

¿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

Are the prevalence of suicides and their characteristics changing in the Chilean population? Analysis of suicide rates and their sociodemographic features, occurred in Valdivia province, current Los Ríos Region, from 1996 to 2008

Tomas Baader M.¹, Patricia Behne H.², José Luis Molina F.³, Lorena Gacitúa C.⁴, Lisette Yáñez M.⁵, Edmundo Urrea P.⁵ y Rocío Millán A.⁵

Introduction: Suicide is an important public health problem but largely preventable. In Chile, according to the WHO, in 2003 there was a suicide rate of 10,4 per 100.000 inhabitants with a growing tendency. **Objectives:** To analyze suicide rates and their sociodemographic features in Los Ríos region from 1996-2008. **Material and Methods:** Autopsy protocols belonging to Valdivia Legal Medical Service, from 1996 to 2008, were reviewed and entered the “suicide cases” to a predetermined pattern. We performed statistical analysis through Microsoft Excel 2007 and PASW Statistics v17.0 programs. Rates were analyzed with the test for difference between proportions and the rest of variables were compared using chi-square test. **Results:** There were 498 suicides during the studied period. Suicide rates showed a progressive increase, even reaching to 17,2 by 2005. According to gender, 413 deaths were men (82,9%) and 85 women (17,1%); the male/female ratio was 4,86/1. 58,16% were single or widow(er), and 41,84% were married or cohabitants ($p < 0,001$). The age ranged between 20-34 and 40-49 were prominent ($p < 0.001$). Women committed suicide more often than men at young ages, a situation which was reversed at older ages. 22,1% were unemployed and 77,9% employed ($p < 0.001$). Most suicides occurs at home, during daytime, by hanging ($p < 0.001$) without significant association with alcohol. **Conclusions:** The reported increase exceeded the national rates. The tendency is correlated to other publications; this is different in the employed status and the association of alcohol at the time of suicide. The numbers oblige further responsibility in their decrease and prevention.

Key words: Suicide, autopsy, Chile.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (3): 273-282

Recibido: 2/11/2010

Aprobado: 4/04/2011

Los autores no declararon posibles conflictos de intereses.

¹ PhD en Psiquiatría, Universidad de Heidelberg. Instituto de Neurociencias clínicas. Universidad Austral de Chile.

² Médico Forense. Servicio Médico Legal de Valdivia.

³ Mg en Psicología Jurídica y Forense de La Universidad de La Frontera. Psicólogo Forense. Servicio Médico Legal de Valdivia. Instituto de Neurociencias clínicas. Universidad Austral de Chile.

⁴ Psicóloga Forense. Servicio Médico Legal de Valdivia.

⁵ Estudiante de Medicina. Universidad Austral de Chile.

Introducción

El suicidio es un fenómeno tan antiguo como la existencia de la humanidad. A lo largo de la historia, las distintas culturas han considerado el suicidio de manera distinta según el pensamiento imperante. En el siglo XIX comienza su estudio desde un punto de vista médico y sociológico; con un posterior enfoque psicológico y de búsqueda de factores biológicos que puedan ser útiles en su prevención.

Es definido por Edwin Shneidman como “el acto humano consciente de causar la cesación de la propia vida, autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”¹.

Actualmente el suicidio constituye un problema de salud pública muy importante, pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones².

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de los países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001, según la OMS, los suicidios registrados superaron la cifra de muertes por homicidio (500.000) y por guerras (230.000)².

El impacto psicológico y social sobre la familia y la sociedad no es mensurable. En promedio, un suicidio afecta íntimamente a otras seis personas; y si ocurre en una institución o sitio de trabajo, afecta a cientos de ellas. La carga del suicidio puede estimarse en términos de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad). De acuerdo con este indicador, en 1998 el suicidio fue responsable del 1,8% del total de la carga de enfer-

medades a nivel mundial. Esto es igual a la carga debida a guerras y homicidios y casi el doble de la carga por diabetes³.

Según estadísticas de la OMS en Chile el año 2003 existía una tasa de suicidios de 10,4 por 100.000 habitantes, por sexo a los hombres corresponde 17,8 por 100.000 habitantes y a mujeres 3,1 por 100.000 habitantes, existiendo una tendencia creciente a lo largo de los años. Según edad las tasas más altas en hombres son sobre los 45 años y en mujeres entre los 25 y 54 años.

Este crecimiento sostenido y progresivo de las tasas de suicidio en Chile, se observan especialmente entre personas de 15 a 34 años⁴. En los años 2000 y 2001 se han alcanzado los máximos valores de los últimos 50 años, con una incidencia de 14,4 por 100.000 habitantes en mayores de 15 años⁵; en contraste con cifras relativamente bajas de suicidio en Latinoamérica respecto de países europeos y de la ex URSS⁴.

El riesgo de suicidio en la población general se encuentra asociado a: género masculino, variando la proporción hombre/mujer según país, y reaccionando cada género en distinto grado frente a cada uno de los factores de riesgo^{3,6}. Los grupos etarios mayores (por encima de 65 años) y menores (15-30 años)^{2,7}; y estados civiles adversos como divorcio, soltería o viudez^{2,8,9,10}.

Mientras mayor es la desventaja socioeconómica que una persona sufre, mayor es el riesgo de suicidio, principalmente para hombres. Las inequidades socioeconómicas en el suicidio son un fenómeno generalizado en Europa occidental, pero los patrones y magnitudes de ésta varían entre los diferentes países^{2,9,10,11}. La insatisfacción con la propia vida tiene un efecto a largo plazo en el riesgo suicida¹². Procesos psicopatológicos específicos de la edad y factores protectores y de riesgo pueden definir el riesgo de suicidio en cada grupo demográfico¹³. Se plantea que las adolescentes latinas presentan especiales condicionantes de riesgos asociadas a las expectativas de su rol de género en la cultura latinoamericana¹⁴.

Trastornos psiquiátricos, intentos previos de suicidio o de autoagresión, antecedentes familiares de suicidio, eventos traumáticos en la infancia y

abuso de sustancias (alcohol) están muy fuertemente asociados con el riesgo de suicidio^{2,6,9, 15}; siendo el antecedente de una hospitalización por enfermedad mental el factor de riesgo más marcado de suicidio tanto en hombres como en mujeres⁶. La intervención y el manejo de los eventos de pérdida y episodios depresivos mayores entre individuos emocionalmente inestables con una tendencia familiar de conducta suicida, frecuentemente asociado a comorbilidad con dependencia al alcohol u otras sustancias, pueden demostrar la mayor efectividad en prevención de suicidio en diferentes poblaciones¹⁶; al respecto Baader *et al* señala que un 96% de los pacientes que ingresan a una clínica psiquiátrica debido a un intento de suicidio, no cometen suicidio durante el tratamiento ni después de finalizado éste¹⁷.

Los métodos de suicidio varían entre las diferentes poblaciones, siendo los métodos violentos los más frecuentes, destacando entre ellos, principalmente el ahorcamiento^{18,19}.

Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales. La identificación temprana y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Asimismo, existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo, y así se ha observado en países como Finlandia y el Reino Unido. Las intervenciones basadas en el principio de conexión social y el fácil acceso a la ayuda, como las líneas de ayuda benévola y los programas de chequeo telefónico de las personas de edad, han tenido resultados alentadores. Además, las intervenciones psicosociales, los centros de prevención del suicidio y la prevención escolar son todas ellas estrategias prometedoras². Al respecto, destaca la intervención en prevención de las conductas suicidas en Nuremberg realizada por Hegerl et al y que tuvo resultados significativos en la reducción de estas (24% entre 2000-2002)²⁰ y

que posteriormente ha sido implementada en otros 16 países europeos con similares resultados²¹.

Los estudios en Chile señalan que los hombres cometen suicidio siete veces más que las mujeres. La frecuencia de suicidio en los hombres aumenta con la edad, mientras que en las mujeres la tasa máxima se observa entre los 15 y 24 años⁵. Otro estudio señala que en ambos sexos más de dos tercios de los casos ocurren en menores de 45 años²².

La mayoría de los suicidios ocurren en los meses de enero, septiembre y noviembre; preferentemente en estación de primavera²³.

Retamal et al señala que en nuestro país el principal método de suicidio es el ahorcamiento²⁴.

Existe correlación significativa entre las tasas de desempleo (del año previo al suicidio) y las de suicidio en los hombres en edad laboralmente activa⁵, el análisis de las tasas de suicidio en el país para 1981 a 2003 muestra una curva accidentada ascendente, y correlacionada con algunos resultados económicos tales como la curva del Producto Interno Bruto⁴.

Objetivos

Analizar las tasas de suicidios ocurridos en la provincia de Valdivia, actual XIV Región de Los Ríos, desde los años 1996 a 2008, estudiando su prevalencia y proyección a lo largo de los años comparándolas con las tasas existentes en el país, Latinoamérica y a nivel mundial.

Caracterizar a la población suicida y el contexto en el que ocurre, dilucidando los factores asociados y/o de riesgo existentes, con el fin de mostrar y dimensionar la realidad local existente; y pesquisar las variables importantes a intervenir, dirigiendo futuras políticas preventivas.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal; mediante la revisión de Protocolos de Autopsia del Servicio Médico Legal (SML) de Valdivia desde los años 1996 a 2008; definiendo como "caso de suicidio" aquellas muertes calificadas como tal en los Informes de autopsia o Ampliaciones del mismo, y a aquellas que, en caso de duda,

fueron confirmadas en los registros de la Policía de Investigaciones de Valdivia. Los datos fueron tabulados, aplicando una pauta preestablecida que incluía las variables de sexo, edad, estado civil, ocupación, domicilio, lugar, fecha y hora de fallecimiento, método o causa de muerte y resultado del test de alcoholemia. Estos datos fueron analizados estadísticamente por medio del programa Microsoft Excel 2007 y el Software estadístico PASW Statistics versión 17; para la evaluación de diferencias de tasas, se utilizó la prueba de diferencia de proporciones²⁵ y para comparar las diferencias entre las demás variables se utilizó la prueba χ^{26} .

Resultados

En la Región de Los Ríos se registraron un total de 498 muertes por suicidio en el período en estudio. Las tasas de suicidio señalan un importante y progresivo aumento a lo largo de los años, alcanzando tasas de 17,2 y 16,52 en los años 2005 y 2007 respectivamente (Figura 1). Al evaluar las diferencias entre las tasas de suicidios cada cuatro años se encontraron diferencias significativas entre los cuatrienios: 1998-2002, 2000-2004, 2001-2005 y 2003-2007 (Tabla 1).

La distribución por género y por estado civil de los fallecidos, se presenta en la Tabla 2, mostrando diferencia significativa dentro de cada variable.

Se registran suicidios en todos los rangos etarios a partir de los 10 años; con frecuencias mayores en los rangos de 20 a 34 y de 40 a 49 años ($p < 0,001$).

Según edad y sexo, observamos que las mujeres cometen suicidios en mayor porcentaje a edades tempranas (entre 11 a 20 años), en cambio los hombres cometen suicidios más frecuentemente en edad adulta (entre 41 a 50 años) (Figura 2).

Al momento del suicidio un 22,1% se encontraba desempleado, ya sea cesante o jubilado, y un 77,9% se encontraba con empleo; existiendo diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos ($p < 0,001$). El tipo de empleo observado, de los tres últimos años del período en estudio, muestra un 18,2% de profesionales o técnicos; y la gran mayoría corresponde a trabajos de ingresos bajos como trabajadores de la construcción u obreros, y trabajadores agrícolas.

Tabla 1. Diferencia de tasas de suicidio cada cuatro años por 100.000 habitantes

Años	dif	Z	p
1996 - 2000	-0,98	-0,5681442	ns
1997 - 2001	-1,79	-0,9617190	ns
1998 - 2002	-4,78	-2,2405857	*
1999 - 2003	-1,44	-0,6369395	ns
2000 - 2004	-10,14	-4,1759973	**
2001 - 2005	-10,06	-3,9242314	**
2002 - 2006	-1,93	-0,7723004	ns
2003 - 2007	-7,15	-2,4270043	*
2004 - 2008	1,33	0,4665786	ns

ns = no significativo; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,001$.

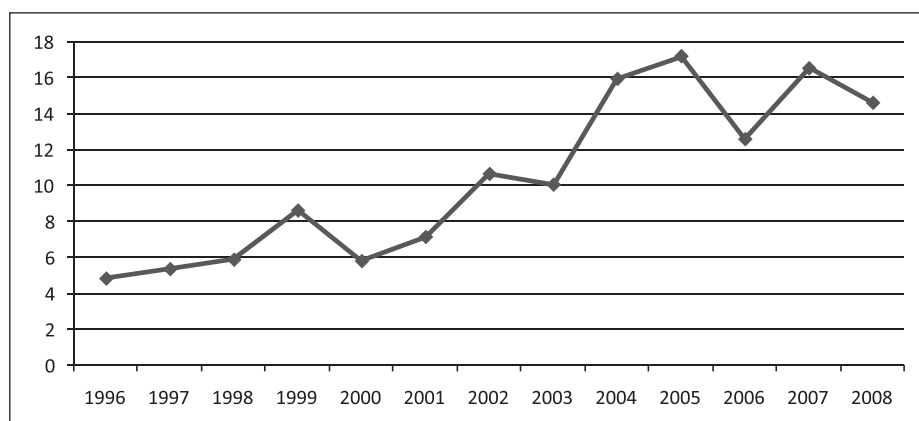


Figura 1. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes Servicio Médico Legal de Valdivia, años 1996-2008.

Tabla 2. Distribución de frecuencias y estadísticos para las variables estudiadas

Variable	Valor de la variable	n de casos	% del total	p
Género	Masculino	413	82,9	< 0,001
	Femenino	85	17,1	
Estado Civil	Solteros y viudos	361	72,5	< 0,001
	Casados y convivientes	137	27,5	
Estado laboral ^a	Cesantes y jubilados	109	22,1	< 0,001
	Estudiantes, trabajadores y dueñas de casa	385	77,9	
Hora de ocurrencia del suicidio ^a	Entre las 19:00 y las 06:59 horas	171	34,4	< 0,001
	Entre las 07:00 y las 18:59 horas	326	65,6	
Lugar de ocurrencia del suicidio ^a	Domicilio	337	68,4	< 0,001
	Fuera del domicilio	156	31,6	
Estacionalidad	Verano	129	25,9	0,938
	Otoño	121	24,3	
	Invierno	121	24,3	
	Primavera	127	25,5	
Método utilizado para el suicidio	Intoxicación farmacológica	26	5,2	< 0,001
	Ahorcamiento	380	76,3	
	Caída de altura	5	1,0	
	Herida por arma de fuego	54	10,8	
	Quemaduras auto-infringidas	5	1,0	
	Herida por arma blanca	3	0,6	
	Asfixia	23	4,6	
	Asfixia por sofocación	1	0,2	
	Intoxicación por monóxido de carbono	1	0,2	
	Alcoholemia positiva ^a	No	258	
Sí		237	47,9	

^aEn estas variables, no se contó con la totalidad de los datos para todos los suicidios, se analizaron de acuerdo a los datos válidos.

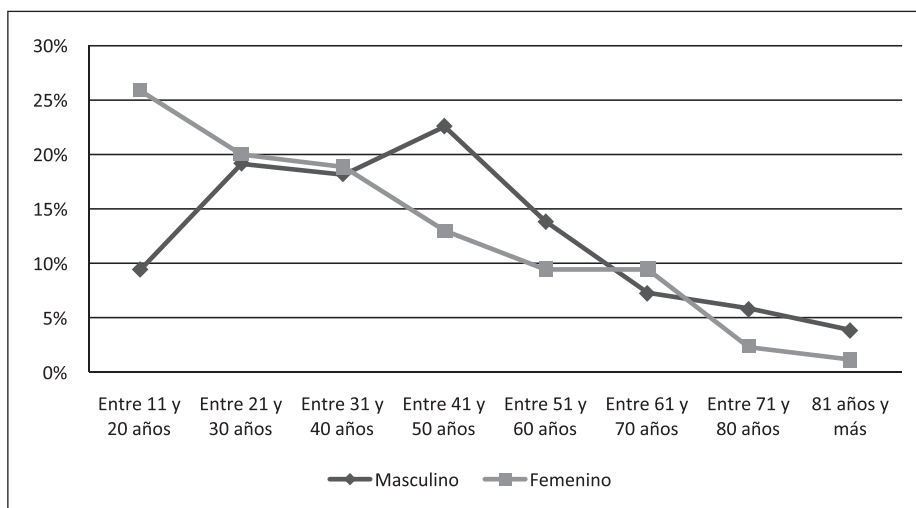


Figura 2. Distribución de suicidios según sexo por rangos etarios cada 10 años, Región de los Ríos, 1996-2008.

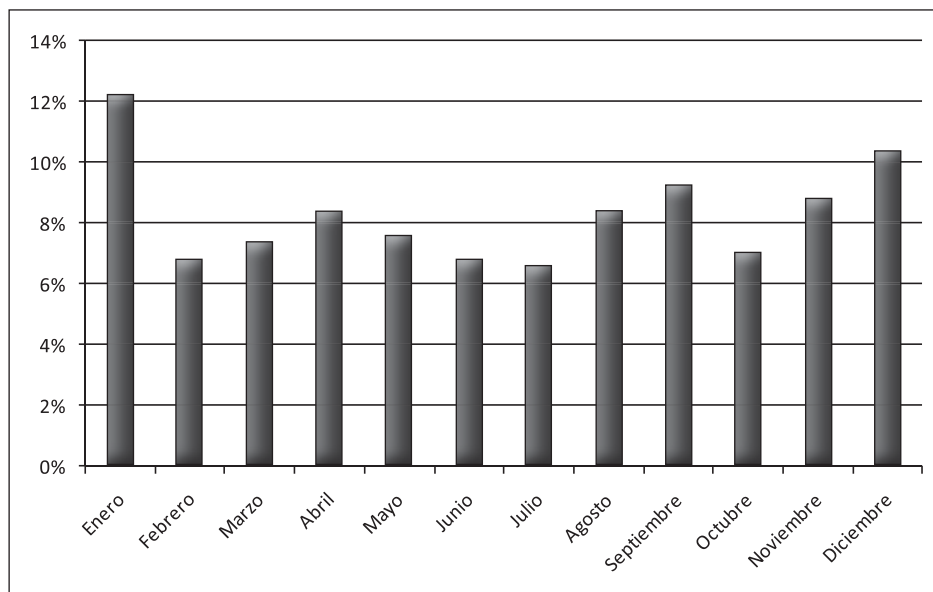


Figura 3. Distribución de suicidios según mes de ocurrencia, años 1996-2008; $p > 0,05$.

La estacionalidad muestra una distribución homogénea de suicidios durante el año, con un porcentaje levemente mayor en verano de 25,9%, diferencia que no es estadísticamente significativa (Tabla 2).

La distribución mensual es detallada en la Figura 3, observándose alzas en los meses de enero (12,2%) y diciembre (10,4%), sin diferencia significativa entre ellas ($p > 0,05$).

La distribución horaria, el lugar de ocurrencia del fallecimiento y la asociación a alcohol con el acto de suicidio son detallados en la Tabla 2.

En la gran mayoría de los casos el método empleado corresponde a ahorcamiento para ambos sexos, con un 78,5% para hombres y un 65,9% para mujeres; mientras que el segundo método empleado con mayor frecuencia es herida por arma de fuego (11,6%) en hombres e intoxicación farmacológica (14,1%) en mujeres, existiendo una diferencia significativa en el método utilizado ($p < 0,001$).

Discusión

Las tasas de suicidio a nivel mundial se han incrementado en un 60% en los últimos 50 años, y este aumento ha sido especialmente significativo

en los países en desarrollo²⁷. Si bien Latinoamérica posee las tasas más bajas, su aumento es notable, tal como se muestra en estudios nacionales^{5,22}. El aumento progresivo registrado en la Región de los Ríos ha llegado a sobrepasar la tasa nacional de 10,8 (Tasa de suicidio en Chile año 2004, Ministerio de Salud), y los registros existentes del país.

Es importante mencionar que en distintas publicaciones se señalan las limitaciones del registro del suicidio, hecho que también ocurre en nuestro país; existiendo previo al año 2000 un importante sub registro, aminorado por un mejoramiento del registro estadístico de ese año. Lo que explica en gran parte el quiebre en la tendencia y desde donde se observa un aumento más constante de las muertes.

La importante diferencia por géneros es apoyada por la tendencia de la gran mayoría de la literatura existente. Si bien se observan suicidios a lo largo de toda la vida, las mayores frecuencias se dan en los rangos etarios de 20 a 34 y de 40 a 49 años, correspondiendo a edades laboralmente activas. La OMS señala que el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte entre la población de edad comprendida entre los 15 y los 34 años; rango que se corresponde con una de nuestras mayores incidencias. Destaca la alta frecuencia de

suicidios femeninos a edades más tempranas, hecho que también se observa en otras publicaciones nacionales⁵; y en estudios que muestran un mayor riesgo de suicidio en mujeres adolescentes latinas¹⁴. Resultados que orienta a enfocar la detección de factores de riesgo y la prevención a este grupo de la población.

En cuanto a la diferencia de géneros, es importante destacar lo que Langhinrichsen *et al.*, señala como la “Paradoja del género”; concepto que describe la evidencia de que las mujeres intentan suicidarse con más frecuencia que los hombres, pero siendo éste finalmente concretado más en hombres que en mujeres; por lo que la pesquisa en el género masculino debe considerar su riesgo de suicidio, aún cuando no existan intentos previos. Lo que deja de manifiesto la necesidad de utilizar, además de las tradicionales medidas directas de auto-informe, medidas indirectas que contemplen aspectos no sólo individuales, sino también contextuales, que incorporen aspectos como la cultura y el género¹⁴; en este sentido es de gran utilidad la ventaja que implicaría la mejora en el sistema de registro de los casos de suicidios, incluyendo estos “factores de contexto”, permitiendo pesquisar las diferencias que llevan al suicidio en cada uno de los géneros y dilucidar los factores de riesgo diferenciales que hay para hombres y mujeres en determinados rangos etarios para nuestra población. Surgiendo a partir de estos hallazgos hipótesis para futuras investigaciones que permitan profundizar en aspectos como los eventos traumáticos en la infancia como un factor que implica factores individuales y de contexto que posiblemente incidirían en la concreción de los suicidios.

Por otro lado, llama la atención la importante y significativa cantidad de personas laboralmente activas al momento del suicidio, lo que se contrapone con la literatura que señala asociación con el desempleo. Sin embargo, la gran mayoría de los empleos dan cuenta de un nivel socioeconómico bajo, ya que corresponden a empleos esporádicos y/o de salarios bajos, hecho que requiere un estudio más exhaustivo por ser un aspecto señalado como factor de riesgo en las diferentes publicaciones al respecto^{5,8,9}.

La estacionalidad ha sido un tema controversial que muestra asociación en algunos estudios^{21,28}. Nuestra distribución al respecto, si bien muestra un ligero aumento de frecuencias en primavera; la diferencia no es estadísticamente significativa entre éstas. La distribución mensual muestra leves alzas en los meses de enero y diciembre correlacionándose con la literatura nacional²¹.

La tendencia diurna del suicidio es importante, correlacionándose con algunas publicaciones que desarrollan este tema²⁹. Aunque Schmidt *et al.* destaca una alta frecuencia de suicidios en el rango 0-6 horas en personas jóvenes³⁰. Las investigaciones al respecto son escasas, tornándose necesario profundizar en nuevos estudios que contemplen los horarios en que se producen las muertes; siendo relevante a la hora de implementar estrategias preventivas en la población en riesgo.

El marcado índice de suicidio por medio de ahorcamiento se correlaciona con la literatura nacional⁵ y extranjera que señala un predominio de los métodos violentos^{14,16,17}. Los que tienden a ser realizados en el domicilio del fallecido²⁹, diferencia que en este estudio es significativa.

Si bien la literatura señala una asociación con el uso de alcohol en el suicidio^{2,9,16}, nuestro estudio muestra que no existe diferencia significativa entre presencia o ausencia de alcohol al momento de cometer el suicidio. No obstante, es necesario precisar que aproximadamente de cada dos personas que cometen suicidio, una lo ha concretado habiendo consumido alcohol; y al hacer la diferencia por géneros, se aprecia que de cada dos hombres que se suicidan, uno ha estado bajo su influencia, y en el caso de las mujeres, tres de cada diez.

La distribución que se muestra, permite orientar las políticas preventivas hacia las variantes más frecuentes, así como al desarrollo de próximas investigaciones que amplíen la visión de esta problemática, incidiendo en futuros índices más alentadores del fallecimiento por esta causa.

Es importante destacar, que estas cifras y las de otros autores nacionales publicadas anteriormente en el país, obligan a una reflexión profunda de nuestra responsabilidad como expertos en el área, en el desarrollo de estrategias de prevención

y reducción del impacto del suicidio en Chile. Cuando ya tenemos cifras más detalladas y algunos factores de riesgo, debemos hacer todos un esfuerzo real por estructurar y proponer programas de prevención, los que el Ministerio de Salud ya ha acogido y comenzado a desarrollar, pero que deben ser profundizados y sistematizados en base a la experiencia local e internacional. Nuestro trabajo busca aportar en este sentido a la discusión y participar activamente en la planificación de estas estrategias.

Con respecto a lo anterior y considerando que la depresión es una de las patologías psiquiátricas más relacionada con los suicidios, el proyecto Alianza Europea Contra la Depresión (EAAD) pretende mejorar los déficits en el diagnóstico y en el tratamiento de la misma mediante un programa de intervención constituido por 4 niveles de actuación y que se lleva a cabo en varias regiones

europeas. El concepto básico principal de los 4 niveles de intervención está basado en la experiencia de la “Nuremberg Alliance Against Depression”, un proyecto realizado en el marco de la “German Research Network on Depression and Suicidality”. Los 4 niveles de intervención son: cooperación con los médicos de familia, campaña informativa, ayuda a pacientes y familiares (grupos de autoayuda) y cooperación con otros estamentos.

Los resultados favorables obtenidos a partir de este programa de intervención (reducción del 24% de conductas suicidas entre 2000-2002)²⁰ son auspiciosos y nos instan a utilizarlo como modelo para ser desarrollado en nuestro medio adaptándolo a la realidad de nuestra región y país. Este proceso ya se ha comenzado con el desarrollo de un proyecto de intervención basado en este modelo y en asociación con la EAAD, para ser iniciado el 2012 en la región de los Ríos.

Resumen

Introducción: El suicidio constituye un problema de salud pública importante pero en gran medida prevenible. En Chile, según la OMS, el año 2003 hubo una tasa de suicidio de 10,4 por 100.000 habitantes con tendencia creciente. **Objetivos:** Analizar las tasas de suicidio y sus características sociodemográficas en la región de Los Ríos, años 1996-2008. **Material y Métodos:** Revisión de Protocolos de Autopsia del Servicio Médico Legal de Valdivia, años 1996-2008, ingresando los “casos de suicidio” a una pauta preestablecida. El análisis estadístico se realizó mediante el programa Microsoft Excel 2007 y PASW Statistics v17.0. Las tasas fueron analizadas a través de la prueba de diferencias de proporciones y las demás variables fueron comparadas con la prueba Ji cuadrado. **Resultados:** Hubo 498 suicidios en el período estudiado. Las tasas de suicidio mostraron un aumento progresivo, llegando a 17,2 el 2005. Respecto al género, 413 muertes fueron hombres (82,9%) y 85 mujeres (17,1%). La razón hombre/mujer fue de 4,86/1. El 72,8% eran solteros o viudos y 27,2% casados o convivientes ($p < 0,001$). Destacan los rangos etarios 20-34 y 40-49 ($p < 0,001$). Las mujeres se suicidaron con más frecuencia que los hombres en edades tempranas, situación que se invirtió en edades mayores. El 21,7% estaban desempleados y el 78,3% empleados ($p < 0,001$). La mayoría de los suicidios se producen en: domicilio, horario diurno, por ahorcamiento ($p < 0,001$), sin asociación a alcohol significativa. **Conclusión:** El aumento registrado sobrepasa las tasas nacionales. La tendencia se correlaciona con otras publicaciones; difiriendo la situación de empleo y la asociación a alcohol al momento del suicidio. Las cifras obligan a una mayor responsabilidad en su reducción y prevención.

Palabras clave: Suicidio, autopsia, Chile.

Referencias

1. Muelas V, Mangado O. Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatria.com* 2007; 11 (3).
2. OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible según la OMS. OMS, Ginebra, 2004.
3. OMS. Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas. OMS, Ginebra, 2000.
4. Moyano E, Barría R. Suicidio y Producto Interno Bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Rev Latinoam Psicol* 2006; 38 (2): 343-59.
5. Bogado M, Besa C, Rabat MC, Reutter P, Carvajal C. Desempleo y suicidio en Chile (1990-2001). *Rev GPU* 2007; 3 (2): 156-62.
6. Qin P, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen P. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 546-50.
7. Kim MD, Hong SC, Lee SY, Kwak YS, Lee CI, Hwang SW, *et al.* Suicide risk in relation to social class: a national register-based study of adult suicides in Korea, 1999-2001. *Int J Soc Psychiatry* 2006; 52 (2): 138-51.
8. Qin P, Agerbo E, Mortensen P. Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 765-72.
9. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K; The Stress Research Group Of The Japanese Society For Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med* 2008; 13 (5): 243-56.
10. García J, Palacio C, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, *et al.* Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* 2008; 37 (1): 11-28.
11. Lorant V, Kunst A, Huisman M, Costa G, Mackenbach J. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 49-54.
12. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamäki H, Heikkilä K, Kaprio J, Koskenvuo M. Life Satisfaction and Suicide: A 20-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 433-9.
13. Garlow S, Purselle D, Heningerm. Ethnic Differences in Patterns of Suicide Across the Life Cycle. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 319-23.
14. Langhinrichsen-Rohling J, Friend J, Powell A. Adolescent suicide, gender, and culture: A rate and risk factor analysis. *Aggression and Violent Behavior* 2009; 14: 402-14.
15. Yoram Ben-Ya'acov, Marianne Amir. Posttraumatic symptoms and suicide risk. *Personality and Individual Differences* 2004; 36: 1257-64.
16. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 360-5.
17. Baader T, Richter P, Mundt C. Suicides of psychiatric hospitalized patients and their risk factors. A case-control study. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2004; 42 (4): 293-316.
18. Miro F, Barbería E, Correas C, Fernández E. Violencia del método suicida y circunstancias acompañantes en una revisión de 42 muertes de etiología autolítica. *Psiquiatria.com* 2006; 10 (4).
19. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Bra Psiquiatr* 2009; 31 (2): S86-93.
20. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2 year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 2006; 36 (9): 1225-33.
21. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C, *et al.* The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry* 2008; 9(1): 51-8.
22. Méndez JC, Opgaard A, Reyes J. Suicidio en la Región de Antofagasta 1989-1999 ¿Existe una tendencia creciente? *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39 (4): 296-302.
23. Nuño M, Adriazola C, Bustamante F. Tendencia de suicidio en la Región Metropolitana de Santiago de Chile, según el mes y la estación del año. *Rev GPU* 2009; 5 (1): 139-43.

24. Retamal P, Reszczyński C, Orio M, Ojeda I, Medina P. Aspectos generales del suicidio en Chile. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1995; 42 (1): 29-40.
25. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de La Investigación*. México D.F: Editorial McGraw-Hill; 2006.
26. Pardo A, Ruiz M. *SPSS 11 Guía para el análisis de datos*. México: Editorial McGraw-Hill; 2002.
27. OMS. *Día Mundial para la Prevención del Suicidio*. OMS, Ginebra, 2007.
28. Bridges FS, Yip PS, Yang KC. Seasonal Changes in Suicide in the United States, 1971 to 2000. *Percept Mot Skills* 2005; 100: 920-4.
29. Dorado E. *La mortalidad violenta en el Partido Judicial de Cambados (1989-1998)*. Tesis Doctoral. Madrid. Universidad Complutense. Facultad de Medicina; 2001.
30. Schmidt P, Müller R, Dettmeyer R, Madea B. Suicide in children, adolescents and young adults. *Forensic Science International* 2002; 127: 161-7.

Correspondencia:
Tomas Baader M.
psiquiat@uach.cl