

Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta

Germán Eduardo Rueda-Jaimes¹
Andrés Mauricio Rangel Martínez-Villalba²
Vanessa Alexandra Castro-Rueda²
Paul Anthony Camacho³

Resumen

Introducción: El suicidio es la tercera causa de muerte violenta en los adolescentes colombianos. En las últimas cuatro décadas del siglo XX, en Colombia y en el mundo las tasas de suicidio aumentaron en adolescentes. Son escasos los trabajos que comparan las características de los pacientes adolescentes con potencial suicida en Latinoamérica. *Objetivo:* Determinar las diferencias entre adolescentes y adultos con ideas o actitudes suicidas que acuden a una clínica privada de Bucaramanga, Colombia. *Método:* Se tomó una muestra consecutiva a pacientes con potencial suicida que acudieron a atención psiquiátrica. Se les realizó una entrevista semiestructurada que interrogaba sobre los principales factores de riesgo y protectores para suicidio. Se realizó una regresión logística tomando como variable dependiente la adolescencia y se ajustó por las variables de confusión. *Resultados:* Se entrevistaron 448 adultos y 85 menores de 18 años de edad. Los adolescentes presentaron una edad promedio de 15,2±1,5, y los adultos, 35,9±13,6 años. Los adolescentes fueron con mayor frecuencia mujeres, presentaron más intentos suicidas (OR=3,64; IC95%: 2,13-6,20), pero menos trastornos mentales severos (OR=0,42; 0,25-0,71). *Conclusiones:* Los adolescentes bumanguenses con riesgo suicida fueron con mayor frecuencia mujeres, tuvieron mayor porcentaje de intentos suicidas y problemas mentales de menor gravedad que los adultos.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, adolescentes.

Title: **Suicide Potential in Adolescents: A Comparison with Adult Population.**

Abstract

Introduction: Suicide is the third leading cause of violent death in Colombian adolescents. In the last four decades of the twentieth century adolescent suicide rates increased in Colombia and in the world. There are few studies comparing the characteristics of suicidal adolescent

¹ Profesor asociado y director del Grupo de Neuropsiquiatría del Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Autónoma de Bucaramanga; director Científico del Instituto del Sistema Nervioso del Oriente. Bucaramanga, Colombia.

² Médico(a), investigador del Grupo de Neuropsiquiatría, Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

³ MSc, investigador invitado del Grupo de Neuropsiquiatría Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

patients in Latin America. *Objective:* To determine the differences between suicidal adolescents and adults seen at the mental health services of a private clinic in Bucaramanga, Colombia. *Methods:* The sample consisted of all consecutive suicidal patients attending a clinic for psychiatric care. They all underwent a semistructured interview asking about demographic characteristics and major risk and protective factors for suicide. A logistic regression analysis was performed with adolescence as the dependent variable adjusted for confounding variables. *Results:* We interviewed 448 adults and 85 patients under 18. Adolescents had a mean age of 15.2 ± 1.5 and adults 35.9 ± 13.6 years. Adolescents were more often female, had more suicide attempts (OR=3.64; 95%CI: 2.13-6.20), but less severe mental disorders (OR=0.42; 0.25-0.71). *Conclusions:* Colombian suicidal adolescents were more often female, with the highest percentage of suicide attempts, and with less severe mental health problems than adults.

Key words: Suicide, attempted suicide, adolescents.

Introducción

Cada año, un millón de personas aproximadamente mueren por suicidio en el mundo, con una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes. El suicidio se encuentra entre las 3 primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años; es la segunda causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años (1). Es un problema de salud pública prevenible y genera costos económicos importantes (2).

En Colombia se constituye como la tercera condición de muerte vio-

lenta más frecuente en adolescentes. Para el 2009, la tasa de mortalidad por suicidio en Colombia fue de 4,1 por cada 100.000 habitantes y la edad promedio fue de 36 años. La tasa en mujeres adolescentes fue de 4 y en hombres adolescentes, de 5, por cada 100.000 habitantes (3). En las últimas cuatro décadas del siglo XX, las mayores tasas de suicidio se desplazaron desde los grupos de edades mayores a las personas más jóvenes; Colombia no fue la excepción (4-6). Sin embargo, los casos de suicidio en adolescentes han permanecido estables en Colombia en los últimos seis años (3).

La ideación suicida y el intento suicida son comunes en población adolescente, aunque este último en menor proporción (7). La incidencia de intentos de suicidio se incrementa durante la adolescencia media (8) y la repetición del intento se asocia con un riesgo elevado de obtener un desenlace fatal (9). En Colombia, los intentos suicidas son más frecuentes en la adolescencia y en las mujeres (10). Éstos reflejan la persistencia de factores psicosociales en el paciente, lo cual indica la necesidad de estrategias específicas en la prevención del comportamiento suicida (11).

En la literatura médica se mencionan diferencias entre adolescentes y adultos con suicidabilidad. Por ejemplo, los métodos de autoagresión varían de acuerdo con la edad y el país. La sobredosis por medicamentos ha sido el método más frecuente en adolescentes; así, los psicotrópi-

cos son los más usados, seguidos por los analgésicos no narcóticos (12). Son abundantes los trabajos que describen las características de los adolescentes y adultos con suicidabilidad, pero pocos los comparan directamente, y menos en Latinoamérica (13).

El objetivo de este trabajo es determinar las diferencias entre adolescentes y adultos con suicidabilidad que acuden a consulta especializada en una clínica privada de Bucaramanga, Colombia.

Métodos

El proyecto de esta investigación lo aprobó el Comité de Ética de la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, y fue calificado como de riesgo mínimo para los participantes. Todos ellos dieron su consentimiento escrito después de recibir una explicación y comprender los objetivos de la investigación, la participación completamente voluntaria y la garantía de confidencialidad, según las normas colombianas vigentes para la investigación en salud y la Declaración de Helsinki. En el caso de los adolescentes, el consentimiento también fue firmado por los padres o tutores (14,15).

Se tomó una muestra consecutiva de todos los pacientes que acudían al Instituto del Sistema Nervioso del Oriente (ISNOR) con suicidabilidad, atendidos por urgencias o consulta externa. Para asegurar la recolección

de la muestra, el médico psiquiatra tratante marcaba una casilla pre-determinada en la historia clínica electrónica, una vez que detectaba a un paciente con suicidabilidad. Esta señal le avisaba al grupo de investigadores la presencia de un paciente susceptible de incluir en el trabajo.

Se definió *paciente con suicidabilidad* a todo aquel que presentó pensamientos, ideas o planes suicidas y comportamientos o intentos suicidas (16). Se incluyó a todos los pacientes que aceptaran voluntariamente participar en el estudio y que presentaban suicidabilidad, de acuerdo con su médico tratante. Se excluyeron aquéllos con psicosis o cuyas funciones cognoscitivas les impidieron contestar la entrevista.

Todos los pacientes fueron entrevistados por uno de los investigadores con previo entrenamiento en valoración del riesgo suicida. Éste fue realizado por el director del grupo de investigadores, un psiquiatra con catorce años de experiencia en el área, tres de ellos en la investigación sobre riesgo suicida. Ellos realizaron una entrevista semiestructurada, que interrogaba sobre características demográficas y sobre los principales factores de riesgo y protectores determinados en la literatura científica.

Los datos se analizaron en STATA para Windows 9.0, con un nivel de significancia menor 5% (17). Se inició con un análisis descriptivo, de acuerdo con la distribución de frecuencias. Para el análisis biva-

riado se determinaron razones de disparidad (OR), con intervalos de confianza del 95% (IC95%), y se estimaron las diferencias en función a la distribución de frecuencias con prueba de χ^2 , prueba de t de Student o Mann Whitney, de acuerdo con las variables. En el análisis multivariado se tomó como variable dependiente la adolescencia, las variables sociodemográficas se tomaron como covariables y las otras variables estudiadas, como confusoras; para establecer el modelo final se siguieron las recomendaciones de Greenland.

Se incluyeron en el modelo las variables de interés clínico y epidemiológico que mostraron una asociación con valor de probabilidad mayor de 0,25 y que durante el modelamiento mostraron valores de probabilidad menores a 0,05 o cambios mayores al 10%, en la asociación de la variable más importante (18). Para el modelo final se calculó la bondad del ajuste del Hosmer-Lemeshow (19).

Resultados

Se entrevistaron a 555 pacientes, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio, pero sólo se incluyeron en el estudio 533, pues 17 presentaban datos incompletos. Así, 448 fueron adultos y 85 fueron menores de 18 años. Los adolescentes presentaron una edad promedio de $15,2 \pm 1,5$ y los adultos, $35,9 \pm 13,6$ años; los años de estudio fueron $9,2 \pm 1,9$, en ado-

lescentes, y $10,9 \pm 4,3$, en adultos. Los adolescentes no difirieron de los adultos en su condición socioeconómica, orientación sexual, consumo de sustancias ilegales, consumo de alcohol, antecedentes suicidas o problemas legales. Sin embargo, los adolescentes presentaron mayores problemas familiares o de pareja, de impulsividad, de religiosidad e intentaron con mayor frecuencia el suicidio (Tabla 1).

En la Tabla 2 se observan los métodos y consecuencias de los intentos de suicidio en los dos grupos. Los adolescentes presentaron trastornos mentales severos con menor frecuencia (Tabla 1); al discriminar por diagnósticos, se observa mayor frecuencia de trastornos adaptativos en adolescentes, a diferencia de los adultos, en los que se observa con mayor frecuencia el trastorno depresivo mayor (Tabla 3). En la Tabla 4 se muestra el análisis multivariado y se presentan las diferencias entre los dos grupos con suicidabilidad, luego de ajustar por las variables de confusión.

Discusión

El presente estudio muestra tres diferencias entre pacientes adolescentes y adultos que acudieron por suicidabilidad a una clínica privada de Bucaramanga: la presencia de intento suicida, de un trastorno mental severo y el sexo.

La incidencia de suicidio ha aumentado en las últimas décadas en

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los adolescentes y adultos con suicidabilidad

Variable	Adolescentes (%)	Adultos (%)	P
Hombre	24,7	38,4	0,02
Estrato bajo	31,2	30,8	0,94
No tener pareja	96,5	54,5	< 0,001
Desempleo	7,1	15	0,06
Tener hijos	4,7	70,2	< 0,001
Vivir solo	1,2	7,6	0,03
Ateo	7,1	2	0,01
Homosexual-bisexual	6	4,7	0,63
Consumo de sustancias ilegales	14,1	10,3	0,29
Abuso de sustancias	16,5	24,3	0,12
Incremento del uso de sustancias	8,2	15,2	0,09
Consumo de alcohol	52,9	50,7	0,70
Abuso de alcohol	17,6	21,9	0,38
Fumar diariamente el último mes	1,9	14,3	0,01
Intento suicida actual	71,8	35,9	< 0,001
Antecedente de intento de suicidio	41,2	40,4	0,89
Antecedente familiar de suicidio	24,7	30,6	0,24
Enfermedad terminal	3,5	8,7	0,10
Trastorno mental severo	54,1	79,7	< 0,001
Duelo reciente	2,4	4,7	0,33
Pérdida de empleo	8,3	27,5	< 0,001
Problemas legales	2,4	4,5	0,37
Problemas familiares-pareja	83,5	69,4	0,008
Alivio por no completar el suicidio	69,4	53,6	0,007
Asuntos pendientes	67,1	71,8	0,37
Apoyo cercano-familiar	62,4	53,3	0,12
Impulsividad	61,2	45,6	0,005
Acceso a medios suicidas	5,9	10,5	0,19
Desesperanza	9,4	18,3	0,04

adolescentes, al igual que los intentos (4-6,20). En países anglosajones, la relación de intento suicida y suicidio ha sido de 200:1 en adolescentes; la de adultos mayores ha sido de

4:1 (21). Esta tendencia también ha sido reportada en población latina que vive en Estados Unidos (22,23).

En el estudio se muestra que, al igual que en otras partes del mundo,

Tabla 2. Métodos y consecuencias de los intentos suicidas en adolescentes y adultos con suicidabilidad

Variable	Adolescentes		Adultos	
	N	%	N	%
Método*				
Intoxicación	18	30	37	23
Medicamentos	24	40	68	42,2
Objetos cortopunzantes	13	21,7	35	21,7
Arma de fuego	1	1,7	8	5
Ahorcamiento	0	0	4	2,5
Salto al vacío	0	0	4	2,5
Accidente automotor	2	3,3	3	1,9
Otros	2	3,3	2	1,2
Consecuencias**				
Sin daño físico	5	8,3	29	18,6
Daño y sin peligro	38	64,4	94	60,3
Sin daño y con peligro	4	6,8	13	8,3
Con daño y con peligro	12	20,3	20	12,8

* $\chi^2 = 6,54$ dl = 7 p = 0,57, ** $\chi^2 = 4,64$ dl = 3 p = 0,20

Tabla 3. Diagnósticos en adolescentes y adultos con suicidabilidad

Diagnóstico	Adolescentes (%)	Adultos (%)
Trastorno depresivo mayor	42,9	60,1
Trastorno bipolar I	2,4	4,7
Trastorno bipolar II	19,1	17,9
Trastorno de ansiedad generalizada	0	1,6
Trastorno obsesivo compulsivo	1,2	1,1
Trastorno de pánico	0	0,5
Abuso-dependencia de alcohol	1,2	0,7
Abuso-dependencia de sustancias	2,4	0,5
Trastorno estrés postraumático	1,2	2
Trastorno adaptativo	22,6	8,9
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	1,2	0
Ludopatía	0	0,2
Trastorno de la conducta	3,6	0
Trastorno de control de impulsos	0	0,2
Reacción de estrés agudo	1,2	0,5
Trastorno esquizoafectivo	0	0,5
Personalidad límite	1,2	0,5
Otros trastornos no especificados	0	0,2

$\chi^2 = 45,7$ dl = 13 p = < 0,001

Tabla 4. Regresión logística en adolescentes y adultos con suicidabilidad

Variable	OR (IC 95%)	P
Intento suicida	3,64 (2,13-6,20)	< 0,001
Mujer	2,01 (1,16-3,52)	0,013
Trastorno mental severo	0,42 (0,25-0,71)	0,001

Bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow $\chi^2 = 0,16$ gl = 5 p = 0,98

los intentos suicidas en los adolescentes son más frecuentes que en los adultos. Sin embargo, la mortalidad por suicidio continúa siendo mayor en adultos en Colombia y en el mundo (2,3), lo que podría indicar métodos menos letales en adolescentes.

Varios estudios han documentado dichas diferencias en el método y su letalidad entre adultos y adolescentes (13,24); no obstante, éstas no se evidenciaron en el presente trabajo (Tabla 2). Hay que tener en cuenta que la metodología del estudio incluye adolescentes y adultos que consultaron a una clínica especializada y, por tanto, no representan a la totalidad de adolescentes y adultos con suicidabilidad; es posible que los adultos con métodos letales no lleguen a la consulta especializada por muerte y que adolescentes con métodos menos letales no soliciten consulta. De cualquier forma, el hallazgo de una mayor frecuencia de intentos suicidas en adolescentes no debe subestimar el riesgo suicida futuro, pues son varios los trabajos

que han identificado dichos intentos como un factor de riesgo suicida posterior en adolescentes (25,26).

Los trastornos mentales severos fueron más frecuentes en adultos; dicha observación coincide con otros estudios (13,27). La diferencia se dio por la mayor prevalencia de trastornos adaptativos (Tabla 3) en adolescentes, en los tres estudios. Así, podría interpretarse que los adolescentes hacen intentos más impulsivos y con menos letalidad en el contexto de conflictos familiares o personales (13). En todo caso, estos datos han motivado en los investigadores la búsqueda de correlaciones entre el diagnóstico y comportamientos suicidas o sólo de autodaño en adolescentes (28). El clínico debe tener en cuenta la alta asociación entre suicidio y los diferentes trastornos mentales severos, a diferencia de los trastornos adaptativos, en los cuales la asociación con el suicidio no es clara y la intervención efectiva es más frecuente.

Mayor porcentaje de mujeres adolescentes consultaron por suicidabilidad que mujeres adultas. Este dato se replicó en todos los estudios consultados (8,12,13,22,23). Es bien conocido que aunque los hombres se suicidan con mayor frecuencia, las mujeres lo intentan más. En Colombia la relación de suicidio en hombres y mujeres adolescentes fue de 1,5:1, en 2009 (3); en Estados Unidos fue de 5,3:1, pero la relación de intentos suicidas entre hombres y mujeres adolescentes fue

de 1:1,3 (29,30). La mayoría de los expertos en suicidio argumentan que las mujeres intentan el suicidio con mayor frecuencia que los hombres, porque presentan más depresión, utilizan métodos menos letales y más impulsivos, y consultan con mayor frecuencia (31). Es posible que estas tendencias se vean con mayor frecuencia en adolescentes y expliquen la frecuencia de consulta por suicidabilidad en mujeres adolescentes.

Éste es el primer estudio con población clínica que compara las características de pacientes adolescentes con suicidabilidad en Colombia. Sin embargo, el hecho de realizarse en una clínica privada que atiende pacientes del régimen contributivo hace que los hallazgos obtenidos no se apliquen a toda la población con suicidabilidad. También, hay que tener en cuenta limitaciones propias de la metodología utilizada, como el sesgo de memoria al recoger la información, especialmente en este tipo de pacientes, perturbados por su propia condición.

Los hallazgos encontrados en población bumanguesa apoyan lo conocido en estudios previos. Sin embargo, no hay que olvidar que el suicidio es un fenómeno variable de acuerdo con el país, la cultura, la edad, entre otros factores. Por tanto, es necesario diseñar nuevos estudios en adolescentes que precisen los factores de riesgo y protectores específicos para población colombiana. Este conocimiento es de gran ayuda para la valoración

clínica y el diseño de estrategias en la prevención del suicidio.

Agradecimientos

A los médicos Kelly Alejandra Guzmán, María Alejandra Avellaneda y Alexander Blanco, por su ayuda en la recolección de los datos.

Referencias

1. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [Citado 20 julio 2010]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
2. Organización Mundial de la Salud. El suicidio un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 [Citado 17 julio 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/print.html>.
3. Valenzuela Cortés DM. Suicidio. Colombia, 2009. Epidemiología del suicidio [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010 [Citado 17 julio 2010]; [35 páginas]. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60.
4. World Health Organization. Multisite intervention study on suicidal behaviours: components and instruments. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization; 2000.
5. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y, Forero J. Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. *Biomédica*. 2002;22:417-24.
6. Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, Romero L, Pinilla C, López E, Díaz-Granados N, et al. Suicidio y lesiones autoinflingidas Colombia, 1973-1996. *Rev Col Psiquiatr*. 2002;31(2):91-104.
7. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer

- R, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(9):915-23.
8. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(4):339-48.
 9. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry.* 2004;185:70-5.
 10. Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, Bohórquez A, Díaz-Granados N, Ospina MB, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Col Psiquiatr.* 2002;31(2):271-86.
 11. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry.* 1999;175:23-7.
 12. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. *Br J Psychiatry.* 1996;169(2):202-8.
 13. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Álvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescents and adults? *Psychiatry Res.* 2008;157(1-3):131-7.
 14. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
 15. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [Internet]. Ferney, France: Asociación Médica Mundial; 1998 [Citado 20 julio 2010]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/60about/70history/01declarationHelsinki/index.html>.
 16. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(5):519-32.
 17. STATA 9.0 for windows. College Station: StataCorp LP; 2005.
 18. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health.* 1989;79(3):340-9.
 19. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2a ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 2000.
 20. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20(3):499-517.
 21. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1998;6(2):122-6.
 22. Fortuna LR, Pérez DJ, Canino G, Sribney W, Alegría M. Prevalence and correlates of lifetime suicidal ideation and suicide attempts among Latino subgroups in the United States. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(4):572-81.
 23. Guzmán A, Koons A, Postolache TT. Suicidal behavior in Latinos: focus on the youth. *Int J Adolesc Med Health.* 2009;21(4):431-9.
 24. Marbella AM, Yang H, Guse CE, Meurer JR, Layde PM. Adolescent hospital discharges associated with self-poisonings in Wisconsin, 2000-2002. *WMJ.* 2005;104(7):59-64.
 25. Buckley NA, Dawson AH, Whyte IM, Hazell P, Meza A, Britt H. An analysis of age and gender influences on the relative risk for suicide and psychotropic drug self-poisoning. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;93(3):168-71.
 26. Nordström P, Samuelsson M, Åsberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91(5):336-40.
 27. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72.
 28. Csorba J, Dinya E, Plener P, Nagy E, Páli E. Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009;18(5):309-20.

29. Karch DL, Dahlberg LL, Patel N. Surveillance for violent deaths--National Violent Death Reporting System, 16 States, 2007. *MMWR Surveill Summ.* 2010;59(4):1-50.
30. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA Jr. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med.* 2005;46(4):369-75.
31. Chaudron LH, Remington P. Age and gender differences in suicide trends, Wisconsin and the United States, 1980-1994. *WMJ.* 1999;98(6):35-8.

Conflictos de interés: los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 2 de agosto del 2010
Aceptado para publicación: 20 de octubre del 2010*

Correspondencia
Germán Eduardo Rueda
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Calle 157 N° 19-55 Cañaveral Parque
Bucaramanga, Colombia
gredu@unab.edu.co