

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43798>

Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010

*Characterization of suicide in Antioquia, Colombia adolescents. 2000-2010*Óscar Adolfo Medina-Pérez¹ • Ángel Saúl Díaz-Téllez¹ • Andrés José Rozo-David²

Recibido: 30/05/2014 Aceptado: 08/08/2014

¹ Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). Bogotá, D.C., Colombia.² Investigador independiente. Bogotá, D.C., Colombia.

Correspondencia: Oscar Adolfo Medina-Pérez. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Carrera 45 N° 55-19. Medellín, Colombia. Tel: +57 1 3443700.
Correo electrónico: oscar.medina@unad.edu.co

[| Resumen |](#)

Introducción. Las tasas de suicidio han aumentado en los últimos años, como lo indican distintas fuentes; entre ellas, la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al respecto, se requiere conocimiento preciso de sus características para hacer más efectivos los esfuerzos de intervención. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue caracterizar el suicidio en adolescentes antioqueños, en el periodo comprendido entre el año 2000 y 2010.

Materiales y métodos. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. La información de los suicidios se obtuvo de los certificados de defunción registrados ante el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); de ellos, se analizaron variables de *persona*, *tiempo* y *lugar*. Se calcularon medidas descriptivas y tasas.

Resultados. Se registraron 693 suicidios en los 11 años estudiados. De ellos, el 63.2% fueron hombres; 83% tenían edades superiores a los catorce años; 80.1% eran solteros; 42.1% eligió el ahorcamiento. El promedio de edad se ubicó en 16.5 años (DE 2.16). La mayor proporción de suicidios ocurrió en los meses de julio, con 10.7%; por años fue 2005 con 11.1%. La tasa del periodo se ubicó en 5.7 por cada cien mil adolescentes (7.1 en hombres y 4.3 en mujeres). El riesgo más alto estuvo en los municipios del Nordeste, que registraron una tasa de 8,8 por cada cien mil adolescentes.

Conclusiones. El estudio pone de manifiesto que el suicidio en adolescentes es un grave problema de salud pública en Antioquia y revela sus principales características, lo que contribuye a la creación de programas de prevención.

Palabras clave: Adolescentes, Colombia, Mortalidad, Suicidio (DeCS).

Medina-Pérez ÓA, Díaz-Téllez ÁS, Rozo-David AJ. Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia. 2000-2010. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):431-8. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43798>.

Summary

Introduction. Suicide rates have increased in recent years, as indicated by various sources, including the World Health Organization (WHO), in regard with it, it is required precise knowledge of the characteristics in order to make more effective the intervention efforts. Therefore, the objective of this study was to characterize suicide in adolescents from Antioquia, in the period 2000-2010.

Methods. A quantitative, descriptive and transversal study was conducted. Suicides information was obtained from death certificates registered with the National Administrative

Department of Statistics (DANE); person, time and place variables were analyzed. Descriptive measures and rates were calculated.

Results. 693 suicides were recorded in the eleven years studied. Of these, 63.2% were men; 83% were over the age fourteen; 80.1% were single; 42.1% chose hanging. The average age was placed at 16.5 years (SD 2.16). The highest proportion of suicides occurred in the months of July, with 10.7%; 2005 was the year with the highest proportion of suicides with 11.1%. The rate for the period was 5.7 per hundred thousand adolescents (7.1 in men and 4.3 in women). The highest risk was in the municipalities in the Northeast, which recorded a rate of 8.8 per hundred thousand teenagers.

Conclusions. The study shows that teen suicide is a serious public health problem in Antioquia and reveals its main features, contributing to the creation of prevention programs.

Keywords: Adolescents, Colombia, Mortality, Suicide.

.....
Medina-Pérez ÓA, Díaz-Téllez ÁS, Rozo-David AJ. [Characterization of suicide in Antioquia, Colombia adolescents. 2000-2010]. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):431-8. Spainsh. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43798>.

Introducción

El suicidio es una problemática compleja. Dado su impacto en las sociedades, ha sido necesario estudiarlo e intervenirlo, desde diferentes disciplinas y corrientes teóricas (1). En estudios adelantados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el año 2000 se suicidaron un millón de personas, y se pronostica que para 2020 se registrarán más de millón y medio de casos en todo el mundo (2,3). En varios países desarrollados, se ha convertido en la segunda o tercera causa de decesos en adolescentes y adultos jóvenes; también es una de las primeras diez causas de muerte en el ámbito mundial (4–6). Los factores que pueden explicar el suicidio en adolescentes son múltiples. Uno de ellos constituye el intento previo, considerado el principal predictor de suicidio (5,7,8); se estima que, una se realiza, las probabilidades de volverlo a hacer o de cometer un suicidio consumado aumentan hasta en sesenta veces (9,10). Debe recordarse que en Colombia las mayores frecuencias de intentos de suicidios se presentan en adolescentes (6). De hecho, en el último Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia, se encontró que el 4.4% de esta población lo había intentado una vez (1.58 hombres y 7.19 mujeres) (11).

Otro aspecto que puede coadyuvar a que se presente una conducta suicida en adolescentes son las decepciones amorosas y las dificultades en las relaciones familiares (8,12). Otro factor relevante es el nivel socioeconómico, que resulta estar muy asociado con esta problemática; en efecto, se sostiene que la precariedad económica y la pobreza son condiciones que tienen efectos en el aumento de los niveles de ansiedad, detonante potencial del suicidio (13). En la misma línea, también se ha visto una asociación entre este y los bajos niveles de escolaridad (14).

Diversos estudios han señalado que el suicidio entre adolescentes ha aumentado de manera importante en los últimos sesenta años (15). Solo en Estados Unidos, la tasa se cuadruplicó en el periodo entre 1957 y 1987 (16). También se ha señalado que en otras partes del mundo ha ocurrido lo mismo; los países latinoamericanos no son la excepción (17,18). En el caso de Colombia, en el periodo comprendido entre 1989 y 2002, las tasas masculinas de adolescentes se triplicaron (pasaron de 2 a 6.3), y las femeninas se cuadruplicaron (de 1.5 a 6.2) (2).

Este importante aumento en las tasas de Colombia es motivo de preocupación para las autoridades sanitarias, ya que, entre otras razones, se trata de una franja etaria muy importante en términos de relevo generacional. Por esa razón, en el presente trabajo se examina la manera como se ha comportado el suicidio en adolescentes del departamento de Antioquia, en el periodo 2000–2010. Se espera que el mismo sirva de referente a futuras investigaciones y programas de intervención sobre tan grave problema de salud.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación cuantitativa, observacional y descriptiva en jóvenes entre los diez y diecinueve años de edad —adolescentes— residentes en el departamento de Antioquia, que fallecieron por suicidio entre los años 2000 y 2010. La información fue obtenida de fuente secundaria, procedente de los certificados de defunción del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Se adquirió una base de datos, en la que se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, área de residencia y de defunción, lugar, mecanismo, año, mes y día de la semana en que tuvo lugar la muerte. Por último, se calculó la tasa de mortalidad por sexo, grupo de edad y subregión. Para lograr este último análisis, se procedió a agrupar los 125 municipios que conforman el departamento según las ocho subregiones en que administrativamente está dividida Antioquia: *Bajo Cauca*: Cáceres, Caucasia, El Bagre, Nechí, Tarazá y Zaragoza. *Magdalena Medio*: Caracolí, Maceo, Puerto Berrío, Puerto

Nare, Puerto Triunfo y Yondó. *Nordeste*: Amalfí, Anorí, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Segovia, Vegachí, Yalí y Yolombó. *Norte*: Angostura, Belmira, Briceño, Campamento, Carolina del Príncipe, Don Matías, Entreríos, Gómez Plata, Guadalupe, Ituango, San Andrés de Cuerquia, San José de la Montaña, San Pedro de los Milagros, Santa Rosa de Osos, Toledo, Valdivia y Yarumal. *Occidente*: Abriquí, Antioquia, Anzá, Armenia, Buriticá, Caicedo, Cañasgordas, Dabeiba, Ebéjico, Frontino, Giraldo, Heliconia, Liborina, Olaya, Peque, Sabanalarga, San Jerónimo, Sopetrán, Uramita. *Oriente*: Abejorral, Alejandría, Argelia, Carmen de Viboral, Cocorná, Concepción, Granada, Guarne, Guatapé, La Ceja, La Unión, Marinilla, Nariño, El Peñol, El Retiro, El Santuario, Rionegro, San Carlos, San Francisco, San Luis, San Rafael, San Vicente y Sonsón. *Suroeste*: Amagá, Andes, Angelópolis, Betania, Bolívar, Betulia, Caramanta, Concordia, Fredonia, Hispania, Jardín, Jericó, La Pintada, Montebello, Pueblorrico, Salgar, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Titiribí, Urao, Valparaíso y Venecia. *Urabá*: Apartadó, Arboletes, Carepa, Chigorodó, Murindó, Mutatá, Necoclí, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Turbo, Vigía del Fuerte. *Valle de Aburrá*: Barbosa, Bello, Caldas, Copacabana, Envigado, Girardota, Itagüí, Medellín y Sabaneta.

La información fue ordenada, tabulada y analizada según la naturaleza de las variables; para el caso de las cualitativas se calcularon medidas de frecuencia relativa; para las cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central, dispersión y posición. Las tasas se realizaron gracias a las proyecciones poblacionales del DANE (19). Estos análisis se hicieron con el programa Excel 2013. Para establecer si había diferencias estadísticamente significativas, se utilizó una prueba de proporciones para muestras independientes. Su cálculo se realizó en el programa Epidat 3.1.

Resultados

Comportamiento de las defunciones por suicidio

Se encontró que 693 adolescentes se suicidaron en el periodo 2000-2010 en el departamento de Antioquia, Colombia. En los datos procesados sobresalieron: los hombres, con un 63.2% de los casos; las edades comprendidas entre los quince y diecinueve años, con 83%; los solteros, con el 80.1%, y quienes tenían estudios secundarios, con el 31.9%. En cuanto al mecanismo empleado, se encontró que el medio más utilizado fue el ahorcamiento, con un 42.1% de los casos, seguido del 27.9% por envenenamiento. Al discriminar, según el sexo, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,000$) en el caso del ahorcamiento, arma de fuego y medicamentos, como se puede apreciar en la tabla 1.

Tabla 1. Comportamiento del suicidio consumado por jóvenes entre el 2000-2010 en Antioquia.

	Total		Hombres		Mujeres		Valor
	n	%	n	%	n	%	P
Mecanismo de muerte							
Ahorcamiento y sofocación	292	42.1	214	48.9	78	30.6	0.0000
Arma blanca	4	0.6	4	0.9	-	0.0	0.3122
Arma de fuego y explosivos	156	22.5	127	29.0	29	11.4	0.0000
Gases y vapores	1	0.1	-	0.0	1	0.4	0.7841
Medicamentos, venenos, disolv,	206	29.7	72	16.4	134	52.6	0.0000
Otros medios	8	1.2	3	0.7	5	2.0	0.2511
Salto al vacío	21	3.0	14	3.2	7	2.8	0.9168
Sumersión	2	0.3	1	0.2	1	0.4	0.7290
Sin Información	3	0.4	3	0.7	-	0.0	0.4687
Escolaridad							
Primaria	103	14.9	68	15.5	35	13.7	0.5950
Secundaria	221	31.9	125	28.5	96	37.6	0.0165
Sin Escolaridad	15	2.2	12	2.7	3	1.2	0.2743
Sin información	336	48.5	218	49.8	118	46.3	0.4182
Tec, Tecnóloga o Universitaria	18	2.6	15	3.4	3	1.2	0.1219
Comportamiento de Edad							
10	8	1.2	6	1.4	2	0.8	0.7435
11	11	1.6	9	2.1	2	0.8	0.3294
12	22	3.2	13	3.0	9	3.5	0.8557
13	31	4.5	14	3.2	17	6.7	0.0527
14	46	6.6	25	5.7	21	8.2	0.2582
15	75	10.8	33	7.5	42	16.5	0.0004
16	100	14.4	50	11.4	50	19.6	0.0044
17	116	16.7	75	17.1	41	16.1	0.8027
18	136	19.6	96	21.9	40	15.7	0.0584
19	148	21.4	117	26.7	31	12.2	0.0000
Estado Civil							
Algún tipo de unión	51	7.4	16	3.7	35	13.7	0.0000
Separado	1	0.1	-	-	1	0.4	0.7841
Soltero	555	80.1	366	83.6	189	74.1	0.0037
Sin información	86	12.4	56	12.8	30	11.8	0.7844

Fuente: Registro de defunción por suicidio, DANE

Al analizar la edad, se encontró una relación directamente proporcional entre esta y el número de decesos: desde 8 suicidas con 10 años, hasta 148 que tenían 19 años. Al discriminar por sexo, se encontró que solo en los hombres se registró la relación descrita antes, pues en mujeres la tendencia es ascendente hasta los 16 años (Tabla 1).

Lo anterior explica las diferencias halladas en el análisis descriptivo de la edad, toda vez que se encontró un promedio de 16.5 años (16.8 hombres, 16.1 mujeres); la edad que más se repitió fue 19 años (19 hombres, 16 mujeres); el 50% de los adolescentes que cometieron suicidio tenían 17 años o menos (17 hombres, 16 mujeres) y la desviación estándar fue de 2.16 años (2.2 hombres, 2 mujeres).

Características temporales de los eventos

Frente al análisis del comportamiento del suicidio según los años, meses y días de la semana, se encontraron diferencias importantes, y así, a nivel de años, se halló que la proporción de suicidios osciló entre el 7.1% de 2008 y el 11.1% de 2005. Al examinar los meses, se identificó que julio ocupó el primer lugar con 10.7% de los casos, seguido de diciembre y enero con 9.8% cada uno, y junio con 9.4%. En menor proporción estuvo abril con 6.1% y septiembre con 5.6%. En cuanto al día de la semana, se evidenció que el domingo estuvo en el primer lugar con 17.6%, seguido de lunes con 15.4%; el de menor proporción fue el día sábado con el 12.6% de los casos.

Características espaciales

Por subregiones, se destaca que en el Valle de Aburrá se presentaron más de la mitad de los casos registrados, con un 51,7% (358 decesos), seguido por Suroeste, con el 11%. En los municipios que conforman la región del Magdalena Medio, se identificó el menor número de suicidios, con un porcentaje de 2,3. Se encontró también que el 73% de los adolescentes que cometieron suicidio vivían en zona urbana, y que el 83% culminaron con sus vidas en el área municipal.

En cuanto al lugar de defunción, la residencia con un 46.9%, seguida del hospital, clínica o puesto de salud con un 32.6%; el de menor proporción fue en el lugar de trabajo, con un 2.5% de los casos. Al discriminar por sexo se hallaron diferencias importantes, como fue el hecho de que por cada hombre que murió en una institución hospitalaria, fallecieron 2 mujeres (22.4% frente al 50.2%). Estas diferencias son significativas desde lo estadístico, como bien se puede corroborar en la tabla 2.

Tabla 2. Características espaciales, suicidio consumado por jóvenes entre el 2000–2010 en el departamento de Antioquia.

	Total		Hombres		Mujeres		Valor
	n	%	n	%	n	%	P
Subregiones							
Bajo cauca	21	3.0	10	2.3	11	4.3	0.2026
Magdalena Medio	16	2.3	11	2.5	5	2.0	0.839
Nordeste	32	4.6	18	4.1	14	5.5	0.5173
Norte	45	6.5	25	5.7	20	7.8	0.3471
Occidente	40	5.8	16	3.7	24	9.4	0.003
Oriente	67	9.7	40	9.1	27	10.6	0.6226
Suroeste	76	11.0	50	11.4	26	10.2	0.7818
Urabá	30	4.3	19	4.3	11	4.3	0.8584
Valle de Aburrá	358	51.7	246	56.2	112	43.9	0.0024
Sin información	8	1.2	3	0.7	5	2.0	0.2026
Área de Residencia							
Cabecera municipal	506	73.0	325	74.2	181	71.0	0.4052
Zona rural	155	22.4	93	21.2	62	24.3	0.3986
Sin información	32	4.6	20	4.6	12	4.7	0.9178
Área de Defunción							
Cabecera municipal	575	83.0	349	79.7	226	88.6	0.0035
Zona rural	110	15.9	83	18.9	27	10.6	0.0052
Sin información	8	1.2	6	1.4	2	0.8	0.7435
Lugar de Defunción							
Casa	325	46.9	230	52.5	95	37.3	0.0001
Hospital o clínica	226	32.6	98	22.4	128	50.2	0.0000
Lugar de trabajo	17	2.5	16	3.7	1	0.4	0.0155
Vía pública	53	7.6	39	8.9	14	5.5	0.1382
Otro	58	8.4	48	11.0	10	3.9	0.002
Sin información	14	2.0	7	1.6	7	2.7	0.4503

Fuente: Registro de defunción por suicidio, DANE

Comportamiento de la mortalidad

Frente a los resultados obtenidos en cuanto a las tasas de suicidio, se encontró que, en promedio, esta se ubicó en 5.7 por cada 100000 adolescentes en el periodo estudiado, y, al diferenciar por sexo, se identificó un mayor riesgo en los hombres: 7.1 frente al 4.3 registrado por las mujeres. Esto indica que por cada diez suicidios en mujeres, se presentan diecisiete en hombres (Figura 1).

Por grupos de edad, se encontró una tasa de 1.9 suicidios por cada 100000 adolescentes en el grupo de 10 a 14 años, y de 9.7 en el de 15 a 19. Al hacer la revisión por año, se notó que la tasa fluctúa entre el 4.3 suicidios por cada 100000 adolescentes del año 2008 y los 7.1 de 2002 (Tabla 3).

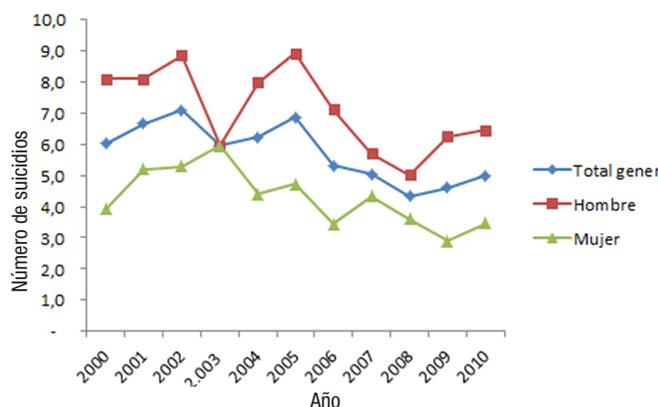


Figura 1. Distribución de las tasas de suicidios discriminados por año y sexo (tasa por cien mil habitantes). Antioquia, 2000-2010
Fuente: Registro de defunción por suicidio, DANE.

Tabla 3. Distribución de las tasas de suicidio por año y grupo etario (tasa por cien mil habitantes). Antioquia, 2000-2010

Grupos de edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
10-14	1.8	1.4	2.1	2.1	1.6	2.3	1.9	2.3	1.8	2.9	0.7	1.9
15-19	10.7	12.5	12.5	10.1	11.2	11.7	8.8	7.8	6.8	6.3	9.0	9.7
Tasa general	6.0	6.7	7.1	6.0	6.2	6.9	5.3	5.0	4.3	4.6	5.0	5.7

Fuente: Registro de defunción por suicidio, DANE

Al revisar el comportamiento de las tasas en las distintas subregiones, se pudo determinar que el riesgo más alto se ubicó en el Nordeste, donde se registró una tasa de 8.8 por cada 100000 adolescentes; en contraste, el más bajo estuvo en Urabá, con 2.2. Cabe resaltar que en todos los municipios la tasa de suicidio masculina fue superior a la femenina, a excepción de los de Occidente, donde por cada diez suicidios en mujeres, apenas se registran seis en hombres (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de las tasas de suicidio en adolescentes, según la por subregión y sexo (tasa por 100.000 habitantes). Antioquia, 2000-2010.

Subregión	Hombres	Mujeres	Total
Bajo Cauca	3.3	3.6	3.5
Magdalena Medio	9.2	4.4	6.9
Nordeste	9.6	8.0	8.8
Norte	8.2	6.9	7.6
Occidente	6.1	10.0	8.0
Oriente	6.3	4.5	5.4
Suroeste	11.0	6.1	8.6
Urabá	2.8	1.6	2.2
Valle de Aburrá	7.7	3.6	5.7
Promedio	7.1	4.3	5.7

Fuente: Registro de defunción por suicidio, DANE

Discusión

Al caracterizar el suicidio de adolescentes antioqueños, en el periodo 2000-2010, se observó que las tasas de suicidio fluctuaron: se registraron un promedio de 5.7 suicidios por cada 100000 adolescentes en los 11 años que comprendió el presente estudio, tasa superior al 5.2, que se registró en el mismo periodo en los adolescentes de Colombia (20). Esto pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios de este tipo, que ayuden a conocer más acerca del fenómeno y demuestren que es necesario realizar más investigaciones.

Fue notorio que las tasas varían de manera importante, de acuerdo al grupo de edad: se encontró que por cada suicidio de un adolescente entre los 10 y 14 años, hay 5 entre aquellos que tienen 15-19 años. Esto es similar a lo registrado en otros estudios, tanto nacionales como departamentales (21) y puede ser explicado por el hecho de que a partir de los 16 años hay mayor exposición a factores de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas (22).

Se encontró también mayor prevalencia de suicidios en hombres, hecho que puede estar asociado a que ellos utilizan medios más letales (23-25), como también a la existencia de patrones culturales que promueven en ellos la inexpresividad de las emociones y sentimientos (24,26). También es posible que la facilidad que tienen las mujeres para pedir ayuda sea

un importante factor protector (27). Llama la atención que las cifras masculinas sean directamente proporcionales a la edad, es decir, a mayor edad, mayores son los registros de suicidio.

Se destaca que el método más empleado por los hombres fue el ahorcamiento, hecho similar a lo hallado en otros estudios. En mujeres, en cambio, el más utilizado fue el envenenamiento, lo que puede sugerir que, en múltiples casos, se trató de una forma indirecta de pedir ayuda (12,28); esto, a su vez, podría explicar por qué más del 50% de las adolescentes murieron en un centro hospitalario.

En cuanto al estado civil, se encontró que la proporción más alta (80.1%) se presentó entre solteros. Esto es similar a lo hallado en otras partes de Colombia. Algunas investigaciones señalan que el estar casado o tener algún tipo de unión conyugal puede reducir en un 50% el riesgo de cometer suicidio (29), y que convivir con padres, hermanos y en pareja genera protección, pues hay más apoyo para solucionar los problemas cotidianos (30).

Llamó la atención las diferencias por sexo entre los que tienen algún tipo de unión marital: por cada hombre que tenía algún tipo de unión y que se suicidó, había cuatro mujeres con igual condición. Esto puede deberse a que en las mujeres hay mayores presiones sociales y emocionales al momento de afrontar una relación (31); ya se ha establecido que dicha presión es factor de riesgo frente al suicidio porque puede generar inseguridad, angustia y altos niveles de ansiedad (15,32).

Se encontró también que la mayor proporción de suicidios se registraron los domingos, lo cual es similar a lo hallado en otros estudios llevados a cabo en distintas regiones de Colombia (33,34); puede explicarse porque en dicho día hay cese de las actividades ocupacionales habituales (1).

Los meses que presentaron altas proporciones de suicidios fueron julio, diciembre, enero y junio. Cabe resaltar que dichos meses coinciden con las vacaciones de las instituciones educativas del departamento, situación que puede generar mayor tiempo libre y ocio; hechos que están asociados con el incremento del suicidio en adolescentes (35).

Conclusiones y recomendaciones

Se concluye que en Antioquia, en el periodo 2000-2010 la tasa de suicidios en población adolescente se ubicó en 5.7 muertes por cada 100000 adolescentes. Se encontraron también claras diferencias según el sexo: se presentaron mayores tasas en hombres; según el mecanismo: se notó que ellos prefirieron el ahorcamiento y ellas la ingesta de medicamentos y venenos.

Se concluye también que más del 50% de las mujeres falleció en un centro hospitalario, y que los meses de mayores prevalencias fueron diciembre, enero, junio y julio.

Se recomienda a las autoridades de salud que continúen con los programas de detección temprana, como también la atención adecuada a los adolescentes que realicen alguna conducta que haga parte del espectro suicida.

Es importante involucrar de manera más activa al sector educativo, pues este es un espacio de interacción de los adolescentes en donde se puede establecer, a partir de la convivencia y de la interacción con sus pares, estrategias de afrontamiento que les permitan resolver situaciones en la vida, de modo que disminuyan los factores de riesgo asociados al suicidio.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento

Ninguno declarado por los autores.

Agradecimientos

Es importante agradecer y señalar la importancia de los datos que fueron obtenidos a partir del Departamento Administrativo de Estadística (DANE), toda vez que esa información fue un insumo valioso para la presente investigación. Además de esto, las condiciones y espacios que se dieron en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia para culminar este proceso.

Referencias

1. **Medina O, Cardona D, Rátiva O.** Caracterización del suicidio en Armenia, Colombia, 2004-2008. *Orbis* [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 26];15(5):76-102. Spanish. Available from: <http://goo.gl/b2w9Sd>.
2. **Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A.** Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Pan Am J Public Health* [Internet]. 2007 [cited 2015 jan 26];22(4):231-8. Spanish. Available from: <http://goo.gl/KE0yda>.
3. **Muñoz-Morales J, Gutiérrez-Martínez M.** Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 26];39(2):291-312. Spanish. Available from: <http://goo.gl/mtlWFh>.
4. **Castro-Rueda VA, Martínez-Villalba AMR, Camacho PA, Rueda-Jaimes GE.** Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 26];39(4):705-15. Spanish. Available from: <http://goo.gl/0sUuJ9>.

5. **Leal C, Macedo E, Lima L.** Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2013 [cited 2015 jan 26];29(1):175-87. Portuguese. Available from: <http://goo.gl/zBOmN0>.
6. **Gómez-Restrepo C, Rodríguez-Malagón N, Bohórquez PA, Diazgranados N, Ospina-García M, Fernández C.** Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2002 [cited 2015 jan 26];31(4):271-86. Spanish. Available from: <http://goo.gl/CTItPE>.
7. **Schmitt R, Lang MG, Colombo T.** Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul* [Internet]. 2008 [cited 2015 jan 26];30(2):115-23. Portuguese. Available from: <http://goo.gl/599QHH>.
8. **Marín-León L, Barros MBA.** Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2003 [cited 2015 jan 26];37(3):357-63. Portuguese. Available from: <http://goo.gl/dn9Xno>.
9. **Christiansen E, Jensen BF.** Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust NZ J Psychiatry* [Internet]. 2007 [cited 2015 jan 26];41(3):257-65. doi: <http://doi.org/bn2w93>.
10. **Karasouli E, Owens D, Abbott R, Hurst K, Dennis M.** All-cause mortality after non-fatal self-poisoning: a cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2011 [cited 2015 jan 26];46(6):455-62. doi: <http://doi.org/fps9d5>.
11. República de Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003 [Internet]. Cali: Ministerio de la Protección Social, Fundación FES. editor; 2005. Available from: <http://goo.gl/11OOuj>.
12. **De Souza L, Vasconcelos M, Jucá A, Gama S, Guimarães J.** ["Broken hearted teenagers": adolescents that had gone through suicide attempt]. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2009 [cited 2015 jan 26];14(5):1825-34. Portuguese. doi: <http://doi.org/b5pf44>.
13. **Nazareth S, Gomes C, Müller N, Faria X, Carvalho A De, Werner J.** Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2004 [cited 2014 jan 26];38(6):804-10. Portuguese. Available from: <http://goo.gl/v1CmIG>.
14. **Xavier N, Gomes C, Nazareth S, Alves L, Werner J.** Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 2015 jan 26];22(12):2611-21. Available from: <http://goo.gl/BkUTgg>.
15. **Rueda-Jaimes G, Martínez-Villalba A, Castro-Rueda V, Camacho P.** Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2010 [cited 2015 jan 26];39(4):683-92. Spanish. doi: <http://doi.org/f2s3sq>.
16. **Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R.** Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatría* [Internet]. 2000 [cited 2015 jan 26];71(3):183-91. Spanish. doi: <http://doi.org/cnvtd6>.
17. **Casullo M, Bonaldi P, Fernández M.** Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
18. **Yunes J.** Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 1999 [cited 105 jan 26];2(3):102-71. Spanish. doi: <http://doi.org/b9nj6j>.
19. República de Colombia. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020 [Internet]. Bogotá D. C.: Departamento Nacional de Estadística (DANE); 2010. Available from: <http://goo.gl/y9vry3>.
20. **Cardona D.** Comportamiento del suicidio en Colombia, 2000-2010. Suicidio en Colombia. 2013.
21. **Medina-Pérez Ó, Londoño A, Orozco C.** Caracterización del suicidio en adolescentes del Quindío, Colombia (1989-2008). *Univ Médica*. 2012;53(3):249-59. Available from: <http://goo.gl/p4T6A2>.
22. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Situación de salud mental del adolescente. *Estudio Nacional de Salud Mental* [Internet]. Torres de Galvis Y, editor. Medellín; 2010. Available from: <http://d2bfnlaku8y36.cloudfront.net/psicopedia/hoy/saludmental/adolescentecolombia.pdf>
23. **Fuentes-Lerecha MM, González-Arias AF, Castaño-Castrillón JJ, Hurtado-Arias CF, Ocampo-Campoalegre PA, Páez-Cala ML, et al.** Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007-2008. *Arch Med* [Internet]. 2009;9(2):110-22. Spanish. Available from: <http://goo.gl/sy3e57>.
24. **Sánchez-Pedraza R, Tejada-Neira PA, Guzmán-Sabogal Y.** Muertes violentas intencionalmente producidas en Bogotá, 1997-2005: diferencias según el sexo. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2008 [cited 2015 jan 26];37(3):316-29. Spanish. Available from: <http://goo.gl/uAdIUw>.
25. **Sánchez L.** Neurobiología del suicidio, estrés y conductas suicidas. Estrés y salud: Investigación básica y aplicada. México D. F.: Manual Moderno; 2012.
26. **González-Forteza C, Ramos-Lira L, Caballero-Gutiérrez MÁ, Wagner-Echeagarray FA.** Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema* [Internet]. 2003;15(4):524-32. Spanish. Available from: <http://goo.gl/XxATTR>.
27. **Tuesca R, Navarro E.** Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte* [Internet]. 2003 [cited 2015 jan 26];(17):19-28. Spanish. Available from: <http://goo.gl/O3J6yB>.
28. **Manrique RD, Ocha FL, Fernández LM, Escamilla R, Vélez E.** Comportamiento del suicidio en Antioquia 1998-2000. *Rev CES Med* [Internet]. 2002 [cited 2015 jan 26];16(3):7-17. Spanish. Available from: <http://goo.gl/8ukt4Y>.
29. **Gaxiola-Robles R, Kurt O, Bitzer-Quintero, García-González A, Celis de la Rosa A.** El estado civil y el suicidio en Baja California Sur. *Rev Médica del Inst Mex del Seguro Soc*. 2009 [cited 2015 jan 26];47(4):383-6. Spanish. Available from: <http://goo.gl/rRaXZt>.
30. **Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A.** Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2006 [cited 2015 jan 26];23(4):239-46. Spanish. Available from: <http://goo.gl/R2kFgW>.

31. **Lagarde M.** La edad más densa de vida de las mujeres. e-mujeres.net [Internet]. [date unknown] [cited 2015 jan 26];1-6. Spanish. Available from: <http://goo.gl/jxZw5u>.
32. **Peña-Galbán L, Casas-Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Gómez-Arencibia T, Gallardo-Álvarez M.** Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2002 [cited 2015 jan 26];31(3):182-7. Spanish. Available from: <http://goo.gl/MIZGBc>.
33. **Rodríguez-Escobar J, Medina-Pérez O, Cardona-Duque D.** Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, 2005-2010. *Rev Fac Med* [Internet]. 2013;61(1):9-16. Spanish. Available from: <http://goo.gl/aFQHsg>.
34. **Peña M del P, Ortiz Y, Gutiérrez MI.** El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del Departamento. *Pensam Psicológico*. 2009;6(13):97-108. Available from: <http://goo.gl/PZ24on>.
35. **González-Forteza C, Mariño M del C, Mondragón L, Medina-Mora ME.** Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. *Psicol Conductual* [Internet]. 2000 [cited 2014 jan 26];8:147-52. Spanish. Available from: <http://goo.gl/ONKwPu>.