

Artículo Original

# CONDUCTA SUICIDA EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA 2011-2012

Pablo Andrés Martínez Silva<sup>1</sup>, Carolina del Pilar Villalba Toquica<sup>2</sup>, Luis Eduardo Oliveros Pasión<sup>3</sup>

*1 Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Sanitas. Director Grupo de Investigación Gestión en Salud.*

*2 Unidad de Epidemiología y Salud Pública, Clínica Universitaria Colombia. Investigadora Grupo de Investigación Gestión en Salud.*

*3 Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Sanitas. Auxiliar de Investigación Grupo de Investigación Gestión en Salud.*

## RESUMEN

**Introducción:** la conducta suicida constituye un problema global de salud mental y salud pública. La vigilancia epidemiológica de este evento puede llevar a la identificación de factores que permitan su prevención.

**Objetivo:** describir el comportamiento de la conducta suicida (intento de suicidio y suicidio consumado), en la Clínica Universitaria Colombia, durante 2011 y 2012. **Metodología:** estudio descriptivo retrospectivo utilizando datos procedentes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida de la Clínica Universitaria Colombia. Consolidación en base de datos en Excel y análisis univariado en Stata 12. **Resultados:** para 2011 se presentaron 31 intentos de suicidio, predominantemente del género femenino en edad productiva, asociados a dificultades en relaciones de pareja y trastornos mentales del tipo afectivo. Para 2012 se presentaron 116, con características semejantes a las del año anterior. Para ambos años se presentó un evento con desenlace fatal-suicidio consumado. **Conclusiones:** en la Clínica Universitaria Colombia (Bogotá-Colombia) se observa un comportamiento de las conductas suicidas semejante a lo reportado en la literatura. Sin embargo, llama la atención el papel que tienen los intentos de suicidio asociados a trastornos mentales de diferentes tipos, lo que hace necesario implementar acciones de mejora en los programas y modelos de cuidado en salud mental.

**Palabras clave:** Suicidio, conducta suicida, intento de suicidio, suicidio consumado.

Correspondencia: pamartinez@unisanitas.edu.co

Fecha de recepción: 21 de marzo del 2014

Fecha de aceptación: 28 de Abril de 2014

## SUICIDAL BEHAVIOR AT THE CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA 2011-2012

### ABSTRACT

**Introduction:** suicidal behavior represents a global Mental Health and Public Health concern. The epidemiological surveillance of this event may help in the identification of factors for prevention. **Objective:** to describe the presentation of suicidal behavior (suicidal attempt and consummate suicide), at the Clínica Universitaria Colombia during 2011 through 2012. **Methodology:** retrospective, descriptive trial using the data from the Epidemiological Surveillance System on Suicidal Behavior at the Clínica Universitaria Colombia. Data consolidation in Excel and univariate analysis in Stata 12. **Results:** in 2011 there were 31 suicidal attempts, mostly working age females, associated with difficulties in their relationship with their partners and affective mental disorders. In 2012 there were 116 cases with similar characteristics to the previous year. In both years there was one event with a fatal outcome – consummated suicide. **Conclusions:** the suicidal behaviors seen at the Clínica Universitaria Colombia (Bogotá-Colombia) are similar to those reported in the literature. However, the role of suicidal attempts associated to various types of mental disorders is remarkable and stresses the need to take actions for improving Mental Health programs and models. **Key words:** *Suicide; suicidal behavior; suicidal attempt; consummate suicide.*

### INTRODUCCIÓN

La conducta suicida puede ser definida como un conjunto de acciones y pensamientos conscientes orientados a la autoagresión de forma intencional. Esta involucra la ideación suicida (pensamientos referidos, estructurados o no), el gesto o amenaza suicida (actos que representan la autoagresión intencional), el intento de suicidio (actos que logran poner en riesgo la vida) y el suicidio consumado (1).

La Organización Mundial de la Salud destaca a esta como una importante causa de mortalidad evitable a nivel mundial, con una tasa cercana a los 14,5 casos por cada 100,000 habitantes (2), llegando a ser la primera o segunda causa en algunos países, en especial, en el rango de edad de los 15 a 44 años de edad (3). Algunos países, como Rusia y Lituania, presentan las tasas más elevadas, mientras aquellos ubicados en Asia, Centro y Sur América presentan las más bajas, por lo cual se considera que existen asociaciones entre estas conductas y las características socioculturales de las regiones (3,4).

Colombia presenta una tasa intermedia, estimada de 4,08 por 100,000 habitantes, la cual llega a ser de 10,1 en el rango de los 10 a 24 años, siendo habitualmente la cuarta a quinta forma de muerte violenta (5, 6). Esta

varía de región a región, siendo los departamentos del Eje Cafetero, la Amazonía y la Orinoquía los que presentan las tasas más elevadas (6). En cuanto a otros espectros de la conducta suicida, de los cuales es más difícil obtener información, la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2003 reveló que un 12,3% de los encuestados había tenido ideaciones suicidas, un 4,1% había estructurado dichas ideaciones, y un 4,9% llegaron a intentarlo (7).

Los datos disponibles a nivel mundial, regional y nacional, presentan algunos patrones compartidos. El suicidio consumado es más frecuente en hombres que en mujeres, pero el intento es mucho más frecuente en estas últimas, lo cual puede estar asociado a los medios usados (8). Es en el período más productivo de la vida, entre los 15 a 44 años, donde se concentra el mayor número de intentos y suicidios consumados, lo que constituye una pérdida importante de capital humano para nuestras sociedades. Es escasa la información de calidad frente a la ideación y el gesto suicida, aunque los expertos sospechan que esta es más frecuente de lo reportado en los estudios (9). Si bien existen variaciones entre regiones y países, se puede afirmar que los medios o formas más utilizados son de manera global las intoxicaciones –organofosforados de uso agrícola y medicamentos, especialmente–, seguido por las armas de fuego y la asfixia mecánica (10).

Las conductas suicidas se encuentran influenciadas por distintos factores, como pueden ser la presencia de trastorno mental –especialmente del espectro afectivo–, psicosociales-relaciones interpersonales, desempeño escolar, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, desempleo, entre otros, –y algunos mucho más complejos– conflicto armado, desplazamiento, creencias y referentes culturales (11-15). Así mismo, se han identificado algunos de carácter protector, como son las buenas relaciones familiares e interpersonales, la participación en actividades colectivas y comunitarias, y la oportunidad para el desarrollo de capacidades en sociedad (16).

Hoy en día se considera que es posible la prevención de las conductas suicidas, en especial de los intentos y la consumación, en la mayoría de los casos (17–21). Entre las estrategias que cuentan con evidencia para lograrlo se encuentran la identificación de la población en riesgo y la promoción de acceso a servicios, la educación a *gatekeepers* o primeros contactos, la educación a población general acompañada de intervención comunitaria, la limitación del acceso a los medios y formas letales, el manejo óptimo de los trastornos mentales, la adopción de protocolos para la comunicación de las conductas suicidas por parte de los medios, la atención a sobrevivientes de dichas conductas, y el desarrollo de sistemas de vigilancia por parte de los servicios de salud (4, 11-13, 18-27).

En el presente artículo se presenta el comportamiento y características más relevantes de la conducta suicida, intento de suicidio y suicidio consumado, presentada en la Clínica Universitaria Colombia en 2011 y 2012.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo que usa como fuente primaria los datos procedentes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida –SISVECOS–, desarrollado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C (28) e implementado en la Clínica Universitaria Colombia. Esta institución, de carácter privado y alto nivel de complejidad, cuenta con un equipo de salud mental que incluye al servicio de psiquiatría, siendo este último el responsable del diligenciamiento del 100% de las fichas de notificación establecidas por este sistema.

Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el software Stata 12-Stata Corporation, College Station, Tx, USA. Se desarrollaron análisis univariados para establecer frecuencias y medidas proporcionales de las conductas suicidas –intentos de suicidio y suicidio consumado– por rangos de edad, género, mecanismos y medios del acto, factores asociados y manejo clínico posterior. Esto fue hecho para cada año, 2011 y 2012, con posterior comparación entre resultados.

Las definiciones empleadas en el estudio corresponden a las establecidas por los lineamientos de SISVECOS (29). Éstos diferencian entre ideación suicida, amenaza suicida, intento de suicidio y suicidio consumado, conceptos que a su vez asocian con una tipificación del riesgo en leve, moderado y alto. Para este estudio se emplean las de intento de suicidio y suicidio consumado establecidos de la siguiente forma:

- Intento de suicidio. Se subdivide en tentativa de suicidio y suicidio fallido. La tentativa se define como el “gesto autolítico” en donde no existe voluntad de morir, sino más bien constituye una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para el beneficio propio –riesgo moderado–; mientras el suicidio fallido es aquel donde existe la intención autolítica, pero por impericia o fallas en el mecanismo o medio no se logra consumir - riesgo severo.
- Suicidio consumado. Es todo caso de muerte atribuible directa o indirectamente a un acto positivo o negativo, realizado por la misma víctima, sabiendo ella que debía producir este resultado.

## RESULTADOS

Para 2011, la Clínica Universitaria Colombia admitió a 31 individuos por intento de suicidio, de los cuales un 65% correspondieron al género femenino y un 35% al masculino. Estos se presentaron en un rango de edad de los 13 a 64 años, de los cuales un 16% se presentaron en el rango de los 10 a 19 años, un 48% entre los 20 y 29 años, un 29% de los 30 a los 39 años, un 3,2% entre los 50 y 59 años, y un 3,2% de los 60 a 69. En todos estos rangos, exceptuando el rango de 50 a 59 años, predominó el género femenino (Tabla 1).

EDADES	MASCULINO	FEMENINO	%
Menores de 10 años	0	0	0
10 a 19	1	4	16,12
20 a 29	5	10	48,38
30 a 39	5	4	29,03
40 a 49	0	0	0
50 a 59	0	1	3,22
60 a 69	0	1	3,22
70 o más	0	0	0
Total	11	20	100

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida, Clínica Universitaria Colombia.

El mecanismo más frecuente de intento corresponde a la intoxicación mediante ingesta en un 81 % de los casos, seguido por la lesión por arma cortopunzante en un 16 % y la caída de altura en el 3, 2 %.

Los factores asociados que revelan las historias clínicas son variados. Predomina la dificultad en las relaciones de pareja –en un 38,7 % de los casos–, seguida por la pre-existencia de un trastorno mental del tipo afectivo y los problemas de índole familiar – cada uno en 19,3 % de los casos. Luego se encuentran los trastornos mentales del espectro psicótico –9,6 %–, el estrés laboral –6,4 %–, inconformidad ante decisiones personales –3,2 %– y la victimización por acceso carnal violento - 3,2 %.

Frente a la conducta desarrollada en la institución, posterior a la atención inicial de urgencias, un 51,6 % fue manejado de manera ambulatoria, un 35,4 % se hos-

pitalizó en la institución, un 6,4 % se refirió a unidades de salud mental, un 3,2 % pidió el alta, y un porcentaje semejante falleció en el servicio de urgencias.

La mortalidad para la población de este año fue del 3,2 %, lo que equivale a un suicidio consumado de la totalidad de 31 intentos de suicidio. Este fue del género masculino (Tabla 2).

Para 2012, la Clínica Universitaria registró un total de 116 admisiones por intentos de suicidio, siendo en un 66 % del género femenino. Para este periodo el rango de edad estuvo entre los 9 y los 77 años, de los cuales 0,86 % corresponden al rango de los menores de 10 años, 26,7 % de los 10 a 19 años, 35,3 % de los 20 a 29 años, 18,9 % de los 30 a 39 años, 7,7 % de los 40 a 49, años, 5,1 % de los 50 a 59 años, 3,4 % de los 60 a 69 años, y un 1,7 % para mayores de 70 años (Tabla 3).

MANEJO EFECTUADO	%
Ambulatorio	51,61
Hospitalización	35,48
Referencia a Unidad de Salud Mental	6,45
Retiro Voluntario	3,23
Medicina Legal	3,23
	100

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida, Clínica Universitaria Colombia.

TABLA 3. POBLACIÓN CON INTENTO DE SUICIDIO POR GÉNERO Y EDAD, 2012			
EDADES	MASCULINO	FEMENINO	%
Menores de 10 años	1	0	
10 a 19	7	24	26,7
20 a 29	13	28	35,3
30 a 39	9	13	18,9
40 a 49	3	6	7,7
50 a 59	0	6	5,1
60 a 69	2	2	3,4
70 o mas	1	1	1,7
Total	36	80	100

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida, Clínica Universitaria Colombia.

Para este año, el mecanismo más frecuente corresponde a la intoxicación por ingesta en un 74,1% de los intentos, seguido por el uso de arma cortopunzante –12,9%–, la caída desde altura – 7,7%, y en una menor proporción la asfixia mecánica y la lesión con objeto contundente.

Los factores asociados a los intentos de suicidio para este año son igualmente variados. El mayor porcentaje, 24,1%, fue la presencia de trastornos mentales del tipo afectivo, seguido por un 21,5% que refieren problemas en sus relaciones de pareja, 20,6% problemas de tipo familiar, un 8,6% por trastorno mental del tipo psicótico, un 6,03% por estrés laboral, y un porcentaje semejante por farmacodependencia.

Frente a la conducta desarrollada por la institución, posterior a la atención inicial de urgencias, un 36,2% fue manejado de manera ambulatoria, un 33,6% fue referido a la unidad de salud mental, un 25% se hospitalizó, un

4,3% pidió la salida voluntaria y un 0,8% falleció en el servicio de urgencias.

La mortalidad para la población de este año fue de 0,86%, lo que equivale a un suicidio consumado de los 116 intentos de suicidio registrados. Este fue del género masculino (Tabla 4).

## DISCUSIÓN

En 2012 se observa un incremento en el número de intentos de suicidio manejados por el servicio de urgencias de la Clínica Universitaria Colombia respecto a 2011. Este incremento puede asociarse a un incremento real o a una mejoría en el manejo de la información respecto a las conductas suicidas, ya que por registros individuales de prestación de servicios muchos intentos de suicidio pueden tipificarse como intoxicaciones diversas.

TABLA 4. MANEJO DE CONDUCTAS SUICIDAS POSTERIOR A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS, 2012	
MANEJO EFECTUADO	%
Ambulatorio	36,21
Hospitalización	25
Referencia a Unidad de Salud Mental	33,62
Retiro Voluntario	4,31
Medicina Legal	0,86
	100

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida, Clínica Universitaria Colombia.

Se observa, igualmente, un incremento en el rango de edad en 2012, dado por la presencia de intentos de suicidio en menores de 10 años y mayores de 70 años. La mayor parte se concentran en la población joven y adulta, en su etapa de mayor productividad, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura internacional y nacional. Lo mismo ocurre en términos de la variable sexo/género, donde es mayor el aporte femenino al masculino en términos de intentos de suicidio, siendo el suicidio consumado un 100% masculino.

Para ambos años predomina la intoxicación como mecanismo o medio de intento de suicidio, seguido por las armas cortopunzantes y la caída desde altura. Esto puede deberse a la facilidad y disponibilidad de estos medios, lo que es semejante a otros reportes en contextos urbanos. Para 2012 se reporta la asfixia mecánica, la cual en ciertas áreas del país, constituye el segundo mecanismo o medio utilizado, lo cual no genera ningún interés en especial.

En cuanto a los factores asociados al intento, se presentan algunas diferencias menores entre los años. Para 2011, el primer lugar lo ocupó lo asociado a los conflictos de pareja, que para 2012 fue relevado por la existencia de un trastorno mental de tipo afectivo, que en el previo constituía el segundo motivo asociado. Luego aparecen otro tipo de factores, donde se destacan los conflictos familiares y los trastornos mentales del tipo psicótico. El estrés laboral durante los dos años aparece en una proporción mínima, pero llama la atención en 2012 la aparición de los efectos por drogodependencia. Esto debe llamar la atención de la institucionalidad, ya que un importante aporte se encuentra asociado a la presencia de trastornos mentales y de consumo de sustancias, cuyo manejo óptimo y adecuado constituye una estrategia de prevención de las conductas suicidas.

En lo referido al manejo institucional, se observa un predominio del manejo ambulatorio. Debe señalarse que por historia clínica para ninguno de los años se especifica el procedimiento específico de este. En 2012 se observa un incremento importante en la referencia a Unidad de Salud Mental, lo cual puede estar asociado a una mejoría en los procesos de diagnóstico en el servicio de urgencias. Un mínimo de usuarios con intentos de suicidio piden el

alta voluntaria, lo cual constituye una importante variable para el seguimiento.

## CONCLUSIONES

La conducta suicida –intento de suicidio y suicidio consumado– en la institución presenta un comportamiento semejante al reportado de forma territorial en la literatura internacional y nacional. Desafortunadamente, no se conocen estudios de instituciones con características similares que permitan establecer comparaciones entre prestadores de servicios de diferentes características: públicos, privados o mixtos.

Se presenta una mayor proporción de intentos de suicidio en población joven y adulta, en edades productivas, especialmente del género femenino. El mecanismo o medio más utilizado es la intoxicación, seguido por las armas cortopunzantes. Los principales factores asociados corresponden a trastornos mentales del tipo afectivo y psicótico, así como a los conflictos de pareja no especificados. El manejo más frecuente de dichos intentos ha sido el ambulatorio no especificado, seguido de la referencia a unidad de salud mental. El suicidio consumado es predominantemente masculino y de una proporción relativamente baja en los dos años.

El aporte que a estas conductas aportan los trastornos mentales, lleva a pensar en acciones de mejora sobre los programas y modelos de cuidado a la salud mental que existen para la población. Estas estrategias deberán fortalecer, igualmente, las actividades ambulatorias, ya que constituyen las decisiones clínicas más frecuentes para el manejo de esta población.

De otra parte, los otros hallazgos colocan en evidencia la necesidad de que los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, avancemos en el desarrollo de intervenciones en promoción y educación de la salud de manera articulada con otros sectores que permitan incidir sobre los aspectos asociados a los manejos de la emocionalidad y la convivencia en distintos ámbitos de la vida cotidiana.

Para ambas acciones, la Ley de Salud Mental (29) y el Plan Decenal de Salud Pública (30), recientemente expedidos en Colombia, deben constituir una carta de navegación.

## CONFLICTO DE INTERÉS Y FINANCIACIÓN

Los autores manifiestan no presentar ningún conflicto de interés con lo presentado en esta investigación. Así mismo, se informa que no contó con recursos específicos.

## REFERENCIAS

1. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav*: 37(3): 248-63.
2. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R (2002). *World Report on Violence and Mental Health*. World Health Organization. Genève, Switzerland.
3. World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. World Health Organization. Genève, Switzerland.
4. World Health Organization (2001). *Suicide Prevention: Emerging from Darkness*. World Health Organization, Regional Office for South East Asia. Genève, Switzerland.
5. Cardona, D; Segura, DM; Espinosa, A & Segura A (2013). Homicidios y suicidios en jóvenes de 15 a 24 años, Colombia 1998-2008. *Biomédica* 33: 574-586.
6. Cifuentes Osorio SL (2013). Violencia autoinflingida desde el sistema médico legal colombiano, 2012. *Forensis* 2012. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá D.C., Colombia.
7. Ministerio de la Protección Social (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia (ENSM)*. Ministerio de la Protección Social - Observatorio de Salud Mental y Organización Internacional para las Migraciones. Bogotá D.C. Colombia. Disponible en: [http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1265430\\_ANALISIS-ENSM-2003-COMPLETO.pdf](http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1265430_ANALISIS-ENSM-2003-COMPLETO.pdf).
8. Organización Panamericana de la Salud (2005). *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, EE.UU.
9. McKee PW, Wayne Jones R, Barba RH (2003) *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention (Crisis Intervention)*. Lrp Publications. New York, USA.
10. World Health Organization (2012). *SUPRE. Prevention of Suicidal Behaviors: A Task for All*. World Health Organization. Genève, Switzerland.
11. Government of Manitoba. (2011). *A Framework for Suicide Prevention Planning in Manitoba*. Government of Manitoba. Manitoba, Canada. Disponible en: [http://www.gov.mb.ca/healthyliving/mh/docs/suicide\\_prevention\\_framework.pdf](http://www.gov.mb.ca/healthyliving/mh/docs/suicide_prevention_framework.pdf).
12. Links PHB. (2005). Preventing Suicidal Behavior in a General Hospital Psychiatric Service: Priorities for Programming. *Canadian Journal of Psychiatry* (50): 490-496.
13. White J. (2005). *Preventing Suicide in Youth: Taking Action with Imperfect Knowledge. A Research Report Prepared for the British Columbia Ministry of Children and Family Development*. University of British Columbia – Children's Mental Health Policy Research Program. Vancouver, Canada. Volume 1, Report 8.
14. Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio. Medellín. *Rev Fac Nac Salud Pública* 27(3): 302-308.
15. García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Arias S, Ocampo M, et al (2007). Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Rev Colomb Psiquiat*, Vol. XXXVI, No. 4: 610-627.
16. Martin A, Volkmar (2002) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. New York, USA.
17. Hendin H, Phillips MR, Vijayakumar L, Pirkis J et al. [Eds.] (2008). *Suicide and Suicide Prevention in Asia*. World Health Organization – Department of Mental Health and Substance Abuse. Genève, Switzerland.

18. Department of Health and Ageing (2007). *LIFE Living is for Everyone. A Framework for Prevention of Suicide in Australia*. Australian Government – Department of Health and Ageing. Canberra, Australia. Publications Number: P3-2060.
19. Rockville MD (2001). *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Washington D.C., USA.
20. Van der Feltz-Cornelis CSM, Postuvan V, Volker D, Roskar S, et al (2011). Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. *Crisis* 32(6): 319-333.
21. Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida*. Servicio Andaluz de Salud – Junta de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública. Sevilla, España.
22. Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de sobrevivientes?* Organización Mundial de la Salud - Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, Suiza.
23. Isaac M, Elias B, Katz L, Belik S, et al (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *Canadian Journal of Psychiatry* 54(4): 260–268.
24. Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del Suicidio: un instrumento en el trabajo*. Organización Mundial de la Salud - Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra, Suiza.
25. Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H, Yamaji M. (2007). A Decrease in Suicide Rates in Japanese Rural Towns after Community-Based Intervention by the Health Promotion Approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(5): 593- 599.
26. Bean G, Baber K. (2011). Connect: An Effective Community-Based Youth Suicide Prevention Program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1): 87-97.
27. Andriessen K, Krysinka K. (2012). Essential Questions on Suicide Bereavement and Postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (9): 24-32.
28. Cardona Gómez G (2012). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida - SISVECOS*. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. – Dirección de Salud Pública – Área de Vigilancia en Salud Pública. Bogotá D.C., Colombia.
29. República de Colombia (2013). *Ley 1616 del 21 de enero de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. República de Colombia – Congreso de la República. Bogotá D.C., Colombia.
30. Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La Salud en Colombia la construyes tú*. República de Colombia – Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., Colombia.