

Correlación entre la violencia intrafamiliar contra la pareja y las tasas de muerte por suicidio del departamento de Risaralda entre los años 2007 y 2020

Santiago Marín Loaiza M.D.

Asesores

**Dr. Juan Carlos Medina Osorio
PhD. Germán Alberto Moreno Gómez**

**Universidad Tecnológica de Pereira
Facultad de Ciencias de la Salud
Especialización en Psiquiatría
2023**

Correlación entre la violencia intrafamiliar contra la pareja y las tasas de muerte por suicidio del departamento de Risaralda entre los años 2007 y 2020

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Especialista en Psiquiatría**

Santiago Marín Loaiza M.D.

Asesores

**Dr. Juan Carlos Medina Osorio
PhD. Germán Alberto Moreno Gómez**

**Universidad Tecnológica de Pereira
Facultad de Ciencias de la Salud
Especialización en Psiquiatría
2023**

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DIRECTOR

FIRMA JURADO

FIRMA JURADO

Pereira, marzo de 2023

TABLA DE CONTENIDO

| | Página |
|---|---------------|
| Resumen | 7 |
| Abstract | 8 |
| Introducción | 9 |
| Planteamiento del problema | 11 |
| Justificación | 14 |
| Objetivos | 15 |
| Objetivo general | 15 |
| Objetivos específicos | 16 |
| Marco referencial | 16 |
| Marco teórico | 16 |
| Violencia intrafamiliar | 16 |
| Suicidio | 17 |
| Salud mental | 17 |
| Suicidio y trastornos mentales | 18 |
| Grupos de riesgo | 18 |
| Métodos de suicidio | 19 |
| La conducta suicida | 19 |
| Síntomas de la conducta suicida | 20 |
| Marco legal | 20 |
| Ley de salud mental | 20 |
| Decreto 658 de 2013 | 21 |
| Plan Decenal de Salud Pública | 21 |
| Metodología | 22 |
| Marco bioético | 23 |
| Resultados | 23 |
| Análisis de la violencia intrafamiliar | 23 |
| Análisis de los suicidios | 32 |
| Discusión | 40 |
| Conclusiones | 44 |
| Referencias bibliográficas | 45 |

LISTA DE TABLAS

| | Página |
|---|--------|
| Tabla 1. Características de los casos reportados de violencia intrafamiliar 2007-2020 | 24 |
| Tabla 2. Evolución de la tasa de casos de violencia intrafamiliar contra la pareja por municipio entre 2007 y 2020 | 28 |
| Tabla 3. Evolución de los casos de violencia intrafamiliar contra la pareja por mes entre 2007 y 2020 | 29 |
| Tabla 4. Índices estacionales para violencia intrafamiliar contra la pareja 2007-2020 | 30 |
| Tabla 5. Violencia intrafamiliar contra la pareja por sexo de perpetrador y grupos de edad | 31 |
| Tabla 6. Caracterización de los suicidios periodo 2007-2020 | 32 |
| Tabla 7. Tasa de suicidios periodo 2007-2020 | 34 |
| Tabla 8. Casos de suicidio por grupos de edad y sexo | 38 |
| Tabla 9. Índices estacionales para casos de suicidio 2007-2020 | 39 |

LISTA DE GRÁFICAS

| | Página |
|--|--------------------------------------|
| Gráfica 1. Proporción de VIF por tipos de violencia y sexo..... | 25 |
| Gráfica 2. Casos de VIF por tipo y grupos de edad..... | 26 |
| Gráfica 3. Tasa de casos de violencia intrafamiliar en Risaralda entre 2007 y 2020..... | 27 |
| Gráfica 4. Tasa de casos de violencia intrafamiliar por municipio 2007-2020..... | 27 |
| Gráfica 5. Variación de los casos de violencia intrafamiliar por mes entre 2007 y 2020..... | 30 |
| Gráfica 6. Casos de VIF por sexo de agresor..... | 31 |
| Gráfica 7. Tasa media de suicidios intrafamiliar por cada diez mil habitantes por municipio entre 2007 y 2020..... | 35 |
| Gráfica 8. Tasa media de suicidios por cada cien mil habitantes 2007-2020..... | 36 |
| Gráfica 9. Variación de los casos de suicidio por mes entre 2007 y 2020..... | 38 |
| Gráfica 10. Tasa de suicidio por municipio 2007-2020..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Gráfica 11. Diagrama de dispersión casos de VIF y suicidio..... | 40 |

Resumen

Introducción: La violencia intrafamiliar (VIF) es un fenómeno social complejo que se ha presentado en las familias colombianas a lo largo de su historia. En diferentes épocas ha producido evidentes consecuencias sociales, personales, psicológicas e incluso políticas, principalmente para las mujeres que la sufren de manera directa y en menor proporción para los niños.

Materiales y métodos: Se realizó una investigación para evaluar la correlación entre la violencia intrafamiliar contra la pareja y la mortalidad por suicidio en el departamento de Risaralda, durante el periodo de 2007 al 2020, mediante un estudio retrospectivo con enfoque cuantitativo de tipo ecológico con una serie de tiempo en la que se comparó las variaciones en el número de casos reportados de violencia intrafamiliar contra la pareja y los casos reportados de suicidio según la información de las bases de datos del INMLCF del departamento de Risaralda, durante el periodo 2007 a 2020.

Resultados: Se incluyeron un total de 12725 casos de violencia intrafamiliar contra la pareja y 881 casos de suicidio. El 50% (6.362) de los casos de violencia fueron cometidos por la pareja o expareja permanente, el 88% (11.198) hacia mujeres con una mediana de edad de 28 años (RIQ 13 años). Se encontraron diferencias entre la escolaridad y el tipo de ocupación entre hombres y mujeres víctimas de violencia intrafamiliar ($p < 0.05$). La tasa de casos de violencia intrafamiliar ha mostrado una tendencia a la disminución en los últimos años en los principales municipios de Risaralda.

En cuanto a los casos de suicidio, el 80% (705) se presentó en hombres con una mediana de edad de 25 años (RIQ 23 años), en los que el ahorcamiento y el uso de armas fueron los métodos usados en el 60% y 15%, respectivamente. También se encontraron diferencias entre el tipo de ocupación y la escolaridad entre hombres y mujeres ($p < 0.05$). La tasa de casos de suicidio ha mostrado una tendencia al aumentos en los últimos años en los principales municipios de Risaralda.

Se encontró una correlación débil positiva entre la violencia intrafamiliar y los casos de suicidio en hombres ($r\text{-Spearman } 0.156$) pero no se demostró significancia estadística ($p = 0.68$). No se encontró una correlación en el caso de las mujeres.

Conclusión:

La violencia intrafamiliar contra la pareja es más frecuente en las mujeres, mientras que los casos de suicidio lo son en los hombres. Diversas variables están implicadas en cada una de las situaciones. De éstas, la violencia intrafamiliar podría estar relacionada con los casos de suicidio en los hombres y por lo cual se requieren estudios adicionales para explorar esta posible asociación.

Abstract

Introduction: Domestic violence (DV) is a complex social phenomenon that has been present in Colombian families throughout history. In different periods, it has produced evident social, personal, psychological, and even political consequences, mainly for women who suffer from it directly and to a lesser extent for children.

Materials and Methods: A research was carried out to evaluate the correlation between domestic violence against partners and suicide mortality in the department of Risaralda, during the period from 2007 to 2020, through a retrospective study with an ecological quantitative approach with a time series in which the variations in the number of reported cases of domestic violence against partners and reported cases of suicide were compared according to the information from the databases of the INMLCF of the department of Risaralda, during the period 2007 to 2020.

Results: A total of 12725 cases of domestic violence against partners and 881 cases of suicide were included. 50% (6,362) of the violence cases were committed by the permanent partner or ex-partner, 88% (11,198) towards women with a median age of 28 years (IQR 13 years). Differences were found between education and type of occupation among male and female victims of domestic violence ($p < 0.05$). The rate of domestic violence cases has shown a decreasing trend in recent years in the main municipalities of Risaralda. As for suicide cases, 80% (705) occurred in men with a median age of 25 years (IQR 23 years), in which hanging and the use of firearms were the methods used in 60% and 15%, respectively. Differences were also found between the type of occupation and education among men and women ($p < 0.05$). The rate of suicide cases has shown an increasing trend in recent years in the main municipalities of Risaralda. A weak positive correlation was found between domestic violence and suicide cases in men (Spearman's r 0.156), but no statistical significance was demonstrated ($p = 0.68$). No correlation was found in the case of women.

Conclusion: Domestic violence against partners is more frequent in women, while suicide cases are more common in men. Various variables are involved in each of the situations. Of these, domestic violence could be related to suicide cases in men, and additional studies are required to explore this possible association.

Introducción

La violencia intrafamiliar (VIF) es un fenómeno presente en todo el mundo, el cual se da por situaciones como las condiciones socioeconómicas, educación, el machismo, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras (1). Desde la perspectiva psicológica, la violencia se considera como una figura de la agresividad, que se presenta como una reacción a verdaderas o presuntas injusticias sufridas, como la intención de realizar la voluntad del agresor, o como incapacidad de pasar del principio del placer al principio de realidad, con la consiguiente intolerancia a la frustración (2).

La violencia de cualquier tipo puede ser un factor desencadenante del suicidio, bien sea como intentos, ideación o consumación (3). El suicidio o lesiones autoinfligidas intencionalmente como se conoce según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10 X70-X84) es una problemática que afecta a ambos sexos sin distinciones sociales (4). Las características de éste varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica, y sus secuelas tienen gran impacto social, familiar, emocional y económico (3,5).

El suicidio ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una prioridad para la salud pública a nivel mundial y es en la actualidad un fenómeno que se ha incrementado en todos los países a través del tiempo (6). Además, es uno de los problemas que aborda prioritariamente el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) (7).

Este problema se ubica entre las diez causas principales de muerte y una de las tres principales causas en el grupo poblacional que se encuentra entre los 15 y 35 años (8). Las estadísticas muestran que la mortalidad por suicidios en Colombia disminuyó entre el 2000 y el 2013 (9), adicionalmente, de acuerdo con un informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) el número de defunciones por suicidios en el país entre 2009 y 2016 fue de 17.522, con un promedio anual de 2.190 casos, en 2017 la cifra preliminar de suicidios fue de 2.097 (10). Además de los factores de riesgo individuales del suicidio, las condiciones socioeconómicas del entorno deben ser considerados factores de riesgo de suicidio en Colombia (9).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido una guía para la prevención de la conducta suicida en el país, la cual proporciona recomendaciones para prevenir y abordar la conducta suicida en diferentes niveles, desde la promoción de la salud mental hasta la atención y tratamiento de personas en riesgo, y la capacitación de

profesionales de la salud en la atención de la conducta suicida. Es esencial tener en cuenta estas recomendaciones con la intención reducir la tasa de suicidios en el país (11).

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses es la entidad encargada en Colombia de obtener la información de las causas y maneras de muerte a partir de la información aportada por las autoridades y de los hallazgos de las necropsias médico legales particularmente en los fallecimientos de causa externa -como es el caso del suicidio- y desde allí los médicos del Instituto expiden los certificados de defunción que nutrirán el registro único de afiliaciones (RUAF), mientras que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) es la entidad encargada de su gestión de los datos que se encuentran en el RUAF.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el marco de sus competencias, ha emitido diferentes documentos técnicos para el abordaje de los casos relacionados con lesiones personales como son:

- Reglamento Técnico para el Abordaje Forense Integral de la Violencia de Pareja (12)
- Reglamento técnico para el abordaje integral de lesiones en clínica forense (13)
- Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra las mujeres por parte de su pareja o expareja (14)
- Modelo de Atención a las Violencias Basadas en Género para Clínica Forense (15)
- Guía de necropsias de procedimientos para la realización de necropsias medicolegales (16).

Estos documentos normativos deben ser aplicados por todo el personal de salud que aborde casos de clínica forense relacionados con violencia intrafamiliar según sea el contexto del caso, así como en caso de tener que abordar necropsias médico legales para el presente estudio de suicidio, sin embargo, no tienen ningún alcance en cuando al manejo integral que se deba hacer en lo relacionado con la atención en salud.

Es crucial que las autoridades de salud trabajen en conjunto con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y otras entidades para recopilar información relevante que pueda servir de base para estudios epidemiológicos que a su vez ayuden a establecer políticas públicas tendientes a disminuir la tasa de suicidios en Colombia.

La presente investigación constituye la síntesis de un estudio cuyo objetivo buscó evaluar la correlación de la violencia intrafamiliar contra la pareja con la mortalidad por suicidio en el departamento de Risaralda, durante el periodo de 2007 al 2020.

Planteamiento del problema

La violencia se ha considerado un problema de salud pública que afecta a la población en cualquier etapa de la vida (17). Desde las neurociencias se ha pretendido dilucidar los efectos del medio ambiente en múltiples aspectos de la biología humana (17). Se han propuesto mecanismos como cambios en la estructura de la sustancia blanca y gris (volumen y conectividad funcional), alteraciones en el metabolismo de neurotransmisores, respuesta neuroendocrina inadecuada al estrés, inflamación crónica, entre otros (17). Aunque estos cambios son más prominentes durante la infancia, se pueden presentar en etapas más tardías de la vida, y los efectos biológicos de la exposición a la violencia varían según factores genéticos, el contexto sociocultural, características del evento estresor y la combinación con otras adversidades como entornos carenciales (17).

Este fenómeno es un problema social y de salud pública que ha crecido en América en las últimas décadas con efectos negativos en el ámbito social, en la salud y sobre la economía de países, comunidades, familias e individuos. Más de 115.000 personas mueren asesinadas cada año, la mayoría de ellos son hombres; 55.000 cometen suicidio; en 20 a 60% de los hogares se ejerce alguna forma de violencia intrafamiliar (VIF) contra niñas, niños, mujeres y ancianos; las pandillas juveniles, involucradas en actividades violentas y criminales, han crecido de forma alarmante (18).

Particularmente, la VIF en Colombia ha aumentado en un 10% en los últimos tres años (19). De acuerdo con el INMLCF desde enero hasta marzo de 2022, un total de 97.354 mujeres fueron valoradas por lesiones o agresiones, 16.402 por violencia interpersonal, 15.644 por presunto delito sexual, 8.534 por VIF 23.679 por violencia de pareja y se presentaron 394 casos de muerte por suicidio, cifras que muestran que la problemática ha tenido incremento, y es una alerta para que las autoridades activen los protocolos de prevención y atención (19).

Una de las consecuencias de la violencia es el aumento del riesgo de suicidio tanto en intentos como en ideación y consumación, particularmente en víctimas que sufrieron de maltrato físico y sexual durante la infancia, así como problemas de salud mental (depresión, ansiedad, estrés postraumático, enfermedad mental crónica y suicidio) y por situaciones problemáticas de violencia de pareja (17). De igual modo, se ha documentado riesgo de depresión, reacciones de miedo y ansiedad, e intentos suicidas en los adultos mayores víctimas de maltrato, consolidando el efecto de la violencia sobre la salud mental de distintos grupos etarios desde una perspectiva epidemiológica (17). Además, se han encontrado factores de riesgo individual que pueden incidir en la consumación de suicidios

relacionados con enfermedad mental como trastornos del afecto, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad (9,20).

Desde otra perspectiva, la muerte por suicidio afecta a todas las regiones del mundo y estos eventos han ocurrido con mayor frecuencia en los países de ingresos bajos y medianos, como lo evidencia la proporción de los suicidios ocurridos en 2019, pues sólo una pequeña parte (23%) ocurrieron en países de altos ingresos (7). Aun tratándose de un grave problema de salud pública, que de hecho es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial entre adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años (21), el suicidio se puede prevenir mediante intervenciones oportunas, basadas en la evidencia, las cuales a menudo son de bajo costo (7,8).

Éste fenómeno es una manifestación consecuyente de distintas etiologías con diversas causas como factores desencadenantes, en las que se han reconocido diferentes explicaciones teóricas abordadas desde la sociología (22,23) y se encuentra dentro de las diez primeras causas de defunción a escala mundial, plantea un problema de salud pública relevante que requiere de todos los esfuerzos de las instituciones de salud en diferentes niveles, enfocados en prevenir y controlar la conducta suicida (24,25). A escala global ha sido medido por la OMS desde 1950, documentando a Japón como el país con mayores tasas de suicidio durante esa década (1950), con una tasa de 24,4 suicidios por cada 100,000 habitantes. En la década de los sesenta, Hungría superó a Japón como el país con la tasa más alta, llegando a 35,9 por cada 100,000 habitantes en 1960. Durante las décadas de los ochenta y noventa, Lituania superó a Hungría con una tasa de 45,6 por cada 100,000 habitantes en 1990, y se mantuvo como el país con la tasa más alta en las dos décadas siguientes (26).

La Organización Mundial de la Salud publicó en 2021 que cada año, aproximadamente 700.000 personas mueren por esta causa en todo el mundo. En 2019, fue la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años, y el 77% de estos casos ocurrieron en países de ingresos bajos y medios (27). La publicación Forensis del 2021 que compila el comportamiento de las lesiones de causa externa a través del análisis descriptivo, hace referencia a la OMS en que las principales causas de suicidio son la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego e indica que la calidad de los datos consolidados por esta organización sobre las tasas de suicidio son insuficientes, ya que solo 80 países cuentan con información para establecerlas. La tasa en hombres supera por más del doble a las mujeres y estas varían según el ingreso y la región geográfica. En general, la tasa mundial de suicidio disminuyó un 36% entre 2000 y 2019, pero se teme que esta tendencia se haya revertido debido a la crisis sanitaria y económica mundial. En América del Sur, Uruguay tiene la tasa más alta de suicidio, seguida de Cuba y Las Guyanas.

Colombia se puede comparar con Argentina y Chile, que tienen tasas de 9,6 y 11,5 por cada 100.000 habitantes, respectivamente (28).

Diferentes investigaciones han abordado esta problemática, lo que se evidencia en distintos estudios realizados cuyos alcances y resultados son diversos; por ejemplo el estudio longitudinal de asociación entre violencia y suicidio desde la adolescencia hasta la edad adulta realizado en Carolina del Norte, EEUU, documentó que estas dos variables se afectan mutuamente durante esta transición del ciclo vital. Como corolario se indicó que esta asociación puede llegar a ser más significativa para los hombres en comparación con las mujeres, particularmente en las etapas de la juventud, en lo que además se encontró que la violencia es un factor de riesgo para futuros suicidios (29). De igual forma, se encontró que una historia de conducta suicida está asociada con riesgo futuro de violencia (29).

De forma similar, un estudio de 2018 realizado en China, muestra que las víctimas de la violencia doméstica presentaron un aumento en los síntomas de depresión, mayores riesgos de suicidio y disminución de la satisfacción con la vida después de su experiencia, con posibles consecuencias a corto plazo en la salud mental. Estos hallazgos evidencian que la violencia doméstica afecta significativamente la salud mental en un plazo tan corto como de 4 semanas y puede ser un detonante que incrementa la probabilidad de conducta suicida (30).

En cuanto al ámbito nacional, un estudio realizado en Santa Marta en el año 2018, concluyó que las mujeres adolescentes, víctimas de violencia en el hogar y con problemas para acceder a la educación básica, son quienes tienen mayor probabilidad de presentar riesgo suicida, y la exposición a la violencia constituye un riesgo elevado para manifestar el comportamiento suicida en la adolescencia. Asimismo, se encontró que el 31,4% de los adolescentes participantes del estudio presentaron riesgo suicida con una exposición de violencia en la casa de 61% (31).

En el período 2009 a 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social llevó un registro de la tasa de intento de suicidio que fue reportada en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y su análisis mostró que se ha ido incrementando año tras año, pasando de 0,9 por 100.000 habitantes en 2009 a 36,08 por 100.000 habitantes en 2016 y en 2017 la tasa (preliminar) fue de 52,4 (32).

De manera complementaria, la salud mental en Colombia se ha analizado por medio de la Encuesta Nacional de Salud Mental (1993, 1997, 2003 y 2015), la cual es un estudio observacional de corte transversal, con representatividad regional y nacional, que ha indagado sobre características sociodemográficas, antecedentes personales y familiares,

condiciones del hogar y la vivienda, aspectos de salud mental que incluyen percepciones del individuo y del entorno, cognición social, capital social, eventos vitales y violencias; problemas de conducta y trastornos (33,34). Su finalidad es dar cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y también a los de la OMS para fortalecer la capacidad investigativa y contar con información adecuada para adoptar las mejores decisiones como un insumo para el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (33–35).

Las muertes por suicidio ocurren en una significativa proporción en población adulta masculina y en el primer semestre de 2022 en Colombia se presentaron 1.564 suicidios, en la que la población más vulnerable pertenecía a los grupos entre 20 y 24 años (16%) y de 35 a 39 años (8%), en las que Cali y Medellín presentaron las más altas tasas a nivel nacional (36).

Dentro de los datos epidemiológicos en salud mental que obtenidos a través de la encuesta Nacional de Salud Mental se encuentran factores asociados, condicionantes, percepciones de bienestar subjetivo, relaciones con los demás, apoyo social, sufrimiento emocional, eventos vitales estresantes y los diferentes tipos de violencia (33). La violencia familiar en 2015 presentaba una tasa de 144,8 casos por cada cien mil habitantes. El reporte del comportamiento de la violencia intrafamiliar en Colombia señala que en 2013 el 14,2% fue maltrato contra niños y adolescentes; el 65,6% a violencia de pareja; el 2% a violencia contra el adulto mayor y el 18,2%, a violencia contra otros familiares (37).

Los hallazgos evidenciados en diferentes estudios destacan la importancia y relevancia de integrar aún más los esfuerzos de prevención para reducir la violencia en el contexto familiar y como posible consecuencia, la conducta suicida. Lo anterior se dio como la motivación para realizar esta investigación que se fundamentó en la escasez de publicaciones científicas nacionales, regionales y locales en las que se aborde la problemática de los casos de violencia intrafamiliar contra la pareja y una posible relación con las tasas de mortalidad por suicidio en el departamento de Risaralda, con base en lo anterior, se planteó la pregunta de investigación: ¿Cuál es la correlación entre el antecedente de violencia intrafamiliar contra la pareja con la mortalidad por suicidio en el departamento de Risaralda durante el período comprendido entre 2007 y 2020?

Justificación

La OMS ha reconocido la importancia del suicidio y los intentos de suicidio como una prioridad para la salud pública y ha desarrollado estrategias para aumentar la sensibilización sobre su relevancia, así como para priorizar su prevención en los programas

mundiales de salud. Estas estrategias buscan alentar y ayudar a los países a elaborar o reforzar estrategias integrales de prevención del suicidio dentro de un enfoque multisectorial (7).

En Colombia se han identificado como factores de riesgo detonantes de la conducta suicida: motivos económicos principalmente en hombres, la pérdida del empleo, la escasa oportunidad para la vinculación laboral, disminución de los ingresos que conlleva a cambios en estilos de vida, deficiencias en cubrir necesidades básicas, aumento del endeudamiento económico, que contribuyen como estresores al surgimiento de síntomas de ansiedad y depresión, relacionados con la ejecución del suicidio en estos casos (10).

Por otro lado, con base en el análisis de datos e información que fueron recopilados en la investigación desarrollada como evidencia del cumplimiento de los objetivos, ésta se convierte en un elemento valioso para conocer desde una perspectiva de un estudio ecológico la situación de la violencia intrafamiliar contra la pareja y su correlación con el suicidio en el departamento. Este análisis puede ser compartido en un informe a las autoridades correspondientes para servir de base en el diseño o complemento de políticas y estrategias institucionales que mejoren las competencias del personal de salud y prevengan la violencia intrafamiliar y el suicidio. De esta manera, se fortalecen las actividades misionales de la entidad y se mejora la atención en salud en la red hospitalaria del departamento.

De esta manera, al conocer la correlación estadística entre los casos de violencia intrafamiliar contra la pareja y la tasa de mortalidad por suicidio en Risaralda, podrían plantearse políticas públicas encaminadas a detectar factores de riesgo en poblaciones vulnerables, con mayor susceptibilidad de cometer suicidio, principalmente en víctimas de violencia doméstica, en las que presuntamente se incrementa la problemática social y su impacto sobre la salud mental.

En cuanto al alcance científico, posteriormente por el mismo objeto de la investigación se proyecta que sea publicada en un artículo científico como documento de referencia y guía base que pueda aportar a posteriores investigaciones en salud relacionados con el suicidio y la violencia intrafamiliar contra la pareja.

Objetivos

Objetivo general

Estimar la correlación entre la violencia intrafamiliar contra la pareja y la mortalidad por suicidio en los casos reportados en el departamento de Risaralda, durante el periodo de 2007 al 2020.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los casos de violencia intrafamiliar contra la pareja en el departamento de Risaralda en el periodo de 2007 a 2020.
- Identificar las características sociodemográficas de los casos de suicidio en el departamento de Risaralda en el periodo de 2007 a 2020.
- Determinar el comportamiento en el tiempo de los casos de suicidios en el departamento de Risaralda en el periodo de 2007 a 2020.
- Establecer la correlación entre las tasas de mortalidad por suicidio del departamento de Risaralda y la prevalencia de los casos de violencia intrafamiliar contra la pareja durante el periodo de 2007 a 2020.

Marco referencial

Marco teórico

Violencia intrafamiliar

La violencia es un fenómeno complejo determinado por diversos factores en diferentes ámbitos (38). En el plano social, se han identificado problemas como la falta de controles en el acceso a armas de fuego, la corrupción institucional en el sistema judicial y la policía, la impunidad y la pérdida de confianza ciudadana, la ausencia y el funcionamiento deficiente del Estado, así como la presencia de actores armados y el narcotráfico (18,33).

Estar expuesto a cualquier tipo de violencia aumenta el riesgo de sufrir trastornos psicológicos, como el trastorno de estrés postraumático, la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y el deterioro general de la salud (39,40).

La violencia intrafamiliar, por su parte, se refiere a las acciones dañinas en el seno familiar ejecutadas por uno o varios de sus miembros, incluyendo la violencia física, sexual, psicológica o emocional y económica. Este fenómeno constituye un problema de salud, pero en ocasiones no se cuenta con el conocimiento para diagnosticarlo e intervenirlo

adecuadamente. En este tipo de violencia, se pueden identificar tanto un sujeto pasivo, que es la víctima, como un sujeto activo, que es el agresor. El agresor busca obtener control y poder a través del maltrato, perfilándose a sí mismo como alguien con el derecho y las capacidades para manejar la vida de otros, especialmente su pareja, a quien considera vulnerable y subordinada a su voluntad (41).

Para el caso de Colombia se cuenta con el reglamento técnico para el abordaje integral de la violencia de pareja, donde se menciona varios factores asociados a la violencia intrafamiliar que incluyen aspectos individuales, familiares y socioeconómicos. Entre los factores individuales se encuentran el género, la edad, la orientación sexual, la discapacidad, el consumo de drogas y alcohol, y la presencia de trastornos mentales. En cuanto a los factores familiares se incluye la estructura y dinámica familiar, la presencia de violencia previa y la existencia de conflictos familiares. Los factores socioeconómicos incluyen el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la situación laboral (12).

Suicidio

La etimología de la palabra suicidio proviene de la unión de dos palabras latinas *sui* (sí mismo, a sí) y *cidium* (acto de matar, del verbo *caedere* = cortar y matar) latín modificado *suicidium* cuyo significado literal es "acción de matarse a sí mismo". Se define como la manifestación más extrema de violencia, por estar orientada hacia el propio individuo quien la realiza (42).

Aunque el suicidio es un acto individual, a nivel de país, los cambios en las tasas de suicidio de un año a otro suelen ser bastante pequeños y no experimentan grandes fluctuaciones. A corto plazo, es tentador afirmar que el mejor predictor de la tasa de suicidio es la tasa de suicidios en el pasado. Sin embargo, a largo plazo, pueden ocurrir grandes cambios, y de hecho, ya han sucedido en el pasado (43).

Por otro lado, el intento de suicidio se define como un comportamiento no mortal, potencialmente perjudicial que pueden o no tener como resultado una lesión, dirigido hacia el mismo individuo, que se ha adoptado con la intención de morir a causa de dicho comportamiento (44).

Salud mental

Se define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para

transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (45).

La OMS establece que la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, la capacidad de aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta las capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo. De igual modo, establece que la salud mental es, además, un derecho humano fundamental y a su vez, es un elemento esencial para el desarrollo personal, social y económico. De tal modo que, la salud mental se plantea más allá que la mera ausencia de trastornos mentales: se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia, y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes (46).

Suicidio y trastornos mentales

La OMS ha señala que, si bien el suicidio no es necesariamente la manifestación de una enfermedad, los trastornos mentales sí son un factor importante asociado con el suicidio (6).

El suicidio se entiende como un trastorno multidimensional, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. La ciencia ha mostrado que entre 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio; de ellos, son muchos más los que ha visto a un médico general que a un psiquiatra. En países donde los servicios de promoción de salud mental no están bien desarrollados, la proporción de personas en crisis suicida que consultan a un médico general, tiende a ser mayor (6).

Los estudios revelan una prevalencia total de 80-100% de trastornos mentales en casos de suicidio consumado, sin distinción del nivel de desarrollo del país. Se estima que el riesgo de suicidio en personas con trastornos del humor (principalmente depresión) es 6%-15%; con alcoholismo, 7%-15%; y con esquizofrenia, 4%-10%, y una proporción importante de las personas que cometen suicidio, muere sin haber consultado a un profesional en salud mental (6).

Grupos de riesgo

En la literatura se evidencia que en los países desarrollados existe una relación entre el suicidio y los trastornos mentales, como la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente el alcohol. La mayoría de casos de suicidio son eventos impulsivos por situaciones de crisis como los problemas económicos, las rupturas de relaciones o el dolor y enfermedad crónica (7).

De igual forma, se ha demostrado que los conflictos personales, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos y sensación de aislamiento pueden causar conductas suicidas. A su vez, grupos vulnerables y discriminados como los refugiados, migrantes, pueblos indígenas, personas no heterosexuales y los reclusos presentan altas tasas de suicidio. Finalmente, se tiene que el intento previo de suicidio es el principal factor de riesgo y se ha estimado que por cada suicidio consumado se producen más de veinte intentos (7,43,47).

Métodos de suicidio

En Colombia, la distribución de los métodos de suicidio ha sido analizada en el informe Forensis 2021 de Medicina Legal, donde se presenta la tabla 4. Suicidio según mecanismo causal, que muestra los datos de los últimos cinco años (2016-2020). Según la información suministrada; el método de generadores de asfixia ha sido más utilizado para el suicidio en Colombia, representando el 65.86%, seguido por tóxico con el 15.51%, y proyectil de arma de fuego con el 9.22%. Otros métodos como contundente y corto punzante también se reportan con menos del 7%, y con menos del 1% los métodos cortante, térmico, caustico y corto contundente (28).

La conducta suicida

Es una secuencia de eventos denominado proceso suicida, que se presenta de manera progresiva comúnmente e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado (33). Cerca de un tercio de las personas que tratan de suicidarse lo intentarán nuevamente dentro del año siguiente, aproximadamente el 10% de las personas que amenazan o intentan suicidarse finalmente se quitan la vida (48,49).

En el caso de los parientes de personas que intentan o cometen suicidio generalmente se culpan a sí mismos o presentan enojo, ya que perciben el intento de suicidio como un acto egoísta. Sin embargo, las personas que intentan cometer suicidio con frecuencia creen erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y familiares al consumir este acto (48). Una persona puede necesitar tratamiento de emergencia después de un intento de

suicidio, es posible requerir primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar o tratamientos más intensivos, incluso necesitar hospitalización para tratarlos y reducir el riesgo de futuros intentos (48).

A su vez, con las personas que han intentado suicidarse deben evaluarse y tratarse por profesionales para identificar cualquier trastorno de salud mental como trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, dependencia del alcohol o las drogas, depresión mayor, esquizofrenia y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (48).

Síntomas de la conducta suicida

La conducta suicida es un fenómeno complejo que puede manifestarse de diferentes maneras y tener múltiples causas subyacentes. En la "Estrategia Nacional para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida" del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, se describen algunas de las características y manifestaciones clínicas de la conducta suicida que pueden indicar un mayor riesgo como hablar sobre la muerte o el suicidio, aumentar el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas u otras conductas de riesgo, tener cambios en el comportamiento o en el afecto y aislarse socialmente. Estas señales de alerta pueden ser útiles para identificar a las personas que están en mayor riesgo de conducta suicida y proporcionarles la atención y el apoyo necesarios (50).

Marco legal

Ley de salud mental

A nivel de legislación sobre salud mental, en Colombia se expidió la ley de salud mental (Ley 1616 de 2013) cuyo objeto es:

“Garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental en la población colombiana, priorizando a los niños, niñas y adolescentes mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud” (45).

Esta norma establece en su artículo 3 que la salud mental es una prioridad a nivel nacional, es un derecho fundamental y es tema prioritario de salud pública (45). Asimismo, establece

que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) deberá instaurar acciones de promoción en salud mental y prevención del trastorno mental y se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital (45).

Decreto 658 de 2013

En este decreto se reglamenta e implementa la Ley 1616 de 2013 de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. En 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política Integral de Atención en Salud – PAIS, mediante resolución 429 de 2016 (51).

La política PAIS está dirigida hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población para lo cual su marco estratégico “se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones” (51) de conformidad con la OMS, que establece que la APS es el enfoque más inclusivo, equitativo, eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social (52).

Conceptualmente, la política PAIS define el norte para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en el país, enfocada a la salud pública e integral en su componente individual y se establecen las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) las cuales definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del sistema de salud y de otros sectores y por otro lado, ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades (53), cuyo objetivo “es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos” (53).

Plan Decenal de Salud Pública

El plan decenal de Salud Pública 2022-31 es una política de Estado que busca orientar el diseño, desarrollo e implementación de los objetivos, metas y estrategias en salud pública del país en los próximos 10 años. El plan se ajusta a las orientaciones de la ley estatutaria de la salud (Ley 1751 de 2015) para fortalecer el derecho fundamental a la salud, el direccionamiento estratégico del Ministerio de Salud y Protección social y recoge la experiencia y evidencia del plan decenal de salud pública del anterior periodo (2012-2021) (54). En el plan se han establecido cuatro fases: 1. Aprestamiento, 2. Formulación, 3. Implementación y 4. Seguimiento, monitoreo y evaluación (55,56).

Metodología

Estudio retrospectivo con enfoque cuantitativo de tipo ecológico con una serie de tiempo en la que se comparó las variaciones en el número de casos reportados de violencia intrafamiliar contra la pareja y los casos reportados de suicidio según la información de las bases de datos del INMLCF del departamento de Risaralda, durante el periodo 2007 a 2020. Se eligió este periodo de tiempo porque a partir del año 2007 se tiene un registro completo de todos los casos reportados en cada uno de los meses de los años de estudio, de modo que no se tuviera información parcial de un año sino la totalidad de los casos reportados en el periodo.

Como criterios de inclusión para el estudio de violencia intrafamiliar se tuvieron en cuenta los registros de clínica forense de lesiones personales que cuenten con la identificación del agresor como pareja o expareja de la víctima, las valoraciones específicas de violencia contra la pareja y para el análisis de suicidio se incluyeron los datos que tengan como manera de muerte suicidio correspondientes a la información recopilada por el INMLCF.

Los datos fueron registrados en una base de datos que fue depurada y validada, cuyos datos se analizaron con las funciones de análisis de datos de estadística descriptiva e inferencial de Excel 365. Se realizó análisis descriptivo con frecuencias y proporciones para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Se realizó una descripción de las series de tiempo y su comportamiento por estaciones para cada una de las variables de estudio con el fin de determinar su tendencia en el tiempo de observación. Se establecieron las relaciones de dependencia con pruebas de Chi cuadrado entre las tasas de mortalidad por suicidio y la tasa de los casos de violencia intrafamiliar contra la pareja. Todos los análisis se hicieron con un nivel de significancia del 5% para un intervalo de confianza del 95%.

Marco bioético

El estudio recibió aval del Comité de Bioética de la Universidad Tecnológica de Pereira en la categoría de “investigación sin riesgo” según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, numerales 10 y 11, ya que en la investigación emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio (57). De forma complementaria, de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki, se respetaron los principios de confidencialidad en el manejo de la información de las personas de quienes se tuvieron los datos para su análisis (58).

Resultados

Se incluyeron un total de 12725 casos de violencia intrafamiliar contra la pareja y 881 casos de suicidio en el periodo de tiempo de 2007 a 2020.

Análisis de la violencia intrafamiliar

De los 12.725 casos de violencia intrafamiliar contra la pareja, el 88% (11.198) se dieron en mujeres, con una media anual de casos de 744 (DE = 190) casos para las mujeres y 104 (DE = 31) casos en los hombres. La mediana de la edad fue de 28 años (RIQ = 12 años), en mujeres fue de 28 años (RIQ = 13) y en hombres fue de 33 años (RIQ = 15 años) siguiendo una distribución no normal según la prueba de Smirnov Kolmogorov. El 94% (11.452) de los casos se presentaron en centros urbanos o cabeceras municipales, 3% (420) en zonas rurales, 2% (254) en zonas rurales disperso (veredas) y menos del 1% en centros poblados.

Tal como se registraron en la base de datos, el 50% (6.362) de los casos fueron cometidos presuntamente por la pareja o expareja permanente, el 30% (3.816) por el (la) compañero (a) permanente o esposo (a), el 13% (1.654) por el (la) excompañero (a) permanente o exesposo (a), el 6 % (764) por el (la) novio (a) o exnovio (a) y menos del 1% por el (la) amante o examante.

Según el estado civil, el 40% (5.090) de los casos estaban en unión libre, el 26%(3.309) solteros, el 17% (2.163) separado/divorciado y el 15% (1.909) casados. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones del estado civil de hombres y mujeres (valor $p > 0,05$).

Tabla 1. Características de los casos reportados de violencia intrafamiliar 2007-2020

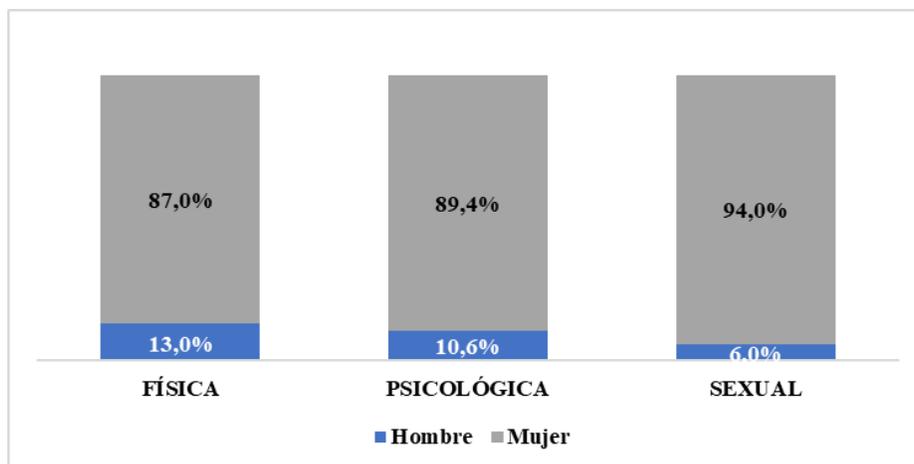
| Variable | Mujeres | | | Hombres | | | Valor p |
|---|---------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|---------------|
| | N | (%) | Media edad | n | (%) | Media edad | |
| Estado civil | 11.176 | 87,7 | 35,0 | 1.564 | 12,3 | 34,7 | |
| Casado | 1.607 | 14,4 | 35,0 | 241 | 15,4 | 40,7 | 0,2786 |
| No aplica | 2 | 0,0 | 2,0 | 1 | 0,1 | 3,7 | 0,2663 |
| Sin información | 3 | 0,0 | 28,0 | | | | 0,5170 |
| Soltero | 3.111 | 27,8 | 25,4 | 410 | 26,2 | 29,7 | 0,1792 |
| Unión libre | 4.506 | 40,3 | 29,7 | 623 | 39,8 | 35,3 | 0,7143 |
| Viudo | 41 | 0,4 | 41,8 | 5 | 0,3 | 42,6 | 0,7709 |
| Separado/Divorciado | 1.906 | 17,1 | 30,0 | 284 | 18,2 | 35,7 | 0,2784 |
| Nivel educativo | | | | | | | |
| Sin escolaridad | 183 | 1,6 | 36,0 | 33 | 2,1 | 45,4 | 0,1752 |
| Preescolar | 277 | 2,5 | 37,2 | 31 | 2,0 | 39,7 | 0,2312 |
| Primaria incompleta | 555 | 5,0 | 32,4 | 82 | 5,2 | 38,4 | 0,6378 |
| Básica primaria | 2233 | 20,0 | 30,8 | 273 | 17,5 | 37,9 | 0,0186 |
| Secundaria incompleta | 1569 | 14,0 | 26,9 | 159 | 10,2 | 32,2 | 0,0000 |
| Secundaria | 4575 | 40,9 | 28,1 | 691 | 44,2 | 33,1 | 0,0146 |
| Técnica profesional y tecnológica | 1633 | 14,6 | 29,7 | 263 | 16,8 | 33,8 | 0,0218 |
| Universitario | 116 | 1,0 | 32,0 | 21 | 1,3 | 37,0 | 0,2737 |
| Especialización - Maestría | 12 | 0,1 | 39,4 | 3 | 0,2 | 42,0 | 0,3617 |
| Doctorado | 2 | 0,0 | 34,5 | | | | 0,5967 |
| Sin información | 21 | 0,2 | 25,0 | 8 | 0,5 | 33,0 | 0,0119 |
| Ocupación | | | | | | | |
| Actividades agrícolas | 21 | 0,2 | 33,4 | 16 | 1,0 | 32,7 | 0,0000 |
| Actividades del hogar | 4766 | 42,6 | 30,1 | 32 | 2,0 | 30,4 | 0,0000 |
| Actividades profesionales | 205 | 1,8 | 33,4 | 53 | 3,4 | 36,9 | 0,0000 |
| Actividades profesionales de la salud | 94 | 0,8 | 30,3 | 12 | 0,8 | 34,3 | 0,7634 |
| Actividades técnicas y tecnológicas | 6 | 0,1 | 32,7 | 6 | 0,4 | 33,2 | 0,0001 |
| Contratista | 2 | 0,0 | 27,5 | 1 | 0,1 | 34,0 | 0,2663 |
| Desempleado / ninguna | 348 | 3,1 | 23,7 | 58 | 3,7 | 34,9 | 0,2099 |
| Docencia | 58 | 0,5 | 33,5 | 8 | 0,5 | 39,1 | 0,9693 |
| Empleado formal | 1759 | 15,7 | 29,8 | 544 | 34,8 | 35,1 | 0,0000 |
| Empleado formal no calificado | 740 | 6,6 | 31,9 | 215 | 13,7 | 33,3 | 0,0000 |
| Empleado informal / independiente | 244 | 2,2 | 32,2 | 59 | 3,8 | 38,4 | 0,0001 |
| Empresario | 8 | 0,1 | 34,1 | 1 | 0,1 | 32,0 | 0,9151 |
| Estudiante | 1005 | 9,0 | 19,9 | 47 | 3,0 | 22,4 | 0,0000 |
| Fuerzas militares, de policía y socorro | 16 | 0,1 | 29,9 | 49 | 3,1 | 28,9 | 0,0000 |
| Funcionario público | 10 | 0,1 | 32,0 | 16 | 1,0 | 37,6 | 0,0000 |
| No aplica | 2 | 0,0 | 2,0 | 1 | 0,1 | 3,7 | 0,2663 |

| Variable | Mujeres | | | Hombres | | | Valor p |
|-----------------------------|---------|------|------------|---------|------|------------|---------------|
| | N | (%) | Media edad | n | (%) | Media edad | |
| Otros | 177 | 1,6 | 30,7 | 73 | 4,7 | 34,6 | 0,0000 |
| Pensionado | 31 | 0,3 | 55,5 | 36 | 2,3 | 52,3 | 0,0000 |
| Servicio doméstico | 68 | 0,6 | 32,5 | 3 | 0,2 | 31,7 | 0,0382 |
| Sin información | 1587 | 14,2 | 30,5 | 334 | 21,4 | 35,1 | 0,0000 |
| Trabajo sexual | 29 | 0,3 | 27,7 | | | | 0,0437 |
| Zona | | | | | | | |
| Urbana / Cabecera municipal | 10.422 | 93,4 | 29,3 | 1.492 | 95,4 | 34,7 | 0,0022 |
| Centro poblado | 98 | 0,9 | 29,5 | 10 | 0,6 | 38,7 | 0,3352 |
| Rural | 386 | 3,5 | 30,9 | 37 | 2,4 | 37,7 | 0,0240 |
| Rural disperso | 250 | 2,2 | 29,8 | 25 | 1,6 | 32,5 | 0,1023 |
| Sin dato | 5 | 0,0 | 27,2 | | | | 0,4025 |

Al comparar entre los casos de hombres y mujeres víctimas de violencia intrafamiliar contra la pareja se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel educativo, en donde las mujeres con más frecuencia cumplieron la educación básica primaria, secundaria incompleta, secundaria, técnica profesional y tecnológica. De igual modo, las ocupaciones relacionadas con actividades agrícolas, del hogar, profesionales y técnicas y tecnológicas, ser empleado formal o formal no calificado, estudiante, fuerzas militares, de policía y socorro, funcionario público, pensionado, servicio doméstico y trabajo sexual fueron más frecuentes entre los casos de mujeres con violencia intrafamiliar.

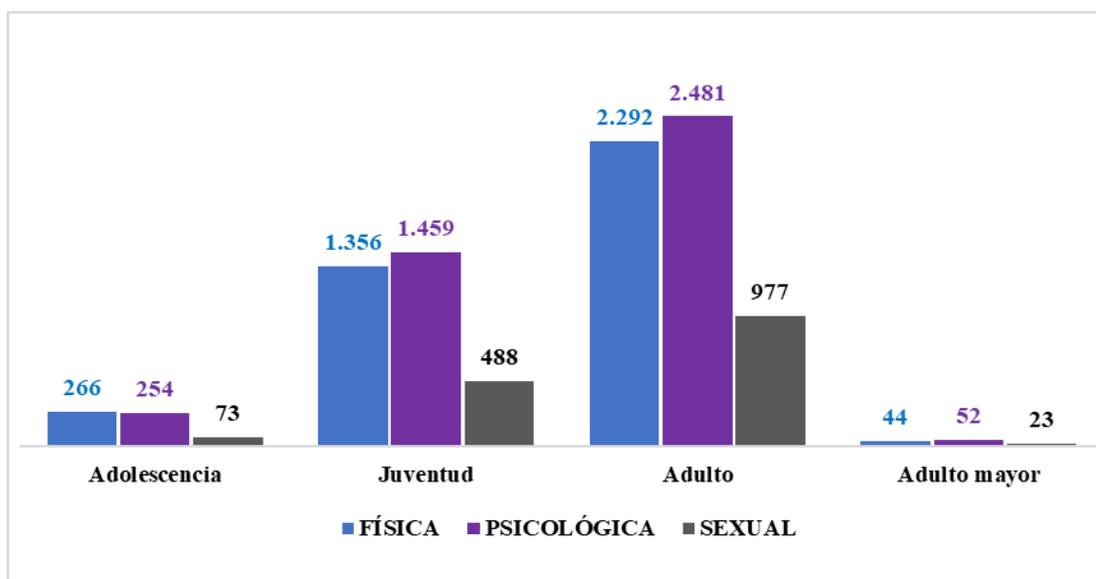
La violencia física fue el tipo de violencia más frecuentemente reportada con 4.246 casos (33%), seguido por la violencia psicológica con 3.958 casos (31%) y violencia sexual con 1.561 casos (12%). En los casos de mujeres el 94% de los reportes de VIF fueron por violencia sexual, 89% por violencia psicológica y 87% por violencia física (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Proporción de VIF por tipos de violencia y sexo



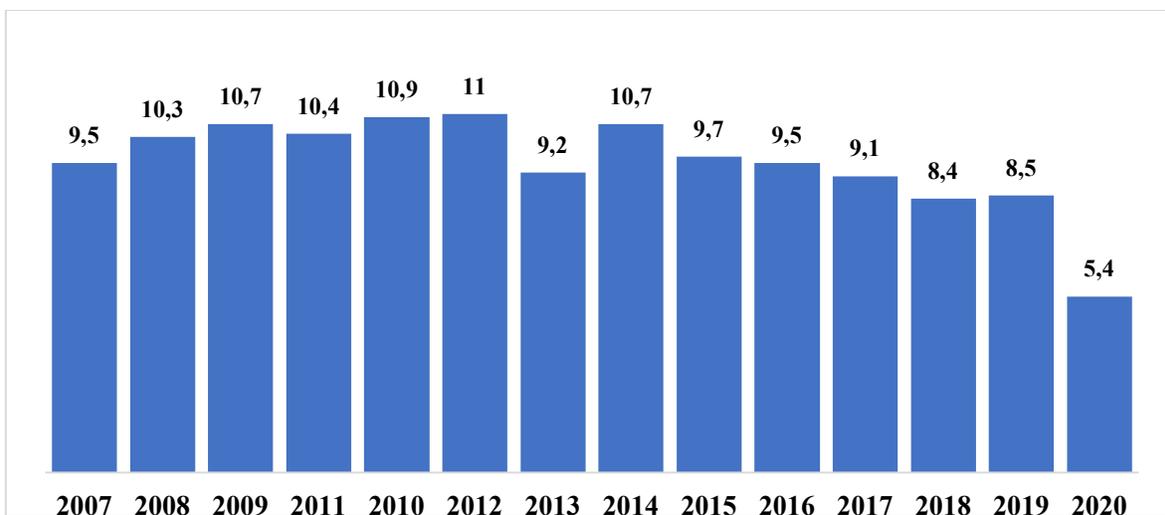
Los adultos sufrieron con mayor frecuencia violencia sexual (63%), psicológica (58%) y física (58%). En los jóvenes el tipo de violencia más frecuente fue la psicológica (34,4%), física (34%) y sexual (31%). En los adolescentes la más frecuente fue la física (6,7%), psicológica (6%) y sexual (4,7%). En los adultos mayores los casos totales fueron 119 (1%). (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Casos de VIF por tipo y grupos de edad



El 62% de los casos de violencia intrafamiliar contra la pareja se presentaron en Pereira seguido por Dosquebradas (19,7%), Santa Rosa de Cabal (6,5%) y La Virginia (4,3%), los cuales integran el Área Metropolitana Centro Occidente (exceptuando Santa Rosa de Cabal) y representan el 81% de la población del departamento (59,60). Los municipios con pocos casos reportados fueron Guática, Balboa, Quinchía y La Celia con 0,1% cada uno.

Gráfica 3. Tasa de casos de violencia intrafamiliar contra la pareja en Risaralda entre 2007 y 2020

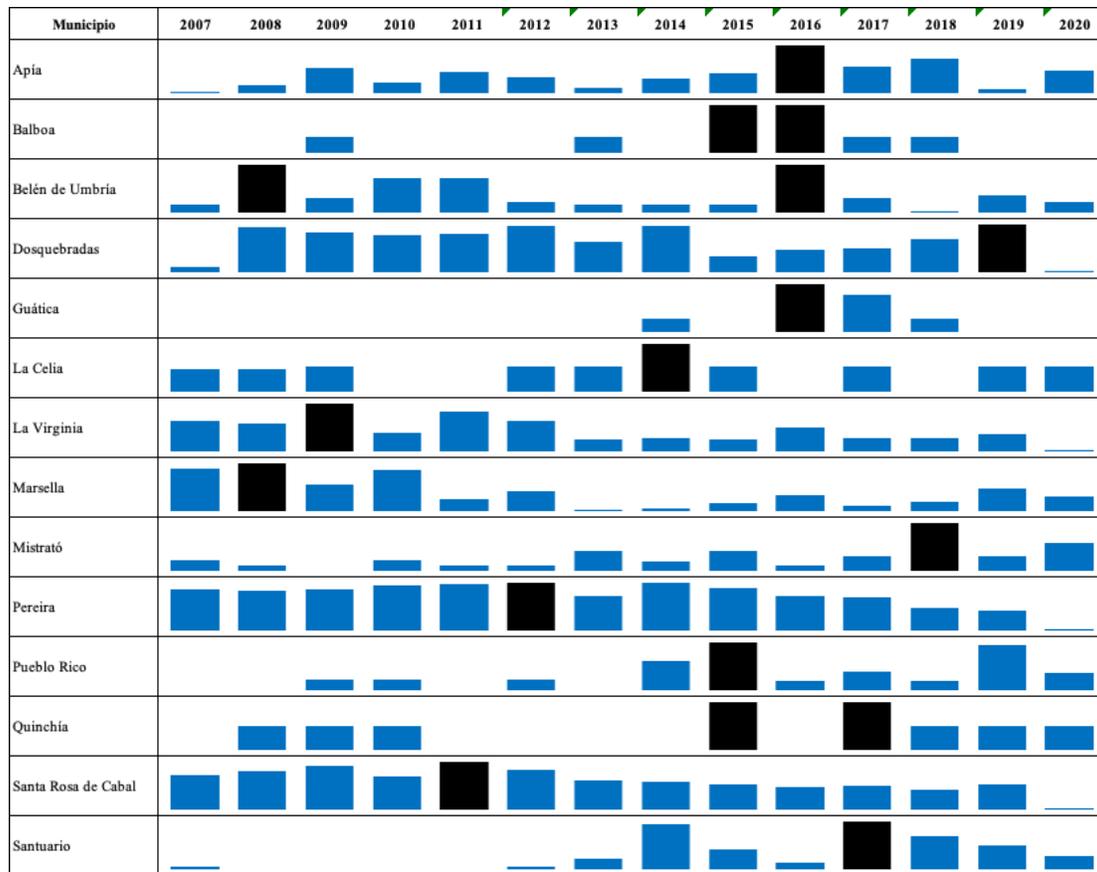


*Tasa por cada 10 mil habitantes.

La tasa de casos para todos los municipios de Risaralda se mantuvo estable entre los años 2007 a 2014, luego de lo cual mostró una tendencia inicialmente lenta y posteriormente más marcada hacia la disminución (ver gráfica 3).

A lo largo del tiempo, los municipios más grandes, es decir, Pereira, La Virginia y Santa Rosa de Cabal han mostrado una tendencia a la disminución en la tasa de casos reportados, particularmente después del 2017, mientras que Dosquebradas muestra una tendencia al aumento, ver gráfica 4. De forma general, el período de 2015-2017 fue en el que más altas tasas se vio en los diferentes municipios. En la tabla 2 se detalla el comportamiento de las tasas de violencia intrafamiliar contra la pareja.

Gráfica 4. Tasa de casos de violencia intrafamiliar contra la pareja por municipio 2007-2020



*Tasa por cada 10 mil habitantes.

Tabla 2. Evolución de la tasa de casos de violencia intrafamiliar contra la pareja por municipio entre 2007 y 2020

| Municipio | 2007 | 2008 | 2009 | 2011 | 2010 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---------------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Apía | 4,5 | 6,1 | 9,4 | 6,6 | 8,7 | 7,6 | 5,4 | 7,4 | 8,4 | 14,1 | 9,9 | 11,3 | 5,1 | 9,1 |
| Balboa | 0 | 0 | 1,6 | 0 | 0 | 0 | 1,6 | 0 | 4,7 | 4,7 | 1,6 | 1,6 | 0 | 0 |
| Belén de Umbria | 6,9 | 11,2 | 7,6 | 9,7 | 9,7 | 7,2 | 6,9 | 6,9 | 6,9 | 11,2 | 7,6 | 6,1 | 7,9 | 7,2 |
| Dosquebradas | 6,7 | 10,3 | 9,9 | 9,6 | 9,7 | 10,5 | 9 | 10,5 | 7,6 | 8,2 | 8,4 | 9,2 | 10,6 | 6,2 |
| Guática | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,7 | 0 | 2,6 | 2 | 0,7 | 0 | 0 |
| La Celia | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 0 | 0 | 1,2 | 1,2 | 2,3 | 1,2 | 0 | 1,2 | 0 | 1,2 | 1,2 |
| La Virginia | 15,6 | 14,9 | 22,8 | 11,1 | 19,5 | 16 | 8,2 | 9,1 | 8,4 | 13,4 | 8,7 | 8,7 | 10,5 | 3,7 |
| Marsella | 11,5 | 12,3 | 9 | 11,2 | 6,7 | 7,9 | 4,8 | 5,2 | 6 | 7,2 | 5,5 | 6,3 | 8,3 | 7 |
| Mistrató | 1,3 | 0,6 | 0 | 1,3 | 0,6 | 0,6 | 2,5 | 1,2 | 2,5 | 0,6 | 1,8 | 6 | 1,8 | 3,5 |
| Pereira | 12,8 | 12,6 | 13 | 13,6 | 13,7 | 14 | 11,9 | 13,9 | 13,2 | 11,9 | 11,5 | 9,9 | 9,4 | 6,2 |
| Pueblo Rico | 0 | 0 | 0,8 | 0,8 | 0 | 0,8 | 0 | 2,3 | 3,8 | 0,7 | 1,5 | 0,7 | 3,6 | 1,4 |
| Quinchía | 0 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,6 | 0 | 0,6 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Santa Rosa de Cabal | 8,9 | 9,5 | 10,4 | 8,7 | 11,1 | 9,9 | 8,1 | 7,8 | 7,5 | 7 | 7,3 | 6,5 | 7,5 | 3,4 |
| Santuario | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,6 | 1,9 | 8,3 | 3,8 | 1,3 | 8,9 | 6,3 | 4,4 | 2,5 |
| TOTAL | 9,5 | 10,3 | 10,7 | 10,4 | 10,9 | 11 | 9,2 | 10,7 | 9,7 | 9,5 | 9,1 | 8,4 | 8,5 | 5,4 |

*Tasa por cada 10 mil habitantes.

Tabla 3. Evolución de los casos de violencia intrafamiliar contra la pareja por mes entre 2007 y 2020

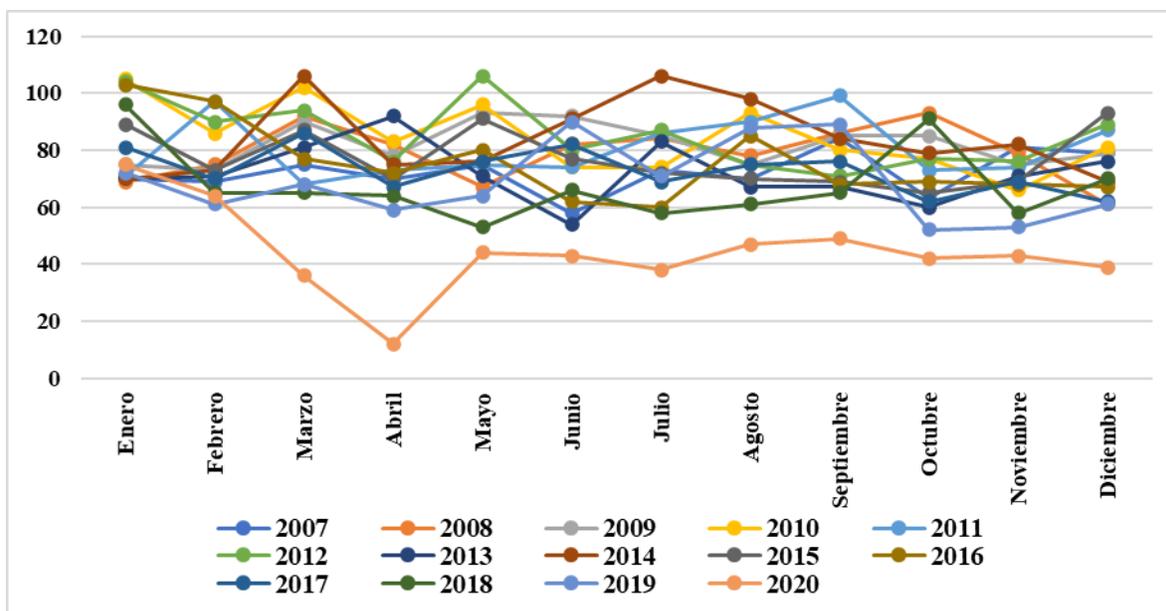
| Meses | 2007 | 2008 | 2009 | 2011 | 2010 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | TOTAL |
|--------------|------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| Enero | 70 | 69 | 75 | 71 | 105 | 104 | 70 | 70 | 89 | 103 | 81 | 96 | 72 | 75 | 1.150 |
| Febrero | 69 | 75 | 73 | 97 | 86 | 90 | 71 | 73 | 73 | 97 | 70 | 65 | 61 | 64 | 1.064 |
| Marzo | 75 | 92 | 90 | 68 | 102 | 94 | 81 | 106 | 87 | 77 | 86 | 65 | 68 | 36 | 1.127 |
| Abril | 70 | 82 | 78 | 73 | 83 | 76 | 92 | 75 | 70 | 72 | 67 | 64 | 59 | 12 | 973 |
| Mayo | 75 | 67 | 93 | 75 | 96 | 106 | 71 | 76 | 91 | 80 | 76 | 53 | 64 | 44 | 1.067 |
| Junio | 58 | 82 | 92 | 74 | 74 | 80 | 54 | 91 | 77 | 62 | 82 | 66 | 90 | 43 | 1.025 |
| Julio | 73 | 84 | 85 | 86 | 74 | 87 | 83 | 106 | 72 | 60 | 69 | 58 | 71 | 38 | 1.046 |
| Agosto | 70 | 78 | 75 | 90 | 93 | 75 | 67 | 98 | 70 | 85 | 75 | 61 | 88 | 47 | 1.072 |
| Septiembre | 84 | 86 | 85 | 99 | 80 | 71 | 67 | 84 | 69 | 68 | 76 | 65 | 89 | 49 | 1.072 |
| Octubre | 63 | 93 | 85 | 73 | 77 | 77 | 60 | 79 | 65 | 69 | 62 | 91 | 52 | 42 | 988 |
| Noviembre | 81 | 79 | 75 | 74 | 66 | 76 | 71 | 82 | 69 | 68 | 69 | 58 | 53 | 43 | 964 |
| Diciembre | 79 | 61 | 79 | 87 | 81 | 89 | 76 | 69 | 93 | 67 | 62 | 70 | 61 | 39 | 1.013 |
| TOTAL | 867 | 948 | 985 | 967 | 1.017 | 1.025 | 863 | 1.009 | 925 | 908 | 875 | 812 | 828 | 532 | 12.561 |

En la tabla 3 y el gráfico 5 se describen el número de casos por cada mes para los diferentes años del estudio. En ambas se observa que la tasa de casos disminuyó de forma general para el año 2020. En el análisis de estacionalidad de las series de tiempo de la violencia intrafamiliar contra la pareja, se encontró que los meses en los que mayormente se presentaron casos fueron enero, marzo y septiembre (ver tabla 4). Por el contrario, en abril, junio, octubre y noviembre se presentaron la menor cantidad de caso, lo cual es consistente con los datos presentados en las tablas 2 y 3 y la gráfica 3.

Tabla 4. Índices estacionales para violencia intrafamiliar contra la pareja 2007-2020

| Mes | Índice | Índice ajustado | Variación |
|------------|--------|-----------------|-----------|
| Enero | 1,122 | 1,102 | 0,102 |
| Febrero | 1,031 | 1,013 | 0,013 |
| Marzo | 1,085 | 1,066 | 0,066 |
| Abril | 0,961 | 0,944 | -0,056 |
| Mayo | 1,019 | 1,001 | 0,001 |
| Junio | 0,989 | 0,971 | -0,029 |
| Julio | 1,014 | 0,996 | -0,004 |
| Agosto | 1,043 | 1,024 | 0,024 |
| Septiembre | 1,045 | 1,027 | 0,027 |
| Octubre | 0,962 | 0,945 | -0,055 |
| Noviembre | 0,942 | 0,925 | -0,075 |
| Diciembre | 1,002 | 0,984 | -0,016 |

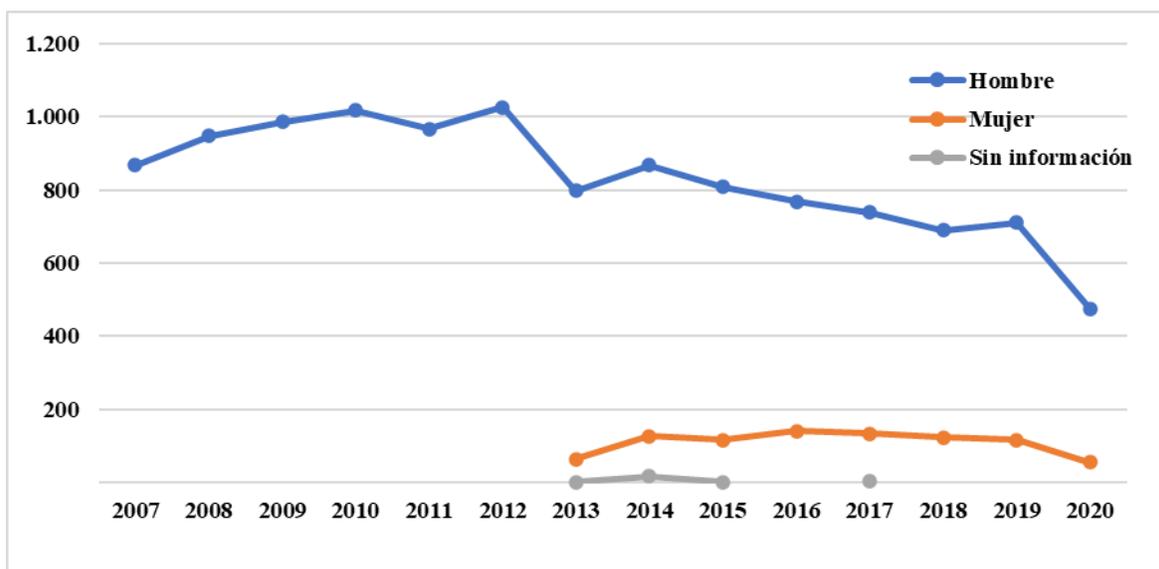
Gráfica 5. Variación de los casos de violencia intrafamiliar contra la pareja por mes entre 2007 y 2020



En cuanto al análisis del sexo del agresor se encontró que el 93% de los casos de VIF fueron cometidos por hombres (87% contra mujeres y 6% contra hombres), el 7% lo realizaron mujeres (6% contra mujeres y 0,8% contra hombres) y en el 0,2% no se tuvo

información del sexo del agresor. La media de la edad de las agresiones por hombres fue de 30 años (29 años para mujeres y 34 años para hombres) y de 35 años en las agresiones perpetradas por mujeres (29 años para mujeres y 35 años para hombres). En el periodo 2007 a 2012 no se presentaron casos en los que la mujer fuera la agresora. La mediana de casos por año fue de 916,5 (RIQ = 116,5). Los datos no se presentaron de forma consistente y regular en los años de estudio (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Casos de VIF por sexo de agresor



El análisis por grupos de edad mostró que el grupo de edad más afectado por la VIF fue el de adultos (27 y 60 años) con 57% de los casos, seguido por el de jóvenes (19 a 26 años) con 35% y adolescentes (12 a 18 años) con 8%. Las agresiones perpetradas por hombres se dieron principalmente en adultos (55%) y jóvenes (35%) y las perpetradas por mujeres se presentaron mayormente en adultos (73%) y jóvenes (23%), ver tabla 5. En los grupos de primera infancia y de infancia los casos fueron inferiores a 1% y fueron perpetrados por hombres y se presentaron en Pereira y Santa Rosa de Cabal (casos en primera infancia) y en Dosquebradas, La Virginia, Pereira y Santuario (casos en infancia).

Tabla 5. Violencia intrafamiliar contra la pareja por sexo de perpetrador y grupos de edad

| Grupo etario | Hombre | | Mujer | |
|---------------------|------------|-------|------------|-------|
| | Media edad | % | Media edad | % |
| 1. Primera infancia | 2,6 | 0,0% | | 0,0% |
| 2. Infancia | 11,0 | 0,1% | | 0,0% |
| 3. Adolescencia | 16,4 | 8,4% | 17,1 | 1,0% |
| 4. Juventud | 22,7 | 35,3% | 23,4 | 23,4% |
| 5. Adulto | 35,6 | 55,3% | 37,6 | 72,7% |
| 6. Adulto mayor | 65,2 | 0,9% | 64,0 | 2,8% |

Análisis de los suicidios

En el caso de los suicidios, en los años analizados se tuvo una mediana de 59 casos (RIQ=18,5), con una máxima en 2019 de 88 casos y un mínimo en 2007 de 33 casos. El 74% (652) de los casos se presentaron en centros urbanos o cabeceras municipales, 24% (211) en zonas rurales disperso y el 1,2% (11) en centros poblados. El 80% (705) de los casos se presentó en hombres cuya mediana de edad fue de 36 años (RIQ = 28 años), mientras que en las mujeres se presentó el 20% (176) de los casos con una mediana de edad de 25 años (RIQ = 23 años). La mayoría de los actos suicidas fueron realizados en la vivienda (66%), seguido por zonas agropecuarias (9%) y vía pública (8%).

Según la prueba de normalidad de bondad de ajuste de Smirnov Kolmogorov, la edad no tuvo una distribución normal. El caso de la persona más joven se dio en un niño con 11 años (en el año 2018) y hubo dos casos que se presentaron en niñas con 12 años (años 2019 y 2020). Por otro lado, el caso de la persona más mayor se tuvo con un hombre de 92 años (año 2017). En cuanto al estado civil, el 42% de los casos estaban solteros, el 25% en unión libre y el 19% estaban casados.

Tabla 6. Caracterización de los suicidios periodo 2007-2020

Mujeres **Hombres**

| Variable | n | % | Media edad | n | % | Media edad | Valor p |
|---|------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|---------------|
| Estado civil | 178 | 20,2 | 30,0 | 703 | 79,8 | 39,9 | |
| Soltero | 87 | 48,9 | 22,6 | 294 | 41,8 | 30,3 | 0,0896 |
| Unión libre | 44 | 24,7 | 29,2 | 175 | 24,9 | 39,4 | 0,9617 |
| Casado | 24 | 13,5 | 40,0 | 131 | 18,6 | 51,9 | 0,1069 |
| Viudo | 7 | 3,9 | 57,9 | 19 | 2,7 | 71,2 | 0,3864 |
| Sin información | 6 | 3,4 | 45,0 | 32 | 4,6 | 44,8 | 0,4884 |
| Separado | 5 | 2,8 | 44,0 | 27 | 3,8 | 50,6 | 0,5111 |
| Separado/Divorciado | 5 | 2,8 | 46,0 | 25 | 3,6 | 51,6 | 0,6234 |
| Nivel educativo | | | | | | | |
| Sin escolaridad | 6 | 3,4 | 28,2 | 23 | 3,3 | 53,0 | 0,9472 |
| Educación inicial y educación preescolar | 11 | 6,2 | 31,6 | 55 | 7,8 | 52,0 | 0,4568 |
| Educación básica primaria | 71 | 39,9 | 30,0 | 263 | 37,4 | 42,4 | 0,5430 |
| Educación básica secundaria o secundaria baja | 42 | 23,6 | 24,3 | 134 | 19,1 | 31,1 | 0,1765 |
| Educación media o secundaria alta | 24 | 13,5 | 31,8 | 121 | 17,2 | 34,3 | 0,2307 |
| Educación técnica profesional y tecnológica | 11 | 6,2 | 37,1 | 39 | 5,5 | 39,8 | 0,7447 |
| Universitario | 5 | 2,8 | 36,8 | 20 | 2,8 | 40,7 | 0,9794 |
| Especialización, maestría o equivalente | 1 | 0,6 | 38,0 | 2 | 0,3 | 61,5 | 0,5705 |
| Sin información | 7 | 3,9 | 39,0 | 46 | 6,5 | 43,6 | 0,1907 |
| Ocupación | | | | | | | |
| Actividades agrícolas | 2 | 1,1 | 25,5 | 127 | 18,1 | 40,6 | 0,0049 |
| Actividades artísticas | 2 | 1,1 | 33,5 | 5 | 0,7 | 42,8 | 0,5799 |
| Actividades del hogar | 59 | 33,1 | 36,9 | | | | 0,0000 |
| Actividades empresariales | 8 | 4,5 | 30,0 | 20 | 2,8 | 34,9 | 0,2625 |
| Actividades industriales | | | | 50 | 7,1 | 37,4 | 0,0002 |
| Actividades profesionales | 4 | 2,2 | 37,0 | 17 | 2,4 | 44,4 | 0,8937 |
| Actividades tecnológicas | 1 | 0,6 | 40,0 | 5 | 0,7 | 32,6 | 0,8286 |
| Alimentos | | | | 5 | 0,7 | 40,0 | 0,2592 |
| Belleza y salud | 3 | 1,7 | 30,0 | | | | 0,0006 |
| Contratista | | | | 3 | 0,4 | 40,7 | 0,3826 |
| Desempleado | 15 | 8,4 | 30,2 | 83 | 11,8 | 41,3 | 0,2002 |
| Detenido | | | | 3 | 0,4 | 37,7 | 0,3826 |
| Docencia | 2 | 1,1 | 42,0 | 4 | 0,6 | 44,3 | 0,4216 |
| Empleado | 5 | 2,8 | 29,6 | 12 | 1,7 | 29,0 | 0,3397 |
| Empresario | | | | 1 | 0,1 | 51,0 | 0,6146 |
| Estudiante | 44 | 24,7 | 16,1 | 59 | 8,4 | 18,7 | 0,0000 |
| Fuerzas militares, de policía y socorro | | | | 11 | 1,6 | 30,3 | 0,0931 |
| Función pública | | | | 3 | 0,4 | 46,0 | 0,3826 |
| Independiente | 1 | 0,6 | 27,0 | 13 | 1,8 | 48,2 | 0,2198 |
| Labores no calificadas | 13 | 7,3 | 30,7 | 91 | 12,9 | 37,0 | 0,0372 |
| Otros | | | | 3 | 0,4 | 41,0 | 0,3826 |

| Variable | Mujeres | | | Hombres | | | Valor p |
|-------------------------------|---------|------|------------|---------|------|------------|---------------|
| | n | % | Media edad | n | % | Media edad | |
| Pensionado | 2 | 1,1 | 45,0 | 32 | 4,6 | 67,4 | 0,0339 |
| Profesional de la salud | 2 | 1,1 | 39,5 | 7 | 1,0 | 46,6 | 0,8795 |
| Seguridad | | | | 17 | 2,4 | 40,5 | 0,0362 |
| Sin información | 8 | 4,5 | 36,0 | 27 | 3,8 | 36,6 | 0,6900 |
| Técnico | | | | 9 | 1,3 | 36,2 | 0,1292 |
| Transporte | | | | 23 | 3,3 | 43,0 | 0,0145 |
| Ventas ambulantes | 2 | 1,1 | 24,5 | 11 | 1,6 | 49,2 | 0,6628 |
| Ventas de mostrador y almacén | | | | 3 | 0,4 | 49,0 | 0,3826 |
| Ventas especializadas | 5 | 2,8 | 38,6 | 59 | 8,4 | 48,9 | 0,0104 |
| Zona | | | | | | | |
| Rural disperso (Vereda) | 41 | 23,0 | 21,2 | 172 | 24,5 | 38,0 | 0,6900 |
| Cabecera municipal | 132 | 74,2 | 32,5 | 522 | 74,3 | 40,4 | 0,9792 |
| Centro poblado | 3 | 1,7 | 35,3 | 8 | 1,1 | 42,9 | 0,5568 |

Según se muestra en la tabla 6, entre los casos de suicidio hay ocupaciones que son más frecuentes entre los hombres como lo son las actividades agrícolas e industriales, la seguridad, las labores no calificadas, las ventas y el transporte; mientras que entre las mujeres son más frecuentes las actividades del hogar, belleza y salud. El estado de estudiante y de pensionado fue también más frecuente entre los hombres.

Los suicidios se presentaron con mayor frecuencia en hombres que en mujeres en una razón de 3,9:1, con un total de 635 casos en hombres y 163 en mujeres. En el análisis del sexo femenino la tasa de suicidios tuvo tasa máxima de 4,2 casos por cada 100 mil mujeres en 2020 y una tasa mínima de 1,2 casos por cada 100 mil mujeres en 2017. En el caso de los hombres la tasa máxima fue de 15,6 casos por cada 100 mil hombres en 2019 y una tasa mínima de 6,9 casos por cada 100 mil hombres en 2007 (ver tabla 7).

Tabla 7. Tasa de suicidios periodo 2007-2020

| Año | Tasa H | Tasa M | Tasa general |
|-----|--------|--------|--------------|
|-----|--------|--------|--------------|

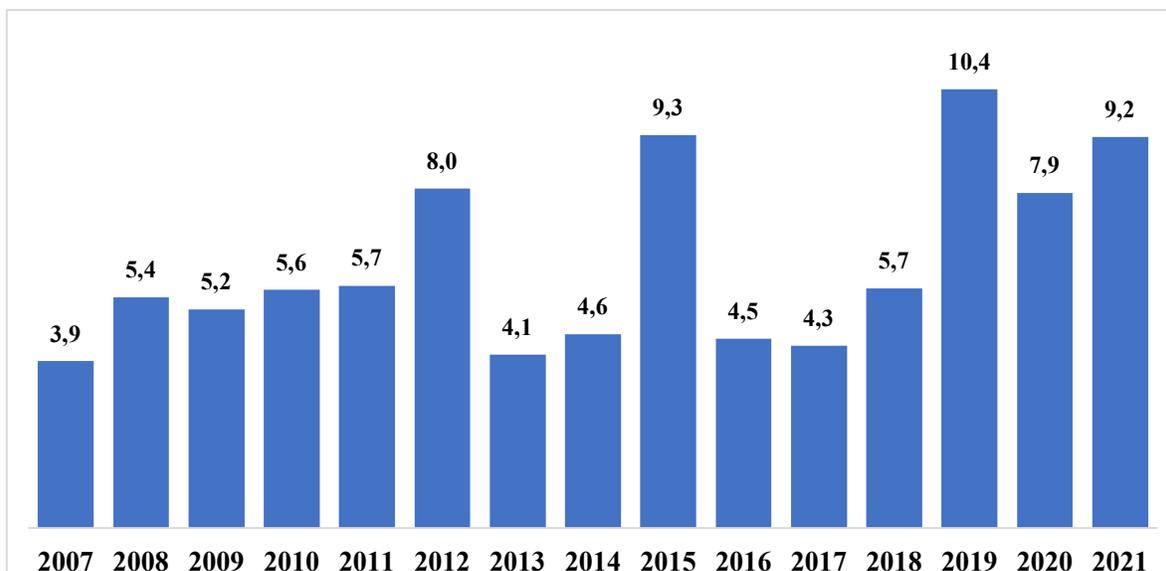
| | | | |
|--------------|-------------|------------|------------|
| 2007 | 6,9 | 1,5 | 4,1 |
| 2008 | 10,1 | 3,3 | 6,5 |
| 2009 | 9,6 | 1,3 | 5,2 |
| 2010 | 9,1 | 1,7 | 5,2 |
| 2011 | 8,8 | 2,4 | 5,4 |
| 2012 | 11,1 | 4,0 | 7,3 |
| 2013 | 7,4 | 1,9 | 4,5 |
| 2014 | 7,4 | 2,7 | 4,9 |
| 2015 | 10,8 | 2,3 | 6,2 |
| 2016 | 11,0 | 2,1 | 6,2 |
| 2017 | 12,5 | 1,2 | 6,4 |
| 2018 | 13,5 | 2,4 | 7,5 |
| 2019 | 15,6 | 3,4 | 9,0 |
| 2020 | 10,9 | 4,2 | 7,3 |
| Media | 10,3 | 2,5 | 6,1 |

*Tasa por cada 100 mil habitantes.

Las principales razones como desencadenantes del suicidio fueron conflicto de pareja (12%), enfermedad mental (12%), económicas (7%), enfermedad física (6%) y desamor (5%). En los hombres el principal factor fue el conflicto de pareja (13%) y en mujeres fue enfermedad mental (19%). En los adultos mayores la principal variable asociada fue la enfermedad física tanto en hombres como en mujeres. El 51% de los registros no contaron con información y sólo se tuvo el registro de un caso por abuso sexual y otro por *bullying*.

La tasa de casos de suicidio para todos los municipios de Risaralda ha mostrado una tendencia al aumento en los últimos tres años, con picos aislados en los años 2012 y 2015 (ver gráfica 7).

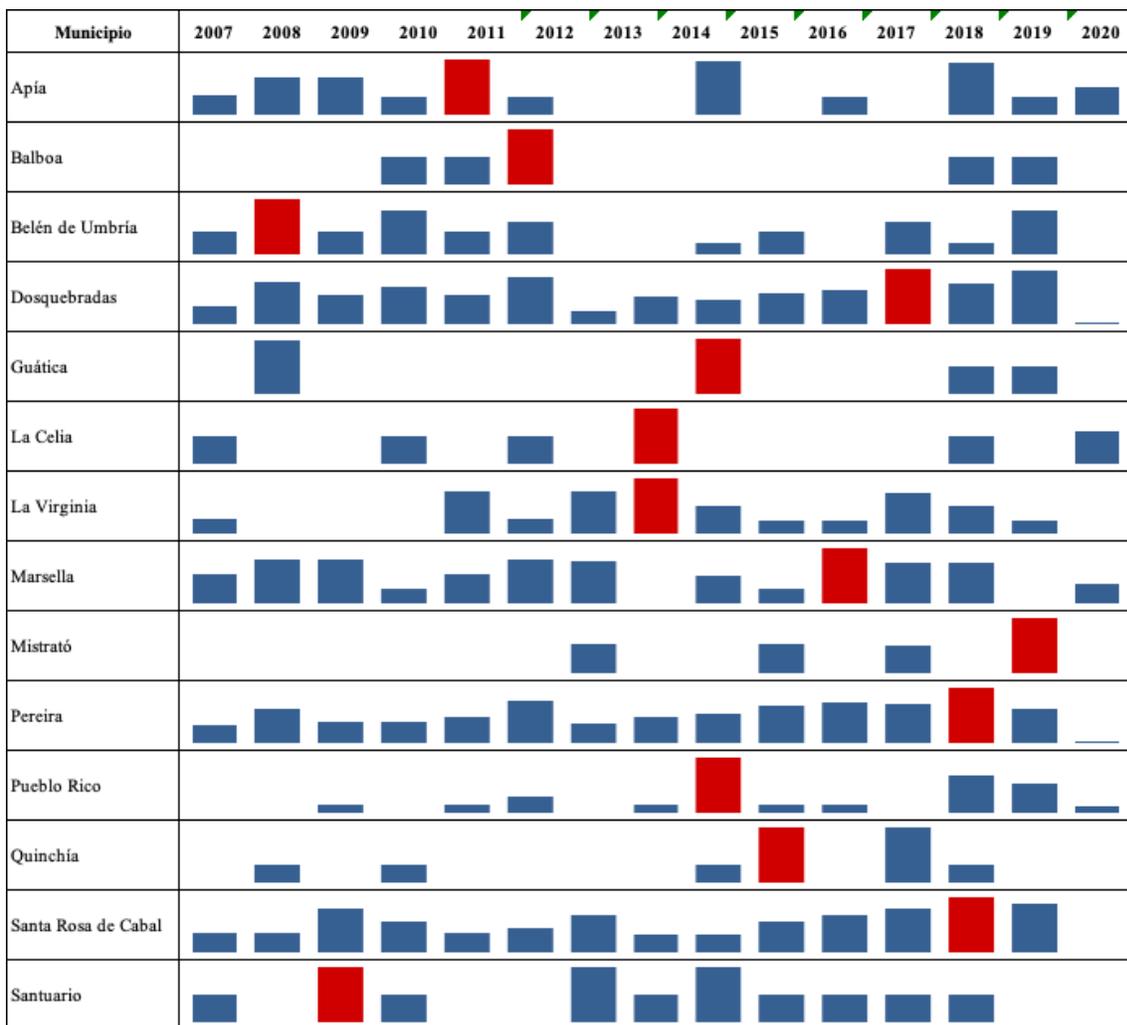
Gráfica 7. Tasa de suicidios en Risaralda para los años entre 2007 y 2020.



*Tasa por cada 100 mil habitantes.

A lo largo del tiempo, en los municipios más grandes, es decir, Pereira, Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal han mostrado una tendencia al aumento en la tasa de casos de suicidio reportados, mientras que La Virginia muestra una tendencia a la disminución, ver gráfica 8. En Quinchía, La Celia, Pueblo Rico y Guática mostraron un aumento en el número de casos entre 2014 y 2016.

Gráfica 8. Tasa de casos de suicidio por municipio entre 2007-2020.



Los métodos de suicidio más empleados fueron ahorcamiento (60%, en hombres 62% y mujeres 51%), intoxicación o envenenamiento (16%, en hombres 12% y mujeres 31%), arma de fuego (15%, en hombres 18% y mujeres 7%) y caída libre (4,8%). Por grupos de edad se encontró que el grupo de edad más afectado fue el de adultos (27 y 60 años) con 52% de los casos, seguido por el de jóvenes (19 a 26 años) con 23%, adultos mayores (mayores de 65 años) con 13% y adolescentes (12 a 18 años) con 13% y se tuvo un caso de suicidio por ahorcamiento de un infante (6 a 12 años). Los casos en hombres se dieron principalmente en adultos (54%) y adolescentes (22,3%), mientras que en mujeres se presentaron mayormente en adultos (41%) y jóvenes (30%).

Tabla 8. Casos de suicidio por grupos de edad y sexo

| Etiquetas de fila | Hombre | | | Mujer | | | Casos totales | % |
|-------------------|--------|-------|------------|-------|-------|------------|---------------|-------|
| | Casos | % | Media edad | Casos | % | Media edad | | |
| 2. Infancia | 1 | 0,2% | 11,0 | 0 | 0,0% | | 1 | 0,1% |
| 3. Adolescencia | 54 | 8,4% | 16,4 | 50 | 29,7% | 15,5 | 104 | 12,7% |
| 4. Juventud | 145 | 22,3% | 22,5 | 42 | 24,2% | 22,2 | 187 | 22,7% |
| 5. Adulto | 354 | 54,1% | 41,5 | 71 | 41,2% | 40,5 | 425 | 51,5% |
| 6. Adulto mayor | 100 | 15,0% | 70,1 | 8 | 4,9% | 67,8 | 108 | 13,0% |

En el análisis de estacionalidad de las series de tiempo de los casos de suicidio, se encontró que los meses en los que mayormente se presentaron casos fueron mayo, septiembre y diciembre (ver tabla 9 y gráfica 9). Por el contrario, en abril, junio, octubre y noviembre se presentaron la menor cantidad de casos.

Gráfica 8. Variación de los casos de suicidio por mes entre 2007 y 2020

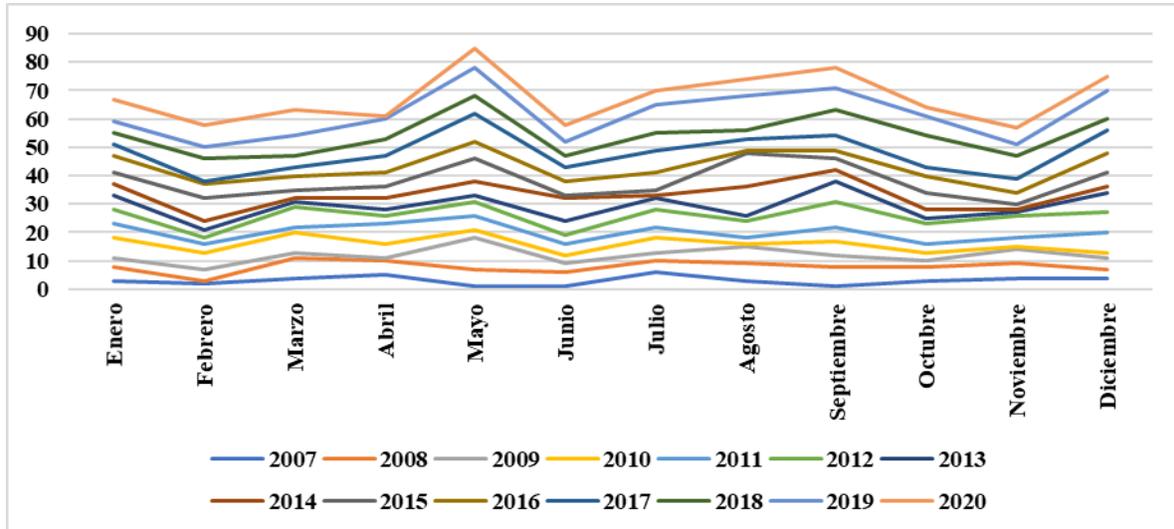


Tabla 9. Índices estacionales para casos de suicidio 2007-2020

| Mes | Índice | Índice ajustado | Variación |
|------------|--------|-----------------|-----------|
| Enero | 1,028 | 1,044 | 0,044 |
| Febrero | 0,880 | 0,894 | -0,106 |
| Marzo | 0,872 | 0,886 | -0,114 |
| Abril | 0,989 | 1,005 | 0,005 |
| Mayo | 1,199 | 1,218 | 0,218 |
| Junio | 0,863 | 0,876 | -0,124 |
| Julio | 1,039 | 1,055 | 0,055 |
| Agosto | 1,038 | 1,054 | 0,054 |
| Septiembre | 1,122 | 1,139 | 0,139 |
| Octubre | 0,921 | 0,936 | -0,064 |
| Noviembre | 0,779 | 0,792 | -0,208 |
| Diciembre | 1,084 | 1,101 | 0,101 |

Análisis de correlación de casos de VIF y suicidio

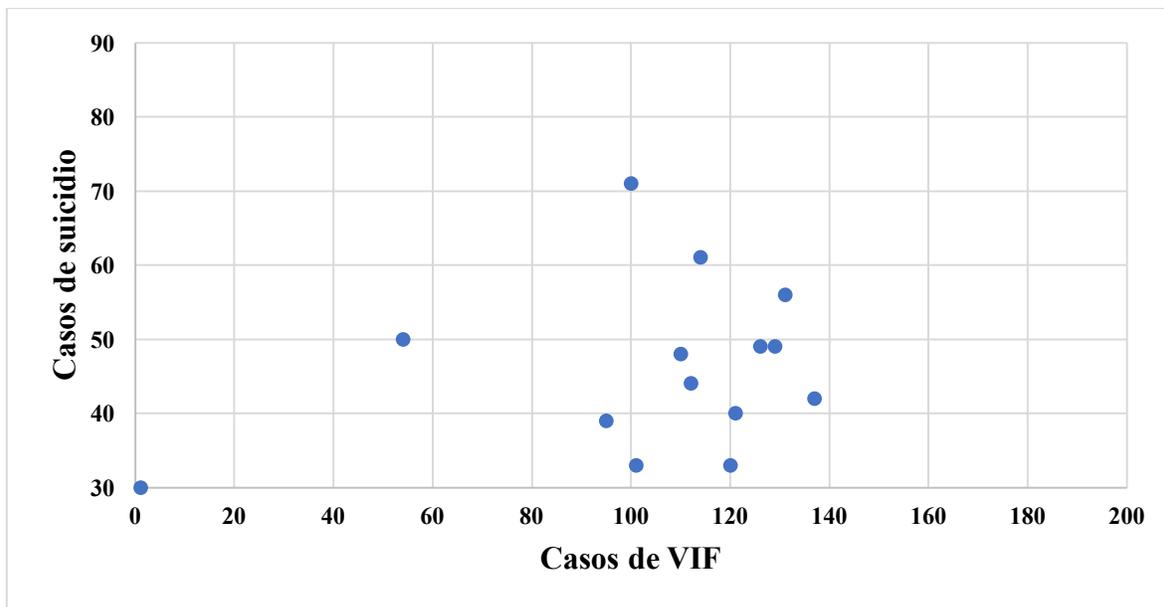
Se evaluó la correlación entre los casos de VIF y de suicidio entre los años del estudio y se dividió en mujeres y en hombres teniendo en cuenta que las tendencias en los casos de VIF y de suicidio son diferentes según el sexo y por lo cual es necesario el análisis por subgrupo (tabla 10). Según el R de Spearman, en los casos de los hombres se encontró un coeficiente de correlación positiva débil, aunque al someter esta hipótesis con la prueba t-student no se encontró evidencia suficiente para afirmar que haya una correlación lineal estadísticamente significativa ($p > 0,05$). En la gráfica 10 se diagraman los casos de VIF y suicidio en hombres según cada año del estudio.

Tabla 10. Análisis de correlación entre casos de VIF y de suicidio.

| Subgrupo | R Spearman | t-student | Valor de p * |
|----------|------------|-----------|--------------|
| Mujeres | -0,116 | 0,4996 | 0,3586 |
| Hombres | 0,156 | -0,3709 | 0,6868 |

*Según prueba de t-student. Grados de libertad: 12.

Gráfica 10. Diagrama de dispersión casos de VIF y suicidio en hombres por cada año entre 2007-2020.



Discusión

En este estudio se describieron las características sociodemográficas de los casos de violencia intrafamiliar contra la pareja y de suicidio en el departamento de Risaralda entre los años 2007 y 2020, el comportamiento en el número de casos a lo largo de los años, así como se exploró la posible correlación entre la violencia intrafamiliar contra la pareja y el suicidio. Los resultados de este trabajo permiten tener un panorama general de la complejidad de los factores involucrados en la violencia intrafamiliar contra la pareja, las poblaciones más afectadas y los municipios que muestran tendencia al aumento, en los cuales se deberían reforzar las políticas de salud pública. Algo similar se puede decir sobre los casos de suicidio en el departamento de Risaralda.

De forma similar a lo reportado en la literatura, en este estudio la mayoría de los casos de violencia intrafamiliar son perpetrados por hombres, tanto contra la pareja como los niños y con similares tipos de violencia. La violencia es un importante limitante para el pleno desarrollo y bienestar de los niños (61) y ha sido descrita por el INMLCF (62) y otros estudios en el país en los que se concluye que la VIF es un problema social que en la mayoría de los casos es ejercida por hombres contra niños. Además, la violencia contra la mujer puede afectar negativamente su salud física, mental, sexual y reproductiva (63–64).

En la caracterización de la violencia intrafamiliar contra la pareja se obtuvo como dato relevante que el nivel educativo, la residencia en zonas rurales y la ocupación son variables con frecuencias diferentes entre hombres y mujeres y que podrían tener un papel a la hora de evaluar los factores de riesgo para sufrir violencia intrafamiliar. Los diferentes grados, niveles y concepciones de la violencia están en correspondencia con los valores, normas y creencias de cada país, época y clase social. Puntualmente la VIF es considerada como una forma de violencia social en tanto es una expresión de las relaciones sociales que acontecen en niveles individuales y que atenta contra la integridad biopsicosocial del individuo que la padece, así como de las personas con quienes interactúan (65,66).

Las mujeres son más vulnerables a ser víctimas de violencia psicológica y violencia sexual, tal como lo demuestran otros estudios (67–68). Las agresiones de VIF a mujeres fueron presuntamente cometidas en su mayoría por la pareja o expareja permanente y en segundo lugar por el (la) excompañero (a) permanente o exesposo (a). Las agresiones perpetradas por relaciones cortas y menos serias (noviazgo o amantes) se presentaron en una proporción mínima, lo que está en consonancia con otras investigaciones que concluyen que las mujeres son víctimas de sus parejas en la mayoría de los casos de VIF (69,70). En especial, hubo siete casos de VIF a niñas infantes que fueron presuntamente cometidos por su novio (a), situación que debe recibir especial atención dada la temprana edad y de quién fue recibida la acción, de manera que refleje el real alcance de la Política Nacional de Infancia y Adolescencia que busca contribuir al desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes en el territorio nacional y su impacto en la preservación, garantía y restauración de sus derechos (71).

Como acápite final de la VIF, se tiene que los actos presentados en el departamento son multifactoriales y multicausales, lo que no hace posible explicar el fenómeno desde una sola perspectiva, lo que concuerda con otras investigaciones que han mostrado que la VIF es una problemática que se presenta en diferentes países y regiones alrededor del mundo; volviéndose un fenómeno de importantes proporciones al cual no se le ha prestado la debida importancia, que afecta sistemáticamente a diferentes sectores de la población, especialmente a la calidad de vida de mujeres, niñas, niños, y adultos mayores (63,72).

La OMS ha publicado las estimaciones de violencia contra la mujer que indican que alrededor de un tercio de las mujeres en las Américas han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual en algún momento de su vida (73), dato que es más alto comparado con la tasa calculada de VIF sufrida por mujeres en el departamento durante el periodo de estudio y los cuales mostraron que las acusaciones son muy bajas ya que probablemente la cantidad de denuncias realizadas ante entidades como el INMLCF no correspondan con la realidad, dados que en muchos casos no se denuncia la situación (74).

Es delicado el tema de la VIF contra la mujer, el cual puede tener un desenlace trágico ya que un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina (75) aunque en la presente investigación no se tiene evidencia de este tipo de desenlace fatal. Como informa la literatura, las mujeres que estuvieron expuestas a una relación íntima violenta presentaron significativamente más probabilidades de ser hospitalizadas con un diagnóstico psiquiátrico, diagnósticos de lesiones y envenenamiento, y diagnósticos de asalto o intento de suicidio (76).

Es de resaltar la disminución de los casos de VIF que se registraron en 2020, con una reducción de 35,7% con respecto a 2019. Esto puede atribuirse al confinamiento por la pandemia de Covid19 que se vivió en el país en gran parte de 2020 y que contribuyó por las mismas restricciones en la dificultad para hacer la denuncia y revisión del caso de VIF, y particularmente para las mujeres el hecho de quedarse en casa por la cuarentena obligatoria, significó el aumento de su carga de trabajo, las tareas del hogar, el cuidado de los hijos o adultos mayores en casa (67,77,78). Adicionalmente, pudo haberse dado la situación de no hacerse las denuncias respectivas, como ocurría en épocas anteriores en las que las situaciones de violencia pasaban desapercibidas por la privacidad que se le asignaba al hogar, las cuales hoy en día se ven como acciones de carácter execrable e inadmisibles para la sociedad (79), puesto que debido a la pérdida de ingresos que se presentó en muchos hogares en 2020, el desespero y la preocupación de las personas cabeza de familia hicieron que sus integrantes pasaran momentos difíciles con entornos hostiles (80–81) lo que produjo un aumento de la violencia doméstica como ocurrió en Perú (82) y México (83) y en Colombia se presentara un aumento de la violencia contra la mujer a los límites de ser considerada una crisis humanitaria por la inadecuada atención dada (84).

Por otro lado, los resultados derivados de la presente investigación en el caso de suicidio mostraron que los hombres presentan una tasa tres veces más alta que las mujeres (68). A nivel mundial son las mujeres quienes intentan suicidarse, más hombres mueren por suicidio por un factor de 4,5 a 1 (85), lo cual está en la misma línea de la OMS y la OPS en la que se concluye que en los países ricos la tasa de suicidio en hombres es tres veces la de mujeres, pero en los países de ingresos bajos y medianos esta razón es de 1,5 hombres por cada mujer (6). Otros estudios son coherentes con estos hallazgos y muestran la mayor tendencia de los hombres a morir por suicidio mientras que las mujeres tienen más intentos pero menor mortalidad (27,48,49).

En la investigación se encontró que en los suicidios prevalece la utilización de mecanismos generadores de asfixia u ahorcamiento como el método más empleado tanto por hombres como mujeres, la intoxicación o envenenamiento tuvo una frecuencia tres veces más alta en

mujeres que en hombres y el método de armas de fuego tuvo una frecuencia tres veces más alta hombres en que en mujeres, hechos que corroboran en parte la evidencia de otros estudios que muestran que los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, como dispararse, lo que de hecho hace que los intentos de suicidio en los hombres tengan mayor probabilidad de un desenlace fatal y por otro lado las mujeres emplean métodos por intoxicación (48,86,87) que pueden ser consideradas por las personas suicidas como menos probable de ser fatal (48).

El análisis de los hallazgos mostró que la acción suicida se ha realizado en escenarios privados como la vivienda, en parte dado porque la persona busca cumplir con su objetivo en un lugar íntimo y no es el objetivo de las personas suicidas visibilizar el desenlace final porque no buscan llamar la atención, la discreción prima en la mayoría de los casos (25,26).

En el periodo de análisis año por año la tasa de suicidio en el departamento no ha disminuido, de hecho en los últimos años de análisis, esta tasa ha aumentado, esto se dio a pesar de que el Estado colombiano ha implementado programas y acciones para contrarrestar el aumento tanto de los suicidios consumados como en casos con ideación suicida como parte de la estrategia nacional “Prevención de la Conducta Suicida en Colombia” (50) pero infortunadamente pareciera que no se han obtenido los resultados esperados de la implementación de dicha estrategia.

Es llamativo el hecho de que los municipios con las más altas tasas de suicidios no son los principales del departamento (Pereira, Dosquebradas y La Virginia) a pesar de que son los que tienen más altas de VIF, dado el antecedente que las más altas de suicidio en el país en 2022 se presentaron en capitales importantes como Cali y Medellín (36). En la investigación el principal factor desencadenante del suicidio fue el conflicto de pareja, el cual es el segundo factor en el país, ya que en Colombia los principales factores desencadenantes de los intentos de suicidio y suicidio son los problemas familiares, los conflictos de pareja, los problemas económicos, el maltrato y los problemas escolares (88) a diferencia de lo concluido por otra investigación que mostró que las mujeres que se suicidaron fueron afectadas por factores como afectaciones en la salud, desempleo y bajos ingresos salariales, la crisis agraria y el lento crecimiento económico (81).

En la evaluación de la correlación entre los casos de VIF y suicidio se encontró un coeficiente de correlación positivo débil entre los hombres, es decir, que podría haber una tendencia a que durante los años del estudio entre más casos de VIF en hombres hubiera más casos de suicidio entre estos mismos. Sin embargo, no hubo una significancia estadística de estos hallazgos. Lo anterior puede deberse a la necesidad de mayor tamaño muestral o al subregistro de los casos de VIF en hombres. A pesar de la mayor frecuencia

de casos de VIF en mujeres, no se encontró una correlación positiva con los casos de suicidio, lo cual podría indicar que las variables relacionadas con el suicidio en mujeres pueden ser más complejas.

Una limitación a la hora de interpretar los resultados de este estudio está en que a pesar de que la base de datos del INMLCF del departamento de Risaralda proporciona información sobre cada uno de los casos reportados de violencia intrafamiliar, es posible que una misma persona reporte varios casos de violencia intrafamiliar. Debido a que la base de datos es totalmente anónima, no es posible especificar cuántos casos de los reportados corresponden a una misma persona. Teniendo en cuenta esto, dado que la información procesada fue sobre casos y no sobre personas, podría haberse afectado de forma limitada la información descriptiva. Otra limitación de este estudio está en relación al posible subregistro de casos de VIF durante los años de este estudio, lo cual puede afectar los resultados mencionados, en especial la posibilidad de encontrar correlación entre la violencia intrafamiliar y los casos de suicidio.

Conclusiones

La VIF se presenta por circunstancias indeseadas producidas por situaciones multifactoriales como intolerancia, antecedentes de violencia en la familia de origen, nivel educativo, antecedentes de enfermedades mentales, condiciones económicas y consumo de sustancias psicoactivas. La mayoría de los casos de VIF se presentaron en las ciudades más grandes del departamento, aunque el número de casos ha tendido a la disminución. Los resultados mostraron que la mayoría de las víctimas de violencia física y psicológica fueron mujeres y niños y las acciones fueron perpetradas en la mayoría de los casos presuntamente por la pareja (hombre) de la mujer. El nivel educativo, la zona de residencia y la ocupación podrían ser factores asociados a VIF contra la pareja.

El suicidio se da por situaciones personales complejas producidas por situaciones multifactoriales como enfermedades mentales, enfermedades físicas, consumo de sustancias psicoactivas, abuso (físico, sexual o emocional) y estilos de vida estresantes. Las tasas de suicidios en el departamento ha mostrado una tendencia al aumento en las principales ciudades. En hombres se presentó tres veces más que en mujeres, la mayoría de las acciones suicidas se realizaron en la vivienda, siendo la mayoría de las víctimas adultos. Los métodos de suicidio más empleados fueron ahorcamiento, intoxicación o envenenamiento, arma de fuego y caída libre. La ocupación podría ser un factor asociado al suicidio.

Finalmente, en este estudio se exploró la correlación entre la violencia intrafamiliar y los casos de suicidio y tras lo cual se encontró que podría haber una correlación positiva entre los casos de VIF y los casos de suicidio en hombres. Futuros estudios pueden ser necesarios para demostrar una significancia estadística de este hallazgo, así como es necesario mejorar el reporte y registro de los casos de violencia intrafamiliar en hombres. A pesar de no haberse encontrado una correlación entre la violencia intrafamiliar y los casos de suicidio en las mujeres, no se puede descartar que esta haga parte del complejo número de variables que llevan al suicidio en las mujeres, por lo cual también se requiere mejorar el registro de los casos, fomentar el reporte de violencia en la población general y realizar estudios futuros que ayuden a discernir otras variables implicadas.

Referencias bibliográficas

1. Deza Villanueva S. Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia. Av En Psicol [Internet]. 1 de enero de 2013 [citado 27 de agosto de 2022];21(1):35-46. Disponible en: <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/304>
2. Escobedo GSB, García-Méndez M, Díaz-Loving R, Rivera-Aragón S. Conceptuación y Medición de la Agresividad: Validación de una Escala. Rev Colomb Psicol [Internet]. 2019 [citado 27 de agosto de 2022];28(1):115-30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/804/80464438008/html/>
3. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. febrero de 2016 [citado 30 de julio de 2022];15(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
4. Organización Panamericana de la Salud. ICD 10 en línea, Volumen 1, español [Internet]. Capítulo XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01–Y98). [citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
5. Alfaro AC, Valdés JA, Suárez RM, Prado LT, Echemendía B. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. Rev Cuba Hig Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 23 de julio de 2022];48(1):15-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223220625002>
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas [Internet]. OMS; 2000 [citado 30 de julio de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75428/WHO_MNH_MBD_00.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Datos y cifras. 2021 [citado 22 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
8. World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 22 de julio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>
9. Dávila-Cervantes CA, Pardo-Montaña AM. Impacto de factores socioeconómicos en la mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 10 de noviembre de 2017 [citado 31 de julio de 2022];16(33):36-51. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/20454>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental conducta suicida [Internet]. Bogotá D.C.: Subdirección de Enfermedades No Transmisibles; 2018 ago [citado 31 de julio de 2022] p. 25. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Guía de prevención de conducta suicida en adopción. Recuperado el 12 de marzo de 2023, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>
12. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2011). Reglamento Técnico para el Abordaje Forense Integral de la Violencia de Pareja (Código.DG-M-RT 03, versión 02-dic-2011). Recuperado de <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/40696/Reglamento+T%C3%A9cnico+para+el+Abordaje+Forense+Integral+de+la+Violencia+de+Pareja+C%C3%B3digo.DG-M-RT+03%2C+versi%C3%B3n+02-dic-2011..pdf/2c1f0e21-6226-59f8-aa9d-fdcd56eb1b0a>
13. Diago Mendoza G, Isaac Llanos JA, Garzón Olivares CD, Constantín Peña AE, Díaz Sarmiento C. Reglamento técnico para el abordaje integral de lesiones en clínica forense. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010.
14. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra las mujeres por parte de su pareja o expareja [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/40693/Protocolo+de+valoración+del+riesgo+de+violencia+mortal+contra+las+mujeres+por+parte+de+su+pareja+o+expareja.pdf/704722d4-3f17-288e-eab0-dd0dc9b291f7>
15. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Modelo de atención a las violencias basadas en el género para clínica forense [Internet]. Bogotá D.C.; 2017. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/40686/Modelo+de+Atención+a+las>

[+Violencias+Basadas+en+el+Género+para+Clínica+Forense.pdf/b09c98c8-0fae-bfb7-8d05-7e2de4813ab7](#)

16. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Guía de necropsias de procedimientos para la realización de necropsias medicolegales. Segunda edición [Internet]. Bogotá D.C.; 2015. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/40473/Guía+de+necropsias+de+procedimientos+para+la+realización+de+necropsias+medicolegales.+Segunda+edición.pdf/e4705d42-1182-47c5-c4f7-22c10974648f>
17. Rivara F, Adhia A, Lyons V, Massey A, Mills B, Morgan E, et al. The effects of violence on health. Health Aff (Millwood) [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 31 de julio de 2022];38(10):1622-9. Disponible en: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.00480>
18. Concha A. Social and economic impact of violence in the Americas. Biomédica [Internet]. 1 de diciembre de 2002 [citado 12 de agosto de 2022];22:347-61. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1185>
19. Infobae. La violencia intrafamiliar en Colombia ha aumentado en un 10 % en los últimos años [Internet]. Colombia. 2022 [citado 12 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2022/03/07/la-violencia-intrafamiliar-en-colombia-ha-aumentado-en-un-10-en-los-ultimos-anos/>
20. Arango LFQ, Parra DMI, Agudelo CEÁ. Factores de la violencia intrafamiliar en el género femenino: análisis comparativo en tres ciudades de Colombia. Latinoam Estud Fam [Internet]. 15 de diciembre de 2017 [citado 12 de agosto de 2022];9:65-79. Disponible en: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/revlatinofamilia/article/view/3073>
21. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 23 de enero de 2023]. 89 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
22. Vargas Salomón R. Reflexiones teórico-metodológicas sobre el estudio de la identidad, a partir de las aportaciones de tres sociólogos clásicos: Marx, Durkheim y Weber. Intersticios Soc [Internet]. septiembre de 2014 [citado 30 de julio de 2022];(8):1-25. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-49642014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Durkheim É. Las reglas del método sociológico. 2a ed. México, D.F: Fondo de Cultura Económica; 2001. 208 p.
24. Sarracent AS, Pérez TG, Miclin PB, Pupo YS, Cruz LAS de la. Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en La Habana en el año 2010. Rev Hosp Psiquiátrico Habana [Internet]. 2013 [citado 30 de julio de 2022];10(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44185>

25. Weir E. Suicide: the hidden epidemic. *CMAJ Can Med Assoc J* [Internet]. 4 de septiembre de 2001 [citado 30 de julio de 2022];165(5):634-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC81437/>
26. Värnik P. Suicide in the World. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. marzo de 2012 [citado 31 de julio de 2022];9(3):760-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367275/>
27. Organización Mundial de la Salud. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. Comunicados de prensa. 2021 [citado 23 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
28. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2021). Forensis 2021. Recuperado el 12 de marzo de 2023, de https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/878249/Forensis_2021.pdf
29. Van Dulmen M, Mata A, Claxton S, Klipfel K, Schinka K, Swahn M, et al. Longitudinal Associations between Violence and Suicidality from Adolescence into Adulthood. *Off J Am Assoc Suicidol* [Internet]. octubre de 2013 [citado 30 de julio de 2022];43(5):523-31. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sltb.12036>
30. Liu M, Xue J, Zhao N, Wang X, Jiao D, Zhu T. Using Social Media to Explore the Consequences of Domestic Violence on Mental Health. *J Interpers Violence* [Internet]. febrero de 2021 [citado 31 de julio de 2022];36(3-4):NP1965-1985NP. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260518757756>
31. Suárez Y, Restrepo D, Caballero C, Palacio J, Suárez Y, Restrepo D, et al. Exposición a la violencia y riesgo suicida en adolescentes colombianos. *Ter Psicológica* [Internet]. agosto de 2018 [citado 9 de agosto de 2022];36(2):101-11. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082018000200101&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio [Internet]. Bogotá D.C.: Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles; 2018 abr [citado 20 de enero de 2023] p. 16. Report No.: 5. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onism-abril-2018.pdf>
33. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 1 de diciembre de 2016 [citado 31 de julio de 2022];45:2-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-encuesta-nacional-salud-mental-colombia-S0034745016300312>

34. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental [Internet]. Bogotá D.C.: Javegraf; 2015 [citado 12 de agosto de 2022] p. 348. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud: conceptualización y guía metodológica. Colombia 2013 [Internet]. 2013 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/tienda%20terminos.aspx?RootFolder=%2fsites%2frid%2fLists%2fBibliotecaDigital%2fRIDE&FolderCTID=0x012000D4CDD61CAE671A41B3532ECA51ACD38E>
36. Infobae. Medellín y Cali son las ciudades donde más suicidios se han registrado en lo que va de 2022 [Internet]. Últimas noticias Colombia. 2022 [citado 23 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2022/09/08/medellin-y-cali-son-las-ciudades-donde-mas-suicidios-se-han-registrado-en-lo-que-va-de-2022/>
37. Cardozo HWH. Comportamiento de las lesiones por violencia intrafamiliar, Colombia, 2013. Inst Nac Med Leg Cienc Forenses. 2013;88.
38. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Curr Issues Public Health* [Internet]. 1995;1:2-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12349322/>
39. Boynton-Jarrett R, Ryan LM, Berkman LF, Wright RJ. Cumulative Violence Exposure and Self-Rated Health: Longitudinal Study of Adolescents in the United States. *Pediatrics* [Internet]. 1 de noviembre de 2008 [citado 12 de agosto de 2022];122(5):961-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3063>
40. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. agosto de 2003;71(4):692-700. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12924674/>
41. Jennings J, Murphy C. Male-Male Dimensions of Male-Female Battering: A New Look at Domestic Violence. *Psychol Men Masculinity*. 1 de enero de 2000;1:21-9.
42. Real Academia Española RAE. Suicidio [Internet]. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. 2021 [citado 30 de julio de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/suicidio>
43. Rendón-Quintero E, Rodríguez-Gómez R. Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. abril de 2016 [citado 31 de julio de 2022];45(2):92-100. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502016000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=es

44. Stone D, Holland K, Bartholow B, Crosby A, Davis S, Wilkins N. Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas [Internet]. Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2017 [citado 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
45. Congreso de la República de Colombia. Ley de salud mental [Internet]. ene 21, 2013 p. 17. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
46. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Notas descriptivas. 2022 [citado 12 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
47. Hernández Bringas HH, Flores Arenales R. El suicidio en México. Papeles Poblac [Internet]. junio de 2011 [citado 31 de julio de 2022];17(68):69-101. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/112/11219270004.pdf>
48. MedlinePlus. Suicidio y comportamiento suicida [Internet]. Enciclopedia médica. 2023 [citado 23 de enero de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm>
49. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida [Internet]. Washington, D.C: Biblioteca Sede de la OPS; 2016 [citado 23 de enero de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf>
50. Gómez FR, Osorio LAM, Casadiego MAG, Bernal GB, Galavis GOB, Bautista NEB. Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2021 [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>
51. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016 [Internet]. 2016 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/col157678.pdf>
52. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. Notas descriptivas. 2021 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
53. Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud - RIAS [Internet]. Salud pública. 2013 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

54. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal salud pública 2012-2021 [Internet]. Minsalud; 2011 [citado 22 de marzo de 2022]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/internacionales/C00335_plan_decenal_salud_publica_2012-2021.pdf
55. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal Salud Pública 2022-2031 [Internet]. PDSP 2022-2031. 2022 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
56. Consulting Group. Resumen ejecutivo Plan decenal de salud pública Colombia 2022 [Internet]. MD & CO Consulting Group. 2022 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.md-co.org/blog-2/2022/7/2/resumen-ejecutivo-plan-decenal-de-salud-publica-colombia-2022>
57. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. 1993 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
58. WMA - The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Políticas. 1964 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
59. Área Metropolitana Centro Occidente. ¿Quiénes somos? [Internet]. AMCO. 2020 [citado 5 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.amco.gov.co/publicaciones/102/quienes-somos/>
60. Departamento Nacional de Estadística DANE. Proyecciones de población [Internet]. Demografía y población. 2022 [citado 26 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
61. Ordóñez Fernández M del P, González Sánchez P. Las víctimas invisibles de la Violencia de Género. Rev Clínica Med Fam [Internet]. febrero de 2012 [citado 20 de enero de 2023];5(1):30-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2012000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
62. Acosta-Vélez M. Comportamiento de la violencia intrafamiliar Forensis. Datos para la Vida [Internet]. Forensis; 2015 [citado 19 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>
63. Sagot M, Carcedo A. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de 10 países [Internet]. Washington:

OPS/OMS Programa mujer, salud y desarrollo; 2000. Disponible en: DOI: 10.13140/2.1.4019.8726

64. Rodríguez D, Jiménez Buitrago L. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Colombia, año 2018 [Internet]. Forensis; 2018 [citado 19 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf>
65. Almenares Aleaga M, Louro Bernal I, Ortiz Gómez MT. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. junio de 1999 [citado 20 de enero de 2023];15(3):285-92. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21251999000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
66. Espín Falcón JC, Valladares González AM, Abad Araujo JC, Presno Labrador C, Gener Arencibia N. La violencia, un problema de salud. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 1 de diciembre de 2008;24:6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262549556_La_violencia_un_problema_de_salud
67. López-Hernández E, Rubio-Amores D. Reflexiones sobre la violencia intrafamiliar y violencia de género durante emergencia por COVID-19. CienciAmérica [Internet]. 21 de julio de 2020 [citado 20 de enero de 2023];9(2):312-21. Disponible en: <https://www.cienciamerica.edu.ec/>
68. Kavak F, Aktürk Ü, Özdemir A, Gültekin A. The relationship between domestic violence against women and suicide risk. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. agosto de 2018;32(4):574-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30029750/>
69. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Guía de prevención de conducta suicida en adopción. Recuperado el 12 de marzo de 2023, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>
70. Orozco Aguancha K, Jiménez Ruiz LK, Cudris Torres L. Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el norte de Colombia. Rev Cienc Soc [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2023];26(2):56-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7500743>
71. Presidencia de la República OAN. Política Nacional de Infancia y Adolescencia 2018-2030 [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2018 [citado 19 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_nacional_de_infancia_y_adolescencia.pdf
72. González Arana R, Molinares Guerrero I. La violencia en Colombia: una mirada particular para su comprensión. De cómo percibimos la violencia social a gran escala y hacemos invisible la violencia no mediática. Investig Desarro [Internet]. diciembre de 2010 [citado 20 de enero de 2023];18(2):346-69. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-32612010000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es

73. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. Temas. 2022 [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
74. Fernández AGR. Violencia intrafamiliar y colectivos especialmente vulnerables: menores y ancianos. Apuntes desde un enfoque interdisciplinar. Rev Int Doctrina Jurisprud [Internet]. 4 de febrero de 2019 [citado 21 de enero de 2023];(19):25. Disponible en: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/RIDJ/article/view/2196>
75. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. Notas descriptivas/Detalle. 2021 [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
76. Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brener ND. Suicide ideation among US college students. Associations with other injury risk behaviors. J Am Coll Health J ACH. marzo de 2000;48(5):229-33.
77. Marques ES, Moraes CL de, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2023];36(4):e00074420. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400505&tlng=pt
78. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas: violencia contra la mujer durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. Coronavirus disease 2019 Q&As. 2020 [citado 21 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/violence-against-women-during-covid-19>
79. Baena-Vallejo GA, Carmona-Otálvaro JG, Rengifo-Arias CG. Propuesta de intervención sobre la violencia intrafamiliar: abordaje de acuerdo con la función y sentido del fenómeno violento presente en la dinámica familiar. Estud Psicol Camp [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2023];37:e180104. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000101200&tlng=es
80. Montero Medina DC, Bolívar Guayacondo MO, Aguirre Encalada LM, Moreno Estupiñán AM. Violencia intrafamiliar en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19. CienciAmérica Rev Divulg Científica Univ Tecnológica Indoamérica [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2023];9(Extra 2):261-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7746453>
81. Garcia EC, Vieira PSC, de Andrade Viana RC, Mariano FC, de Brito MIB, de Araújo Feitosa Neto J, et al. Domestic violence and suicide in India. Child Abuse Negl

[Internet]. mayo de 2022 [citado 25 de enero de 2023];127:105573. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014521342200093X>

82. Vásconez L. Un 60% más de llamadas de emergencia por violencia doméstica durante confinamiento en Europa [Internet]. El Comercio. 2020 [citado 21 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/mundo/europa-emergencia-violencia-domestica-coronavirus.html>
83. Pérez M. Violencia intrafamiliar aumenta hasta 100% por cuarentena [Internet]. El Economista. 2020 [citado 21 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Violencia-intrafamiliar-aumenta-hasta-100-por-cuarentena-20200409-0020.html>
84. Ariza-Sosa GR, Agudelo-Galeano JJ, Saldarriaga-Quintero LA, Ortega-Mosquera MC, Cecilia D, Ariza-Sosa GR, et al. Crisis humanitaria de emergencia en Colombia por violencia contra las mujeres durante la pandemia de COVID-19. Rev Fac Derecho Cienc Políticas [Internet]. junio de 2021 [citado 21 de enero de 2023];51(134):125-50. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-38862021000100125&lng=en&nrm=iso&tlng=es
85. Badar Sabir A. Hark: the bells are tolling. Med Today [Internet]. 2006 [citado 25 de enero de 2023];123-4. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/emr-79610>
86. Alfaro AC, Medina RS, Larín SS. Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 2019 [citado 23 de enero de 2023];35(4):1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94489>
87. Santurtún M, Santurtún A, Agudo G, Zarrabeitia MT, Santurtún M, Santurtún A, et al. Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. Cuad Med Forense [Internet]. diciembre de 2016 [citado 23 de enero de 2023];22(3-4):73-80. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-76062016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
88. Semana. Preocupantes cifras de suicidio en el país: van más de 1.500 casos en lo corrido de 2022 [Internet]. Semana.com Últimas Noticias de Colombia y el Mundo. 2022 [citado 23 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/preocupantes-cifras-de-suicidio-en-el-pais-van-mas-de-1500-casos-en-lo-corrido-de-2022/202208/>