

EL SUICIDIO EN CHILE: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales

“El suicidio es un hecho que forma parte de la naturaleza humana. A pesar de lo mucho que se ha dicho y hecho acerca de él en el pasado, cada uno de enfrentarse a él desde el principio, y en cada época debe repensarlo”

Goethe, Poesía y Verdad

Autor:
Unidad de Estadísticas SML
Erwin Nahuelpan López, Estadístico
José Varas Insunza, Antropólogo

Apertura

Generalmente los Servicios Médico Legales han sido vinculados a la muerte, “la morgue¹ de la ciudad”. Ciertamente que dicha percepción no está lejos de la realidad, se ha construido un imaginario social a base de crónicas rojas que diariamente nos informan pasquines y noticiarios de televisión, cuando de asesinatos, suicidios, violaciones y accidentes de tránsito se trata, entre otros episodios judiciales y casos de connotación nacional. Sumado a lo anterior, la ubicación de las sedes del SML, se ubica generalmente junto a cementerios, hospitales públicos, espacios que intencionalmente o no, conforman barrios temáticos conformados por instituciones sensibles de nuestra sociedad. Dicha percepción, efectivamente se asocia a la misión de esta institución como órgano del Estado, de otorgar un servicio calificado en materias Médico Legales y Forenses a los órganos de la administración de justicia, a través de la realización de pericias médico legales, en particular, se encuentra el Departamento de Tanatología que le corresponde practicar autopsias para esclarecer causas de muerte. Por lo tanto, no es raro que desde esta institución abordemos la temática del suicidio, un fenómeno que cotidianamente ha sido parte de la noticia, pero que se esconde, y esconde un diagnóstico un poco más crítico de nuestra sociedad, que va más allá de una decisión individual o portada de un diario.

Presentación

El trabajo tiene como objetivo visibilizar y describir el fenómeno de suicidio en Chile, a partir del análisis de la información contenida en las fuentes estadísticas del Servicio Médico Legal, efectuando una descripción nacional y regional, a partir de diversos atributos propios de quienes se quitan la vida. Producto de este análisis, se contrastan los resultados obtenidos con distintas hipótesis explicativas del fenómeno, que diferentes autores han dado en el estudio del suicidio como fenómeno social e individual.

Diversos Organismos Internacionales² han identificado al suicidio como un problema de salud que puede ser, en gran medida, objeto de prevención. Según información dispuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que un millón de personas mueren por día a causa del suicidio, y que para el año 2000

¹ El significado de Morgue, es depósito de muertos, y es un concepto que proviene del siglo XVII, a un lugar donde los presos debían identificarse en la prisión de Francia. Tiempo después, el concepto se asoció para denominar al Instituto Legal de París, lugar en el que se exponían los cadáveres no reclamados.

² Asociación internacional para la prevención del suicidio” (IASP), la Organización Mundial de la Salud (OMS), Naciones Unidas, entre otras.

hubo un número de personas de entre 10 y 20 veces superior a esta cifra intentaron cometer suicidio. Esta cifra representa una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos en promedio. Esto representa una mortalidad anual a nivel mundial por suicidio de 14,5 por cada 100.000 habitantes. Además, es la 13 causa de muerte a nivel mundial de personas de todas las edades, y es parte de las tres principales causas de mortalidad entre personas de 15 a 34 años de edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)³ señala que el suicidio es un acto de violencia, la cual genera para los individuos, las familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud. Se entiende por violencia como el uso actual de fuerza o poder sobre otra persona, sobre sí mismo o sobre un grupo o comunidad, dando como resultado un daño, muerte o de privación. Además, considera al suicidio como una categoría, junto al homicidio, la guerra y las intervenciones legales, como daños fatales infligidos asimismo, especificados como intencionales.

Para el caso de Chile, entre las causas de muerte no natural el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel país, sólo lo supera aquellas muertes producto de accidentes del tránsito. Si consideramos sólo el año 2007, la información correspondiente a los peritajes tanatológicos, es decir, aquellas muertes violentas que han ocurrido en el país, y que hacen necesaria la realización de autopsias médico legales, fallecieron un total de 6.763 personas en todo el país, de las cuales 2.041 personas fallecieron producto de accidentes de transporte (un número equivalente al 30,2% del total de muertes violentas), y un total de 1.912 personas falleció por lesiones auto infligidas intencionalmente (28,5%)⁴.

Existe consenso de que la cantidad total de suicidios a nivel mundial se subestima. Se argumenta la existencia de variaciones en las tasas de suicidio entre los diferentes países, porque si bien algunos países declaran información precisa, otros no utilizan técnicas, métodos o sistemas de información adecuados para ello. Por ejemplo, en algunos países, por el gran tamaño de su población (China, por ejemplo), no tienen un registro nacional completo de causas de muerte, y pueden no tener una comprensión médica adecuada de las muertes por falta de un sistema de clasificación legal. Es decir, se debe tener cautela frente a los datos que sustentan las altas tasas de este fenómeno, ya sea por diferencias demográficas entre unos y otros países o por la procedencia o los sistemas de toma estadística de la información. También se argumenta que se puede subestimar los totales de casos porque el suicidio permanece como una causa de muerte estigmatizada, criminalizada o penalizada, lo que de alguna manera provoca su invisibilización. Al respecto, se postula que entran en juego otros factores externos, ya sea de tipo religioso, social, económico y/o cultural, que inciden en esta invisibilidad del fenómeno.

En fin, la relevancia del presente trabajo no sólo tiene que ver con dimensionar el comportamiento de este fenómeno en nuestro país, también suponemos que el acto del suicidio, de individuos que cesan su propia vida de manera violenta, nos habla de algo mucho más relevante, que tiene que ver con el tipo de sociedad que se está construyendo, en donde su permanencia o tasa de crecimiento obliga a preguntarnos tanto acerca del valor de la vida, como por el devenir de nuestra sociedad.

El objetivo que nos hemos planteado es el de visibilizar el fenómeno del suicidio en Chile a través del análisis de las fuentes estadísticas que dispone el SML a nivel nacional, en el período comprendido entre los años 2000 y 2008. Ello, describiendo el fenómeno del suicidio en Chile en el período comprendido

3 La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Reporte Mundial Sobre la Violencia y la Salud del año 2002 pone la alerta sobre el uso de la violencia, e incluye al suicidio como una de las categorías. La segunda categoría son los homicidios (E960-E9) como daños fatales infligidos por otra persona con intento de daño o muerte, por algún medio, aunque se incluye en esta categoría las muertes no intencionales relacionadas a armas de fuego (E922). La tercera categoría son las muertes relacionadas a la guerra (E990-E999). La cuarta categoría incluye a aquellas producidas en intervenciones legales.

4 En el documento cada vez que se mencione la palabra suicidio, ésta será entendida como muertes producto de lesiones auto infligidas intencionalmente según taxonomía "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" (CIE-10).

entre los años 2000 y 2008, a partir de distintos niveles de análisis como también de una serie de variables atributivas de las personas que fallecen por lesiones autoinfligidas intencionalmente.

Acerca del concepto de suicidio

El fenómeno del suicidio ha sido definido en distintas épocas y desde perspectivas diferentes. El suicidio supone quitarse voluntariamente la vida. Se trata de un término de dos vocablos latinos: sui (<< de si mismo>>) y caedere (<<Matar>>), o sea, matarse a si mismo. El tema es motivo de estudio para una amplia gama de disciplinas, sin embargo el suicidio puede ser conceptualizado como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (OMS, 1976). Sin embargo, el hecho es penalizado y cuestionado moralmente por importantes instituciones de la sociedad.

Desde una perspectiva moral, para la iglesia católica el suicidio es catalogado como un acto inaceptable. En la “Declaración sobre la Eutanasia por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe⁵, se establece que la vida es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social. Si la mayor parte de los hombres creen que la vida tiene un carácter sacro y que nadie puede disponer de ella a capricho, los creyentes ven a la vez en ella un don del amor de Dios, que son llamados a conservar y hacer fructificar. De esta última consideración brotan, entre otras consecuencias, que “La muerte voluntaria o sea el suicidio es, por consiguiente, tan inaceptable como el homicidio; semejante acción constituye en efecto, por parte del hombre, el rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor.

José Joaquín Ugarte Godoy, Profesor de Derecho Civil y Filosofía del Derecho en la Pontificia Universidad Católica de Chile, en el “El Derecho a la Vida y la Constitución”⁶, dirá que para la adecuada comprensión del derecho a la vida consagrado en la Constitución de 1980 es necesario entenderlo como un derecho natural y obra de Dios, que se tiene por el sólo hecho de ser persona, y que consiste en el derecho de mantener la vida o conservarla frente a los demás hombres, o si se quiere, en el derecho a que nadie nos la quite, y a que no pueda suprimirla ni cercenarla ni siquiera su propio sujeto. Concluirá el autor que existe un derecho a la integridad física y psíquica de la persona, y que todo atentado contra ella, como el homicidio, el suicidio y la mutilación del cuerpo, junto con sus derivados, como el aborto y la eutanasia, son conductas intrínsecamente malas que ninguna causa puede justificar.

Desde un punto de vista legal el código penal chileno considera al suicidio como un delito, si solo si se comprueba participación de terceros, y dice “*si se presume que ha habido suicidio, debe procederse a averiguar si alguien prestó ayuda a la víctima y en qué consistió la cooperación*”. (Art. 136 (157)).

En fin, instituciones morales, religiosas y legales, abordan la problemática del suicidio desde diferentes ópticas, haciendo del suicidio un acto voluntario cuyo resultado es altamente cuestionable moralmente, un atentado contra Dios, o simplemente un acto que debe ser penalizado para quienes lo asistan; en fin, aparece como un acto no deseable, desequilibrante y atentatorio contra la sociedad.

⁵ Publicado por Human Life International - Vida Humana Internacional © 1998. El sumo Pontífice Juan Pablo II, en el transcurso de una Audiencia concedida al infrascrito Cardenal Prefecto, ha aprobado esta Declaración, decidida en reunión ordinaria de esta Sagrada Congregación, y ha ordenado su publicación. Roma, desde la Sede de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 5 de mayo de 1980

⁶ Ugarte Godoy, José Joaquín. El Derecho a La Vida y La Constitución. Revista Chilena de Derecho, vol. 33 N° 3, pp. 509 - 527 [2006]. En http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34372006000300004&script=sci_arttext

El suicidio desde las ciencias sociales

La rama de las ciencias sociales que ha estudiado el suicidio como objeto de investigación es la sociología, y ello plantea una tensión (que existe desde hace más de un siglo) con otras ramas científicas, tales como la psicología y la psiquiatría, en términos del abordaje del fenómeno: uno lo hace desde un nivel social; el otro, a nivel individual. Frédéric Gonthier⁷ dice que *“en efecto, si su evocación despierta en forma espontánea un haz de imágenes – la del adolescente desesperado, la del adulto depresivo, o al del anciano neurasténico-, forzoso es constatar que estas imágenes no son a priori justificables para el discurso sociológico, sino que parecen interesar a la palabra del psicólogo, del psiquiatra o del psicoanalista. Pensar en el suicidio nos lleva a pensar en una persona alienada o desesperada, en todo caso en un enfermo, correspondiéndole al discurso médico establecer la etiología de la enfermedad y corregir la anomalía patológica”* (Gonthier: 117). Dirá el autor que es la sociología Durheimiana la que se enfrenta a este discurso, legitimando la objetivación del suicidio, y planteando que la sociología podía *“demostrar que una conducta típicamente individual y arraigada en la fantasía de una historia subjetiva podía reaparecer en última instancia como un estado de lo social del que no era sino una manifestación externa, Durkheim impuso a la sociología del suicidio una de las condiciones de posibilidad, la de fundamentarse más allá del discurso de la razón médica”* (Gonthier: 118).

Emile Durkheim plantea que la unidad de una *sociedad* esta dada por la existencia y el funcionamiento permanente de un conjunto de valores y creencias comunes, las que, *fuertemente definidas y estructuralmente instruidas*, brindan cohesión e integración social a sus integrantes, asegurando y proveyendo de sentido colectivo a las acciones individuales de sus miembros. En este sentido, una situación de disociación de la máquina social, caracterizada por la ausencia de cohesión, solidaridad e integración, al estar directamente asociada a la irrupción de crisis y frustraciones colectivas, va a generar, entre los grupos humanos desorganizados, una mayor predisposición y vulnerabilidad a la conducta suicida; y es en esos periodos en donde efectivamente aumenta el número de suicidios consumados. Así, cada sociedad tiene, en un determinado momento de su historia, una aptitud definida para el suicidio; son las causas propiamente sociales las que explicarían la cifra de los suicidios. El suicidio resulta, a la vez, un acto individual y un fenómeno social, donde *“los incidentes de la existencia privada que parecen inspirar inmediatamente el suicidio como causas determinantes, en realidad no son más que causas excepcionales: la sociedad ha hecho del individuo una fuerza dispuesta al suicidio. De tal forma, dirá el autor, el suicidio es “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado”* (Durkheim, 1897).

Siguiendo esta tesis, se podrá argumentar que en condiciones de pobreza, ésta protegería del suicidio porque en contextos de precariedad se crearía una cohesión social frente a la adversidad, es decir, en sociedades en donde existe escasez de medios económicos, la curva de suicidios no debería tender al aumento. Christian Baudelot, junto a Roger Establet⁸, de *'Suicide, l'envers de notre monde'* (Suicidio, la otra cara de nuestro mundo), dicen que en los países pobres, sin embargo, existen unas redes de solidaridad clásicas que hacen que la situación se asemeje a la del estudio de Durkheim y, por tanto, la falta de medios no aumenta el número de suicidios. No obstante, Christian Baudelot dirá que en los países desarrollados los pobres se suicidan más que los ricos porque *“están más expuestos al paro, la precariedad laboral y la soledad”, “están más vendidos a la marginación, el desempleo y la competición”*.

⁷ Gonthier, Frédéric. Algunas Reflexiones epistemológicas sobre la idea del suicidio en sociología”. Paris V. Reis, 81/89, pp.117-131.

⁸ Christian Baudelot, junto a Roger Establet, *'Suicide, l'envers de notre monde'*, Seuil, año 2006.

Antecedentes de estudios sobre el suicidio en Chile

En Chile quizás uno de las primeras investigaciones que aborda el suicidio es el trabajo realizado por Dres. Constantino Chuaqui, Paul V. Lemkau, Adela Legarreta, y Srta. M. Angélica Contreras⁹ que analiza los resultados de un estudio epidemiológico del suicidio en Santiago durante los años 1961 y 1962, con datos del SML y de la Asistencia Pública, sobre intentos graves y frustrados de suicidio. El estudio reveló una tasa más alta de suicidios en los hombres, particularmente en los de edad avanzada, que en mujeres. Las tasas de suicidio en los hombres aumentaron con la edad; en cambio, en las mujeres se alcanzó el máximo al principio de la edad adulta y dice que las tasas de suicidio disminuyeron en los últimos años. Los hombres emplearon medios violentos para suicidarse -armas de fuego y la ahorcadura - con mayor frecuencia que las mujeres. Las mujeres constituyeron una proporción mayor del grupo de personas que intentaron suicidarse que de aquellas que se suicidaron. Este hecho puede estar relacionado con el empleo más frecuente por parte de las mujeres de un método menos letal para suicidarse, a saber, el envenenamiento. Se encontró una correlación positiva de significación entre las tasas de suicidio y la densidad de la población¹⁰.

A partir de la década de los 90 ha surgido un nuevo interés por el fenómeno, sobretodo desde profesionales provenientes de ramas asociadas a la medicina, en particular, desde la salud mental.

En la Universidad de Antofagasta, Juan Carlos Méndez, Alfredo Opgaard y Jimmy Reyes realizaron un trabajo denominado “*Suicidio en la Región de Antofagasta 1989-1999 ¿Existe una tendencia creciente?*”, y cuyo objetivo es determinar la incidencia de suicidios en la región de Antofagasta entre los años 1989-1999 y estudiar la tendencia observada en el período. Se observó una elevada correlación entre suicidio y edad. Además, concluye que existe en las mujeres una disminución del fenómeno, para las distintas edades y localidades. En hombres se observa que si bien los mayores presentan tasas más elevadas, es en los menores de 45 años en donde se aprecia en el último período un incremento significativo, mientras que una reducción en los primeros. De acuerdo a esto se define a la población masculina menor de 45 años de la II Región y la ciudad de Calama en particular como grupos en riesgo.

En términos de políticas públicas de salud encontramos “*Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud: Elementos para el manejo de la Conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud*”, elaborado por Vicuña (2003)¹¹, que en términos generales diagnóstica que en Chile la causa de muerte más directamente relacionada con enfermedades mentales es el suicidio debido a que en la inmensa mayoría de los casos se asocia según han demostrado las autopsias psicológicas, con la presencia de alguna patología psiquiátrica, y en especial los Trastornos Depresivos, la Dependencia de Alcohol y Drogas y la Esquizofrenia. La información que se entrega proviene de los certificados de defunción, los que en opinión de los expertos subregistrarían el diagnóstico de suicidio en

⁹ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Septiembre 1967. En: <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v63n3p212.pdf>. Trabajo publicado en inglés con el título “Suicide in Santiago, Chile” en Public Health Rep, SI(12) : 1109-1117, 1966.

¹⁰ La relación del suicidio con el espacio social y ambiental, puede examinarse en el estudio realizado por Fabian Aníbal Quintero con el objetivo de evaluar la situación socio-ambiental de 37 prisiones del Servicio Penitenciario Bonaerense (SPB), describe las condiciones de los establecimientos carcelarios a partir variables relativas al personal y variables relativas a prisioneros, entre las cuales están la población total de internos, muertes violentas, muertes naturales, autoagresiones, agresiones a terceros, agresiones al personal, suicidios e intentos de suicidio, concluyendo que el tamaño de la prisión afecta en forma directa la probabilidad de eventos violentos. Mientras los grandes establecimientos presentan mayor proporción de incidentes violentos que los establecimientos pequeños, estos últimos presentan mayor proporción de suicidios, intentos de suicidio y autoagresiones por parte de los internos y mayor frecuencia de problemas de salud por parte del personal. Quintero, Fabian Aníbal. Caracterización Ambiental de Establecimientos Penales: Una Aproximación Multifactorial. Revista de Estudios Criminológicos y penitenciarios. Número 1, Diciembre 2007, ISSN 0717 – 5744. Ministerio de justicia, Gendarmería de Chile.

¹¹ Vicuña, Alberto. “Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud: Elementos para el manejo de la Conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud”, 2003. En: <http://www.psiquiatriasur.cl/>

nuestro país, en razón de una serie de factores culturales, influidos, en gran medida, por las implicancias legales y religiosas asociadas. Este trabajo se sustenta con datos del MINSAL años 1986-1996.

“Epidemiología del Suicidio en la Adolescencia y Juventud” es el nombre del estudio elaborado por la Dra. María Inés Romero, Médico Pediatra e Investigadora del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina UC, en donde aborda el suicidio juvenil desde un punto de vista de salud pública, planteando que aunque en Chile la tasa de suicidios más alta corresponde a personas de más de 60 años, la especialista pone acento en la gravedad de las tasas en el segmento de los jóvenes entre 20 y 24 años

El Dr. Alejandro Gómez C.¹², de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, publica un artículo muy interesante denominado *“Dimensiones de la conducta suicida”*, en donde plantea que una proporción relativamente importante de la población (entre 10 y 20 por ciento) parece presentar diferentes grados de ideación suicida, y devela que la disparidad de resultados informados refleja la falta de acuerdo en torno a las definiciones y metodología empleadas en los diferentes estudios sobre este fenómeno. El trabajo va desarrollando aquellas variables individuales cuyo efecto se traduce en un aumento de la susceptibilidad a la conducta suicida, aún cuando establece que un importante factor es el antecedente de *conducta suicida previa*. Concluye finalmente que la conducta suicida es un problema individual y social, estableciendo que la suicidalidad puede ser comprendida como el efecto de la interacción de diferentes áreas de vulnerabilidad. Y dirá *“Factores individuales -tales como rasgos de la personalidad y ciertas características cognitivas- se expresan como una relativa incapacidad para elaborar conductas adaptativas frente a situaciones desfavorables. Ante el efecto conjunto de eventos psicosociales negativos y disminución del soporte social, estos sujetos tienden a responder con un complejo ideativo-emotivo pre-suicida, caracterizado por efectos depresivos, desesperanza e ideación suicida”*. Acotando que *“El modo de operar de las variables macrosociales sobre la conducta suicida en términos de la exposición a acontecimientos negativos y el grado de inclusión percibida en una matriz social que provee vinculación, integración social, oportunidades de nutrición emocional, valoración personal, un sentido básico de confianza y oportunidades de orientación”*.

Los autores, Marinella Mazzei y Gabriel Cavada, en el *“El suicidio en Chile”*¹³, presentan una tendencia relativamente estable de las tasas de suicidio de ambos sexos en el período 1990-1996. Sin embargo, es desde el año 1997 que se aprecia una tendencia de incremento significativo de estas tasas, cada año la tasa general de suicidios aumenta en casi medio punto por cada 100 mil habitantes. El análisis según sexo, presenta la tendencia de que las tasas de suicidio masculinas tienen un crecimiento constante en el período 1990-2001, mientras que en las tasas femeninas tienen un crecimiento brusco desde el año 1999, y los autores se preguntan por los factores de riesgo están operando y ayudando a este fuerte incremento en la incidencia del suicidio femenino, lo que podría relacionarse con el tipo y condición de la inserción femenina al mercado laboral formal e informal, dimensión que ha experimentado importantes cambios en los últimos años.

Quizás uno de los últimos estudios acerca del suicidio en Chile es *“Suicidio en Chile: un signo de exclusión”*, tesis doctoral realizada y publicada por Dagoberto Duarte Quapper efectuada en el año 2007, en la que se hace un exhaustivo trabajo de investigación con bases estadísticas del Servicio Médico Legal y del INE, aborda un período de más de 20 años, desde 1980 al 2000. El autor describe el fenómeno con una serie de variables pertinentes, y concluye que el aumento del suicidio en Chile está relacionado con factores sociales, especialmente por los niveles de inequidad que caracteriza a la sociedad chilena, lo que lleva a las personas a acumular sentimientos de rabia y hostilidad, un sentimiento de exclusión de ciertos grupos poblacionales, que no logran acceder a los beneficios que significa ser parte de la sociedad.

¹²Artículo Publicado en Revista Creces, Marzo 1992.

En: <http://www.creces.cl/new/index.asp?imat=%20%20%3E%20%2039&tc=3&nc=5&art=467>

¹³Artículo publicado en la Revista Chilena de Salud Pública, 2004; Vol. 8 (3): 187 – 188

Se han realizado una cantidad importante de estudios asociados al suicidio, muchos de los cuales describen el fenómeno en distintas épocas (al menos desde 1960), a partir de variables de sexo y edad, y asociando cantidades con tasas poblacionales; otros, en cambio, desarrollan hipótesis interesantes, asociando y correlacionando diversas variables con el fenómeno, variables externas tales como encierro, estacionalidad climática, PIB del país, densidad demográfica, nivel socioeconómico, desigualdad, entre otras; y variables individuales, enfermedades mentales, Trastornos Depresivos, la Dependencia de Alcohol y Drogas, y la Esquizofrenia.

En fin, se debe plantear que difícilmente este fenómeno puede explicarse desde una lectura unicausal o reduccionista del problema, pues se trata de un suceso construido social e históricamente, y que contiene en sí mismo, múltiples dimensiones causales, ya sean de orden psicológico o antropológico, económico, social y político. Por lo tanto, asumiendo que el fenómeno del suicidio entran en juego una serie de factores, el presente documento se plantea como una mirada general acerca de este fenómeno en Chile, y busca aportar en el descubrimiento de algunas regularidades asociadas a dichos factores que pueden o no incidir en fenómeno. Es un análisis que por supuesto no tienen mayores pretensiones, que la de develar este fenómeno, visibilizar algo que ha tendido a permanecer en el anonimato y oscuridad.

MARCO METODOLOGICO DEL ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, que por definición “describe la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. De ellos se derivan frecuentemente eventuales hipótesis de trabajo susceptibles de ser verificadas en una fase posterior”. Este tipo de estudio en temáticas de salud permite proveer de hipótesis y contribuyen a guiar la solución de los problemas de salud. En general, es una descripción de algún problema registrando las características de las personas afectadas y del ambiente en que viven. Se efectúan mediciones, se establecen frecuencias y, cuando es posible, se usan algunas herramientas estadísticas para retratar mejor la situación.

Se consideró enmarcar temporalmente el análisis de la información desde el año 2000 al 2008. Se realizó un análisis general y descriptivo de la información contenida en las bases de datos correspondiente al periodo que va entre los años 2000-2008 de todos los servicios médico legales a nivel país. Una vez obtenida la información se procedió a efectuar un análisis a partir de una serie de variables relevantes:

Año	Región	Sexo	Desempleo	Pobreza	Densidad
Año Ocurrencia	Región de Ocurrencia	Sexo de Persona	Tasa Desempleo	Porcentaje pobreza	Densidad Poblacional

Para clasificar las causas de muerte se consideró la taxonomía efectuada por “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud” (CIE-10), el cual define suicidio como “Lesiones autoinfligidas intencionalmente”. Esta, es una norma que utiliza la Organización Mundial de Salud (OMS) y Organización Panamericana de Salud (OPS), en tantos criterios que permiten efectuar un análisis comparativo entre los países.

Una vez obtenidos los primeros datos consolidados, se procedió a la discusión de los datos entre los miembros del equipo responsable del estudio, para determinar y discriminar los pasos a seguir en términos de la realización de los cruces pertinentes que revelarían posibles tendencias relevantes en función de las hipótesis de trabajo formuladas con anterioridad. Finalmente, para el análisis estadístico se utilizó el paquete computacional estadístico EPI- INFO Versión 6.04 2001, en conjunto con el programa Excel. Una vez consolidados los datos, se procedió a graficar las principales tendencias del fenómeno, procediendo a su lectura y análisis. Por la cantidad de información estadística se ha optado por concentrar la totalidad de graficas y tablas en un anexo estadístico al final del documento, incorporando sólo algunas graficas y tablas en el interior del documento cuando fuera estrictamente necesario.

I. EL SUICIDIO EN CHILE

El análisis de los datos correspondientes al número de suicidio ocurridos a nivel nacional en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2008, según sexo y región, permiten hacer interesantes observaciones.

Autopsias Médico Legales de fallecidos por Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente realizadas por el Servicio Médico Legal, según región y sexo															
Región	Fallecidos por Lesiones autoinfligidas intencionalmente														
	2000		Total	2001		Total	2002		Total	2003		Total	2004		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
XV	14	4	18	22	6	28	16	9	25	17	1	18	15	1	16
I	27	4	31	18	4	22	25	5	30	21	3	24	32	4	36
II	29	4	33	17	4	21	21	5	26	14	-	14	35	10	45
III	18	2	20	19	1	20	23	4	27	18	4	22	22	2	24
IV	36	10	46	52	8	60	39	11	50	42	11	53	28	6	34
V	129	35	164	145	17	162	125	23	148	134	24	158	162	21	183
VI	64	8	72	61	11	72	58	13	71	94	20	114	92	13	105
VII	38	4	42	33	5	38	51	3	54	79	16	95	93	21	114
VIII	97	21	118	91	16	107	114	21	135	113	22	135	145	27	172
IX	49	4	53	72	11	83	96	6	102	94	10	104	93	15	108
XIV	13	2	15	19	4	23	30	13	43	31	6	37	41	11	52
X	45	10	55	58	13	71	67	7	74	79	12	91	75	12	87
XI	10	3	13	8	6	14	8	-	8	13	-	13	12	-	12
XII	14	-	14	10	2	12	12	4	16	14	5	19	22	4	26
R. M.	439	75	514	455	90	545	378	88	466	416	87	503	446	83	529
TOTAL PAIS	1.022	186	1.208	1.080	198	1.278	1.063	212	1.275	1.179	221	1.400	1.313	230	1.543
Promedio de fallecidos por Mes	85,2	15,5	100,7	90,0	16,5	106,5	88,6	17,7	106,3	98,3	18,4	116,7	109,4	19,2	128,6
N° fallecidos por día	2,8	0,5	3,3	3,0	0,5	3,5	2,9	0,6	3,5	3,2	0,6	3,8	3,6	0,6	4,2
Cada cuantas horas un suicidio	9	47	7	8	44	7	8	41	7	7	40	6	7	38	6

Región	Fallecidos por Lesiones autoinfligidas intencionalmente											
	2005		Total	2006		Total	2007		Total	2008		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
XV	11	3	14	19	5	24	14	2	16	20	5	25
I	23	3	26	29	3	32	19	6	25	35	6	41
II	50	4	54	40	12	52	48	14	62	56	17	73
III	24	2	26	26	3	29	25	4	29	23	5	28
IV	43	7	50	57	6	63	63	13	76	79	23	102
V	136	32	168	151	19	170	151	24	175	146	31	177
VI	97	11	108	88	14	102	89	22	111	129	22	151
VII	81	11	92	88	13	101	108	25	133	125	29	154
VIII	98	31	129	148	28	176	180	44	224	186	47	233
IX	95	12	107	114	16	130	101	29	130	77	13	90
XIV	51	9	60	41	2	43	52	10	62	48	11	59
X	85	13	98	92	18	110	109	17	126	98	20	118
XI	17	4	21	14	-	14	14	4	18	12	1	13
XII	11	1	12	17	-	17	12	3	15	25	4	29
R. M.	437	72	509	470	103	573	574	150	724	602	158	760
TOTAL PAIS	1.259	215	1.474	1.394	242	1.636	1.559	367	1.926	1.661	392	2.053
Promedio de fallecidos por Mes	104,9	17,9	122,8	116,2	20,2	136,3	129,9	30,6	160,5	138,4	32,7	171,1
N° fallecidos por día	3,4	0,6	4,0	3,8	0,7	4,5	4,3	1,0	5,3	4,5	1,1	5,6
Cada cuantas horas un suicidio	7	41	6	6	36	5	6	24	5	5	22	4

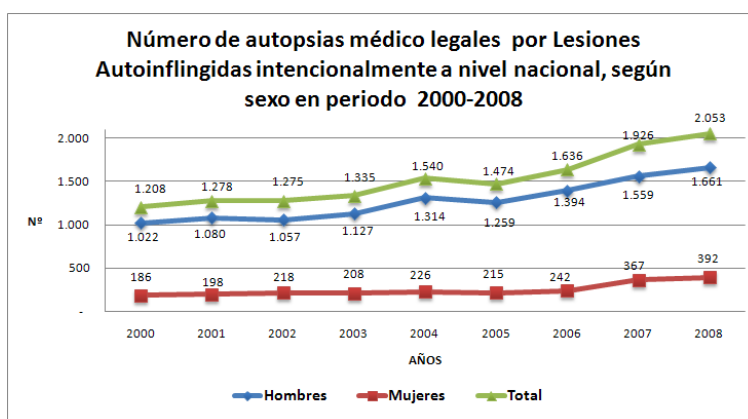
Fuente : Unidad Estadística y Archivo Médico Legal

En general, un análisis del periodo, considerando solamente el número de casos, nos indica que en nueve años, del 2000 al 2008 fallecieron 13.793 personas por lesiones autoinfligidas intencionalmente, siendo la RM, la V y la VIII regiones las que concentran una mayor cantidad de número de casos, en donde la RM triplica en número de suicidas a las regiones V y VIII. Las regiones con menos número de suicidas, son las más extremas del país, la XV, XI y XII regiones, y en la zona norte del país se aprecian menos casos de suicidios en relación a la zona sur del país.

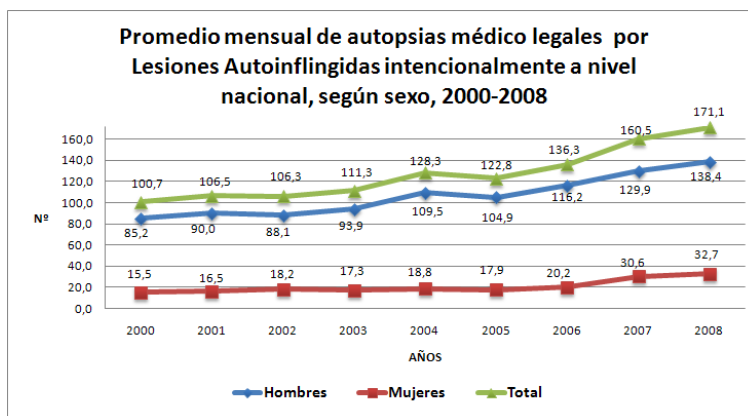
Un análisis plurianual indica que la cantidad de fallecidos con lesiones autoinfligidas intencionalmente presenta aumento año a año. Considerando el promedio de suicidios mensuales, apreciamos que en el año 2000 había un promedio de 100,7 fallecidos al mes, y que para el año 2008 aumenta a un promedio

de 171,1 fallecidos por mes. Si para el año 2000 fallecían 3,3 individuos por lesiones autoinfligidas intencionalmente al día, para el año 2008 el promedio sube a 5,6 fallecidos por día. Si para el año 2000, había un fallecido cada 7 horas, para el 2008, hay un fallecido por método suicida cada 4 horas en nuestro país.

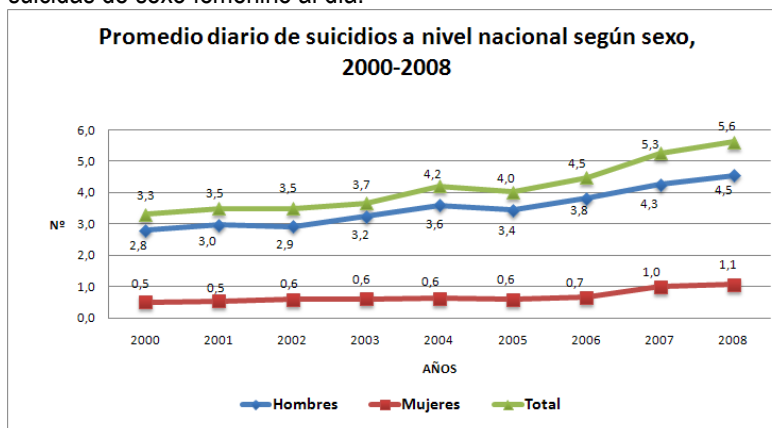
Un elemento de análisis lo representa observar el comportamiento de la variable de género en el fenómeno analizado. Los hombres tuvieron un crecimiento de un 64% y las mujeres *duplican su cantidad de suicidios al término del periodo (210%)*. Si para el año 2000 fallecieron 186 mujeres, ocho años después, para el año 2008, eran 392 mujeres suicidas.



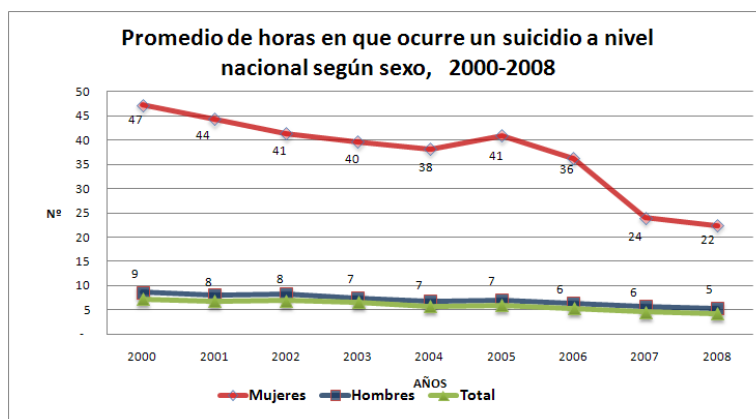
Si para el año 2000 el promedio de mujeres suicidas era de 15,5 al mes, para el año 2008, es de 32,7 de suicidio al mes.



Si para el año 2000 fallecían casi 3,3 personas de sexo masculino por día, para el año 2008 aumenta a 4,5 suicidios masculinos. Para el caso de los fallecidos de sexo femenino, se aprecia que si para el año 2000 la ocurrencia de fallecidos con lesiones autoinfligidas era 0,5 para el año 2008 aumenta su frecuencia a 1,1 suicidas de sexo femenino al día.

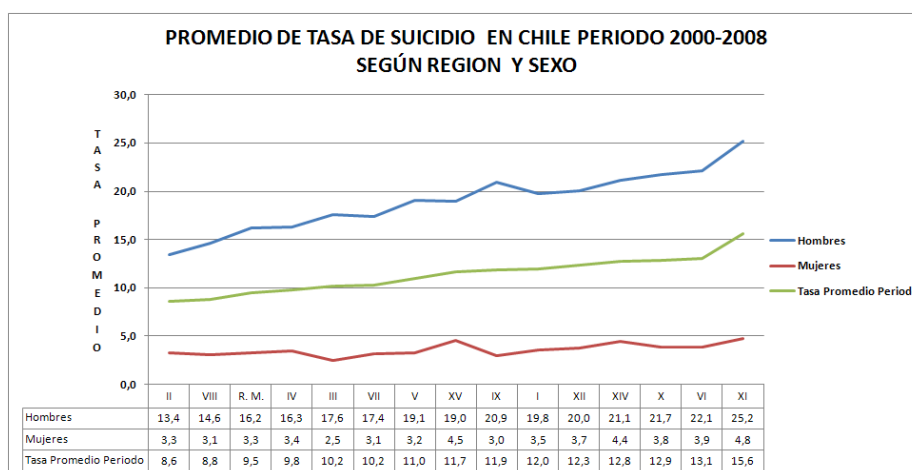


Para el año 2000 fallecía por suicidio un hombre cada 9 horas, para el año 2008 disminuye la frecuencia se hace cada 5 horas. Para el caso de los fallecidos de sexo femenino, se aprecia que si para el año 2000 la ocurrencia de fallecidos con lesiones autoinfligidas era cada 47 horas, para el año 2008 disminuye su frecuencia a un caso cada 22 horas, una mujer muerte al día por este método.



Por lo tanto, se puede decir que es un fenómeno mayoritariamente masculino. Para el caso chileno, si bien la cantidad de mujeres que se suicidan es menor, a diferencia de los hombres, ellas tienen la particularidad de que doblan el número de suicidios en los años analizados.

Sin embargo, claro está, que estos datos deben ser analizados en relación a las tasas de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente, las que permite la comparación nacional y regional, pues considera el número de suicidio cada 100.000 habitantes en el periodo comprendido entre el año 2000 - 2008¹⁴. A partir de ello, se aprecia la misma tendencia, un aumento de suicidios o fallecimientos por lesiones autoinfligidas intencionalmente en el periodo analizado. Considerando la tasa de suicidios según sexo y región apreciamos la siguiente gráfica:



En relación a ello se pueden dar algunas observaciones:

Lo primero es que la tasa de mujeres fallecidas se duplicó en el periodo analizado. Lo que confirma la premisa esbozada anteriormente, en el sentido de que existe un *incremento de mujeres suicidas año a año*, lo que estaría estableciendo una suerte de *feminización del fenómeno*, y a modo de hipótesis, se podría plantear que en un periodo de mediano y/o largo plazo, las cifras de hombres y mujeres tenderían a equipararse en el tiempo.

¹⁴ Para calcular la tasa se ha utilizado los estándares internacionales utilizados en estudios sobre el suicidio, esto es, con una población mayor de 5 años.

Lo *segundo* es que la curva de incremento de suicidios para el caso de las mujeres a nivel nacional, hay un incremento significativo en las regiones XV y XI; y para el caso de los hombres, en las regiones XI y VI regiones del país.

Y *tercero*, es el hecho de que las regiones que tienen mayores tasas de suicidio a nivel país son las regiones I, XII, XIV, X, VI y XI. De estas regiones la I, XI, y XII, son las regiones más extremas, australes y fronterizas de nuestro país. Las regiones VI, X y XIV, sólo tienen la particularidad de ubicarse en el sur del país. Ahora, apreciemos algunos datos que pueden caracterizar este fenómeno, incorporando las tasas de suicidio con otras variables en su comprensión.

TASA DE SUICIDIO, POBLACION Y DENSIDAD POBLACIONAL:

Si efectuamos un ranking con aquellas regiones que tienen mayor población, y lo asociamos con la tasa promedio de suicidio en el periodo estudiado, obtenemos lo siguiente:

Ranking	Región	Población Promedio	Tasa suicidio Promedio Periodo
1	XI	89.569	15,6
2	VI	766.697	13,1
3	X	710.067	12,9
4	XIV	341.509	12,8
5	XII	143.924	12,3
6	I	247.999	12
7	IX	846.099	11,9
8	XV	175.363	11,7
9	V	1.520.547	11
10	III	245.127	10,2
11	VII	884.902	10,2
12	IV	603.279	9,8
13	R. M.	5.951.966	9,5
14	VIII	1.804.247	8,8
15	II	487.182	8,6

Fuente: Proyecciones de Población, INE, actualizado el 8 de Marzo del 2010.

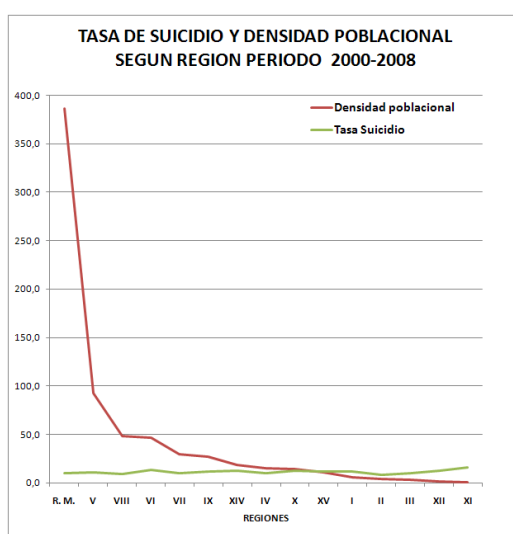
Aquí vemos que las mayores tasas de suicidios se encuentran en regiones que tienen una población menor a los 800.000 habitantes. Si observamos la población proyectada en base al Censo del año 2002 a nivel regional y país, y calculamos la densidad poblacional, apreciamos lo siguiente:

Región	Densidad Poblacional									Superficie Km ²
	Año									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
XV	10,4	10,4	10,4	10,4	10,4	10,4	10,4	10,3	10,3	16.873,3
I	5,2	5,4	5,5	5,7	5,9	6,0	6,2	6,4	6,5	42.225,8
II	3,6	3,7	3,8	3,8	3,9	3,9	4,0	4,0	4,1	126.049,1
III	3,1	3,2	3,2	3,2	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4	75.176,2
IV	13,8	14,1	14,3	14,6	14,9	15,2	15,4	15,7	15,9	40.579,9
V	87,5	88,9	90,2	91,5	92,9	94,2	95,3	96,5	97,6	16.396,1
VI	44,2	44,9	45,6	46,2	46,9	47,5	48,1	48,6	49,1	16.387,0
VII	27,9	28,2	28,6	28,9	29,3	29,6	29,9	30,1	30,4	30.296,1
VIII	46,8	47,3	47,8	48,3	48,8	49,3	49,6	50,0	50,4	37.068,7
IX	25,4	25,7	26,0	26,3	26,6	26,9	27,2	27,4	27,7	31.842,3
XIV	18,0	18,1	18,3	18,4	18,6	18,7	18,8	18,9	19,0	18.429,5
X	13,7	13,9	14,2	14,4	14,6	14,9	15,1	15,3	15,5	48.583,6
XI	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	108.494,4
XII	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	132.297,2
R. M.	366,8	371,8	376,8	381,8	386,8	391,8	396,2	400,7	405,1	15.403,2
TOTAL PAIS	18,6	18,9	19,1	19,4	19,6	19,9	20,1	20,3	20,5	766.102,4

Ahora bien si analizamos la densidad poblacional con la tasa de suicidio se obtiene:

Región	Tasa Promedio Densidad (hab/km ²)	Tasa suicidio Promedio Periodo
	R. M.	386,4
V	92,7	11,0
VIII	48,7	8,8
VI	46,8	13,1
VII	29,2	10,2
IX	26,6	11,9
XIV	18,5	12,8
IV	14,9	9,8
X	14,6	12,9
XV	10,4	11,7
I	5,9	12,0
II	3,9	8,6
III	3,3	10,2
XII	1,1	12,3
XI	0,8	15,6
R. M.	386,4	9,5

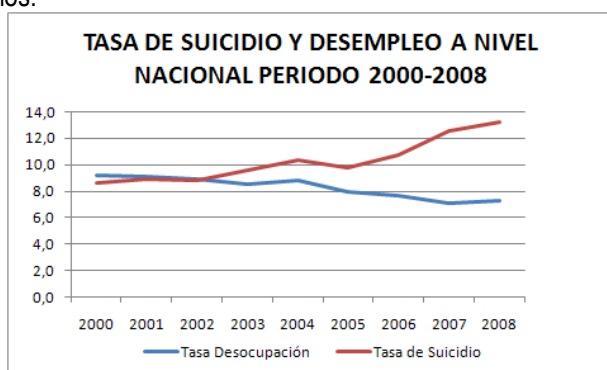
FUENTE; Elaboración propia.



Si consideramos las regiones que tienen más altas tasas promedio de suicidios en el período 2000 -2008, y lo asociamos a la densidad poblacional se encuentran interesantes tendencias. Observamos que Chile existe un promedio de 46,9 habitantes por km cuadrado, a partir de ello, las seis (6) regiones con las tasas más altas de suicidio, seis de ellas tienen una densidad poblacional menor que el promedio nacional.

TASAS DE SUICIDIO Y DESEMPLEO EN CHILE

Asumiendo este crecimiento gradual del suicidio en Chile, se hace imprescindible comparar su evolución en el tiempo, y siguiendo algunos estudios comparamos la tasa de suicidio con la tasa de desempleo en el mismo periodo. Veamos:



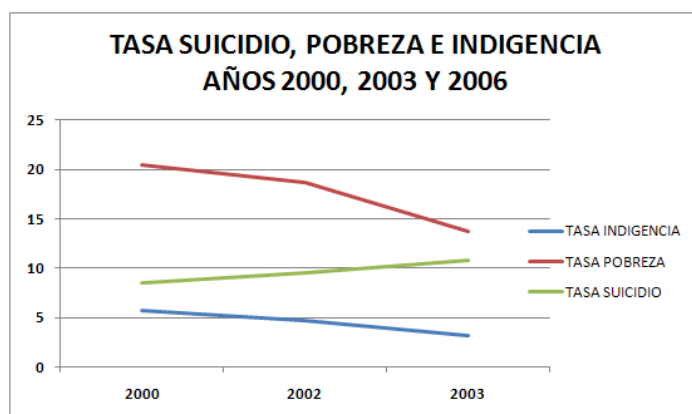
Se debe destacar que las tasas de desempleo se mide a partir de la población económicamente activa, es decir, mayores de 15 años y menores de 65 años, y que la tasa de suicidio se construye en base de toda la población mayor de 5 años. Ello, sin embargo, no impide que ambas curvas puedan se comparadas, en la medida de que establecen un patrón de comportamiento independiente de cada una de ellas en un periodo similar. *Por ende, que el comportamiento de la curva del desempleo es inverso a la curva del suicidio, esto es, que a mayor desempleo, hay menos suicidio; y viceversa, a menor desempleo, mas suicidio.*

TASA DE SUICIDIO Y POBREZA EN CHILE:

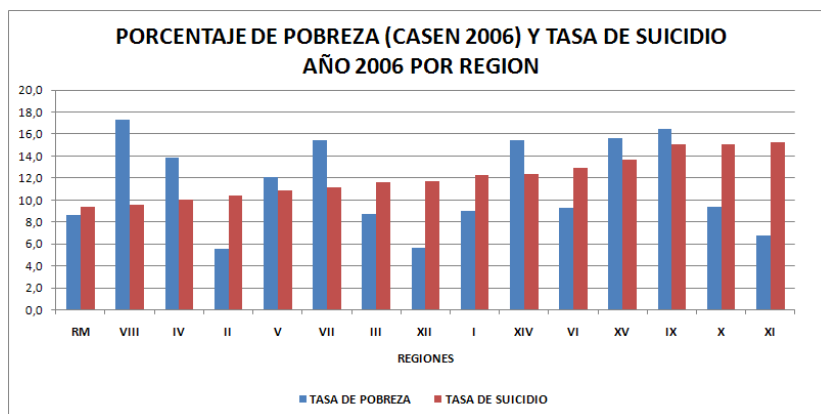
Otra variable que se puede pensar que incide en la temática del suicidio es la pobreza. Observemos la siguiente Tabla y gráfica:

Ranking pobreza	Región	Tasa Pobreza Hogar	Tasa Suicidio año 2006
		(2006)	
1	RM	8,7	9,4
2	VIII	17,3	9,6
3	IV	13,9	10,1
4	II	5,5	10,4
5	V	12,1	10,9
6	VII	15,4	11,2
7	III	8,7	11,6
8	XII	5,6	11,7
9	I	9,0	12,2
10	XIV	15,5	12,4
11	VI	9,3	13,0
12	XV	15,6	13,7
13	IX	16,5	15,0
14	X	9,4	15,0
15	XI	6,8	15,2

FUENTE: Encuesta CASEN 2006, MIDEPLAN 2009



Si comparamos las mediciones realizadas por la Encuesta Casen los años 2000, 2001 y 2003, en lo referente a las tasas de Pobreza e Indigencia, y las comparamos con la evolución de la tasa de suicidio correspondiente a los mismos años, apreciamos que mientras la tasa de pobreza e indigencias disminuyen, la tasa de suicidio aumenta.



Si se compara la tasa de suicidio correspondiente al año 2006 y el porcentaje de Pobreza Hogar por región, podemos plantear que de las 6 regiones con mayores tasa de suicidio para el año 2006, 3 regiones tienen sobre 15% de población pobre (XIV, XV y IX), y 3 regiones presentan porcentajes de población pobre que fluctúa entre el 6% y 9%. Por otro lado, regiones que tienen altos porcentajes de pobreza como lo son la VIII y VII, presentan tan bajas tasas de suicidio. Por ende, se podría argumentar que no se identifica una regularidad o tendencia clara que pueda permitir ligar ambas variables expuestas

REFLEXIONES FINALES

En este trabajo nos hemos planteado como objetivo hablar de un tema “*invisiblemente tabú*” para nuestra sociedad. El fenómeno del suicidio en Chile aparece ante los ojos de la ciudadanía y las autoridades como un tema menor, casi invisible, aún cuando en un mundo moderno, en donde las estadísticas definen buena parte del quehacer humano, el suicidio aparece como la segunda causa de muerte violenta en Chile, después de las muertes provocadas por accidentes de tránsito. Así como se hacen campañas destinadas a evitar accidentes de tránsito, también se debería hacer conciencia sobre el real impacto que tiene en nuestra sociedad el suicidio de personas, que bajo una aparente decisión personal, esconde una serie de factores causales, muchos de ellos enmarcados en el ámbito económico, social y colectivo.

Desde la antropología, dicha invisibilidad se relaciona con la concepción de muerte que tiene nuestra cultura occidental, en la medida de que la muerte, como concepto y realidad, nos vincula con sentimientos profundos, con el dolor y la pérdida, lo que hace que su abordaje no siempre se haga de manera abierta, no se habla de ella, no se le hace frente, porque ella es “tabú”, y más aún, más distancia tomamos cuando se trata de un caso de muerte violenta y autoinfligida.¹⁵

Desde un enfoque de género hemos visto que el suicidio en Chile presenta interesantes tendencias. Es un fenómeno que va en aumento y que mayoritariamente es masculino, y que el número de mujeres suicidas constituye 1/5 del número de hombres. Baudelot y Roger Establet, investigadores franceses, se sorprendían para el caso europeo del hecho de que la tasa de suicidio femenino fuese menor que la masculina, pese al progresivo cambio en las circunstancias que explican las diferencias de género en un mundo con mayor equiparidad, lo que para ellos confirmaba la permanencia de pautas culturales en las mujeres ligadas a la familia, ya que tienen que cuidar de los hijos, el marido, los padres, entre otros.

Sin embargo, para el caso chileno, si bien la cantidad de mujeres que se suicidan es menor, a diferencia de los hombres, ellas tienen la particularidad de que doblan el número de suicidios en los años analizados. Ya Marinella Mazzei y Gabriel Cavada, en el “*El suicidio en Chile*”, indicaban que las tasas femeninas de suicidio tienen un crecimiento brusco desde el año 1999. Los datos que hemos analizado confirman dicha tendencia. A nivel de hipótesis, se podría argumentar que las condiciones urbanas de la capital, asociado a los cambios de rol social, cultural, familiar y laboral femenino ocurridos en los últimos 20 años (disminución de tasa de natalidad, permanencia de los hijos/as en los hogares, postergación

¹⁵ La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. Martha Ligia Caycedo Bustos. En Epistemología filosofía de la mente y de la bioética. Pp.337.

maternidad, independencia laboral, entre otras) estarían configurando también el comportamiento del suicidio femenino, en la medida de que este nuevo rol de la mujer, asociado a nuevas responsabilidades económicas, familiares y sociales ha ido cambiando.

En términos generales hemos abordado este fenómeno a partir de hipótesis de trabajo, asumiendo como hipótesis central que el suicidio es un hecho social, el cual si bien es producto de una decisión individual, esta decisión esta cruzada, influenciada por una cantidad importante de factores y variables que determinan y/o generan condiciones particularmente propicias para causar el efecto estudiado. En tal sentido, propusimos intencionalmente en este trabajo la incorporación de algunas variables como el desempleo, la densidad demográfica y la pobreza, para analizar e indagar si el suicidio en Chile tiene relación con otras realidades. Al respecto, las tendencia evidenciaron tendencias, que han tenido el efecto de propiciar algunas reflexiones, que ha modo de hipótesis, van un poco mas allá del sustento empírico, pero que se constituyen en nuevas preguntas y posibles líneas investigativas.

Muchos estudios asocian el suicidio con el desempleo y la pobreza, ello porque el *desempleo*, en la medida de que implica un quiebre laboral, también es un quiebre emocional particularmente para el hombre; La *pobreza*, porque vivir bajo condiciones de precariedad e inestabilidad, condiciones que caracterizan un entorno conflictivo, muchas veces tenso, asociado al desempleo, la delincuencia, la escases, la drogadicción, alcoholismo, etc. Sin embargo, los datos que hemos expuesto en este trabajo nos están indicando una hipótesis totalmente distinta, que a medida que baja el empleo, existe un aumento de la tasa de suicidio, y que el suicidio no se vincula necesariamente con la pobreza. Esto significa, que el suicidio podría estar dándose en contextos mayoritariamente de bonanza económica, en marcos sociales y regulatorios que circundan y están determinando un tipo de mundo laboral basado en la competencia, en el miedo da perder el trabajo, en el asumir mas y mas deudas, vivir una vida aspiracional, miedo a la frustración, entre otras mas que podríamos manifestar, y que son propias del modelo de sociedad que construimos.

Desde la mirada del capital social, podemos ir argumentando y reflexionando que el fenómeno del suicidio necesariamente debemos centrarnos bajo una óptica de integración social. Los vínculos sociales basados en la reciprocidad, de ayuda mutua, propios de sectores económicos precarios, pueden constituirse en entornos propicios, en la medida de que en él se articulan apoyos en el sustento económico, bajo relaciones y vínculos cara a cara, que de una u otra manera aminora el fenómeno.

En fin, el abordaje de este fenómeno nos llama a reflexionar acerca del tipo de sociedad que se esta construyendo, y acerca de las políticas de salud que deben asumirse para evitar y disminuir este tipo de muertes.