

Tendencias sociodemográficas en mortalidad por suicidio en la Región de Atacama, Chile, 2010-2017

Sociodemographic trends in suicide mortality in the Atacama Region, Chile, 2010- 2017

Alejandra Vega Álvarez, Ricardo Jorquera Gutiérrez, Douglas Veliz Vergara, Karla Maya Loayza, Aníbal Cornejo Vargas, Karín Carvajal Muñoz
Universidad de Atacama

(Rec: marzo de 2021- Acept: octubre de 2021)

Resumen

La presente investigación buscó caracterizar la población suicida de la Región de Atacama entre los años 2010-2017. Asimismo, pretendió describir los casos en los cuales se constató intentos previos que pasaron por la atención del Sistema de Salud. Se realizó un estudio de tipo epidemiológico descriptivo donde se revisaron estadísticas del Servicio Médico Legal y del Servicio de Salud. El análisis se realizó a partir de los 266 casos registrados y tipificados como suicidios por el Servicio Médico Legal en el periodo estudiado. Se describieron las tasas anuales regionales y comunales, y se compararon los casos por sexo, edad, causa de muerte, estado civil, actividad laboral, nacionalidad, fecha de muerte y presencia de sustancias. Se constató un comportamiento semejante al nacional, evidenciándose una primacía de hombres, solteros, con un promedio de edad de 38,8 años, dedicado a oficios, quienes usaron preferentemente como método el ahorcamiento. Se destaca de manera significativa la ocurrencia de suicidios en el periodo octubre-enero. Se discute respecto a la necesidad de profundizar esta problemática a partir de variables socioambientales, con el fin de explicar las diferencias comunales detectadas, y problematizar los datos a nivel local, en búsqueda de favorecer la prevención.

Palabras claves: suicidio, causa de muerte, Chile, autopsia.

Abstract

Suicide is a major global, national, and regional public health problem. The present investigation sought to characterise the suicidal population of the Atacama Region between 2010-2017. It also describes the cases with previous attempts detected by the Health System. The analysis is based on 266 registered cases classified as suicides by the Legal Medical Service in the studied period. The annual regional and city rates are described, and the cases are compared by gender, age, cause of death, marital status, work activity, nationality, date of death and presence of substances. The behaviour observed is similar to the national one, which reflects evidence of a predominance of single men with an average age of 38.8 years, of different trades, who preferably used hanging. The study underscores the occurrence of suicides in the period October-January. The study raises the need to go deep into this problem, considering socio-environmental variables to explain the detected differences between cities and analysing the local data to favour prevention.

Keywords: Suicide, Cause of death, Chile, Autopsy.

Correspondencia a: Ricardo Jorquera Gutiérrez, ricardo.jorquera@uda.cl

¹ Estudio financiado por proyecto de fondos internos para la promoción de la investigación de la Universidad de Atacama (DIUDA 22335/2017).

Introducción

El suicidio en Chile es la segunda causa de muerte no natural y a nivel mundial ocupa el séptimo lugar como causa de muerte violenta (Servicio Médico Legal, 2018a).

La Organización Mundial de la Salud define el suicidio como un fenómeno multideterminado (OMS, 2018), que en su complejidad incluye componentes biológicos, psicológicos, interpersonales, cognitivos e intrapsíquicos, conscientes e inconscientes, influenciados por factores culturales, sociológicos, filosóficos y morales (Martínez, 2007; Heacock, 1990; Castañeda, 2016; Koppman, 2020).

El comportamiento o conducta suicida ha sido descrito como una secuencia de eventos insertos en el denominado proceso suicida, produciéndose de manera progresiva y sustentado en los diferentes tipos de condiciones de vida, considerando factores como el género, edad, estilo de vida, ideas suicidas (Sánchez, Cáceres y Gómez, 2002; Uribe et al., 2017). Dicho proceso, englobado en el concepto de suicidalidad, incluye las conductas autolesivas, pensamiento suicida, ideación suicida, intentos previos de suicidio y la conducta de suicidio consumado.

La OMS (2003), define la ideación suicida como aquellos "pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración, al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar del sueño" (pp. 201). De lo anterior, se desprende que la ideación suicida, a diferencia de otros comportamientos autolesivos, está marcada por un conjunto de pensamientos intrusivos y repetitivos en torno planes, formas, circunstancias, condiciones y objetos a utilizar en el acto suicida (Eguiluz, 1995). De esa lógica, se desprende que la ideación suicida representa un predictor significativo del intento que realizan las personas por suicidarse (Mortier et al., 2018). Este último, corresponde al acto planeado por un individuo para finalizar con su vida; de no lograrse, se estaría frente a un intento suicida fallido, y en caso contrario, se hablaría de suicidio consumado (Pérez, 1999). De lo anterior, se desprende que el intento suicida es un poderoso predictor del suicidio, pues se establece que entre el 10% y el 14% de las personas que realizan este acto, cometerán suicidio finalmente (Grey y Claro, 2018).

Al respecto, Otzen, Sanhueza, Manterola y Escamilla-Cejudo evidenciaron que la tasa de mortalidad por suicidio (TMS) en Chile en el período 2000-2011 fue en promedio de un 12.11 por 100.000 habitantes. También constataron que en el periodo 1998-2010 el 76,5% de las muertes por suicidio correspondieron a hombres, siendo la tasa anual de suicidios de 17.5 en hombres y de 3.4 en mujeres. Según edad, la TMS más alta fue en el grupo de 40 a 59 años (14.41) y la más baja en menores de 14 años (0.54). En relación con los tipos de muerte, se aprecia que el 78.4% fue por ahorcamiento y el 9% por arma de fuego (Otzen et al., 2014). Monreal (2009), con datos epidemiológicos de los años 2000-2002, observó que en Chile el suicidio en los hombres es seis veces mayor que en las mujeres, así también dio cuenta de una asociación entre pobreza y suicidio.

Estudios regionales han mostrado tendencias similares. En Tarapacá, en el periodo 1990-2013, se observó un aumento progresivo de las tasas de suicidio a lo largo de los años, con una tasa promedio regional de 9.18 por 100.000 habitantes. Según

sexo se observó una relación hombre/mujer de 53:1 en las tasas de suicidio. El método más usado fue el ahorcamiento tanto en hombres como en mujeres. Se observa que la mayor cantidad de suicidios para ambos sexos se produce entre las edades de 15 a 29 años, seguido por el rango de edad de 30 a 44 años (Madariaga A et al., 2016). En Concepción, se observó que del total de autopsias realizadas el año 2010 en el Servicio Médico Legal (SML) el 7.9% tenían como causa de muerte el suicidio. De ellas, el 87% utilizó como método el ahorcamiento, un 8% arma de fuego, un 2% arma blanca y un 3% recurrió a la inmersión. Según mes del año, predominó los meses de enero, junio, septiembre y octubre. Junto a ello, un 42% fue positivo a la presencia de alcohol y un 12.5% tuvo presencia de drogas en la sangre (Carrasco et al., 2012). En la misma ciudad, a partir del total de autopsias realizadas por el SML en el periodo 2011-2015, se observó que el 12.6% tuvo como causa el suicidio. La edad promedio de los fallecidos fue de 44,8 años, un 83,4% de sexo masculino y un 16,6% de sexo femenino. En relación con la ocupación de los fallecidos, la mayor frecuencia se dedicaba a oficios o empleos técnicos (46.9%), 16% eran jubilados o pensionados, 10.6% se encontraba cesante, 7.2% eran estudiantes, 6.6% eran dueñas de casa, 3.1% eran profesionales, 1.4% estaban privados de libertad y 1.2% pertenecía a las fuerzas armadas. La causa de muerte más frecuente de los suicidios fue asfixia por ahorcamiento con un 88.8% (Concha et al., 2017).

En Atacama, las cifras de mortalidad por suicidio superan al promedio nacional (Espinoza et al., 2017b), instalando la problemática como prioridad en cuanto a políticas para el abordaje de este fenómeno social. En el periodo 1998-2010 se observó en la región una variación promedio anual de la tasa de suicidios del 2,21%, la más alta a nivel nacional (Otzen et al., 2014). Espinoza, Araneda, Silva, Novakovic y Flores analizaron las autopsias por suicidio en Atacama en el periodo 2007-2016, constatando una tasa regional promedio de un 11.1 por 100000 habitantes. Por género, evidenciaron una relación entre hombres y mujeres de 4.9:1 en las tasas de suicidio. El método por ahorcamiento fue usado en el 87% de los casos. El promedio de edad era de 39 años, detectándose la presencia de alcohol en el 45.8 % de los fallecidos y de drogas de abuso en el 25%, con preponderancia del uso de cocaína, benzodicepinas y marihuana (Espinoza et al., 2017a).

Considerando estos antecedentes, el objetivo principal de la presente investigación es caracterizar la población suicida de la región de Atacama entre los años 2010-2017, a partir de diversas variables sociodemográficas, avanzando hacia la caracterización de los casos en los cuales se constató intentos previos que pasaron por atención en el Sistema de Salud.

La relevancia del presente estudio yace en la escasez de información sistemática que aborde la temática del suicidio en Atacama. Esto le entrega importancia a la descripción de la distribución de este fenómeno dentro de las diversas comunas que componen la región, su evolución en el periodo estudiado y los antecedentes que podrían estar relacionados con él. Con esto, se espera contribuir a la caracterización de los patrones que podrían estar influyendo en el desarrollo del suicidio a nivel regional, lo cual podría ser utilizado por las instancias políticas de salud para generar intervención, prevención y/o promoción en salud mental.

Método

Resultados

Diseño de Investigación

Investigación cuantitativa, corresponde a un estudio epidemiológico de tipo descriptivo-retrospectivo.

Instrumentos

Las fuentes de información fueron dos bases de datos entregadas por servicios públicos: 1. Base de datos de suicidios registrados en Atacama del Servicio Médico Legal (2018b) de la Región de Atacama y 2. base de datos sobre atenciones en urgencias por intentos de suicidio del Servicio Salud Atacama (Departamento de estadísticas e información en salud [DEIS], 2018). Ambas bases de datos del periodo 2010-2017.

Procedimientos

Por medio de la gestión con instancias locales del Servicio Médico Legal y el Servicio de Salud de la región de Atacama (Chile), se obtiene acceso a la información de suicidios (por registros del Servicio Médico Legal, obtenido por ley de Transparencia), así como también se accede a la base de datos (Servicio de Salud). Considerando los resguardos éticos de la información, esta fue filtrada por la propia institución antes de ser utilizadas por el equipo investigador, manteniéndose solo datos sociodemográficos. Esto se corresponde con lo que decreta la ley 19.628 de protección a la vida privada de las personas.

Desde el punto de vista de los resguardos éticos, es necesario señalar que el equipo investigador no tuvo acceso a datos de identificación de las personas, por cuanto se mantuvo el anonimato de éstas, trabajando con la información de forma agrupada.

Muestra

Del Servicio Médico Legal se tomaron todos los casos de muertes en el periodo 2010-2017, seleccionando solo aquellos que fueron tipificados como suicidio, correspondiendo a 266 sujetos. De igual forma, se consideró información existente como sexo, causa de muerte, edad, estado civil, procedencia, área y actividad laboral, nacionalidad y fecha de muerte.

Del Sistema DEIS se consideraron las defunciones registradas, que correspondieran a muertes clasificadas según la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud para los códigos del CIE-10 x60-x-84. Además, para cada una de estas muertes violentas se observaron las atenciones históricas de los casos en calidad de urgencias por intento de suicidio, que se dieron en los distintos dispositivos del Servicio de Salud en el mismo periodo estudiado.

Análisis de Datos

Ambas bases fueron integradas y trasladadas al programa estadístico SPSS versión (20.0) para su análisis. El método de análisis estuvo compuesto por estadística descriptiva a través de cálculo de porcentajes, medidas de tendencia central y de variabilidad. Las tasas brutas de mortalidad por suicidio se calcularon por 100.000 habitantes. Este cálculo ponderado de tasas consideró el porcentaje de representación de habitantes en la Región de Atacama y de cada una de sus comunas con datos proyectados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) desde el año 2010 hasta 2017 (Instituto Nacional de Estadísticas, s. f.). Además, se realizaron comparaciones respecto a la frecuencia del número de suicidios según sexo, edad, meses de ocurrencia, para lo cual se utilizaron los estadísticos no paramétricos Chi-Cuadrado, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

En el periodo 2010-2017 se registraron en la Región de Atacama 266 muertes por suicidio, produciéndose la mayor cantidad de casos en las comunas de Copiapó (44,7%; N=119) y Vallenar (18%; N=48), seguido de Chañaral (8,3%; N=22) y Caldera (7,5%; N=20). Siguen Huasco (6%; N=16), Diego de Almagro (5,3%; N=14), Tierra Amarilla (5,3%; N=14), Freirina (2,6%; N=7) y Alto del Carmen (2,3%; N=6).

La tasa media de suicidios fue de 11,1 por 100.000 habitantes en el periodo de estudio. Las tasas anuales oscilaron entre 8,3 y 16,2 por 100.000 habitantes, evidenciándose un peak máximo el año 2011 con una tasa de 16,2 por 100.000 habitantes. El año 2015 registró la menor tasa del periodo, con 8,3 por 100.000 habitantes. La tasa promedio más alta se observó en Chañaral (20 por 100.000 habitantes) y Huasco (19,9 por 100.000 habitantes).

Tabla 1: Tasas de Suicidios por año y comuna, Región de Atacama (2010-2017)

Año	Chañaral	Huasco	Caldera	Freirina	Alto del Carmen	Vallenar	Tierra Amarilla	Diego de Almagro	Copiapo	Total Región por Año
2010	21,7	31,9	6,2	15,5	0,0	15,5	6,4	18,0	9,6	12,0
2011	7,2	0,0	18,3	45,8	0,0	23,1	18,9	0,0	16,3	16,2
2012	43,5	10,3	6,0	0,0	0,0	17,2	6,2	0,0	8,6	10,7
2013	29,0	20,2	11,8	14,8	32,9	5,7	30,2	19,0	6,0	10,5
2014	21,8	19,8	17,4	0,0	16,1	9,5	0,0	19,4	10,7	11,4
2015	14,6	29,2	11,4	0,0	15,9	7,5	17,4	0,0	7,0	8,3
2016	7,3	28,8	33,7	28,6	31,2	9,4	5,7	20,1	6,8	11,1
2017	14,6	18,9	11,0	0,0	0,0	5,6	5,6	13,6	8,4	8,4
Promedio periodo/comuna	20,0	19,9	14,5	13,1	12,0	11,7	11,3	11,3	9,2	11,1

Fuente: Elaboración propia, en base a registros del SML

Según sexo, el 82,3% (N=219) de los suicidios correspondió a hombres y el 17,7% (N=47) a mujeres. Las edades de los fallecidos fluctuó en un rango de entre 12 y 91 años de edad, donde el promedio fue 38,8 años (DE=16,68). Se destaca que el rango de entre 20 a 29 años es el que registra mayor cantidad de casos, con 27,1% (N=72) de fallecimientos. Este rango es el más importante en hombres y en mujeres. En los rangos extremos se

aprecia que el 8,6% (N=23) del total de muertes corresponde a fallecidos de entre 12 y 19 años, donde el 69,6% (N=16) de estos casos fueron hombres y un 30,4% (N=7) mujeres. Por su parte, el rango de edad 60 años y más constituyó el 10,5% (N=28) del total. Cruzadas las variables sexo y edad de los fallecidos no se observa un comportamiento de una variable en función de la otra ($\chi^2=7,764$; $p=,170$)

Tabla 2: Edad de Muerte según Sexo

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
12-19 años	Recuento	16	7	23
	% dentro de Edad de Muerte	69,6%	30,4%	100,0%
	% dentro de Sexo	7,3%	14,9%	8,6%
	% del total	6,0%	2,6%	8,6%
20-29 años	Recuento	60	12	72
	% dentro de Edad de Muerte	83,3%	16,7%	100,0%
	% dentro de Sexo	27,4%	25,5%	27,1%
	% del total	22,6%	4,5%	27,1%
30-39 años	Recuento	47	8	55
	% dentro de Edad de Muerte	85,5%	14,5%	100,0%
	% dentro de Sexo	21,5%	17,0%	20,7%
	% del total	17,7%	3,0%	20,7%
40-49 años	Recuento	39	11	50
	% dentro de Edad de Muerte	78,0%	22,0%	100,0%
	% dentro de Sexo	17,8%	23,4%	18,8%
	% del total	14,7%	4,1%	18,8%
50-59 años	Recuento	30	8	38
	% dentro de Edad de Muerte	78,9%	21,1%	100,0%
	% dentro de Sexo	13,7%	17,0%	14,3%
	% del total	11,3%	3,0%	14,3%
60 años y más	Recuento	27	1	28
	% dentro de Edad de Muerte	96,4%	3,6%	100,0%

	% dentro de Sexo	12,3%	2,1%	10,5%
	% del total	10,2%	,4%	10,5%
Total	Recuento	219	47	266
	% del total	82,3%	17,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, en base a registros del SML

Según Estado Civil, 64,2% (N=170) de los fallecidos eran personas solteras, 29,4% (N=78) eran casadas, 4,9% (N=13) eran viudas, y 1,5% (N=4) eran divorciadas. Respecto a la nacionalidad, el 99,6% de los casos eran chilenos, registrándose solo un caso de persona de nacionalidad rusa. Con respecto a la actividad de los fallecidos, se obtuvo información de 254 personas y se constató que el 47,2% (N=120) ejercía algún tipo de oficio, 22% (N=56) eran técnicos, 2,4% (N=6) eran profesionales, 9,1% (N=23) eran jubilados, 7,9% (N=20) eran dueñas de casa, 7,5% (N=19) eran estudiantes y 3,9% (N=10) no tenían ocupación, se encontraban cesantes o eran indigentes.

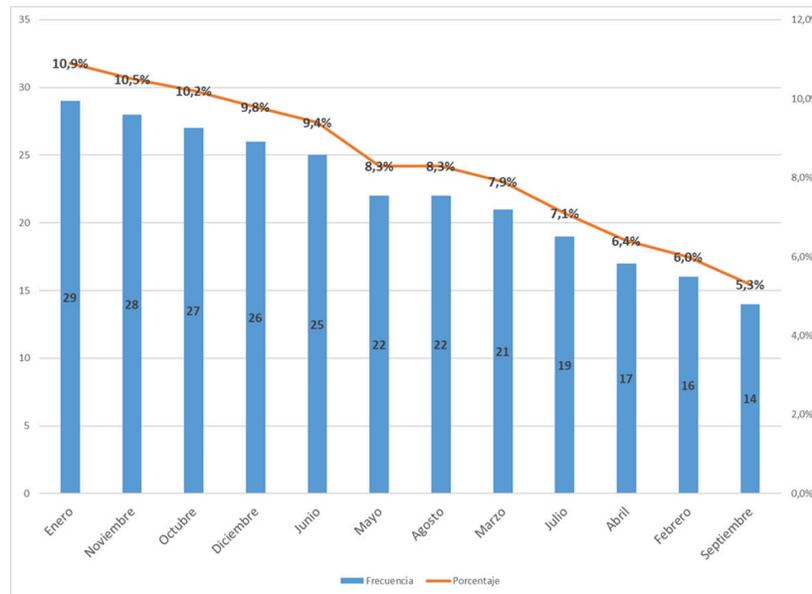
La causa de muerte más frecuente tanto en hombres (86,3%; N=189) como en mujeres (85,1%; N=40) es asfixia por ahorcamiento (86,1%; N=229). A esta causa la sigue traumatismo por bala en los hombres (3,2%; N=7) y sobredosis medicamentosa en las mujeres (6,4%; N=3). Pese a lo anterior, no hay un comportamiento de las causas de muertes asociado al sexo de los fallecidos ($X^2=13,627$; $p=,401$).

Tabla 3: Causa de Muerte según Sexo

	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Asfixia por ahorcamiento	189 (86,3%)	40 (85,1%)	229 (86,1%)
Traumatismo toraxico severo	1 (,5%)	1 (2,1%)	2 (,8%)
Traumatismo encefalocraneano abierto	1 (,5%)	0 (0%)	1 (,4%)
Intoxicación por químicos	3 (1,4%)	1 (2,1%)	4 (1,5%)
Politraumatismo severo	5 (2,3%)	0 (0%)	5 (1,9%)
Traumatismos por bala	7 (3,2%)	0 (0%)	7 (2,6%)
Trauma esqueletico por explosión	2 (,9%)	0 (0%)	2 (,8%)
Caida de altura	2 (,9%)	0 (0%)	2 (,8)
Asfixia por monóxido de carbono	3 (1,4%)	1 (2,1%)	4 (1,5%)
Sobredosis medicamentosa	2 (,9%)	3 (6,4%)	5 (1,9%)
Decapitación	1 (,5%)	0 (0%)	1 (,4%)
Anemia Aguda	1 (,5%)	0 (0%)	1 (,4%)
Intoxicacion aguda	1 (,5%)	0 (0%)	1 (,4%)
Intoxicacion en estudio (suicida)	1 (,5%)	1 (2,1%)	2 (,8%)
TOTAL	219 (82,3%)	47 (17,7%)	266 (100%)

Fuente: Elaboración propia, en base a registros del SML

En el periodo que considera el estudio, el mes en que ocurrieron más suicidios fue enero (10,9%; N=29) seguido por noviembre (10,5%; N=28) y octubre (10,2%; N=27). Separado por trimestres, se observa que en el trimestre enero-marzo ocurrió el 24,8% (N=66) de los suicidios, en el trimestre abril-junio hubo 24,1% (N=64), en el trimestre julio-septiembre hubo 20,7% (N=55) y en el trimestre octubre-diciembre hubo 30,5% (N=81). Usando una prueba de Kruskal-Wallis no se observaron diferencias significativas en la frecuencia de suicidios ocurridos trimestralmente ($X^2=4,593$; $p=,204$). Sin embargo, dado que se observan porcentajes superiores a 10 en el periodo octubre-enero ($M=27,5$; $DS=1,29$), se comparó la frecuencia de suicidios entre este periodo con respecto al periodo febrero-septiembre ($M=19,5$; $DS=3,67$), observándose diferencias estadísticamente significativas (U de Mann-Whitney=,000; $p=,004$).



Fuente: Elaboración propia, en base a registros del SML

Figura 1: Frecuencia y Porcentaje de Suicidios según Mes de Fallecimiento

Cruzando las bases de datos del Servicio Médico Legal y del Servicio de Salud Atacama se pudo establecer que, del total de personas con fallecimientos por suicidio, 6,4% (N=17) tuvieron atenciones en Servicios de Urgencia por intentos de suicidio frustrados. Las razones por las cuales llegaron a la atención de urgencias, por un primer intento de suicidio, fue por herida cortante en muñeca y/o brazo (29,4%; N=5), envenenamiento por fármacos (23,5%; N=4), lesión intencional por ahorcamiento (11,8%; N=2) y otras causas (35,3%; N=6). De quienes se tiene registro de un segundo intento (6 casos), un 33,3% (N=2) llegó a urgencias por lesión intencional por ahorcamiento, un 16,7% (N=1) por herida cortante en la muñeca y/o brazo, y el resto por razones no especificadas. Es importante considerar que el deceso de estas personas finalmente se debió en el 76,5% (N=13) a asfixia por ahorcamiento, en el 17,6% fue por sobredosis de algún fármaco (N=3) y en el 5,9% (N=1) se debió a traumatismo por bala.

Según el sexo de quienes registraron intentos previos, el 70,6% (N=12) correspondía a hombres y 29,4% (N=5) a mujeres. Todos ellos eran chilenos. El 70,6% (N=12) de los casos ocurrieron en la ciudad de Copiapó, el 17,6% (N=3) sucedió en la comuna de Caldera y el 11,8% (N=2) se registró en la comuna de Chañaral. El 75% (N=12) eran personas solteras y el 25% (N=4) correspondió a personas casadas. Según su actividad, 43,8% (N=7) de ellos ejercía algún oficio, el 18,8% (N=3) se desempeñaba como dueñas de casa, el 12,5% (N=2) era conformado por técnicos, el 12,5% (N=2) correspondía a estudiantes, el 6,3% (N=1) era de personas jubiladas, y el 6,3% (N=1) era formado por personas sin ocupación, cesante o indigente. Solo se tienen registros por atenciones previas de salud mental en 6 (35,3%) de los 17 casos de intentos previos. Además, de estos casos que se suicidaron y que previamente fueron atendidos por el Servicio de Urgencias, en los exámenes de toxicología el 6,3% (N=1) tenía presencia de los fármacos Amitriptilina (antidepresivo) y Diazepam (benzodiazepina), lo que tendría una probable relación con un tratamiento farmacológico. Y finalmente, en este mismo grupo, el 29,4% (N=5) tenía presencia de alcohol en el análisis

toxicológico realizado, de los cuales el 80% (N=4) posiblemente estuvo en estado de ebriedad en el momento de suicidarse (concentraciones mayores a 0.80 g/L de etanol en sangre).

Discusión

La salud mental representa casi un tercio de la carga global de enfermedad a nivel nacional. En Chile, 1.800 personas mueren al año por suicidio, y por cada una de ellas, alrededor de 20 personas más realizan un intento por suicidarse (MINSAL, 2019). En los resultados del presente estudio, se obtuvo que de las 266 personas que se suicidaron, 17 tuvieron intentos previos y llegaron a atención de urgencias en el servicio público, y 7 además en un segundo intento. Sin embargo, estos datos no logran dimensionar la totalidad de personas que tienen intentos anteriores, dado que no es posible esclarecer con absoluta seguridad quienes pueden haber llegado a atención médica en servicios particulares o simplemente no buscaron atención de especialidad.

Estos resultados permiten reconocer un comportamiento suicida similar al descrito por estudios previos en Chile (Otzen et al., 2014; Monreal, 2009), en otras regiones del país (Carrasco et al., 2012; Concha et al., 2017), o en otros estudios en Atacama (Espinoza et al., 2017a; Espinoza et al., 2017b). Al respecto, se destaca una tendencia hacia personas de sexo masculino, solteros, con promedio de edad cercano a los cuarenta años, dedicado a oficios, quienes usan principalmente el ahorcamiento como método para quitarse la vida. Se destaca de manera significativa la ocurrencia de suicidios en el periodo octubre-enero, lo cual podría evidenciar un efecto estacional sobre el suicidio, planteado teóricamente desde los estudios clásicos de Durkheim (2014).

Podría ser relevante poner cuidado en la población infanto-juvenil, dado los incrementos sostenidos de casos en este grupo, situación que mantiene en alerta al estado chileno (Echavarrí et al., 2015). Junto con ello, también es necesario

analizar cifras de la tercera edad debido a los cambios demográficos que están ocurriendo en este grupo etario (Instituto Nacional de Estadísticas, s. f.), ya que presentan factores de riesgo psicosociales particulares que favorecen los problemas de salud mental y de conductas suicidas, particularmente en los mayores de 80 años (Aravena, Gajardo & Saguez, 2018). Ambos grupos son vulnerables, lo cual requiere de programas de salud mental al interior de instituciones como colegios, otorgando psicoeducación para la detección precoz de casos de riesgo, derivación oportuna y acompañamiento. En tanto, en caso de los adultos mayores, se requiere mantener el monitoreo de estos en el contexto de atención de enfermedades físicas, favoreciendo el diagnóstico oportuno de enfermedades de salud mental, como la atención y derivación a la red frente a problemas socioeconómicos y sociales que estos pudiesen presentar.

Se presta atención a los intentos frustrados, donde se aprecia una búsqueda de métodos orientados a favorecer el cumplimiento del objetivo. Esto también pone en alerta respecto al papel que juegan los servicios de atención de salud, los cuales deberían usar protocolos y mecanismos de intervención destinados a promover cambios en la intención suicida (Baader et al., 2011; Bustamante & Florenzano, 2013).

Las diferencias comunales en las tasas de suicidio en la Región de Atacama muestra la necesidad de profundizar respecto a las variables socio-ambientales (económicas, sociales, políticas, psicológicas, entre otras) que pudiesen estar afectando las altas tasas de suicidio, especialmente en Chañaral y Huasco. Al respecto, se puede indicar que han sido mundialmente señalados diversos factores propios de la comunidad que tendrían asociación con factores de riesgo de suicidio, como también aspectos referidos a cómo se establecen las relaciones de las personas con otros significativos (Organización Mundial de la Salud, 2014). En este sentido, llama la atención que el 2015, año en que sucedió un aluvión en la Región de Atacama que dejó graves daños y varios fallecidos, es el año del periodo estudiado que presenta la menor tasa de suicidios. Estas menores tasas podrían ser interpretadas desde el papel que podría cumplir el apoyo social frente a desastres naturales, dado que se ha observado que es un factor protector contra el impacto psicológico en este tipo de eventos (McGuire et al., 2018).

Se considera imperativo analizar las cifras del suicidio en Chile y en sus regiones a través de la realización de estudios como el presente, aportando información lo más actualizada posible, al aro de los cambios sociales actuales, los cuales son determinados por la presencia de una estructura social en donde las personas deben construir su identidad individualmente, con un bajo compromiso de las instituciones sociales clásicas en este proceso (Beck & Beck-Gernsheim, 2003). Lo anterior queda reflejado, por ejemplo, al evidenciar que las tasas de suicidio se correlacionan con los resultados económicos del país (Moyano & Barría, 2006), lo cual viene a proponer que el modelo de desarrollo chileno se relaciona negativamente con la salud mental de las personas.

El suicidio es un fenómeno complejo, multifactorial, pero prevenible (Martínez, 2007) lo cual significa que requiere una mayor atención, problematización, inversión y compromiso del estado en la detección y atención de quienes presenten afecciones a su estado emocional e indicadores de suicidalidad. Así, se necesita valorar la salud mental de las personas, y considerar el riesgo suicida como un tema relevante y serio. De

esta manera, resulta necesario abrirlo como tema, estudiarlo y ampliar la mirada, ya que no solo es un tema propio para abordar desde Salud, sino que también se requiere el compromiso y apoyo articulado de distintos actores sociales en la prevención en red, en donde la clínica, lo comunitario (Martínez, 2007), la escuela, la familia, los medios comunicacionales y universidades deben establecer lazos y estrategias validadas para la promoción y prevención del suicidio.

Finalmente, se debería estudiar y considerar variables contextuales – históricas que pueden hacer la diferencia entre los distintos lugares y comunidades donde hay presencia de mayores tasas de suicidio, reconociendo factores protectores y de riesgo, y desde ahí, considerar posibles intervenciones en la línea preventiva y posventiva.

Agradecimientos

Al Servicio Médico Legal y al Servicio de Salud Atacama, por contribuir con el desarrollo de este estudio facilitando el acceso a la información.

Referencias

- Aravena, J., Gajardo, J. & Saguez, R. (2018). Salud mental de hombres mayores en Chile: una realidad por priorizar. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-5. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.121>
- Castañeda, N. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 19(36), 336-346. <http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1302>
- Baader, T., Urra, E., Millán, R., & Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización: El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Paidós Ibérica.
- Bustamante V, F., & Florenzano U, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: Una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(2), 126-136. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>
- Carrasco, C., Delgado, S., Araya, P., San Martín, E., & Schuffeneger, H. (2012). Caracterización del acto suicida correspondiente a autopsias por suicidio realizadas en el Servicio Médico Legal de Concepción, Chile, año 2010. *Revista ANACEM*, 6(3), 137-140.
- Concha A., C., Arévalo C., E., Droguett P., S., Chamorro H., I., Schuffeneger S., H., & Cartes J., J. (2017). Caracterización del acto suicida en el servicio médico legal de Concepción, Chile entre 2011-2015. *Revista ANACEM*, 11(1), 4-9.
- Departamento de estadísticas e información en salud [DEIS], (2018). *Base de datos sobre atenciones en urgencias por intentos de suicidio del Servicio Salud Atacama*. Ministerio de Salud, Chile.
- Durkheim, É. (2014). *El suicidio*. Ediciones AKAL.
- Echávarri, O., Maino, M. de la P., Fischman, R., Morales, S., & Barros, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en

- Chile: Un tema pendiente. *Temas de la Agenda Pública*, 10(79), 3-14.
- Eguiluz L. (1995). *Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes*. Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM; 121-130.
- Espinoza, C., Araneda, E., Silva, C., Novakovic, I., & Flores, D. (2017a). Alcohol y Drogas en Autopsias de Etiología Suicida Periciadas en la Región de Atacama - Chile, entre el año 2007 Y 2016. *Revista de Toxicología*, 34(1), 52-52.
- Espinoza, C., Araneda, E., Silva, C., Novakovic, I., & Flores, D. (2017b). Caracterización de la Población Suicida en Autopsias Periciadas en la Región de Atacama - Chile, entre el año 2007 Y 2016. *Revista de Toxicología*, 34(1), 52-53.
- Heacock, D. R. (1990). Suicidal Behavior in Black and Hispanic Youth. *Psychiatric Annals*, 20(3), 134-142. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19900301-08>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (s. f.). *Demográficas y Vitales*. Estimaciones y Proyecciones de la Población de Chile 1992-2050. <https://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
- Koppman, A. (2020). Aspectos generales del riesgo suicida en la consulta del médico general. *Revista médica clínica Las Condes*, 31(2), 163-168. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.007>
- Madariaga A, C., Ulloa D, O., Gómez V, A.-G., Iriondo C, P., & Alvarado M, R. (2016). Muertes por suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2013. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(3), 250-258. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000300009>
- Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidología*. Ed Lugar Editorial.
- McGuire, A. P., Gauthier, J. M., Anderson, L. M., Hollingsworth, D. W., Tracy, M., Galea, S., & Coffey, S. F. (2018). Social Support Moderates Effects of Natural Disaster Exposure on Depression and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: Effects for Displaced and Non-displaced Residents. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 223-233. <https://doi.org/10.1002/jts.22270>
- Monreal, V. (2009). Epidemiología del suicidio. Chile 2000-2002. *Cuadernos Médico Sociales*, 49(3), 209-219.
- Mortier, P., Auerbach, R., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C et al., (2018). Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(4), 263-273. doi: 10.1016/j.jaac.2018.01.018
- Moyano, E., & Barría, R. (2006). Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: Hacia un modelo predictivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 343-359.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. Organización Panamericana de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136083>
- OMS. (30 de Junio de 2018). Suicidio. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Otzen, T., Sanhueza, A., Manterola, C., & Escamilla-Cejudo, J. A. (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: Tendencias en los años 1998-2011. *Revista médica de Chile*, 142(3), 305-313. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000300004>
- Pérez, A., Fuentes, J., Cañón, M., Barrero, L., Castillo, A. (2017). *Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y conducta suicida (adopción)*. Gobierno de Colombia. http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/GPC_C_Suicida_Completa.pdf
- Servicio Médico Legal. (2018a). *El Suicidio en Chile: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales. Período 2000-2010. Actualización datos período 2011-2017*. Servicio Médico Legal. http://www.sml.gob.cl/dctos/genero/INVESTIGACION_SUICIDIO%20EN%20CHILE%202000-2010__ACTUALIZACION_version%20final%20.pdf
- Servicio Médico Legal (2018b). *Base de datos de suicidios registrados en Región de Atacama*. Ministerio de Justicia, Chile.