



Investigaciones Andina

ISSN: 0124-8146

investigaciones@funandi.edu.co

Fundación Universitaria del Área Andina  
Colombia

Blandón Cuesta, Olga María; Medina-Pérez, Óscar Adolfo; Peláez Saldarriaga, María Andrea

Comportamiento de los suicidios en el Urabá Antioqueño, Colombia, 2000-2010  
Investigaciones Andina, vol. 17, núm. 30, abril-septiembre, 2015, pp. 1166-1178

Fundación Universitaria del Área Andina  
Pereira, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Comportamiento de los suicidios en el Urabá Antioqueño, Colombia, 2000-2010

Olga María Blandón Cuesta\*, Óscar Adolfo Medina-Pérez\*\*  
María Andrea Peláez Saldarriaga\*\*\*

---

## Resumen

**Introducción:** la conducta suicida es un grave problema de salud pública, la cual afecta a todos los grupos poblacionales sin distinción de raza, sexo o religión. El objetivo de la presente investigación fue caracterizar el comportamiento de la conducta suicida en la región del Urabá Antioqueño entre los años 2000 y 2010.

**Metodología:** se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal. Se utilizó la base de datos de mortalidad que genera el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

**Resultados:** en los once años estudiados se registraron 143 suicidios en el Urabá antioqueño, el 80% fueron hombres. El promedio de edad se ubicó en 31,1 años, pero se comportó diferente según sexo: 32,8 en hombres y 24 en mujeres. El 44,8% eran solteros. El método más empleado fue el ahorcamiento, 43,4%, seguido del arma de fuego, 32,9%, aunque esta última fue casi exclusividad de los hombres. Predominaron los suicidios en el lugar de residencia, 44,3%. El mes de mayor proporción de suicidios fue enero con 11,9%; por días le correspondió al domingo, con 19,6%. La tasa de todo el periodo se ubicó en 2,6 suicidios por cada cien mil habitantes. La mayor tasa municipal estuvo en Mutatá, con 5,5.

**Conclusiones:** se encontró un número importante de suicidios, más no se evidencian causas específicas; se cree que la reciente violencia que afectó a la región, y la accesibilidad de medios para efectuar el suicidio son importantes factores de riesgo para la población y se identifican como los puntos donde se deben direccionar las campañas de prevención.

---

## Palabras clave

Antioquia; Colombia; Mortality; Suicide; Urabá.

---

\* Docente investigadora Universidad de San Buenaventura.  
Email: olga.blandon@usbmed.edu.co

\*\* Docente investigador Universidad Nacional Abierta y a Distancia -UNAD-.  
Email: oscar.medina@unad.edu.co

\*\*\* Psicóloga. Investigadora independiente Email: andrea.pelaez.sal@gmail.com

# Behavior of suicides in the Urabá Antioqueño, Colombia, 2000-2010

---

## Abstract

**Introduction:** suicidal behavior is a major public health problem, which affects all population groups, regardless of race, sex or religion. The aim of this investigation was to characterize the behavior of suicidal behavior in the Urabá region of Antioquia between 2000 and 2010.

**Methodology:** a descriptive cross-sectional study was conducted. It was used a mortality data base generated by the National Administrative Department of Statistics (DANE).

**Results:** in eleven years of studies, 143 suicides were recorded in Urabá, 80% were men. The average age stood at 31.1 years, but behaved differently according to sex: 32.8 in men and 24 in women. 44.8% were single. The most used method was hanging, 43.4%, followed by firearm, 32.9%, although this last one was almost exclusively of men. Predominance of suicides in the place of residence, 44.3%. The month with the highest rate of suicide was January with 11.9%, it accounted for days to Sunday, with 19.6%. The rate of the whole period was 2.6 suicides per hundred thousand inhabitants. The largest municipal rate was in Mutatá with 5.5.

**Conclusions:** a significant number of suicides were found; however, there are no specific causes that make it evident. It is believed that the recent violence affecting the region and the availability of means to carry out suicide are important risk factors for the population and are identified as points where prevention campaigns must be addressed.

---

## Key words

Food Security; Rural Population; Sustainable Agriculture.

---

# Comportamento dos suicídios no Urabá Antioqueño, Colômbia, 2000 - 2010

---

## Resumo

**Introdução:** a conduta suicida é um grave problema de saúde pública, a qual afecta a todos os grupos populacionais, sem distincão de raça, sexo ou religião. O objectivo da presente investigação foi caracterizar o comportamento da conduta suicida na região do Urabá Antioqueño entre os anos 2000 e 2010.

**Metodologia:** levou-se a cabo um estudo descritivo, transversal. Utilizou-se o banco de dados de mortalidade que gera o Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE).

**Resultados:** nos onze anos estudados registaram-se 143 suicídios no Urabá antioqueño, o 80% foram homens. A média de idade localizou-se em 31,1 anos, mas comportou-se diferente segundo sexo: 32,8 em homens e 24 em mulheres. O 44,8% eram solteiros. O método mais empregado foi o ahorcamiento, 43,4%, seguido do arma de fogo, 32,9%, ainda que esta última foi quase exclusividade dos homens. Predominaram os suicídios no lugar de residência, 44,3%. No mês de maior proporção de suicídios foi janeiro com 11,9%; por dias correspondeu-lhe ao domingo, com 19,6%. A taxa de todo o período se localizou em 2,6 suicídios pela cada cem mil habitantes. A maior taxa municipal esteve em Mutatá, com 5,5.

**Conclusões:** encontrou-se um número importante de suicídios, mais não se evidenciam causas específicas; acha-se que a recente violência que afectou à região, e a acessibilidade de meios para efectuar o suicídio são importantes factores de risco para a população e se identificam como os pontos onde se devem direccionar as campanhas de prevenção.

---

## Palavras Chave

Antioquia; Colômbia; Mortalidade; Suicídio; Urabá

---

---

Fecha de recibo: Marzo/2014

Fecha aprobación: Octubre/2014

## Introducción

El suicidio se concibe como un fenómeno multicausal en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales; por tanto existen factores de riesgo que generan vulnerabilidad ante él en cada grupo de edad (1,2), y se ha sido definido como: “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y siendo considerado el resultado como instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social” (3). Actualmente se considera que la conducta suicida cubre un amplio espectro, el cual va desde aspectos cognitivos como la ideación y la planificación, hasta los comportamentales: gestos, intentos y el suicidio consumado (4).

Según la Organización Mundial de la Salud –OMS–, cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de dieciséis suicidios por cada cien mil habitantes. Ello significa que en promedio cada cuarenta segundos una persona se suicida, y por cada persona que se suicida diez o veinte más lo intentan (5,6). Durante los últimos cincuenta años las tasas de suicidio a escala mundial aumentaron un 60%, lo que hace del suicidio un serio problema de salud pública (7).

En varios países el suicidio es una de las tres principales causas de muerte en los adolescentes y adultos jóvenes entre 15 a 24 años, y una de las diez principales causas en general de muerte (8,9).

En Colombia, en el cuatrienio comprendido entre el 2009 y el 2012 el fenómeno se estabilizó, manteniéndose

una tasa promedio para el país de 4,1 por cien mil habitantes. El mayor número de suicidios en ambos sexos se presentó en el grupo de jóvenes de 20 a 24 años, con 16,35% (311 casos); en este grupo por cada cien mil habitantes se suicidan siete jóvenes, lo que representa 15.462 años perdidos de vida potencial (10).

Para evaluar el riesgo autolítico de un individuo y evitar el suicidio, es necesario conocer tanto los factores de riesgo inmodificables, como los modificables; dentro de los primeros se estudia el componente hereditario, el sexo, la edad, el estado civil, en suma, las variables sociodemográficas, y dentro de los segundos, los factores de riesgo modificables, encontramos la salud física, mental y sus enfermedades (11,12).

Se ha señalado que factores ambientales y sociales pueden ser causas de riesgo (6,13). Frente a esto, hay que señalar que la región del Urabá antioqueño ha presentado índices altos de violencia. La década de los 90 por ejemplo, estuvo marcada por una ardua disputa territorial en la que intervinieron distintos actores sociales, y que produjo innumerables masacres de campesinos, trabajadores y sindicalistas entre otros (14,15).

También debe tenerse en cuenta que la accesibilidad a las armas de fuego es un factor importante de riesgo (2), y las mismas fueron de fácil acceso en la zona de Urabá; tampoco hay que olvidar que por causa del conflicto antes mencionado, en la zona se presentaron entre otros fenómenos desintegración familiar y desplazamiento forzado (16), y que los mismos son también factores de riesgo (9).

Sin embargo, para efectos de este estudio, nos focalizaremos en la caracterización del suicidio en la población de Urabá, en el periodo de tiempo concebido entre el 2000 y el 2010, pues describir las variables sociodemográficas, temporales y de lugar, servirá para posteriores investigaciones en las que se profundice en la identificación de los posibles factores de riesgo y factores protectores del fenómeno, con el fin de diseñar estrategias de intervención para la disminución del mismo en la zona.

## **Materiales y métodos**

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo. Para ello se recurrió a los certificados de defunción por causa de suicidio del Departamento Administrativo de Estadística (DANE), entre los años 2000 – 2010. De dicha base de datos se seleccionó al departamento de Antioquia, y de este último se tomaron los once municipios que forman parte de la zona de Urabá, los cuales son: Apartadó, Arboletes, Carepa, Chigorodó, Murindó, Mutatá, Necoclí, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Turbo y Vigía del Fuerte.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, estado civil, escolaridad, mecanismo de muerte, área de residencia y defunción, sitio en que se cometió el hecho y municipio. Gracias a la fecha de defunción se pudo calcular el suicidio por día de la semana, mes y año. La variable edad fue recategorizada de la siguiente manera: entre 0 y 9 años, niños; de 10 a 19, adolescentes; entre 20 y 34, adultos jóvenes; de 35 a 64 años, adultos, y de 65 en adelante, adultos mayores.

La información suministrada por el DANE fue ordenada, homologada y reunida en un solo archivo; luego se

procedió a realizar análisis de frecuencias de las variables antes señaladas. En el caso de la edad, se calculó media, mediana, moda y desviación estándar, tanto para la totalidad de las personas que cometieron suicidio, como discriminadas según el sexo. Las tasas fueron calculadas utilizando las proyecciones poblacionales realizadas por el DANE para el periodo en cuestión. En el caso de los niños, la tasa se calculó sobre diez millones de niños; para el resto de grupos se hizo sobre cien mil habitantes.

Se empleó Epidat para realizar pruebas de proporciones independientes; con ello se verificó si existían diferencias significativas entre proporciones. El resto de los cálculos se realizaron en Excel versión 2007.

## **Resultados**

*Características sociodemográficas:* en los años comprendidos entre el 2000 y 2010, se registraron en los once municipios que conforman el Urabá antioqueño 143 suicidios, de los cuales el 80% fueron perpetrados por hombres (115 decesos).

Al analizar la *edad*, se encontró que la misma osciló entre los 9 y 87 años, con un promedio de 31,1 años (DE 15,2 años); la edad en que más suicidios se presentaron fue a los 23 años y el 50% lo cometió a una edad máxima de 27,5 años. Se encontraron diferencias importantes entre hombres y mujeres: en ellos el promedio de edad fue de 32,8 años (DE 15,9 años), frente a los 24 años (DE 9,6 años) de ellas; la edad más frecuente de los hombres fue de 23 años, frente a los 17 de las mujeres. Además, el rango de edad de las mujeres osciló

entre 11 y 49 años, frente a los 9 y 87 años de los hombres.

Al indagar por el *estado civil*, se encontró que 44,8% de las personas que cometieron suicidio eran solteros; 42,7% tenía algún tipo de unión marital; 4,2% estaba separada; 0,7% estaba en estado de viudez y en el 7,7% no se registró esta información. Se encontraron diferencias importantes al discriminar por sexo: en los hombres se halló que el 40,0% tenía algún tipo de unión marital, frente al 53,6% de las mujeres; se encontraron también diferencias en las proporciones de los solteros: 47,0% en hombres, frente al 35,7% de las mujeres. A pesar de ello, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Con relación a la *escolaridad*, el 38% de las personas fallecidas habían cursado secundaria, 31% primaria, 6%

sin escolaridad 4% estudios técnicos, tecnológicos y universitarios. En el 21% de los casos no se obtuvo información.

Referente a los mecanismos de lesión utilizados, se encontró que el ahorcamiento fue el más empleado, seguido del arma de fuego, pero al diferenciar por sexo, se evidenció que las mujeres recurren en mayores proporciones al envenenamiento que los hombres, mientras que ellos utilizan más al arma de fuego que ellas; en estos dos mecanismos se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Al analizar los grupos etarios, las mayores frecuencias se encontraron en los adultos jóvenes, pero al discriminar por sexo, se hallaron diferencias significativas en el uso de armas de fuego y medicamentos, venenos y disolventes. Ver tabla 1

*Características espaciales:* con relación al municipio de ocurrencia, Apartadó reportó el 29,4% de los casos, seguido

**Tabla 1.** Mecanismos de lesión y grupos etarios de las personas que murieron por suicidio en el Urabá antioqueño, 2000 - 2010

Características	Total		Hombres		Mujeres		P
	N	%	n	%	n	%	
Mecanismos de muerte							
Ahorcamiento y sofocación	62	43,4	49	42,6	13	46,4	0,8783
Arma blanca	3	2,1	3	2,6	-	-	0,8977
Arma de fuego y explosivos	47	32,9	46	40,0	1	3,6	0,0005
Medicamentos, venenos, disolventes	25	17,5	13	11,3	12	42,9	0,0002
Otros medios	1	0,7	-	-	1	3,6	0,4417
Salto al vacío	4	2,8	3	2,6	1	3,6	0,7174
Sumersión	1	0,7	1	0,9	-	-	0,4417
Grupos Etarios							
Niños	1	0,7	1	0,9	-	-	0,4450
Adolescentes	30	21,1	19	16,7	11	39,3	0,0178
Adultos Jóvenes	69	48,6	56	49,1	13	46,4	0,9644
Adultos	36	25,4	32	28,1	4	14,3	0,2077
Adultos mayores	6	4,2	6	5,3	-	-	0,4739

**Tabla 2.** Lugar de muerte de las personas que fallecieron por suicidio en el Urabá antioqueño, 2000 - 2010

Características	Total		Hombres		Mujeres		P
	N	%	n	%	n	%	
Casa	62	44,3	45	40,2	17	60,7	0,0812
Centro Hosp/Puesto de salud	26	18,6	18	16,1	8	28,6	0,2114
Lugar trabajo	13	9,3	13	11,6	-	-	0,1263
Otro	26	18,6	23	20,5	3	10,7	0,3557
Vía pública	13	9,3	13	11,6	-	-	0,1263

Fuente: Departamento Administrativo de Estadística (DANE)

de Turbo con 21,7% y Carepa con 16,1%. Los de menor prevalencia fueron San Juan y Vigía del Fuerte con un 1,4% cada uno. En Murindó no se reportaron suicidios en los once años estudiados.

En cuanto al área de residencia de las personas que cometieron suicidio, se encontró que el 53,8% vivía en la cabecera municipal, 38,5% en zona rural, y en el 7,7% no se informó al respecto.

Al revisar el *lugar de muerte*, se evidenció que el 60% de las mujeres se suicidó en su casa y que ninguna de ellas se mató en el lugar del trabajo o en vía pública, como si lo hizo una proporción importante de hombres, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se debe tener cuidado con la interpretación que se le dé al ítem de hospitales y centros de salud, pues muy seguramente estamos aquí ante un subregistro de información: no es plausible que el 18,6% de las personas hayan elegido un centro de salud para cometer suicidio; más bien lo que ocurrió fue que el intento se realizó en otro lugar, y la persona alcanzó a ser trasladada con vida a un centro de atención, donde finalmente falleció, quedando en el registro este sitio como el lugar de muerte. Ver tabla 2.

*Características temporales:* al analizar los suicidios por años de ocurrencia, se encontró que los mismos variaron de manera importante de un año a otro, siendo 2003 el año de menor proporción con el 4,9% de los casos (siete decesos), y 2005 el más alto con el 14,0% (veinte suicidios). Al revisar el comportamiento mensual, se encontraron también diferencias importantes: enero registró las mayores proporciones con el 11,9% de los casos, seguido de agosto con el 10,5%. Los meses con menor índice fueron septiembre con 5,6% y noviembre con 4,2%.

En los días de la semana se encontró una situación similar a la registrada en los años y meses: diferencias importantes entre unos días y otros, y así, el día domingo registró la mayor proporción con 19,6%, seguida de lunes con 16,8%. El de menor frecuencia fueron los martes y miércoles con el 12,6% cada uno.

*Comportamiento de la mortalidad:* en los once años estudiados, la zona de Urabá registró una tasa de 2,6 suicidios por cada cien mil habitantes. Al discriminar por lugar de residencia de las personas que cometieron suicidio, se encontró una tasa de 2,4 en aquellos que vivían en la

cabecera municipal, frente a 2,3 por cada cien mil habitantes de quienes residían en zona rural.

Al examinar el comportamiento según el sexo, se encontró una tasa de 4,1 en los hombres, y de 1,0 en las mujeres; quiere ello decir que por cada cuatro hombres se suicida una mujer.

Discriminando por municipios, se encontró que la tasa más alta se registró en Mutatá, y la más baja en San Juan de Urabá. Al revisar el comportamiento de la tasa municipal según el sexo, se encontró que la tasa masculina más alta estuvo en Carepa y la más baja en Chigorodó; en mujeres, en cambio, la tasa más alta se registró en Mutatá y la más baja en Carepa. Resalta que en Murindó, Necoclí, San Juan de Urabá

y Vigía del Fuerte, la tasa de suicidio femenino fue de cero Ver tabla 3.

Al discriminar por el ciclo vital, se evidenció que las tasas más altas, tanto en hombres como en mujeres, se registraron en adultos jóvenes con 8,5 y 1,9 respectivamente. Al calcular la relación mujer – hombre, se encontró que en adolescentes fue de 1,6 (por cada diez mujeres se suicidan dieciséis hombres), adultos jóvenes, 4,4 (por cada diez mujeres se suicidan cuarenta y cuatro hombres); adultos 7,3 (por cada diez mujeres se suicidan setenta y tres hombres). En adulto mayor la tasa masculina fue 6,4, y la femenina de cero. Ver tabla 3.

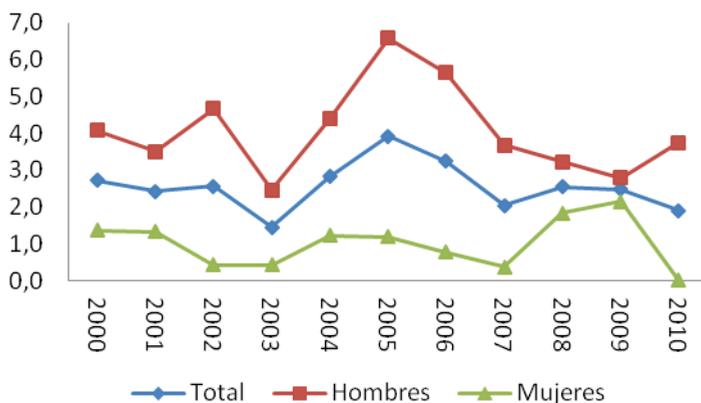
Al revisar el comportamiento de las tasas según año y sexo, se encontró que la más alta se registró en 2005, con una tasa 3,9

**Tabla 3.** Distribución de las tasas de suicidio según municipio y grupo etario de las personas que fallecieron por suicidio en el Urabá antioqueño, 2000 - 2010

Características	Hombres n	Tasa Hombres*	Mujeres n	Tasa Mujeres*	Total N N	Tasa Total*
Municipio						
Apartadó	32	4,4	10	1,4	42	2,9
Arboletes	5	2,9	1	0,6	6	1,8
Carepa	22	9,2	1	0,4	23	4,8
Chigorodó	4	1,2	6	1,9	10	1,5
Murindó	-	-	-	-	-	-
Mutatá	5	5,5	5	5,6	10	5,5
Necoclí	8	3,0	-	-	8	1,5
San Juan de Urabá	2	1,7	-	-	2	0,9
San Pedro de Urabá	8	5,0	1	0,6	9	2,8
Turbo	27	4,0	4	0,6	31	2,3
Vigia del Fuerte	2	6,2	-	-	2	3,2
Grupos Etarios						
Niños	1	0,1	-	-	1	0,1
Adolescentes	19	2,8	11	1,6	30	2,2
Adulto joven	56	8,5	13	1,9	69	5,2
Adulto	32	5,1	4	0,7	36	3,0
Adulto Mayor	6	6,4	-	-	6	3,3

Fuente: Departamento Administrativo de Estadística (DANE)

\* Tasa sobre cien mil habitantes.



**Figura 1.** Distribución de las tasas\* de suicidios cometidos en el Urabá antioqueño, discriminando por año y sexo

Fuente: Departamento Administrativo de Estadística (DANE)

\* Tasa sobre cien mil habitantes.

muertes por suicidio por cada cien mil habitantes. Discriminando por sexo, se notó que la tasa masculina más alta se presentó en 2005 con 6,6, mientras que la femenina se halló en 2008 con 3,2 suicidios por cada cien mil mujeres. Ver figura 1.

## Discusión

Las tasas de suicidio registradas en el Urabá Antioqueño fluctúan a lo largo del periodo analizado, ubicándose en promedio en 2,6 por cada cien mil habitantes. Si bien es cierto que dicha cifra es inferior al promedio nacional, y que según la clasificación de la OMS la zona presenta niveles bajos de suicidio (17,18), dicha conducta sigue siendo un problema importante de salud pública en la región, que requiere de la debida atención de parte de las autoridades competentes.

Se encontró que en la zona mueren más hombres que mujeres a causa del suicidio, lo cual es similar a lo registrado en Colombia y en distintas zonas del país. Ello puede deberse al hecho de que

a las mujeres les es más fácil pedir ayuda, como también expresar sus inquietudes y problemas (19). Los hombres, en cambio, son más propensos a la agresividad y actuar bajo influencia de alcohol y sustancias psicoactivas, conductas que son factores de riesgo para cometer suicidio (20). Otra posible explicación de esto, es que los hombres recurren con mayor frecuencia a métodos de mayor violencia, como lo son las armas de fuego y el ahorcamiento (21–23). No hay que olvidar también el hecho de que existe un estereotipo de masculinidad que promueve la inexpresividad emocional, lo cual puede constituirse también en un factor de riesgo (22,24).

De otra parte se encontró que el grupo etario en el cual se observó mayor número de suicidios, fue en los adultos jóvenes, lo cual es similar a lo registrado en otras zonas de Colombia (25–27). Múltiples pueden ser las razones que expliquen este comportamiento, entre ellas acceso a armas, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, exposición a actos de violencia y demás variables

políticas y socioculturales que jueguen papel importante en la génesis de la violencia juvenil (28). También deben considerarse los trastornos mentales, pérdidas afectivas, ingreso al mundo laboral y necesidades de reconocimiento (29)

Los adolescentes también presentaron cifras altas de muertes por suicidio en el Urabá Antioqueño. Ello puede darse porque en esta etapa aún no se tienen objetivos vitales claramente definidos (19); también el que en esta etapa se presentan muchos cambios físicos, sociales y familiares, los cuales pueden provocar gran perturbación (30). Tampoco hay que olvidar que en la adolescencia fenómenos como el desempleo, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos depresivos pueden ser causales de conductas suicidas (31,32).

En cuanto al mecanismo empleado para cometer suicidio, se encontró que el ahorcamiento fue el más utilizado, lo cual concuerda ampliamente con otros estudios realizados en Colombia. Se hizo notorio que un alto porcentaje de los hombres eligió el arma de fuego, lo que puede ser explicado por la preferencia masculina por el empleo de métodos letales y el hecho de que las armas de fuego son de fácil acceso en la región. En el caso de las mujeres, resalta que el 42,9% utilizó medicamentos y venenos; hay que recordar que las mujeres utilizan métodos menos severos, pues muchas de ellas recurren a la conducta suicida como una manera de buscar ayuda y llamar la atención (33). Sin embargo, la OMS señala que el uso de métodos violentos por parte de las mujeres viene en aumento (34), lo que puede ratificarse

al evidenciar que el ahorcamiento fue el método más empleado por ellas.

Con relación al estado civil, se encontró que la más alta proporción de suicidios fue cometida por solteros. Ya varios estudios señalan que el estar soltero es un factor de riesgo (35,36). También se ha indicado que el vivir solo aumenta el riesgo de tener ideaciones e intentos suicidas, además de que, en caso de presentarse un acto suicida, disminuye la probabilidad de recibir ayuda oportuna (37,38).

En cuanto a la escolaridad, se encontró que el 75% de los que cometieron suicidio habían alcanzado, como máximo, estudios secundarios. Varias investigaciones indican que entre menor sea el grado escolar, mayor es el riesgo de cometer un acto suicida; de hecho se ha encontrado un riesgo cinco veces mayor entre los que han abandonado la escuela, y ocho veces más alto entre los que no tienen estudios universitarios (6,13,39).

Sobre el lugar de muerte y el día de la semana en que con más frecuencia se comete suicidio, los resultados arrojados fueron muy similares a lo que se ha encontrado en otros lugares del país: el sitio más elegido fue el lugar de residencia, con una proporción superior al 44%, y el día de la semana que más sobresalió fue el domingo -19,6%-, porcentaje muy similar al hallado en cinco municipios de Nariño, donde se encontró que el 19,8% de los suicidios se cometieron en ese día, (40), y cercano también a lo registrado en el departamento de Risaralda (41). Esto puede ocurrir porque en dicho día hay, por lo general, un cese de las actividades ocupacionales (27).

A nivel de tasas, se encontraron cifras sensiblemente inferiores a las registradas en el país en el mismo periodo. Este hecho es llamativo, pues era de esperar tasas mayores a las de Colombia debido a la particular situación de violencia que ha azotado a la zona del Urabá

Antioqueño en la década de los 90 y primeros años del nuevo milenio; es sabido que dicha situación es un factor de riesgo de la conducta suicida (42). Por tanto, es de presumir que existen importantes factores protectores en la zona.

---

## Referencias

1. Córdova M, Rosales J, García M. Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo (México): Comparación por género. *Psicogente* [Internet]. 2012;15(28):287–301. Available from: <http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/330/322>
2. Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco-Rodríguez R. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. 2006;29(5):66–74.
3. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. (CIE-10) Manual de instrucciones. OPS, editor. Washington, D.C.; 1996.
4. Piedrahita L, Paz K, Romero A. Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2012;17(2):136–48. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772012000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772012000200010&lng=pt&nrm=iso)
5. Medina-Pérez Ó, Cardona D, Arcila S. Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andina* [Internet]. 2011;13(23):268–80. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v13n23/v13n23a04.pdf>
6. Leal C, Macedo E, Lima L. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos Saude Pública* [Internet]. 2013;29(1):175–87. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000500020&lang=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500020&lang=es)
7. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. Junta de Andalucía; 2010. p. 113.
8. Valencia Upegui H, Campo-Cabal G, Borrero Cortés C, García Gallardo Á, Patiño García M. Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle, Cali (1994 - 2010). *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2011;40(4):619–36. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502011000400003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000400003&lng=pt&nrm=iso)
9. Cañon Buitrago SC. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina* [Internet]. 2011;11(1):62–7. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf>
10. Cifuentes S. Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal colombiano, 2012. *Forensis 2012, datos para la vida* [Internet]. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2013. p. 450. Available from: [http://www.fpv.org.co/uploads/documentos/libreria/forensis\\_2012.pdf](http://www.fpv.org.co/uploads/documentos/libreria/forensis_2012.pdf)
11. Amézquita Medina ME, González Pérez RE, Zuluaga Mejía D. Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en ocho colegios

- oficiales de Manizales. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2008;13(1):143–53. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0121-75772008000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0121-75772008000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
12. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid; 2011. p. 188.
  13. Ayuso-Mateos J, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Revista de psiquiatría y salud mental [Internet]. SEP y SEPB; 2012 [cited 2013 Mar 1];5(1):8–23. Available from: [http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2012/2012\\_Ayuso\\_Recomendaciones.pdf](http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2012/2012_Ayuso_Recomendaciones.pdf)
  14. Aparicio JR. La “Mejor esquina de suramérica”: aproximaciones etnográficas a la protección de la vida en Urabá. Antípoda. 2009;(8):87 – 115.
  15. Díez Gómez DA. Cuando la neutralidad no existe: historia reciente del Urabá Antioqueño. Dialéctica Libertadora [Internet]. 2009;47–64. Available from: <http://publicaciones.libertadores.edu.co/index.php/dialectica/article/view/270>
  16. Restrepo Escobar F, López Velásquez A, Gutiérrez Vargas L. La calidad de vida laboral del personal de la salud del Urabá antioqueño. XVII Congreso internacional de contaduría, administración e informática. México D.F; 2012.
  17. Souza S, Alves S, Silva LA, Cristiane D, Flores S, Nery AA, et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria [Internet]. 2011;60(4):294–300. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n4/a10v60n4.pdf>
  18. Torres de Galvis Y. Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012 [Internet]. Medellín; 2012. p. 350. Available from: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones 2011-2012/Libro Salud Mental - 2011.pdf>
  19. Tuesca Molina R, Navarro Lechuga E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud Uninorte. 2003;(17):19–28.
  20. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional: Colombia: CIDA y OPS. 2001.
  21. Sánchez L. Neurobiología del suicidio, estrés y conductas suicidas. Estrés y salud: Investigación básica y aplicada. México D.F: Manual Moderno; 2012.
  22. Sánchez Pedraza R, Tejada Neira PA, Sabogal Guzmán Y. Muertes violentas intencionalmente producidas en Bogotá, 1997-2005: diferencias según el sexo. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2008;37(3):316–29. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502008000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502008000300003&script=sci_arttext)
  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. Archivos de Medicina [Internet]. 2009;9(2):110–22. Available from: [http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos\\_medicina1/html/publicaciones/Arch\\_Med\\_9-2/5\\_riesgo\\_suicida\\_colegios.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina1/html/publicaciones/Arch_Med_9-2/5_riesgo_suicida_colegios.pdf)
  24. 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. Available from: <http://www.psicothema.com/pdf/1102.pdf>
  25. Colombia. Forensis, datos para la vida. Bogotá D.C.; 2011. p. 250.
  26. Rodríguez-Escobar J, Medina-Pérez Ó, Cardona-Duque D. Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, 2005-2010. Revista Facultad de Medicina [Internet]. 2013;61(1):9–16. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v61n1/v61n1a03.pdf>
  27. Medina O, Cardona D, Rátiva O. Caracterización del suicidio en Armenia, Colombia, 2004 - 2008. Orbis. 2010;76–102.
  28. Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la región de las Américas. Revista Brasileira de Epidemiologia. 1999;2(3):102–71.
  29. Cervantes W, Melo E. El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. Duazary: Revista de la facultad de Ciencias [Internet]. 2008;5(2):148–52. Available from: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=53978&id\\_seccion=2268&id\\_ejemplar=5470&id\\_revista=127](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=53978&id_seccion=2268&id_ejemplar=5470&id_revista=127)

30. Cervantes, Melo. El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. *Duazary*. 2008;(5):148-54.
31. Berbesi D, Segura Á. Factores sociodemográficos y eventos vitales asociados con la mejoría clínica de pacientes con depresión. *Investigaciones Andina*. 2009;11(19):6-16.
32. Medina-Pérez Ó, Londoño O, Orozco C. Caracterización del suicidio en adolescentes del Quindío, Colombia ( 1989-2008). *Universitas Médica*. 2012;53(3):249-59.
33. Manrique RD, Ocha FL, Fernández LM, Escamilla R, Vélez E. Comportamiento del suicidio en Antioquia 1998-2000. *Revista CES Medicina* [Internet]. 2002;16(3):7-17. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/637/378>
34. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del Suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional: Colombia: CIDA y OPS*. 2001.
35. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Revista Salud Pública*. 2004;6(3):217-34.
36. Sánchez R, Guzmán Y, Cáceres H. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005;34(1):12-25.
37. Aristizábal Gaviria A, González Morales A, Palacio Acosta C, García Valencia J, López Jaramillo C. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2009;38(3):446-63. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcpv/v38n3/v38n3a05.pdf>
38. González A, Rodríguez Betancur Á, Aristizábal A, García Valencia J, Palacio C, López Jaramillo C. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2010;39(2):251-67.
39. Avanci R, Pedrão L, Costa Júnior M. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Rev Bras Enferm*. 2005;(58):535-9.
40. Peña M del P, Ortiz Y, Gutiérrez MI. El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del Departamento. *Pensamiento Psicológico*. 2009;6(13):97-108.
41. Rodríguez-Escobar J, Medina-Pérez Ó, Cardona-Duque D. Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. *Revista Facultad de Medicina*. 2013;61(1):9-16.
42. Fernández JM. *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Ediciones Pirámide; 2005.