

# PREVALENCIA DEL SUICIDIO FEMENINO EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA (COLOMBIA): 2004-2010\*

## PREVALENCE OF SUICIDE GIRLS IN THE DEPARTMENT OF MAGDALENA (COLOMBIA): 2004-2010\*

Diego Pérez Manjarrez\*\* y Andrés Calderón Araujo\*\*

### RESUMEN

El suicidio es considerado una de las principales causas de muerte en el mundo, y por tanto es un problema de salud pública a nivel mundial. Se ha definido como aquella conducta en la cual el ser humano que logra terminar con su vida de manera voluntaria. Se efectuó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, tomando como base los registros de los suicidios de mujeres para el departamento del Magdalena en el período 2004-2010, suministrados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, regional Santa Marta. La presente investigación encontró que durante el periodo 2004-2010 en el departamento del Magdalena se presentaron 206 suicidios, de los cuales 30 (14.5%) fueron consumados por mujeres, de las cuales dos (6.66%) eran adolescentes. Se concluye que la prevalencia del suicidio femenino en el periodo estudiado fue del 14.5%. (DUAZARY 2012 No. 1, 87 - 93)

**Palabras clave:** Suicidio; género; femenino; prevalencia. (DeCS).

### ABSTRACT

Suicide is considered a major cause of death in the world, therefore, is a public health problem worldwide. Suicide is defined as that human behavior that does end his life voluntarily. We conducted a retrospective, longitudinal study, based on records supplied by the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, Santa Marta region for the period 2004-2010 of suicides by women for the Department of Magdalena. This investigation found that during the period 2004 to 2010 in the department of Magdalena showed 206 suicides, of which 30 (14.5%) were accomplished by women, and of these, two women (6.66%) were adolescents. It is concluded that the prevalence of female suicide in the study period was 14.5%.

**Keywords:** Suicide, sex, women, prevalence. (MeSH).

\*Proyecto financiado por Fonciencias - Semilleros 2011 - Universidad del Magdalena.

\*\*Estudiantes del Programa de Psicología - Universidad del Magdalena.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es considerado una de las principales causas de muerte en el mundo y por tanto es un problema de salud pública a nivel mundial<sup>(1)</sup>. Se ha definido el suicidio como aquella conducta del ser humano que logra terminar con su vida de manera voluntaria<sup>(2)</sup>. En Colombia, para el año 2010 se consumaron 1.864 suicidios, de los cuales 344 (18.4%) correspondieron al género femenino y 122 (35.4%) eran mujeres adolescentes (menores de 19 años)<sup>(3)</sup>.

El suicidio en la población femenina se presenta con mayor frecuencia en edades comprendidas entre los 15 y 20 años de edad, solteras, residentes en zonas urbanas y amas de casa<sup>(4)</sup>. Igualmente, el método más común utilizado es la intoxicación, seguido por el ahorcamiento; en muy pocos casos utilizan armas de fuego<sup>(3,4)</sup>. El método utilizado varía con la edad, la disponibilidad del mismo y el grado de deseo de muerte<sup>(4)</sup>. Se menciona en la literatura existente que el intento de suicidio en las mujeres es mucho mayor que en los hombres, en una relación de 3:1, lo contrario al suicidio consumado cuya relación es de 4:1.

Esto se debe al papel “pasivo”, imagen débil y sometimiento al que la mujer ha estado sometida en nuestra sociedad, en especial la latina; y pareciera ser una manifestación de su rechazo a sus familiares y su decisión de no seguir viviendo con ellos o manifestar un sentimiento de venganza<sup>(4,5)</sup>. Estos mismos autores<sup>(4,6)</sup>, consideran que deben tenerse en cuenta como formas de suicidio el alcoholismo, la drogadicción, y el incumplimiento de recomendaciones médicas para el tratamiento de sus enfermedades. Por ello, el número de suicidios reportados son menores a los sucedidos en la realidad, en especial en niños y adolescentes<sup>(7)</sup>.

Igualmente, otros autores<sup>(7,8,9)</sup> señalan algunas posibles causas diferentes para el suicidio, como son las razones familiares y afectivas; el embarazo no planeado y el rechazo al mismo; el vivir sola; el aislamiento social; los problemas en las relaciones conyugales; y el desempleo que conlleva a la depresión y ansiedad, entre otras. No obstante, en la mayoría de los casos de suicidios de mujeres estudiados por algunos investigadores no se presenta premeditación, por lo cual lo consideran como un acto impulsivo. Así mismo, se debe tener en cuenta

que el acto suicida depende del nivel de tolerancia que tenga la mujer ante la frustración en la vida y recordar que a pesar de ser el suicidio asociado a la depresión, no todas las suicidas padecen depresión ni todas las que padecen este problema se suicidan<sup>(7,10)</sup>.

El matrimonio y el tener hijos han sido considerados como un factor protector contra el suicidio, tanto en mujeres como en hombres, pero primordialmente en las primeras, pues se considera que el matrimonio es reforzado por los hijos. Por otra parte, las comunidades rurales tienen mejor integración social que las urbanas, y por consiguiente menores índices de suicidio<sup>(4, 8, 9)</sup>.

Aunque las épocas del año en que se cometen los suicidios han sido bastante estudiadas, existe consenso en que este varía en cada país<sup>(8, 9)</sup>.

Los suicidios en menores de edad y en los niños han venido en aumento en los últimos años<sup>(11,12)</sup>. Son una tragedia que afecta a toda la sociedad, en especial a los padres, familia, y a la comunidad en que vivía el menor; estos suicidios están muy relacionados con crisis disciplinarias en la escuela o colegio, los castigos físicos en los hogares, enfermedades de transmisión sexual, rupturas sentimentales o hasta discusiones entre amigos<sup>(12,13,14)</sup>. Los métodos utilizados para consumar el suicidio están ampliamente documentados en lo referente que las mujeres, que emplean mecanismos menos letales que los hombres<sup>(4,9,15)</sup>.

El objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia del suicidio femenino en el departamento del Magdalena durante el periodo 2004–2010.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, tomando como base los registros suministrados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, regional Santa Marta para el período 2004–2010 de los suicidios de mujeres para el departamento del Magdalena.

Las variables utilizadas fueron las suministradas por el Instituto antes mencionado, y consistieron en la frecuencia por año y el método utilizado; por tanto, el estudio se limitó a las mismas.

## RESULTADOS

Durante el periodo 2004-2010, en el departamento del Magdalena se presentaron 206 suicidios, de los cuales 30 (14.5 %) correspondieron a mujeres. De estas mujeres, dos (2), equivalente al 6.66%, eran adolescentes (ver tabla 1).

**Tabla 1.** Suicidios de mujeres en el departamento del Magdalena 2004-2010

Departamento del Magdalena								
AÑOS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
<b>Mujeres</b>	2	9	3	4	2	5	5	<b>30</b>
<b>Mujeres adolescentes</b>	0	0	1	0	0	0	1	<b>2</b>
<b>Total adolescentes</b>	2	5	2	3	1	4	6	<b>23</b>
<b>Total suicidios Depto.</b>	22	26	20	29	37	39	33	<b>206</b>
<b>Tasa departamento</b>	1.9	2.3	1.7	2.5	3.1	3.3	2.7	<b>N/A</b>
<b>Tasa mujeres Depto.*</b>	0.4	1.6	0.5	0.7	0.3	0.8	0.8	<b>N/A</b>

Fuente: Autores, basados en estadísticas ICMLCF.

\*Se determinó con el número de mujeres en el Departamento por cada año.

De la tabla anterior se puede notar que del total de suicidios de adolescentes (23) para el periodo estudiado, solo dos correspondieron a personas del género femenino, lo cual corresponde a un 8.69%.

Igualmente, en el año 2005 se nota un incremento en el suicidio femenino con una frecuencia de nueve que corresponden a un 30% del total en los siete años estudiados; seguido de los años 2009 y 2010, cuando se presentaron 5 suicidios femeninos, que corresponden cada uno al 16.6% del total de suicidios de mujeres en el mismo período.

Referente al método utilizado, se encontró que de los 30 suicidios consumados por mujeres en los años del presente estudio, 24 (80%) utilizaron el mecanismo de envenenamiento, mientras las seis restantes (20%) lo hicieron mediante el ahorcamiento (ver tabla 2).

**Tabla 2.** Método utilizado para cometer el suicidio en mujeres de Santa Marta 2004-2010

Suicidios departamento del Magdalena 2004-2010 mecanismo y género femenino								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Método utilizado								
Ahorcamiento		2		1		2	1	6
Arma de fuego								
Envenenamiento	2	7	3	3	2	3	4	24
Sobredosis Psic.								
Arma cortante								
Caída altura								
Inmersión								
Arma cortopunzante								
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>30</b>

Fuente: Autores, basados en estadísticas ICMLCF.

Se puede notar de la tabla precedente, que las mujeres del Departamento, en los años estudiados, solamente utilizaron dos mecanismos para cometer el suicidio: envenenamiento y ahorcamiento.

A continuación se presenta la tabla 3 con los suicidios de mujeres en Colombia durante los mismos años del presente estudio, a fin de poder establecer análisis comparativos.

**Tabla 3.** Suicidios de mujeres en Colombia 2004-2010

AÑOS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
<b>TOTAL SUICIDIOS MUJERES</b>	357	379	344	332	338	365	344	<b>2.459</b>
<b>MUJERES ADOLESCENTES</b>	92	87	81	110	104	111	122	<b>707</b>

Fuente: autores basados en estadísticas ICMLCF.

De la tabla 3 se puede colegir que durante el periodo 2004-2010 se presentaron en Colombia 2.459 suicidios en personas del género femenino, mientras que en el departamento del Magdalena se presentaron 30, lo cual corresponde al 1.22% de los sucedidos en el país.

Las adolescentes en Colombia se suicidaron en un número de 707 y en el departamento del Magdalena solo dos, lo que equivale a un 0.28%.

Al igual que en el país (Colombia), en el departamento del Magdalena para el año 2005 los suicidios en mujeres fueron los más altos sucedidos en este periodo de estudio. De forma un tanto similar, en los dos últimos años (2009-2010) los suicidios se mantienen constantes y en el departamento del Magdalena se han incrementado respecto a los años anteriores, con la mencionada excepción del año 2005.

## DISCUSIÓN

La presente investigación encontró que durante el periodo 2004-2010, en el departamento del Magdalena se presentaron 206 suicidios, de los cuales 30 (14.5%) fueron consumados por mujeres, y de estas dos (6.66%) eran adolescentes. El promedio de suicidio femenino por año fue de 4.2.

En Colombia para el año 2010, se presentaron 344 suicidios en el género femenino, equivalente al 18.4% del total. De este porcentaje el 35.4% de mujeres que consumaron suicidios eran adolescentes<sup>(3)</sup>. Se nota una similitud en los resultados obtenidos en el presente estudio con la tendencia nacional respecto al suicidio por género, en donde la relación es mayor en hombres que en mujeres, lo cual también es válido en casi todos los países del mundo.

Habría que iniciar una serie de estudios que pretendan explicar científicamente estas diferencias, sin atribuirla a factores culturales en donde el varón tiene una serie de privilegios sobre la mujer, que hasta pareciera ser para suicidarse; al igual que las tendencias impulsivas mayores en los varones y en la forma de escoger un mecanismo para morir.

Los suicidios en mujeres adolescentes son bajos, dos para el periodo estudiado. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en general para el departamento del Magdalena no se han presentado muchos casos de suicidio en menores de edad. No obstante, en el mundo y en el resto del país la tendencia es de incremento en este rango de edad; por ello el interés en la promoción de una vida saludable y prevención del suicidio en adolescentes, sobre todo que uno de estos se presentó en el año inmediatamente anterior (2010).

Mientras que para el país los datos de suicidios en adolescentes mujeres presentan un porcentaje superior al 30%, es más grave aún que sin distinción de género las tasas más altas se presentan en el grupo etario comprendido entre los 15 a los 24 años<sup>(16,17)</sup>. Por ello, el dato para nuestro Departamento no debe ni puede dejar de lado, no solo a los adolescentes, sino a las adolescentes, en lo referente a los programas de promoción de una vida saludable y en la prevención del suicidio, como estrategia de bienestar para todos los seres humanos.

La presente investigación, al igual que en el país, encuentra que el incremento en la edad es proporcional a la presentación de los suicidios<sup>(9, 12, 13, 18,19)</sup>.

Con respecto al mecanismo o método utilizado para consumar el suicidio en las mujeres del departamento del Magdalena, fue muy similar a lo hallado en otros estudios, en el sentido que la intoxicación y el ahorcamiento son los más utilizados por las personas de este género, diferente a los mecanismos utilizados en los hombres<sup>(4,9,20)</sup>. Se menciona en la literatura existente que el intento de suicidio, es mucho mayor que en los hombres, en una relación de 3:1, lo contrario al suicidio consumado, cuya relación es de 4:1, lo cual se debe al papel "pasivo", imagen débil y sometimiento a que ha estado sometida en nuestra sociedad<sup>(21,22)</sup>, en especial la latina, y pareciera ser una manifestación de su rechazo a sus familiares y su decisión de no seguir viviendo con ellos o manifestar un sentimiento de venganza<sup>(4,9)</sup>. Estos mismos autores<sup>(4,9)</sup>, consideran que deben tenerse en cuenta como formas de suicidio el alcoholismo, drogadicción, e incumplimiento de recomendaciones médicas para el tratamiento de sus enfermedades. Por ello, el número de suicidios reportados es menor al real, en especial en niños y adolescentes<sup>(6)</sup>.

Igualmente, se encontró que en el año 2005 se presentó un incremento en el suicidio femenino con una frecuencia de nueve (9) que corresponden a un 30% del total en los siete años estudiados. Llama la atención, que para este mismo año 2005 en Colombia los suicidios en el género femenino reportaron la mayor cifra para los siete años de estudio<sup>(3)</sup>, lo cual amerita que próximos estudios indaguen qué pasó en el país con el género femenino para que la cifra de suicidios sea la más alta, analizando diferentes variables que permitan un acercamiento a la realidad de lo sucedido y se puedan de esta manera tomar medidas preventivas eficaces.

Se debe tener claro para entender el suicidio, al igual que otras conductas del ser humano, que se trata del resultado de la interacción de múltiples factores, variables y circunstancias. Sin embargo, es necesario comprender la interacción de estos factores, cuáles influyen en un momento determinado de la vida del sujeto y de la dinámica psicológica del individuo. Así, encontramos factores que incrementan el riesgo y otros que protegen frente al suicidio<sup>(23)</sup>. Por ejemplo, varios autores señalan algunas posibles causas, entre otras muchas, como lo son razones familiares y afectivas, el embarazo no planeado y rechazo al mismo, el vivir sola, el aislamiento social, problemas en las relaciones conyugales, el desempleo, entre otras, lo que conlleva a la depresión y a la ansiedad<sup>(7,10,11)</sup>.

Un hecho importante en el suicidio femenino no tenido en cuenta en el presente estudio, es que en los suicidios consumados por ellas no existe premeditación, lo que obliga a pensar en actos más de tipo impulsivo. De ahí que se deba analizar con detenimiento el nivel de tolerancia a la frustración en la vida que posea la persona<sup>(7,11)</sup>.

El matrimonio y el tener hijos es considerado un factor protector para el suicidio, e igualmente el residir en zona rural, tal vez debido a la mayor integración que allí se tiene<sup>(4,8, 9)</sup>. Caso contrario sucede con los problemas disciplinarios en la escuela, la casa o con la autoridad, los castigos físicos en los hogares, enfermedades de transmisión sexual, rupturas sentimentales o hasta discusiones entre amigos, enfermedades terminales, grupos vulnerables, que son factores predisponentes al suicidio<sup>(24, 25, 26, 27)</sup>.

Por lo anterior, el presente estudio no se encasilló en teoría alguna que pudiese explicar este fenómeno, más bien se deja en libertad al lector y al estudioso del tema para que inicie investigaciones bajo la luz de alguna de las diferentes teorías existentes, no sin aclarar que la recomendación de los autores es que se efectúen estudios que involucren diferentes disciplinas y tipos de diseños investigativos, en los cuales lo cualitativo vaya de la mano de lo cuantitativo o viceversa.

Se recomienda efectuar este tipo de estudios incluyendo otras variables no tenidas en cuenta en la presente investigación, como son edad de la mujer en el momento de cometer el suceso, características sociodemográficas, temporalidad del suceso, lugar del mismo y, de

ser posible, las probables causas, ya que con tales conocimientos del hecho se podrán efectuar mejores intervenciones de prevención del fenómeno<sup>(28)</sup>.

Hablando de prevención, es importante la recomendación efectuada por un autor<sup>(28)</sup>, quien manifiesta que la atención de la prevención del suicidio debe centrarse en quienes han cometido intentos de suicidio, pues son el precedente más seguro de que el suicidio se consume.

La presente investigación permite concluir que la prevalencia del suicidio femenino en el periodo 2004-2010 fue del 14.5%.

## AGRADECIMIENTOS

El presente artículo fue financiado totalmente por Fonciencias - Semilleros de la Universidad del Magdalena 2011. Igualmente, los autores semilleristas agradecen al psicólogo Guillermo A. Ceballos Ospino, asesor del proyecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. 1-201. Geneva, Switzerland.
2. Shneidman E. *Comprehending Suicide, Landmarks in 20th Century Suicidology*. Washington D.C. EE. UU. Ed. APA. 2001.
3. Forensis. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia. 2011.
4. Flores G. El suicidio en la población femenina en Costa Rica. 1983-1993. *Med. Leg. Costa Rica*. 1995; 12 (2), 29-35.
5. Heman C. Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. *Salud Pública Mex*. 1984; 26 (1): 39-49.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compendio de Psiquiatría*, Ed. Salvat. 1997; Págs. 592-597.
7. Langley GE, Bayatti NN. Suicides in Exe Vale Hospital, 1972-1981. *British Journal of Psychiatry*. 1984; 145, 463-67.
8. Mardomingo MJ, Catalina ML. Suicidio en la infancia y adolescencia. ¿Un problema en aumento? *Ciencia Médica*. 1993; 2 (2), 49-2.
9. Saltijeral M, Terroba GG. Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971-1980 en México. *Salud Pública Mex*. 1987; 29 (4): 345-60.
10. Ugalde JG. Suicidio en personas mayores de sesenta años en Costa Rica. 1981-1990. *Revista de Medicina Legal de Costa Rica*. 1991; 8 (2): 17-21.
11. Mata V, Guzmán AL. Suicidio e intento de suicidio en el embarazo. *Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela*. 1984; 44 (3): 176-82.
12. Basile H. El suicidio de los adolescentes en Argentina. *ALCMEON* 47. 2005; XV, 12 (3): 211-31.
13. Gonzales-Fortaleza C, Borges G, Gómez C, Jiménez A. Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud mental*. 1996; 19 Suplemento: 33-8.
14. Gonzales-Fortaleza C. Estrés psicosociales y respuestas de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Proyecto Clave 4160. División de Investigaciones epidemiológicas y sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1990; 1: 24-7.
15. Aja L. El Consumo de Sustancias y su Relación con el Riesgo de Suicidio. Primer Congreso Colombiano de Prevención y Tratamiento del Alcoholismo y la Drogadicción. Bogotá: Funprevenir. 2006.
16. Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, de Romero L, et al. Suicidio y lesiones autoinflingidas Colombia, 1973-1996. *Rev. Colomb. Psiquiatr*. 2002; 2: 123-36.
17. Borowsky I, Ireland M, Resnick M. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics* 2001; 107: 485-93.
18. Shaffer D, Gould M, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatr*. 1996; 53: 339-48.
19. Weinberger L, Sreenivasan S, Sathyavagiswaran L, Markowitz E. Child and adolescent suicide in a large, urban area: psychological, demographic, and situational factors. *J Forensic Sci* 2001; 46: 902-12.
20. Sánchez R, Tejada P, Guzmán Y. Muertes violentas intencionalmente producidas en Bogotá, 1997-2005: diferencias según el sexo. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2008; 37 (3): 316-29.
21. National Center of Health Statistics. Advance report of final mortality statistics. 1996; (Supl. 3).
22. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2010; Recuperado octubre 16 de 2011 de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2009/Suicidio.pdf>
23. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, D.F. 2006.
24. Luoma JB, Pearson JL. Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health*. 2002; 92: 1518-522.

25. Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. Rev. Panam. Salud Pública. 2004; 16 (2): 102-09.
26. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los Suicidas en Bogotá: 1985-2000. Rev. Salud Pública. 2004; 6 (3): 217-34.
27. Aja L, Gómez J. 1999 – 2006: Siete años de experiencia en la prevención del riesgo de suicidio. Revista Psiconart. 2008; 1 (1): 95-114.
28. Sabina B, Alzuri M, Sarmiento D, Toledo C. Características clínicas, epidemiológicas y asistenciales de pacientes con conducta suicida. Hospital pediátrico. 2009 y 2010. 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis 2012. [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com).