

Investigación

Medwave 2012 Oct;12(9):e5528 doi: 10.5867/medwave.2012.09.5528

Muertes por suicidio en la ciudad de Constitución (Chile) entre los años 2001-2011: estudio de prevalencia acumulada

Prevalence of deaths by suicide in the city of Constitution (Chile) between the years 2001-2011

Autores: Ricardo Moreno Pascual⁽¹⁾, Felipe Antonio Navia González⁽²⁾

Filiación: ⁽¹⁾Médico legista, especialista en clínica legal y tanatología, Servicio Médico Legal, Constitución, Chile

⁽²⁾Médico especialista en psiquiatría, Hospital de Constitución, Chile

E-mail: rmoreno@sml.cl

Citación: Moreno R, Navia FA. Prevalence of deaths by suicide in the city of Constitution (Chile) between the years 2001-2011. Medwave 2012 Oct;12(9):e5528 doi: 10.5867/medwave.2012.09.5528

Fecha de envío: 10/7/2012

Fecha de aceptación: 29/8/2012

Fecha de publicación: 1/10/2012

Origen: solicitado

Tipo de revisión: con 2 revisiones externas por pares: una a doble ciego; una abierta y firmada

Palabras clave: suicide, autopsy, hanging

Resumen

En la actualidad, Chile presenta una tasa de suicidios de 18,5 y 3,2 muertes entre hombres y mujeres, respectivamente, por cada 100.000 habitantes. En este estudio de prevalencia acumulada se revisaron todos los protocolos de autopsia realizadas en el Servicio Médico Legal de Constitución en que la causa de muerte fue suicidio, para describir su evolución entre los años 2001 y 2011. Se registró la información referente a métodos de suicidios, edades, sexos, temporalidad, sectores urbanos o rurales, estado civil y relación con tóxicos; los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. El método por ahorcamiento fue el más prevalente, explicando el 83,3% de los suicidios, con mayor frecuencia los años 2007, 2008 y 2011, y mayor estacionalidad en marzo, octubre, noviembre y diciembre, preferentemente en personas entre los 13-22 años, hombres y solteros. Sólo el 44,55% se asoció al consumo de alcohol. El ahorcamiento sigue siendo el método de suicidio más común, y coincide con la tendencia mundial del suicidio infanto juvenil. Los meses de mayor frecuencia coinciden con una mayor luminosidad, de primavera o festivos, donde aumentan los trastornos del estado de ánimo. Es interesante que no existe una relación significativa con la ingesta de alcohol, ya que la literatura reporta una fuerte relación con el suicidio. Llama la atención que posterior al terremoto-maremoto de febrero del año 2010, no existe un incremento significativo de estos casos. En general, los datos muestran una tendencia coincidente a los del resto del país (Chile); sin embargo, en forma particular, Constitución muestra algunas diferencias, posiblemente por características población-específica.

Abstract

Currently, Chile has a suicide rate of 18.5 and 3.2 deaths for men and women, respectively, per 100,000 inhabitants. In this cumulative prevalence study we reviewed all autopsies performed at the Forensic Service of Constitution city in which the cause of death was suicide, in order to describe their evolution between 2001 and 2011. We recorded information about methods of suicide, age, gender, temporality, urban or rural, marital status, and toxicology. Data were analyzed using descriptive statistics. The method by hanging was the most prevalent, accounting for 83.3% of suicides, occurring most often in the years 2007, 2008 and 2011, and showing increased seasonality in March, October, November and December, preferably in the 13 to 22 year-old age group and in unmarried men. Only 44.55% was associated with alcohol consumption. Hanging is still the most common method of

suicide, and coincides with the global trend of child and adolescent suicide. The periods of greatest frequency coincide with brighter days, spring or holidays, in which mood disorders tend to increase. Interestingly, no significant relationship with alcohol intake was found, whereas the literature reports a strong relationship with suicide. It is noteworthy that after the earthquake-tsunami of February 2010, there was no significant increase in suicide rates. Overall, the data show a trend consistent with the rest of the country (Chile); however, Constitución deviates somewhat, possibly due to population-specific characteristics.

Introducción

El suicidio es un tema de gran importancia epidemiológica, llegando a ser la tercera causa de muerte en adolescentes a nivel mundial¹. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que en el año 2000 hubo 1 suicidio cada 40 segundos y 1 intento de suicidio cada 3 segundos, tendencia que podría elevar la cifra global de suicidios en un 50% en el 2020, agravando la situación mundial, panorama que hace necesario estimar el suicidio como un problema tanto de salud pública como de salud mental, que posee aristas biológicas, psicoemocionales, socioeconómicas y culturales². Progresivamente se observan conductas suicidas en etapas más tempranas del desarrollo infanto-juvenil³.

Los aspectos relacionados al suicidio contemplan una amplia gama de manifestaciones, desde las ideas de muerte hasta el suicidio consumado. Se han realizado importantes esfuerzos para unificar la nomenclatura con el fin de facilitar la investigación en esta área.

En general hay una policausalidad y una pluralidad de fenómenos en una persona que se encuentra en crisis⁴. Esta conducta está asociada a ciertas dimensiones como son:

- La intencionalidad de morir.
- La conducta autoinflingida.
- El resultado de dicha conducta referida a letalidad.

En base a ellas se han desarrollado definiciones operativas de suicidio^{5,6}.

Cuando se produce una muerte repentina en circunstancias "sospechosas", jueces, policías y forenses se encuentran con responsabilidades distintas que no consisten simplemente en decidir si se ha cometido o no un crimen⁴.

En Chile el estudio del suicidio consumado se basa principalmente en los datos proporcionados por el servicio médico legal, éstos son una primera aproximación al fenómeno en la ciudad de Constitución^{7,8,9,10,11}, con una relevancia particular dado los desastres naturales ocurridos el 27 de febrero del año 2010. Lo anterior, ya que los comportamientos suicidas pueden surgir a raíz de los desastres naturales¹², como se ha observado en Japón¹³.

Con estos antecedentes, el objetivo del presente estudio es describir el comportamiento de los suicidios consumados en Constitución entre los años 2001 y 2011,

a través de los datos obtenidos del servicio médico legal de esta ciudad.

Método

Se realizó una investigación de prevalencia acumulada, donde se revisaron todos los protocolos de autopsias realizadas en el Servicio Médico Legal de Constitución entre los años 2001 y 2011. Durante el desarrollo de la investigación y la obtención de datos se respetó el anonimato y la dignidad de los fallecidos implicados. Las autopsias fueron practicadas por diferentes médicos, con temporalidades diferentes, lo que hizo difícil poder lograr criterios únicos para el estudio.

Fueron revisados todos aquellos protocolos de autopsia en que el médico forense rotuló el suicidio como intención de la muerte, teniendo especial cuidado en excluir aquellos casos que inicialmente fueron rotulados como suicidio y que posteriormente terminaron siendo de causa homicida.

Se incluyeron las fichas que tenían datos de edad, sexo, año de fallecimiento, estacionalidad, situación urbana o rural, estado civil, modalidad de suicidio y relación con el índice de alcohol en la sangre. Fueron excluidos del estudio las fichas que no presentaban alguno de estos datos o que eran ilegibles.

Un total de 66 fichas fueron seleccionadas ya que cumplían con describir las características de los fallecidos, y los métodos y condiciones en que se produjo la muerte.

Para extraer la información se creó una ficha y se construyó una base de datos validada en planilla Excel, de doble entrada, donde se recopiló la mayor cantidad de información. En un análisis estadístico preliminar se determinó el método más utilizado en la mayoría de las muertes por suicidio, dejando de lado al resto de los métodos con nula significación estadística ($p < 0,05$). Sobre ésta información se realizó el análisis estadístico descriptivo de los parámetros edad, sexo, año de fallecimiento, estacionalidad, situación urbana o rural, estado civil, y relación con el índice de alcohol en la sangre.

Resultados

El método de suicidio más frecuente en el periodo estudiado 2001-2011 fue la asfixia por ahorcamiento en un 83,3% de la muestra (55 casos), seguido por el uso de armas de fuego con un 7,5% (5 casos) y uso de arma

blanca en el 3% (2 casos). Otros métodos no fueron observados (Figura 1).

Según la estacionalidad, los meses con mayor incidencia de suicidios al año corresponden a marzo, octubre y noviembre con 9 casos cada mes, lo que en suma corresponden a un 40,9% del total, seguidos del mes de diciembre con 8 casos que corresponde a un 12,1% (Figura 2).

Según edad, la mayor frecuencia de quienes se suicidan por ahorcamiento se observó entre los 13 y 22 años con un 27,2%, y un 20% entre los 33 y 42 años (Figura 3).

Según género, hubo una mayor incidencia del sexo masculino con un 85,4% por sobre el femenino con un 14,5% en las personas que murieron por ahorcamiento (Figura 4).

Además, en la categoría de suicidios por arma de fuego, que fue la segunda más utilizada en el periodo estudiado, se observó que el 100% de los casos corresponde a individuos del sexo masculino.

Por estado civil, la mayor incidencia de ahorcamiento se presenta en las personas solteras 63,6%, sobre las casadas con un 30,9% (Figura 5).

El nivel de alcohol en la sangre de quienes se ahorcaron, muestra una relación entre la muerte por ahorcamiento y el resultado de la alcoholemia, donde un 54,5% no presentó nivel de alcohol en sangre; un 27,2% se encontraban en estado de ebriedad y un 18,1% se encontraba bajo la influencia del alcohol (Figura 6).

Se muestra que el mayor número de suicidios por ahorcamiento ocurrió en el año 2008 14,5%, seguido por una bimodal entre los años 2007 y 2011 con un 12,7% respectivamente (Figura 7).

Al comparar el lugar de origen (rural o urbano) de las personas que se suicidan por ahorcamiento no se encontraron diferencias significativas, las personas de origen rural presentaron un 50,9% y urbano con un 49,1% (Figura 8).

Discusión

En Chile, el suicidio es la segunda causa de muerte no natural más frecuente, sólo lo superan aquellas muertes producto de accidentes del tránsito¹⁴, lo cual también es observado en Constitución, donde el suicidio por ahorcamiento fue el método más utilizado por las personas, llegando a un 83,3%, seguido por el suicidio con uso de armas de fuego con un 7,5% de los casos, donde el sexo masculino predominó en el 85,4% y 100% de los casos, respectivamente.

La mayor estacionalidad se observó en los meses de marzo, octubre, noviembre y diciembre. Situación que coincide con la tendencia a que los meses de mayor luminosidad, de primavera o festivos, son habitualmente en los que existe una mayor incidencia en el incremento

de los trastornos del estado de ánimo. Esto concuerda con lo observado por Madariaga et al². en la región de Tarapacá, donde los meses del año con mayor número de suicidios son marzo y diciembre, para quienes, estos meses están marcados por la alta exigencia económica asociada a la inducción al consumo, como también a necesidades de reunión familiar.

En lo particular, las personas que utilizan el método del ahorcamiento, son con mayor frecuencia los entre 13 y 22 años (27,32%). Coincidente con la tendencia mundial a un incremento en el suicidio infanto juvenil^{1,3}.

Según género, el suicidio en Chile presenta interesantes tendencias. Nuestros resultados coinciden con que es un fenómeno que va en aumento y que mayoritariamente es masculino (85,4%), y que el número de mujeres suicidas constituye 1/5 del número de hombres. Investigadores franceses, analizando el caso europeo, se sorprendían 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 otros¹³. Esto coincide con los datos que revelan que la mayor tasa de suicidio en Constitución se observa en personas solteras (63,6%).

Nos llama la atención que el 54,5% de las personas suicidas en Constitución presentaran niveles de alcohol en sangre nulos 54,5%, ya que esperábamos una mayor relación entre la ingesta de alcohol y el suicidio.

No existieron diferencias dependientes de su origen rural o urbano. Según Madariaga et al². en la región de Tarapacá existen tasas más elevadas en las comunas rurales que en las urbanas, lo que puede deberse a la densidad poblacional sensiblemente menor donde un número ínfimo de casos de suicidios produce un alto impacto estadístico dado que el cálculo de tasas está hecho sobre 100.000 habitantes, lo que también se observó en el estudio de Arica con poblaciones similares. Posiblemente, en el caso de Constitución, la ausencia de diferencia se debe a que existe una gran cantidad de comunidades rurales que circundan la zona urbana, con una población similar.

Los años en que se registraron mayor número de suicidios por ahorcamiento fueron el 2007, 2008 y 2011 llamando la atención que posterior al terremoto-maremoto de febrero del año 2010 no existió un incremento significativo de estos casos. Este hecho es aún más interesante, al compararlo con otros similares. En una reciente revisión sistemática realizada por Kolves et al¹². el año 2012, describen que los comportamientos suicidas pueden surgir a raíz de los desastres naturales, donde los efectos de los terremotos en las conductas suicidas son los más estudiados, seguidos por los huracanes. Según los autores, existe una caída de los comportamientos suicidas en el primer período post-desastre, lo que se ha denominado como la fase de "luna de miel", lo que podría

explicar la baja tasa en Constitución el 2010 y el aumento en el 2011. Se ha reportado en algunos estudios un aumento retardado en los comportamientos suicidas. Es interesante que en un país sísmico como Japón, el número de suicidios aumentó tras el terremoto de Kobe en 1995, que mató a casi 6.500 personas. Sin embargo, la magnitud de la destrucción tras el tsunami del 11 de marzo de 2011, que afectó a 800 km de la costa noreste de Japón y dio lugar a una crisis nuclear en curso, ha afectado a muchas más personas y aún no muestra un incremento significativo, tal como se ha observado en Constitución¹³.

Una limitación de nuestro estudio es que las autopsias fueron practicadas por diferentes médicos, con temporalidades diferentes, lo que hizo difícil poder lograr criterios únicos para el estudio; además los diferentes médicos pudieron haber aplicado métodos o protocolos diferentes, lo cual puede implicar un sesgo en los resultados obtenidos.

En conclusión, nuestros datos se enmarcan dentro de la realidad nacional, sin embargo, en ciudades como Constitución, afectada por desastres naturales como el terremoto y posterior tsunami del año 2010, los comportamientos suicidas deberían seguir siendo vigilados durante varios años después.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Por su parte, el doctor Navia declara que ha realizado consultorías remuneradas para el Servicio de Salud del Maule y que también ha sido perito en la Comisión Médica Regional e Isapre Cruz Blanca. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable.

Colaboradores

Los autores declaran que han recibido colaboración de las siguientes personas en las funciones que se describen: María Monsalve Barriga, revisión de casos; Jaime Romero Vásquez, revisión de casos; Francisco Flores Ramírez, revisión estadística y Julio Manrique Ganzúr en transcripción y formato.

Referencias

1. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064-74. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Madariaga C, Gómez AG, Iriondo P, Savarese V, Taylor B, Ríos G. Prevalencia del Suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2008. *Rev chil neuro-psiquiatr*. 2010 Sep;48(3):197-206. [↑](#) | [CrossRef](#) |
3. Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*. 2005 Jun;4(2):114-20. [↑](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) | [Link](#) |
4. Cardini F. Técnicas de Investigación Criminal. Buenos Aires: Editorial Dunken, 2004. [↑](#)
5. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Jun;37(3):264-77. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007 Jul;164(7):1035-43. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Baader T, Behne P, Molina JL, Gacitúa L, Yañez L, Urra E, et al. ¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena? Análisis de las tasas de suicidios y sus características sociodemográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Región de Los Ríos, entre los años 1996 a 2008. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2011;49(3):273-282. [↑](#) | [Link](#) |
8. Duarte D. Suicidio en Chile: un signo de exclusión. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 2007:158. [↑](#)
9. Méndez JC, Opgaard A, Reyes J. Suicidio en la Región de Antofagasta 1989-1999 ¿Existe una tendencia creciente? *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2001 Oct;39(4):296-302. [↑](#) | [Link](#) |
10. Oyarzo L, Cousiño C, Bravo MC, Rebina M. Investigación forense. Chile: Instituto Dr. Carlos Ybar, Servicio Médico Legal, 2011. [↑](#) | [Link](#) |
11. Kölves K, Kölves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. *J Affect Disord*. 2012 Aug 20. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
12. Blair G. Japan's suicide rate is expected to rise after triple disasters in March. *BMJ*. 2011 Sep 13;343:d5839. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
13. Nahuelpan E, Varas J. El suicidio en Chile: Analisis del fenomeno desde los datos médico legales, 2010. [on line] [↑](#) | [Link](#) |

Figuras

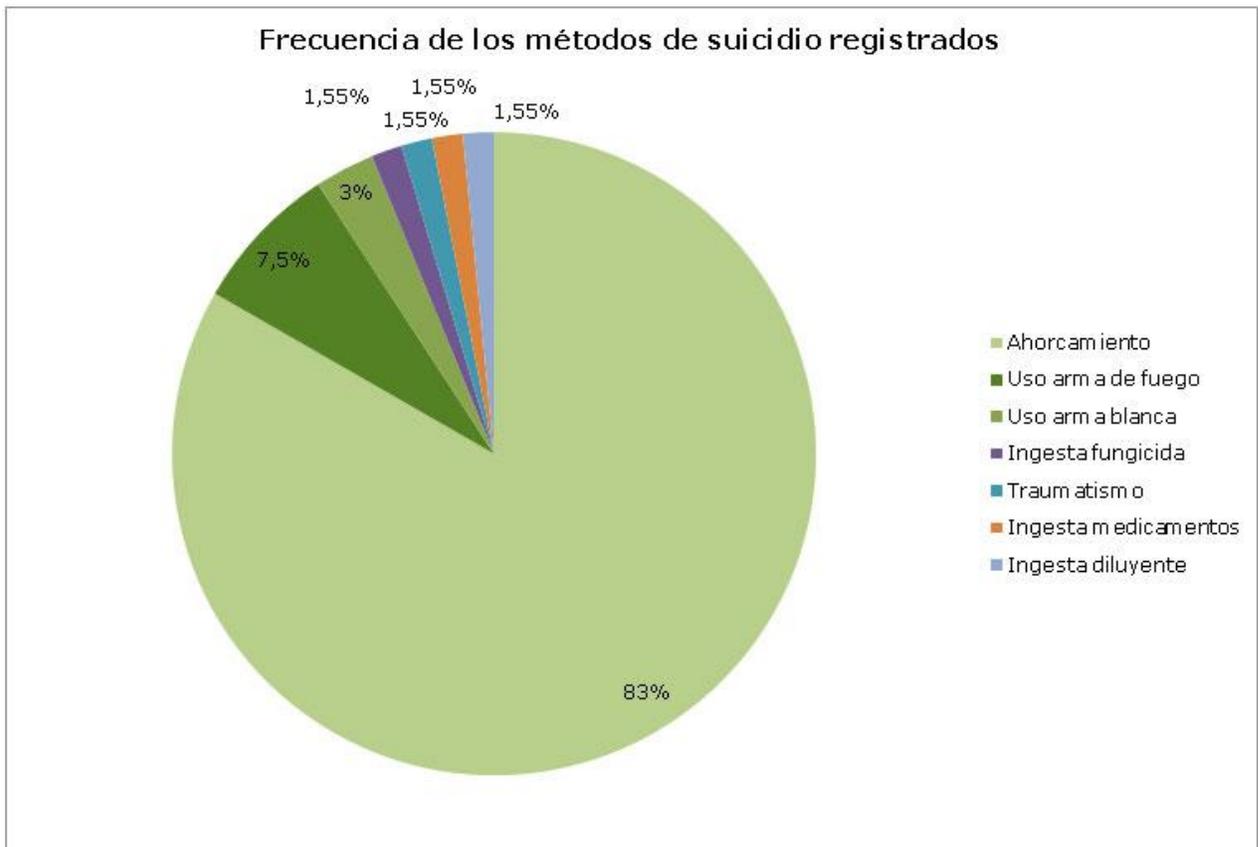


Figura 1. Porcentaje de frecuencia de los métodos de suicidios registrados en Constitución, Chile. Fuente: Servicio Médico Legal Constitución.

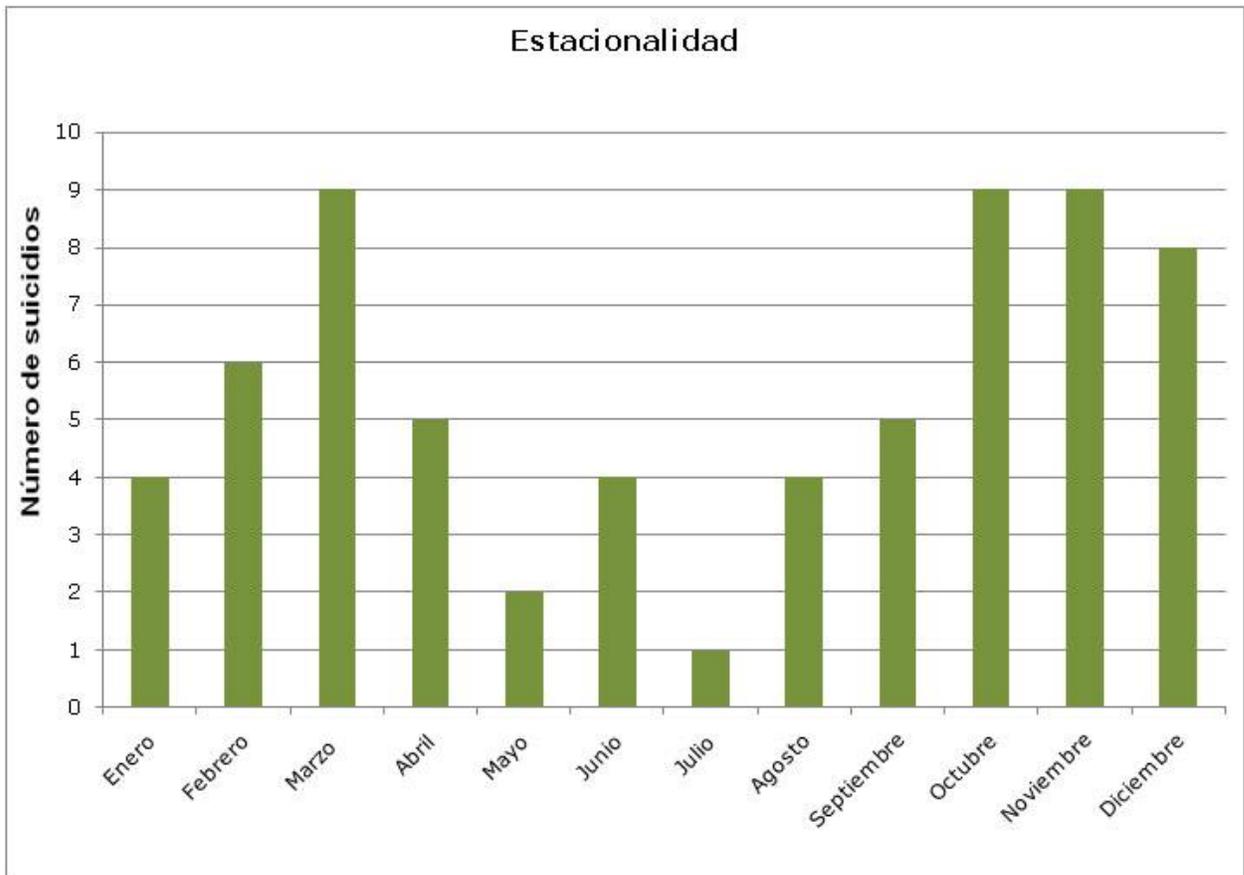


Figura 2. Meses con mayor incidencia de suicidios. Fuente: Servicio Médico Legal de Constitución.

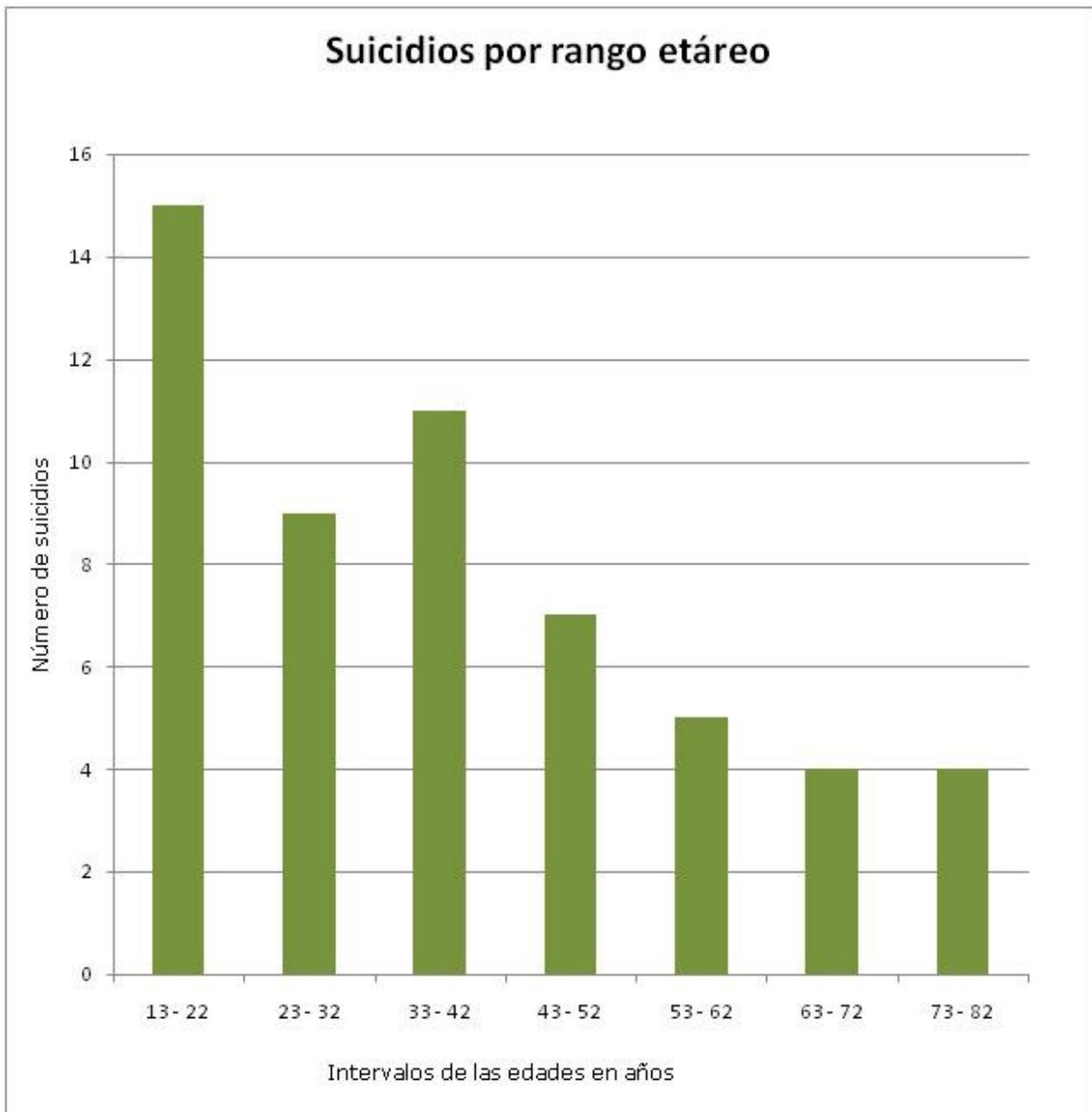


Figura 3. Número de suicidios por intervalos de edades. Fuente: Servicio Médico Legal de Constitución.

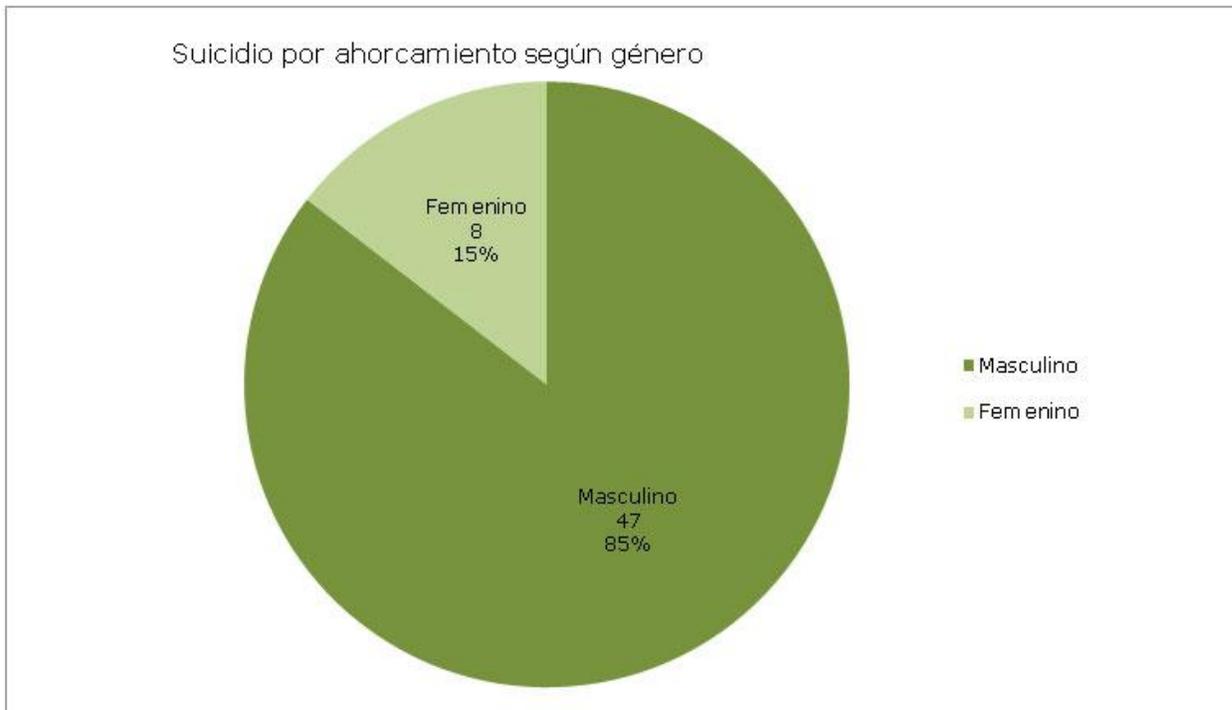


Figura 4. Suicidios por ahorcamiento según género. Fuente: Servicio Médico Legal de Constitución.

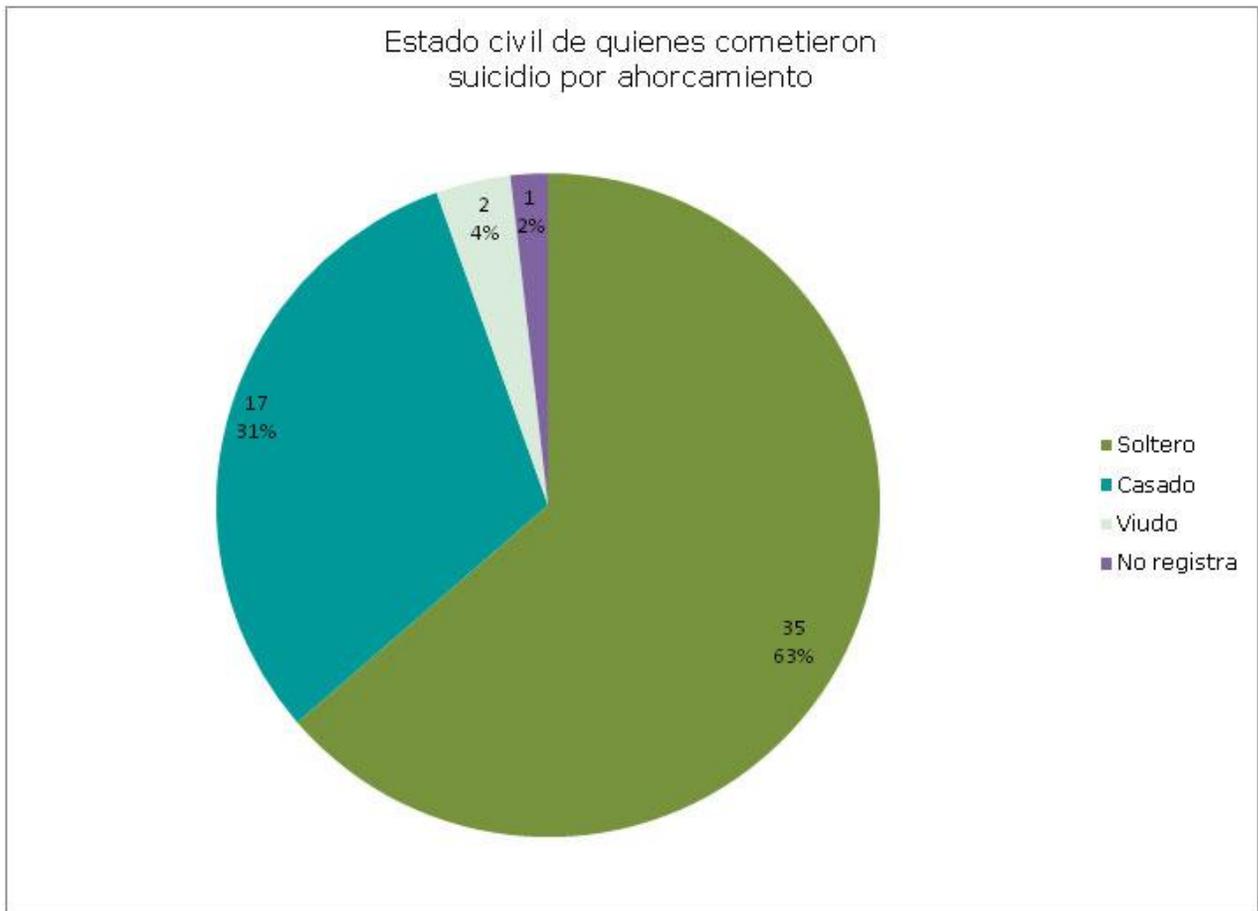


Figura 5. Estado civil de quienes cometieron suicidio por ahorcamiento. Fuente: Servicio Médico Legal de Constitución.

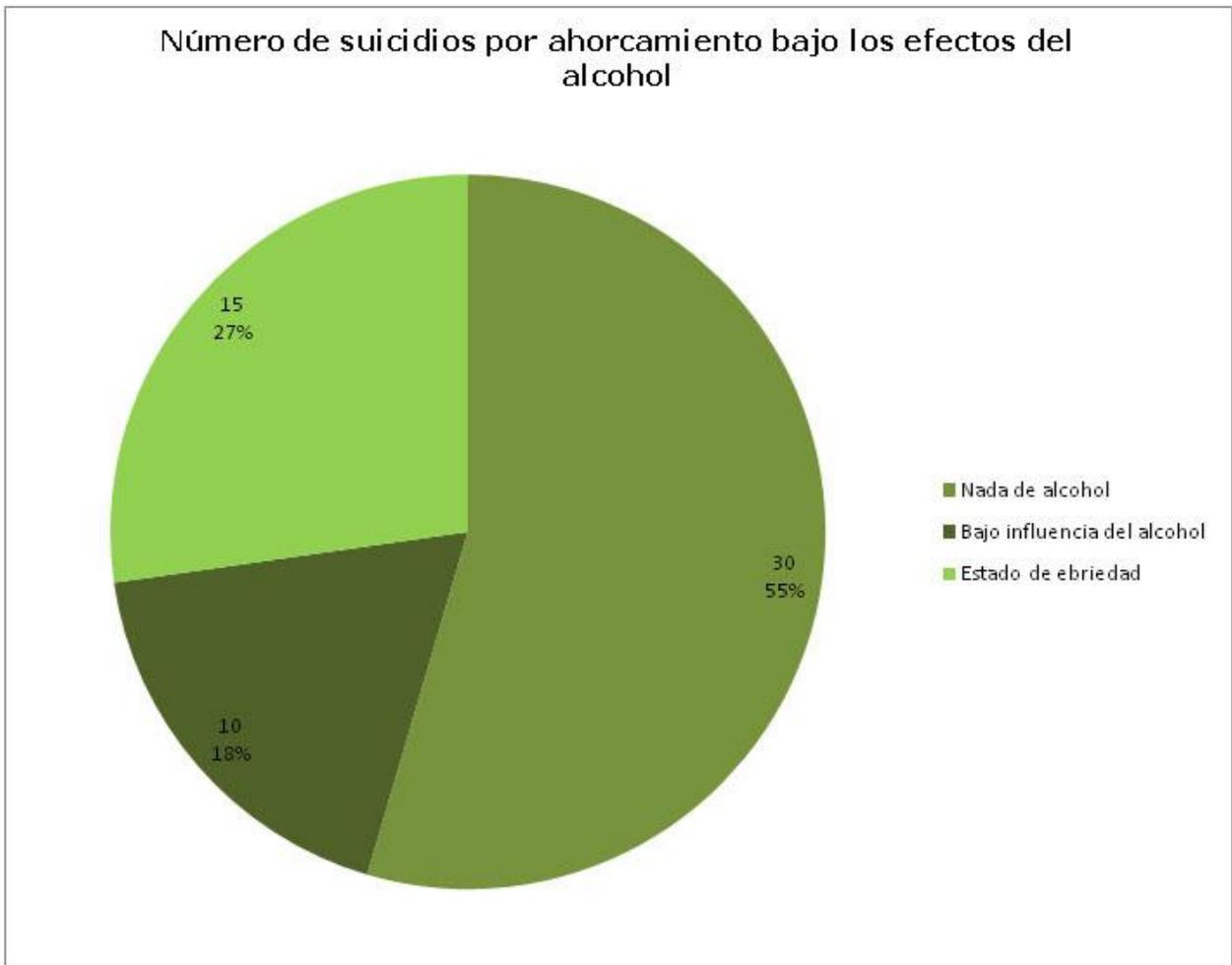


Figura 6. Nivel de alcohol de quienes se ahorcaron. Fuente: Servicio Médico Legal de Constitución.

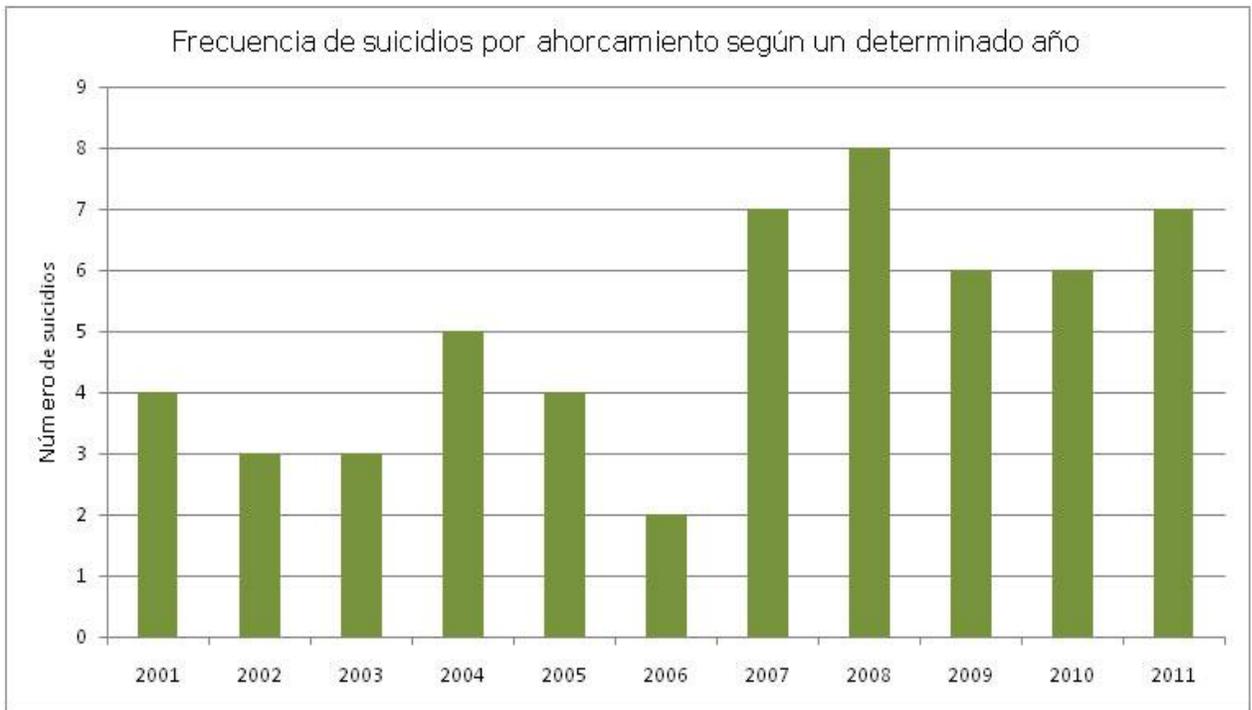


Figura 7. Frecuencia de suicidios por ahorcamiento según año. Fuente: Servicio Médico Legal de Constitución.

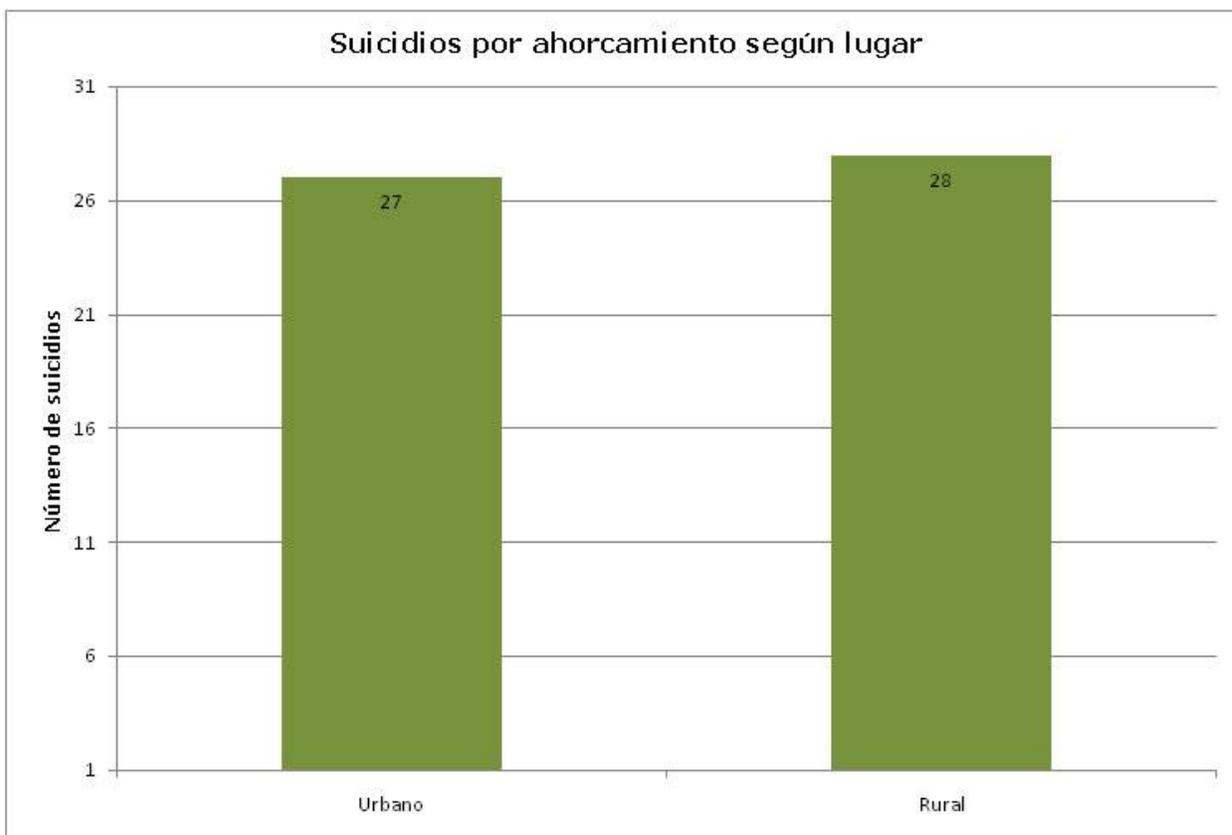
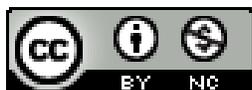


Figura 8. Suicidios por ahorcamiento según lugar. Fuente: Servicio Médico Legal de Constitución.

Correspondencia a:

⁽¹⁾Servicio Médico Legal de Constitución
Calle Hospital 200
Constitución, Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.