



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Madariaga A., Carlos; Gómez V., Ana-Genoveva; Iriondo C., Pedro; Savareses T., Vanessa; Taylor A.,  
Bonnie; Ríos T., Gabriela

Prevalencia del Suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2008

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 48, núm. 3, septiembre, 2010, pp. 197-206

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527721004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Prevalencia del Suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2008

## Prevalence of suicide in the Region of Tarapacá, years 1990-2008

Carlos Madariaga A.<sup>1</sup>, Ana-Genoveva Gómez V.<sup>2</sup>, Pedro Iriondo C.<sup>3</sup>,  
Vanessa Savareses T.<sup>4</sup>, Bonnie Taylor A.<sup>4</sup> y Gabriela Ríos T.<sup>4</sup>

*We carried out an epidemiological descriptive study of suicidal type deaths in Tarapacá, Chile, between 1990 and 2008, collecting interesting information about the behavior of this phenomenon in an extreme zone, with indicators of a complex social adjustment and difficulties in individual integration. In a whole of 432 cases, for example, the rate of suicide changed from 6.11 for 100.000 hab. in 1990 to 13.32 for 100.000 hab. in 2008; we observe that the suicide was more frequent in ages between 20 to 44 years, especially in men with a nearby proportion of 6:1, being the mechanism most used in both sexes, the hanging. Another interesting point constitutes the fact that the rate of suicide from 1996 doubled in relation to previous years, exceeding the rates of other regions of the country, the national rate and the rate of many American countries and even some European countries, being constituted in the second cause of violent death in our province, which makes us think about the complex phenomenon biopsicosocial involved in the genesis of the suicide.*

**Key words:** Suicide, legal medicine, epidemiology.

*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (3): 197-206*

### Introducción

La tasa de suicidios en los últimos 30 años se ha casi triplicado en Occidente, ubicándose como la segunda o tercera causa de muerte violenta para la población entre 15 y 34 años en el mundo<sup>4,11,12</sup>, con cifras mayores que la suma total de muertes de los últimos conflictos bélicos<sup>8,13</sup>, causando miles de

millones de dólares en costes. Distintos estudios señalan que en la mayoría de los países de Europa el número de suicidios es mayor que el de muertes por accidentes de tránsito, bordeando los 58.000 casos al año<sup>13</sup>, mientras que en Estados Unidos esta cifra alcanza las 30.000 muertes anuales; las cifras más bajas corresponden a Latinoamérica, los países musulmanes y algunos países asiáticos<sup>13</sup>.

Recibido: 12/03/2010

Aceptado: 23/07/2010

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra. Jefe Servicio Psiquiatría Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique. Docente Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Psicóloga Clínica. Perito Servicio Médico Legal, Iquique. Docente Universidad de Tarapacá, Iquique.

<sup>3</sup> Médico Cirujano. Médico Legista Servicio Médico Legal, Iquique. Docente Universidad del Mar Sede Iquique.

<sup>4</sup> Psicóloga Clínica.

La OMS 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<sup>8,13,14</sup>, 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 culturales.

Cabe también destacar la relación entre suicidio, sexo y edad. Según la OMS en los últimos 50 años las tasas de suicidios en mujeres se han mantenido estables, mientras que las de los hombres han aumentado casi en un 15%, oscilando la razón entre ambos en cifras que van desde 3:1 hasta 8:1 en desmedro de estos últimos<sup>12</sup>, situación similar a la de nuestro país<sup>5</sup>. En el mismo estudio de la OMS cambia la edad de los suicidados en las últimas décadas, de un 60% en mayores de 45 años en 1950 a un 55% antes de los 44 años para el año 2000.

En Chile, la investigación del suicidio se encuentra obstruida por la escasez de estudios epidemiológicos<sup>3</sup> así como por lo complejo que resulta obtener datos fidedignos y comparables en las fuentes de información. Hasta hace poco las estadísticas oficiales eran expresadas en términos de número de casos y no en tasas por 100.000 lo que, junto a un sub-registro del suicidio, que va desde aproximadamente un 51% hasta un 70%, ha dificultado el análisis comparado entre las distintas realidades nacionales y locales<sup>3</sup>.

La información entregada por el Servicio Médico Legal para el año 2003 indica que, del total de autopsias médica legales de fallecidos por causas externas, aquellas autoinfligidas intencionalmente ocupaban el segundo lugar de prevalencia como causa de muerte violenta, con un 22,99%, antecediéndolas los accidentes de transporte con un 29,79%<sup>5</sup>.

El mecanismo más utilizado para cometer suicidio, tanto en hombres como en mujeres, era el ahorcamiento, seguido en segundo lugar por el uso de armas de fuego (cuya frecuencia era algo mayor en hombres); el uso de sustancias para causar una intoxicación ocupaba el tercer lugar, pero era sensiblemente mayor entre las mujeres<sup>5</sup>. Como en

otros estudios, los datos del Servicio Médico Legal señalaron que la edad promedio de muerte por suicidio en Chile oscilaba, para ambos sexos, entre los 25 y 44 años y que la tasa de suicidio descendía con la edad; sin embargo, sobre los 65 años la cifra era ligeramente mayor para las mujeres que para los hombres<sup>5</sup>. La misma fuente señala que ya en 1999 se observó un alarmante aumento de la tasa de suicidio en nuestro país, de un 53,6% respecto a lo ocurrido en 1980, preferentemente entre los varones.

Particularmente, Tarapacá, ubicada en el extremo norte de Chile, presenta altas tasas de trastornos mentales. Según el último estudio de prevalencia de vida de estos trastornos llevado a cabo en una muestra representativa de todo el país, su capital, Iquique, mostró la mayor tasa de depresión y de enfermedades adictivas, sobre todo de alcohol y drogas ilícitas, las que sumadas exceden el 40% en la población mayor de 15 años<sup>2,17</sup>, razón por la cual la presente investigación explora y analiza la tasa de suicidios en los últimos 19 años en esta región y la describe en relación con variables como: edad de ocurrencia, género, comuna, mecanismo suicida, estacionalidad y relación con otras formas de muerte violenta.

El objetivo de esta investigación es dar cuenta de la magnitud de las tasas de prevalencia de suicidio en la región y de su comportamiento histórico en el curso de las últimas dos décadas. La alta prevalencia de trastornos mentales en la región, asociada a fenómenos propios de su condición de zona extrema, con alta inmigración transfronteriza de poblaciones pobres, una alta diversidad sociocultural dada por inmigraciones asiáticas asociadas al comercio y latinas originadas en conflictos sociales, nos permiten sospechar que la tasa de suicidios está en aumento en nuestra región.

## Material y Método

Este es un estudio epidemiológico de carácter descriptivo respecto de los tipos de muertes violentas ocurridas en la región de Tarapacá entre los años 1990 y 2008, con especial énfasis en la preva-

lencia del suicidio, que recogió retrospectivamente datos de muertes clasificadas como violentas según criterio médico legista, a partir de los archivos del Servicio Médico Legal de Iquique en el período señalado. Esta categorización fundamentada en materias médico-legales y que están en la base de los instrumentos de registro de muertes violentas en Chile, incluyó inicialmente cuatro subgrupos: accidentes, suicidios, homicidios e ignorados. Cada caso registrado consta de una carpeta que contiene antecedentes del levantamiento del cadáver, datos del occiso, el informe de autopsia (con información complementaria referente a la procedencia del cadáver, data de la muerte, causa o etiología de la misma y mecanismo), y copia del certificado de defunción. Se consideraron las siguientes variables: sexo, edad, mes de ocurrencia, método suicida, comuna y tipo de muerte violenta. Los casos identificados dan cuenta del total de suicidios ocurridos en un universo poblacional de 238.950 habitantes de la región de Tarapacá, de acuerdo al Censo del año 2002.

Para extraer la información se creó una ficha y se construyó una base de datos validada (sin valores fuera de rango), procesándose la información a partir de un programa de análisis de datos (SPSS). Los datos se trabajaron descriptivamente a través de tablas de frecuencias simples, porcentajes y estadísticos descriptivos cuando correspondió (media, moda, desviación estándar) para cada una de las variables a analizar. Además, se establecieron cruces de variables de modo que permitieran describir la población en función de los tipos de muertes violentas y el patrón de suicidio.

Los casos catalogados como ignorados fueron reevaluados mediante una revisión dirigida e intensiva de las carpetas correspondientes a cada fallecido, lográndose en un segundo momento identificar la causa de muerte en la mayoría de los casos, lo que permitió reclasificarlos en alguno de los otros tres grupos. En este caso, el control de sesgo se realizó a partir de la intervención del médico legista del Servicio Médico Legal en la aclaración de estas particularidades.

A partir de los resultados obtenidos se levantó una nueva base de datos con las frecuencias de

muertes violentas por tipo (accidente, suicidio, homicidio), año y comuna del lugar de defunción. Se incorporaron los datos de población para cada uno de los años teniendo como fuente la información de población del INE<sup>6</sup> y se procedió al cálculo de las tasas de muertes violentas y de suicidio en particular.

Finalmente, cabe destacar que Alto Hospicio, por tratarse de una comuna nueva como producto de una reciente subdivisión de la comuna de Iquique, dispone de datos sólo a partir del año 2004, por lo que para el cálculo de las tasas se sumó a la comuna de Iquique, a modo de resguardar la comparación de la serie histórica.

## Resultados

### 1. *Muertes violentas*

El concepto de muerte violenta incluye cualquier fallecimiento que tenga su origen en un factor externo al individuo, ya sea por terceros, accidental o voluntario: accidentes de tránsito, laborales, domésticos u otros, suicidios, homicidios e intoxicaciones o envenenamientos. Se excluyeron las lesiones de guerra y las causadas por ajusticiamientos legales dado que en Chile no ha habido casos de esta naturaleza en el período estudiado. De esta manera, se encontró un total de 1.818 casos de muerte violenta; según se observa en la Tabla 1, es posible advertir cifras relativamente estables año a año, con una tasa promedio de 40,81 por 100.000 habitantes para el período estudiado, registrándose las cifras más elevadas en 1993 (53,57 por 100.000 habitantes) y en 2008 (50,28 por 100.000 habitantes).

En la distribución por sexo se pesquisa un notorio predominio de las muertes violentas en los hombres, en una proporción de 6:1 respecto de las mujeres.

Las cifras totales de muertes violentas arrojan un total 1.122 accidentes, 208 homicidios y 432 suicidios, siendo esta última categoría la única que muestra una clara tendencia al aumento, constituyendo la segunda causa de muerte dentro de este grupo luego de las muertes accidentales. De hecho, según muestra la Tabla 2, en los primeros

Tabla 1. Tasas de muertes violentas (100.000 habitantes) Región de Tarapacá por comuna. Años 1990-2008

Año	Iquique	Pozo Almonte	Pica	Huara	Camiña	Colchane	Total
1990	26,00	16,06	0,00	412,58	70,87	0,00	29,95
1991	34,44	29,92	175,07	249,25	71,53	129,28	40,29
1992	36,68	84,02	30,77	145,56	0,00	64,39	39,67
1993	52,83	105,43	27,46	46,86	0,00	0,00	53,57
1994	29,92	87,00	49,58	0,00	73,15	63,57	32,93
1995	39,14	82,43	0,00	132,74	73,75	126,50	42,06
1996	43,33	77,60	62,55	85,62	0,00	124,22	46,05
1997	35,16	177,95	57,99	165,56	0,00	61,77	43,34
1998	36,29	178,68	90,29	160,19	450,11	60,68	47,86
1999	37,81	66,04	16,93	544,96	0,00	180,94	44,86
2000	31,11	53,91	15,93	75,44	0,00	120,05	32,67
2001	41,80	171,41	56,40	147,66	0,00	119,83	49,66
2002	28,36	98,46	25,31	72,18	0,00	59,74	32,10
2003	39,04	47,19	0,00	105,82	81,57	59,99	39,19
2004	31,19	105,68	31,50	172,53	83,40	300,48	38,21
2005	29,70	94,40	38,71	135,14	171,38	60,20	35,12
2006	31,46	111,37	17,21	429,61	87,80	60,61	39,50
2007	34,30	107,02	15,50	129,24	0,00	60,64	38,20
2008	41,56	263,87	0,00	0,00	0,00	0,00	50,28

6 años del estudio se observa una tasa de suicidio que varía entre 4,95 y 8,04 por 100.000 habitantes, mientras que hacia el 2008 la tasa sobrepasa los dos dígitos; en el año 1999 vemos la tasa más alta: 13,97 por 100.000 habitantes, duplicando las tasas de homicidios.

## 2. Suicidios

### 2.1 Suicidio según sexo y edad

La Figura 1 muestra que los hombres presentan año a año un número de casos muy superior a las mujeres. La diferencia más baja se observa en 1995, año en que casi se igualan, mientras que la mayor diferencia se observa en 1999 y 2008, años en que el número de casos de suicidios varones supera al de las mujeres casi 10 veces. Así, se ve que la frecuencia

de suicidios en hombres crece significativamente mientras que en mujeres permanece establemente baja, con una relación de 6,1:1.

Los casos de suicidio fueron divididos en grupos etarios quinquenales, pudiendo advertirse que los porcentajes más altos se presentan en los quinquenios comprendidos entre los 20 y 45 años, pero muy especialmente entre los 20 y 24 años. Sobre los 55 años sólo se acumula un porcentaje cercano al 12% del total de suicidios, con una clara tendencia al descenso de los porcentajes por rangos a mayor edad. Redistribuidas las edades de acuerdo a la estratificación según etapa del ciclo vital, destaca una mayor frecuencia de casos en los grupos etarios correspondientes a adultos jóvenes y adultos maduros, como se aprecia en la Figura 2.

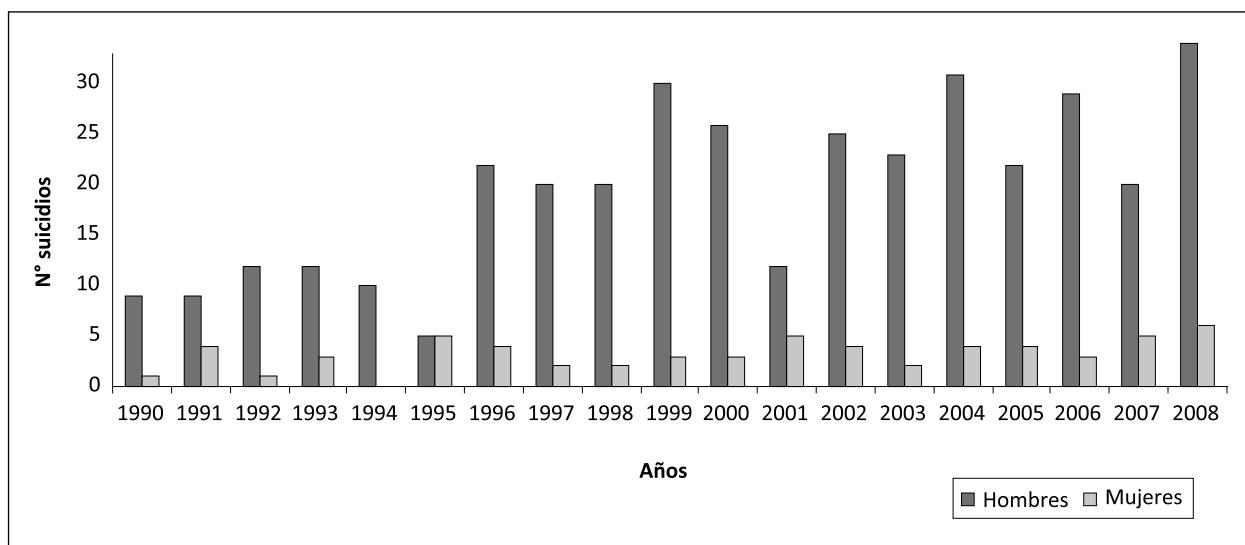


Figura 1. Casos anuales de suicidios Región de Tarapacá según sexo. Años 1990-2008.

**Tabla 2. Tasas anuales de muertes violentas (100.000 habitantes) Región de Tarapacá según tipo. Años 1990-2008**

Año	Accidente	Suicidio	Homicidio	Total
1990	17,70	6,11	1,83	30,00
1991	25,70	7,59	2,34	40,30
1992	27,94	7,26	4,47	39,70
1993	40,18	8,04	5,36	54,10
1994	18,52	5,14	6,17	33,40
1995	29,69	4,95	5,94	42,60
1996	25,16	12,34	6,65	46,00
1997	27,83	10,04	3,19	43,30
1998	31,61	9,66	5,71	47,90
1999	24,94	13,97	5,08	44,90
2000	18,38	11,84	2,45	32,70
2001	32,98	6,75	9,14	49,70
2002	15,07	11,22	4,64	32,10
2003	24,10	9,42	4,90	39,20
2004	20,94	12,86	4,04	38,20
2005	21,86	9,32	3,94	35,10
2006	24,10	11,18	3,10	39,50
2007	23,50	8,53	4,80	38,20
2008	31,60	13,32	4,70	50,30

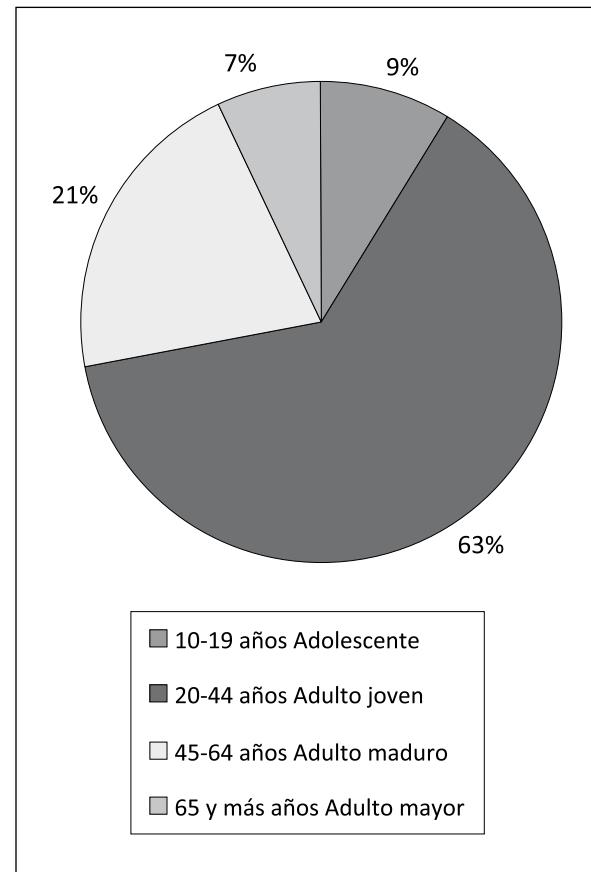


Figura 2. Casos de suicidios Región de Tarapacá según Etapa del Ciclo Vital. Años 1990-2008.

**Tabla 3. Frecuencias de suicidios Región de Tarapacá según mes y sexo. Años 1990-2008**

Mes	Sexo del fallecido		Total	
	Hombres	Mujeres		
Enero	31	8,4%	7	11,5%
Febrero	30	8,1%	5	8,2%
Marzo	44	11,9%	7	11,5%
Abril	24	6,5%	4	6,6%
Mayo	24	6,5%	3	4,9%
Junio	20	5,4%	3	4,9%
Julio	34	9,2%	3	4,9%
Agosto	23	6,2%	6	9,8%
Septiembre	25	6,7%	4	6,6%
Octubre	31	8,4%	9	14,8%
Noviembre	38	10,2%	4	6,6%
Diciembre	47	12,7%	6	9,8%
Total	371	100,0%	61	100,0%
			432	100,0%

**2.2 Suicidio según mes del año y sexo**

Según se muestra en la Tabla 3 se observó una variación estacional similar a lo observado en otros estudios<sup>3</sup>. Existe un descenso en el número de casos entre los meses de mayo y junio (fin del otoño e inicio de invierno en el hemisferio sur) y un aumento en los meses de primavera y verano.

Los meses de máxima incidencia de casos fueron marzo (51 casos, 11,8% del total) y diciembre (53 casos, 12,3%). Separados por sexo, la variación estacional de los suicidios en ambos casos es similar a la tendencia general.

**2.3 Suicido según mecanismo utilizado por sexo y ruralidad**

Los suicidas emplearon el ahorcamiento, las armas (blanca y de fuego), sustancias tóxicas y medicamentos, el arrojamiento

**Tabla 4. Frecuencias de suicidios Región de Tarapacá según mecanismo, comuna y sexo. Años 1990-2008**

		Comuna del lugar de defunción						Total
		Iquique	Pozo Almonte	Pica	Huara	Camiña	Colchane	
Hombres	Ahorcamiento	268	18	4	3	0	0	293
	Inmersión	4	0	0	0	0	0	4
	Armas	27	4	0	0	0	1	32
	Caída de altura	5	0	0	0	0	0	5
	Medicamentos	4	0	0	0	0	0	4
	Sustancias tóxicas	7	1	0	0	5	0	13
	Otros	20	0	0	0	0	0	20
	Total	335	23	4	3	5	1	371
Mujeres	Ahorcamiento	41	1	1	0	0	1	44
	Inmersión	2	0	0	0	0	0	2
	Armas	5	0	0	0	0	0	5
	Caída de altura	3	0	0	0	0	0	3
	Medicamentos	2	0	0	0	0	0	2
	Sustancias tóxicas	3	1	0	0	0	0	4
	Otros	1	0	0	0	0	0	1
	Total	57	2	1	0	0	1	61

al agua y desde altura, en especial y con discreto predominio en los hombres (79% *versus* 72,1%), el primero (Tabla 4); la segunda preferencia en ambos sexos fueron las armas, con similar distribución por sexo, mientras que la ingesta de sustancias y medicamentos ocupó el tercer lugar con un claro predominio femenino.

El ahorcamiento fue el mecanismo más usado en las localidades más populosas, mientras que en las comunas pequeñas, con mayor ruralidad, predominó la ingesta de sustancias tóxicas.

## Discusión

Diversas situaciones obstaculizaron la obtención de datos duros desde los registros del Servicio Médico Legal de Iquique: letra ilegible, documentación mal archivada, deterioro documental importante por factores ambientales, falta de registro de datos en algunos certificados de defunción y protocolos de autopsia, pérdida de carpetas, entre otros, por lo que se recurrió a los libros de ingreso/egreso de fallecidos y se hizo una revisión posterior de antecedentes complementarios que pudiesen orientar mejor hacia una causa inequívoca de la muerte utilizando la información anexa existente en la carpeta del fallecido (resultados posteriores de exámenes y análisis de fichas clínicas). A pesar de estas dificultades, el equipo optó por utilizar los registros del Servicio Médico Legal en lugar de los del INE, debido a que el primero registra, por prescripción judicial contenida en el Código de Procedimiento Penal, los peritajes médico legales de todas las muertes violentas, incluyendo los decesos por secuelas de actos violentos, aún cuando éstos ocurran al interior de un centro hospitalario. Otro estudio nacional demuestra que los datos del INE contienen un significativo subregistro de casos de suicidio comparados con el Servicio Médico Legal y con el Sistema Judicial<sup>3</sup>.

Con lo ya señalado es claro que siempre existirá una cifra oscura de suicidio que da cuenta de un número de falsos negativos, la que está dada por los casos en que no fue posible al legista dilucidar la causa de muerte al momento de certificarla. Nos

parece importante entonces aproximar mejor la cifra real de suicidio con los datos presentados en esta investigación, mediante estudios estimativos de cifra oscura, como el realizado por el equipo de Antofagasta en el cual se confirma la existencia de esta brecha<sup>7</sup>.

En concordancia con las tendencias nacionales e internacionales, las tasas de suicidio en la región de Tarapacá han ido experimentando un incremento a lo largo de los últimos años. En términos globales, hemos logrado identificar una tasa promedio de suicidio de 9,16 por 100.000 habitantes en ese período, tasa algo superior a la señalada por la OMS para otros países<sup>13</sup> y superior también a lo encontrado en los más importantes estudios nacionales<sup>3,7,15</sup>.

Observando la tendencia anual del suicidio en estos 19 años, se diferencian en nuestro estudio claramente dos períodos: el primero, de 1990 a 1995, con una tasa que nunca superó los dos dígitos, alcanzando un promedio de 6,5 por 100.000 habitantes; y el segundo, de 1996 en adelante, año en que la tasa de suicidio triplica al año anterior y duplica la tendencia de los años anteriores, alcanzando una tasa promedio de 10,80 por 100.000 habitantes. Los años más significativos fueron 1996 (12,34), 1999 (13,97), 2004 (12,86) y 2008 (13,32). Será de interés observar ese período histórico en nuestro país en busca de factores causales de tipo contextual que pudiesen estar involucrados en este comportamiento tendencial. Al respecto, nos parece importante evaluar el peso que en la conducta suicida tienen diversos fenómenos propios de la realidad local, como los ya citados: inmigración transfronteriza, problemáticas interculturales, alta tasa de cesantía y población flotante asociada a migración interna, cesantía y precariedad laboral, el trabajo minero en altura y en condiciones de desarraigo familiar prolongado y/o intermitente, el comportamiento de la problemática de consumo de drogas ilícitas.

Se revelaron 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.

El comportamiento del suicidio en relación al género arroja una razón de 6.1 hombres por cada mujer, valor éste que se encuentra por encima de lo encontrado en países como España e Italia (alrededor de 2.5:1) y en algunos estudios nacionales contemporáneos<sup>7</sup>.

El 72,2% de los casos de suicidio ocurrió entre los 20 y los 49 años de edad, grupo correspondiente a la vida laboral y productiva, lo que obliga a investigar las relaciones causales y los mecanismos psicológicos y psicosociales asociados, como hiciera Bogado en la población chilena<sup>1</sup>. Especialmente preocupante es el hecho que entre los 20 y 29 años se concentren cerca de 100 casos de suicidio, lo que hace pensar que los jóvenes que inician la vida laboral son particularmente vulnerables a las condiciones de riesgo psicoemocional que puedan generarse en situaciones de cesantía y/o malas condiciones laborales<sup>3,10</sup>.

Respecto a la estacionalidad del suicidio es importante destacar que los meses del año con mayor número de suicidios son marzo y diciembre. Estos meses están marcados por la alta exigencia económica asociada a la inducción al consumo, como también a necesidades de reunión familiar. Tarapacá concentra una intensa actividad comercial y subcultura consumista, además de una actividad minera con un significativo flujo inmigratorio, lo que ha generado fenómenos de desvinculación y desarraigamiento familiar y social, lo que puede estar relacionado con lo anterior.

El ahorcamiento constituye el método suicida más frecuente, lo que viene a coincidir nuevamen-

te con los resultados obtenidos en otros estudios nacionales<sup>3</sup>, mientras que en comunas rurales se registraron 5 casos de intoxicación letal por plaguicidas organofosforados, como se vio entre la población aymará en el estudio de Arica (Farías L, Rubio I. Suicidio en Arica: Descripción Epidemiológica del Periodo 1991-2000. 2001. Tesis de Grado).

## Conclusiones

1. La investigación epidemiológica del suicidio, tanto en Chile como a nivel internacional, tropieza con una dispersión metodológica que dificulta la comparación de tasas y frecuencias. En una perspectiva de futuro está pendiente el desafío de consensuar criterios tanto conceptuales como técnicos para la obtención de datos duros.
2. Los resultados obtenidos en este estudio permiten, sin embargo, confirmar una clara tendencia al aumento de la tasa de suicidios a partir de la segunda mitad de la década de los noventa. Este incremento se produce a expensas exclusivamente del suicidio en los hombres. Destaca, además, el aumento progresivo del número de suicidios en los jóvenes.
3. Dado el impacto de esta tendencia como problema de salud pública, estimamos de primera importancia la realización de investigaciones dirigidas a conocer las determinantes biopsicosociales que dan cuenta de este viraje epidemiológico a nivel local, con el fin de aportar dicha información para la elaboración de estrategias de intervención psicosocial de carácter preventivo.

## Resumen

*Hemos llevado a cabo un estudio epidemiológico descriptivo de las muertes de tipo suicida en Tarapacá, Chile, entre los años 1990 y 2008, obteniéndose interesantes datos acerca del comportamiento de este fenómeno en una zona extrema, con indicios de una compleja adaptación social y dificultades en la integración individual. En un total de 432 casos, por ejemplo, la tasa de suicidio varió de un 6,11 por 100.000 hab. en 1990 a 13,32 por 100.000 hab. en 2008; se observó que el suicidio fue más frecuente entre los 20 a 44 años, especialmente en hombres, con una proporción cercana a 6:1, siendo el mecanismo más utilizado el ahorcamiento, tanto entre hombres como mujeres. Otro punto interesante lo constituye el hecho de que la tasa de suicidio a partir de 1996 se duplica respecto a los años precedentes, excediendo las tasas de otras regiones del país, la tasa nacional de suicidio y la de muchos países de la región y de Europa, constituyéndose en la segunda causa de muerte violenta en la provincia, lo cual nos retrotrae al complejo fenómeno biopsicosocial involucrado en la génesis del suicidio.*

**Palabras clave:** *Suicidio, médico legal, epidemiología.*

## Referencias

1. Bogado M, Besa C, Rabat M, Reutter P, Carvajal C. Desempleo y Suicidio en Chile (1990-1991). Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria. 2007; 3; 2: 156-62.
2. Conace. Séptimo estudio nacional de drogas en población general de Chile. Ministerio del interior Gobierno de Chile.
3. Duarte D. Suicidio en Chile: un signo de exclusión. Santiago de Chile: Editorial Universitaria Chile; 2007.
4. Durkheim E. El suicidio, estudio de sociología. Buenos Aires: Editorial Shapire; 1965.
5. Gobierno de Chile Ministerio de Justicia Servicio Médico Legal (SML). Anuario estadístico 2003 Area Control de Gestión Unidad Estadística Servicio Médico Legal. Disponible en URL: <http://www.sml.cl/>
6. Instituto Nacional de Estadísticas. Compendio Estadístico año 2009
7. Méndez J, Opgaard A, Reyes J, Escaler S, Escobar C. Determinación de la cifra oscura del suicidio en Antofagasta. Rev Ciencia Salud. 1997; 19-24
8. Miguel L, Lucena J, Heredia F, Rico A, Marín R, Blanco M, et al. Estudio epidemiológico del su-  
cidio en Sevilla en 2004. Cuadernos de Medicina Forense. 2005; 39.
9. Ministerio de salud. Población por grupo de edad, según servicio de salud y comuna, censo 2002. Disponible en URL: [http://deis.minsal.cl/deis/pob\\_censo2002.htm](http://deis.minsal.cl/deis/pob_censo2002.htm)
10. Moyano E, Barría R. Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: Hacia un modelo predictivo. Rev latinoamericana de psicología 2006; 38: 344-58.
11. Núñez R. Estudio epidemiológico de la mortalidad por suicidio en Portugal. Servicio de salud pública centro de salud de Mértola-BEJA-Portugal. Updated 2007. Disponible en URL: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
12. Organización mundial de la salud. Más muertes por suicidio que por conflictos bélicos y homicidios, señala OMS. Updated Octubre 2008. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
13. Organización mundial de la salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Updated Septiembre 2004. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

14. Romero P, Gamero JL, Martínez –García P. Aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la provincia de Cádiz. Cuad med forense 1999-2003; 13: 47.
15. Trucco M. Mortalidad por suicidio en Chile. Rev Med Chile 1975; 103: 634-8.
16. Trucco M. Tendencias del Suicidio en Chile 1971-1990. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1993; 31 (4 Supl): 5-17.
17. Vicente B, Riosecos P, Saldivia S, Khon R, Torres S. Estudio Chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. Rev Med de Chile 2002; 130.

---

Correspondencia:

Carlos Madariaga Araya

Fono: 056-57-415538 - Fax: 056-57-415538

E-mail: madariaga21@gmail.com