

## CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DSALUBRISTAS

**Caracterización del suicidio en adolescentes del Departamento de Quindío. Colombia, 1989-2013****Characterization of suicide in adolescents in the Quindio Department, Colombia, 1989-2013**

Óscar Adolfo Medina-Pérez<sup>I</sup>, Sonia Milena Ospina-Sánchez<sup>II</sup>, Deisy Viviana Cardona-Duque<sup>III</sup>

<sup>I</sup>Licenciado en Filosofía y Letras. Especialista en Educación. Candidato a Magister en Epidemiología. Docente investigador. Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Medellín, Colombia. [oscar.medina@unad.edu.co](mailto:oscar.medina@unad.edu.co)

<sup>II</sup>Psicóloga. Investigadora independiente. Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Medellín, Colombia. [sonia.milena@hotmail.com](mailto:sonia.milena@hotmail.com)

<sup>III</sup>Psicóloga. Especialista en neuropsicología. Candidata a doctor en Psicología. Docente Universidad de San Buenaventura Seccional. Medellín, Colombia. [deisy.cardona@tau.usbmed.edu.co](mailto:deisy.cardona@tau.usbmed.edu.co)

**Cómo citar este artículo:**

Medina Pérez OA, Ospina Sánchez SM, Cardona Duque DV. Caracterización del suicidio en adolescentes del Departamento de Quindío. Colombia, 1989-2013. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017. [Consultado: ]; 16(5): [784-795] Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1270>

Recibido: 1º de septiembre de 2016.

Aprobado: 25 de agosto de 2017.

**RESUMEN**

**Introducción:** El suicidio es considerado como un serio problema de salud pública, que cobra un importante número de vidas alrededor del mundo. El objetivo de la presente investigación fue caracterizar el suicidio en adolescentes residentes en el Departamento de Quindío, Colombia, entre los años 1989-2013.

**Material y Métodos:** Se realizó una investigación de tipo observacional descriptiva con los registros de defunción que elabora el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de la República de Colombia.

Se calcularon proporciones para las variables de persona, tiempo y lugar. Para establecer la tasa de mortalidad se recurrió a las proyecciones poblacionales del DANE.

**Resultados:** En el período comprendido entre 1989-2013 se presentaron 158 suicidios en adolescentes del Departamento de Quindío. El 67,7% corresponden a hombres, 82,9 eran solteros, 39,9% utilizó el ahorcamiento y 13,3% de los casos ocurrieron en diciembre. La tasa de suicidio se ubicó en 6,7 por cada cien mil adolescentes -9,0 para hombres y 4,3 para

mujeres-. El quinquenio que registró la mayor tasa fue 1999-2003 con 10,0 suicidios por cada cien mil adolescentes. Por municipios, el mayor riesgo se registró en Quimbaya y Pijao con 30,8 y 23,4 suicidios por cada cien mil adolescentes, respectivamente.

**Conclusiones:** Se encontraron mayores prevalencias de suicidio en: hombres, solteros, área urbana, el mes de diciembre, en el hogar y el mecanismo más utilizado fue el ahorcamiento.

### ABSTRACT

**Introduction:** Suicide is considered a serious public health problem, which claims an important number of lives all over the world.

**Objective:** To characterize suicide in adolescents living in the Quindío Department of Colombia, from 1989 to 2013.

**Material and methods:** An observational descriptive research was conducted, using data from death certificates compiled by the National Administrative Department of Statistics commonly referred to as DANE in the Republic of Colombia. Proportions were calculated for person, time and place variables. Population projections for DANE were used to establish mortality rates.

**Results:** 158 suicides in adolescents occurred during the time period from 1989-2013 in the Quindío Department. The 67,7% of the persons that committed suicide were male, 82,9 of them were single, the 39,9% of them used hanging as the method of suicide, and the 13,3% of the cases occurred in December. The suicide rate

Por quinquenios, las mayores tasas se registraron entre 1999-2003, período en que tuvo lugar un terremoto en la zona. A nivel municipal las tasas más altas se encontraron en Quimbaya y Pijao, lo que plantea la necesidad de mayor investigación e intervención.

**Palabras claves:** Adolescente, Colombia, factores de riesgo, mortalidad, suicidio.

was 6,7 for every 100,000 inhabitants (9,0 for men, and 4,3 for women). 1999-2003 was the five year's time that registered the highest rates with 10,0 suicides for every 100,000 adolescents. In municipalities, the highest risk was registered in Quimbaya and Pijao with 30,8 and 23,4 suicides for every 100,000 adolescents, respectively.

**Conclusions:** The highest prevalence of suicide was found in single men from the urban area, at home, in December, and hanging was the most common method used for suicide. In five year times, the highest rates were registered from 1999-2003, period in which an earthquake occurred in the zone. At a municipal level, the highest rates were found in Quimbaya and Pijao, which suggests the need of a greater intervention and investigation.

**Keywords:** adolescent, Colombia, risk factors, mortality, suicide.

### INTRODUCCIÓN

El suicidio es un acto deliberado y consciente por medio del cual un individuo realiza una

acción que causa su propia muerte;<sup>1,2</sup> según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

constituye un serio problema de salud pública a nivel mundial, y ocupa el segundo lugar de las principales causas de muerte, particularmente en individuos entre los 15 a 29 años y con mayor presencia en países de ingresos medianos y bajos.<sup>3</sup> El Informe SUPRE proyecta para 2020 una carga global de morbilidad de 2,4%, e indica que la población adolescente se constituirá en el grupo con mayor riesgo de suicidio.<sup>4</sup>

Los adolescentes constituyen un grupo poblacional de riesgo, puesto que atraviesan un período del desarrollo en el cual se producen grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales, y se afrontan tareas vitales decisivas para el ser humano, como la consolidación de su personalidad, identidad y autonomía.<sup>5,6</sup> Dentro de este contexto, los pares son tomados como referentes importantes y es un momento en el cual pueden iniciar muchas prácticas de riesgo para la salud. Además de esto, de acuerdo con la OMS, la mitad de los trastornos mentales de la fase adulta empiezan alrededor de los 14 años;<sup>7</sup> el adolescente puede ser afectado de manera importante por eventos vitales estresantes, debido a que se encuentra en proceso de desarrollo de habilidades para la regulación emocional, interacción social y planeación del proyecto de vida. Todo lo anterior indica que es prioritaria la investigación de las afectaciones que presenta para la identificación de tendencias y factores de riesgo que contribuyan a su prevención.

Estos aspectos han de comprenderse en interacción con características detectables a nivel individual, familiar y social con probabilidad de ocasionar daños y vulnerar la calidad de vida.<sup>8</sup> Algunos factores que pueden propiciar la presencia de conductas suicidas en

adolescentes son: escasas oportunidades sociales, laborales y educativas; tener experiencias adversas, los condicionantes en el exosistema y macrosistema donde se desarrolla el adolescente que pueden limitar su participación y/o libertad para la satisfacción de necesidades fundamentales.<sup>5,9</sup> También se puede presentar asociado con estresores como el fracaso académico, las rupturas en las relaciones, la disfunción familiar,<sup>2,10</sup> el bullying,<sup>11</sup> entre otros. De igual manera, se constituyen en factores de riesgo suicida los antecedentes de suicidio en el contexto familiar, consumo de sustancias, percepción de desesperanza ante el futuro, historia personal de intento de suicidio y/o autolesión<sup>12,13</sup> e ideación suicida.<sup>14</sup>

En Colombia, las tasas de suicidio en adolescentes han mostrado un aumento importante entre los años 1989-1999, pasando de 2,0 suicidios por cada cien mil adolescentes en 1989 hasta llegar a 4,9 en 1999.<sup>15</sup> Entre 2000-2010 se nota una tendencia al aumento en los primeros tres años de ese período: 6,1, 5,9 y 6,4 por cada 100 000 adolescentes respectivamente; y a partir de allí observa una tendencia al descenso, siendo los años más bajos 2008 y 2010 con 4,5/100.000 suicidios por 100 000 adolescentes.<sup>16</sup> Entre 2011-2013 continuó el descenso en las tasas, ubicándose en 3,4, 3,7 y 3,4 respectivamente.<sup>17</sup>

En este orden de ideas, se hace relevante comprender las características que ha adoptado este fenómeno en los últimos años en el Departamento de Quindío, uno de los más afectados con altas tasas de suicidio en el país. En la región no se conocen las tendencias del suicidio en adolescentes, a pesar de que se han encontrado altas proporciones de riesgo e

ideación suicida. Su estudio puede permitir identificar las particularidades que tiene en

### OBJETIVO

De este modo, la presente investigación se propuso como objetivo caracterizar el suicidio en adolescentes del Departamento de Quindío, Colombia, entre 1989 a 2013. Se espera que este

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa, observacional, con un análisis descriptivo de las características personales, espaciales y temporales de los adolescentes que entre 1989-2013 residían en el Departamento de Quindío y murieron por suicidio.

El universo poblacional estuvo conformado por los 867 suicidios registrados en el departamento en los años estudiados, de los cuales se tomaron como muestra aquellos reportados en adolescentes, teniendo como referente las edades propuestas por la Organización Mundial de la Salud (entre los 10 y 19 años).

Para ello se recurrió a fuente secundaria, conformada por los certificados de defunción del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). De esta base de datos se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, escolaridad, municipio, área de residencia, sitio donde ocurrió la defunción,

### RESULTADOS

Características personales, temporales y espaciales de los adolescentes muertos por suicidio.

Entre 1989–2013, se suicidaron 158 adolescentes en el Departamento de Quindío. De ellos, 67,7% fueron hombres (107 casos). El

dicho contexto,<sup>18</sup> de acuerdo con la OMS, esto es fundamental para su prevención.<sup>7</sup>

estudio proporcione información para la elaboración de nuevas preguntas que contribuyan al diseño de acciones investigativas y preventivas en ese departamento.

mecanismo de muerte y mes de ocurrencia. Los años fueron agrupados por quinquenios.

Se calcularon medidas de frecuencia absoluta y relativa a cada una de las variables. Para calcular la mortalidad, se recurrió a las proyecciones poblacionales del DANE, y se calcularon tasas específicas de mortalidad por suicidio, discriminando por sexo, municipio y grupo de edad. Todas ellas se expresaron por 100 000 adolescentes.

Se tuvieron en cuenta condiciones éticas según el Artículo 11 de la Resolución 8430 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. Esta investigación se consideró sin riesgo, pues se trabajó con fuente secundaria, esa base de datos es pública y no permite la identificación de los adolescentes que cometieron suicidio y respeta la confidencialidad en todos los casos.

15,8% tenía entre 10 y 14 años. En cuanto al estado civil, 82,9% eran solteros; 9,5% presentaban otra condición civil y de 7,6% restante no se informó su estado civil. Se encontró también que 36,7% había realizado estudios secundarios, 12,0% primarios, 3,2%

técnicos o universitarios, y 1,3% no habían alcanzado algún grado de escolaridad; en 46,8% no se informó su condición escolar.

Se encontró también que las mayores proporciones de suicidio tuvieron lugar en el quinquenio 1999-2003, con 30,4%; el mes de diciembre, 13,3%; la ciudad de Armenia, 50,0%. Al analizar el área de residencia sobresalió cabecera municipal, con 78,5%. Se halló también que el sitio en que con mayor porcentaje se cometió el suicidio fue en el domicilio con

47,1%. En cuanto al mecanismo sobresalió el ahorcamiento y sofocación con 39,9%; pero al discriminar según el sexo, se nota que en las mujeres el mecanismo más utilizado fue la ingesta de medicamentos, venenos y disolventes, con 49,0%, seguido del ahorcamiento, con 31,4%. En hombres, en cambio, el primer lugar lo ocupó el ahorcamiento, con 43,9%, seguido del uso de armas de fuego, con 33,6%. (Tabla 1).

**Tabla 1.** Defunciones por suicidio en adolescentes de Quindío según variables personales, temporales y espaciales

| Característica       | Hombres |      | Mujeres |      | Total |      |
|----------------------|---------|------|---------|------|-------|------|
|                      | No.     | %    | No.     | %    | No.   | %    |
| <b>Quinquenio</b>    |         |      |         |      |       |      |
| Entre 1989 y 1993    | 8       | 7,5  | 4       | 7,8  | 12    | 7,6  |
| Entre 1994 y 1998    | 20      | 18,7 | 4       | 7,8  | 24    | 15,2 |
| Entre 1999 y 2003    | 36      | 33,6 | 12      | 23,5 | 48    | 30,4 |
| Entre 2004 y 2008    | 20      | 18,7 | 18      | 35,3 | 38    | 24,1 |
| Entre 2009 y 2013    | 23      | 21,5 | 13      | 25,5 | 36    | 22,8 |
| <b>Mes defunción</b> |         |      |         |      |       |      |
| Enero                | 8       | 7,5  | 5       | 9,8  | 13    | 8,2  |
| Febrero              | 7       | 6,5  | 5       | 9,8  | 12    | 7,6  |
| Marzo                | 10      | 9,3  | 8       | 15,7 | 18    | 11,4 |
| Abril                | 9       | 8,4  | 2       | 3,9  | 11    | 7,0  |
| Mayo                 | 6       | 5,6  | 3       | 5,9  | 9     | 5,7  |
| Junio                | 9       | 8,4  | 1       | 2,0  | 10    | 6,3  |
| Julio                | 10      | 9,3  | 3       | 5,9  | 13    | 8,2  |
| Agosto               | 10      | 9,3  | 5       | 9,8  | 15    | 9,5  |
| Septiembre           | 11      | 10,3 | 5       | 9,8  | 16    | 10,1 |
| Octubre              | 6       | 5,6  | 3       | 5,9  | 9     | 5,7  |
| Noviembre            | 8       | 7,5  | 3       | 5,9  | 11    | 7,0  |
| Diciembre            | 13      | 12,1 | 8       | 15,7 | 21    | 13,3 |

| <b>Municipio de residencia</b>      |    |      |    |      |     |      |
|-------------------------------------|----|------|----|------|-----|------|
| Armenia                             | 57 | 53,3 | 22 | 43,1 | 79  | 50,0 |
| Buenavista                          | 0  | -    | 1  | 2,0  | 1   | 0,6  |
| Calarcá                             | 15 | 14,0 | 4  | 7,8  | 19  | 12,0 |
| Circasia                            | 6  | 5,6  | 5  | 9,8  | 11  | 7,0  |
| Córdoba                             | 1  | 0,9  | 0  | -    | 1   | 0,6  |
| Filandia                            | 1  | 0,9  | 2  | 3,9  | 3   | 1,9  |
| Génova                              | 2  | 1,9  | 2  | 3,9  | 4   | 2,5  |
| La Tebaida                          | 5  | 4,7  | 2  | 3,9  | 7   | 4,4  |
| Montenegro                          | 7  | 6,5  | 6  | 11,8 | 13  | 8,2  |
| Pijao                               | 3  | 2,8  | 5  | 9,8  | 8   | 5,1  |
| Quimbaya                            | 9  | 8,4  | 2  | 3,9  | 11  | 7,0  |
| Salento                             | 1  | 0,9  | 0  | -    | 1   | 0,6  |
| <b>Área de residencia</b>           |    |      |    |      |     |      |
| Cabecera municipal                  | 83 | 83,8 | 34 | 68,0 | 117 | 78,5 |
| Área rural                          | 16 | 16,2 | 16 | 32,0 | 32  | 21,5 |
| <b>Sitio de defunción</b>           |    |      |    |      |     |      |
| Hospital, clínica o centro de salud | 22 | 21,6 | 24 | 47,1 | 46  | 30,1 |
| Casa                                | 50 | 49,0 | 22 | 43,1 | 72  | 47,1 |
| Otro                                | 30 | 29,4 | 5  | 9,8  | 35  | 22,9 |
| <b>Mecanismo de muerte</b>          |    |      |    |      |     |      |
| Ahorcamiento y sofocación           | 47 | 43,9 | 16 | 31,4 | 63  | 39,9 |
| Armas de fuego y explosivos         | 36 | 33,6 | 8  | 15,7 | 44  | 27,8 |
| Medicamentos, venenos y disolventes | 18 | 16,8 | 25 | 49,0 | 43  | 27,2 |
| Sumersión                           | 1  | 0,9  | 0  | -    | 1   | 0,6  |
| Salto al vacío                      | 5  | 4,7  | 1  | 2,0  | 6   | 3,8  |
| Otras causas                        | 0  | -    | 1  | 2,0  | 1   | 0,6  |

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

### *Comportamiento de la mortalidad*

En los 25 años estudiados, la tasa específica de suicidio en adolescentes fue de 6,7 por cada 100 000 adolescentes; se presentaron diferencias importantes según el sexo. La tasa en hombres fue de 9,0 X 100 000, mientras que las mujeres se ubicaron en 4,3 X 100 000. Las tasas entre 10 y 14 años no mostraron diferencias notables: la de los hombres se ubicó en 2,3 por

cada 100 000 frente a 1,8 de las mujeres. Entre 15 y 19 años sí hubo diferencias marcadas: 16,1 por cada 100 000 de los hombres y 6,9 por cada 100 000 en mujeres. Al discriminar por quinquenios, sexo y grupo de edad, hay un incremento en las tasas hasta el quinquenio 1999-2003, y a partir de allí en algunas de ellas se aprecia un descenso. (Tabla 2).

**Tabla 2.** Tasas de prevalencia de suicidio según sexo y grupo de edad por quinquenio

| Quinquenios | Hombres |         | Mujeres |         | Total |
|-------------|---------|---------|---------|---------|-------|
|             | 10 a 14 | 15 a 19 | 10 a 14 | 15 a 19 |       |
| 1989 - 1993 | -       | 7,7     | -       | 3,8     | 2,8   |
| 1994 - 1998 | 2,6     | 15,6    | 0,8     | 2,7     | 5,2   |
| 1999 - 2003 | 1,5     | 30,4    | 0,8     | 9,7     | 10,0  |
| 2004 - 2008 | 1,5     | 14,5    | 4,6     | 10,0    | 7,5   |
| 2009 - 2013 | 5,7     | 12,4    | 2,5     | 8,0     | 7,3   |

**Fuente:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Las tasas específicas de suicidio en municipios oscilaron entre 0,6 X100 000 adolescentes de Salento y 30,8 suicidios por cada 100 000 adolescentes de Quimbaya. Según el sexo, las tasas más altas en mujeres se encontraron en

Pijao con 29,9 suicidios por cada 100 000 mujeres adolescentes, y en los hombres se hallaron en Quimbaya con 50,5 por cada 100 000 varones adolescentes. (Tabla 3).

**Tabla 3.** Tasas de prevalencia de suicidio según municipio y sexo

| Municipio  | Tasa hombres | Tasa mujeres | Tasa municipio |
|------------|--------------|--------------|----------------|
| Armenia    | 9,4          | 3,7          | 6,6            |
| Buenavista | -            | 12,9         | 6,3            |
| Calarcá    | 9            | 2,4          | 5,7            |
| Circasia   | 9,9          | 8,2          | 9              |
| Córdoba    | 8            | -            | 4              |
| Filandia   | 3,2          | 6,6          | 4,8            |
| Génova     | 8,6          | 8,5          | 8,5            |
| La Tebaida | 6,9          | 2,7          | 4,8            |
| Montenegro | 7,6          | 6,6          | 7,1            |
| Quimbaya   | 50,5         | 11,2         | 30,8           |
| Salento    | 1,2          | -            | 0,6            |
| Pijao      | 17,2         | 29,9         | 23,4           |

**Fuente:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

## DISCUSIÓN

Se encontró que la tasa de suicidio masculino fue el doble del femenino, situación que es

similar al estudio realizado en Antioquia donde se registró una mayor ocurrencia de suicidios en

adolescentes masculinos.<sup>19</sup> Este comportamiento puede explicarse porque los hombres tienden a utilizar métodos más letales, que al parecer estarían relacionado con los roles de género asignados culturalmente.<sup>20,21</sup>

Por otra parte, la población adolescente que cometió mayor número de suicidios estaba entre los 15 y 19 años (84,2 %), rango de edad entendido como la adolescencia tardía, que corresponde a una etapa en la que, de acuerdo con los planteamientos de algunos estudios, puede incrementar el riesgo de desarrollar enfermedades o alteraciones mentales causados en parte por el consumo de sustancias psicoactivas, cambios conductuales y/o emocionales, así como la existencia de eventos traumáticos que predisponen la aparición de conductas suicidas;<sup>22</sup> otra probable explicación se encuentra en las demandas que percibe el adolescente de su contexto familiar, educativo, social y laboral, lo cual influiría en el equilibrio de los elementos biopsicosociales del mismo.<sup>23</sup>

En relación con el estado civil, 82,9% de los adolescentes muertos por suicidios eran solteros. Algunas investigaciones han señalado que el estar casado o tener algún tipo de unión marital puede disminuir hasta 50% la posibilidad de realizar un suicidio.<sup>19,24</sup> En cuanto al nivel educativo, se encontró que 36,7% tenía como máximo estudios secundarios y 12,0% solo habían cursado estudios primarios. Se han evidenciado que existe una relación estrecha entre un alto nivel educativo y el desarrollo de habilidades para la resolución de conflictos, lo cual representaría un factor protector frente a conductas del espectro suicida;<sup>25</sup> esto puede explicarse porque la educación empodera de conocimientos y estrategias que ayudan a

afrontar de manera adecuada los problemas o situaciones adversas.<sup>26</sup>

En cuanto a las tasas por quinquenios, se encontró que el mayor riesgo se dio en 1999-2003 con una tasa de 10,0 por cada 100 000 adolescentes. Probablemente esta situación fue propiciada, en parte, por el terremoto que afectó gravemente al departamento en 1999; estudios previos han encontrado que luego de desastres naturales aumenta la proporción de conductas suicidas en la población afectada.<sup>27</sup>

Por su parte, el municipio de Quimbaya con una tasa de 30,6 por cada 100.000 adolescentes y Pijao con una tasa de 23,4 por cada cien mil adolescentes sobresalieron de manera importante sobre los demás municipios. Quizá esta amplia diferencia se deba a características contextuales de la población, pues algunos estudios indican que el suicidio tiene su origen en la interacción de factores culturales, económicos, psicosociales, ambientales y educativos;<sup>28</sup> dichos factores del exosistema pueden ser interpretados como riesgos de acuerdo con la percepción del individuo,<sup>9</sup> y en algunos casos pueden constituirse experiencias vitales adversas, lo cual, tras un posible efecto acumulativo, daría lugar al suicidio.<sup>29</sup> Dada la importancia de las tasas encontradas, se recomienda realizar estudios e investigaciones que profundicen en el reconocimiento de la influencia contextual en la conducta suicida, especialmente en los municipios reseñados.

Con referencia al mes, se halló que diciembre fue la época del año con mayor prevalencia de suicidio, lo que probablemente se relaciona con el cese de actividades escolares y, por ende, con un posible alejamiento de las redes de apoyo social de los adolescentes, situación que puede



desencadenar sentimientos de soledad.<sup>30</sup> Además, es preciso considerar que las festividades de este mes representan un aumento en el consumo de alcohol; ambos factores (soledad, consumo de alcohol) en su interacción, parecen constituirse en factores de riesgo importantes para el desarrollo de conductas suicidas en esta población.<sup>31</sup>

En cuanto al área de residencia, la cabecera municipal tuvo mayor proporción de suicidio (78,5 %) en relación con el área rural, lo cual podría tener su explicación a las características en los estilos de vida que prevalecen en la zona urbana, la disponibilidad de sustancias adictivas que inciden en un gran número de suicidios, la presencia de alteraciones o trastornos mentales y la experiencia de eventos vitales adversos, especialmente a nivel familiar.<sup>32</sup> Sin embargo, la literatura especializada advierte sobre los factores de riesgo presentes en el área rural y sus crecientes tasas de suicidios en diversos países, entre ellos, Colombia, debido posiblemente a la desigualdad económica, la violencia social, el desplazamiento y la pobreza en esta zona, por lo cual se hace necesario diseñar investigaciones que profundicen al respecto para aportar a los planes de prevención en estas dos áreas.<sup>32,33</sup>

Igualmente, los resultados reflejan que el sitio de defunción que predominó fue el hogar (47,1%), escenario frecuente históricamente del hecho suicida, según el informe sobre comportamiento de suicidio en Colombia reportado por el Instituto de Medicina Legal,<sup>17</sup> esto se deriva de la posibilidad de acceso a objetos y recursos como armas de fuego, medicamentos u otros instrumentos potencialmente letales.

Finalmente, al analizar los mecanismos empleados para el acto suicida, se identifica el ahorcamiento y sofocación con 43,9%, seguido del uso de armas de fuego con 33,6%; métodos empleados en su mayoría por los hombres, lo que puede estar relacionado con rasgos como la impulsividad y agresividad; además, cabe resaltar que los hombres tienen más dificultades para buscar apoyo ante los problemas personales, lo cual ha sido relacionado con estereotipos sociales de masculinidad; 34-36 caso contrario ocurre con las mujeres que emplean métodos menos letales como la sobredosis de medicamentos y/o sustancias tóxicas, lo que en la mayoría de los casos posibilita la atención médica oportuna, lo cual se debe posiblemente, a que las mujeres pueden utilizar las conductas suicidas como medio de comunicación y búsqueda de ayuda de su familia o personas cercanas sobre la existencia de problemas emocionales e interpersonales graves.<sup>34-35</sup>

#### Limitaciones del estudio

Antes de finalizar la discusión, es importante señalar las limitaciones de la presente investigación. En primer lugar, se debe tener presente que se trabajó con fuentes secundarias, y que dicha información puede presentar sesgos referentes a la recolección, codificación o procesamiento, que pueda generar aspectos como por ejemplo el subregistro.

También se constituyó en una limitación del presente estudio el que el DANE a partir de 2013 dejase de entregar la edad en años cumplidos por tal motivo no se pudo realizar los cálculos descriptivos a dicha variable, y necesariamente se debió agrupar el período 1989-2010

siguiendo la misma distribución del DANE, que para nuestro caso fueron dos: 10-14 y 15-19 años; a partir del año en mención, se dejó de entregar la fecha de defunción, por lo tanto no se pudo analizar el día de la semana en que se cometió el suicidio.

Además de esto, se identificó que el DANE no ha conservado a través de los años la misma codificación. Esto se resolvió uniendo diferentes niveles de medición de las variables en una

### CONCLUSIONES

El suicidio en adolescentes del Departamento de Quindío presentó tasas considerablemente superiores a las reportadas para Colombia en general. Sus características siguen un patrón similar al encontrado en otros estudios, tanto nacionales como internacionales: mayor proporción de suicidio de hombres que en mujeres y en solteros; uso de métodos más letales por parte de los hombres como ahorcamiento y arma de fuego; preferencia por llevar a cabo el acto en el lugar de residencia, y mayores proporciones de suicidios entre

misma categoría; no obstante ello redujo la especificidad de los análisis. Por último, antes de reunir en un solo archivo el período 1989- -2013, se debió estandarizar la información de cada año, y asegurarse de que en una misma columna estuviese siempre la misma variable. Cabe resaltar que en la variable escolaridad la proporción de datos perdidos fue muy alta: en 46,8% de los casos no se informó, lo que limitó su análisis.

adolescentes que tienen 15-19 años, frente a los adolescentes que ocupan la franja entre los 10 a 14 años. La mayoría de los adolescentes había realizado estudios secundarios.

Las tasas municipales mostraron variaciones muy importantes, pero resalta sobremanera la registrada en el municipio de Quimbaya, la cual fue cinco veces superior al promedio del departamento, e indica la necesidad de que las autoridades competentes adopten medidas, y que las universidades continúen investigando en la zona para dilucidar las causas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva D, Benjamín V, Sandivia S, Konh R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Rev méd Chile*. 2013;141(10).
2. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez R. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2016;15(1):90–100.
3. OMS. Suicidio. Organización Mundial de la Salud. 2017.
4. OMS. Prevención del suicidio (SUPRE). Organización Mundial de la Salud. 2012.
5. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero J. Factores de riesgo

asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2011;27(1).

6. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86(6):436-43.

7. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra: 2014, 1-20 p.

8. Pineda Roa C. Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *rev.colomb.psiquiatr*. 2013;42(4).

9. Pérez Amezcua B, Rivera Rivera L, Atienzo E,

- Castro F, Leyva López A, Chávez Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud pública Méx.* 2010;52(4).
10. Teti GL, Rebok F, Rojas SM, Grendas L, Daray FM. Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Rev Panam salud pública.* 2014 Aug;36(2):124-33.
11. Romo ML, Kelvin EA. Impact of bullying victimization on suicide and negative health behaviors among adolescents in Latin America. *Rev Panam Salud Pública.* 2016;40(5):347-55.
12. Piedrahita L, Paz K, Romero A. Estrategia e intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Hacia promoció Salud.* 2012;17(2).
13. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017;143(2):187-232.
14. González PC, Medina ÓA, Ortiz JC. Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Rev Habanera Ciencias Médicas.* 2016;15(1):136-46.
15. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Rev Panam Salud Pública.* 2007;22(4):231-8.
16. Cardona Arango D, Medina Pérez Ó, Cardona Duque D. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015. En prensa.
17. Cifuentes Osorio S. Comportamiento del suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses; Colombia: 2013.
18. Cardona-Duque D, Medina-Pérez O, Blandón-Cuesta O. Variables psicológicas, familiares y demográficas asociadas al riesgo suicida en adolescentes de Circasia-Quindío. 2017. En prensa.
19. Medina-Pérez Ó, Díaz-Téllez Á, Roza-David A. Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Rev Fac Med.* 2015;63(3):431-8.
20. Vera Romero O, Díaz Vélez C. Suicidio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente. *Salud pública Méx.* 2012;54(4):363-4.
21. González A, Rodríguez Á, Aristizábal A, García J, Palacio C, López C. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *rev.colomb.psiquiatr.* 2010;39(2).
22. Pérez Olmos I, Téllez Cruz D, Vélez Traslaviña Á, Ibáñez Pinilla M. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *rev.colomb.psiquiatr.* 2012;41(1).
23. Pérez Collado J, Pérez Collado T, Azcuy Collado M, Mirabal Martínez G. Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Rev Cuba Invest Bioméd.* 2014;33(1).
24. Ovalle Borrego I, Santana Santana E. Caracterización clínico-epidemiológica del intento suicida en La Coloma. *Rev Ciencias Médicas.* 2013;17(5).
25. Argota Matos, Nolvis, Álvarez Caballero, Mileidis, Camilo Colás, Victor, Sánchez Maso, Yailén, Barceló Román M. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Rev Med Electron.* 2015;37(1).
26. Rubio L, Cardona Duque D, Medina Pérez Ó, Garzón Olivera L, Garzón Borraray H, Rodríguez Hernández N. Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia. *Rev Fac Med.* 2014;62(1).
27. Krug EG, Peddicord JP, Dahlberg LL, Powell KE, Crosby AE, Anest JL. Suicide after natural disasters. *N Engl J M.* 1998;338(6):373-8.
28. Rodríguez Escobar J, Medina Pérez Ó, Cardona Duque D. Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. *rev.fac.med.* 2013;61(1).
29. Antón San Martín J, Sánchez Guerrero E, Pérez

- Costilla L, Labajos Manzanares MT, Otero D, Benítez Parejo Y, et al. Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anal Psicol.* 2013;29(3).
30. González-Forteza C, Mariño M del C, Mondragón L, Medina-Mora M. Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. *Psicol Conduct.* 2000;8(1):147-52.
31. Salvo GL, Castro SA. Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Rev méd Chile.* 2013;141(4).
32. García Valencia J, Montoya Montoya G, López Jaramillo C, López Tobón M, Montoya Guerra P, Arango Viana J, et al. Características de los suicidios de áreas rurales y urbanas de Antioquia, Colombia. *rev.colomb.psiquiatr.* 2011;40(2).
33. Pérez FA. Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia). *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2014;32(2).
34. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter Psicol.* 2015;33(2).
35. Adorno S, Pagliaro N. Situación actual del suicidio y tentativa de suicidio en el Paraguay. *An Fac Cienc Méd.* 2012;45(2).
36. Hernández Trujillo A, González Elías I, López Acosta Y. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. *Medisan.* 2013;17(12).