudios realizados por las entidades de salud de las principales ciudades de Colombia como son: Bogotá D.C., Medellín, Cali, Barranquilla y, Cartagena, universidades que aportaran información sobre esta problemática como son la universidad de Antioquia, universidad del Tolima y la Universidad Minuto de Dios.

Por medio de los buscadores de base de datos de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales (Ebsco, Scielo, Cochcrane) y por medio del buscador Google y las páginas oficiales de dichas entidades, a través de la estrategia de búsqueda “suicidio en Colombia”, de lo cual se encontraron 718.000 resultados; al especificar la búsqueda digitando “suicidio en Colombia 2009 a 2013 pdf”, se encontraron 276.000 resultados. Se revisaron individualmente los artículos que fueron encontrados en las bases de datos, para determinar si cumplían con los criterios y objetivos planteados en este documento, en busca de estudios descriptivos y analíticos sobre la conducta suicida en Colombia (población de estudio).

De estas páginas de búsqueda, se escogieron documentos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión, para la realización del marco teórico y la discusión respectivamente:

- Artículos en lenguaje Castellano o inglés

- Publicaciones entre años 2009 hasta el 2013
- Publicaciones cuyo tema central fuera conducta suicida, suicidio en Colombia, o los dos temas asociados.

El enfoque que se le imprimió a la presente investigación es Descriptivo transversal retrospectivo, considerando que el estudio tiene como propósito describir la frecuencia y las características más relevantes del tema principal que se planteó, identificando la prevalencia de los factores que motivan la conducta suicida en años anteriores, como lo son año 2009 a 2013 y teniendo en cuenta para ello la literatura existente al respecto.

Se analizó la información de los artículos publicados en los sitios web de las entidades mencionadas anteriormente y se tabularon las variables de inclusión (principales departamentos con altas tasas de suicidio, ciudades capitales con mayor número de casos, grupo etario, nivel escolar, estado civil, mecanismo causal, razón más prevalente, lugar donde más frecuentemente se realiza el suicidio, año y sexo), por medio del programa Excel, donde se organizó la información por medio de tablas, de los cinco principales porcentajes de cada una de las variables tenidas en cuenta.

## VII. MARCO TEÓRICO

“El suicidio continúa siendo un gran misterio. Nadie sabe con certeza por qué una persona se quita la vida, cuando es lo más valioso que posee un ser humano. Es así como la OMS estima que cada día al menos 1.000 personas se suicidan y 10.000 lo intentan” (1).

Las personas poseen mecanismos de adaptación ante las diferentes situaciones que se presentan en la vida cotidiana, sin embargo, algunas personas no logran adaptarse, ya sea por la magnitud de la situación, o por la negación a cambiar de entorno y sobrellevar los cambios que trae consigo.

La palabra Suicidio, deriva del latín “sui (sí mismo) y caedere (matar) y, por ende, su significado literal es "acción de matarse sí mismo". Se podría definir como toda aquella conducta que va encaminada hacia la autodestrucción, por acción u omisión del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad, en dependencia de lo que la persona sepa del móvil de su conducta” (1).

El suicidio ha sido estudiado a lo largo de los años desde diferentes enfoques, donde se encuentran: la religión, ámbito legal, entorno social, familiar, ambiental, histórico y principalmente desde la rama de la psiquiatría, donde se ha intentado comprender la fisiopatología de dicha conducta, para plasmar criterios diagnósticos y terapéuticos que favorezcan a las personas.

A lo largo de esta investigación, se plasman los diferentes entornos mencionados anteriormente, donde se intenta recopilar la información básica y relevante para comprender principalmente la base histórica y patológica de dicho comportamiento, especialmente como patología secundaria a los trastornos del afecto.

### 8.1 TRASTORNOS DEL AFECTO

#### 8.1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

Desde tiempos remotos, “las sociedades han valorado este fenómeno desde diferentes ópticas: religiosas, sociales, culturales y científicas”.<sup>(11)</sup> En el siglo XX, hubo una convergencia de términos, derivados del afecto, entre los cuales se destacaban ciertos conceptos y conductas, de la cual se deriva la palabra Afecto, la cual forma parte de varios vocablos, como: sentimiento, ánimo, disforia, entre otros, que representan una serie de situaciones y determinan el origen

neurobiológico de la misma, sin determinar si es un proceso mental único o la combinación de varias funciones.

## **8. 1. 2 SEMIOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD**

La afectividad ha ido ligada a la psicopatología descriptiva, pero siempre opacada por la misma, por lo cual desde el siglo XIX, no alcanzó la misma importancia que la psicopatología de percepción, ya que siempre las pasiones, han sido consideradas el lado inferior del hombre, siendo siempre un proceso mayormente racional a pesar del movimiento romántico en el siglo XVIII.

Fue en el siglo XIX, cuando surgieron trabajos de Freud, Brentano y Janet, acerca de la afectividad, a la vez que se redefinieron algunos conceptos antiguos (melancolía, distimia y manía) y unos nuevos (depresión, ciclotimia, anhedonia, alexitimia).

### **MANÍA Y MELANCOLÍA ANTES DE 1800**

#### **MANÍA**

Eran definidos basados en el comportamiento del hombre, y el uno no contradecía al otro. La manía, “se definía por la presencia de ira, agresión, excitación y pérdida del control” (1), siendo un sinónimo de locura, e identificando entidades que hoy se considerarían excluidas de esa definición. En el siglo XVIII, Linas indica que: “la palabra  $\mu\alpha\upsilon\acute{\iota}\alpha$  (manía) fue empleada por médicos, poetas, oradores e historiadores griegos para designar la locura y, particularmente, las formas exaltadas y furiosas de esta enfermedad” (1) y en 1818, Pinel define la manía como: “trastorno de una o de más facultades del entendimiento, con emociones alegres o tristes, extravagantes o furiosas, y, en ciertos casos, nula alteración del pensamiento pero siempre con actos de furor”, reconociendo formas delirantes y no delirantes” (1).

La manía pasó por todo un cambio conceptual, ya que primero, era un tema muy amplio de abordar, segundo, ya no se tomó la locura total, sino una locura parcial, tercero, se estableció como un síndrome caracterizado por signos y síntomas característicos secundarios a un trastorno del afecto, cuarto, la ausencia de un trastorno metabólico de base, quinto, la caracterización de un cuadro clínico típico, y sexto, que se incluyeron experiencias subjetivas, dejando de ser considerado como un trastorno del razonamiento y adoptado como trastorno del afecto y de la acción.

A inicios del siglo XX, ya era definido y clasificado como: “una “psicosis funcional” caracterizada por: a. aceleración patológica del flujo de ideas; b. inquietud motora; y c. ausencia de síntomas que confirmen una enfermedad orgánica del cerebro. Al mismo tiempo, Mendel identificaba cuatro etapas: 1. inicial; 2. exaltación; 3. furor;

4. declive; y cuatro subtipos: 1. hipomanía; 2. recurrente; 3. gravis; 4. periódica” (1).

## **MELANCOLÍA**

A pesar de su inadecuada caracterización, todo se basaba en un común, que eran los escasos delirios, ya que podía presentar tristeza y bajo estado del ánimo, lo cual no era clínicamente característico de esta entidad, y podía ser confundido con la llamada depresión mayor. Inicialmente se consideró como el grado en que una persona se aferraba a una idea, pero posteriormente se aclaró que estaba más relacionada con la actitud que tenía la persona frente a la vida. Así como la Manía, finalmente se convirtió en una locura parcial, definida por Pinel como: “una locura caracterizada por un número circunscrito de delirios (délire exclusif) y unos márgenes amplios, que contenía todas las formas de psicosis crónicas, incluida la esquizofrenia”.

## **TRANSFORMACIÓN DE LA MELANCOLÍA EN LA DEPRESIÓN**

Ya que la melancolía no estaba bien definida, autores inconformes como Rush, propusieron el término “Esquirol”, dando a entender que el término melancolía era propio del lenguaje popular y no de los médicos de la época. Por otro lado, “Esquirol acuñó la palabra “lipemanía” precisamente para referirse a los estados afectivos primarios: “La melancolía con delirio o lipemanía es un delirio parcial, crónico, sin fiebre, determinada por una pasión triste, debilitante u opresiva. Esta enfermedad no debe confundirse con la manía, cuyo delirio es general, con exaltación de las funciones intelectuales, ni con la demencia, cuya incoherencia y confusión de ideas son efecto de la debilidad”<sup>1</sup>.

“En 1838 Esquirol ofrece una teoría global del suicidio con una concepción clínica y patológica, según él todo suicidio es un síntoma de un trastorno mental, se refirió a este como una crisis de afección moral desencadenada por múltiples incidencias de la vida: ambición, orgullo, ira, temor, remordimiento, amores contrariados, problemas familiares y dificultades económicas”<sup>12</sup>.

Fue Billod quien estudió a profundidad el término “lipemanía” y lo clasificó, sin embargo, este término siguió siendo obsoleto en la mayoría de países, donde se continuó usando el término “melancolía”, que para finales del siglo XIX, fue cambiando por el término “depresión mental”, usado mayormente en la vejez.

Con el tiempo ya no se usó la palabra “mental”, únicamente Regis designaba depresión como: “el estado opuesto a la excitación. Consiste en una disminución de la actividad general que va desde pequeños fallos en la concentración a la

parálisis total. Esta se traduce en una inmovilidad absoluta o estupor” (1), considerado como sinónimo de la melancolía, término anteriormente utilizado, por lo cual se entró en debate de ciertos autores, ya que algunos consideraban la depresión como síntoma y otros como un estado, como Kraepelin, quien lo denominaba como: “una categoría genérica bajo la que incluía la melancolía simple, el estupor, la melancolía gravis, la melancolía paranoide, la melancolía fantástica y la melancolía delirante”.<sup>1</sup>

## **FALRET, BAILLARGER Y LOS ESTADOS COMBINADOS**

Estos dos autores debatían acerca de los estados combinados, o lo que denominaba “locura circular”, siendo Falret, quien finalmente publicó un texto sobre esta forma especial de locura, la cual alternaba periodos de cortos excitación (estado maniaco) y largos de decaimiento (estado melancólico), además de definir “acceso de locura circular a la reunión de los tres períodos en los que la sucesión forma un círculo completo”. “Los tres períodos son: 1º el estado maniaco, 2º el estado depresivo, 3º el intervalo lúcido” (1). Este término fue debatido por largos años, incluso muchos autores realizaron diferentes monografías con aportes al tema, pero fueron Mordret y Ritti, quienes finalmente sentaron la base conceptual del tema.

## **DISTIMIA: STARK, FLEMMING Y KAHLBAUM**

Stark fue el primero en utilizar este término, para referirse a enfermedades del ánimo (hipertimia, amimia, paratimia), diferentes a los trastornos de la voluntad y del intelecto, denominados disbulias y disnoesias, respectivamente. Posteriormente fue Flemming un Psiquiatra Alemán, quien separó cada término (distimias, anoesias, manía) y a cada uno le describió las formas clínicas, para que posteriormente fuera Kahlbaum, quien incluyera la manía y la melancolía dentro de la distimia y además definiera la enfermedad mental, justificando que el tiempo era una variable imprescindible dentro del estudio de los pacientes con estas patologías y las clasificó: “A su vez, siguiendo la psicología de las facultades, se dividían en trastornos del intelecto (vecordia paranoia), trastornos de la volición (vecordia diasthraphia) y trastornos del ánimo (vecordia dysthymia). Esta última incluía la dysthymia meläna y la elata, según predominara el ánimo triste (vorwalten trauriger affecte) o el exaltado (freudiger affecte)”.<sup>1</sup>

## **CICLOTIMIA: HECKER Y KAHLBAUM**

Hecker estudió y caracterizó psicopatológicamente la ciclotimia por primera vez en la Psiquiatría, con lo cual Kahlbaum pudo establecer los términos distimia (ánimo triste) y hipertimia (ánimo elevado) y juntos describieron el “síndrome de la ciclotimia de Kahlbaum – Hecker”, el cual alterna episodios de distimia e hipertimia. Describieron lo siguiente: “Las características nucleares son, durante la

distimia, la inhibición psíquica sin delirios ni alucinaciones, la desesperanza, las quejas somáticas inespecíficas y, especialmente, la tendencia a la crítica y la reivindicación. En el estado hipertímico, los pacientes presentan un ánimo elevado, aceleración del pensamiento, autoestima exagerada, dispendios económicos, sexualidad aumentada y persistencia de la irritabilidad y la hiper-crítica”<sup>1</sup>

## **EMIL KRAEPELIN Y LA ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA**

Tras el debate surgido porque el bajo sustento de las clasificaciones en estas patologías, Kraepelin decidió en su sexto tratado, que no debían haber distinciones entre formas circulares y depresivas, sino agruparlas a todas como enfermedad maniaco depresiva: “La locura maniaco-depresiva [...], comprende por una parte toda la locura periódica y la locura circular; por otra parte, la manía simple, la gran mayoría de los estados patológicos que se describen bajo la rúbrica de melancolía y también un número considerable de casos de amencia. Finalmente, también incluimos ciertas disposiciones del humor, ya sean pasajeras o duraderas, que se pueden considerar como el primer grado de trastornos más graves y que, por otra parte, se funden sin límites estrictos con el conjunto de disposiciones naturales del individuo. Con el paso de los años he adquirido la convicción, más férrea cada vez, según la cual todos los tipos clínicos enumerados arriba no son otra cosa que manifestaciones de un único proceso patológico”<sup>1</sup>

“Emil Kraepelin argumentó que las ideas del suicidio son un trastorno mental o una enfermedad en donde existen correlaciones neuroanatomopatológicas y da mayor interés médico psiquiátrico a los factores individuales que a los de tipo psicosocial” (12).

Varios autores europeos, entre ellos Chaslin y Wernicke no concebían la idea de Kraepelin, pues denotaban que el hecho de agruparlos, era como negar la existencia de algunos de estos cuadros clínicos. Por su lado Chaslin, distinguió los tipos de melancolía: “distinguía cuatro tipos: a. melancolía simple o sin delirio; b. melancolía delirante; c. melancolía ansiosa; d. melancolía con estupor” (1), mientras que Wernicke: “distinguió cinco tipos de melancolía (afectiva, depresiva, agitada, atónita e hipocondriaca) y otros tantos de manía (pura, paralítica, crónica, agitada)” (1), teoría que fue seguida por Kleist y Karl Leonhard, pero ya que las clasificaciones eran bastante complejas, no fue aceptada por varios colegas.

## **LAS PSICOSIS UNIPOLAR Y BIPOLAR: CARLO PERRIS Y JULES ANGST**

En 1966, Angst y Perris, publicaron acerca de los trastornos afectivos, para cambiar definitivamente la clasificación sobre trastornos bipolares y unipolares, que aunque no se diferenciaban genéticamente, eran diferentes. Referían que:

“dentro de la psicosis maniaco-depresiva, de tres entidades independientes: dos formas unipolares (depresiva y maniaca) y una bipolar” (1). Con la realización del DSM III en 1980, CIE 10 en 1992 y el DSM IV en 1994, se pudo aceptar internacionalmente estos conceptos.

Dado que este tipo de trastornos son valorados desde diferentes puntos de vista (social, económico, político, filosófico) hay que tener en cuenta que la relación con el suicidio también se remonta a tiempos antiguos, donde “el Suicidio entre los Judíos (a.C.) se daba por causas de honor o bien como sinónimo de derrota política o militar. Tanto el pueblo Griego como el Romano tenían lugares públicos como Leucade, Ceos y Marsella destinados para consumir la muerte, el Suicidio representaba una forma de evitar la captura, mantener el honor, así como evitar la humillación y la muerte infame” (12). Con el cristianismo, solo se aceptaba como una forma de martirio auto infringido admitido ocasionalmente, para absolverse de culpas.

Posteriormente, “en el Concilio de Arles, celebrado en 452 d.C. declararon que el suicidio estaba inspirado por el demonio y en el 533 d.C., en el concilio de Orleans, se determinaron penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo. En el 562 d.C. en el Concilio de Braga se ampliaron los castigos, pero es hasta el 693 d.C. en el de Toledo en donde se impone la ex-comunión a quién lo realice” (12). Así con el paso del tiempo, en cultura de Oriente, por ejemplo, era elogiado, mientras que otros como los cristianos, negaban este tipo de práctica ya que iba en contra de los mandamientos divinos.

“A finales del siglo XIX, la aparición de nuevas ciencias como la psicología y la sociología, permitieron enfocar el origen del fenómeno del suicidio desde una perspectiva científica; la publicación de la obra de Durkheim “El suicidio”, define por primera vez cuatro tipos básicos de suicidio: anómico, egoísta, altruista y fatalista” (11). Identificando las principales causas de suicidio y dejando denotar que tanto la sociedad, como la religión ejercen una influencia en este tipo de decisión.

“Para Freud, cada individuo posee tendencias autodestructivas, la agresividad contra uno mismo, nace del subconsciente y se expresa en la ejecución del suicidio; el instinto de muerte es paralelo al instinto sexual o de vida” (11), pero “Desde el punto de vista libertario, el suicidio puede ser una decisión cuidadosamente contemplada, a menudo racionalizado como una respuesta razonable para evitar el dolor o sufrimiento” (3).

Actualmente el suicidio no es un problema de salud pública, únicamente en Colombia, se ha demostrado que los trastornos del ánimo son factores asociados, más no la causa directa del suicidio, ya que implica otra serie de factores psicosociales, que pueden incidir en esta decisión.

### 8.1.3 FISIOPATOLOGIA DEL TRASTORNO DEL AFECTO

Diversos estudios, han demostrado que estos trastornos, tienen componentes psicosociales, genéticos, neurológicos e inmunológicos, los cuales causan una “desregulación del afecto que aparece cuando las lesiones afectan a lo que se ha denominado cerebelo límbico (vermis, principalmente)” (4).

- **Factores genéticos**

Se ha demostrado que la personalidad es una característica heredable, pero que solo en parte está relacionada con estos trastornos, ya que rasgos como el pesimismo y la ansiedad, predisponen a estos eventos. Así mismo se ha evidenciado que gemelos monocigóticos y dicigóticos, tienen 37% de posibilidad de heredar alguno de estos trastornos, es por esto que se han realizado estudios genealógicos donde se ha demostrado que si el trastorno se presenta a edad más temprana, de forma severa y de manera recurrente, es más probable que se trasmita a la descendencia.

“Una variante común de la región polimórfica ligada al transportador de serotonina (5-HTTLPR), que afecta al promotor del gen del transportador de serotonina, provoca la absorción reducida del neurotransmisor serotonina en las células presinápticas en el cerebro. Algunos estudios han mostrado que este polimorfismo confiere una predisposición a la depresión, pero también confiere una predisposición a una personalidad ansiosa y pesimista” (10).

- **Células periféricas y biomarcadores, deficiencia de Monoamina, sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos**

El estudio del cerebro humano es facilitado por la neuroimagen, para identificar la bioquímica celular, así mismo se ha estudiado la sangre, la orina, el líquido cefalorraquídeo y como se mencionaba antes, también puede estar implicado el factor inmunológico, también se han estudiado los linfocitos, los cuales parecen estar implicados en el trastorno depresivo mayor y su conexión con el sistema nervioso central. Básicamente se destaca su importancia por: “(i) el papel que desempeñan en la respuesta inmune (producción de citoquinas) la producción alterada de diferentes linfocitos, y (ii) su papel en la disfunción del eje HPA y regulación neuroendocrina” (2).

Básicamente se encuentra implicado el receptor 5HT y su metabolito, el ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA), se encuentran mecanismos como disminución de 5HIAA en el estudio de fluido cerebroespinal y un aumento de receptores 5HT2A

en plaquetas y en el cerebro, “las anormalidades serotoninérgicas pueden diferir en diferentes trastornos como la depresión, la esquizofrenia, y la adicción” (2).

Hay casi 13 subtipos de estos receptores de serotonina (5HT2A), de los cuales el 5HT2A y 5HT1A, son los más estudiados por su relación con el suicidio, siendo 5HT2A el único presente en las plaquetas. Así mismo se ha estudiado a los pacientes con depresión dividiéndolos en suicidas y no suicidas, siempre siendo mayor la concentración de 5HT2A en plaquetas de pacientes suicidas, demostrando su clara actuación en esta patología sin importar el diagnóstico exacto, por lo cual se podría considerar que niveles aumentados de receptores 5HT2A plaquetarios, podría ser un factor de riesgo para conducta suicida, con una “sensibilidad de 55% en la predicción de tendencia al comportamiento suicidas y con una especificidad del 76%” (2).

En el cerebro, gracias a los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, es posible modular los sentimientos, el comportamiento y los pensamientos, los medicamentos que actúan a este nivel, como los antidepresivos pueden actuar bloqueando evitar la recaptación de estos sistemas a nivel presináptico, con lo cual aumenta la disponibilidad de estos neurotransmisores en el espacio sináptico y por ende mayor estimulación de la neurona postsináptica, por otro lado, pueden inhibir la monoamina oxidasa, enzima encargada del catabolismo de noradrenalina y serotonina en sus terminales postsinápticas, aumentando también su disponibilidad (teoría de la monoamina).

Por otro lado, estudios recientes han demostrado que el cerebelo, participa en vías no motoras, donde se activa tanto la emoción, como el intelecto y las funciones autonómicas, “se ha concluido que el vermis, sobre todo de los lóbulos inferiores, desempeña un papel en el procesamiento de la conducta emocional y social, cuyo procesamiento se produce por una red muy compleja que incluye o implica otras áreas asociativas que son importantes en la mediación de la conducta cognitivo social, como los lóbulos frontales o el sistema límbico”.<sup>4</sup> es decir que el cerebelo hace parte de la hipótesis cerebelo límbico, la cual “sería responsable de los primitivos mecanismos de defensa, como las manifestaciones de lucha, la emoción, el afecto, la sexualidad y, posiblemente, la memoria emocional”.<sup>4</sup>

### **Figura 1. Acción del antidepresivo sobre neuronas serotoninérgicas y noradrenérgicas (8)**

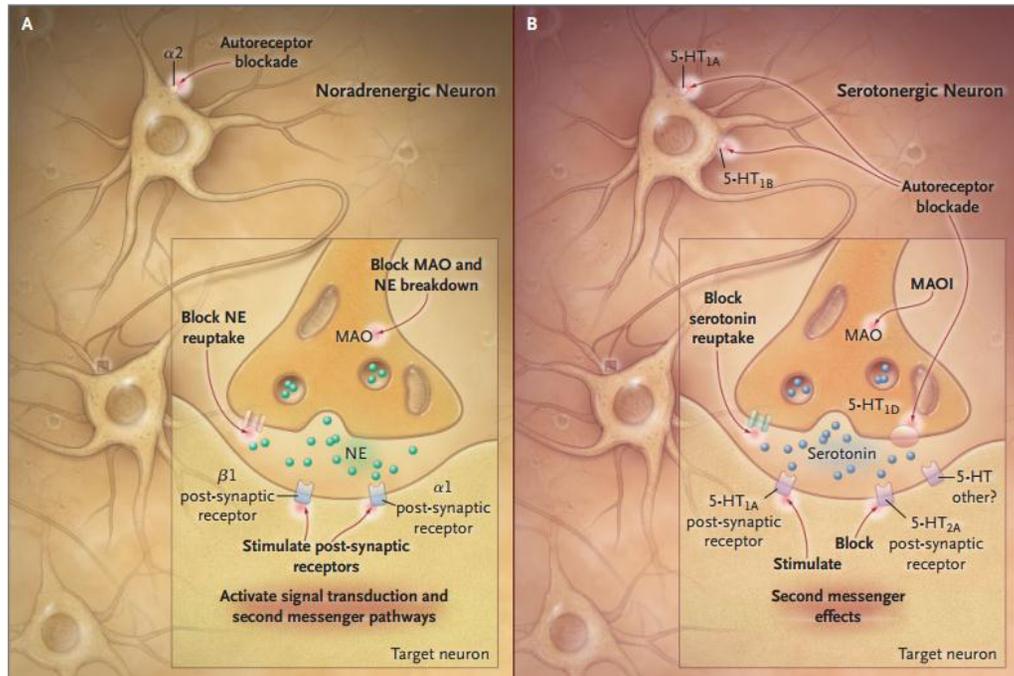
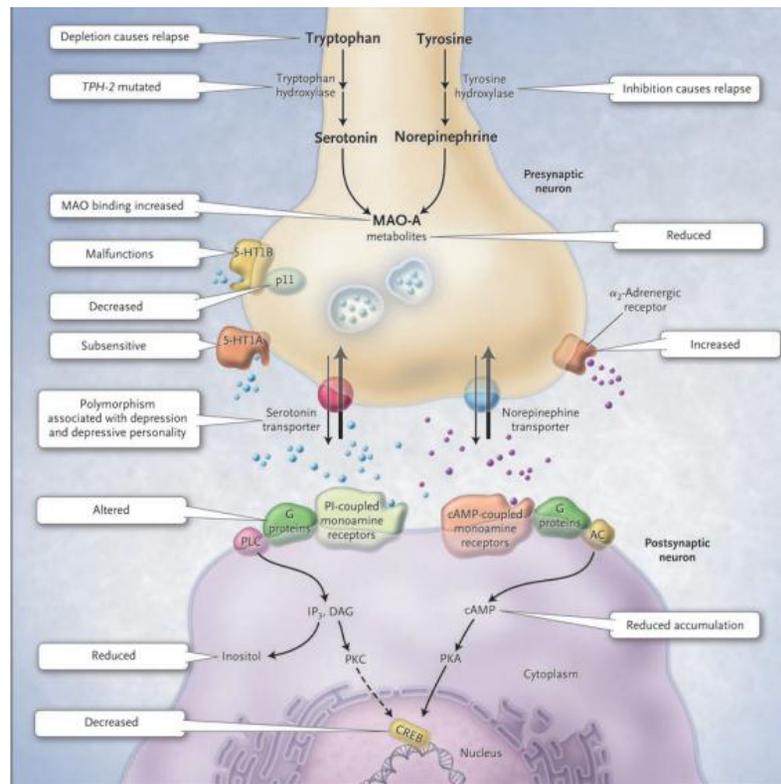


Figura 2. Hipótesis por deficiencia de Monoamina (10)



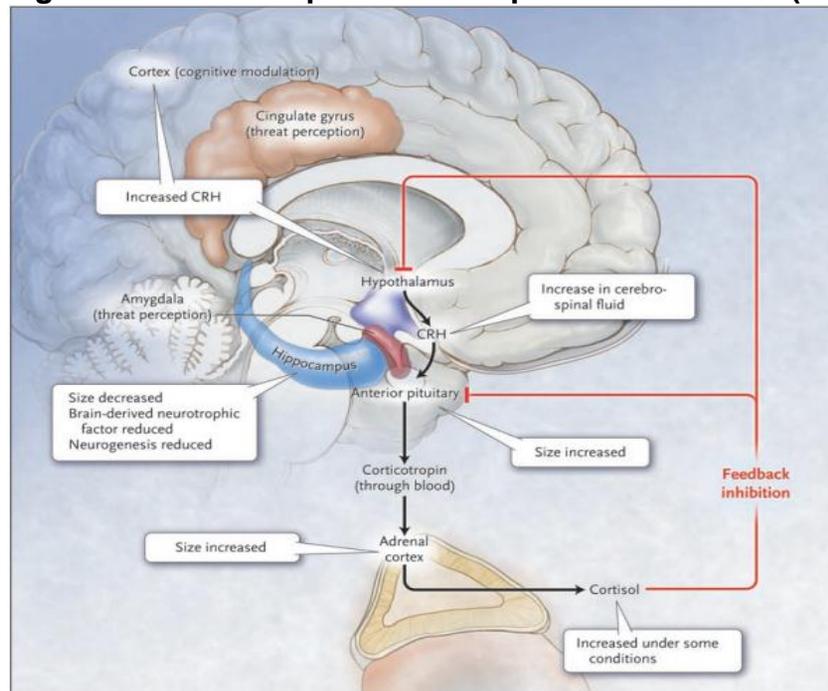
- **El estrés, eje hipotálamo – Pituitario - suprarrenal y factores de crecimiento**

La corteza cerebral detecta el estrés y lo trasmite al hipotálamo, donde se libera la hormona liberadora de corticotropina a los receptores hipofisiarios, para que posteriormente se libere corticotropina en plasma, se estimulen los receptores de corticotropina en la corteza suprarrenal y se libere cortisol en sangre. Ante esto el hipotálamo como respuesta compensadora, limita la producción de hormona liberadora de corticotropina, para mantener el equilibrio. Pero “el aumento de los niveles de monoaminas en la sinapsis afectan el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y revierte algunos de los efectos a largo plazo del estrés”<sup>4</sup>.

En estudios de pacientes con depresión, se han encontrado “niveles elevados de cortisol en plasma, niveles elevados de hormona liberadora de corticotropina en el líquido cefalorraquídeo y el aumento de los niveles de hormona liberadora de corticotropina, ARN mensajero y proteínas en regiones límbicas del cerebro”<sup>4</sup>.

Por otro lado, tanto el estrés como el cortisol, pueden afectar los niveles del Factor neurotrópico derivado del cerebro, el cual interviene en el crecimiento axonal y la supervivencia de las neuronas y la plasticidad de las sinapsis, principalmente en el hipocampo (estructura más pequeña anatómicamente en personas con depresión según estudios).

**Figura 3. Sistema hipotalámico – pituitario- cortisol (10)**



- **Otros posibles mecanismos asociados**

Además de la participación de procesos neurológicos, también se encuentran trastornos psiquiátricos, ya que en el cerebro se encuentra conexión de las distintas vías y es más fácil aprobar las teorías mencionadas anteriormente y que surjan otras posibilidades como se puede ver en la siguiente tabla, donde se muestran algunas:

**Tabla 1. Teorías biológicas adicionales (10)**

TEORÍA	EVIDENCIA QUE LO RESPALDA	EVIDENCIA CONTRADICTORIA
<b>Alteración de la neurotransmisión glutatérgica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveles disminuidos de glutamato y glutamina disminuidos en la corteza prefrontal.</li> <li>- Ketamina intravenosa, un antagonista de NMDA, inducción rápida y un anti efecto depresor sostenido.</li> <li>- Los niveles de ARN mensajero corticales de los transportadores de glutamato y de la enzima que convierte el glutamato en glutamina se reducen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveles aumentados de glutamato en la corteza occipital.</li> <li>- La ketamina se une a un estado de alta afinidad por la Dopamina</li> <li>- No está claro si los antidepresivos afectan a los receptores de AMPA en el cerebro.</li> </ul>
<b>Disminución de la neurotransmisión Gabaérgica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los niveles de GABA en el plasma, líquido cefalorraquídeo, la corteza prefrontal dorsolateral, y la corteza occipital se reducen.</li> <li>- Agentes de modulación GABA tienen efectos en modelos animales de depresión</li> <li>- Los antidepresivos afectan la función Gabaérgica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GABA se encuentra en más del 30% de las sinapsis cerebrales, lo que sugiere inespecificidad</li> <li>- La neurotransmisión de GABA puede estar relacionada con los síntomas de ansiedad en la depresión</li> </ul>
<b>Ritmos circadianos anormales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La falta de sueño y la terapia de luz tienen efectos antidepresivos</li> <li>- Algunos pacientes con depresión tienen anormalidades circadianas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La asociación entre los genes relacionados con el tiempo y la depresión es inconsistente</li> </ul>

TEORÍA	EVIDENCIA QUE LO RESPALDA	EVIDENCIA CONTRADICTORIA
	de estado de ánimo, el sueño, la temperatura, y la secreción neuroendocrina.	
<b>Deficiente síntesis de neuroesteroides</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los niveles de colesterol son bajas en el plasma y el cerebro durante la depresión.</li> <li>- DHEA tiene efectos antidepresivos en pacientes con depresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los hallazgos en la esquizofrenia son similares</li> <li>- Neuroesteroides (esteroides neuroactivos en el cerebro que modulan los receptores de neurotransmisores) afectan principalmente a la memoria y el sueño.</li> </ul>
<b>Imbalance monoamina-acetilcolina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de ánimo depresivo puede ser inducido en los seres humanos mediante la administración de fisostigmina, un inhibidor de acetilcolinesterasa</li> <li>- Antagonistas de los receptores nicotínicos de acetilcolina potencian los antidepresivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mecamilamina, un antagonista de los receptores nicotínicos de la acetilcolina, la reducción de los síntomas de la depresión.</li> <li>- Muchos antidepresivos no son anticolinérgicos.</li> </ul>
<b>Anormalidades de la tiroxina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los niveles de transtiretina se reducen en el líquido cefalorraquídeo en los pacientes con depresión.</li> <li>- Las hormonas tiroideas modulan el sistema serotoninérgico en el cerebro.</li> <li>- Neurogénesis cerebral se reduce después de la administración de tiroxina en ratas adultas con hipotiroidismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monoterapia con tiroxina es inespecífica</li> <li>- Hipotiroidismo no se manifiesta en muchos pacientes con depresión.</li> </ul>
<b>Disfunción de estructuras y circuitos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La estimulación magnética transcraneal de la corteza prefrontal y cerebral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las áreas cerebrales implicadas difieren de un estudio a otro</li> </ul>

TEORÍA	EVIDENCIA QUE LO RESPALDA	EVIDENCIA CONTRADICTORIA
específicos del cerebro	profunda y la estimulación de la corteza cingulada anterior afecta el estado de ánimo - El uso de la glucosa se reduce en la corteza prefrontal y la corteza prefrontal subgenua.	- Hay resultados inconsistentes con respecto al flujo de la sangre, volumétricos, utilización de la glucosa, y metodologías postmortem.

### 8.1.3 CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL AFECTO

#### DSM IV

El tema del afecto como tal, se ha estudiado desde tiempos remotos, donde se define la afectividad como: “Es la experiencia afectiva total que comprende fundamentalmente los sentimientos, las emociones y el ánimo (humor)” (15), comprendiendo como sentimientos a “estados afectivos complejos, duraderos y no intensos” (15), las emociones como reacciones momentáneas y el ánimo como un sentimiento subjetivo que le da equilibrio a las situaciones.

Evaluar al paciente con algún tipo de trastorno del afecto, depende de la capacidad del observador, de identificar alteraciones motoras, estados de ánimo que no eran percibidos anteriormente, incluso la facie del paciente y la forma y capacidad de mantener una conversación sostenida y fluida con el paciente transmiten al examinador muchos de los signos y síntomas característicos de las patologías en los pacientes.

Como se nombró al inicio, con la creación del DSM IV, se pudo clasificar internacionalmente y darle mayor importancia a estos trastornos.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o DSM IV (13), los trastornos del afecto se clasifican como se observa en la figura 4:

**Figura 4. Clasificación de los trastornos del ánimo (13)**



A pesar de que se considera un aparte especial para los trastornos depresivos, hay que aclarar que la diferencia con los trastornos bipolares, es que el paciente depresivo no ha presentado anteriormente ningún episodio de manía, hipomanía o mixto, mientras que el paciente con trastorno bipolar ya tiene historia de haberlos presentado y generalmente acompañados de un episodio depresivo mayor.

### 8.1.5 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL AFECTO

- El trastorno depresivo mayor: se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- El trastorno distímico: se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- El trastorno depresivo no especificado: se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- El trastorno bipolar I: se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.
- El trastorno bipolar II: se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.
- Trastorno ciclotímico: se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El trastorno bipolar no especificado: se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).
- El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica: se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias: se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- El trastorno del estado de ánimo no especificado: se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

## **8.2 SUICIDIO Y COMPORTAMIENTO SUICIDA**

El comportamiento suicida, definido como: “tener pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidios”<sup>2</sup>. No es el único factor directamente relacionado con los

trastornos psiquiátricos, ya que un bajo porcentaje de personas con comportamiento suicida, realmente terminan en un suicidio, “se ha demostrado por varios investigadores que de 3- 13% de los que intentaron suicidarse finalmente murió por suicidio” 2.

### **8.2.1 BASE BIOLÓGICA**

El suicidio es un problema de salud muy importante, siendo una de las primeras causas de muerte en jóvenes, a pesar de esto la neurobiología no es muy clara, ya que generalmente se estudian los aspectos psicosociales. Los estudios que se han realizado, han sido en víctimas de suicidio postmortem, en los cuales se identificó intervención de la serotonina, alteración en vías de señalización, eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), incluso compromiso neuroinmune.

La mayoría de los pacientes con intento suicida, tienen una enfermedad mental de base o consumen sustancias psicoactivas, por eso la alta relación entre estos temas, no siendo exclusivamente la causa de suicidio, ya que frecuentemente la causa principal es de origen psicosocial. Entre los factores de riesgo más importantes, se encuentran los neurobiológicos (trastornos depresivos, trastornos mentales graves, trastornos del estado de ánimo), los genéticos y los psicosociales (estrés, conducta agresiva, abuso sexual), todos relacionados a nivel neurológico con anormalidades serotoninérgicas y noradrenérgicas, entre otros procesos.

### **8.2.2 SUICIDIO EN ADOLESCENTES VERSUS ADULTOS**

Comparando suicidio entre jóvenes y adultos, a pesar de que las causas son similares, también pueden ser diversas, ya que entre las causas más frecuentes como se nombraba al inicio, está el estrés y conductas agresivas, que son factores comunes en ambas edades, pero de mayor presentación en los jóvenes, así como la impulsividad, lo cual concluye que hay diferencias neurobiológicas que encaminan hacia diferente pronóstico y por ende tratamiento.

### **8.2.3 FACTORES DE RIESGO**

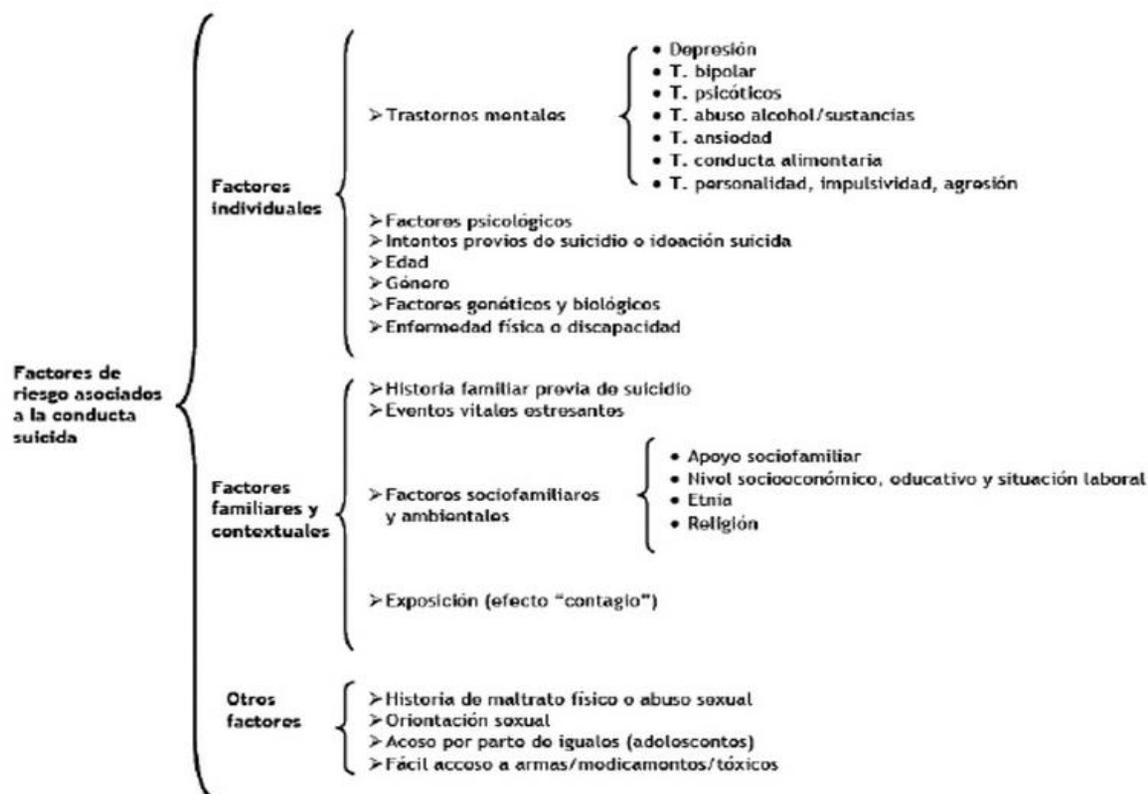
Es importante que la familia, que es el grupo de primer contacto con la persona con conducta suicida y el personal médico que es el encargado del manejo, apoyo y seguimiento del individuo, conozcan los factores de riesgo, ya que el suicidio es un tipo de muerte prevenible, que depende de unos factores modificables y no modificables como se observa en la tabla 2, donde se caracteriza a estos dos grupos:

**Tabla 2. Clasificación de factores de riesgo de suicidio (16)**

<b>MODIFICABLES</b>	<b>NO MODIFICABLES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos del afecto</li> <li>- Esquizofrenia</li> <li>- Trastornos de ansiedad</li> <li>- Abuso de sustancias</li> <li>- Trastornos de personalidad</li> <li>- Salud física</li> <li>- Otros trastornos mentales</li> <li>- Dimensiones psicológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heredabilidad</li> <li>- Sexo</li> <li>- Edad (adolescente y adulto joven y edad geriátrica)</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Religión</li> <li>- Apoyo social</li> <li>- Conducta suicida previa</li> </ul>

Los factores de riesgo modificables hacen mayor referencia al entorno de la persona, a su entorno psicosocial, mientras que los no modificables son características propias del individuo, con las cuales probablemente puede nacer o adquirir desde la infancia. De cada ítem se desprenden más causas, que pueden ser hallazgos clínicos en la historia clínica del paciente.

**Figura 5. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida (16)**



## **8.2.4 PERSPECTIVA HISTÓRICA**

Desde tiempos remotos, como ya se nombró, se han estudiado los trastornos del afecto, directamente e indirectamente relacionados con el comportamiento suicida y el suicidio, y ha sido el objetivo de muchas entidades lograr prevenir este comportamiento, ya que es una problemática de todas las clases sociales, de ambos sexos e incluso de todas las edad, con un importante componente psicosocial y neurológico.

Desde diferentes perspectivas, se ha considerado que “para los moralistas, la protección de la vida y la prevención del suicidio es una obligación moral. Para los filósofos, como Kant, mantener la humanidad es un fin en sí mismo, lo que significa que el individuo debe ser considerado como un fin, y no un medios para un fin” (3). Se tienen cuenta una perspectiva moral que además va ligada a la religión, donde no se acepta como medio para aliviar el dolor, aunque en algunos países con la penalización de la eutanasia, muchos piensan que es a la vez un derecho de no interferencia con el individuo.

## **8.2.5 PERSPECTIVA LEGAL**

A pesar de que la ley no considera responsable a una persona por los actos del otro, en este caso, la conducta suicida es una de las mayores preocupaciones para los psiquiatras, ya que es un motivo frecuente de demanda en contra de estos profesionales de la salud, ya sea por tratamientos ambulatorios, por mala praxis, o por dar de alta rápidamente a los pacientes hospitalizados, sin justificar, ni prever las consecuencias del alta.

Basado en la historia clínica y los síntomas del paciente, los requerimientos se harán de acuerdo a las necesidades del mismo, “Las normas actuales de la atención para la gestión de pacientes hospitalizados que presentan un comportamiento suicida se han desarrollado en respuesta a las aportaciones de las organizaciones profesionales, experiencia de la práctica clínica, jurisprudencia, comentario jurídico sobre la jurisprudencia, y el comentario en suicidio en casos resueltos fuera de la corte. Las guías de la asociación canadiense de psiquiatría recomiendan tratamiento agresivo para personas con depresión y tendencias suicidas” (3).

Es deber del hospital, cuidar del paciente identificado como suicida, ya sea ante una lesión auto infligida o ante un intento de suicidio, ya que cualquier descuido será motivo de demanda para la entidad. En el caso de pacientes ambulatorios, es deber de los Psiquiatras tratantes, identificar cuáles son los criterios de hospitalización, si un paciente está formulado adecuadamente, si necesita farmacoterapia y si el medio en el que se encuentra es adecuado para el paciente.

### **8.2.6 PERSPECTIVA PSICOLÓGICA**

“Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo” (16), Aunque se generaliza, la variables más prevalente a pesar de la edad y el género, es la desesperanza, que se encuentra presente en casi todos los pacientes con conducta suicida.

Los comportamientos de pacientes con conducta suicida, son generalmente agresivos, perfeccionistas, que se basan en” autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones” (16).

### **8.2.7 PERSPECTIVA PSICOSOCIAL, FAMILIAR Y AMBIENTAL**

- Apoyo familiar: Como se mencionó al principio del trabajo, el suicidio se da predominantemente en hombres, se presentan cuatro suicidios en hombres por una mujer, esto además está ligado a un ámbito amoroso, ya que se ha visto que las personas que han llevado a cabo un suicidio, han tenido relaciones amorosas complicadas o generalmente no tenían pareja estable, es decir, sin un apoyo social. Sin embargo, estar casado, no se considera que sea un factor protector que evite el suicidio, ya que no solo influye esta perspectiva.
- Nivel socioeconómico, estado laboral y nivel educativo: es contradictorio y no hay un dato específico, ya que personas con un alto nivel de estrés por cargos laborales cuantiosos, o con alto nivel educativo, que pierden el empleo, son factores que pueden aumentar hasta 3 veces el riesgo de suicidio, pero por el contrario una persona con bajo nivel educativo, que se enfrente al desempleo, también está en riesgo de presentar este tipo de conductas.
- Orientación sexual: se ha visto que adolescentes homosexuales sometidos a la presión social, presentan mayor tasa de suicidios, ya que generalmente presentan falta de apoyo y discriminación.
- Historia de maltrato físico o abuso sexual: aumenta el riesgo de suicidio, sobre todo si fue un episodio que se presentó durante la infancia de la persona. Por otro lado, persiste la violencia de género, donde mayormente las mujeres sometidas, presentan mayor tendencia a estas conductas.

### **8.2.8 PERSPECTIVA RELIGIOSA**

Como se mencionó antes, las costumbres religiosas se encuentran muy arraigadas en las personas, se ha demostrado que esa unión a las creencias divinas, puede precisamente ser un factor protector, donde la persona se refugia en busca de una solución, por esto, países en donde se prohíben las prácticas religiosas (antigua Unión Soviética) o donde se cree en la reencarnación (Budistas), tienen las mayores tasas de suicidio.

## VIII. SUICIDIO EN EL MUNDO

Ya se ha observado que el suicidio, es una problemática de interés público que compete a toda la sociedad a nivel mundial, siendo una de las principales causas de muerte en Colombia, es un tema que debe ser abordado con prioridad.

Como se verá en la discusión de la presente revisión documental, el suicidio se ve influenciado por diferentes factores como la violencia, la orientación sexual, la edad, la pobreza y la desigualdad en las diferentes regiones de la mayoría de países, especialmente países en vía de desarrollo, como se evidenció en estudios como: “Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia)” y “Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia”, donde también se pone de manifiesto que entre 1993 y 1997 las tasas de suicidio mantuvieron un ascenso sucesivo de las tasas de suicidio, teniendo años pico como 2001, 2004, 2005 y 2009, probablemente, momentos de crisis que se vivieron en el país y donde se observó que cada vez son más los jóvenes que incurrían en este acto.

La OMS, ha reportado una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100 mil habitantes a nivel mundial, es decir un suicidio cada 40 segundos, y en países como México, Chile y Australia, además de los factores mencionados, se ha llegado incluso a pensar que las condiciones laborales y la variabilidad climática también influyen al vínculo con el suicidio., ya que periodos con mayor aumento de tasas, ocurrían durante problemas del mercado laboral y económico. Es por esto que la identificación temprana de las causas, puede llegar a ser una estrategia adecuada para la prevención del suicidio.

El desarrollo del suicidio en un contexto social, es un ámbito estudiado por siglos, ya que el estándar de vida de las personas, aspecto que ha sido bastante estudiado en países como Chile, ha demostrado que el desarrollo económico de un país (medido en producto interno bruto per cápita), se puede acompañar del aumento de las tasas de suicidio, lo cual demuestra que puede haber una contradicción y que no necesariamente entre más pobre sea la población, mayor tiene que ser la tasa de suicidio, así mismo se considera que la agregación poblacional es un factor importante para incrementar la competencia por la supervivencia, lo cual puede perjudicar a las personas más vulnerables y que pueden tener antecedentes de conducta suicida, caso evidenciado en España, quien desde el 2011 ha presentado una crisis financiera, lo cual se ha relacionado con el aumento directo de la tasa de suicidios.

Respecto a lo descrito anteriormente es importante resaltar que:

Revista económica La República (2013) (56):

Colombia fue considerado un país mucho más estresante para vivir debido a tres razones fundamentales. Una, su tasa de desempleo es la más alta de Latinoamérica (10,3%), situándose en el puesto 24 por debajo de países europeos como España y Grecia, cuyos indicadores alcanzan el 27%. Además está por encima de países mucho más densos demográficamente como México, con 4,8%. En segundo lugar, la tasa de homicidio de Colombia por cada 100.000 habitantes es alta (31,4) respecto a los otros países de la región. Sin embargo, Venezuela supera al país con 45,1. En tercer lugar, aunque la mayoría de países latinoamericanos como Bolivia, Chile o Brasil registraron índices altos, Colombia se ubicó en el segundo lugar entre los países donde hay mayor desigualdad en los ingresos en el mundo con un coeficiente de GINI de 58,5, el cual solo es superado por Sudáfrica.

**FIGURA 6. Países latinoamericanos más estresantes según la revista económica La República (56)**



A nivel de Latinoamérica, Colombia es el país más estresante como se observa en la figura 6; para esto se evaluaron diferentes aspectos como la tasa de desempleo la cual evidenció la tasa más alta en esta región, la tasa de homicidios igualmente tiene un porcentaje elevado, además es uno de los países con mayor desigualdad de ingresos.

En cuanto a la tasa de homicidio, se observa que Colombia es el segundo país con mayor índice (31,4 por cada 100000 habitantes), siguiendo a Venezuela quien presenta 45,1 y México con una tasa de 23,7.

Colombia es el país a nivel Latinoamérica con mayor índice de desigualdad, con respecto a los ingresos con coeficiente GINI de 58,5 seguido de Bolivia y Chile; el país con menores cifras es México, con un coeficiente de 4.8.

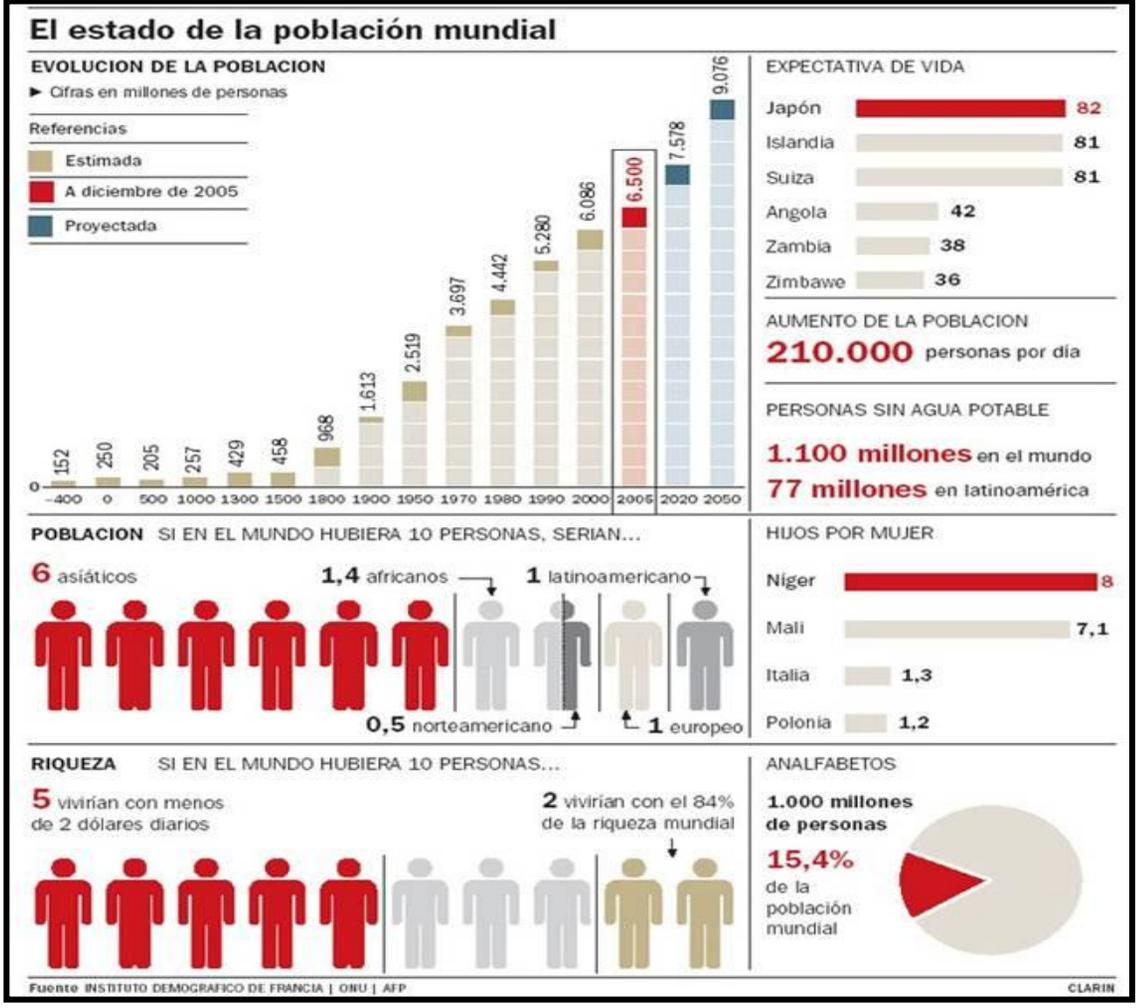
Nuestro país evidencia un alto porcentaje de desempleo, podemos decir que duplica las cifras de diferentes países como Bolivia, México y Ecuador. Así mismo, se ha reportado incluso al comparar la mayor cantidad de países, que quienes registran mayor número de suicidios, los reportan en edades limítrofes y que se encuentran en los países más desarrollados.

Se han planteado diferentes explicaciones a las contradicciones en la presentación del suicidio, es por esto que aunque la OMS por medio del observatorio mundial de la salud, proponga estadísticas de casi todos los países (aprox. 192 países incluidos), y diferentes estudios traten de abarcar todos estos datos, pueden presentarse sesgos de selección, se proponen explicaciones como:

Como se mencionó anteriormente, hay países donde se reporta la mayor tasa de suicidio en edades extremas, y muchos de los países desarrollados, cuentan con gran número de población mayor (mayor de 50 años), por esto se puede establecer una posible relación. Como se observa en países como Japón, Grecia, República de Corea e Italia, principalmente.

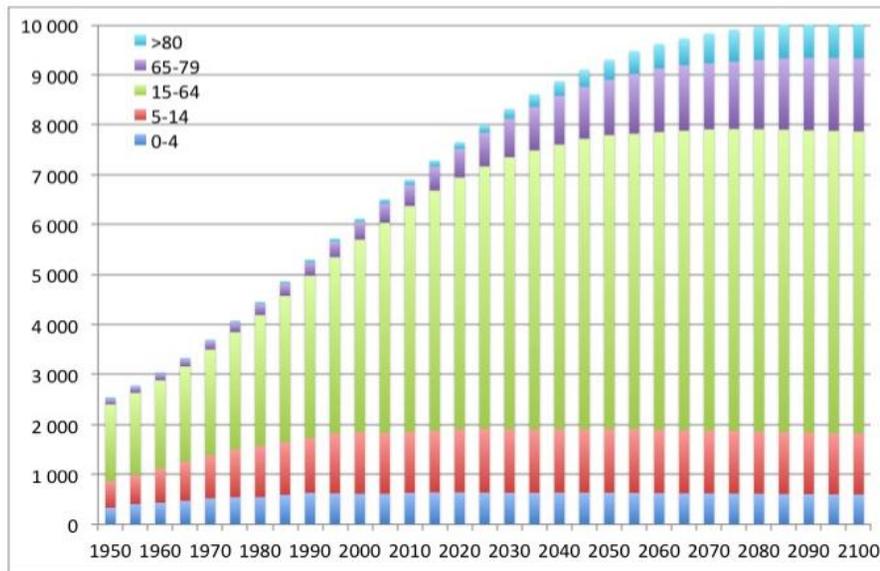
La figura 7 evidencia la proyección de crecimiento de la población mundial, encontrándose que para 2050 se estima una población de 9.076, así mismo Colombia entra en la población de riesgo, ya que Latinoamérica está en los niveles intermedios de distribución de riqueza; siendo los países desarrollados, quienes lideran en todos los ámbitos (riqueza, número de habitantes, materia prima, mano de obra, entre otros), lo cual a futuro podría ser indirectamente una causa que lleve al suicidio en Colombia.

### **Figura 7. El estado de la población mundial (30)**



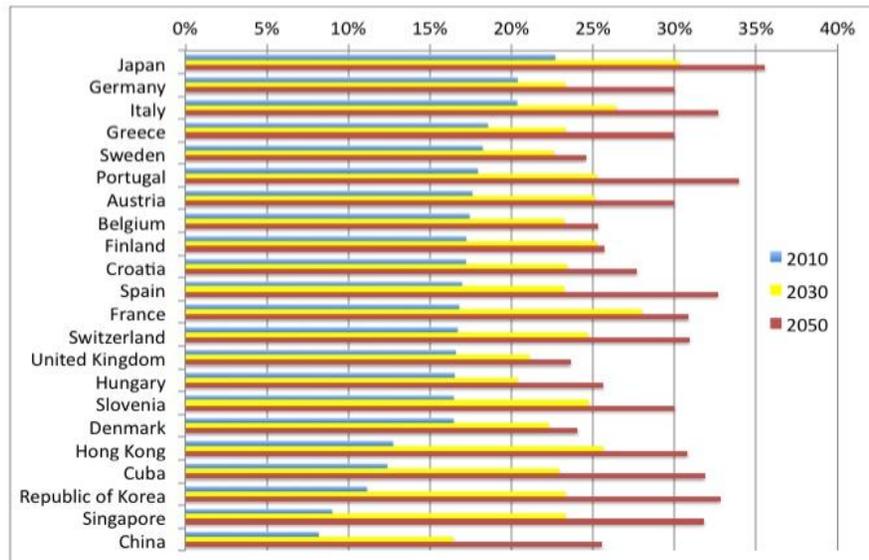
En la figura 8, se evidencia que a nivel mundial la población tiende a envejecer y por ende va a disminuir la edad reproductiva, en consecuencia, disminuyen los recursos económicos, la mano de obra, la producción y todo esto influye en la calidad de vida y posiblemente en el aumento de las tasas de suicidio no solo en Colombia, si no en el mundo.

**FIGURA 8. Perfil de edad de la población mundial (31)**



Fuente: Estimaciones de población, Naciones Unidas, 2010

**FIGURA 9. Proporción de población de 65 años y más (31)**



Fuente: Estimaciones de Población, Naciones Unidas, 2010

En la figura 9 se observa como en Japón aproximadamente el 23 % de la población es mayor de 65 años, se espera que para el 2030 se encuentre en un 30% y los jubilados para el año 2050 en un 37% esto llevara a un incremento de los recursos económicos para mantener las pensiones.

En prevalencia el país que sigue a Japón es Alemania, Italia y en contraste china es el que menos población mayor de 65 años tiene con un estimado de 8% y se espera que para el año 2030 se encuentre un 17 % de población superior o igual a 65 años.

**FIGURA 10. Tasas de suicidio en distintos países (31)**

Suicidios por 100.000 personas.

	Hombres	Mujeres	Total
Korea	49,6	21,4	33,5
Hungría	40,4	9,5	23,3
Rusia	42,1	7,2	22,4
Japón	31,4	11,5	21,2
Eslovenia	32,8	6,6	18,6
Bélgica	26,6	9,5	17,7
Finlandia	26,8	8,3	17,3
Suiza	24,8	10,2	16,9
Francia	25,7	8,0	16,2
Polonia	29,2	4,0	15,9
Estonia	29,3	5,0	15,8
Australia	23,3	6,0	13,9
Rep. Checa	23,8	4,4	13,5
Chile	22,4	5,0	13,3
<b>OECD</b>	<b>20,8</b>	<b>5,9</b>	<b>12,9</b>
Nueva Zelanda	18,9	6,4	12,4
Estados Unidos	19,8	4,9	12,0
Islandia	18,7	4,6	11,8
Suecia	17,5	6,1	11,7
Dinamarca	18,0	6,1	11,6
Luxemburgo	17,6	5,2	11,3
Eslovenia	20,7	3,2	11,3
Noruega	15,9	6,7	11,2
Cananda	17,3	5,1	11,1
Irlanda	17,4	4,6	11,0
Alemania	17,3	5,1	10,8
Austria	16,7	4,8	10,6
Portugal	15,8	4,2	9,3
Países Bajos	13,3	5,4	9,2
Reino Unido	10,5	3,0	6,7
<b>España</b>	<b>10,5</b>	<b>2,7</b>	<b>6,3</b>
Israel	9,9	2,8	6,2
Italia	9,8	2,5	5,9
Brasil	9,0	2,3	5,4
México	8,5	1,5	4,8
Grecia	5,6	0,9	3,2

Fuente: OECD 2010 (o el más reciente).

Politikon.es

En la figura 10 se evidencian las tasas de suicidio en los diferentes países según el sexo en el año 2010, se evidencia en estos países la tasa de suicidios por 100000 habitantes es mayor en los hombres con respecto a las mujeres, los países con mayor tasa de suicidio es Korea, Hungría, Rusia y el que menos tasa de suicidio presenta es Grecia, Mexico y Brasil.

- Se propone que el suicidio es una forma de atentar contra la evolución del ser humano, pues a pesar de los grandes avances tecnológicos y la gran recursividad del ser humano, lo logra conseguir la satisfacción de sus necesidades personales y sociales y peor aún, no logra dejar la descendencia de la especie. Esto se observa en sobretodo en lugares como: Corea Rusia, Hungría y Japón, principalmente, como se nota en la figura anterior.

Desde diferentes puntos de vista, todas las variables que influyen en las causas del suicidio, generan una debilitación de los vínculos sociales (resultado del proceso evolutivo del ser humano), ya que se entiende que estas personas entran en aislamiento, a generar psicopatología y asociarse generalmente al suicidio.

Se estima actualmente, que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas (32).

Siendo los trastornos mentales (especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte; en los países asiáticos, sin embargo, tiene especial importancia la conducta impulsiva. El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales (32).

Finalmente, se considera que el funcionamiento biológico del hombre está enfocado a saciar la escasez, ya que al alcanzar este estado, se genera la sensación de confianza y recompensa, es un tipo de bienestar emocional en la persona, por esto cuando la persona se encuentra en una situación contraria a la descrita, es fácil encontrar una salida por medio del suicidio.

## IX. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Como lo ha mencionado la OMS: “en los últimos 45 años, han aumentado las tasas de suicidio en un 60% a nivel mundial” (32) y es cada vez mayor el número de jóvenes que entran en este selectivo grupo de riesgo. Es una entidad que debe ser multidisciplinaria, debe ser una política de gobierno, que cuente con el apoyo de la religión, policía, educación, ministerio de salud de cada país, medios de comunicación, entre otros, para formar una alianza que permita darle importancia al suicidio, ya que cobra muchas vidas todos los días y es una entidad de alto costo para la sociedad y que aunque no es prevenible en todos los casos, sí lo es en la mayoría.



**FIGURA 11. Día mundial de la prevención del suicidio (32)**

### Intervenciones en la actualidad:

- a. Como se observa en la figura No. 9 la estrategia de crear un día para la prevención del suicidio, implementada en el año 2003 a la fecha en 28 países, por parte de la OMS y la Asociación internacional para la prevención del suicidio (IASP), fue enfocado para fomentar medidas prácticas y compromiso de las personas y de los medios de comunicación con esta causa que aunque no se sabe, es bastante frecuente en la sociedad.
- b. El ministerio de salud ha implementado políticas para la restricción de los métodos que conducen al suicidio (posesión de armas de fuego y

sustancias tóxicas), se intenta mantener un control de dichos elementos a nivel mundial, a pesar de que sigue siendo una tarea difícil de lograr.

- c. Fomento de prevención primaria, detección precoz y adecuado tratamiento de patologías como la depresión, el abuso de alcohol y consumo de sustancias psicoactivas constituye parte fundamental de la prevención, así mismo la realización de controles periódicos con aquellas personas con antecedente de conducta suicida, que requieran apoyo médico y familiar.
- d. Prevención universal: enfocada a toda la población, para aumentar el acceso a la salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión (33).
- e. Prevención selectiva: para pacientes selectivos (antecedente de abuso, conflicto armado, desastres, familiares de pacientes suicidas, migrantes), en la cual se puede acudir a línea telefónica para asesoría con personas capacitadas.
- f. Estrategias indicadas: “personas vulnerables específicas mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de los establecimientos de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias” (33), en la cual se fomentarán las relaciones sociales y creencias y afrontamientos que resultarán positivos para el paciente.
- g. Creación de grupos de apoyo para familias de suicidas, y médicos generales para que se mejore la evaluación inicial y el manejo de estos pacientes.
- h. “En los 50 últimos años muchos países han despenalizado el suicidio, y esto ha facilitado mucho que quienes tengan comportamientos suicidas soliciten ayuda” (33).
- i. En Colombia, la red nacional de suicidiología, se encarga de memorar este día y recordar a los ciudadanos, la importancia que tiene el suicidio.
- j. Igualmente la secretaría distrital de salud de la alcaldía mayor de Bogotá, cuenta con una estrategia preventiva, llamada Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS), con el fin de detectar oportunamente los casos activos que se están presentando, y que representan tanto alto costo social, como posible fatalidad para la

persona que lo presenta (conducta- ideación suicida, intento de suicidio, suicidio consumado). Se cuenta además con líneas nacionales de servicio 24 horas para atención en casos de crisis, como son:

- Teléfono de la Esperanza: (571) 3 23 24 25
- PhonoAyuda del Minuto de Dios: (571) 5 87 44 40
- Línea Nacional del Ministerio de la Protección Social y Naciones Unidas: 018000 113 113

## X. RESULTADOS

## XI. DISCUSIÓN

Como se mencionó anteriormente el objetivo de la presente revisión documental, es establecer las tendencias (cambios en cantidad, grupos etarios, departamentos y demás variables mencionadas en el anexo 15.2) y factores causales de la conducta suicida en Colombia durante los años 2009 a 2013 (3) (17) (34) (35) (36), por lo cual se realizó el análisis de las variables tenidas en cuenta en el estudio, las cuales están plasmadas a lo largo de la revisión, la discusión y al final del proyecto (Anexo 2), lo cual permitió resaltar características importantes de los objetivos iniciales como son los mencionados a continuación.

Según el comportamiento del suicidio en Colombia y las estadísticas que maneja el Instituto Nacional de medicina legal desde el año 2009 a 2013, se ha observado una diferencia significativa, es decir tiene una evolución aparentemente estable en el periodo que se estudió.

**TABLA 3. Habitantes por año según el D.A.N.E (2009- 2013) (54)**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Millones de Habitantes/ año</b>	45,8	46,44	47,08	47,7	48,32

Al momento de caracterizar a la población colombiana se debe tener en cuenta que en general Colombia es un país con tendencia al aumento de la población, como se describe en la tabla 3, así mismo se planteó en uno de los objetivos, identificar los factores causales de la conducta suicida en los años estudiados, por lo que se investigó el producto interno bruto (PIB) (tabla 4) y la tasa de incidencia de pobreza (tabla 5) en dichos años, para evidenciar si existe algún tipo de nexo causal de la conducta suicida.

**TABLA 4. Producto interno bruto según el portal Index Mundi (2009- 2013) (53)**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

<b>PIB</b>	5.104,99 USD	6.179,77 USD	7.124,55 USD	7.762,97 USD	7.831,22 USD
<b>MILES DE MILLONES</b>	407.5	435.4	478	511.1	526.5

**TABLA 5. Tasa de incidencia de pobreza según el Banco Mundial (2009-2013) (52)**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Tasa pobreza (% de la población)</b>	40,3	37,2	34,1	32,7	30,6

Se puede inferir que la tasa de pobreza con respecto a la población general ha presentado disminución, principalmente en el año 2013, donde alcanzó el 30,6%; igualmente Colombia ha presentado un aumento del PIB en los últimos años, especialmente en el año 2013 (7.831,22 USD), lo cual podría demostrar que hubo una mejor calidad de vida y un mejor uso de los recursos en el país, significando esto una probable relación con el descenso que tuvo el suicidio, principalmente en el año 2013.

Para analizar las variables tenidas en cuenta en este estudio (tabla 6, figura 12), se representan las tasas y los casos anuales respectivamente, donde se observa que la variabilidad es mínima entre los distintos años, sin embargo se nota una disminución significativa del 0.96% entre los años 2009 y 2013, siendo este último año, el que presentó la menor tasa de suicidio consumado en el país, disminuyendo 0.61% con respecto al 2012.

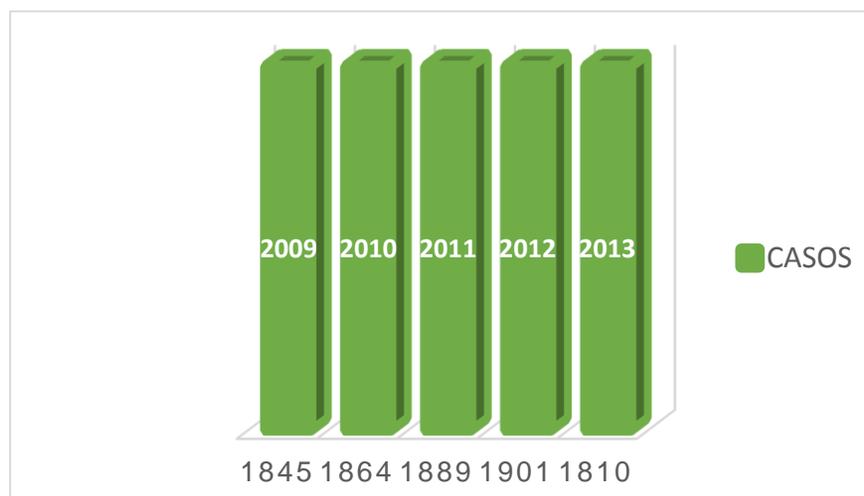
Porcentualmente el año 2013 tuvo una disminución significativa con respecto a los demás años plasmados en la tabla 6, y aunque la causa no es clara, se puede deducir que los datos tuvieron mayor credibilidad desde el año 2011, cuando se creó el SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA CONDUCTA SUICIDA (SISVECOS), ya que no todas las entidades de salud, habían identificado y por ende implementado dicho sistema, por lo cual muchos de los casos no fueron reportados antes de este periodo.

En total en dichos años se evidenciaron 9300 necropsias por suicidio, de los cuales el periodo que presentó mayor prevalencia es el año 2012 con 1901 casos y el de menor promedio es el año 2013 con 1801.

**TABLA 6. Tasas de suicidio por años en Colombia según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (3) (17) (34) (35) (36)**

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>TASA ANUAL</b>	4.1 (8.9%)	4.10 (8.82%)	4.10 (8.70%)	4.08 (8.55%)	3.84 (7.94%)

**FIGURA 12. Número de casos de suicidio por año según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (3) (17) (34) (35) (36)**



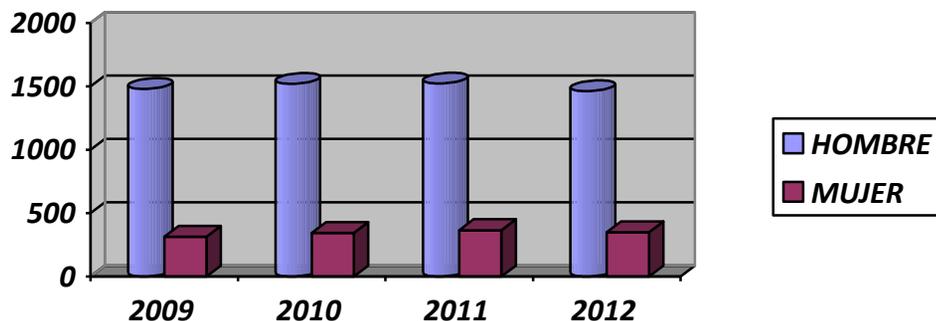
**TABLA 7. Esquema realizado por las investigadoras: Variables analizadas durante los años 2009 a 2013 según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (3) (17) (34) (35) (36)**

VARIABLES	2009	2010	2011	2012	2013
<b>No. Casos /Año</b>	1845	1864	1889	1901	1810
<b>Edad más prevalente</b>					
<b>20- 24</b>	219 hombres 75 mujeres	245 hombres 68 mujeres	246 hombres 68 mujeres	247 hombres 64 mujeres	229 hombres 47 mujeres
<b>25- 29</b>	208 hombres 38 mujeres	239 hombres 44 mujeres	206 hombres 44 mujeres	203 hombres 38 mujeres	177 hombres 38 mujeres
<b>30- 34</b>	153 hombres 31 mujeres	163 hombres 27 mujeres	147 hombres 23 mujeres	156 hombres 28 mujeres	157 hombres 33 mujeres
<b>Casos por sexo</b>					
<b>Hombre</b>	1480	1520	1523	1546	1461
<b>Mujer</b>	315	344	366	355	349

<b>Nivel educativo más frecuente en suicidas</b>	Secundaria: 489 casos  Básica primaria: 480	Básica primaria: 426 hombres/ 66 mujeres.  Secundaria 352 hombres / 101 mujeres	Básica primaria 407hombres/ 82 mujeres.  Secundaria: 383 hombres / 104 mujeres	Básica primaria: 422 hombres/ 83 mujeres.  Secundaria 331 hombres / 72 mujeres	Básica secundaria 372 hombres/ 92 mujeres.  Primaria:359 hombres / 75 mujeres
<b>Método del suicidio</b>					
<b>Método de suicidio en el hombre</b>	Ahorcamiento Proyectil de arma	Ahorcamiento Proyectil de arma	Ahorcamiento Proyectil de arma	Ahorcamiento Proyectil de arma	Ahorcamiento Proyectil de arma
<b>Método de suicidio en la mujer</b>	Intoxicación por agente químico	Intoxicación por agente químico	Intoxicación por agente químico	Intoxicación por agente químico	Intoxicación por agente químico
<b>Día en que más se suicidan</b>	Domingo	Domingo	Domingo	Domingo	Domingo
<b>Mes en que más se suicidan</b>	Junio Diciembre Abril	Julio Enero Junio	Enero mayo julio	Septiembre noviembre Enero	Enero Julio Marzo
<b>Estado civil (casos)</b>					
<b>Soltero</b>	599	599	492	581	537
<b>Unión libre</b>	320	357		316	298
<b>Razón más prevalente del suicidio</b>	Conflicto con pareja o expareja 270 hombres/ 83 mujeres	Conflicto con pareja o expareja 313 hombres /, 91 mujeres	Conflicto con pareja o expareja 155 hombres / 50 mujeres	Conflicto con pareja o expareja 197 hombres/ 42 mujeres	Desconfianza, celos: 195 hombres, 58 mujeres
<b>Departamentos con mayores tasas de suicidio</b>					
<b>Antioquia (casos)</b>	292	312	313	346	329
<b>Bogotá</b>	264	247	277	244	236
<b>Valle del Cauca</b>	190	205	184	188	152

Cundinamarca	117	116	114	172	116
--------------	-----	-----	-----	-----	-----

**FIGURA 13. Distribución de suicidio por género según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (3) (17) (34) (35) (36)**

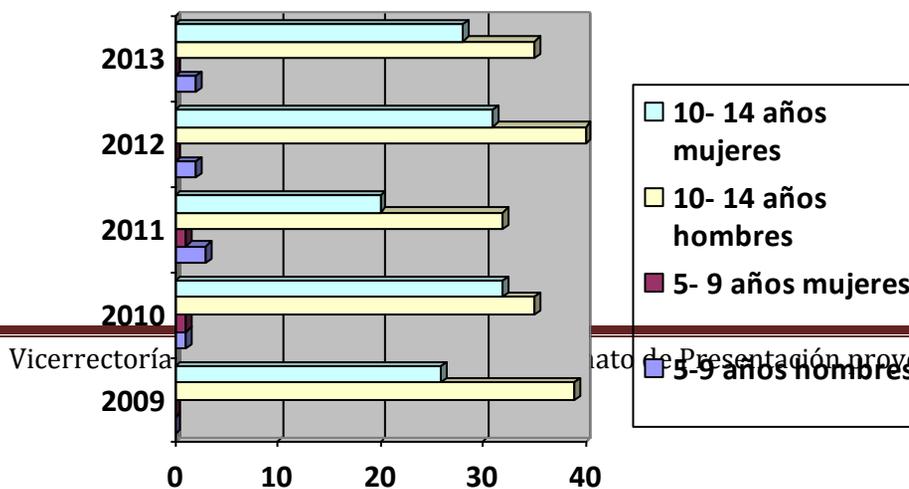


**TABLA 8. Distribución de suicidio por género en Colombia según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (H: HOMBRE, M: MUJER) (3) (17) (34) (35) (36)**

	2009		2010		2011		2012		2013	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<b>Casos</b>	1480	315	1520	344	1523	366	1546	355	1461	349

Como se observa en la tabla 7, 8 y la figura 13, con respecto al género, en Colombia se suicidan más los hombres que las mujeres, siendo una diferencia significativa entre ambos sexos, con una relación 4:1 (hombres: mujeres), ya que los estudios demuestran que son los hombres quienes mayormente ejecutan el suicidio, mientras las mujeres generalmente llevan a cabo el intento suicida.

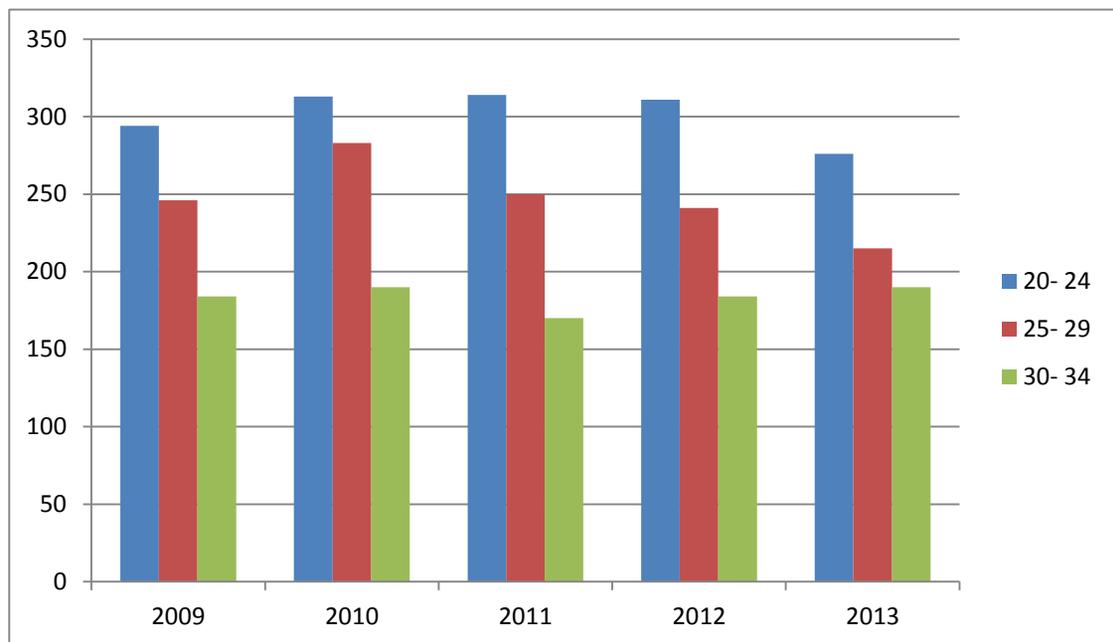
**FIGURA 14. Distribución de suicidio en población más joven (3) (17) (34) (35) (36) (55)**



Al analizar la información se observó que de las personas que se suicidan, la edad promedio está entre los grupos comprendidos entre 15 y 17 años y 20 a 24 años, es decir que **cada año se observa una tendencia al aumento de suicidio en edades cada vez más tempranas con respecto a los adultos mayores, pero a pesar de que la relación normal es 4:1 como se mencionó anteriormente, en las edades más tempranas son las mujeres jóvenes quienes tienen mayor tendencia al intento de suicidio, frente a los hombres jóvenes**, como se observa en la figura 14 y 15.

Se debe tener en cuenta que: “Un historial de maltrato físico, psicológico o sexual puede desencadenar ideaciones suicidas, asimismo, entre los adolescentes, el uso de drogas y alcohol también determina un factor de riesgo y algunos estudios muestran que tal uso puede determinar el paso entre la ideación suicida y el intento de suicidio” (55).

**FIGURA 15. Número de casos por edades en los años 2009 a 2013 (3) (17) (34) (35) (36)**



Los métodos más utilizados para ejecutar el suicidio durante este rango de tiempo, están condicionados según el género; el **ahorcamiento sigue siendo el más**

**utilizado por el género masculino, mientras que la intoxicación por agente químico en el género femenino (tabla 7, anexo 15.3)**, a pesar de que el uso de algunas sustancias tóxicas necesitan una orden o justificación para ser compradas en el mercado y poder acceder a ellas, “lo cual puede ser explicado por el mecanismo escogido por hombres y mujeres, pues éstos escogen formas más letales de quitarse la vida, como ahorcamiento y armas de fuego, mientras que las mujeres se inclinan por mecanismos como la intoxicación” (55).

Es marcada la diferencia entre géneros en la totalidad del periodo evaluado, sin embargo a nivel mundial, es una característica en común con los países desarrollados.

La variable estado civil (tabla 7), indica que en el momento del suicidio en los años estudiados, **los solteros son los que presentaron mayor prevalencia, siendo generalmente a expensas del conflicto de pareja**, el cual genera en la persona una alteración psicológica y aislamiento de tipo social, como se explicó en el marco teórico desde las diferentes perspectivas del ser humano, lo que conlleva a ejecutar dicho acto, principalmente en hombres quienes son los más determinantes a la hora de realizar el suicidio como ya se había mencionado.

Otra variable estudiada es el día en que más se suicidan las personas (tabla 7), **siendo el día domingo en las horas de la tarde, cuando más se lleva a cabo el suicidio**, sin tener una causa aparente de dicha elección.

Finalmente como se observó en la tabla 7, Colombia cuenta con unos departamentos que son los que presentan las mayores tasas de suicidio, a continuación en la tabla 9 y 10, se exponen las tasas por departamentos y municipios de mayor prevalencia de suicidio, con el fin de identificar tendencias significativas durante los años analizados:

**TABLA 9. Esquema elaborado por las investigadoras: Casos de suicidio por departamentos en Colombia según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (3) (17) (34) (35) (36)**

DEPTO.	2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	Tasa	casos	Tasa	casos	Tasa	casos	Tasa	casos	Tasa
Amazonas	1	1.4	-----	-----	5	6.86	2	2.71	5	6.71
Antioquia	292	4.8	312	5.14	313	5.09	346	5.56	329	5.22
Arauca	17	7	13	5.25	14	5.59	21	8.28	13	5.07
Atlántico	56	2.5	63	2.72	62	2.64	85	3.58	78	3.25
Bogotá	254	3.5	247	3.35	277	3.71	244	3.22	236	3.08
Bolívar	46	2.3	50	2.53	49	2.45	48	2.37	55	2.68
Boyacá	45	3.6	74	5.84	50	3.94	48	3.78	55	4.32
Caldas	59	6	53	5.42	54	5.51	36	3.67	42	4.27

Caquetá	18	4.1	4	0.89	5	1.10	7	1.52	9	1.93
Casanare	10	3.1	10	3.07	14	4.22	26	7.69	15	4.36
Cauca	49	3.6	51	3.87	56	4.21	47	3.50	37	2.73
Cesar	50	5.2	41	4.24	42	4.29	39	3.93	49	4.88
Córdoba	31	1.9	24	1.52	38	2.36	39	2.39	34	2.05
Cund.	117	4.8	116	4.68	114	4.53	118	4.61	116	4.46
Chocó	1	0.2	6	1.26	6	1.25	8	1.65	5	1.02
Guainía										
Guaviare	6	5.9	5	4.84	2	1.91	4	3.76	5	4.63
Huila	50	4.7	62	5.72	59	5.38	63	5.67	50	4.44
La Guajira	21	2.7	16	1.95	15	1.77	21	2.40	19	2.11
Magdalena	39	3.3	35	2.91	31	2.56	33	2.70	26	2.10
Meta	31	3.5	45	5.17	45	5.06	46	5.07	57	6.16
Nariño	87	4.8	79	4.82	71	4.28	77	4.58	65	3.82
N. De Santander	87	6.8	65	5.01	79	6.03	54	4.09	59	4.43
Putumayo	10	3.1	12	3.68	18	5.46	21	6.30	20	5.93
Quindío	55	10.1	47	8.55	55	9.95	39	7.02	33	5.90
Risaralda	49	5.3	50	5.40	52	5.59	71	7.59	48	5.10
San Andrés Providencia	1	1.4	2	2.73			1	1.34	1	1.33
Santander	98	4.9	94	4.68	106	5.25	76	3.74	86	4.21
Sucre	31	3.6	24	2.96	26	3.18	37	4.48	35	4.19
Tolima	40	2.8	54	3.89	46	3.30	67	4.80	69	4.93
Valle del cauca	190	4.3	205	4.68	184	4.15	172	3.84	158	3.50
Vaupés			1	2.41						
Vichada	2	3.2	2	3.14	1	1.53	4	5.98		
<b>TOTAL CASOS</b>	1845		1864		1889		1901		1810	

De la anterior tabla, se puede observar que durante 2009 a 2013, el **año 2012 fue el que presentó mayor tasa de suicidio consumado, a expensas principalmente de departamentos como Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca.** Sin embargo, se observa que en todos los años los departamentos que tienen la mayor tasa de suicidio siguen siendo: Antioquia, Bogotá (su alta tasa, hace que se tome como un departamento aparte de Cundinamarca), Cundinamarca, Santander y Valle del Cauca, las cuales son parte de los departamentos más grandes del país, lo cual indica que el número de tasas y de casos son proporcionales a la cantidad de habitantes por departamento.

En Antioquia (departamento líder en tasas de suicidio), el año donde ocurrieron más suicidios, fue en 2012, seguido de 2013 con 329 casos y seguido de Bogotá quien presentó sus mayores tasas el año 2009 y 2011.

**Aun así, llama la atención que departamentos con menor número de población en comparación con los anteriormente mencionados, como son: Atlántico, Bolívar, Boyacá, Cesar, Huila, Nariño y Tolima, mantienen una tasa importante para su población frente a departamentos como: Amazonas,**

Chocó, San Andrés y Providencia, Vaupés y Vichada, donde generalmente el suicidio tiene un tasa baja o nula durante estos años, como se observa en la tabla 10.

**TABLA 10. Esquema elaborado por las investigadoras: Distribución de suicidio por municipios de Colombia según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (3) (17) (34) (35) (36)**

DEPTOS / MUNICIPIOS	2009		2010		2011			
	Casos	Tasa	MUNICIPIOS	casos	Tasa	MUNICIPIOS	casos	Tasa
Amazonas								
- <b>Tarapaca</b>	1	25.3	-----	-----	-----	Leticia	4	10.0
ANTIOQUIA								
- <b>Medellín</b>	125	5.4	Medellín	130	5.5	Medellín	115	4.86
- <b>Bello</b>	18	4.4	Bello	15	3.63	Bello	15	3.56
ARAUCA								
- <b>Arauca</b>	9	11.1	Tame	7	13.94	Saravena	6	13.16
- <b>Tame</b>	4	8.1	Arauca	3	3.65	Arauca	6	7.19
ATLÁNTICO								
- <b>Barranquilla</b>	34	2.9	Barranquilla	37	3.12	Barranquilla	31	2.72
- <b>Soledad</b>	12	2.3	Soledad	11	2.05	Soledad	15	3.36
BOGOTÁ								
BOLÍVAR								
- <b>Cartagena</b>	33	3.5	Cartagena	27	2.86	Cartagena	31	3.24
- <b>Turbaco</b>	3	4.5	Magangué	6	4.88	Arjona	4	5.94
BOYACÁ								
- <b>Tunja</b>	6	3.6	Sogamoso	11	9.52	Tunja	13	7.45
- <b>Paipa</b>	3	10.3	Tunja	11	6.43	Duitama	6	5.41
CALDAS								
- <b>Manizales</b>	31	8	Manizales	32	8.24	Manizales	27	6.92
- <b>Villamaría</b>	5	10	Villamaría	4	7.83	Chinchiná	4	7.65
CAQUETÁ								
- <b>Florencia</b>	10	6.5	Florencia	2	1.27	Florencia	3	1.87
- <b>San Vicente del Caguán</b>	4	6.6	Solita	1	10.93	Solita	1	10.93
CASANARE								
- <b>Aguazul</b>	3	9.3	Yopal	8	6.49	Yopal	4	3.16
- <b>Yopal</b>	3	2.5	Maní	2	17.92	Paz de Ariporo	3	11.17
CAUCA								
- <b>Popayán</b>	15	5.6	Popayán	16	6.02	Popayán	18	6.72
- <b>Argelia</b>	6	23.7	El Tambo	6	12.84	Piendamó	4	10.05
CESAR								
- <b>Valledupar</b>	17	4.3	Valledupar	15	3.72	Valledupar	20	4.84
- <b>Aguachica</b>	9	10.4	Aguachica	9	10.25	Aguachica	6	6.75
CÓRDOBA								
- <b>Montería</b>	16	4	Istmina	2	8.18	Montería	22	5.29
- <b>Lorica</b>	5	4.4	Quibdó	2	1.75	San Antero	3	10.30
CUND.								
- <b>Soacha</b>	16	3.6	Fusagasugá	10	8.23	Soacha	27	5.78
- <b>Fusagasugá</b>	6	5	Soacha	9	1.97	Facatativá	7	5.72
CHOCÓ								
- <b>Bojayá</b>	1	10	-----	-----	-----	Quibdó	5	4.36
GUAINÍA	<b>NO SE PRESENTARON</b>							

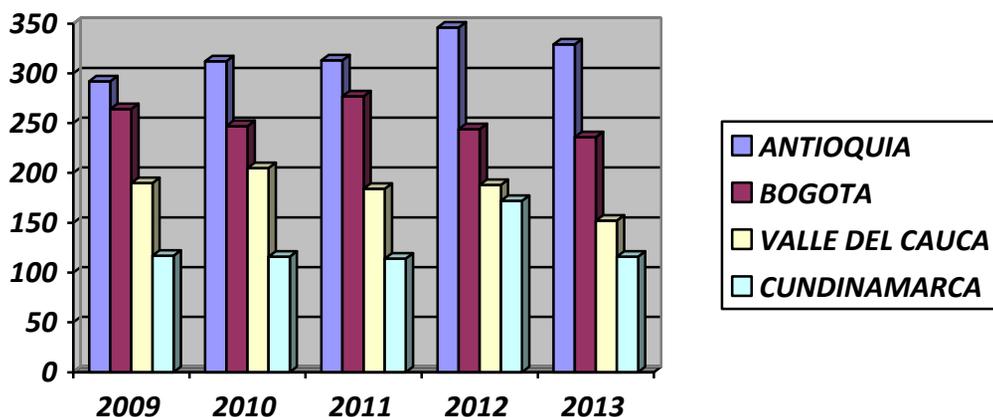
GUAVIARE									
-	<b>San Jose Del Guaviare</b>	5	8.6	San José del Guaviare	3	5.06	San José del Guaviare	2	3.31
-	<b>Miraflores</b>	1	8	Miraflores	1	7.79	-----	-----	-----
HUILA									
-	<b>Neiva</b>	14	4.3	Pitalito	12	10.53	Neiva	13	3.90
-	<b>Pitalito</b>	13	11.6	Neiva	12	3.63	Pitalito	12	10.32
LA GUAJIRA									
-	<b>Riohacha</b>	8	3.9	San Juan del Cesar	6	17.05	Riohacha	6	2.70
-	<b>Maicao</b>	7	5.1	Maicao	3	2.11	Maicao	5	3.44
MAGDALENA									
-	<b>Santa Marta</b>	11	2.5	Santa Marta	16	3.57	Santa Marta	19	4.18
-	<b>El Banco</b>	5	9.1	El Banco	4	7.27	Ciénaga	3	2.90
META									
-	<b>Villavicencio</b>	12	2.9	Villavicencio	24	5.56	Villavicencio	18	4.07
-	<b>El Castillo</b>	2	29.9	Granada	4	7.13	Villavicencio	7	11.15
NARIÑO									
-	Pasto	38	9.4	Pasto	37	8.99	Pasto	35	8.38
-	Ipiales	10	8.3	Ipiales	15	12.16	Ipiales	8	6.33
N. DE									
SANTANDER									
-	<b>Cúcuta</b>	42	6.9	Cúcuta	32	5.18	Cúcuta	28	4.48
-	<b>Ocaña</b>	14	14.9	Convención	4	26.71	Ocaña	13	13.66
PUTUMAYO									
-	<b>Puerto Asís</b>	3	5.2	Villagarzón	2	9.58	Puerto Asís	6	10.35
-	<b>Villagarzón</b>	2	9.6	San Miguel	2	8.33	Villagarzón	3	14.35
QUINDÍO									
-	<b>Armenia</b>	33	11.5	San Miguel	25	8.65	Armenia	22	7.57
-	<b>Quimbaya</b>	4	11.6	Villagarzón	2	9.58	Calarcá	8	10.52
RISARALDA									
-	<b>Pereira</b>	23	5.1	Pereira	22	4.81	Pereira	28	6.09
-	<b>Dosquebradas</b>	9	4.8	Dos Quebradas	11	5.82	Dosquebradas	8	4.19
SAN ANDRÉS									
PROVIDENCIA									
-	<b>San Andrés</b>	1	1.5	Providencia	1	19.85	-----	-----	-----
				San Andrés	1	1.46	-----	-----	-----
SANTANDER									
-	<b>Bucaramanga</b>	26	5	Bucaramanga	30	5.72	Bucaramanga	27	5.14
-	<b>Piedecuesta</b>	8	6.2	Barrancabermeja	8	4.18	Barrancabermeja	17	8.87
SUCRE									
-	<b>Sincelejo</b>	10	4	Sincelejo	11	4.29	Sincelejo	14	5.38
-	<b>Corozal</b>	6	10	Santiago de Tolú	4	13.08	San Marcos	4	7.36
TOLIMA									
-	<b>Ibagué</b>	23	4.4	Ibagué	24	4.56	Ibagué	31	5.83
				Líbano	6	14.50	Honda	2	7.77
VALLE DEL CAUCA									
-	<b>Cali</b>	80	6.6	Cali	93	4.14	Cali	74	3.26
-	<b>Tuluá</b>	14	7.1	Tuluá	16	8.03	Palmira	14	4.72
VAUPÉS									
-	Puerto Carreño	1	7	Mitú	1	3.33	-----	-----	-----
-	Santa Rosalía	1	28.4	-----	-----	-----	-----	-----	-----
VICHADA									

		Puerto Carreño	2	13.77	La Primavera	1	7.52
DEPTOS / MUNICIPIOS	2012			2013			
	MUNICIPIOS	casos	Tasa	MUNICIPIOS	casos	Tasa	
Amazonas	Leticia	2	4.96	Leticia	4	9.83	
				Puerto Arica	1	72.99	
ANTIOQUIA	Medellín	138	5.77	Medellín	124	5.13	
	Bello	17	3.95	Bello	26	5.93	
ARAUCA	Arauca	7	8.26	Saravena	4	8.62	
	Saravena	5	10.87	Araucita	3	7.42	
ATLÁNTICO	Barranquilla	48	4.00	Barranquilla	56	4.64	
	Soledad	17	3.00	Soledad	10	1.72	
BOGOTÁ	<b>SE ESTUDIÓ COMO DEPARTAMENTO EN LA TABLA ANTERIOR</b>						
BOLÍVAR	Cartagena	35	3.62	Cartagena	35	3.58	
	Magangué	4	3.24	Arjona	4	5.72	
BOYACÁ	Tunja	9	5.06	Tunja	9	4.96	
	Duitama	5	4.49	Sogamoso	9	7.88	
CALDAS	Manizales	20	5.11	Manizales	21	5.34	
	La Dorada	6	7.92	Aguadas	3	13.33	
CAQUETÁ	Florencia	5	3.06	Florencia	7	4.21	
	La Dorada	1	4.55	Belén de los Andaquíes	1	8.75	
CASANARE	Yopal	17	13.08	Yopal	7	5.25	
	Aguazul	2	5.67	Nunchia	3	34.33	
CAUCA	Popayán	15	5.55	Popayán	14	5.13	
	Corinto	4	13.03	Santander de Quilichao	5	5.51	
CESAR	Valledupar	19	4.49	Valledupar	24	5.54	
	Aguachica	7	7.78	Aguachica	6	6.60	
CÓRDOBA	Montería	19	4.50	Montería	16	3.73	
	Cereté	3	3.36	Lorica	5	4.29	
CUND.	Soacha	17	3.56	Soacha	26	5.32	
	Zipacquirá	8	6.88	Fusagasugá	9	6.96	
CHOCÓ	Quibdó	3	2.61	Istmina	2	8.00	
	San José del Palmar	2	40.82	Unguía	1	6.66	

GUAVIARE						
	San José Del Guaviare	4	6.52	San José Del Guaviare	4	6.41
				Calamar	1	10.51
HUILA						
	Garzón	18	21.85	Neiva	13	3.85
	Pitalito	9	7.58	Pitalito	9	7.44
LA GUAJIRA						
	Riohacha	7	3.02	Maicao	7	4.62
	Maicao	6	4.04	Riohacha	5	2.08
MAGDALENA						
	Santa Marta	21	4.55	Santa Marta	16	3.41
	Ciénaga	5	4.83	Ciénaga	4	3.85
META						
	Villavicencio	25	5.52	Villavicencio	39	8.42
	Acacias	5	7.78	Puerto López	4	12.29
NARIÑO						
	Pasto	33	7.80	Pasto	35	8.16
	Ipiales	12	9.28	Ipiales	4	3.02
N. DE SANTANDER						
	Cúcuta	24	3.80	Cúcuta	22	3.45
	Ocaña	9	9.38	Ocaña	8	8.27
PUTUMAYO						
	Puerto Asís	8	13.69	Puerto Asís	10	16.96
	Sibundoy	2	14.41	Mocoa	4	9.86
QUINDÍO						
	Armenia	17	5.82	Armenia	15	5.12
	Calarcá	6	7.85	Calarcá	6	7.81
RISARALDA						
	Pereira	37	8.01	Pereira	24	5.16
	Dosquebradas	14	7.25	Santa Rosa de Cabal	6	8.36
SAN ANDRÉS PROVIDENCIA						
				San Andrés	1	1.43
SANTANDER						

	Bucaramanga	24	4.56	Bucaramanga	21	3.99
	Barrancabermeja	8	4.17	Floridablanca	10	3.79
<b>SUCRE</b>						
	Sincelejo	10	3.79	Sincelejo	15	5.61
	Santiago de Tolú	5	15.80	San Luis de Sincé	5	15.13
<b>TOLIMA</b>						
	Ibagué	32	5.95	Ibagué	42	7.74
	Líbano	7	17.07	Espinal	8	10.48
<b>VALLE DEL CAUCA</b>						
	Cali	73	3.18	Cali	64	2.76
	Guadalajara de Buga	13	11.23	Tuluá	15	7.26
<b>VAUPÉS</b>						
<b>VICHADA</b>						
	Puerto Carreño	3	19.98			
	La Primavera	1	7.25			

**FIGURA 16. Distribución de suicidio según departamentos de mayor prevalencia en el periodo entre 2009 y 2013 según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (3) (17) (34) (35) (36)**



En tasas por departamentos se observa que las mayores tasas se encuentran en: Cesar, Caldas, Huila, Meta, Risaralda y Santander, a pesar de no tener la mayor cantidad de habitantes. A continuación, se tomaron únicamente los departamentos

con mayor prevalencia y su ciudad o municipio con mayor prevalencia de suicidio en los diferentes periodos, para denotar a expensas de qué sitios se produce el aumento del suicidio.

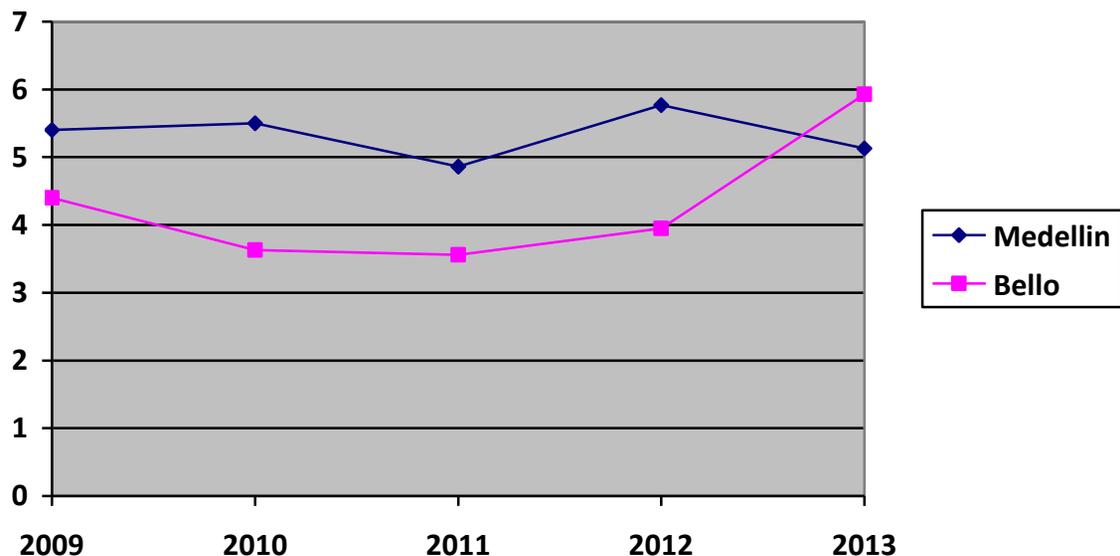
Los departamentos en Colombia con mayor índice de suicidios en el periodo comprendido entre 2009 y 2013 son Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Cundinamarca siendo las variables constantes. Estos departamentos coinciden entre ellos, ya que son los municipios donde hay mayor contaminación ambiental, ruido, tráfico, prisas, contaminación visual y proliferación tecnológica, lo cual podría relacionarse directamente con el nivel de estrés en comparación con ambientes más tranquilos con los que cuentan los pueblos más pequeños e incluso las áreas rurales.

**FIGURA 17, 18, 19 Tasas de suicidio en ciudades capitales con más altas tasas de suicidio (3) (17) (34) (35) (36)**

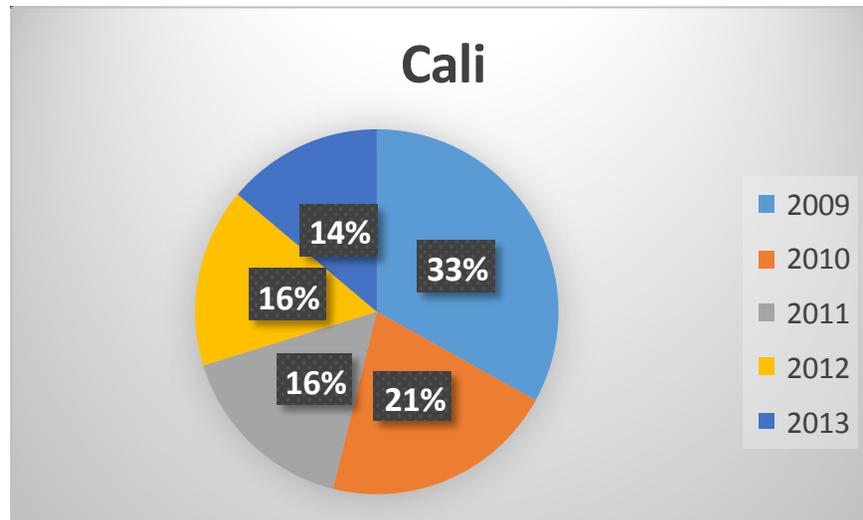
### 17. Antioquia

En Antioquia donde se presentaron mayor tasa o número de suicidios es, Medellín y Bello la primera siempre mostrando superioridad en las estadísticas.

Es visible el aumento notorio de los casos de suicidio en Bello en el año 2012, en contraste con Medellín el cual a partir de este mismo año, empezó un descenso hasta el año 2013, luego de tener las estadísticas más altas durante 2009 a 2012.

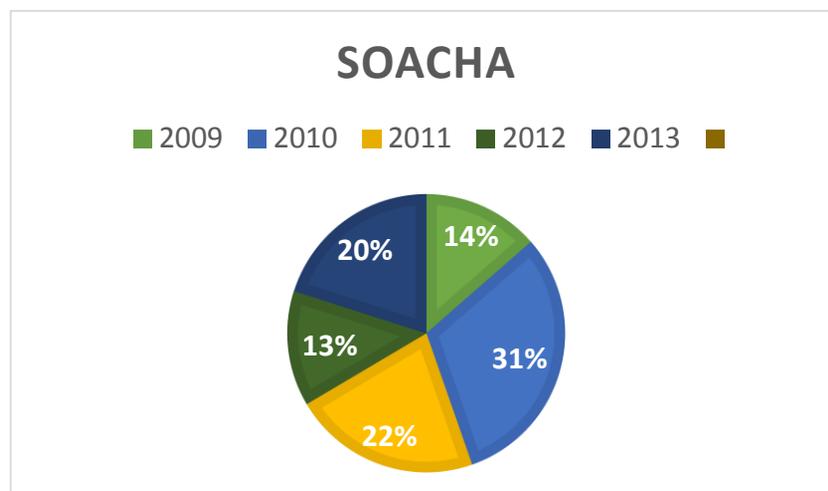


## 18. Valle del cauca



En Cali se observa que el año con más casos de suicidio es el 2009 lo que equivale a un 33% de estos casos entre el 2009 y el 2013, y ha ido disminuyendo paulatinamente, hasta llegar a menos de la mitad en el 2013 con un 14%.

## 19. Cundinamarca



En el departamento de Cundinamarca (sin incluir Bogotá), el municipio que presento mayor prevalencia de suicidios es Soacha, el año donde se presentaron menos casos fue el año 2012 y el de mayor índice es el 2010, donde prácticamente se duplicaba la cifra de suicidios.

## XII. CONCLUSIONES

- En Colombia, el suicidio es una de las cuatro primeras causas de muerte, especialmente en personas entre los 15 y 44 años según la OMS y el informe del año 2013 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, considerándose un problema de salud pública grave.
- El suicidio como problema de salud pública, sigue siendo patología de alto costo social, pero al cual no se le atribuye la importancia necesaria a nivel mundial a pesar de las medidas establecidas para la prevención hasta la fecha.
- Siendo en la población joven, donde se observa un aumento en las tasas de suicidio, Colombia a futuro podría llegar a tener una disminución en dicho grupo etario; traducido en la sociedad como una baja tasa de mano de obra, una baja capacidad reproductiva, una corta esperanza de vida.
- El año 2012, fue el que presentó el mayor número de casos de suicidio, con tendencia al aumento de las cifras especialmente en los departamentos con mayor número de habitantes como: Antioquia, Bogotá, Santander y Valle del Cauca, probablemente debido a la implementación precoz de la detección temprana, o al bajo interés en realizar un excelente seguimiento a los pacientes con algún tipo de comportamiento suicida inicialmente por el sector salud.
- A pesar de que los grandes centros poblados generan el mayor número de muertes por suicidio, no se puede descuidar los lugares más pequeños, que debido a su población pueden tener una tasa más alta de mortalidad por suicidio.
- La poca variación de las estadísticas en cuanto a las tasas de suicidio, probablemente se ven reflejadas por el periodo tan corto que se decidió estudiar.

### **XIII. RECOMENDACIONES**

- A pesar de que realizar estudios que incluyan gran cantidad de países, puede generar sesgos de selección, se recomienda realizar más estudios que valoren la situación a nivel mundial y que permitan no solo evidenciar estadísticas.
- Promover la intersectorialidad como una forma de evitar el suicidio, permitiendo un manejo integral del individuo, una detección precoz y un tratamiento adecuado de la persona especialmente en el área de la salud, iniciando con campañas desde los hospitales de prácticas, hasta lograr políticas en todo el país, en pro de la prevención del suicidio.
- La detección precoz de los personas con antecedentes suicidas, depresivos y en general con trastornos del afecto, podría constituir una forma primordial de prevención.
- Generar educación continuada por parte de las universidades para los estudiantes de medicina y/o médicos generales y especialistas y a todo el personal de salud, quienes deben estar atentos a factores que alerten ante una conducta suicida
- Por parte del gobierno generar capacitación para las familias cuyos miembros presentan algún tipo de conducta suicida (la educación empieza en casa), para detectar o capacitar a la sociedad en general en caso de paciente cercano.
- Generarle a la prevención del suicidio la misma importancia que otros problemas de salud pública, ya que genera un alto costo social debido a una baja creencia cultural y al tabú que existe al hablar de este tema.
- Para estudios a futuro sobre el mismo tema, se recomienda abarcar un rango más amplio de los años estudiados, lo cual permitiría evidenciar mayor variabilidad de los datos y asociarlos a causas específicas de la problemática Colombia

#### XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chacón Veranes, Mariela et al. Tentativa de suicidio en la población mayor de 15 años durante el bienio 2011-2012. MEDISAN [online]. 2013 [citado 01 abril de 2015], vol.17, n.10, pp. 6072-6079. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001000008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001000008&script=sci_arttext)
2. OMS: organización mundial de la salud [online]. ¿Cómo se puede prevenir el suicidio? [citado 01 abr 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/24/es/>
3. Cifuentes Osorio SL. Comportamiento del suicidio, Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. [Online]. 2013 [citado 4 abr 2013]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
4. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Bogotá registra la menor tasa de suicidios de los últimos seis años. [Online].; 5 [citado 2015 Abril 2]. Disponible en: <http://www.bogota.gov.co/content/bogot%C3%A1-registra-la-menor-tasa-de-suicidios-de-los-%C3%BAltimos-seis-a%C3%B1os>.
5. Organización Mundial de la Salud. Gobernanza. [Online]. 2015 [citado 2015 Abril 19]. Disponible en: <http://www.who.int/governance/es/>
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: recursos. [Online]; 2015 [citado 2015 Abril 3]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1).
7. Luque Rogelio, Berrios Germán E. History of Affective Disorders. rev.colomb.psiquiater. [Internet]. 2011 Oct [citado 2015 abril 19] ; 40(Suppl 1 ): 120-146.disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502011000500010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000500010&lng=en).

8. Ghanshyam N Pandey. Biological basis of suicide and suicidal behavior. National institutes of health. Department of Psychiatry, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL, USA [Internet]. 2013. [citado el 01 abril 2015]; Vol 15(5): páginas 524–541. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23773657>
9. Angela Onkay Ho. Suicide: Rationality and Responsibility for Life. The Canadian Journal of Psychiatry [Internet]. 2014 [citado el 01 abril 2015]; Vol 59 (3), páginas: 141- 147. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24881162>
10. Pilar Hernáez Goñi, Javier Tirapu Ustárroz, Lola Iglesias Fernández. Participación del cerebelo en la regulación del afecto, la emoción y la conducta. conducta. Rev Neurol [Internet]. 2010[citado el 01 abril 2015]; Vol 51, páginas: 597-609. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5110/be100597.pdf>
11. Erkki Isometsä. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why?. La Revue canadienne de psychiatrie [Internet]. 2014 [citado el 01 abril 2015]; Vol 59(3), páginas: 120- 130. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24881160>
12. Rogelio Puente D. Personality Factors, Affect, and Autonomy Support as Predictors of Life Satisfaction. Univ. Psychol [Internet]. 2013 [citado el 01 abril 2015]; Vol 12 (1), páginas: 41-53. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672013000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672013000100005&script=sci_arttext)
13. Joan Rosenbaum Asarnow. Improving Care for Depression & Suicide Risk in Adolescents: Innovative Strategies for Bringing Treatments to Community Settings. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2014 [citado el 01 abril 2015]; Vol 10, páginas: 275–303. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24437432>
14. J. John Mann. The Medical Management of Depression. The new england journal of medicine [Internet]. 2005 [citado el 01 abril 2015]; Vol 353, páginas:1819-1834. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra050730>
15. Wayne J. Katon, Elizabeth H.B. Lin. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. NEJM [Internet]. 2010 [citado el 01 abril 2015]; Vol 363, páginas: 2611-2620. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1003955>

16. R.H. Belmaker. Major Depressive Disorder. NEJM [Internet]. 2008 [citado el 01 abril 2015]; Vol 358, páginas: 55-68. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra073096>
17. Cifuentes Osorio SL. Comportamiento del suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. 2012 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 325 – 347. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34861/6+5+suicidio+forensis+2012.pdf/654be518-60d0-4979-b899-f26c83d1bb8c>
18. Zúñiga AB, Sandoval Villegas MA. LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. RDU [Internet]. 2005 [citado el 01 abril 2015]; Vol 6 (11), páginas: 1- 14. Disponible en: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf)
19. Pichot P. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. American Psychiatric Association. 1995 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 323 – 399. Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
20. Rotondo H. Trastornos afectivos. Manual de Psiquiatría. Segunda edición. Capítulo 13. Lima: UNMSM; 1998 [citado el 01 abril 2015]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual\\_psiquiatr%C3%ADa/cap-13.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-13.htm)
21. Rotondo H. Trastornos afectivos. Manual de Psiquiatría. Segunda edición. Capítulo 5. Lima: UNMSM; 1998 [citado el 01 abril 2015]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual\\_psiquiatr%C3%ADa/cap-5.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-5.htm)
22. Moya García C. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Sistema Nacional de Salud. 2013 [citado el 01 abril 2015]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/conducta\\_suicida/completa/documentos/apartado04/factores\\_asociados.pdf](http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/documentos/apartado04/factores_asociados.pdf)
23. Pérez F Andrea L. Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia). Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 2015 agosto 10]; 32( 2 ): 92-102. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2014000200012&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000200012&lng=en).

24. World Health Organization. Asociación internacional para la prevención del suicidio [Internet]. Día mundial para la prevención del suicidio.. Septiembre de 2010[citado 2015 agosto 10]. Disponible en: [https://www.iasp.info/wspd/pdf/2010\\_wspd\\_pdf\\_flyer\\_spanish.pdf](https://www.iasp.info/wspd/pdf/2010_wspd_pdf_flyer_spanish.pdf)
25. Rubio Luz Adriana, Cardona-Duque Deisy Viviana. Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia. *rev.fac.med.* [Internet]. 2014 [citado 2015 01 agosto]; 62(1): 33-39. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112014000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000100005&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n1.43672>.
26. Vargas, J. La dimensión espacial del suicidio y su vínculo con el mercado laboral mexicano (2000-2004). *Rev.Fac.Cienc.Econ.* [Internet]. 2013 [citado 2015 01 agosto]; Vol. XXI (1): 189-216. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v21n1/v21n1a12.pdf>
27. Xin Q, Wenbiao H, Page A, Shilu T. Associations between climate variability, unemployment and suicide in Australia: a multicity study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado Septiembre 11, 2015]; 15(1): 1-12. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c5df9dd8-3ca9-4548-84ae-81e86179ff3d%40sessionmgr114&vid=5&hid=118>
28. Rodríguez R, Jorge; Santander T, Jaime; Aedo S, Alberto y Robert B, Sebastián. Suicidio en el mundo: ¿puede un enfoque evolutivo explicar la relación entre tasas de suicidio y variables asociadas a calidad de vida?. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2014 [citado Septiembre 11, 2015] vol.52, n.4, pp. 241-242. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272014000400002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000400002)
29. Cherre Antón C. La población mundial. *Monografias.com.* [Internet]. 2013 [citado Septiembre 04, 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/poblacion-mundial/poblacion-mundial.shtml>
30. El universal. Mx. Edades y comportamientos. [Internet]. 2011 [citado Septiembre 10, 2015]. Disponible en: [http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs\\_detalle.php?p\\_fecha=2011-09-05&p\\_id\\_blog=47&p\\_id\\_tema=14687](http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs_detalle.php?p_fecha=2011-09-05&p_id_blog=47&p_id_tema=14687)

31. Galindo J. La relación entre crisis y suicidios. Rev. Pol. [Internet]. 2013 [citado Agosto 15, 2015] Disponible en: <http://politikon.es/2013/03/01/suicidios-y-crisis-ii/#>
32. Organización Mundial De La Salud. Suicidio. [Internet]. 2015 [citado Agosto 10, 2015]. Nota descriptiva N° 398. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
33. Organización Mundial de la Salud. Organización panamericana de la salud. [Internet]. Prevención del suicidio, un imperativo global. Oficina regional para las Américas. 20142015 [citado septiembre 10 de 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf)
34. Valenzuela Cortés DM. SUICIDIO. COLOMBIA, 2009, epidemiología del Suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. 2009 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 201 – 233. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34291/7+Suicidio.pdf/0fb719a8-6be8-422c-9151-286493b7f0f7>
35. Chica Urzola HL. La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. 2010 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 201- 234. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34438/6+SUICIDIO.pdf/3904b04a-4a47-40f6-8359-9a4d83709125>
36. Macana Tuta NL. Comportamiento del suicidio en Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. 2011 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 245 – 265. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/6-F-11-Suicidio.pdf/6b2966e7-cbcb-4618-a3c3-af5cd111629e>
37. Dumais A., Lesage AD. ¿Constituye un método violento de suicidio un marcador comportamental de la agresividad experimentada a lo largo de la vida?. Am J Psychiatry [Internet]. 2005 [citado el 01 julio 2015]. Vol 8:9. Disponible en: [http://old.psiquiatria.com/index.html?item\\_type=articulos&item\\_cl=24266](http://old.psiquiatria.com/index.html?item_type=articulos&item_cl=24266)
38. Gibbons RD., Bhaumik DK. Relación entre los índices de prescripción de antidepresivos y los índices de suicidio al inicio de la adolescencia. Am J Psychiatry [Internet]. 2007 [citado el 10 agosto 2015]. Vol 10: 71- 77. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/trastornos\\_infantiles/relacion-entre-los-indices-de-prescripcion-de-antidepresivos-y-los-indices-de-suicidio-al-inicio-de-la-adolescencia/](http://www.psiquiatria.com/trastornos_infantiles/relacion-entre-los-indices-de-prescripcion-de-antidepresivos-y-los-indices-de-suicidio-al-inicio-de-la-adolescencia/)

39. Pianowski G., Oliveira Fernandes S. Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. RCDC [Internet]. 2015 [citado el 10 agosto 2015]. Vol. 32 (1): 81-120. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/5872/6833>
40. Sepúlveda López RI. “Vivir las ideas, idearla vida”: adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los emberá y wounaan de Riosucio, Chocó. Antípoda No. 6 [Internet]. 2008 [citado el 10 agosto 2015]. Disponible en: <http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/101/indexar.php?c=Revista+No+06>
41. Rátiva Osorio JS. Análisis de las noticias sobre suicidio publicadas en un diario local del Quindío, Colombia, entre 2004 y 2011. RCHE [Internet]. 2013 [citado el 24 septiembre 2015]; 51 (2):184-191. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51\\_2\\_13/hie07213.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_2_13/hie07213.htm)
42. Ojeda Rosero DE., Villalobos Galvis FH. Elementos para una política pública desde la percepción del suicidio en Nariño. Revista colombiana de psicología [Internet]. 2011 [citado el 24 septiembre 2015]. Vol. 20: 57-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80419035002>.
43. Quintanilla Montoya R., Sanchez Loyo LM. Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes. Revista colombiana de psicología [Internet]. 2011 [citado el 24 septiembre 2015]. Vol. 20: 167-179. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v20n2/v20n2a02.pdf>
44. Rosselli D. El deseo de muerte y el suicidio en la cultura occidental. Parte 1: la Edad Antigua. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2011 [citado el 24 septiembre 2015]. Vol 40: 145-151. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619286014>
45. Cano Langreo M., Cicirello Salas S. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. Med Segur Trab (Internet). 2014 [citado el 24 septiembre 2015]; 60: 198-218. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2014000100015&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2014000100015&script=sci_arttext)
46. Rueda S. Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados. Medellín - zona noroccidental. Univ. Antioq. [Internet]. 2010 [citado 2015 Sep 24]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30s1/v30s1a14.pdf>

47. Larrotta C., R., Luzardo B., M., Vargas C. Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. Rev. Crim. [Internet]. 2014 [citado 2015 Sep 24]: 56 (1): 83-95. Disponible en: [http://www.policia.gov.co/imagenes\\_ponal/dijin/revista\\_criminalidad/vol56\\_1/5.pdf](http://www.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/vol56_1/5.pdf)
48. Gómez Restrepo C. Intento de suicidio y suicidio. Rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2013 [citado 2015 Sep 24]; 42 (Suppl 1 ): 1-2. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502013000500001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000500001&lng=en)
49. González A, Betancur AR. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. Rev. Colomb. Psiquiat. [Internet]. 2010 [citado 24 de septiembre 2015]. Vol. 39. No. 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a04.pdf>
50. Fernandez R. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Arch. argent. Pediatr. [Internet]. 2010. [citado 24 de septiembre 2015]. Vol. 108, No. 2. Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752010000200006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000200006&lng=es&nrm=iso)
51. Pérez Martínez T., Lorenzo Parra Zurama. Repercusión familiar del comportamiento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2004. [citado 24 septiembre 2015 ] ; 20(5-6):. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000500002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500002&lng=es)
52. El banco mundial. Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de la línea de pobreza nacional (% de la población). . [Internet]. 2015 [citado 24 septiembre 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.NAHC/countries/CO?display=graph>
53. Index mundi. Producto Interno Bruto. [Internet]. 2015 [citado 20 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=co&v=65&l=e>
54. DANE. Proyecciones de población. [Internet]. 2015 [citado 20 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>
55. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. “Quitarse la vida cuando esta aun comienza”. Boletín epidemiológico trimestral. [Internet].

2013. [citado 20 octubre 2015]. Vol. 6, No. 8. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/28521/2+suicidios-jovenes.pdf/136d4b84-821a-430f-befc-57b72b17fb6d>

**56.** La República. Por desempleo y desigualdad, Colombia es el país más estresante de la región. [Internet]. 2013 [citado 20 octubre 2015]. Disponible en: [http://www.larepublica.co/globoeconomia/por-desempleo-y-desigualdad-colombia-es-el-pa%C3%ADs-m%C3%A1s-estresante-de-la-regi%C3%B3n\\_39603](http://www.larepublica.co/globoeconomia/por-desempleo-y-desigualdad-colombia-es-el-pa%C3%ADs-m%C3%A1s-estresante-de-la-regi%C3%B3n_39603)



## XV. ANEXOS

### 15.1 TABLA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NÚMERO	NOMBRE DEL ARTÍCULO	IDEAS PRINCIPALES	CONCLUSIONES DEL ARTÍCULO Y RESULTADOS	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA TIPO VANCOUVER
1	<b>TENTATIVA DE SUICIDIO EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS DURANTE EL BIENIO 2011-2012</b>	Se realizó un estudio descriptivo, de corte retrospectivo y transversal, de 71 pacientes (de 15 años y más) con antecedentes de intento de suicidio, pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente América 2 del municipio de Contramaestre en Santiago de Cuba, durante el bienio 2011-2012, con vistas a determinar el comportamiento de la tentativa de suicidio en ellos.	En la casuística preponderó el sexo femenino, con más frecuencia en el 2011 del grupo etario de 15-19 años (16,5 %) y en el 2012 del grupo de 25-59 años (29,5 %); la procedencia fue mayormente urbana (53,5 %) y, como ocupación de los integrantes, predominaron los estudiantes en el 2011 (15,4 %) y los obreros en el 2012 (21,8 %). Asimismo, el método más empleado para intentar el acto fue la ingestión de psicofármacos, con superioridad en el sexo femenino (45,0 %) y el número de pacientes con intento de suicidio se incrementó en 5 en el 2012, lo cual representó 7,0 % más que el año precedente.	CHACON VERANES, Mariela et al. Tentativa de suicidio en la población mayor de 15 años durante el bienio 2011-2012. MEDISAN [online]. 2013 [citado 01 abril de 2015], vol.17, n.10, pp. 6072-6079. Disponible en: <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001000008&amp;script=sci_arttext">http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001000008&amp;script=sci_arttext</a>
2	<b>¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR EL SUICIDIO?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el acceso a los medios para suicidarse (pesticidas, medicamentos, armas de fuego, etc.);</li> <li>• Tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia;</li> <li>• Seguimiento de los pacientes que han cometido intentos de suicidio;</li> <li>• Fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación;</li> <li>• Formar a los profesionales de la atención primaria de salud.</li> </ul>	<p>Muchos suicidios se producen en una fase de mejoría, cuando la persona tiene la energía y la voluntad para convertir sus pensamientos desesperados en una acción destructiva. No obstante, una persona que alguna vez haya tratado de suicidarse no tiene por qué estar necesariamente siempre en riesgo. Los pensamientos suicidas pueden reaparecer, pero no son permanentes y en muchos casos no vuelven a reproducirse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención del suicidio</li> <li>• Temas de salud: suicidio</li> <li>• Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio</li> </ul>	OMS: organización mundial de la salud [online]. ¿Cómo se puede prevenir el suicidio? [Citado 01 abr 2015]. Disponible en: <a href="http://www.who.int/features/qa/24/es/">http://www.who.int/features/qa/24/es/</a>

3	<b>COMPORTAMIENTO DEL SUICIDIO, COLOMBIA, 2013</b>	El suicidio es la cuarta forma de violencia en nuestro país con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 por cada 100.000 habitantes. En nuestro país por cada mujer se quitan la vida cuatro 4 hombres. El Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVELCE), sistema encargado de recopilar la información relacionada con el ejercicio medicolegal, reportó que en el año 2013 se realizaron 1.810 necropsias cuya manera de muerte fue el suicidio.	El comportamiento del suicidio en Colombia durante la última década no ha presentado una variación significativa en lo concerniente a las tasas; se evidencia una pequeña disminución de la tasa en el año 2013; vemos cómo el suicidio sigue siendo más prevalente en el hombre, en población joven y adultos mayores; como mecanismo causal más frecuente se usa el ahorcamiento en la vivienda, y el mes de enero continúa siendo el de mayor presentación de suicidios. Los esfuerzos del Estado por reducir estas cifras aun no muestran los resultados esperados; si bien el Plan Decenal en Salud Pública 2012-2021 (7) aborda el tema desde la intervención en la población con trastornos mentales, se debe tener en cuenta que esta no es la única causa que conlleva al suicidio. Desde nuestros análisis, se hace necesaria la implementación de sistemas encaminados hacia la prevención que permitan identificar a nivel nacional los casos de conducta suicida e intento suicida como el realizado por el Comité Interinstitucional para el Estudio de la Conducta Suicida (CIECS).	Cifuentes Osorio SL. Comportamiento del suicidio, Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. [Online]. 2013 [citado 4 abr 2013]. Disponible en: <a href="http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FOR-ENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf">http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FOR-ENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf</a>
4	<b>BOGOTÁ REGISTRA LA MENOR TASA DE SUICIDIOS DE LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS</b>	En 2013 se registró en Bogotá la menor tasa de suicidios de los últimos seis años. Bogotá Humana en sus dos (2) primeros años de administración, 2012 y 2013, logró el cumplimiento de la meta distrital del Plan de Gobierno consistente en reducir el suicidio consumado a 3.3 por cada 100.000 habitantes.	Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS de la Secretaría Distrital de Salud, el año 2013 cerró con el registro de la menor tasa de suicidio consumado de los últimos seis (6) años correspondiente a 2,9 por 100.000 habitantes, lo que representa una reducción de 22 suicidios en Bogotá entre los años 2012 (242 casos) y 2013 (220 casos). Estos resultados son posibles gracias a las acciones efectivas del programa “Territorios Saludables” de Bogotá Humana que logra la detección temprana de la ideación suicida que en 2012 registró una tasa de 22.1 por cada 100.000 habitantes, en 2013 la tasa aumentó a 37.6. Frente a la amenaza suicida la tasa en 2012 fue de 3.4 y se incrementó a 4.2 en	Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Bogotá registra la menor tasa de suicidios de los últimos seis años. [Online]; 5 [citado 2015 Abril 2]. Disponible en: <a href="http://www.bogota.gov.co/content/bogot%C3%A1-registra-la-menor-tasa-de-suicidios-de-los-%C3%BAltimos-seis-a%C3%B1os">http://www.bogota.gov.co/content/bogot%C3%A1-registra-la-menor-tasa-de-suicidios-de-los-%C3%BAltimos-seis-a%C3%B1os</a> .

			2013. Por su parte, la tasa del intento suicida en 2012 fue de 25.5 y se incrementó en 2013 a 29.4. Cabe anotar que entre los años 2008 y 2011 no se realizaba la vigilancia de la amenaza suicida.	
5	<b>OMS: GOBERNANZA</b>	La Asamblea Mundial de la Salud es el órgano decisorio supremo de la OMS. Se reúne por lo general en Ginebra todos los años en mayo y asisten a ella delegaciones de los 194 Estados Miembros. Su principal función consiste en determinar las políticas de la Organización.	La Asamblea nombra al Director General, supervisa las políticas financieras de la Organización y examina y aprueba el proyecto de presupuesto por programas. De modo análogo, examina los informes del Consejo Ejecutivo, al que da instrucciones en lo que respecta a los asuntos que pueden requerir la adopción de medidas, un estudio, una investigación o un informe.	Organización Mundial de la Salud. Gobernanza. [Online]. 2015 [citado 2015 Abril 19]. Disponible en: <a href="http://www.who.int/governance/es/">http://www.who.int/governance/es/</a>
6	<b>PREVENCION DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA MÉDICOS GENERALISTAS</b>	Este documento es parte de una serie de instrumentos dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos particularmente relevantes para la prevención del suicidio. Ha sido preparado como parte de SUPRE, la iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio. Estos instrumentos están dirigidos principalmente a los médicos generalistas. Su objetivo es resaltar los trastornos principales y otros factores asociados con el suicidio y proveer información sobre la identificación y el manejo de pacientes suicidas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabla que resume los pasos principales para la valoración y el manejo de pacientes cuando el médico sospecha o identifica un riesgo de suicidio. Riesgo de</li> <li>- SUICIDIO: identificación, valoración y plan de acción</li> </ul>	Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: recursos. [Online]; 2015 [citado 2015 Abril 3]. Disponible en: <a href="http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1">http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1</a> .
7	<b>HISTORIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS</b>	El grupo de los denominados "trastornos afectivos" surge de la convergencia, ocurrida al inicio del siglo XX, de ciertos términos (afecto y sus derivados), conceptos (naciones teóricas sobre las experiencias relacionadas con el estado de ánimo) y conductas (cambios observables en el discurso y la acción). La propia palabra afectivo tiene una dilatada e ilustre historia, y forma parte de una "panoplia" de vocablos como emoción, pasión, sentimiento, ánimo, afecto, distimia, ciclotimia o disforia, que denominan experiencias subjetivas superpuestas con etimología y origen diferentes.	Por una serie de razones históricas e ideológicas, la semiología de la afectividad no alcanzó el mismo desarrollo que las funciones intelectuales. A lo largo del siglo, las nociones predecimonónicas de manía y de melancolía se transformaron en los nuevos conceptos de manía y depresión y se asociaron en los estados combinados (locura alternante, circular, periódica, doble forma). Este proceso culminó con la integración de todos los estados afectivos en la locura maniaco-depresiva de Kraepelin. Finalmente, este concepto extenso se fue fragmentando por los trabajos, entre otros, de Wernicke, Kleist, Leonhard, y culminó en la propuesta de Angst y Perris de separar la depresión unipolar del trastorno bipolar, aceptada desde	Luque Rogelio, Berrios Germán E. History of Affective Disorders. rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2011 Oct [citado 2015 abril 19]; 40( Suppl 1 ): 120-146.disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-74502011000500010&amp;lng=en">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-74502011000500010&amp;lng=en</a> .

			1980 por el DSM-III.	
8	<b>BASES BIOLÓGICAS DEL SUICIDIO Y EL COMPORTAMIENTO SUICIDA.</b>	<p><b>OBJETIVO:</b> El suicidio es un importante problema de salud pública, ya que cada año 30.000 personas mueren por suicidio en los EE.UU. solo. En la población adolescente, es la segunda causa principal de muerte. Ha habido extensos estudios de los factores psicosociales asociados con el suicidio y el comportamiento suicida. Sin embargo, se sabe muy poco acerca de la neurobiología de suicidio. Investigaciones recientes han proporcionado una cierta comprensión de la neurobiología de suicidio, que es el tema de esta revisión.</p> <p><b>MÉTODOS:</b> Neurobiología de suicidio se ha estudiado el uso de los tejidos periféricos tales como plaquetas, linfocitos y fluido cerebrospinal obtenidos a partir de pacientes suicidas o de los cerebros postmortem de las víctimas de suicidio.</p>	<p><b>RESULTADOS:</b> Estos estudios han proporcionado información alentadora en cuanto a la neurobiología del suicidio. Ellos muestran una anomalía del mecanismo serotoninérgico, tales como el aumento de los subtipos de receptores de serotonina y la disminución de metabolitos de serotonina (por ejemplo, ácido 5-hidroxiindolacético). Estos estudios también sugieren anomalías de los mecanismos de señalización del receptor ligado como fosfoinositide y adenililciclasa. Otros sistemas biológicos que parecen estar disregulados en el suicidio involucran el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, y las neurotrofinas y receptores de neurotrofinas. Más recientemente, varios estudios han indicado también alteraciones de las funciones neuroinmunes en el suicidio.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b> Parte de la información alentadora surgió de la presente revisión, principalmente en relación con algunos de los mecanismos neurobiológicos mencionados anteriormente. Se espera que los estudios neurobiológicos puedan eventualmente resultar en la identificación de biomarcadores adecuados para la conducta suicida, así como dianas terapéuticas adecuadas para su tratamiento.</p>	<p>Ghanshyam N Pandey. Biological basis of suicide and suicidal behavior. National institutes of health. Department of Psychiatry, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL, USA [Internet]. 2013. [citado el 01 abril 2015]; Vol 15(5): páginas 524–541. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23773657">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23773657</a></p>
9	<b>SUICIDIO: RACIONALIDAD O RESPONSABILIDAD PARA LA VIDA</b>	<p><b>OBJETIVOS:</b> La muerte por suicidio es ampliamente celebrada como un resultado no deseado. La mayoría de los países occidentales ponen énfasis en la autonomía del paciente, un concepto de la controversia en relación con el suicidio. Este artículo explora las tensiones entre los derechos y muchas sociedades de los pacientes deseo primordial para prevenir el suicidio, al tiempo que aclara la relación entre los trastornos mentales, la capacidad mental y el suicidio racional.</p>	<p><b>RESULTADOS:</b> El comportamiento suicida en una persona no se puede predecir con fiabilidad, sin embargo, diversas asociaciones y organizaciones han desarrollado normas de atención para el manejo de pacientes que exhiben comportamiento suicida. La responsabilidad para la prevención de suicidio tiende a ser colocado en el clínico tratante. En los casos en que una persona es capaz de tomar decisiones de tratamiento - no influenciado por cualquier trastorno mental - existe un</p>	<p>Angela Onkay Ho. Suicide: Rationality and Responsibility for Life. The Canadian Journal of Psychiatry [Internet]. 2014 [citado el 01 abril 2015]; Vol 59 (3), páginas: 141- 147. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24881162">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24881162</a></p>

		<p><b>MÉTODOS:</b> Una búsqueda bibliográfica se realizó utilizando los términos de búsqueda de suicidio y la ética en las bases de datos PubMed y LexisNexis Academic. Títulos y resúmenes de los artículos fueron revisados y considerados relevantes si el papel se dirigió a los temas de suicidio racional, la autonomía del paciente o de los derechos, o la responsabilidad por la vida. Otros artículos fueron encontrados a partir de listas de referencia y por sugerencia de los colaboradores preliminares de este trabajo.</p>	<p>creciente interés en el concepto de suicidio racional.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b> Hay un gran debate acerca de si alguna vez el suicidio puede ser racional. Designar el suicidio como un evento no deseado que nunca debió producirse plantea el debate de quién es responsable de la vida de uno y corre el riesgo de error atribuir la culpa por el suicidio. Mientras que la defensa de los derechos del paciente de la autonomía en la atención psiquiátrica es loable, los casos de las tendencias suicidas ameritan una consideración delicada del juicio clínico, el deber de cuidado y obligaciones legales.</p>	
10	<p><b>PARTICIPACIÓN DEL CEREBELO EN LA REGULACIÓN DEL AFECTO, LA EMOCIÓN Y LA CONDUCTA</b></p>	<p><b>Desarrollo:</b> Se ha realizado un trabajo de revisión, no sistemática, de la bibliografía más relevante sobre la participación del cerebelo en la regulación emocional y conductual. Se han seguido dos líneas de análisis: la primera de ellas ha sido el estudio de los síntomas psicopatológicos o trastornos neuropsiquiátricos que presentan los pacientes que padecen diferentes patologías cerebelosas, desde patologías congénitas, como agenesia del cerebelo, displasia o hipoplasia, a otras enfermedades adquiridas, como tumores de la fosa posterior, cerebelitis o siderosis superficial, y donde se ha visto que cuando el vermis cerebeloso está afectado, los pacientes muestran alteraciones de conducta y de las emociones, así como mayor frecuencia de patología psiquiátrica; y en la segunda hemos analizado la participación del cerebelo en distintos trastornos psicopatológicos en los que se han evidenciado alteraciones en la estructura del cerebelo, que no son universales, pero sí consistentes, ya que implican al vermis cerebeloso.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Aunque el cuerpo de evidencias es creciente, la revisión crítica de la literatura científica nos lleva a reflexionar sobre el desarrollo en el estudio del sustrato cerebral de las funciones cognitivas y la evolución que ha llevado este estudio.</p>	<p>Pilar Hernáez Goñi, Javier Tirapu Ustárroz, Lola Iglesias Fernández. Participación del cerebelo en la regulación del afecto, la emoción y la conducta. Conducta. Rev Neurol [Internet]. 2010[citado el 01 abril 2015]; Vol 51, páginas: 597-609. Disponible en: <a href="http://www.neurologia.com/pdf/Web/5110/be100597.pdf">http://www.neurologia.com/pdf/Web/5110/be100597.pdf</a></p>
11	<p><b>LA CONDUCTA SUICIDA EN LOS TRASTORNOS</b></p>	<p><b>OBJETIVO:</b> Acerca de la mitad a dos tercios de todos los suicidios son por personas que sufren de trastornos del estado de ánimo; prevenir suicidios entre los que sufren de ellos es, pues, fundamental para la</p>	<p><b>RESULTADOS:</b> Riesgo de por vida de suicidio entre los pacientes psiquiátricos con trastornos del estado de ánimo es probable que entre el 5% y el 6%, con la BD, y posiblemente algo mayor</p>	<p>Erkki Isometsä. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why?. La Revue canadienne de psychiatrie [Internet]. 2014</p>

	<b>DEL ESTADO DE ÁNIMO - ¿QUIÉN, CUÁNDO, Y POR QUÉ?</b>	<p>prevención del suicidio. Factores subyacentes del riesgo de suicidio comprensión es necesaria para las decisiones preventivas racionales.</p> <p><b>MÉTODO:</b> La literatura sobre los factores de riesgo de suicidio e intento de entre los sujetos con trastornos depresivos y bipolares (BD) fue revisado.</p>	<p>riesgo que los pacientes con trastorno depresivo mayor. Estudios de autopsia longitudinales y psicológicos indican actos suicidas suelen tener lugar durante los episodios depresivos mayores (MDES) o episodios de enfermedad mixtos. La incidencia de intentos de suicidio es de aproximadamente de 20 a 40 veces, en comparación con eutimia, durante estos episodios, y por lo tanto la duración de estos estados de alto riesgo es un factor determinante del riesgo global.</p> <p><b>CONCLUSIÓN:</b> Entre los sujetos con trastornos del estado de ánimo, actos suicidas generalmente ocurren durante MDEs o episodios mixtos concurrentes con trastornos comórbidos. Sin embargo, los factores de la enfermedad sólo puede explicar en parte el comportamiento suicida. Factores de enfermedad, dificultad para controlar las respuestas impulsivas y agresivas, más predisponente exposiciones y situaciones de la vida temprana como resultado de un proceso de pensamiento suicida, planificación, y actúa.</p>	<p>[citado el 01 abril 2015]; Vol 59(3), páginas: 120- 130. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24881160">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24881160</a></p>
12	<b>PERSONALITY FACTORS, AFFECT, AND AUTONOMY SUPPORT AS PREDICTORS OF LIFE SATISFACTION</b>	<p>Esta investigación examinó los predictores de bienestar subjetivo. Dos estudios fueron llevados a cabo. El primer estudio se administraron cuestionarios de satisfacción de vida, personalidad, afecto, necesidad de satisfacción y auto-construido a 369 estudiantes de secundaria de México. Los resultados mostraron que la extroversión y el neuroticismo tienen un efecto directo sobre el afecto positivo y negativo, respectivamente, y efectos indirectos sobre la satisfacción de vida. Los resultados también revelan que el soporte, definido como la habilidad para percibirse a uno mismo como una fuente del propio comportamiento, se mostró como un predictor significativo y positivo de la satisfacción de vida.</p>	<p>Para abordar algunas limitaciones del estudio I, el estudio II utilizó la Encuesta Mundial de Valores para examinar los efectos del soporte sobre la satisfacción de vida y la satisfacción de dominio entre muestras representativas de México, Argentina y Brazil. Los hallazgos mostraron que el soporte fue un predictor significativo de la satisfacción de vida y satisfacción de dominio en los tres países. Se discuten las implicaciones de los resultados.</p>	<p>Rogelio Puente D. Personality Factors, Affect, and Autonomy Support as Predictors of Life Satisfaction. Univ. Psychol [Internet]. 2013 [citado el 01 abril 2015]; Vol 12 (1), páginas: 41-53. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672013000100005&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672013000100005&amp;script=sci_arttext</a></p>
13	<b>XVI. IMPROVING</b>		<p>Esta revisión demuestra que los modelos de</p>	<p>Joan Rosenbaum Asarnow.</p>

	<b>CARE FOR DEPRESSION AND SUICIDE RISK IN ADOLESCENTS: INNOVATIVE STRATEGIES FOR BRINGING TREATMENTS TO COMMUNITY SETTINGS.</b>	Este artículo revisa la literatura sobre las intervenciones y servicios para la depresión y la prevención del suicidio entre los adolescentes, con los objetivos de la colocación de esta ciencia en el contexto de la actualidad cambiantes entornos de atención de salud y resaltando modelos innovadores para mejorar la salud y la salud mental. Examinamos los desafíos y las oportunidades que ofrecen las nuevas iniciativas y leyes diseñadas para transformar los sistemas de salud y de atención de la salud mental de Estados Unidos; resumir el conocimiento sobre el tratamiento de la depresión y las tendencias suicidas / autolesión en adolescentes; y describir modelos innovadores para la asociación con los sistemas de salud y las comunidades.	tratamiento y estrategias de prestación de servicios están actualmente disponibles para el aumento de la atención basada en la evidencia, sobre todo para la depresión, y concluye con recomendaciones para las iniciativas de investigación y mejora de la calidad futuras encaminadas a inspirar esfuerzos adicionales para poner la ciencia al trabajo, la ciencia del puente y de la comunidad practicar y desarrollar estrategias para asociarnos con las comunidades para mejorar la atención, la salud mental y el bienestar entre los adolescentes.	Improving Care for Depression & Suicide Risk in Adolescents: Innovative Strategies for Bringing Treatments to Community Settings. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2014 [citado el 01 abril 2015]; Vol 10, páginas: 275–303. Disponible en: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24437432">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24437432</a>
14	<b>THE MEDICAL MANAGEMENT OF DEPRESSION</b>	Episodios recurrentes de depresión mayor, que es una enfermedad común y grave, se llaman trastorno depresivo mayor; episodios depresivos que ocurren junto con episodios maníacos se llaman trastorno bipolar. Principales cuentas del trastorno depresivo de 4,4 por ciento de la carga mundial de morbilidad total general, una contribución similar a la de cardiopatía isquémica o enfermedades.1 diarreas	La prevalencia del trastorno depresivo mayor en los Estados Unidos es 5.4 a 8.9 por ciento y del trastorno bipolar, 1,7 al 3,7 por ciento. La depresión mayor afecta al 5 a 13 por ciento de los pacientes ambulatorios médicos, sin embargo, es a menudo sin diagnosticar y sin tratar. Por otra parte, a menudo se subtratado cuando se diagnostica correctamente.	J. John Mann. The Medical Management of Depression. The new england journal of medicine [Internet]. 2005 [citado el 01 abril 2015]; Vol 353, páginas:1819-1834. Disponible en: <a href="http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra050730">http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra050730</a>
15	<b>COLLABORATIVE CARE FOR PATIENTS WITH DEPRESSION AND CHRONIC ILLNESSES</b>	Los pacientes con depresión y la diabetes mal controlada, enfermedad cardíaca coronaria, o ambos tienen un mayor riesgo de resultados adversos y los costos de atención de salud de alta. Hemos llevado a cabo un estudio para determinar si la gestión de la atención coordinada de múltiples condiciones mejora el control de la enfermedad en estos pacientes. <b>MÉTODOS</b> Hemos llevado a cabo un simple ciego, aleatorizado y controlado en 14 clínicas de atención primaria en un sistema de atención integral de salud en el estado de Washington, con la participación de 214 participantes con diabetes mal controlada, enfermedad cardíaca coronaria, o ambos, y la depresión coexistente. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo de atención	<b>RESULTADOS</b> En comparación con los controles, los pacientes del grupo de intervención tuvieron una mayor mejora global de 12 meses a través de los niveles de hemoglobina glicosilada (diferencia, 0,58%), los niveles de colesterol LDL (diferencia, 6,9 mg por decilitro [0,2 mmol por litro]), presión arterial sistólica (de diferencia, 5,1 mm Hg), y el SCL-20 puntuaciones de depresión (diferencia, 0,40 puntos) (p <0,001). <b>CONCLUSIONES</b> En comparación con la atención habitual, una intervención que implica enfermeras que proporcionaron basada directriz, manejo de la	Wayne J. Katon, Elizabeth H.B. Lin. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. NEJM [Internet]. 2010 [citado el 01 abril 2015]; Vol 363, páginas: 2611-2620. Disponible en: <a href="http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1003955">http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1003955</a>

		habitual o al grupo de intervención, en el que una enfermera con supervisión médica, en colaboración con el médico de atención primaria de cada paciente, siempre, la gestión de la atención de colaboración basada en la directriz, con el objetivo de controlar los factores de riesgo asociados con múltiples enfermedades.	depresión y la enfermedad crónica centrada en el paciente mejoró significativamente el control de la enfermedad médica y la depresión.	
16	<b>MAJOR DEPRESSIVE DISORDER</b>	La depresión está relacionada con las emociones normales de tristeza y duelo, pero no remite cuando la causa externa de estas emociones se disipa, y es desproporcionada en relación con su causa. Estados graves clásicos de la depresión a menudo no tienen una causa precipitante externo. Es difícil, sin embargo, para dibujar una clara distinción entre las depresiones con y los que no tienen precipitante psicosocial eventos.	El diagnóstico de trastorno depresivo mayor requiere un cambio distinto del estado de ánimo, que se caracteriza por la tristeza o irritabilidad y acompañado por al menos varios cambios psicofisiológicos, como alteraciones en el sueño, el apetito o deseo sexual; estreñimiento; pérdida de la capacidad de experimentar placer en el trabajo o con los amigos; llorando; pensamientos suicidas; y la desaceleración de la palabra y la acción. Estos cambios deben durar un mínimo de 2 semanas e interfiere considerablemente con las relaciones laborales y familiares. Sobre la base de esta amplia definición, la incidencia de por vida de la depresión en los Estados Unidos es de más de 12% en hombres y 20% en mujeres. <sup>2</sup> Algunos han abogado por una definición mucho más estrecho de la depresión severa, que ellos llaman la melancolía o depresión vitales.	R.H. Belmaker. Major Depressive Disorder. NEJM [Internet]. 2008 [citado el 01 abril 2015]; Vol 358, páginas: 55-68. Disponible en: <a href="http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra073096">http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra073096</a>
17	<b>COMPORTAMIENTO DEL SUICIDIO, COLOMBIA, 2012</b>	El Centro de Referencia Nacional sobre Violencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE), encargado de recopilar la información relacionada con el ejercicio médico-legal, reportó que en el 2012 se practicaron 1.901 necropsias en las cuales la manera de muerte estuvo asociada a lesiones autoinfligidas, 12 casos más que el año anterior, lo que corresponde a un incremento del 0,64 %.	El departamento en que más suicidios se registraron durante el año 2012 fue Antioquia, con 346 casos, que corresponden al 18,2 % del total; la ciudad de Medellín, su capital, tuvo el mayor número de suicidios, 138, que corresponden a 39,88 % del total de casos registrados en el departamento. El análisis de las diferentes variables demuestra que, en nuestro país, por cada mujer se quitan la vida cuatro hombres. El grupo etario predominante es el correspondiente al de los 20 a los 24 años, con el 16,35 % del total de casos	Cifuentes Osorio SL. Comportamiento del suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. 2012 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 325 – 347. Disponible en: <a href="http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34861/6+5+sucidio+forensis+2012.pdf/654be518-60d0-4979-b899-f26c83d1bb8c">http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34861/6+5+sucidio+forensis+2012.pdf/654be518-60d0-4979-b899-f26c83d1bb8c</a>

			conocidos; esto equivale a 15.462 años perdidos de vida potencial. En el grupo comprendido entre los 10 y los 14 años, se presentó un incremento del 0,98 %, con respecto al 2011.	
18	<b>LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO</b>	<p>La depresión es un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La distimia es un trastorno crónico que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes) que se mantiene la mayor parte del día y la mayoría de los días; no es lo suficientemente grave como para considerarse como episodio depresivo.</li> <li>- El trastorno ciclotímico se caracteriza por oscilaciones bruscas de una fase a otra (hipomanía o depresión), en la que cada fase dura días, con ánimo normal poco frecuente.</li> </ul>	El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Cuando hay un trastorno del estado de ánimo, el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta malestar general. Estos trastornos se dividen en bipolares y depresivos.	Zúñiga AB, Sandoval Villegas MA. LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. RDU [Internet]. 2005 [citado el 01 abril 2015]; Vol 6 (11), páginas: 1- 14. Disponible en; <a href="http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf">http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf</a>
19	<b>DSM-IV MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES</b>	El objetivo de la revisión de la literatura ha sido el de proporcionar información amplia y no sesgada, y asegurar que el DSM-IV contenga la mejor literatura clínica y de investigación actualmente disponible. Por esta razón se emplearon búsquedas sistemáticas mediante ordenador y revisiones críticas (realizadas por amplios grupos de consejeros) para asegurar que la literatura era la adecuada y que la interpretación de los resultados estaba justificada	La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (ver capítulo N° 5) ofrece importantes cambios en relación a su predecesor (DSM-III-R), en el área de los trastornos afectivos. Así, incluye una descripción detallada de los episodios (depresión, manía, hipomanía, o mixto); los diversos trastornos afectivos; y las características específicas que describen, ya sea el episodio más reciente o el curso de episodios recurrentes.	Pichot P. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. American Psychiatric Association. 1995 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 323 – 399. Disponible en: <a href="http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf">http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf</a>
20	<b>TRASTORNOS AFECTIVOS</b>	Los trastornos depresivos se dividen, a su vez, en depresivos propiamente dichos, bipolares, y dos que incluyen consideraciones etiológicas como una condición médica previa o inducción por sustancias		Rotondo H. Trastornos afectivos. Manual de Psiquiatría. Segunda edición. Capítulo 13. Lima: UNMSM; 1998 [citado el 01 abril 2015]. Disponible en: <a href="http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiqiatr%C3%ADa/cap-13.htm">http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiqiatr%C3%ADa/cap-13.htm</a>

21	<b>SEMILOGÍA PSIQUIÁTRICA</b>	La semiología, o semiótica, es la parte de la medicina que trata del estudio de los síntomas y signos de las enfermedades; y, la propedéutica es la enseñanza preparatoria a un determinado conocimiento.	Así, pues, en este capítulo y, teniendo en cuenta estos dos principios, no sólo se describirá el síntoma o signo sino que se indicará su forma de exploración y su valor y frecuencia en la clínica psiquiátrica. De otro lado, aunque la vida mental es una unidad, sólo con fines didácticos se la estudia dividida en las llamadas funciones parciales.	Rotondo H. Trastornos afectivos. Manual de Psiquiatría. Segunda edición. Capítulo 5. Lima: UNMSM; 1998 [citado el 01 abril 2015]. Disponible en: <a href="http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-5.htm">http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-5.htm</a>
22	<b>FACTORES ASOCIADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA</b>	La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros (2, 36). La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos.	La Escala de intencionalidad suicida (Suicide Intent Scale, SIS) de Beck cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente y su uso está indicado tras un intento de suicidio. Fue diseñada para valorar aspectos verbales y no verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio (95). Cada uno de sus 15 ítems se valora en una escala de 0 a 2 según la intensidad, de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 30. La primera parte de la SIS (ítems 1-8) se refiere a las circunstancias objetivas que rodean el intento de suicidio (grado de preparación del intento, contexto, precauciones contra el descubrimiento/intervención etc.); la segunda es autoinformada y cubre las percepciones sobre la letalidad del método, expectativas sobre la posibilidad de rescate e intervención, etc. (ítems 9-15).	Moya García C. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Sistema Nacional de Salud. 2013 [citado el 01 abril 2015]. Disponible en: <a href="http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/documentos/apartado04/factores_asociados.pdf">http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/documentos/apartado04/factores_asociados.pdf</a>
23	<b>MUERTES SILENCIADAS: PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN LOS CAMPESINOS DE LA UNIÓN (ANTIOQUIA)</b>	<b>RESUMEN:</b> Durante las últimas dos décadas se han incrementado notoriamente las tasas de suicidio en la población campesina colombiana. <b>OBJETIVO:</b> explicar los componentes sociales que contribuyen a la configuración de conductas suicidas recurrentes en ciertas poblaciones rurales a través de un estudio de caso del municipio de La Unión (Antioquia), cuyas tasas de suicidio han sido bastante elevadas durante ese período, encima de 20 sobre cien mil habitantes, mientras las tasas nacionales oscilan entre 4 y 5.	<b>RESULTADOS Y CONCLUSIÓN:</b> se obtuvieron las siguientes dimensiones sociales que caracterizan el fenómeno estudiado: (a) intensificación del modelo neoliberal que devastó la economía campesina local; (b) agudización del conflicto armado que desestructuró la vida social; (c) vulnerabilidad de los jóvenes campesinos, mayores receptores de las carencias del campo; (d) subjetividades de género que inciden en la conducta suicida de manera inversa: más hombres que se suicidan por más mujeres que lo intentan.	Pérez F Andrea L. Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia). Rev. Fac. Nac. Salud Pública [serial on the Internet]. 2014 Aug [cited 2015 Sep 18]; 32(2): 92-102. Available from: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0120-386X2014000200012&amp;lng=en">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0120-386X2014000200012&amp;lng=en</a> .

		<b>METODOLOGIA:</b> se utilizaron estrategias metodológicas cualitativas y cuantitativas a fin de realizar lecturas integrales de la problemática (datos estadísticos del suicidio en los años 1990-2000, encuestas, entrevistas y etnografía). Se privilegia el análisis sociológico, de entender el suicidio como fenómeno colectivo que depende de ciertas condiciones sociales y apropiaciones subjetivas.		
24	<b>DIA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Balance global de suicidios</li> <li>- Prevención del suicidio: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Restringiendo el acceso a los medios</li> <li>2. Estableciendo programas de prevención en las comunidades</li> <li>3. Estableciendo pautas para reportajes en los medios de comunicación</li> <li>4. Involucrandose directamente con profesionales de primera línea adiestrándolos en “gatekeeping.”</li> </ol> </li> </ul>	- Como participar en el prevención del suicidio	World Health Organization. Asociación internacional para la prevención del suicidio [Internet]. Día mundial para la prevención del suicidio.. Septiembre de 2010[citado 2015 agosto 10]. Disponible en: <a href="https://www.iasp.info/wspd/pdf/2010_wspd_pdf_flyer_spanish.pdf">https://www.iasp.info/wspd/pdf/2010_wspd_pdf_flyer_spanish.pdf</a>
25	<b>RIESGO SUICIDA EN POBLACIÓN CARCELARIA DEL TOLIMA, COLOMBIA</b>	<p><b>Objetivo.</b> Caracterizar el riesgo suicida en población carcelaria masculina del Tolima, Colombia.</p> <p><b>Materiales y métodos.</b> Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. Se tomó una muestra de 122 internos a quienes se les aplicaron dos instrumentos de evaluación: el ISO-30, que mide el riesgo suicida y un cuestionario sociodemográfico.</p>	<p><b>Resultados.</b> Se encontró que el 16,4% de la población presenta un riesgo suicida alto. El 22,2% de los que habían hecho intentos previos de suicidio presentaron un riesgo alto, frente al 15,9% de los que no lo habían hecho. Al revisar el riesgo y la escolaridad, se halló que el nivel de riesgo disminuye al aumentar el nivel educativo; igual situación se encuentra entre los que tienen pareja e hijos, convirtiéndose estas tres variables en posibles factores protectores.</p> <p><b>Conclusiones.</b> Se encontraron niveles de ideación suicida superiores a los hallados en población general. También se identifica una relación directa entre la red social y familiar y la protección frente al riesgo suicida.</p>	Rubio Luz Adriana, Cardona-Duque Deisy Viviana. Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia. rev.fac.med. [Internet]. 2014 [citado 2015 01 agosto]; 62(1): 33-39. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0120-00112014000100005&amp;lng=en">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0120-00112014000100005&amp;lng=en</a> . <a href="http://dx.doi.org/10.15446/revfac.med.v62n1.43672">http://dx.doi.org/10.15446/revfac.med.v62n1.43672</a> .
26	<b>LA DIMENSIÓN ESPACIAL DEL SUICIDIO Y SU VÍNCULO CON EL MERCADO LABORAL</b>	El objetivo principal del trabajo es comprobar si las tasas de suicidio son una respuesta a malas condiciones laborales. Para este propósito, partiendo de una perspectiva espacial, se buscó evidenciar el	El trabajo encuentra que no existen las evidencias estadísticas suficientes para probar que malas condiciones laborales estén provocando un incremento en la incidencia del suicidio. Adicionalmente, se hace visible que	Vargas, J. La dimensión espacial del suicidio y su vínculo con el mercado laboral mexicano (2000-2004). Rev.Fac.Cienc.Econ. [Internet].

	<b>MEXICANO (2000-2004)</b>	comportamiento heterogéneo del fenómeno del suicidio a través del territorio mexicano, verificar la existencia de "regiones" en el espacio de tasas de suicidio y comprobar si las tasas de suicidio son una respuesta a las características económicas, demográficas y sociales de los municipios de la República Mexicana en particular a las laborales.	las cifras nacionales y estatales no reconocen comportamientos regionales importantes.	2013 [citado 2015 01 agosto]; Vol. XXI (1): 189-216. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v21n1/v21n1a12.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/rfce/v21n1/v21n1a12.pdf</a>
27	<b>ASSOCIATIONS BETWEEN CLIMATE VARIABILITY, UNEMPLOYMENT AND SUICIDE IN AUSTRALIA: A MULTICITY STUDY.</b>	Antecedentes: Varios estudios han examinado las asociaciones de suicidio con variables meteorológicas (MVS) y el estatus socioeconómico, pero los resultados son inconsistentes. Este estudio evaluó si VM y el desempleo se asociaron con el suicidio en ocho ciudades capitales de Australia. Métodos: Los datos sobre el suicidio, la población y la tasa de desempleo (UER) entre 1985 y 2005 eran de la Oficina Australiana de Estadísticas. MV fue proporcionado por la Oficina Australiana de Meteorología.	<b>Resultados:</b> Diferencia de temperatura (DT, la diferencia de temperatura media entre el mes actual y el anterior un mes) se asoció positivamente con el suicidio en Sydney, Melbourne, Brisbane y Hobart. También hubo una asociación significativa y positiva entre la UER y el suicidio en Sydney, Melbourne, Brisbane y Perth. MV tenía asociaciones más significativas con el suicidio violento que el del suicidio no violenta. No hubo asociaciones consistentes entre otras MVs y suicidio. Una interacción significativa entre DT y UER sobre el suicidio se encuentra en Sydney, Melbourne y Brisbane, de tal manera que el aumento de la temperatura amplifica la magnitud de la asociación entre la UER y el suicidio.  <b>Conclusiones:</b> DT y UER parecen influir de forma conjunta la ocurrencia de suicidios en las ciudades capitales de Australia. Este hallazgo puede tener implicaciones para el desarrollo de estrategias efectivas de prevención del suicidio.	Xin Q, Wenbiao H, Page A, Shilu T. Associations between climate variability, unemployment and suicide in Australia: a multicity study. BMC Psychiatry [Internet]. 2015 [citado September 11, 2015]; 15(1): 1-12. Disponible en: <a href="http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c5df9dd8-3ca9-4548-84ae-81e86179ff3d%40sessionmgr114&amp;vid=5&amp;hid=118">http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c5df9dd8-3ca9-4548-84ae-81e86179ff3d%40sessionmgr114&amp;vid=5&amp;hid=118</a>
28	<b>SUICIDIO EN EL MUNDO: ¿PUEDE UN ENFOQUE EVOLUTIVO EXPLICAR LA RELACIÓN ENTRE TASAS DE SUICIDIO Y VARIABLES ASOCIADAS A CALIDAD DE VIDA?</b>	<b>Objetivo:</b> Comparar las tasas de suicidio de distintos países publicadas hasta la fecha, con algunos indicadores económicos y de calidad de vida objetivos. <b>Métodos:</b> Se correlacionaron las tasas de suicidio de 82 países publicados por la Organización Mundial de la Salud, con la paridad de poder de compra (PPP) e índice de desarrollo humano (HDI) del año 2008 publicado por el Banco Mundial y las Naciones Unidas respectivamente.	<b>Resultados:</b> Se obtuvo una correlación positiva entre tasas de suicidio con PPP e HDI ( $r = 0,3601$ y $r = 0,366$ respectivamente, $p < 0,01$ ).  <b>Conclusión:</b> La correlación positiva observada, es decir, mientras mejores indicadores económicos y de calidad de vida, habría mayores tasas de suicidio, son en	Rodríguez R, Jorge; Santander T, Jaime; Aedo S, Alberto y Robert B, Sebastián. Suicidio en el mundo: ¿puede un enfoque evolutivo explicar la relación entre tasas de suicidio y variables asociadas a calidad de vida?. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [internet]. 2014 [citado Septiembre 11,

			aparición contradictorios. Proponemos que la comprensión de estos datos desde una perspectiva evolucionaria podría contribuir a un mejor entendimiento de éstos. Sin embargo, son múltiples los factores que podrían estar involucrados en este resultado, por lo que es necesaria mayor investigación para poder entender de mejor manera el fenómeno del suicidio a nivel mundial.	2015] vol.52, n.4, pp. 241-242. Disponible en: <a href="http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0717-92272014000400002">http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0717-92272014000400002</a>
29	<b>LA POBLACIÓN MUNDIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Países más poblados del planeta</li> <li>- Distribución de la población</li> <li>- Estimaciones de la población</li> <li>- Focos de concentración de la población</li> <li>- Análisis económico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>El medio físico.</b> Desde los inicios de la humanidad ha sido un condicionante de las actividades del hombre. Allí donde se ha encontrado los recursos necesarios para vivir, éste se ha instalado; además, abandona siempre los lugares con condiciones climáticas adversas.</li> <li>- <b>El pasado histórico.</b> En la actualidad, el hombre se establece en tierras fértiles donde, desde la antigüedad, se ha concentrado la población y se han desarrollado grandes imperios, como por ejemplo el valle del Nilo.</li> <li>- <b>El desarrollo económico.</b> La población tiende a concentrarse en territorios con recursos y oportunidades para trabajar. Por ello, se producen movimientos migratorios hacia estos puntos o zonas de desarrollo económico, y como resultado se obtienen grandes ciudades, con alta densidad de población.</li> </ul>	Cherre Antón C. La población mundial. Monografias.com. [internet]. 2013 [citado Septiembre 04, 2015]. Disponible en: <a href="http://www.monografias.com/trabajos82/poblacion-mundial/poblacion-mundial.shtml">http://www.monografias.com/trabajos82/poblacion-mundial/poblacion-mundial.shtml</a>
30	<b>EDADES Y COMPORTAMIENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Perfil de edad de población mundial</i></li> <li>- <i>Perfil económico mundial</i></li> <li>- <i>Proporción de la población</i></li> </ul>	- GRAFICAS	El universal. Mx. Edades y comportamientos. [Internet]. 2011 [citado Septiembre 10, 2015]. Disponible en: <a href="http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs_detalle.php?p_fecha=2011-09-05&amp;p_id_blog=47&amp;p_id_tema=14687">http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs_detalle.php?p_fecha=2011-09-05&amp;p_id_blog=47&amp;p_id_tema=14687</a>
31	<b>LA RELACIÓN ENTRE CRISIS Y SUICIDIOS</b>	Efectivamente, como ya comentamos en su momento, existe bastante evidencia apoyando la idea de que el paro tiene un efecto positivo sobre la	Los resultados son menos concluyentes cuando se analizan intentos de suicidio en lugar de suicidios consumados —los primero	Galindo J. La relación entre crisis y suicidios. Rev. Pol. [Internet]. 2013 [citado Agosto

		probabilidad de suicidio de una persona. Sin embargo, esta evidencia no es totalmente concluyente, y algunos estudios no han conseguido encontrar una relación consistente en lugares como Grecia. De hecho, otros estudios apuntan a una relación más general entre deterioro de la situación económica y muertes violentas, no solo suicidios (aunque el énfasis sigue estando en éstos).	son menos visibles y difíciles de cuantificar, y por tanto están mucho menos estudiados—. Por ejemplo, mientras en Grecia se ha hallado un incremento de entre el 17% y el 36% de los intentos de suicidio entre 2009 y 2011, otros estudios clínicos no han encontrado correlación fuerte que no esté mediada por factores de enfermedad mental.	15, 2015] Disponible en: <a href="http://politikon.es/2013/03/01/suicidios-y-crisis-ii/#">http://politikon.es/2013/03/01/suicidios-y-crisis-ii/#</a>
32	<b>SUICIDIO</b>	Anualmente, más de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2012 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.	El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.	Organización Mundial De La Salud. Suicidio. [Internet]. 2015 [citado Agosto 10, 2015]. Nota descriptiva N° 398. Disponible en: <a href="http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/">http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/</a>
33	<b>PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, UN IMPERATIVO GLOBAL.</b>	El objetivo de este informe es priorizar la prevención del suicidio en la agenda global de salud pública, en las políticas públicas y concientizar acerca del suicidio como una cuestión de salud pública. El informe se elaboró mediante un proceso de consulta a nivel mundial y se basa en revisiones sistemáticas de los datos y evidencia científica disponible, junto con aportaciones de asociados y de interesados directos.	En mayo del 2013, la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer Plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se propone reducir un 10%, para el 2020, la tasa de suicidio en los países (1). No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Muchos suicidios se cometen impulsivamente y, en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona.	Valenzuela Cortés DM. SUICIDIO. COLOMBIA, 2009, epidemiología del Suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. 2009 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 201 – 233. Disponible en: <a href="http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34291/7+Suicidio.pdf/0fb719a8-6be8-422c-9151-286493b7f0f7">http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34291/7+Suicidio.pdf/0fb719a8-6be8-422c-9151-286493b7f0f7</a>
34	<b>SUICIDIO. COLOMBIA, 2009 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO.</b>	El suicidio es la cuarta manera de muerte violenta en Colombia. Actualmente se observa que, a pesar de la estabilidad de la tasa desde el año 2006, el número de casos ha tenido un incremento plausible para las acciones que se deben tomar desde las políticas de salud pública.	Para el año 2009 se identificaron 1.845 necropsias médico-legales por manera suicidio; de las cuales 1.653 corresponden a necropsias directas y 192 a necropsias indirectas. Si se comparan en porcentaje con las necropsias realizadas en el 2008, se encuentra un leve aumento en los suicidios ocurridos en zonas de poco alcance	Valenzuela Cortés DM. SUICIDIO. COLOMBIA, 2009, epidemiología del Suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. 2009 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 201 – 233. Disponible en:

			Institucional, es decir, necropsias realizadas por médicos del servicio social obligatorio en zonas rurales (necropsias indirectas) y una leve disminución en suicidios ocurridos en zonas urbanas que fueron cubiertos por médicos adscritos al INMLCF (necropsias directas).	<a href="http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34291/7+Sui cidio.pdf/0fb719a8-6be8-422c-9151-286493b7f0f7">http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34291/7+Sui cidio.pdf/0fb719a8-6be8-422c-9151-286493b7f0f7</a>
35	<b>LA RESPUESTA DE MUCHOS, LA EXPERIENCIA DE LA VIDA: EL SUICIDIO, 2010</b>	Si bien la vida representa un valor innegable no sólo a nivel personal sino también en el entorno familiar y social, las dificultades de sobrellevarla en la actualidad y la descomposición de los fundamentos de la sociedad, han hecho que este valor tenga menor relevancia en algunos instantes de la existencia, llevando a algunas personas a un gesto, un intento o una consumación del fenómeno conocido como suicidio.	De acuerdo con el comportamiento del suicidio en Colombia durante el año 2010, los actos suicidas presentaron una importante participación en los departamentos del Quindío, Boyacá, Huila, Caldas y Risaralda siendo estos los que tienen las tasas más altas de suicidio. Al analizar la población en general se observa como esta violencia auto-infligida afecta más a unos que a otros; es decir, según la distribución por edad, las personas que se encuentran entre los 20 a 34 años, optan más por este camino como un mecanismo de solución de conflictos. No obstante es relevante señalar como este tipo de violencia también se está presentando en menores de 10 años, aun cuando en el 2010 fueran pocos los casos reportados.	<i>Chica Urzola HL. La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. 2010 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 201- 234. Disponible en: <a href="http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34438/6+SUICIDIO.pdf/3904b04a-4a47-40f6-8359-9a4d83709125">http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34438/6+SUICIDIO.pdf/3904b04a-4a47-40f6-8359-9a4d83709125</a></i>
36	<b>COMPORTAMIENTO DEL SUICIDIO EN COLOMBIA, 2011</b>	El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, a través de su sistema de vigilancia epidemiológica –SIVELCE–, recopila la información sobre el ejercicio médico-legal de clínica y patología forense de todo el país, de sus puntos de atención directa (sedes Regionales y Seccionales, y Unidades Básicas) e indirecta (municipios en los cuales los médicos oficiales o médicos en servicio social obligatorio realizan este tipo de pericias).	Para el caso del suicidio como manera de muerte, se encontró que en el año 2011 este fenómeno representó el 7 % de las muertes violentas en Colombia con 1.889 casos y una tasa de 4 suicidios por 100.000 habitantes. Hubo un incremento de 1,3 % (25 casos) con respecto al año anterior. Se encontró que el mayor número de suicidios ocurrió en el grupo etario de 15 a 34 años de edad, con 979 casos; es decir, el 51,8 % de los casos correspondió a la población de adolescentes y adultos jóvenes. Este hallazgo es de gran relevancia ya que denota que en Colombia, durante el 2011, la población más joven fue la que más recurrió a la terminación auto infligida de la vida, fenómeno presente en un tercio de los países del mundo, por lo cual se ha considerado a los jóvenes como el	Macana Tuta NL. Comportamiento del suicidio en Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [Internet]. 2011 [citado el 01 abril 2015]; páginas: 245 – 265. Disponible en: <a href="http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/6-F-11-Suicidio.pdf/6b2966e7-cbcb-4618-a3c3-af5cd111629e">http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/6-F-11-Suicidio.pdf/6b2966e7-cbcb-4618-a3c3-af5cd111629e</a>

			grupo de mayor riesgo.	
37	<b>¿Constituye un método violento de suicidio un marcador comportamental de la agresividad experimentada a lo largo de la vida?</b>	<p>Objetivo: El objetivo principal de este estudio consistió en investigar si el método de suicidio constituye un marcador comportamental válido de una historia de agresividad a lo largo de toda la vida.</p> <p>Método: Los autores utilizaron el método de la autopsia psicológica en la investigación de 310 suicidas. En las entrevistas con los familiares de los fallecidos utilizaron evaluaciones clínicas estructuradas y escalas de rasgos de la personalidad.</p>	<p>Resultados: Los métodos violentos se relacionaron con unos niveles superiores de agresividad a lo largo de la vida y de impulsividad. La utilización de métodos violentos se relacionó, además, con abuso o dependencia de sustancias y trastornos psicóticos a lo largo de la vida. Una vez controlados la edad, el sexo, los trastornos por consumo de sustancias y otros cuadros psicopatológicos graves, los autores comprobaron que la agresividad a lo largo de la vida y la interacción entre impulsividad y conducta agresiva seguían asociados a los métodos de suicidio violentos.</p> <p>Conclusiones: Estos resultados avalan el empleo de un método violento de suicidio como marcador comportamental de un nivel superior de conductas agresivo-impulsivas.</p>	<p>Dumais A., Lesage AD. ¿Constituye un método violento de suicidio un marcador comportamental de la agresividad experimentada a lo largo de la vida?. Am J Psychiatry [Internet]. 2005 [citado el 01 julio 2015]. Vol 8:9. Disponible en: <a href="http://old.psiquiatria.com/index.html?item_type=articulos&amp;item_c l=24266">http://old.psiquiatria.com/index.html?item_type=articulos&amp;item_c l=24266</a></p>
38	<b>Relación entre los índices de prescripción de antidepresivos y los índices de suicidio al inicio de la adolescencia</b>	<p>Este estudio examinó la relación entre el índice de prescripción de antidepresivos y el índice de suicidios en niños de 5-14 años de edad antes de las conclusiones de la FDA analizando las asociaciones por condados en Estados Unidos.</p> <p><b>Método:</b> Se desglosaron los datos sobre el índice de suicidios por condado en el ámbito nacional en niños de 5-14 años por sexo, ingresos y raza durante el período 1996-1998. Los datos sobre el índice de prescripción de antidepresivos por condado en el ámbito nacional se expresaron como el número de comprimidos prescritos por persona. El criterio de valoración principal fue el índice de suicidios en cada condado expresado como el número de suicidios para un tamaño determinado de población.</p>	<p><b>Resultados:</b> Después de ajustar por sexo, raza, ingresos, acceso a la asistencia psiquiátrica y variabilidad de un condado a otro en el índice de suicidio, los índices más elevados de prescripción de ISRS se relacionaron con los índices más bajos de suicidio en niños y adolescentes.</p> <p><b>Conclusiones:</b> El carácter global de estos datos observacionales impide una interpretación casual directa de los resultados. Un mayor número de prescripciones de ISRS se relaciona con índices más bajos de suicidio en niños, lo cual puede reflejar eficacia antidepresiva, cumplimiento del tratamiento, mejor calidad de la asistencia psiquiátrica y menor toxicidad en el caso de una tentativa autolítica por sobredosis.</p>	<p>Gibbons RD., Bhaumik DK. Relación entre los índices de prescripción de antidepresivos y los índices de suicidio al inicio de la adolescencia. Am J Psychiatry [Internet]. 2007 [citado el 10 agosto 2015]. Vol 10: 71- 77. Disponible en: <a href="http://www.psiquiatria.com/trastornos_infantiles/relacion-entre-los-indices-de-prescripcion-de-antidepresivos-y-los-indices-de-suicidio-al-inicio-de-la-adolescencia/">http://www.psiquiatria.com/trastornos_infantiles/relacion-entre-los-indices-de-prescripcion-de-antidepresivos-y-los-indices-de-suicidio-al-inicio-de-la-adolescencia/</a></p>

39	<b>Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas</b>	Revisión en la base ScienceDirect de la literatura sobre ideación, comportamiento y medidas de evaluación del suicidio en los últimos años. Utilizamos las palabras suicide, ideation y scale, y para procesamiento, suicidal ideation, suicide ideation y rating scale, excluyendo estudios que no presentaban el suicidio como enfoque y no utilizaban medidas de evaluación, restringiéndose a 176 artículos.	Los resultados revelaron una muestra preferentemente femenina, con edad económicamente activa y varios niveles de escolaridad. Sobre los objetivos, hubo prevalencia del enfoque del constructo y su relación con otras variables, resaltándose depresión, dolor crónico, desesperanza, pensamiento rumiante e histórico traumático, además del uso de sustancias, apoyo familiar y social, condiciones socioeconómicas, sexualidad y otros.	Pianowski G., Oliveira Fernandes s. Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. RCDC [Internet]. 2015 [citado el 10 agosto 2015]. Vol. 32 (1): 81-120. Disponible en: <a href="http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/5872/6833">http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/5872/6833</a>
40	<b>“ Vivir las ideas, idear la vida”: adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los emberá y wounaan de Riosucio, Chocó</b>	A lo largo del texto, se discute la forma como los emberá y wounaan experimentaron la enfermedad mental, el suicidio y las múltiples terapéuticas que intervinieron en el contexto de 2003 a 2007, teniendo como telón de fondo diversos tipos de violencia.	Se esboza desde un punto de vista etnográfico el panorama suicida de los emberá y wounaan. Con base en esto, se profundizan los aspectos etnosintomatológicos de los suicidas. Así, se presentan las experiencias previas al suicidio de los indígenas, asociadas a patologías psiquiátricas, pero siempre enmarcadas y orientadas por un lenguaje basado en el orden social y la cosmovisión aborígen.	Sepúlveda López RI. “Vivir las ideas, idearla vida”: adversidad, suicidio y flexibilidad en el ethos de los emberá y wounaan de Riosucio, Chocó. Antípoda No. 6 [Internet]. 2008 [citado el 10 agosto 2015]. Disponible en: <a href="http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/101/indexar.php?c=Re vista+No+06">http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/101/indexar.php?c=Re vista+No+06</a>
41	<b>Análisis de las noticias sobre suicidio publicadas en un diario local del Quindío, Colombia, entre 2004 y 2011</b>	<b>Objetivo:</b> identificar si las noticias de suicidio informadas por el periódico La Crónica del Quindío se ajustan a las recomendaciones entregadas por la Organización Mundial de la Salud para divulgar este tipo de sucesos. <b>Métodos:</b> se realizó una investigación de carácter descriptivo cuantitativo y se sistematizaron y analizaron las noticias de suicidio informadas por el diario entre los años 2004 y 2011.	<b>Resultados:</b> en el período estudiado el periódico informó de 283 suicidios, 84 % cometidos por hombres y 46 % entre los 10 y 29 años. En el 42% de los casos apareció la palabra suicidio en la nota y en el 89 % se describió el método. Igualmente, se encontró que en el 48 % aparecía la imagen de la víctima y solo en el 2 % informaban de una línea de ayuda. <b>Conclusión:</b> en general el diario no sigue las recomendaciones de la OMS, cuya conducta constituye un posible factor de riesgo del acto suicida en la región.	Rátiva Osorio JS. Análisis de las noticias sobre suicidio publicadas en un diario local del Quindío, Colombia, entre 2004 y 2011. RCHE [Internet]. 2013 [citado el 24 septiembre 2015]; 51 (2):184-191. Disponible en: <a href="http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_2_13/hie07213.htm">http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_2_13/hie07213.htm</a>
42	<b>Elementos para una Política Pública desde la Percepción del Suicidio en Nariño</b>	Esta investigación pretende plantear los elementos para una política pública basada en la percepción de las comunidades acerca del suicidio en jóvenes del departamento de Nariño (Colombia). Se realizó un estudio cualitativo a partir de grupos focales y entrevistas individuales con diversos sectores	Se destaca la necesidad de implementar políticas sociales integradas dirigidas a fomentar factores protectores como el soporte social, la educación integral y la oferta de actividades para el uso del tiempo, e implementar programas que promuevan	Ojeda Rosero DE., Villalobos Galvis FH. Elementos para una política pública desde la percepción del suicidio en Nariño. Revista colombiana de

		poblacionales en los municipios de Pasto, La Unión, Tumaco e Ipiales. Se analizaron los factores percibidos de protección y de riesgo en los niveles individual, familiar, sociocultural y político, y los resultados se validaron con la población participante.	habilidades y competencias personales, junto con el diseño de estrategias conjuntas para reducir los factores de riesgo	psicología [Internet]. 2011 [citado el 24 septiembre 2015]. Vol. 20: 57-73. Disponible en: <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80419035002">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80419035002</a> .
43	<b>Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes</b>	Este estudio buscó identificar la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento y el grado de consenso cultural manifestado por los adolescentes sobre el intento de suicidio. Fue un estudio cualitativo de listas libres, con un muestreo propositivo no aleatorizado de 27 adolescentes entre 13 y 18 años.	Los resultados evidenciaron un solo modelo semántico. En lo estructural se identificó el problema familiar como una causa importante del intento suicida; las categorías depresión y tristeza se consideraron como signos y síntomas previos a esta tentativa y no como causas. Como estrategias de prevención, se consideró recibir información mediante pláticas o establecer conversaciones sobre los problemas. Este modelo permite proponer estrategias de prevención que privilegien el núcleo familiar.	Quintanilla Montoya R., Sanchez Loyo LM. Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes. Revista colombiana de psicología [Internet]. 2011 [citado el 24 septiembre 2015]. Vol. 20: 167-179. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/s/v20n2/v20n2a02.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/s/v20n2/v20n2a02.pdf</a>
44	<b>El deseo de muerte y el suicidio en la cultura Occidental. Parte 1: la Edad Antigua</b>	No era raro el suicidio en la antigua Grecia o en el Imperio Romano, según se desprende de los textos de Heródoto o las Vidas paralelas, de Plutarco. Los mitos griegos, los poemas homéricos y las tragedias de Sófocles y de Eurípides nos ilustran también sobre las prácticas suicidas, las ideas de muerte y las actitudes sociales hacia la muerte por la propia mano.	Este trabajo pretende explorar estos temas y hacer un recuento de los más reconocidos suicidas de la Edad Antigua.	Rosselli D. El deseo de muerte y el suicidio en la cultura occidental. Parte 1: la Edad Antigua. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2011 [citado el 24 septiembre 2015]. Vol 40: 145-151. Disponible en: <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619286014">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619286014</a>
45	<b>Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario</b>	<b>Objetivos:</b> Describir la situación actual del suicidio en el personal sanitario y evaluar las características demográficas, factores laborales relacionados con ideación suicida y tendencias de acuerdo a la localización geográfica y además compararlas con la población general u otras profesiones.  <b>Método:</b> Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, en dos fases: búsqueda/selección de artículos y evaluación de 20 estudios seleccionados.	<b>Resultados:</b> El personal sanitario tiene mayor riesgo de suicidio comparado con la población general y otras profesiones. Se evidenció mayor riesgo en los sectores de enfermería, farmacéutico, odontología y medicina. Las especialidades médicas con mayor riesgo son anestesiología y psiquiatría. La tasa de suicidio es mayor en mujeres. Se objetiva mayor riesgo en grupos de mayor edad. En cuanto los métodos más utilizados en EEUU son las armas de fuego, mientras que en otros países es la sobredosis de drogas. <b>Conclusiones:</b> Existen diferencias demográficas en las características del suicidio de acuerdo a diferentes poblaciones	Cano Langreo M., Cicirello Salas S. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. Med Segur Trab (Internet). 2014 [citado el 24 septiembre 2015]; 60: 198-218. Disponible en: <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2014000100015&amp;script=sci_arttext">http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2014000100015&amp;script=sci_arttext</a>

			estudiadas. Los métodos empleados en médicos por países son diferentes, que posiblemente se deban a la influencia cultural de cada país. Se han encontrado factores asociados entre riesgo e ideación suicida. Sería importante trabajar en ellos para elaborar estrategias de prevención en esta población.	
46	<b>Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados. Medellín - zona noroccidental, 2010</b>	<b>Objetivo general:</b> Determinar el perfil de riesgo de orientación suicida con los indicadores de salud mental: depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas, en adolescentes que cursan básica secundaria y media vocacional en instituciones educativas públicas y privadas del municipio Medellín - zona noroccidental, año 2010.	<b>RESULTADOS</b> - Aunque las tasas de suicidio en las personas mayores se han reducido en muchos países, se ha observado una tendencia al aumento entre los jóvenes, particularmente entre los hombres, y unas altas tasas de ideación e intentos de suicidio entre las mujeres. - En el año 2003, se observó cómo preocupante que dos de cada cinco colombianos han presentado algún trastorno de salud mental por lo menos una vez en su vida; el momento más frecuente de aparición de los mismos es entre los 14 y los 27 años.	Rueda S. Perfil de orientación al suicidio según indicadores de salud mental en adolescentes escolarizados. Medellín - zona noroccidental. Univ. Antioq. [Internet]. 2010 [citado 2015 Sep 24]. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/rfns/v30s1/v30s1a14.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/rfns/v30s1/v30s1a14.pdf</a>
47	<b>Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia</b>	<b>Objetivo.</b> El estudio, de tipo descriptivo correlacional, buscó establecer cuáles de las variables de tiempo, modo y lugar, propias del contexto penitenciario y carcelario, aparecen con mayor frecuencia en 60 internos que se vieron involucrados con pensamientos de suicidio, intento de suicidio y suicidio consumado, en las cárceles y penitenciarías adscritas al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia (INPEC), durante el primer trimestre del 2013.	<b>Resultados.</b> A través de un formato de uso exclusivo del INPEC y mediante el software estadístico "Statisticals Package for the Social Sciences" (SPSS), se obtuvo que el intento de suicidio, con un 76,7 %, es la conducta que con mayor frecuencia se presenta. Asimismo, a través de la prueba de chi-cuadrado de Pearson (X <sup>2</sup> ) se estableció la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre el tipo de conducta suicida y el género, el género y el método utilizado, el lugar del acontecimiento y el tipo de conducta suicida. <b>Conclusiones.</b> La etapa inicial del encarcelamiento es el lapso de mayor riesgo (uno a cinco meses) en la aparición del intento suicida (41,7 %), lo que podría explicarse a partir del desajuste afectivo y emocional que fragmenta la vida habitual del interno, en cuanto a sus relaciones interpersonales e	Larrotta C., R., Luzardo B., M., Vargas C. Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. Rev. Crim. [Internet]. 2014 [citado 2015 Sep 24]: 56 (1): 83-95. Disponible en: <a href="http://www.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/vol56_1/5.pdf">http://www.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/vol56_1/5.pdf</a>

			intrapersonales, donde hay ausencia de comunicación positiva, y se evidencia el estrés moral y la tensión psicológica (OMS, 2000).	
48	<b>Intento de suicidio y suicidio</b>	Albert Camus, en El mito de Sísifo, llama la atención sobre el absurdo de la vida e introduce grandes interrogantes para entender el suicidio. Este comportamiento —difícil de explicar y comprender por parte de quienes continuamos vivos— es quizás una de las problemáticas más relevantes en la psiquiatría y en otras disciplinas.	Este suplemento de la Revista Colombiana de Psiquiatría, que surge como respuesta a esta problemática, pretende proveer algunas respuestas al sinnúmero de aristas que tienen el intento de suicidio y el suicidio en nuestro medio. Así, se busca dar un paso hacia la comprensión de un fenómeno que en la mayoría de los casos permanece en el silencio.	Gómez Restrepo C. Intento de suicidio y suicidio. Rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2013 [citado 2015 Sep 24]; 42 (Suppl 1 ): 1-2. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-74502013000500001&amp;lng=en">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-74502013000500001&amp;lng=en</a> .
49	<b>Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica</b>	<b>Objetivo:</b> Identificar diferencias en las características sociodemográficas y clínicas entre hombres y mujeres suicidas en una muestra de Antioquia (Colombia). <b>Método:</b> Se estudiaron mediante autopsia psicológica 144 sujetos que se habían suicidado entre 2006 y 2007. Se determinaron las diferencias entre suicidas por sexos y las características que se asociaron de manera independiente con ser hombre o mujer.	<b>Resultados:</b> Se identificaron diferencias significativas independientes del sexo. La manera de muerte con arma de fuego, vivir solo y suicidio bajo efectos del alcohol se asociaron con el sexo masculino; mientras, el suicidio en casa y dejar una nota previa se asociaron con el sexo femenino. <b>Conclusiones:</b> El presente estudio, realizado en población antioqueña, identificó diferencias en variables sociodemográficas, clínicas y características del acto suicida entre hombres y mujeres. A pesar de las limitaciones, los presentes hallazgos apuntan hacia la posibilidad de realizar intervenciones de salud mental de prevención del suicidio de mayor especificidad teniendo en cuenta el sexo de la población.	González A, Betancur AR. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. Rev. Colomb. Psiquiat. [Internet]. 2010 [citado 24 de septiembre 2015]. Vol. 39. No. 2. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a04.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a04.pdf</a>
50	<b>Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes</b>	Las conductas suicidas en niños y adolescentes se asociaban hasta hace poco con trastornos psicopatológicos de menor gravedad, como los trastornos reactivos. En las últimas décadas, según referencias internacionales, se observa un agravamiento de los trastornos psicopatológicos que se asocian a los intentos de suicidio en niños y adolescentes. <b>Objetivo.</b> Describir la frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento que presentan los niños y adolescentes con intentos de suicidio e	<b>Resultados.</b> El método de autoagresión más utilizado fue la ingesta de psicofármacos ( $p < 0,0001$ ) y los antecedentes psicopatológicos previos más prevalentes fueron los intentos de suicidio previos y el trastorno de conducta disocial ( $p < 0,0001$ ) en los niños y adolescentes hospitalizados por intentos de suicidio. Las patologías más frecuentes en los intentos de suicidio fueron la depresión (29,27%) y el trastorno de conducta disocial (24,39%).	Fernandez R. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2010. [citado 24 de septiembre 2015]. Vol. 108, No. 2. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.ar/scielo">http://www.scielo.org.ar/scielo</a> .

		identificar el método de autoagresión utilizado y los antecedentes psicopatológicos previos.	<b>Conclusiones.</b> Los niños y adolescentes con intento de suicidio presentaron antecedentes psicopatológicos previos y trastornos mentales de importancia, como depresión y trastorno de conducta disocial, que requieren tratamientos y seguimientos sanitarios oportunos para evitar consecuencias de mayor gravedad. El método más utilizado para el intento de suicidio fue la ingesta de psicofármacos.	php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000200006&lng=es&nrm=iso>
51	<b>Repercusión familiar del comportamiento suicida</b>	se realizó un estudio descriptivo, transversal en 34 familias en las que aconteció un comportamiento suicida durante los años 2001-2003. el sentido de la repercusión del comportamiento suicida resultó mayoritariamente desfavorable para la salud en el 82,4 % de los grupos familiares, con un predominio negativo en todas sus áreas. las 2 familias donde aconteció un suicidio consumado, calificaron la repercusión familiar global como severa, se precisó que con excepción del área socioeconómica que mostró una afectación moderada, las 3 áreas restantes tuvieron una afectación severa.	Se puede concluir que se encontró un determinado grado de repercusión entre los miembros de las familias donde se produjeron suicidios o intento de suicidio. Se demostró un grado de afectación severo en las áreas de la RFG en aquellas familias que sufrieron suicidio consumado con excepción del área socioeconómica que fue la menos afectada. En los núcleos familiares donde aconteció un intento suicida las áreas que conforman la RFG (repercusión familiar global), que mostraron mayor afectación fueron: la sociopsicológica seguida del área de funcionamientos familiar persistiendo el área socioeconómica como la menos afectada. En general el sentido de la repercusión del comportamiento suicida fue mayoritariamente desfavorable para la salud de los núcleos familiares con predominio negativo en todas sus áreas.	Pérez Martínez T., Lorenzo Parra Zurama. Repercusión familiar del comportamiento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2004. [citado 24 septiembre 2015] ; 20(5-6): . Disponible en: <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0864-21252004000500002&amp;lng=es">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0864-21252004000500002&amp;lng=es</a> .
52	<b>Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de la línea de pobreza nacional (% de la población)</b>	La tasa de pobreza nacional es el porcentaje de personas que vive debajo de la línea de pobreza nacional. Las estimaciones nacionales se basan en estimaciones de subgrupos ponderados según la población, obtenidas a partir de encuestas de los hogares.	Tablas de indicadores mundiales.	Banco mundial. Tasa de incidencia de la pobreza, sobre la base de la línea de pobreza nacional (% de la población). [Internet]. 2015 [citado 20 octubre 2015]. Disponible en: <a href="http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.NAHC/countries/CO?display=graph">http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.NAHC/countries/CO?display=graph</a>
53	<b>Producto interno bruto</b>	Índices y gráficos de pobreza por años.	Tasa de incidencia de la pobreza sobre la línea base de la pobreza nacional (% de la población)	Index mundi. Producto Interno Bruto. [Internet]. 2015 [citado 20 octubre 2015]. Disponible en:

				<a href="http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=co&amp;v=65&amp;l=es">http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=co&amp;v=65&amp;l=es</a>
54	<b>Proyecciones de población.</b>	Esta sección contiene los documentos técnicos sobre las proyecciones por el método de los componentes a nivel Nacional y Departamental por sexo y edad del período 2005-2020.	Estas proyecciones fueron realizadas tomando como base los resultados ajustados de población del Censo 2005 y la conciliación censal 1985 - 2005; así como los análisis sobre el comportamiento de las variables determinantes de la evolución demográfica, las hipótesis y algunos comentarios sobre sus resultados.	DANE. Proyecciones de población. [Internet]. 2015 [citado 20 octubre 2015]. Disponible en: <a href="http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion">http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion</a>
55	<b>“Quitarse la vida cuando esta aun comienza”.</b>	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se suicidan cerca de un millón de personas con una tasa global de 16 por 100.000 habitantes. Afirma la misma organización que en los últimos 45 años la tasa de suicidios se ha incrementado en un 60%, siendo en algunos países la segunda causa de muerte en personas entre los 14 y 55 años, y en otros países la segunda entre aquellos en edades entre los 10 y 24 años.	Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) la tasa general de suicidios en Colombia en los últimos 5 años se ha mantenido entre 4 y 4.1, mientras que aquella de menores entre 5 y 18 años pasó de 1.57 en el 2008 a 1,75 en el 2012, lo que en casos representa 18 casos más, una cifra lo suficientemente alta como para empezar a indagar qué está sucediendo para que más jóvenes decidan quitarse la vida.	Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. “Quitarse la vida cuando esta aun comienza”. Boletín epidemiológico trimestral. [Internet]. 2013. [citado 20 octubre 2015]. Vol. 6, No. 8. Disponible en: <a href="http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/28521/2+suicidios-jovenes.pdf/136d4b84-821a-430f-befc-57b72b17fb6d">http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/28521/2+suicidios-jovenes.pdf/136d4b84-821a-430f-befc-57b72b17fb6d</a>
56	<b>Por desempleo y desigualdad, Colombia es el país más estresante de la región.</b>	Entre 74 países, Colombia ocupó el sexto lugar en función del puntaje que arrojó la medición de 7 indicadores entre los que están la tasa de homicidios, la percepción del nivel de corrupción y la tasa de desempleo.	Colombia fue considerado un país mucho más estresante para vivir debido a tres razones fundamentales. Una, su tasa de desempleo es la más alta de Latinoamérica (10,3%), situándose en el puesto 24 por debajo de países europeos como España y Grecia, cuyos indicadores alcanzan el 27%. Además está por encima de países mucho más densos demográficamente como México, con 4,8%. En segundo lugar, la tasa de homicidio de Colombia por cada 100.000 habitantes es alta (31,4) respecto a los otros países de la región.	La República. Por desempleo y desigualdad, Colombia es el país más estresante de la región. [Internet]. 2013 [citado 20 octubre 2015]. Disponible en: <a href="http://www.larepublica.co/globo/economia/por-desempleo-y-desigualdad-colombia-es-el-pa%C3%ADs-m%C3%A1s-estresante-de-la-regi%C3%B3n_39603">http://www.larepublica.co/globo/economia/por-desempleo-y-desigualdad-colombia-es-el-pa%C3%ADs-m%C3%A1s-estresante-de-la-regi%C3%B3n_39603</a>

			<p>Sin embargo, Venezuela supera al país con 45,1. En tercer lugar, aunque la mayoría de países latinoamericanos como Bolivia, Chile o Brasil registraron índices altos, Colombia se ubicó en el segundo lugar entre los países donde hay mayor desigualdad en los ingresos en el mundo.</p>	
--	--	--	--	--

## 15.2 VARIABLES ANALIZADAS

VARIABLE	CLASIFICACIÓN
1, PRINCIPALES DEPARTAMENTOS CON ALTAS TASAS DE SUICIDIO	CUALITATIVAS
2, CUIDADES CAPITALES CON MAYOR NÚMERO DE CASOS	CUALITATIVAS
3. GRUPO ETARIO	CUANTITATIVA
4. NIVEL ESCOLAR	CUALITATIVAS
5. ESTADO CIVIL	CUALITATIVAS
6, MECANISMO CAUSAL	CUALITATIVAS
7, RAZÓN MÁS PREVALENTE	CUALITATIVAS
8, LUGAR DONDE MÁS FRECUENTEMENTE SE REALIZA	CUALITATIVAS
9, AÑO	CUANTITATIVA
10. SEXO	CUALITATIVAS

VARIABLE
1, PRINCIPALES DEPARTAMENTOS CON ALTAS TASAS DE SUICIDIO
2, CUIDADES CAPITALES CON MAYOR NÚMERO DE CASOS
3. GRUPO ETARIO
4. NIVEL ESCOLAR
5. ESTADO CIVIL
6, MECANISMO CAUSAL
7, RAZÓN MÁS PREVALENTE
8, LUGAR DONDE MÁS FRECUENTEMENTE SE REALIZA
9, AÑO
10. SEXO

DESCRIPCIÓN OPERATIVA
Departamentos donde más suicidios se registran en Colombia
Ciudades principales donde más suicidios se registran en Colombia
Rangos de edades donde más se suicidan los Colombianos
Grado de formación escolar y laboral en el que más se suicidan las personas
Estado de convivencia actual de las personas que se suicidan
Forma en que se llevó a cabo el suicidio
Causa más frecuente de suicidio en los Colombianos
Zona urbana/ rural donde más frecuentemente se suicidan los Colombianos
Año analizado dentro del estudio
Género de personas incluidas en las estadísticas Colombianas de suicidio

### **15.3 TABLA DE DATOS POR AÑOS 2009 A 2013**



