



## Caracterización del suicidio en adolescentes del Departamento de Cauca, Colombia, 1998-2017

### Characterization of suicide in teenagers in the Department of Cauca, Colombia, 1998-2017

Óscar Adolfo Medina-Pérez<sup>1\*</sup>, Daisy Lyn Gaviria Ledezma<sup>1</sup>, Daniela Jaramillo Jiménez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Medellín, Colombia.

<sup>2</sup>Clínica Antioquia. Medellín, Colombia.

\*Autor para la correspondencia: [oscar.medina@unad.edu.co](mailto:oscar.medina@unad.edu.co)

#### Cómo citar este artículo

Medina-Pérez ÓA, Gaviria-Ledezma DL, Jaramillo-Jiménez D. Caracterización del suicidio en adolescentes del Departamento de Cauca, Colombia, 1998-2017. Rev haban cienc méd [Internet]. 2022 [citado ]; 21(5):e4379. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4379>

Recibido: 1 de noviembre del año 2021  
Aprobado: 15 de julio del año 2022

#### RESUMEN

**Introducción:** El suicidio en adolescentes es una grave problemática de salud pública a nivel mundial.

**Objetivo:** Caracterizar el suicidio en adolescentes residentes en el Departamento de Cauca entre 1998 y 2017.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio ecológico. La información de los decesos se obtuvo de los certificados de defunción que procesa el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE- de Colombia. Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por edad y sexo, se calcularon utilizando las estimaciones y proyecciones poblacionales que realizó el DANE. Se calcularon medidas de frecuencia absoluta y relativa en las variables de persona, tiempo, lugar que fueron analizadas.

**Resultados:** En los veinte años estudiados se registraron 496 suicidios en adolescentes residentes del Departamento de Cauca. El 51,0 % fueron cometidos por hombres. Según estado civil 17,3 % tenían algún tipo de unión marital, El 33,1 % residían en la cabecera municipal, y 42,7 % murió en su residencia. La tasa de suicidios se ubicó en 9,5 por cada 100,000 habitantes (9,4 en hombres y 9,5 en mujeres). El quinquenio 2003-2007 registró la más alta tasa con 12,7 suicidios por cada cien mil adolescentes. Por provincias, la zona Oriental registró el riesgo más alto con una tasa de 12,8 suicidios por cada cien mil.

**Conclusiones:** Se concluye que entre 1998-2017 el suicidio en adolescentes de Cauca presenta tasas altas y que el riesgo fue levemente mayor en mujeres que en hombres.

#### Palabras Claves:

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

#### ABSTRACT

**Introduction:** Suicide in teenagers is a serious public health problem worldwide.

**Objective:** to characterize suicide in teenagers residing in the department of Cauca between 1998 and 2017, according to variables like person, time and place.

**Material and Methods:** A descriptive quantitative investigation was carried out. Information was obtained from death certificates processed by the National Administrative Department of Statistics -DANE- of Colombia. Mortality rates were calculated using population estimates and projections made by DANE. Absolute and relative frequency measures were calculated in the variables of person, time, and place that were analyzed.

**Results:** In the twenty-year study, a total of 496 suicides were registered in teenagers living in the department of Cauca. In addition, 51.0 % were committed by men, 17.3 % had some type of marital union, 33.1 % resided in the municipal seat, and 42.7 % died at their residence. The suicide rate was 9.5 per 100,000 teenagers (9.4 in men and 9.5 in women). The 2003-2007 five-year period registered the highest rate with 12.7 suicides for every one hundred thousand teenagers. By provinces, the Eastern zone registered the highest risk with a rate of 12.8 suicides per 100,000 inhabitants.

**Conclusions:** It is concluded that suicide in adolescents in Cauca presented high rates between 1998-2017 and that the risk was slightly higher in women than in men.

#### Keywords:

adolescent, Colombia, risk factors, mortality, suicide.



## INTRODUCCIÓN

El suicidio es un acto intencional que realiza una persona para acabar con su vida; esta conducta ha sido descrita en todas las culturas y épocas y su definición ha cambiado con el tiempo.<sup>(1)</sup> Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año mueren en el mundo más de 800 000 personas por esta razón, con una muerte cada cuarenta segundos y con cifras en aumento.<sup>(2)</sup> El suicidio es la segunda causa de muerte en grupos etarios de 15 a 29 años de edad y representa una gran problemática de salud pública a nivel nacional y mundial.<sup>(3,4)</sup>

Según la OMS, la adolescencia se presenta entre los 10 y 19 años de edad,<sup>(5)</sup> es la etapa del desarrollo que se sitúa entre la niñez y la adultez; en ella se presentan cambios físicos, psicológicos y sociales, que permiten al ser humano convertirse en adulto.<sup>(6)</sup> Tal vez por ello se observa en varios países aumentos importantes en las cifras y tasas de suicidio, como es el caso de Chile;<sup>(7)</sup> en España se reporta el suicidio como tercera causa de muerte en grupos de 15 a 19 años.<sup>(8)</sup>

Varios son los factores que pueden incrementar el riesgo de cometer suicidio. Una de ellas son las tentativas previas de suicidio, y lo son por una doble razón: se aumenta la probabilidad de realizar un intento posterior y regularmente este nuevo intento se lleva a cabo con un aumento de la letalidad.<sup>(9)</sup> Los trastornos mentales son también un factor de riesgo. Siabato y colaboradores encontraron correlación positiva entre ideación suicida y depresión;<sup>(10)</sup> también se ha evidenciado alta suicidalidad en pacientes con trastornos depresivos.<sup>(11)</sup>

Las relaciones familiares funcionales son un factor protector relevante: la presencia de un grupo familiar estable y de apoyo para el adolescente puede ayudar a disminuir el riesgo suicida;<sup>(12)</sup> otros estudios indican que entre adolescentes las relaciones con los pares y el contexto social en el que se desenvuelven tiene un papel protector o de riesgo muy importante.<sup>(13,14)</sup> En el ámbito académico no hay que perder de vista que el *bullying* es también un importante factor de riesgo.<sup>(15)</sup>

Luego de realizar una revisión bibliográfica sobre el suicidio en adolescentes del Departamento de Cauca-Colombia, no se encontró en revistas especializadas publicación alguna; ello, unido al hecho de que para llevar a cabo programas de intervención se necesita un conocimiento de las características del fenómeno y de factores asociados a la conducta, decidimos realizar esta investigación que tuvo como **objetivo** el caracterizar el suicidio en adolescentes del Departamento de Cauca, entre 1998 y 2017.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio ecológico de corte transversal, que se llevó a cabo en la ciudad de Medellín desde 1998 hasta el 2017.

La información se obtuvo de los registros de defunción que año tras año procesa y gestiona el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE– de Colombia. Se recategorizaron las variables estado civil y escolaridad, pues a lo largo de los años del estudio el DANE hizo cambios en las categorías; además se creó la variable provincia departamental.

En **Estado Civil** se encontró que el DANE discriminaba entre casados y unión libre; además, a partir de 2008 discriminó si la unión era de hecho con dos o más años de vida en común. En nuestra investigación, todas esas categorías se unificaron en una sola que se llamó casado o en unión libre.

**Escolaridad:** en esta variable existieron más variaciones por parte del DANE a lo largo del período estudiado. Para la presente investigación se categorizó de la siguiente forma: sin estudios, preescolar, primaria (primaria completa e incompleta), secundaria (secundaria completa, incompleta, básica secundaria, media académica, media técnica, normalista), Superiores (Universitaria completa, incompleta, técnica, tecnológica, profesional, especialización, maestría y doctorado), y sin información.

Se creó la **variable región geográfica**. Para lograrlo se agruparon los municipios en las cinco zonas que propone el DANE, así: **Centro:** Cajibío, El Tambo, La Sierra, Morales, Piendamó, Popayán, Rosas, Sotara, Timbio. **Norte:** Buenos Aires, Caloto, Corintio, Guachené, Miranda, Padilla, Puerto Tejada, Santander de Quilichao, Suárez, Villa Rica. **Occidente:** Guapi, López, Timbiquí. **Oriente:** Caldono, Inzá, Jalambó, Paez, Puracé, Silvia, Toribío, Totoro. **Sur:** Almaguer, Argelia, Balboa, Bolívar, Florencia, La Vega, Mercaderes, Patía, Piamonte, San Sebastián, Santa Rosa y Sucre.

Además de las variables anteriores señaladas, se analizaron las siguientes:

- Sexo (Masculino y femenino).
- Edad (agrupada en 10-14 y 15-19, según los criterios que utiliza en DANE).
- Período estudiado: de 1998 hasta 2017, agrupados en quinquenios (1998– 2002; 2003–2007; 2008–2012 y 2013–2017).
- Mes de defunción: mes de ocurrencia del suicidio.
- Identidad cultural (afrodescendiente, blanco, gitano, indígena, mestizo). Esta variable se empieza a reportar a partir de 2008, año en que el DANE la empieza a reportar.
- Zona de residencia (cabecera municipal; resto de zonas).
- Sitio de muerte (casa o domicilio; puesto de salud u hospital o clínica; trabajo; vía pública; otros sitios).
- Método de muerte (ahogamiento; ahorcamiento; arma de fuego; envenenamiento; otros medios).
- Si recibió asistencia médica (Sí, No, Ignorado).

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta aquellos que fuesen muertes de personas residentes del Departamento de Putumayo; que tuviesen entre 10 y 19 años, y que por causa de muerte se hubiese registrado suicidio, es decir, que tuviesen código 100 de la lista 105 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

La totalidad de las variables analizadas eran de naturaleza cualitativa, por tanto se calcularon frecuencias absolutas y relativas. La mortalidad se determinó calculando tasas crudas de suicidio, las cuales se expresaron por 100 000 habitantes.

El presente trabajo se clasifica como investigación sin riesgo, pues se recurrió a una fuente secundaria pública y anónima en la cual no hay ningún dato que permita identificar a los muertos por suicidio o sus familiares.

## RESULTADOS

### Características de las personas que cometieron suicidio

En los veinte años que comprenden el período 1998-2017, cuatrocientos noventa y seis (496) adolescentes residentes del Departamento de Cauca cometieron suicidio. De ellos, 51,0 % fueron hombres (253 decesos).

El 80,2 % tenían edades entre los 15 y 19 años (398 adolescentes: 211 hombres (53,0 %) y 187 mujeres (47,0 %)).

Según estado civil, se encontró que 77,4 % eran solteros; 17,3 % estaban casados o vivían en unión libre; 1 % era viudo y en 4,2 % de los casos no se informó de esta condición.

En cuanto a la escolaridad, se halló que 42,7 % tenían estudios secundarios; 38,3 % primarios; 1,4 % estudios superiores.

Al analizar la identidad cultural, se encontró que entre 2008-2017, de los 213 suicidios cometidos en ese período, 51,2 % fueron blancos o mestizos; 27,2 % eran indígenas (31 hombres y 27 mujeres); 7,0 % fueron afrodescendientes (12 hombres y 3 mujeres); 0,5 % de los casos fueron llevados a cabo por gitanos (1 hombre). En 14,1 % de los casos no se registró información.

### Características espaciales

Al revisar la zona de residencia, se encontró que casi la mitad de los casos fueron cometidos por adolescentes que residían en zona rural dispersa (45,0 % de los decesos).

En cuanto al sitio de muerte, casi la mitad cometió el suicidio en el lugar de residencia (42,7 %), seguidos por quienes murieron en la institución hospitalaria (29,2 %). Por último, se encontró que la región geográfica en que más suicidios tuvieron lugar, fue la zona centro, con 33,1 % de los decesos. (Tabla 1).

Tabla 1 - Lugar de residencia, sitio de muerte y región geográfica de los suicidios						
Características	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Área de Residencia</b>						
Cabecera Municipal	102	40,3	62	25,5	164	33,1
Centro poblado	51	20,2	51	21,0	102	20,6
Rural Disperso	95	37,5	128	52,7	223	45,0
Sin información	5	2,0	2	0,8	7	1,4
<b>Sitio de muerte</b>						
Casa/domicilio	112	44,3	100	41,2	212	42,7
Centro/puesto de salud	2	0,8	4	1,6	6	1,2
Hospital/Clínica	62	24,5	83	34,2	145	29,2
Otro	27	10,7	22	9,1	49	9,9
Sin información	8	3,2	6	2,5	14	2,8
Trabajo	9	3,6		0,0	9	1,8
Vía Pública	33	13,0	28	11,5	61	12,3
<b>Región geográfica</b>						
Centro	82	32,4	82	33,7	164	33,1
Norte	58	22,9	46	18,9	104	21,0
Occidente	13	5,1	3	1,2	16	3,2
Oriente	51	20,2	49	20,2	100	20,2
Sin Información	6	2,4	0	0,0	6	1,2
Sur	43	17,0	63	25,9	106	21,4

### Características temporales de los eventos

Al revisar el comportamiento del suicidio distribuido por quinquenios, se encontró que el período en que más suicidios se presentaron, fue el comprendido entre 2003-2007, donde ocurrió 33,7 % de los decesos. Al estudiar los meses de ocurrencia, se encontró que el mayor número de casos tuvo lugar en el mes de mayo, con 11,5 %, siendo octubre el mes en que menos casos se presentaron con 6,5 %. (Tabla 2).

Tabla 2 - Quinquenios y meses de defunción de los suicidios						
Características	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Quinquenios</b>						
1998 – 2002	45	17,8	71	29,2	116	23,4
2003 – 2007	90	35,6	77	31,7	167	33,7
2008 – 2012	62	24,5	51	21,0	113	22,8
2013 – 2017	56	22,1	44	18,1	100	20,2
<b>Mes de defunción</b>						
Enero	30	11,9	16	6,6	46	9,3
Febrero	15	5,9	19	7,8	34	6,9
Marzo	22	8,7	23	9,5	45	9,1
Abril	19	7,5	18	7,4	37	7,5
Mayo	34	13,4	23	9,5	57	11,5
Junio	18	7,1	20	8,2	38	7,7
Julio	19	7,5	27	11,1	46	9,3
Agosto	18	7,1	30	12,3	48	9,7
Septiembre	21	8,3	21	8,6	42	8,5
Octubre	17	6,7	15	6,2	32	6,5
Noviembre	16	6,3	20	8,2	36	7,3
Diciembre	24	9,5	11	4,5	35	7,1

### Asistencia médica y método de muerte

Se encontró que 56,9 % de los adolescentes que murieron no recibieron asistencia médica. De los que sí, 62,8 % fueron mujeres (103 casos).

En cuanto al método de muerte, se encontró que más de la mitad hizo uso del envenenamiento (52,4 %); de estos, 57,7 % se envenenó con plaguicidas, 38,8 % por exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, 6,4 % restante por ingesta de medicamentos, sedantes, psicotrópicos, etcétera. (Tabla 3).

Tabla 3 - Método de muerte y asistencia médica recibida de los suicidios						
Características	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Recibió asistencia Médica</b>						
Sí	61	24,1	103	42,4	164	33,1
No	164	64,8	118	48,6	282	56,9
Ignorado	2	0,8	3	1,2	5	1,0
Sin Información	26	10,3	19	7,8	45	9,1
<b>Método de muerte</b>						
Ahogamiento	3	1,2	2	0,8	5	1,0
Ahorcamiento	91	36,0	50	20,6	141	28,4
Arma de fuego	67	26,5	7	2,9	74	14,9
Envenenamiento	82	32,4	178	73,3	260	52,4
Explosivos	1	0,4	0	0,0	1	0,2
Objeto cortante con o sin filo	2	0,8	0	0,0	2	0,4
Otros medios	3	1,2	4	1,6	7	1,4
Salto al vacío	4	1,6	2	0,8	6	1,2

### Comportamiento de la mortalidad

En los 20 años comprendidos entre 1998 y 2017, la tasa de suicidios en adolescentes residentes en Cauca se ubicó en 9,5 por cada 100 000 habitantes (9,4 hombres y 9,5 en mujeres). Según grupos de edades, se halló que la tasa se ubicó en 3,6 por cada 100 000 habitantes en el grupo de 10-14 años, y en 15,6 en los de 15-19 años. Al revisar el comportamiento de las tasas de los grupos de edad según el sexo, se encontró que entre los de 10-14 años, el riesgo de cometer suicidio es 43 % más alto en las mujeres en relación con los hombres (tasa de 4,3 por cada 100 000 en ellas, frente a los 3,0 de los hombres). En el grupo de 15-19 años, se encontró que los comportamientos de las tasas fueron similares: 16,0 por cada 100 000 habitantes masculinos, frente a 15,2 por cada 100 000 habitantes femeninos. Al revisar el comportamiento del suicidio por quinquenios, se encontró que las tasas más altas se registraron entre 2003-2007 con 12,7 suicidios por cada 100 000 habitantes se evidencia también que en ese período se presentaron también las tasas más altas en ambos sexos y grupos etarios; como también que a partir de dicho quinquenio las tasas muestran una tendencia a la disminución. (Tabla 4). Al analizar el comportamiento del suicidio discriminado por regiones geográficas, sobresalió que la región de oriente presentó las tasas más altas con 12,8 por cada 100 000 habitantes, mientras la más baja se encontró en la zona de occidente con tasa de 4,5. Al examinar el comportamiento de las tasas, según grupos de edades y región, la más alta tasa se encontró en el grupo de 15-19 de la región de oriente, con tasa de 22,1 suicidio por cada 100 000 habitantes; la más baja, en cambio, se encontró en el grupo etario de los 10-14 años de la región de occidente, con una tasa de 1,1 por cada 100 000 habitantes. (Tabla 4).

**Tabla 4-** Comportamiento de las tasas de suicidio según sexo, grupos de edad, etario y quinquenio y zona geográfica

	1998 - 2002			2003 - 2007			2008 - 2012			2013 - 2017			Total General
	Homb.	Muj.	Sub Total	Homb.	Muj.	Sub Total	Homb.	Muj.	Sub Total	Hom	Muj	Sub Total	
<b>Grupo edad</b>													
10-14	1,5	3,7	2,6	6,7	6,2	6,4	2,3	3,3	2,8	1,5	3,8	2,7	3,6
15-19	12,7	20,1	16,3	20,6	18,7	19,7	15,8	12,6	14,3	15,0	10,0	12,6	15,6
<b>Total</b>	<b>6,9</b>	<b>11,5</b>	<b>9,1</b>	<b>13,3</b>	<b>12,0</b>	<b>12,7</b>	<b>8,9</b>	<b>7,8</b>	<b>8,4</b>	<b>8,4</b>	<b>7,0</b>	<b>7,7</b>	<b>9,5</b>
<b>Región o Provincia</b>													
Centro 10-14	0,0	4,4	<b>2,2</b>	4,9	6,0	<b>5,5</b>	3,5	1,8	<b>2,6</b>	2,8	3,9	<b>3,3</b>	3,4
Centro 15-19	12,3	17,2	<b>14,7</b>	18,5	17,2	<b>17,8</b>	16,1	10,8	<b>13,5</b>	13,2	13,0	<b>13,1</b>	14,8
<b>Total Centro</b>	<b>6,1</b>	<b>10,7</b>	<b>8,4</b>	<b>11,5</b>	<b>11,5</b>	<b>11,5</b>	<b>9,8</b>	<b>6,3</b>	<b>8,1</b>	<b>8,1</b>	<b>8,6</b>	<b>8,3</b>	<b>9,1</b>
Norte 10-14	2,5	9,0	<b>5,7</b>	5,8	4,8	<b>5,3</b>	3,4	1,2	<b>2,4</b>	1,3	1,3	<b>1,3</b>	3,7
Norte 15-19	7,9	15,5	<b>11,5</b>	15,9	12,3	<b>14,1</b>	18,1	11,3	<b>14,7</b>	16,6	5,0	<b>10,9</b>	12,8
<b>Total Norte</b>	<b>5,1</b>	<b>12,1</b>	<b>8,5</b>	<b>10,5</b>	<b>8,3</b>	<b>9,4</b>	<b>10,6</b>	<b>6,1</b>	<b>8,4</b>	<b>9,2</b>	<b>3,2</b>	<b>6,2</b>	<b>8,1</b>
Occidente 10-14	0,0	0,0	<b>0,0</b>	0,0	4,3	<b>2,1</b>	0,0	4,2	<b>2,0</b>	0,0	0,0	<b>0,0</b>	1,1
Occidente 15-19	14,3	0,0	<b>7,7</b>	13,7	5,2	<b>9,8</b>	17,6	0,0	<b>9,2</b>	13,2	0,0	<b>6,8</b>	8,4
<b>Total Occidente</b>	<b>6,9</b>	<b>0,0</b>	<b>3,6</b>	<b>6,4</b>	<b>4,7</b>	<b>5,6</b>	<b>8,4</b>	<b>2,2</b>	<b>5,4</b>	<b>6,6</b>	<b>0,0</b>	<b>3,4</b>	<b>4,5</b>
Oriente 10-14	2,0	0,0	<b>1,0</b>	9,3	7,9	<b>8,6</b>	0,0	3,7	<b>1,8</b>	1,9	12,1	<b>6,9</b>	4,6
Oriente 15-19	29,9	33,3	<b>31,5</b>	35,3	17,1	<b>26,7</b>	18,1	13,0	<b>15,6</b>	11,5	22,3	<b>16,7</b>	22,1
<b>Total Oriente</b>	<b>15,0</b>	<b>15,2</b>	<b>15,1</b>	<b>21,2</b>	<b>12,0</b>	<b>16,8</b>	<b>8,5</b>	<b>8,0</b>	<b>8,3</b>	<b>6,7</b>	<b>17,2</b>	<b>11,8</b>	<b>12,8</b>
Sur 10-14	2,9	0,0	<b>1,5</b>	8,5	7,6	<b>8,1</b>	1,4	7,6	<b>4,4</b>	0,0	1,6	<b>0,8</b>	3,8
Sur 15-19	6,5	29,4	<b>17,3</b>	19,0	36,0	<b>26,9</b>	8,9	21,5	<b>14,9</b>	18,0	4,9	<b>11,7</b>	17,5
<b>Total Sur</b>	<b>4,6</b>	<b>13,4</b>	<b>8,8</b>	<b>13,4</b>	<b>20,6</b>	<b>16,8</b>	<b>5,1</b>	<b>14,3</b>	<b>9,5</b>	<b>9,1</b>	<b>3,3</b>	<b>6,3</b>	<b>10,4</b>

## DISCUSIÓN

Al caracterizar el suicidio de los adolescentes del Departamento de Cauca entre 1998-2017, se evidenció que el mayor riesgo de suicidio se encuentra en las mujeres. Ello puede explicarse porque en Cauca, en los últimos 25 años, la proporción de mujeres ha aumentado con respecto a los hombres.<sup>(16)</sup> Además, se ha encontrado que en las culturas donde hay predominio de abuso y violencia en contra de las mujeres, hay mayor riesgo de suicidio en ellas,<sup>(17,18)</sup> y según las estadísticas, en el Cauca, los porcentajes de violencia intrafamiliar han afectado más a mujeres que a hombres a lo largo de los años.<sup>(19)</sup> También debe tenerse en cuenta que Cauca es un departamento afectado por la violencia del conflicto armado de Colombia, y ello es posible causa de suicidios,<sup>(20)</sup> además, en el Cauca se ha estimado que en el contexto del conflicto armado entre 1985 y 2019, aproximadamente 1 800 personas fueron víctimas de abuso sexual y agresiones físicas, y de estas 91,6 % corresponden a mujeres.<sup>(21)</sup>

Según zona de residencia, la mayor proporción de suicidios tuvo lugar en el área rural. No hay que olvidar que el conflicto armado colombiano se ha desarrollado en mayor medida en zona rural, y que solo en 2000 más de 18 000 personas se vieron desplazadas.<sup>(20,22)</sup> A su vez, la violencia ha demostrado ser un factor determinante en la aparición de trastorno de estrés postraumático en las poblaciones afectadas<sup>(23,24)</sup> y predispone al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, los cuales aumentan el riesgo de suicidio.<sup>(25)</sup>

Se encontró mayor tasa de suicidio entre quienes tenían 15-19 años. Múltiples autores han evaluado que las adversidades en edades tempranas aumenta el riesgo de suicidio en jóvenes,<sup>(26,27)</sup> y esto, asociado a los cambios en el desarrollo de un adolescente y su adaptación al medio familiar y social,<sup>(28)</sup> puede explicar dichas tasas. En cuanto al método utilizado, se evidenció que el más empleado fue el envenenamiento. Varias investigaciones sugieren que el método está relacionado con la facilidad de acceso,<sup>(27)</sup> ahora bien, la mayoría de los casos de Cauca tuvo lugar en zona rural (Centro poblado y rural disperso), y allí hay fácil acceso a herbicidas y plaguicidas.

Se halló que una quinta parte tenía algún tipo de relación marital. Usualmente, la literatura señala que el matrimonio es factor protector contra el suicidio, pues la persona en situación de vulnerabilidad puede recibir apoyo social de su pareja.<sup>(29,30)</sup> Sin embargo, el matrimonio en menores de edad puede ser factor de riesgo, pues se ha encontrado que el mismo puede estar asociado con deserción escolar, reducción de ingresos económicos, aislamiento de redes de apoyo como la familia, etcétera,<sup>(31)</sup> eventos estos que son factores de riesgo para cometer suicidio.

Antes de finalizar la discusión, es conveniente mencionar algunas **limitaciones** del presente estudio. En primera medida, no debe pasarse por alto que se recurrió a fuente secundaria, y que quienes se encargan de recolectar, codificar o procesar las defunciones pueden cometer omisiones que conduzcan a subregistros. Otra limitación a tenerse en cuenta es que en algunos casos es complicado diferenciar el suicidio de otras muertes violentas como pueden ser las caídas de altura o los accidentes automovilísticos, introduciendo este hecho sub o sobre registros.

Otras limitaciones están dadas por cambios introducidos por el DANE. Por ejemplo, a partir de 2013 dejó de notificar la edad en años cumplidos y empezó a agruparla; este hecho hizo inviable el cálculo de estadísticas descriptivas a la edad. En esta misma línea, y también a partir de 2013, solo se informa el mes de defunción; al no entregarse la fecha se hace imposible determinar en qué días de la semana o del año hay más riesgo de morir por suicidio.

Por los anteriores motivos, los análisis consignados en el presente estudio pueden tenerse como parciales e incompletos, pero aún así siguen siendo útiles para conocer el fenómeno y adoptar medidas que contribuyan a mitigar este comportamiento.

## CONCLUSIONES

Se concluye que entre 1998-2017 el suicidio en adolescentes de Cauca presenta tasas altas y que el riesgo fue levemente mayor en mujeres que en hombres. También que más de la mitad de los adolescentes que se suicidaron recurrió al envenenamiento, que dos terceras partes residían en área rural (centro poblado o rural disperso), que en su mayoría tenían entre quince y diecinueve años de edad, y que prevaleció la soltería.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda a las autoridades de salud la puesta en marcha de programas de detección temprana, como también el brindar una atención y seguimiento adecuado a quienes realicen una conducta del espectro suicida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daray FM, Grendas L, Rebok F. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. Rev Fac Cienc Med [Internet]. 2016 [Citado 12/01/2021];73(3):205–11. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457/15367>
2. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 [Citado 12/01/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide#:~:text=Dato>
3. Hernández Rincón E, Barbosa Ardila S, Valdívieso Jáuregui A, Cruz Peñaranda P, Forero Fonseca J. Aplicaciones móviles para la prevención del suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. Rev Cubana Inf en Ciencias la Salud [Internet]. 2020 [Citado 12/01/2021];31(4):1–20. Disponible en: [http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/1563/pdf\\_59](http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/1563/pdf_59)
4. Corona Miranda B, Alfonso Sagué K, Cuellar Luna L, Hernández Sánchez M, Álvarez Toste M, García Pérez T. Estratificación epidemiológica de la mortalidad por suicidio en Cuba, 2011-2016. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2020 [Citado 12/01/2021];19(3):1–13. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S11http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v19n3/1729-519X-rhcm-19-03-e2847.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [Citado 12/01/2021]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
6. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2015 [Citado 12/01/2021];86(6):436–43. Disponible en: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/3268/2998>
7. Faure MI, Urquidí C, Bustamante F, Florenzano R, Ampuero K, Terán L, et al. Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y riesgo suicida en adolescentes: estudio transversal. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2018 [Citado 12/01/2021];89(3):318–24. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v89n3/0370-4106-rcp-00103.pdf>

8. Mora Encinas MP. Prevención de la conducta suicida en jóvenes y adolescentes: una revisión desde 1997. *Rev Psicoter* [Internet]. 2018 [Citado 12/01/2021];29(109):203–26. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcpv/v89n3/0370-4106-rcpv-00103.pdf>
9. Torres Reyes A. Características del intento suicida en adolescentes del municipio Puerto Padre. *Rev Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta* [Internet]. 2019 [Citado 12/01/2021];44(6). Disponible en: [http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2012/pdf\\_639](http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2012/pdf_639)
10. Siabato Macías EF, Forero Mendoza IX, Salamanca Camargo Y. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensam Psicológico* [Internet]. 2017 [Citado 12/01/2021];15(1):51–61. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n1/v15n1a04.pdf>
11. 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 12/01/2021];147(2):181–9. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n2/0717-6163-rmc-147-02-0181.pdf>
12. Castaño Castrillón JJ, Cañón SC, Betancourt Betancourt M, Castellanos Sánchez P, Guerrero González J, Gallego Rivas A, et al. Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Rev Divers-Perspectivas Psicol* [Internet]. 2015 [Citado 12/01/2021];11(2):193–205. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n2/v11n2a03.pdf>
13. Forero I, Siabato E, Salamanca Y. Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez Juv* [Internet]. 2017 [Citado 12/01/2021];15(1):431–42. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlics/v15n1/v15n1a28.pdf>
14. Serrano Ruiz CP, Olave Chaves JA. Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *Med UNAB* [Internet]. 2017 [Citado 12/01/2021];20(2):139–47. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2272/2806>
15. Sandoval Ato R, Vilela Estrada MA, Mejía Álvarez CR, Caballero Alvarado J. Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2018 [Citado 12/01/2021];89(2):208–15. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcpv/v89n2/0370-4106-rcpv-89-02-00208.pdf>
16. DANE. Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 Popayán, Cauca [Internet]. Colombia: DANE; 2019 [Citado 12/01/2021]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190814-CNPV-presentacion-Resultados-generales-Cauca.pdf>
17. Brockington L. Suicide in Women. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2001 [Citado 12/01/2021];16:7–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11349759/>
18. Vijayakumar L. Suicide in women. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2015 [Citado 12/01/2021];57(6):233–8. Disponible en: <https://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2015;volume=57;issue=6;page=233;epage=238;aulast=Vijayakumar>
19. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Estadísticas Nacionales Tasa de violencia intrafamiliar [Internet]. Colombia: INMLCF; 2018 [Citado 12/01/2021]. Disponible en: <https://www.datos.gov.co/Estadisticas-Nacionales/Tasa-de-violencia-Intrafamiliar/r22z-qfy2>
20. 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 12/01/2021];6(1):1–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3552962/pdf/1752-1505-6-10.pdf>
21. Secretaría de la Mujer del Departamento del Cauca. Boletín sobre violencias contra las mujeres en el departamento del Cauca [Internet]. Colombia: FUP; 2020 [Citado 12/01/2021]. Disponible en: <https://fup.edu.co/wp-content/uploads/2020/09/Boletin-No.-1-1.pdf>
22. Misión de Observación Electoral, Corporación Nuevo Arco Iris. Monografía Político Electoral Departamento del Cauca 1997 a 2007 [Internet]. Bogotá: MOE; 2016 [Citado 12/01/2021]. Disponible en: [http://moe.org.co/home/doc/moe\\_mre/CD/PDF/cauca.pdf](http://moe.org.co/home/doc/moe_mre/CD/PDF/cauca.pdf)
23. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Bogotá: ODC; 2016 [Citado 12/01/2021]. Disponible en: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomol.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf)
24. Vanegas Luque R, Gutiérrez Velasco A, Caicedo Cardeñosa MF. Investigaciones y comprensiones del conflicto armado en Colombia. *Salud mental y familia. Univ Psychol* [Internet]. 2017 [Citado 12/01/2021];16(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v16n3/1657-9267-rups-16-03-00277.pdf>
25. Rodríguez Hernández JM, Rocha Buevas A, Mendieta Izquierdo G, Hidalgo Troya A. Riesgo de muerte por suicidio en población colombiana 2000-2013. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018 [Citado 12/01/2021];23(11):3989–96. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3989.pdf>
26. Cabrera ER, Peranovich A. Mortalidad por causas violentas en la población de 10 a 29 años de Argentina y Uruguay. *Rev Cuba Salud Pública*. 2020 [Citado 12/01/2021];46(3):1–14.
27. Cortés Alfaro A, Suárez Medina R, Serra Larín S. Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2019 [Citado 12/01/2021];35(4):1–14. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n4/1561-3038-mgi-35-04-e1105.pdf>

28. Figueredo Acosta H. Intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2020 [Citado 12/01/2021];49(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v14n1/1794-9998-dpp-14-01-00027.pdf>
29. Montenegro T, Fernández J, Díaz J, Águila N, Díaz A. Caracterización del intento suicida en adolescentes del municipio Cumanayagua. Rev Finlay [Internet]. 2018 [Citado 12/01/2021];8(4):267–73. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n4/rf04408.pdf>
30. Dávila CA, Pardo AM. Mortalidad por suicidios en Colombia y México: tendencias e impacto entre 2000 y 2013. Biomédica. 2016;(36):415–22.
31. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Peñaranda Ospina CB, Arias Guatibonza MD, Carrillo Bejarano JH, et al. Matrimonio infantil: Un problema social, económico y de salud pública. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016;81(3):254–61.

**Financiamiento**

El presente estudio no ha recibido financiamiento de instituciones ni de empresas.

**Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

**Contribución de autoría**

Óscar Adolfo Medina-Pérez: Conceptualización; curación de datos; análisis formal; metodología; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición.

Daisy Lyn Gaviria Ledezma: curación de datos; análisis formal; metodología; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición.

Daniela Jaramillo Jiménez: 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 del artículo.



**Disponible en:**

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180482302011>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante  
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la  
academia

Óscar Adolfo Medina-Pérez, Daisy Lyn Gaviria Ledezma,  
Daniela Jaramillo Jiménez

**Caracterización del suicidio en adolescentes del  
Departamento de Cauca, Colombia, 1998-2017**  
**Characterization of suicide in teenagers in the  
Department of Cauca, Colombia, 1998-2017**

*Revista Habanera de Ciencias Médicas*

vol. 21, núm. 5, e4397, 2022

Universidad de Ciencias Médicas de la Habana,

**ISSN-E:** 1729-519X