



Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2001-2020

Characterization of suicide in adolescents in Antioquia, Colombia, 2001-2020.

Óscar Adolfo Medina-Pérez^{1*} , Bibiana Patricia Rojas-Arango¹ , Liliana Marcela García-Vega¹ 

¹Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Medellín, Colombia.

*Autor para la correspondencia: oscar.medina@unad.edu.co

Cómo citar este artículo

Medina-Pérez OA, Rojas-Arango BP, García-Vega LM: Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2001-2020. Rev haban cienc méd [Internet]. 2024 [citado]; Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5392>

Recibido: 17 de julio de 2023
Aprobado: 15 de junio de 2024

RESUMEN

Introducción: El suicidio es un problema creciente de salud pública en todo el mundo que afecta a todos los grupos poblacionales, incluidos los adolescentes. En los últimos años, las tasas de suicidio en adolescentes han aumentado, lo que resalta la necesidad de conocer sus características para implementar mejores programas de intervención.

Objetivo: Caracterizar las muertes por suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, en el periodo 2001-2020.

Material y Método: Se realizó un estudio ecológico transversal de las características personales, geográficas y temporales de los fallecidos. La información de las muertes se obtuvo de los registros de defunción que gestiona el Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia. Se realizaron análisis descriptivos acordes a la naturaleza de cada variable y se calcularon tasas de mortalidad.

Resultados: Se registraron 1 250 suicidios en los veinte años que se estudian, para un promedio de 62,5 suicidios por año. Predominaron las muertes en: hombres, 64,6 %; solteros, 81,4 %; entre 15 y 19 años, 81,0 %; fallecidos en el lugar donde residían, 50,2 %; quienes vivían en la cabecera municipal, 65,4 %; residentes del Valle de Aburrá, 50,7 %; quienes recurrieron al ahorcamiento, 54,4 %. La tasa se ubicó en 6,0 por cada 100 000 adolescentes (7,6 hombres y 4,3 mujeres). Las tasas en zona rural fueron más altas: 7,1 frente a 5,3 por cada 100 000 adolescentes en la cabecera municipal.

Conclusiones: La existencia de tasas importantes de suicidio en el período analizado indica la necesidad de que las autoridades pertinentes desarrollen e implementen programas de prevención adecuados.

Palabras Claves:

Adolescente, Colombia, factores de riesgo, mortalidad, suicidio.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a growing worldwide public health problem that affects all population groups, including adolescents. In recent years, suicide rates among adolescents have increased, highlighting the need to understand their characteristics in order to implement better intervention programs.

Objective: To characterize suicide deaths in adolescents in Antioquia, Colombia, during the period 2001-2020.

Material and Methods: An ecological cross-sectional study was conducted to analyze personal, geographic, and temporal characteristics of the deceased. Information on deaths was obtained from death registration records managed by the National Administrative Department of Statistics of Colombia. Descriptive analyses were conducted according to the nature of each variable, and mortality rates were calculated.

Results: A total of 1.250 suicides were registered in the twenty-year period studied, with an average of 62.5 suicides per year. Deaths were predominantly in males (64.6 %), single individuals (81.4 %), aged between 15 and 19 years (81.0 %), those who died where they resided (50.2 %), those living in the municipal seat (65.4 %), residents of the Valle del Aburrá (50.7 %), and those who used hanging as the method of suicide (54.4 %). The rate was 6.0 per 100.000 adolescents (7.6 for males and 4.3 for females). Rates in rural areas were higher: 7.1 compared to 5.3 per 100.000 adolescents in the municipal seat.

Conclusions: The existence of significant suicide rates in the analyzed period indicates the need for relevant authorities to develop and implement appropriate prevention programs.

Keywords:

Adolescent, Colombia, risk factors, mortality, suicide.



INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es un acto intencional que lleva a cabo una persona para poner fin a su vida." (Organización Mundial de la Salud, 2021).⁽¹⁾ Es una problemática de salud pública a nivel mundial debido al alto impacto emocional, social y psicológico que causa tanto a la familia de quien lo comete, como en su entorno cercano.⁽²⁾

Se estima que en 2019 hubo 703 000 muertes por suicidio a nivel mundial, lo que equivale a una tasa de mortalidad de 9,0 suicidios por cada 100 000 habitantes. En Latinoamérica y el Caribe la tasa es de 5,5 por cada 100 000 habitantes, aunque esas cifras varían enormemente de país a país.⁽³⁾ En Cuba, por ejemplo, se encontró una tasa de 2,5 por cada 100 000 adolescentes en el período 2011-2016⁽⁴⁾, y Guyana, en cambio registró en 2019 una tasa de 6,9 por cada 100 000 habitantes para el grupo de edad de 10-14 años y de 40,4 por cada 100 000 habitantes entre quienes tenían 15-19 años.⁽⁵⁾

La adolescencia es la etapa vital que media entre la niñez y la adultez, y según la OMS tiene lugar entre los diez y diecinueve años;⁽⁶⁾ en ella, los adolescentes experimentan importantes cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, que los llevan a cuestionar su identidad y a explorar nuevas formas de relacionarse con el mundo que los rodea; estos cambios pueden generar malestar y estrés que pueden devenir una conducta del espectro suicida.⁽⁷⁾

Se han identificado múltiples factores de riesgo que pueden predisponer a los adolescentes al suicidio, destacando significativamente los intentos previos.⁽⁸⁾ Se ha señalado también la existencia de una fuerte relación entre trastornos psiquiátricos y el suicidio consumado; de hecho, estudios señalan que 90 % de las personas que murieron por suicidio tenían en curso un trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la de mayor prevalencia.⁽⁹⁾ También ha de tenerse en cuenta las relaciones que se establecen con los pares en el ámbito académico, pues dependiendo de la calidad de las mismas, estas pueden ser factor protector o de riesgo. Eventos como ser víctima de acoso o bullying, o desarrollar lazos afectivos poco sólidos con pares pueden constituirse en factores de riesgo.^(10,11)

Es preciso resaltar que el suicidio y las conductas del espectro suicida son prevenibles. En el ámbito educativo, familiar y en otros espacios de socialización se pueden desarrollar acciones que eviten el suicidio entre adolescentes. El capacitar a docentes, líderes comunales, padres de familia en la identificación de factores de riesgo como, por ejemplo, las violencias basadas en género, entre otras, además del establecimiento de posibles rutas para la prevención y atención frente a problemas, que pueden ayudar a establecer entornos protectores y de apoyo, que generan estrategias para prevenir el suicidio en adolescentes.^(12,13)

Es relevante considerar el aumento de suicidios durante la pandemia de la COVID-19, identificado por la OPS como uno de los principales problemas de salud regional actuales.⁽¹⁴⁾ Este contexto, marcado por desafíos sin precedentes, sugiere la posibilidad de enfrentar resultados más adversos en el futuro, y evidencian la urgencia de abordar esta problemática de manera proactiva.⁽¹⁵⁾

La investigación sobre el suicidio en adolescentes en Antioquia, Colombia, entre 2001-2020 es esencial, dada la singularidad sociocultural y demográfica del departamento. Esta región enfrenta dinámicas específicas que pueden impactar la salud mental de los jóvenes. Entender estas características permite desarrollar políticas de prevención y tratamiento más efectivas, atendiendo a las necesidades particulares de Antioquia y contribuyendo al bienestar de su población adolescente. Por tal motivo, el **objetivo** de la presente investigación fue caracterizar el suicidio en adolescentes del Departamento de Antioquia, Colombia, entre 2001-2020 .

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio ecológico transversal con análisis descriptivo de las características personales, geográficas y temporales de los adolescentes que murieron por suicidio en Antioquia durante el período comprendido entre 2001 y 2020.

La información se obtuvo de los registros de defunción manejados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). De ellos se seleccionaron aquellos que cumplían con los criterios de edad establecidos por la OMS⁽¹⁶⁾ para definir a los adolescentes; es decir, entre 10 y 19 años de edad, y que además tuviesen como causa principal de muerte códigos CIE-10 desde X60 hasta X84 o código Y870, que corresponden a suicidio; además, en departamento de residencia debían tener el código 05, que corresponde a Antioquia. En total, se incluyeron 1 250 registros en el estudio.

En algunas de las variables, las categorías originales del DANE fueron agrupadas para simplificar el proceso de análisis. Las variables analizadas y sus respectivas categorías, fueron:

Sexo: (hombre, mujer); Estado civil: (Casado/unión libre; separado; soltero; viudo); Grupo de edad: (10-14; 15-19); Escolaridad: (ninguna; primaria; secundaria; superior; sin información); Sitio de muerte: (casa/domicilio; hospital/clínica/centro de salud; trabajo; vía pública; otro; sin información); Área de residencia: (Cabecera municipal; Zona rural); Región geográfica: los 125 municipios del departamento se agruparon en las nueve subregiones, así: (Bajo Cauca; Magdalena Medio; Nordeste; Norte; Occidente; Oriente; Suroeste; Urabá; Valle de Aburrá); Quinquenio: (2001-2005; 2006-2010; 2011-2015 y 2016-2020); Recibió asistencia médica: (sí, no, sin información); Mecanismo de muerte:

los códigos empleados por la CIE 10 se agruparon de la siguiente manera: (X600–X699 Envenenamiento; X700–X709 Ahorcamiento; X710–X719 Ahogamiento y sumersión; X720–X749 Arma de fuego; X750–X759 Explosivos; X760–X769 Humo–fuego; X770–X779 Vapor de agua–vapores; X780–X799 Objeto con o sin filo; X800–X809 Salto al vacío; X810–X819 Arrojar a objeto en movimiento; X820–X829 Colisión de vehículo de motor; X830–X849 Lesión por otros medios especificados y no especificados y Y870 Secuelas de lesiones autoinfligidas).

La información fue ordenada, tabulada y analizada según la naturaleza de las variables; en las cualitativas se determinaron frecuencias absolutas y relativas; para las cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central, dispersión y posición. La mortalidad por suicidio se estimó utilizando las proyecciones poblacionales del DANE y se presentaron como tasas por cada 100 000 adolescentes y se discriminaron por sexo, región geográfica, área de residencia, grupos de edad y quinquenios.

El presente estudio se considera sin riesgo, debido al uso de una fuente de datos accesible al público y anónima, lo que implica que no se han revelado detalles que permitan identificar a las personas fallecidas por suicidio o a sus seres queridos. Esto significa que se han adoptado las medidas necesarias para garantizar la privacidad y la confidencialidad de la información recopilada, lo que es fundamental para proteger a las personas involucradas y mantener la integridad del estudio.

RESULTADOS

Características personales y temporales de quienes murieron por suicidio

En el Departamento de Antioquia, entre 2001 y 2020, murieron por suicidio 1 250 adolescentes, de los cuales 64,6 % (808) eran hombres. Ocho de cada diez eran solteros y tenían entre 15 y 19 años de edad. En cuanto a la escolaridad, prevalecieron quienes tenían estudios secundarios con 38,2 %. Se encontró también que en promedio se suicidaron 62,5 (DE 8,7) adolescentes por año, que 50 % de los suicidios tuvieron lugar entre 2001 y 2010, que el año con menor número de suicidios fue 2008 con 49 casos y 2019 el que presentó mayor reporte con 77 muertes. Al analizar por quinquenios sobresalió que la mayor proporción de suicidios tuvo lugar entre 2001-2005, con 28,6 % de los casos [Tabla 1]

Tabla 1. Estado civil, grupo de edad, escolaridad y quinquenios según sexo						
Características	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estado Civil						
Casado-U. Libre	30	3,7	57	12,9	87	7,0
Separado	-	0,0	1	0,2	1	0,1
Soltero	680	84,2	338	76,5	1018	81,4
Sin información	98	12,1	46	10,4	144	11,5
Grupo de edad						
10-14	131	16,2	107	24,2	238	19,0
15-19	677	83,8	335	75,8	1012	81,0
Escolaridad						
Ninguna	12	1,5	4	0,9	16	1,3
Primaria	129	16,0	60	13,6	189	15,1
Secundaria	286	35,4	191	43,2	477	38,2
Superior	13	1,6	5	1,1	18	1,4
Sin información	368	45,5	182	41,2	550	44,0
Quinquenios						
2001-2005	220	27,2	137	31,0	357	28,6
2006-2010	176	21,8	98	22,2	274	21,9
2011-2015	206	25,5	88	19,9	294	23,5
2016-2020	206	25,5	119	26,9	325	26,0

Fuente: Departamento Nacional de Estadística (DANE)

Características espaciales

Al analizar el sitio de muerte, se evidenció que uno de cada dos adolescentes murió en su residencia, y que uno de cada tres falleció en un establecimiento que brinda atención médica. Además, se determinó que la mayoría residía en la cabecera municipal. Por regiones geográficas, se encontró que la mitad de los adolescentes vivía en el Valle de Aburrá, mientras que la proporción más baja de fallecimientos tuvo lugar en los municipios del Magdalena Medio (Tabla 2).

Tabla 2. Sitio de muerte, área de residencia y región geográfica según sexo						
Características	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sitio de muerte						
Casa/domicilio	436	54,0	192	43,4	628	50,2
Hospital/Clínica/Centro salud	167	20,7	194	43,9	361	28,9
Trabajo	23	2,8	1	0,2	24	1,9
Vía Pública	67	8,3	17	3,8	84	6,7
Otro	98	12,1	24	5,4	122	9,8
Sin información	17	2,1	14	3,2	31	2,5
Área de residencia						
Cabecera Municipal	543	67,2	274	62,0	817	65,4
Zona Rural	241	29,8	157	35,5	398	31,8
Sin información	24	3,0	11	2,5	35	2,8
Región geográfica						
Bajo Cauca	27	3,3	23	5,2	50	4,0
Magdalena Medio	15	1,9	6	1,4	21	1,7
Nordeste	33	4,1	21	4,8	54	4,3
Norte	48	5,9	38	8,6	86	6,9
Occidente	23	2,8	25	5,7	48	3,8
Oriente	91	11,3	50	11,3	141	11,3
Suroeste	83	10,3	44	10,0	127	10,2
Urabá	47	5,8	33	7,5	80	6,4
Valle de Aburrá	437	54,1	197	44,6	634	50,7
Sin Información	4	0,5	5	1,1	9	0,7

Fuente: Departamento Nacional de Estadística (DANE)

Asistencia médica y mecanismo de muerte

Se encontró que 70,3 % de los adolescentes no recibió atención médica. En cuanto al mecanismo de muerte, se evidenció que más de la mitad murió por ahorcamiento, seguido por el envenenamiento. Al analizar por sexo, se encontró que el ahorcamiento fue el mecanismo más frecuente en los hombres, mientras que en las mujeres el envenenamiento fue el mecanismo más común. (Tabla 3).

Tabla 3. Asistencia médica recibida y mecanismo de muerte según sexo						
Características	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Recibió asistencia médica						
No	637	78,8	242	54,8	879	70,3
Sí	135	16,7	182	41,2	317	25,4
Sin Información	36	4,5	18	4,1	54	4,3
Mecanismo de muerte						
Ahogamiento y sumersión	6	0,7	2	0,5	8	0,6
Ahorcamiento	491	60,8	189	42,8	680	54,4
Arrojarse a objeto en movimiento	1	0,1	3	0,7	4	0,3
Colisión de vehículo de motor	1	0,1	-	0,0	1	0,1
Disparo arma de fuego	152	18,8	33	7,5	185	14,8
Envenenamiento	107	13,2	194	43,9	301	24,1
Explosivos	1	0,1	-	0,0	1	0,1
Medios especificados y no especificados	2	0,2	7	1,6	9	0,7
Objeto con o sin filo	9	1,1	-	0,0	9	0,7
Salto al vacío	38	4,7	14	3,2	52	4,2

Fuente: Departamento Nacional de Estadística (DANE)

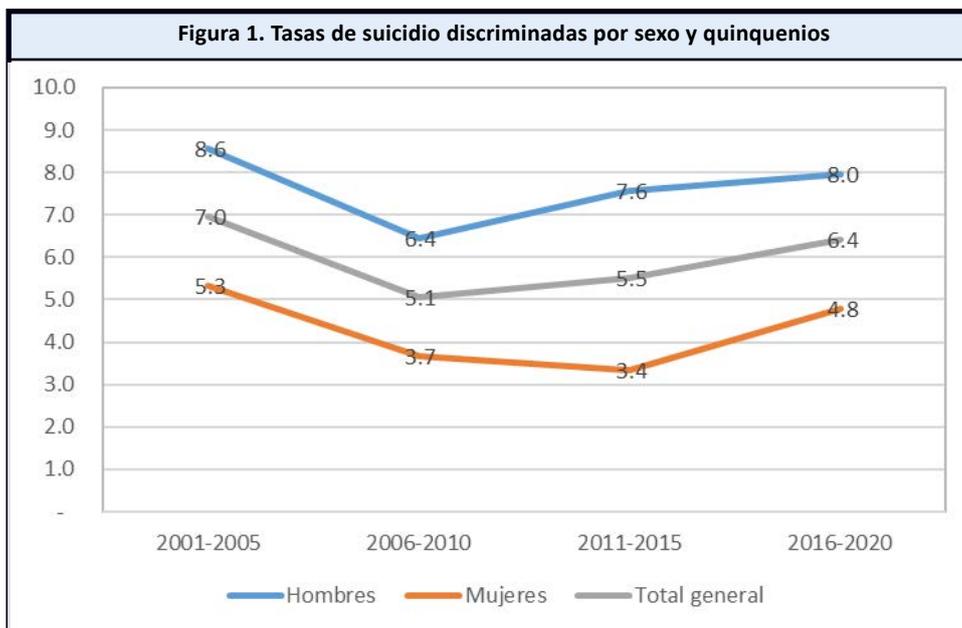
Comportamiento de la mortalidad

Se registró una tasa de suicidios de 6,0 por cada 100 000 adolescentes, (7,6 entre hombres y 4,3 en mujeres). Al analizar por regiones geográficas, se encontraron importantes disparidades en las tasas, oscilando desde 4,0 por cada 100 000 adolescentes de Urabá hasta 9,3 por cada 100 000 adolescentes que se presentó en Suroeste. Al discriminar por sexo también se notaron variaciones importantes: en hombres fluctuaron entre 4,6 por 100 000 que se registró en Urabá y 11,8 suicidios por cada 100.000 adolescentes que se encontró en Suroeste. En mujeres, en cambio, variaron entre 3,3 que se halló en Magdalena Medio y 8,3 por cada 100 000 adolescentes que se registró en Norte. (Tabla 4).

Tabla 4. Tasas por región geográfica según sexo			
Región Geográfica	Hombres	Mujeres	Total General
Bajo Cauca	5,5	4,8	5,2
Magdalena Medio	7,9	3,3	5,7
Nordeste	8,5	5,7	7,1
Norte	10,1	8,3	9,2
Occidente	5,4	6,2	5,8
Oriente	7,8	4,5	6,2
Suroeste	11,8	6,7	9,3
Urabá	4,6	3,4	4,0
Valle del Aburrá	7,6	3,4	5,5
Total General	7,6	4,3	6,0

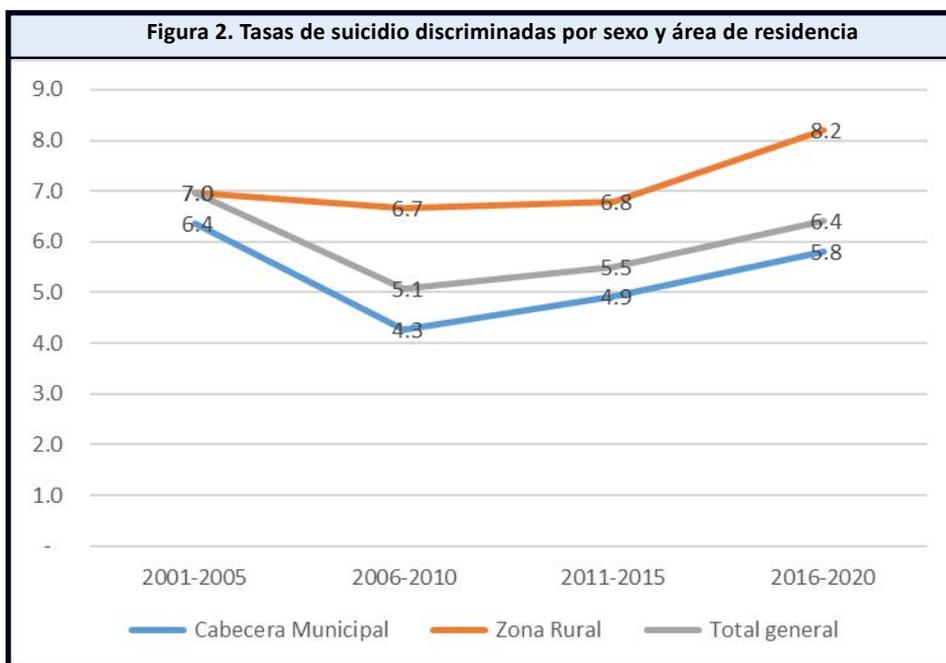
Fuente: Departamento Nacional de Estadística (DANE)

Al discriminar los suicidios por quinquenios, se descubrió que las tasas más elevadas acaecieron entre 2001 y 2005, con una tasa de 7,0 suicidios por cada 100 000 adolescentes; que en 2006-2010 se registra la tasa más baja (5,1 por cada 100 000 adolescentes), y a partir de allí se presenta un aumento constante, pero sin superar las tasas registradas en 2001-2005. Al discriminar por sexo se nota que los hombres tuvieron un comportamiento similar al que registró la tasa general, pero en mujeres la situación fue distinta porque las tasas bajaron durante una década, y en el último quinquenio mostraron un aumento importante, pero sin llegar a superar la tasa del primer quinquenio. (Figura 1).



Fuente: Departamento Nacional de Estadística (DANE)

Al analizar las tasas de suicidio discriminadas por área de residencia, se observa que en la cabecera municipal las tasas más altas se encontraron en el quinquenio 2001-2005 (se registró una tasa de 6,4 por cada 100 000 adolescentes), que en el quinquenio siguiente bajaron a 4,3 por cada 100 000 adolescentes y de allí en adelante subió en la década siguiente, pero sin superar la tasa del primer quinquenio. Distinto fue el comportamiento de las tasas en zona rural, pues parten de 7,0 suicidios por cada 100 000 adolescentes, en el quinquenio siguiente muestra un leve descenso, para iniciar un aumento que ubicó su tasa en 2016-2020 muy por encima de la tasa de partida: 9,2 por cada 100 000 adolescentes. (Figura 2).



Fuente: Departamento Nacional de Estadística (DANE)

DISCUSIÓN

En la presente investigación se evidenció que la mayor proporción de suicidios fueron llevados a cabo por hombres, lo que coincide con lo observado en otros departamentos de Colombia y países de la región.^(17,18,19) Hay varios factores que pueden explicar esta diferencia, entre ellas el que en espacios de socialización primaria como la familia y la escuela se educa a los hombres bajo la premisa de que deben ser “fuertes” y no expresar sus sentimientos y emociones, lo que puede conducir a una falta de habilidades para afrontar situaciones estresantes y a una tendencia a optar por soluciones drásticas en lugar de buscar ayuda.^(20,21) Además, los hombres pueden tener más acceso a mecanismos suicidas letales, como armas de fuego.⁽²²⁾

También se encontraron tasas más elevadas de suicidio en zonas rurales, lo que coincide con otros departamentos, e incluso el país.^(17,18) Esto puede deberse a la falta de acceso a servicios de salud mental y a recursos médicos en las zonas rurales,⁽²³⁾ así como a una mayor incidencia de factores estresantes como la pobreza, la escasez de oportunidades económicas y fenómenos como la violencia armada.^(24,25) Investigaciones desarrolladas en el departamento, han encontrado estrecha relación entre el suicidio y dinámicas del conflicto armado como amenazas, masacres y desplazamientos, tal como se ha documentado en el municipio de La Unión.⁽²⁶⁾

Se hallaron mayores tasas de suicidio en quienes tenían entre 15 y 19 años. Se ha señalado que los jóvenes en estas edades enfrentan desafíos como la transición a la adultez, la búsqueda de identidad y la falta de habilidades para manejar situaciones estresantes, que pueden ser fuentes de estrés y ansiedad.⁽²⁷⁾ Además, están expuestos a presiones sociales y escolares que podrían aumentar su vulnerabilidad a situaciones de estrés y la posibilidad de llevar a cabo conductas de espectro suicida.⁽²⁸⁾

Quedó de manifiesto que las mayores tasas de suicidio se registraron en la región norte y suroeste. Cabe recordar que en ambas regiones se presentaron en los años estudiados conflictos armados y sociales, situaciones que pueden menoscabar de manera importante la calidad de vida y con ello, aumentar la brecha de desigualdad y la condición de vulnerabilidad social en estos territorios,⁽²⁹⁾ lo que puede llevar a deterioro importante en la calidad de vida y en las oportunidades de desarrollo y bienestar de quienes habitan esos territorios.⁽³⁰⁾

Se encontró que por cada diez hombres que tenían algún tipo de relación de pareja y que se suicidaron, hubo treinta y cinco mujeres en igual situación. Hay que anotar que en adolescentes el tener relación de pareja puede ser factor de riesgo en especial para las mujeres, pues además del incremento de la probabilidad de abandonar el sistema educativo y pérdida de apoyo social, varias investigaciones han encontrado también que, entre adolescentes colombianos, las mujeres tienen hasta tres veces más probabilidad de ser víctimas de violencia por parte de su pareja.⁽³¹⁾

Es importante señalar las limitaciones del presente estudio. En primera instancia, es conveniente tener en cuenta que, aunque los registros de suicidios son proporcionados por autoridades oficiales, su procesamiento puede ser afectado en diferentes fases, incluyendo la recolección, codificación y procesamiento de los datos. Además, algunos suicidios pueden confundirse con otras causas (ejemplo de ello, accidentes de tránsito, sobredosis de medicamentos y/o drogas, caídas, ahogamientos, entre otros).⁽³²⁾ También es necesario considerar el subregistro de mortalidad, que se estimó en 21,0 % para 2016.⁽³³⁾ Las anteriores razones pueden afectar la comparabilidad de los datos con otros países y, sobre todo, limitar la comprensión de la verdadera magnitud del problema en el departamento.

CONCLUSIONES

Este estudio destaca patrones críticos en el suicidio adolescente en Antioquia entre 2001 y 2020, señalando una prevalencia mayor en hombres, adolescentes solteros de 15 a 19 años, y enfatizando la necesidad de intervenciones dirigidas hacia la detección temprana y el acceso a la salud mental, especialmente en zonas rurales y regiones con altas tasas de incidencia. La recurrencia del hogar como escenario principal de estos sucesos y la falta de atención médica previa subrayan la importancia de estrategias de prevención que fortalezcan el apoyo familiar y comunitario. La variabilidad temporal y geográfica en las tasas sugiere que factores socioeconómicos y culturales juegan un papel significativo, indicando la necesidad de enfoques de prevención más específicos y basados en la evidencia para mitigar este fenómeno complejo y multifacético.

RECOMENDACIONES

Los resultados subrayan la urgencia de abordar el suicidio adolescente en Antioquia con estrategias multifacéticas. Se recomienda implementar programas de prevención en escuelas y colegios, capacitando la comunidad educativa en la identificación y manejo de situaciones de riesgo y promoviendo ambientes de apoyo. La variabilidad geográfica en las tasas de suicidio indica la necesidad de adaptar intervenciones a contextos específicos, promoviendo estudios que exploren la multicausalidad del fenómeno. Es crucial también expandir la investigación para incluir diversos factores de riesgo, como intentos previos de suicidio, desórdenes mentales y consideraciones de orientación sexual. Finalmente, se enfatiza la colaboración intersectorial y multidisciplinaria para enfrentar efectivamente esta problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [Citado 12/02/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240026629>
2. Baños-Chaparro J. Duelo por suicidio: ¿qué sucede después en la familia? Rev Investig en Psicol [Internet]. 2022 [Citado 12/02/2024];25(1):159–70. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rip/v25n1/1609-7475-rip-25-01-159.pdf>
3. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [Citado 12/02/2024]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
4. Corona Miranda B, Alfonso Sagué K, Cuéllar Luna L, Hernández Sánchez M, Álvarez Toste M, Carmen D et al. Estratificación epidemiológica de la mortalidad por suicidio en Cuba 2011-2016. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [Citado 12/02/2024];19(3):1–13. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19n3/1729-519X-rhcm-19-03-e2847.pdf>

5. Organización Panamericana de la Salud. Burden of Suicide: level by country [Internet]. Washington: OPS; 2022 [Citado 12/02/2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>
6. OMS. Salud del adolescente [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [Citado 12/02/2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2
7. Cacho Becerra Z, Silva Balareo M, Yengle Ruíz C. El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. Transformación [Internet]. 2019 [Citado 12/02/2024];15(2):186–205. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/trf/v15n2/2077-2955-trf-15-02-186.pdf>
8. Gómez Tabares A, Núñez C, Caballo VE, Agudelo Osorio MP, Grisales Aguirre A. Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. Psicol Conductual [Internet]. 2019 [Citado 12/02/2024];27(3):391–413. Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/03.Gomez-27-3oa.pdf>
9. Salvo L, Ramírez J, Castro A. Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. Rev Med Chil [Internet]. 2019 [Citado 12/02/2024];147(2):181–9. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n2/0717-6163-rmc-147-02-0181.pdf>
10. Londoño Muriel V, Cañón Buitrago S. Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. Arch Med [Internet]. 2020 [Citado 12/02/2024];20(2):472–80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770018/273863770018.pdf>
11. Hernández-Bello L, Gómez-Urquiza J, Cogollo-Milanés Z. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: Revisión sistemática. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2020 [Citado 12/02/2024];94(10):1–15. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/63924>
12. Val A, Míguez MC. La prevención de la conducta suicida en adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. Ter Psicol [Internet]. 2021 [Citado 12/02/2024];39(1):145–62. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v39n1/0718-4808-terpsicol-39-01-0145.pdf>
13. Dávila-Cervantes CA, Luna-Contreras M. Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. Rev Chil Pediatr. 2019;90(6):606–16.
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS insta a priorizar la prevención del suicidio tras 18 meses de pandemia por la COVID-19 [Internet]. Washington: OPS; 2021 [Citado 12/02/2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-9-2021-ops-insta-priorizar-prevencion-suicidio-tras-18-meses-pandemia-por-covid-19>
15. World Health Organization. Impact of COVID-19 on people's livelihoods, their health and our food systems [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2020 [Citado 12/02/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/13-10-2020-impact-of-covid-19-on-people's-livelihoods-their-health-and-our-food-systems>
16. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2020 [Citado 12/02/2024]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
17. Medina-Pérez O, Gaviria Ledezma D, Jaramillo Jiménez D. Caracterización del suicidio en adolescentes del departamento de Cauca, Colombia, 1998-2017. Rev Habanera Ciencias Medicas [Internet]. 2022 [Citado 12/02/2024];21(5):1–8. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4397/3229>
18. Cardona Arango D, Medina-Pérez O, Cardona Duque D. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2016 [Citado 12/02/2024];45(3):170–7. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n3/v45n3a05.pdf>
19. Araneda N, Sanhueza P, Pacheco G, Sanhueza A. Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2021 [Citado 12/02/2024];45:1–9. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53353>
20. Hardy E, Jiménez A. Masculinidad y género. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2001 [Citado 12/02/2024];27(2):77–88. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21427201.pdf>
21. Pérez Rivera NH, Giraldo Osorio MY, Muñoz Echeverri IF. Masculinidad y paternidad en procesos de crianza en Medellín, Colombia, 2018. Rev la Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2022 [Citado 12/02/2024];40(1):1–13. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v40n1/2256-3334-rfnsp-40-01-e10.pdf>
22. Cortés Alfaro A, Suárez Medina R, Serra Larín S. Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2019 [Citado 12/02/2024];35(4):1–14. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n4/1561-3038-mgi-35-04-e1105.pdf>
23. Montoya Sanabria S, Apráez Ippolito N. Métodos de investigación empleados para el análisis del acceso a los servicios de salud en contextos rurales. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2021 [Citado 12/02/2024];47(4):1–21. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v47n4/1561-3127-rcsp-47-04-e1685.pdf>
24. León-Giraldo S, Casas G, Cuervo-Sánchez J, Moreno-Serra R, Bernal O, García T, et al. Trastornos de salud mental en población desplazada por el conflicto en Colombia: análisis comparado frente a la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2021 [Citado 12/02/2024];52(2):121-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-trastornos-salud-mental-poblacion-desplazada-S0034745021000895>

25. Bell V, Méndez F, Martínez C, Palma PP, Bosch M. Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Confl Health* [Internet]. 2012 [Citado 12/02/2024];6(1):1–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3552962/pdf/1752-1505-6-10.pdf>
26. Pérez FA. Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia). *Rev Fac Nac salud pública* [Internet]. 2014 [Citado 12/02/2024];32(2):92–102. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12030433012.pdf>
27. Rivera Morrell M, Almaguer Céspedes N, Rosete Gamboa E, Sánchez Hidalgo M, Martínez Zamora L. Intervención educativa sobre prevención de suicidio en adolescentes. Policlínico René Vallejo. Bayamo. 2018-2019. *Multimed* [Internet]. 2021 [Citado 12/02/2024];25(1):1–20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2021/mul211f.pdf>
28. Reyes Mora H, Laguado-González J, Vega-Becerra I, Martín-Abrajim E, Parada-Bonilla J. Una mirada a la vivencia de la escolaridad, acoso escolar, depresión e ideación suicida en estudiantes de la Institución Educativa INEM José Eusebio Caro de Cúcuta. *Perspectivas* [Internet]. 2021 [Citado 12/02/2024];6(1):24–33. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/perspectivas/article/view/3211/3518>
29. Cinep. La juventud, asediada por el reclutamiento forzado, el abandono del campo y la judicialización [Internet]. Colombia: Cinep; 2022 [Citado 12/02/2024]. Disponible en: <https://www.cinep.org.co/la-juventud-asediada-por-el-reclutamiento-forzado-el-abandono-del-campo-y-la-judicializacion/>
30. Fernández AR. Suroeste antioqueño, un conflicto silenciado: Aproximación a la construcción de memoria histórica del conflicto armado en el Suroeste antioqueño (1984-2016) [Internet]. Medellín; Centro Fe y Culturas; 2020 [Citado 12/02/2024]. Disponible en: https://www.centrofeyculturas.org.co/files/SuroesteAntioquenoUnConflictoSilenciado_compressed_compressed.pdf
31. Reina-Barreto JA. Victimización y perpetración de violencia en pareja adolescente y redes de apoyo en Colombia. Análisis con perspectiva de género. *Prospectiva* [Internet]. 2021 [Citado 12/02/2024];(32):125–50. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/prsp/n32/2389-993X-prsp-32-125.pdf>
32. De Leo D. Can we rely on suicide mortality data? *Crisis* [Internet]. 2015 [Citado 12/02/2024];36(1):1–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25653086/>
33. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las Américas. [Internet]. Washington: OPS; 2019 [Citado 12/02/2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>

Fuentes de Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas financieras provenientes de instituciones del sector público, privado o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Contribución de autoría

Óscar Medina Pérez: Concepción, diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición.

Bibiana Patricia Rojas-Arango: Concepción, diseño del estudio, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición.

Liliana Marcela García Vega: Concepción, diseño del estudio, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.