

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

# Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010

*Characterization of suicide in the department of Risaralda, Colombia, 2005-2010*

José Adalberto Rodríguez-Escobar<sup>1</sup> • Óscar Adolfo Medina-Pérez<sup>2</sup> • Deisy Viviana Cardona-Duque<sup>3</sup>

Recibido: 13/08/2012 / Aceptado: 17/03/2013

<sup>1</sup> Psicólogo. Coordinador del Centro de Investigaciones Criminológicas y Observatorio del Delito, Policía Metropolitana de Pereira, Colombia. OA. Medina-Pérez.

<sup>2</sup> Docente investigador Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Grupo de investigación Sujeto, Mente y Comunidad.

<sup>3</sup> Docente Investigadora Universidad de San Buenaventura, seccional Medellín.

Correspondencia: oscar.medina@unad.edu.co

## Resumen

**Antecedentes.** El suicidio es una de las primeras diez causas de mortalidad en el mundo. Las tasas están alrededor de 30/100 mil habitantes en países desarrollados; en Suramérica oscilan entre 3 y 7 y en Colombia las tasas han fluctuado entre 3 y 5, sobresaliendo el rango de edad entre 15 y 29 años.

**Objetivos.** Caracterizar el suicidio en el departamento de Risaralda entre 2005 – 2010.

**Materiales y métodos.** Se realizó una investigación de tipo cuantitativo y descriptiva, con información proveniente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Seccional Pereira. Las tasas se calcularon con las proyecciones de crecimiento poblacional del DANE.

**Resultados.** Se encontró que en los seis años estudiados se presentaron 363 suicidios, 83% en hombres y 17% en mujeres. El mecanismo más utilizado fue el ahorcamiento en un 38%, seguido del envenenamiento y arma de fuego con 26% y 25%, respectivamente. A nivel de tasas, el municipio con la cifra más alta fue Belén de Umbría, con 13,2/100.000 habitantes, mientras que el rango de edad más elevado se encontró entre los 20 a 29 años con 13,2/100.000, seguida de los mayores de 80 con 12,9/100.000 habitantes. Estas cifras sugieren la necesidad de realizar mayores labores de prevención.

**Conclusión.** El suicidio es una problemática de salud pública en Risaralda, se ubica en un rango medio respecto a la población mundial y se destaca a nivel nacional entre las mayores tasas registradas, se identifican múltiples factores de riesgo biopsicosocial, en adulto joven y adulto mayor, por lo cual es indispensable fortalecer procesos de prevención e intervención a diferentes niveles, con base en la intersectorialidad y responsabilidad social. Se requiere mayor investigación que facilite el análisis de factores de riesgo, fragilidad y resiliencia y su relación con variables socioculturales.

**Palabras clave:** Colombia, factores de riesgo, intento de suicidio, ideación suicida, suicidio (DeCS).

Rodríguez-Escobar JÁ, Medina-Pérez OA, Cardona-Duque DV. Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. Rev. Fac. Med. 2013; 61: 9-16.

## Summary

**Background.** Suicide is one of the top ten causes of death worldwide. Rates are about 30/100.000 inhabitants in developed countries, in South America ranging from 3 to 7 and in Colombia the rates have fluctuated between 3 and 5, excelling the age range between 15 and 29 years.

**Objective.** To characterize suicide in Risaralda department between 2005 and 2010.

**Materials and method.** This research was carried out through quantitative and descriptive information from the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, Sectional Pereira. The rates were calculated with the projected population growth rate of DANE.

**Results.** We found that in the six years studied, there were 363 suicides, 83% in men and 17% in women. The most used mechanism used was hanging at 38%, followed by poisoning and firearm with 26% and 25% respectively. At the level of rates, the municipality with the highest figure was Belén in Umbria, with 13.2/ 100,000 population, while the higher age range was found between 20 to 29 years old with 13.2/100.000, followed by the older than 80 to 12.9/100.000 population. These figures suggest the need for greater prevention efforts.

**Conclusion.** Suicide is a public health problem in Risaralda, it is located in the middle range compared to the world's population stands at national level among the highest rates recorded, we identify multiple biopsychosocial risk factors in young adult and seniors, so it is essential to strengthen prevention and intervention processes at different levels, based on the intersectoriality and social responsibility. More research is needed to facilitate the analysis of risk factors, fragility and resilience and their relation to socio-cultural variables.

**Key words:** Colombia, risk factors, suicide attempted, suicidal ideation, suicide (MeSH).

**Rodríguez-Escobar JÁ, Medina-Pérez OA, Cardona-Duque DV.** Characterization of suicide in the department of Risaralda, Colombia, 2005-2010. Rev. Fac. Med. 2013; 61: 9-16.

## Introducción

En la actualidad un millón de personas se suicidan por año, colocando a dicha conducta como una de las 10 primeras causas de mortalidad y la tercera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 34 años (1). Esto permite evidenciar que cada 40 segundos hay un suicidio en alguna parte del planeta y que cada 3 segundos una persona intenta quitarse la vida (2). Los países desarrollados evidencian una problemática más marcada frente a esta conducta, con cifras que superan los 30 suicidios por cada 100 mil habitantes. Un alto porcentaje de los países europeos reportan cifras de suicidio superiores a las generadas por accidentes de tránsito (3).

Las tasas de suicidio menos representativas se encuentran en los países Musulmanes y en la región de las Américas; en ésta última las tasas por 100 mil habitantes oscilan entre 2 y 13 suicidios (4). Países como Colombia, Ecuador, Venezuela, Brasil, Chile y México reflejan tasas de suicidio que varían entre los 3 y 7 casos por cada 100 mil habitantes (5).

En las dos últimas décadas del siglo XX, las tasas de suicidio en Colombia fluctuaron entre 3 y 5 por cada 100 mil habitantes, aunque la tendencia fue al alza (6); durante los años 1995 y 1997 la tasa se sostuvo en un rango de 4, para 1998 y 1999 aumentaron un punto, llegando a 5 (7). Así mismo, las tasas más elevadas están dentro del grupo de edad entre 15 y 24 años en mujeres y por encima de los 60 años en los hombres (8). Se ha encontrado también que en Colombia los hombres se suicidan más que las mujeres y que en la medida que aumenta el rango de edad, este comportamiento se acentúa aún más; también se ha determinado que el rango de edad entre 15 y 29 años representa la mitad de los suicidios con un aporte del 49,8% (9).

La tendencia suicida se puede considerar como un proceso que inicia con ideas frente a la muerte, situación en la cual la calidad de vida empieza un proceso degenerativo (10). Dentro de los orígenes desencadenantes del suicidio, Durkheim identificó 2 causas extrasociales determinantes, la primera son disposiciones orgánico-psicológicas y la segunda está relacionada con naturaleza del medio físico (9), otros estudios lo asocian como un fenómeno polimórfico afectado por un sinnúmero de factores que condicionan su desarrollo, prolongación y desenlace (11), también se ha identificado que aunque el suicidio se presenta más en hombres solteros, divorciados o viudos, las probabilidades aumentan en situaciones donde una relación sentimental ha finalizado (12).

Síntomas como la depresión mayor, sentimientos de culpa y/o desesperanza y disfunción familiar son los principales factores de riesgo que antecedieron al acto suicida (13). Dentro de las características que sobresalen en el comportamiento suicida de los adolescentes, se debe resaltar el efecto de la identificación o suicidio por imitación, donde una conducta suicida puede influir en otros intentos en grupos de adolescentes con características similares (14). Otra situación que vale la pena tener presente frente al suicidio son los sub-registros, existen investigaciones que sugieren que por cada suicidio consumado se pudieron haber presentado entre 10 o 20 intentos sin registrar, lo cual muestra que esta problemática es más grave de lo que informan las cifras oficiales (15).

Según lo anterior, el presente estudio pretende identificar las variables de modo, tiempo y lugar de los casos de suicidio en el departamento de Risaralda durante el periodo 2005-2010, se espera que sea útil como documento de consulta y apoyo en la toma de decisiones que permitan hacer frente a esta problemática de salud pública de manera eficiente.

## Materiales y métodos

### Tipo de Estudio

La investigación es de corte cuantitativo, descriptivo y de corte longitudinal. Población y Muestra: Corresponde a los 363 suicidios que dictaminó el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, (INMLCF) Seccional Pereira, entre los años 2005 – 2010. El rango etario de estos suicidios estuvo comprendido entre los 10 y los 86 años. Al analizar las edades, se encontró gran dispersión en las mismas, razón por la cual hay tanta disparidad en sus principales medidas. Así, por ejemplo, la media de edad de los mismos se ubicó en 37,1 años, mientras que la mediana se ubicó en 32,7, y la desviación estándar fue alta: 17,8. Al discriminar las mismas por sexo, se encontró también una alta dispersión, pero sobresalieron dos hechos: el rango de edad de las mujeres fue menor: de 13 a 76, frente los 10–86 de los hombres. El otro hallazgo fue el que las mujeres se suicidan a edades más tempranas que los hombres, y así, se observa que la mediana se ubicó en 26,5, frente a los 35,3 de los hombres (Tabla 1).

**Tabla 1.** Principales estadísticos de la edad.

|                    | Todos | Hombres | Mujeres |
|--------------------|-------|---------|---------|
| <b>Media</b>       | 37,1  | 38,4    | 31,0    |
| <b>Mediana</b>     | 32,7  | 35,3    | 26,5    |
| <b>D. Estándar</b> | 17,8  | 18,1    | 15,2    |
| <b>25% (Q1)</b>    | 23,2  | 24,1    | 20,2    |
| <b>50% (Q2)</b>    | 32,7  | 35,3    | 26,5    |
| <b>75% (Q3)</b>    | 36,8  | 42,1    | 41,1    |

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Seccional Risaralda.

### Instrumentos

La información sobre las víctimas de suicidio fue suministrada por el INMLCF, Seccional Pereira, oficina Centro de

Referencia Regional sobre Violencia, quien se encarga de alimentar la base de datos denominada Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres (SIRDEC), información que fue entregada en archivo de office Excel tipo matriz.

### Procedimiento

La información suministrada por el INMLCF fue tabulada y extraída cada una de las variables para ser analizadas mediante la utilización de filtros y tablas dinámicas. Dentro de las variables que se analizaron se encuentran: Sexo, municipios del hecho, año en que se consumó el acto, arma o medio, escolaridad, estado civil, día de la semana, escenario, ocupación. Las tasas se calcularon con las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); para una mayor precisión en el análisis, las edades de los suicidas y las proyecciones poblacionales se agruparon en rangos de 10 años cada uno, iniciando en 10-19 y finalizando en 80-89. La información extraída y analizada fue cotejada con el total de información que se extrajo de la matriz original en archivo Excel, con el fin de garantizar que la información fue tomada en cuenta para los respectivos análisis y conclusiones del fenómeno estudiado.

### Resultados

Las cifras reportadas por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses Seccional Pereira, periodo 2005-2010, permitieron evidenciar un consolidado de 363 suicidios en la jurisdicción de los 14 municipios que conforman el departamento de Risaralda, siendo los hombres el de mayor afectación con 300 casos, que representan un aporte del 83% del total de suicidios registrados y los 63 casos restantes, corresponden a mujeres, con un aporte del 17%. La distribución de los suicidios varió enormemente entre los 14 municipios que conforman el departamento, y así, Pereira aportó el 49%, seguido de Dosquebradas con el 16%, quien menos aportó fue Mistrató con el 0,003% de los casos (Tabla 2).

**Tabla 2.** Cantidad de suicidios por municipios 2005-2010.

| Municipio            | 2005      | 2006      | 2007      | 2008      | 2009      | 2010      | Total Gral | %           |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|
| Pereira              | 41        | 33        | 23        | 31        | 25        | 24        | 177        | 49          |
| Dosquebradas         | 6         | 8         | 9         | 13        | 9         | 14        | 59         | 16          |
| Santa Rosa           | 6         | 5         | 4         | 3         | 8         | 6         | 32         | 9           |
| Belén de Umbría      | 2         | 5         | 3         | 5         | 3         | 4         | 22         | 6           |
| Marsella             | 3         | 3         | 2         | 3         | 3         | 1         | 15         | 4           |
| Apía                 | 0         | 4         | 2         | 2         | 2         | 2         | 12         | 3           |
| Santuario            | 3         | 2         | 2         | 0         | 2         | 2         | 11         | 3           |
| Guática              | 2         | 2         | 1         | 2         | 2         | 0         | 9          | 2           |
| Quinchía             | 2         | 2         | 0         | 1         | 2         | 1         | 8          | 2           |
| La Virginia          | 0         | 2         | 2         | 1         | 0         | 0         | 5          | 1           |
| Balboa               | 0         | 1         | 1         | 0         | 1         | 1         | 4          | 1           |
| La Celia             | 0         | 1         | 1         | 0         | 0         | 2         | 4          | 1           |
| Pueblo Rico          | 1         | 1         | 0         | 1         | 1         | 0         | 4          | 1           |
| Mistrató             | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 1          | 0           |
| <b>Total General</b> | <b>66</b> | <b>69</b> | <b>50</b> | <b>62</b> | <b>59</b> | <b>57</b> | <b>363</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Seccional Risaralda.

En cuanto al mecanismo de muerte, se encontró que el ahorcamiento ocupó el primer lugar con un 38% de los casos, seguido de envenenamiento, 26% y arma de fuego, 25%. En menor proporción se encontró el lanzamiento al vacío, 8%; arma corto punzante, 3% y sumersión, 1%. Al analizar esta variable discriminando el sexo, se encontró que los hombres recurrieron en un 40% al ahorcamiento, seguido del arma de fuego, 29% e intoxicación con 21%. En las mujeres, en cambio, el 48% eligió el envenenamiento; 29% optó por el ahorcamiento y 13% lanzamiento al vacío.

A nivel de escolaridad, se encontró que el 32% había completado los estudios primarios, seguido del 20% que había finalizado sus estudios secundarios. El 14% eran profesionales; 3% tenían primaria incompleta; 3% secundaria incompleta; 2% estudios tecnológicos o técnicos, y 1% era analfabeta. En el 34% de los casos no se registró esta información.

El estado civil mostró que el 37% de los suicidas eran solteros, seguidos por los de unión libre con 21%; casados, 17%; separados, 5%; viudos, 3%. En el 17% de los casos no se reportó esta variable. Al analizar la variable de día de la semana, se encontró que en domingo se cometieron más suicidios, 21%, seguido de lunes con 18% (Tabla 3).

**Tabla 3.** Suicidios discriminados por día de ocurrencia.

| Día          | Hombres    | Mujeres   | Total      | %           |
|--------------|------------|-----------|------------|-------------|
| Lunes        | 59         | 6         | 65         | 18          |
| Martes       | 41         | 13        | 54         | 15          |
| Miércoles    | 28         | 8         | 36         | 10          |
| Jueves       | 39         | 10        | 49         | 13          |
| Viernes      | 34         | 7         | 41         | 11          |
| Sábado       | 35         | 7         | 42         | 12          |
| Domingo      | 64         | 12        | 76         | 21          |
| <b>Total</b> | <b>300</b> | <b>63</b> | <b>363</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Seccional Risaralda.

A nivel de escenario, se encontró que la vivienda es el lugar preferido, 58%; seguido de zonas campestres, 12% y vía pública con 11%, recinto cerrado diferente al lugar de residencia, 9%; otros sitios, 2%. En el 8% de los casos no se informó el sitio. En cuanto a las ocupaciones, se encontró una gran variedad de oficios y profesiones. De ellas sobresalieron las siguientes: agricultores, 16%; estudiantes, 9%; comerciantes y amas de casa, 7%; desempleados, 6%. Al realizar un análisis de las tasas, se encontró un tasa promedio de 6,6 en los seis

años estudiados. Por municipios, se halló un comportamiento muy diferente al encontrado en los aportes, toda vez que el municipio con la tasa más alta es Belén de Umbría con 13,2 suicidios por cada 100 mil habitantes. Siguen los municipios de Santuario con 11,8, Marsella con 11,4 y Apia con 11,2 (Tabla 4).

**Tabla 4.** Promedio tasa poblacional discriminado por municipios, 2005-2010.

| Municipios      | Promedio tasa 2005-2010 |
|-----------------|-------------------------|
| Belén de Umbría | 13,2                    |
| Santuario       | 11,8                    |
| Marsella        | 11,4                    |
| Apia            | 11,2                    |
| Balboa          | 10,5                    |
| Guática         | 9,6                     |
| La Celia        | 7,7                     |
| Santa Rosa      | 7,6                     |
| Pereira         | 6,6                     |
| Pueblo Rico     | 5,4                     |
| Dosquebradas    | 5,3                     |
| Quinchía        | 4,0                     |
| La Virginia     | 2,7                     |
| Mistrató        | 1,1                     |
| Total Risaralda | 6,6                     |

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Seccional Risaralda y DANE.

Se identificaron dos rangos de edad que evidencian las mayores tasas; las víctimas entre las edades de 20 y 29 años registraron una tasa de 13,2 suicidios por cada 100 mil habitantes, seguido de las víctimas de 80 años en adelante con una tasa de 12,9. La más baja la ocupa la franja de los 10 a 19 años con una tasa de 4,6 (Tabla 5).

**Tabla 5.** Promedio de la tasa poblacional discriminado por edades, 2005-2010.

| Rangos de edad | Promedio tasa 2005 - 2010 |
|----------------|---------------------------|
| 0 - 9          | 0                         |
| 10 - 19        | 4,6                       |
| 20 - 29        | 13,2                      |
| 30 - 39        | 7,4                       |
| 40 - 49        | 8,7                       |
| 50 - 59        | 6,7                       |
| 60 - 69        | 6,1                       |
| 70 - 79        | 8,0                       |
| 80 o más       | 12,9                      |

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Seccional Risaralda y DANE.

## Discusión

El análisis de los índices de suicidio durante el periodo 2005-2010 en el departamento de Risaralda, indica la presencia de altas cifras de muertes autoinflingidas, con una tasa promedio de 6,6 por cada 100.000 habitantes, aspecto que se debe considerar como signo de la necesidad de atención en salud mental que requiere la población, pues el suicidio es indicador de alteraciones psíquicas en la comunidad, tales como depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, entre otros (16), y se genera como resultado de factores de riesgo individual sumados a situaciones adversas como la violencia intrafamiliar, violencia sexual, abandono, desempleo, consumo de sustancias psicoactivas, y otros fenómenos a los que el departamento de Risaralda no es ajeno (17).

El mayor número de casos de suicidio está concentrado en la ciudad de Pereira, seguido de Dosquebradas, Santa Rosa y Belén de Umbría. En este punto hay una diferencia significativa al realizar el análisis de la tasa poblacional, pues ésta mostró que Belén de Umbría tiene la mayor tasa, seguido de Santuario y Marsella. Estas distinciones indican la necesidad de profundizar las investigaciones al respecto, pues el suicidio responde a una etiología multifactorial, que involucra aspectos culturales, ambientales, psicosociales, económicos, educativos, correspondientes con las particularidades de cada región (18); en este caso sería interesante ahondar en los índices de desempleo, violencia, agresión, consumo de sustancias psicoactivas y presencia de trastornos mentales que pueden ser detonantes de la conducta suicida, especialmente en los municipios de Belén de Umbría y Pereira.

La población más proclive a presentar suicidios está ubicada en los municipios que se encuentran por fuera del Área Metropolitana de Risaralda, caracterizados por su baja densidad poblacional y extensión rural, situación que coincide con otras regiones del país, como Antioquia donde las tasas más representativas están ubicadas en los pueblos y zonas rurales, lo que bien pudiera estar relacionado con problemas sociales, económicos y demográficos (19); análisis que toma mayor relevancia si se tiene en cuenta que de las ocupaciones de las víctimas analizadas, la más representativa fue la agricultura (16%). Estos datos requieren estudios posteriores, ya que el suicidio tiene un significado distinto de acuerdo con el lugar en donde ocurre y tales diferencias están a su vez relacionadas con factores económicos, culturales y religiosos (20).

En el departamento de Risaralda, el 82,2% de los casos de suicidio corresponde a hombres y el 17,8% restante a mujeres, lo que significa que estos cuadriplican la cifra de mujeres que se quitan la vida, variación semejante a países como Estados Unidos. Esto ocurre porque a menudo los hombres utilizan mecanismos más letales para terminar con su vida (21), además parece existir una relación entre género y conductas de

riesgo (22,23), debido a patrones comportamentales o roles que determinan las expectativas culturales de masculinidad frecuentemente asociadas a restricción emocional, agresividad, éxito y poder (24). Este fenómeno también obedece a la percepción de una humillación social, relacionada con el fracaso en los negocios.

En el caso de las mujeres de la región risaraldense, se encuentra que un alto porcentaje es madre de familia y, aunque ésta puede ser una situación vital estresante, parece adquirir características protectoras frente al suicidio, puesto que la familia genera sentido de arraigo (6). De igual manera, es importante considerar que las mujeres presentan un patrón de mayor expresividad emocional y tienden a recurrir más a los centros de atención en salud, factores que pueden influir significativamente en la diferencia entre dichas cifras. Un factor relevante para estudios posteriores es la diferencia entre fragilidad y resiliencia entre hombres y mujeres, variables determinantes en el comportamiento suicida de acuerdo con estudios realizados en el país (25).

Otro hallazgo del presente estudio, se refiere a los mecanismos de autolesión utilizados, encontrándose predominio del ahorcamiento, envenenamiento y uso de arma de fuego. Los hombres tienen mayor tendencia hacia el ahorcamiento y la utilización de las armas de fuego, herramientas que son más letales, mientras que las mujeres hacia el envenenamiento, tal y como se aprecia en otras regiones del país como el vecino departamento del Quindío (26). Algunos estudios han permitido identificar que las mujeres usan medios menos violentos para ejecutar un intento suicida (27).

Por otro lado, se halló que el rango de edad más afectado por el suicidio se ubicó entre los 20 y 24 años con 13,2 casos por cada 100 mil habitantes, seguido por adultos mayores de 80 años con 12,5 casos/100 mil habitantes, cifras que se ajustan a las reportadas a nivel nacional entre los años 1985 y 2002 (4). Entre los factores de riesgo para la conducta suicida en los jóvenes, se encuentran aspectos individuales, experiencias familiares, relaciones socioafectivas, acceso a la manipulación de armas, abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, exposición a actos de violencia a través de medios de comunicación y otras variables políticas y socioculturales que desempeñan un papel preponderante en la ocurrencia de la violencia juvenil (28). Igualmente, situaciones como los problemas académicos, padecimiento de trastornos mentales, pérdidas afectivas y de status, la violencia intrafamiliar y tareas vitales que se deben realizar en la adultez joven -tales como la definición del proyecto de vida, la inclusión en el mundo laboral y la necesidad de reconocimiento de un espacio en la sociedad-, son factores frecuentemente relacionados con el suicidio juvenil (29).

Otro factor que se debe tener en cuenta es el efecto Werther o la influencia de la información sobre el acto suicida a la que los

jóvenes tienen acceso, lo que se hace evidente en la actualidad con la inclusión de las nuevas tecnologías de la información, las cuales intervienen en la comunicación del significado del acto suicida y la contemplación del mismo, pues algunos estudios han demostrado el impacto de los medios de difusión en la conducta suicida cuando la noticia es comunicada sin tener en cuenta algunos lineamientos profesionales para ello, quedando manifiesto que la forma de comunicar este acto tiene relevancia en la cognición social (30). Algunos autores consideran que la tasa de suicidio es directamente proporcional al atractivo de los personajes que se han suicidado (31).

Ahora bien, el perfil del adulto mayor que comete suicidio, está caracterizado por una persona con antecedentes de un primer suceso depresivo después de los 40 años, que generalmente vive sola y presenta historial familiar de depresión o alcoholismo, con vivencia de una pérdida reciente (32); otras situaciones psicosociales influyentes son la soledad, aislamiento afectivo, el impacto del proceso de jubilación, muerte de familiares, deterioro económico, enfermedades crónicas y terminales, carencia de redes de apoyo familiar o social, pérdida de roles y status (33,34).

Otras variables relevantes en este estudio fueron la escolaridad, estado civil y lugar del acto suicida. Las cifras de casos donde la víctima de suicidio lograra acceder a estudios técnicos y universitarios, han sido bajas, dato semejante a otros lugares de la geografía nacional, como Santa Marta, donde se logró determinar que solo el 7% de las personas que cometieron suicidio durante los años 2002-2005 tenían estudios superiores a la secundaria (1); se puede inferir entonces, que la escolaridad puede ser un factor protector, sin embargo, aún no es una variable sobre la que se tengan resultados precisos.

Un alto porcentaje de las víctimas eran solteras, seguido de aquellas que convivían en unión libre y muchas no tenían clara su situación sentimental, aspecto que se puede evidenciar como factor de riesgo, teniendo en cuenta que las relaciones interpersonales influyen en los cambios emocionales de las personas, situación ratificada en diferentes estudios donde se relacionan como principales razones de suicidio los problemas interpersonales, emocionales, de pareja, la soledad y la carencia de una red afectiva (15,25). Por lo tanto, las personas que conviven solas y/o carecen de interacciones afectivas estables se pueden encontrar en mayor riesgo de cometer un acto suicida, puesto que uno de los principales factores protectores del trastorno mental y suicidio es el establecimiento de redes de apoyo social efectivas, las cuales están relacionadas con el aumento de la resistencia frente a las transiciones vitales, estresores y crisis personales (35).

En cuanto al lugar del suceso, es posible que los aportes tan altos de casos registrados al interior de la vivienda, esté relacionado con la búsqueda de un espacio íntimo y familiar

por parte de la víctima. Estas cifras son similares a lo encontrado en la ciudad de Armenia, donde estudios indican que 62% de las víctimas se encontraban al interior de la vivienda (8). Otro aspecto a considerar es que el día más común en que se presentaron los casos de suicidio fue el domingo, cifra que es muy cercana a la registrada en cinco municipios del departamento de Nariño durante los años 2002-2007, donde el aporte del día domingo fue del 19,8% (36), lo que se puede asociar con el hecho de que es un momento en el que hay un cese de las actividades ocupacionales, espacio en el cual se pueden reforzar distorsiones cognitivas y pensamientos intrusivos, debido a que muchas personas no cuentan con una red de apoyo y/o actividades de ocupación de tiempo libre que permitan generar y retroalimentar emociones positivas.

## Conclusión

Se tiene que las tasas registradas en este estudio, no sólo indican la presencia de una situación problemática en salud mental, sino que además refieren una magnitud importante, pues de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (7), las tasas de suicidio que puntúan entre 5-14 casos/100.000 habitantes se ubican en un rango medio de gravedad. Estas cifras son alcanzadas por el departamento de Risaralda, el cual ha ocupado uno de los principales lugares a nivel nacional en casos de suicidio, especialmente en el año 2005 se demarcó como el departamento con mayor índice de muertes autoinfingidas (37), alcanzando una tasa de 20 en el municipio de Santuario, y en el 2010 se halla una tasa de 23 en La Celia, ubicándose en los principales lugares a nivel nacional (38) y en un rango de alta gravedad.

En este sentido, es imperativo que los casos de suicidio se aborden desde una perspectiva preventiva e intervenciva, debe empezar a ser un tema de responsabilidad social en el que se implementen acciones profesionales e intersectoriales, en el cual se involucren entes gubernamentales, educativas, universitarias, sanitarias, comunitarias e informativas, teniendo en cuenta que es un flagelo que a diario se comunica a la sociedad a través de diferentes medios y en muchas ocasiones de manera sensacionalista, menoscabando su impacto y reduciéndose a un suceso cotidiano (30); por tanto, es urgente la necesidad de acciones concretas que trabajen en pro del bienestar, la salud mental y prevención primaria, secundaria y terciaria frente al suicidio en la población risaraldense. Cabe resaltar la importancia de incluir no sólo ejes departamentales sino también municipales y locales, pues el esfuerzo conjunto para tratar este fenómeno y el involucramiento de la comunidad a favor de la salud mental de los habitantes de la región risaraldense, puede generar mayor sensibilización, potenciando habilidades sociales reconocidas en esta zona del país que se pueden llegar a convertir en factores protectores.

Los autores declaramos nuestra total independencia frente a las instituciones que avalaron la presente investigación. Certificamos, igualmente, que durante el trabajo, o redacción del presente manuscrito, no han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene una investigación.

## Referencias

1. Arroyave J, Díaz S, Del Toro J, Ceballos J. Percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia). Duazary: Revista de la facultad de Ciencias de la Salud. 2007; 4:112-18.
2. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y, Forero J. Suicidio en Bogotá: Un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. Biomédica. 2002; 22:417-24.
3. Madariaga C, Gómez A, Iriondo P, Savareses V, Taylor B, Ríos G. Prevalencia del suicidio en la región de Tarapacá, años 1990-2008. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 2010; 48:197-206.
4. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. Rev Panam de Salud Pública. 2007; 22:231-8.
5. Medina O, Piernagorda D, Rengifo A. Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío-Colombia, entre 1989 y 2008. Pensamiento Psicológico. 2010; 8:9-16.
6. Ceballos, G. Características de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante el año 2002: un informe de casos. Duazary: Revista de la facultad de Ciencias de la Salud. 2004; 1:24-8.
7. Tuesca R, Navarro E. Factores de riesgos asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud Uninorte. 2003; 17:19-28.
8. Medina O, Sánchez J, Parra D, Sánchez V. Caracterización del suicidio masculino en la ciudad de Armenia Quindío, en el periodo 2004-2009. Revista Zona. 2010; 9:10-15.
9. Acevedo C. ¿Influye la realidad económica en el suicidio? el caso colombiano. Revista de Economía del Caribe. 2010; 5:143-87.
10. Pérez-Olmos I, Ibáñez-Pinilla M, Reyes-Figueroa J, Atuesta-Fajardo J, Suárez-Díaz M. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. Rev Salud Pública. 2008; 10:374-85.
11. Coffín N, Álvarez M. Prevalencia de ideación suicida en usuarios que solicitan servicio médico o psicológico en una clínica-escuela universitaria. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2009; 12:105-20.
12. Gómez Á, Godoy G, García D, León F. Amor y violencia: Otro cóctel neuropatológico en el siglo XXI. Salud Uninorte. 2009; 25:350-61.
13. Guibert W, Alonso A. Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17:155-63.
14. Sánchez R, Guzmán Y, Cáceres H. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. Rev Colomb. Psiquiat. 2005; 34:12-25.

**15. Villalobos-Galvis F.** Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Salud Mental. 2009; 32:165-71.

**16. FEAFES-Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental Afrontando la realidad del suicidio: orientaciones para su prevención.** Madrid. 2006.

**17. Gobernación Risaralda, Secretaría de Salud 12.** Boletín mensual. 2012. Disponible en: <http://www.risaralda.gov.co/sitio/salud/>.

**18. Organización Mundial de la Salud. OMS.** Prevención del suicidio: recursos para consejeros. Estados Unidos de América. 2006.

**19. Manrique R, Ochoa F, Fernández L, Escamilla R, Vélez E.** Comportamiento del suicidio en Antioquia 1998-2000. Revista CES Medicina. 2002; 16:7-17.

**20. Reyes W.** Prevención de la conducta suicida en la APS. Rev Cubana med Med gen Gen integrIntegr. 2002; 18:149-54.

**21. Butcher J, Mineka S, Hooley J.** Psicología Clínica. Madrid: Pearson. 2007.

**22. Gómez E.** Equidad género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Pública. 2002; 11:454-61.

**23. Kimmel M.** Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales. 1994:1-16. Tomado de: <http://www.caladona.org/grups/uploads/2008/01/homofobia-temor-vergüenza-y-silencio-en-la-identidad-masculina-michael-s-kimmel.pdf>.

**24. Sánchez R, Tejada P, Guzmán Y.** Muertes violentas intencionalmente producidas en Bogotá, 1997-2005: diferencias según el sexo. Rev. Colomb. Psiquiat. 2008; 37:316-29.

**25. De Zubiría M.** Cómo prevenir la soledad, depresión y suicidio en niños y adolescentes. Bogotá: Aguilar. 2007.

**26. Medina O, Mendoza M, Muñoz C.** Prevalencia del suicidio femenino en el Quindío, 1989-2008. Psicogente, 2009; 12:358-68.

**27. Fuentes M, González A, Castaño J, Hurtado C, Ocampo P, Páez M, Pava D, Zuluaga L.** Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6º a 11º grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007-2008. Archivos de medicina. 2009; 9:110-22.

**28. Yunes J, Zubarew T.** Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la región de las Américas. Rev. Bras. Epidemiol. 1999; 2:102-71.

**29. Cervantes W, Melo E.** El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. Duazary: Revista de la facultad de Ciencias de la Salud. 2008; 5:148-54.

**30. Rubiano H, Quintero T, Bonilla C.** El suicidio: más que una noticia, un tema de responsabilidad social. Palabra clave. 2007; 10:93-111.

**31. Villagómez R, Balcázar A, Paz R.** Suicidio en jóvenes. Revista de la Facultad de Medicina UNAM, 2005; 48:54-7.

**32. Vidal D.** Factores de riesgo suicida en el anciano. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 1999; 8:103-12.

**33. Pérez S, Ros L, Pablos T, Calas R.** Factores de riesgo suicida en adultos. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997; 13:7-11.

**34. González-Hernández A.** Conducta suicida según ciclo vital. CNRV, INMLCF. 1997.

**35. Feldman L, Goncalves L, Chacón-Puignau G, Zaragoza J, Bagés N, De Pablo J.** Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. Universitas Psicológica. 2008; 7:739-751.

**36. Peña M, Ortiz Y, Gutiérrez M.** El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del Departamento. Pensamiento Psicológico. 2009; 6:97-107.

**37. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF .** 2005 . Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2005/Suicidio.pdf> .

**38. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INML y CF. Forensis.** 2010. Disponible en: [http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=193:forensis-2010&catid=19:forensis&Itemid=154](http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=193:forensis-2010&catid=19:forensis&Itemid=154).