

Suicidio

Fernando Carrión M.



Fotograma del film: A vida ao lado de Camilo Cavalcante

Durante mucho tiempo el homicidio fue considerado un hecho producido por personas clínicamente disfuncionales, hoy en día esa misma idea existe frente al suicidio. Sin embargo, uno y otro acto de violencia que ponen fin a la vida están totalmente alejados de esta realidad.

Al suicidio se lo considera como un "homicidio autoinfligido" y a partir del mismo se llega a la conclusión de que es una decisión personal que se ejecuta en el ámbito estrictamente privado ("desordenes mentales"). Por esa razón, la definición de suicidio, en términos de "el

acto humano de causar la cesación de la propia vida" (OMS, 2001) es insuficiente para su explicación, porque la violencia queda circunscrita a una decisión personal sin que se considere relación social alguna. En este sentido, esta problemática se vincula claramente a orígenes y consecuencias absolutamente colectivas y sociales que nada tienen de carácter individual y aislado.

La mencionada consideración tiene que ver con dos aspectos: por un lado, con el hecho de que los grupos etéreos más proclives al suicidio son aquellos ubicados en dos momentos claros de la vida, la juventud (como resultado de la presión que la sociedad ejerce en términos de su rendimiento académico, de su participación en el mercado de empleo y la estructura del consumo) y la tercera edad (expresado en el hecho de que la sociedad margina y abandona explícitamente al grupo con respecto a afectos y seguros). Y por otro lado, con el nivel de violencia intrínseca que muestran ciertas sociedades, las cuales sin ambages castigan a la juventud con presiones y estigmas; y a la tercera edad por considerarla prácticamente un desecho improductivo y costoso para la eficiencia en la que vive el mundo moderno. Todo esto tiene efectos sociales incommensurables, en tanto pérdidas de vidas humanas en condiciones laborales e imaginarios de dolor y desolación.

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, las cifras estimadas de defunciones por suicidios fueron 815.000, esto es, una tasa de 14.5 por cien mil habitantes; mientras los homicidios llegaron a 520.000, es decir, una tasa de 8.8 homicidios por cien mil habitantes. En otras palabras, cada año los suicidios provocan 300.000 muertes más que los homicidios, convirtiéndose en la expresión de sociedades que tienen una dosis muy alta de violencia estructural.

Comparando regiones según tipos de fallecimientos por causas externas, se llega a la conclusión que los homicidios están localizados preferentemente en África y en las Américas, mientras las tasas de suicidio más altas del mundo están ubicadas en el Pacífico Occidental y en Europa. De este balance, se puede observar que el mayor número de fallecidos se encuentra en estas dos últimas regiones, lo cual las convierte en las áreas más violentas del planeta.

En el Ecuador, ésta es una problemática nueva, pues en 1980 la tasa de suicidios era de 2.8 por cien mil habitantes llegando a 6.1 en 2004, año en que Europa tenía una media de 15.7 suicidios y América Latina de 9. Si bien en comparación con las dos regiones la tasa de suicidios de Ecuador es baja, lo grave es el proceso de crecimiento que tiene y la poca atención que se le está brindando a esta problemática.

EDITORIAL
Página 1

ENTREVISTA
**Suicidio a temprana edad:
consecuencia de una elevada
migración**
Diego Valencia
Página 2

**Tendencia suicida:
causa de muerte evitable**
Entrevista a Susana Ortiz
Página 10

INTERNACIONAL
**Muertes autoinfligidas:
una perspectiva regional**
Blanca Armijos
Página 3

TEMA CENTRAL
**El suicidio en el Ecuador:
un fenómeno en ascenso**
Andrea Betancourt
Página 4

MEDIOS
**Tratamiento del suicidio en los
medios: pautas para su prevención**
Jenny Pontón Cevallos
Página 12

COMPARANDO
Página 9

POLÍTICA PÚBLICA
**Prevenir el suicidio:
sugerencias desde una
perspectiva social**
Alfredo Santillán
Página 11

SUGERENCIA
Página 11

CORTOS
Página 3



FLACSO
ECUADOR

ENTREVISTA

Suicidio a temprana edad: consecuencia de una elevada migración



Diego Valencia
Coordinación de
Operaciones Quito
Cruz Roja Ecuatoriana

¿Cuál es la perspectiva de la Cruz Roja Ecuatoriana con respecto a la problemática del suicidio?

Según nuestros registros los índices de suicidios no son tan altos en nuestra ciudad. La mayoría de los casos comprende edades entre los 15 y 22 años, principalmente por problemas de tipo escolar, sentimentales y económicos. No obstante, esta tendencia no se podría encajar en un solo grupo social, pues está presente en todos los niveles económicos, de edad y de género. De acuerdo a nuestras estadísticas, en el año 2007 se dieron 22 intentos autolíticos o de suicidio, número que en el 2008 no se ha incrementado, pues en lo que va del año hemos tenido 16 atenciones de este tipo: dos en enero, dos en febrero, tres en marzo, cuatro en abril y cinco en el mes de mayo.

¿Considera que los índices de suicidio se mantienen estables o han aumentado con respecto a la década anterior?

Se manejan cifras estables, es decir, puede incrementarse uno o dos casos por año, pero no tenemos cifras que se hayan disparado de forma alarmante según nuestro conocimiento. Sin embargo, hay situaciones que no se reportan porque la gente lo toma de forma muy reservada en su círculo familiar y, por lo tanto, nunca se produce un dato concreto de qué es lo que está pasando.

¿Cuándo se llega a saber que hay efectivamente un suicidio?

Se registra incluso desde el intento, nosotros lo denominamos como un *intento autolítico*, es decir, una autoeliminación de la persona se concrete o no el hecho. La época del año con índices más altos de suicidio es navidad y año nuevo, fechas en las que mucha gente intenta quitarse la vida porque tiene familiares en el exterior o por algún problema sentimental.

Entonces el mes de diciembre es cuando tenemos un repunte de estos casos, en los cuales se utiliza especialmente el envenenamiento con "diablillos", ya que mucha gente trata de ingerir este tipo

de tóxicos para su autoeliminación. El problema de este método consiste en que si bien la mayoría de las veces no tiene el efecto deseado y la persona se la logra salvar, posteriormente presenta complicaciones de por vida y el organismo nunca será el mismo de antes. Hay otros casos, en que llegamos y lamentablemente el paciente ya ha fallecido.

La depresión se está manifestando desde muy temprana edad, principalmente por el tema de la migración (...) se podría decir que el promedio de suicidios no ha subido, lo que ha variado es la edad en que estos se comenten.



¿Cree que el suicidio es un problema preocupante en la ciudad de Quito?

Es preocupante, especialmente en las edades jóvenes. La depresión se está manifestando desde muy temprana edad, principalmente por el tema de la migración, hay jóvenes que con 15 o 17 años de edad no conocen a sus padres porque están fuera del país. Estos menores por lo general se han quedado bajo el cuidado de parientes como sus abuelos o tíos, quienes no les dan el mismo cariño y cuidado que sus verdaderos padres; entonces empiezan

a deprimirse desde muy temprana edad. Niños desde los 8 años se suicidan por esta situación, aunque parezca ilógico, por lo que se podría decir que el promedio de suicidios no ha subido, lo que ha variado es la edad en que estos se comenten. Exactamente, a partir del año 2000 se ha empezado a manifestar esta situación.

¿Cuáles serían las medidas preventivas que recomienda la Cruz Roja en este tema?

La comunicación entre padres e hijos es fundamental, para tener perspectiva de qué es lo que está pasando en la familia, porque muchas veces son problemas que tienen una solución, sin embargo, la falta de diálogo es algo que afecta mucho. A nivel educativo el buen manejo de los departamentos de orientación y bienestar estudiantil es un aspecto clave, estos deberían tratar el tema de la migración, y fomentar la integración en las familias para evitar situaciones lamentables.

¿La Cruz Roja trabaja en coordinación con el Municipio de Quito y el Ministerio de Salud en torno a esta problemática?

Trabajamos en integración con la red de seguridad ciudadana, que es un sistema de emergencias del distrito; y lo hacemos coordinadamente con el departamento de apoyo psicológico de la Cruz Roja, porque el problema más grave, es el círculo familiar interno. A través de las centrales de emergencia, tanto el 911 como el 131 que es la línea de la Cruz Roja, nosotros recibimos las llamadas y enviamos una ambulancia al lugar donde solicitan la atención, y de esta manera verificamos qué es lo que ha sucedido.

¿Considera que éste es un problema netamente urbano?

Creemos que no es solo un problema urbano, se da también a nivel rural, pero lastimosamente no se tiene mucha información de esta área porque la gente en las comunidades tiene sus tradiciones, creencias y ellos lo manejan internamente, nunca se hace pública esta situación. Existen aún índices altos de desconocimiento y desinformación que hacen que la gente no denuncie y no se acerque a pedir ayuda, entonces considero que no hay un índice real de lo que está pasando en el sector rural.

Por: Jenny Pontón

EN CORTO

- En el año 2000 se dieron 815.000 muertes por suicidio en todo el mundo, más del doble de las 310.000 provocadas por guerras y conflictos bélicos en ese año, superando también los 520.000 fallecimientos por homicidio, según datos de la OMS.
- En Brasil, los suicidios de personas entre 15 a 24 años creció el 42,8% en 11 capitales estatales entre 1979 y 1998, alcanzando una tasa de cinco por 100.000 habitantes. Esto reveló un estudio del Centro Latinoamericano de Violencia y Salud (CLAVES), el cual también indicó que en ese país el promedio general de suicidios subió en un 27,3% en esos años, llegando a 3,98 por 100.000 habitantes.
- La tasa de suicidios permanece estable en Argentina hace más de diez años –6,7 por 100.000 habitantes–, pero las estadísticas oficiales apuntan un aumento en la franja de diez a 19 años, que ha crecido de 4,7 por 100.000 en 1990 a 8,3 en 2000.
- En el mundo se producen una media de cuatro suicidios masculinos por cada suicidio femenino, proporción que también varía mucho entre los distintos países, desde apenas 1 a 1 en China hasta 10 a 1 en Puerto Rico.

INTERNACIONAL

Muertes autoinfligidas: una perspectiva regional

Blanca Armijos

Desde el punto de vista de salud pública el suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo, al provocar casi la mitad de todas las muertes violentas (aproximadamente un millón de víctimas al año). A nivel regional los índices de suicidio varían considerablemente, según los datos proporcionados por la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud - OMS, en Latinoamérica las tasas más elevadas se registran en Cuba, y las más bajas se las encuentran especialmente en Colombia y Paraguay.

El Instituto Nacional de Medicina Legal (Forensis) de Colombia, informó que en el año 1999 se alcanzó una tasa de cinco suicidios por cada 100.000 habitantes, por lo que se convirtió en la cuarta causa de muerte violenta en el país. Las variables sociodemográficas estudiadas para el lapso 1973-1996¹ evidencian que la mayor proporción de muertes causadas por suicidio se presentó dentro del grupo de 15 a 24 años, para las mujeres, y mayores de 60 años, para los hombres. La tasa de suicidio fue de 2 a 4 por 100.000 habitantes para ambos géneros y para todos los grupos de edad durante estos años, y osciló entre 4 a 6 para hombres y de 1 a 3 para mujeres. Las cifras aumentaron de 4 a 5/100.000 para personas mayores de 15 años.

Por su parte, Paraguay es considerado el país con una de las menores tasas de suicidios en Latinoamérica; sin embargo, no se han podido encontrar fuentes que confirmen esta afirmación. No obstante, se pudo conocer en información publicada por la prensa paraguaya que en el año 2004, la tasa de suicidios en Caazapá-Paraguay llegó a siete por cada 100.000 habitantes, con lo que prácticamente se duplicó la media nacional.

Así, mientras estos dos países latinoamericanos presentan las tasas de suicidios más bajas, Cuba² es el país con mayor número de muertes por este fenómeno. Para septiembre del 2004 la OMS informó que en el año 1996 fueron 2.015 las personas que se quitaron la vida en este país. La mayoría de ellas (1.354) eran hombres y 241 eran jóvenes entre 15 y 24 años. En el mismo informe se incluyó tablas sobre el comportamiento de la tasa de suicidios en la isla entre 1963 y 1996; en el primer año, la tasa fue de 10,2 por cada 100.000 habitantes; y, en el último, la cifra había subido a 18,3. Asimismo, 1992 fue el año en el que se incrementaron los suicidios en Cuba, alcanzando una tasa de 21,3 suicidios por cada 100.000 habitantes.

Los datos arriba especificados se hacen más visibles al comparar el fenómeno del suicidio de estos tres países en un mismo año. Según Información proporcionada por la OMS (1995) Paraguay y Colombia reportaron tasas de 2,9 y 3,1 por 100 000 habitantes respectivamente, mientras en Cuba la tasa llegó a 20,2 por 100.000 habitantes en el mencionado año. El analizar estos datos es una invitación a observar el comportamiento de la tasa de suicidios en el contexto regional, relacionando países democrático-capitalistas con el único país socialista del continente, y reflexionar sobre la correspondencia entre sistema político y sistema de salud pública, de estos países, respecto de su incidencia en el fenómeno suicidios.

La muerte por mano propia trae consecuencias merecedoras de ser atendidas en cada país, su impacto se refleja en los campos de salud, económico y social. La información actualizada sobre esta problemática –estadísticas– posibilita cuestionar la ubicación del fenómeno en la lista de prioridades que la salud pública atiende internamente en cada país latinoamericano.

¹ Gómez Restrepo, Carlos, et al. (2002). "Suicidio y Lesiones Autoinfligidas Colombia, 1973-1996". *En rev.colomb.psiqiatr.* Vol.31, no.2, (Abril/June).

² Documento electrónico: <http://www.cubaeuropa.com/editorial/suicidios.htm>

TEMA CENTRAL

El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso

Andrea Betancourt¹

Introducción

El suicidio es un acto que ha sido considerado íntimo, privado y absolutamente individual. Sin embargo, se manifiesta como un fenómeno de alto alcance y grandes riesgos y pérdidas para la humanidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha venido considerando como una de las principales amenazas a la salud mundial; de hecho, los pensamientos y tendencias suicidas afectan la seguridad de ciudadanos/as individualmente y de la ciudadanía en su conjunto. Es por esta razón que el presente artículo introducirá a lectores/as a un trabajo exploratorio sobre el suicidio, analizando su significado, sus causas, sus formas de prevención a nivel mundial y a nivel local, así como sus patrones y manifestaciones múltiples; entre ellas el comportamiento temporal/cronológico anual, género y edad, métodos utilizados, estado civil y ocupación de las personas que se suicidan en la sociedad quiteña y ecuatoriana.

El término se deriva del latín *sui* (sí mismo) y *cidium* (muerte, del verbo *coedere*-matar), y significa “darse a sí mismo la muerte”. Este acto de enfrentamiento directo con la muerte ha sido considerado desde delito hasta el auto-sacrificio más supremo, de acuerdo con las creencias, ideologías y culturas de los distintos momentos en la historia humana. En 1969, la OMS aplicó el término de “acto suicida” para todo hecho en el que una persona se lesiona a sí mismo, independientemente del nivel de intención letal o el conocimiento del objetivo final de morir².

El suicidio se ha manifestado desde los inicios de la historia registrada y por motivos varios. Actualmente, es visualizado como un escape a un problema o una crisis que produce intenso sufrimiento y que, de acuerdo a especialistas, está asociado con la insatisfacción de necesidades, las sensaciones del sin sentido y la desesperanza. La persona con tendencias suicidas atraviesa una serie de conflictos ambivalentes entre la supervivencia y la muerte; el deseo de morir no siempre es concreto, mas las opciones de vida se reducen y le dejan a la persona con una sola salida: el escape de la vida.

Existe un rango entre el pensar acerca del suicidio y ejecutarlo. Hay personas que sólo tienen ideas suicidas en su mente; otras que las planifican por días, semanas, meses e incluso años hasta finalmente consumarlas; y otras, que lo hacen de manera impulsiva y sin previa premeditación. Las causas del suicidio pueden ser múltiples³; sin embargo, las verdaderas razones serán siempre subjetivas y relativamente conocidas una vez que la persona suicida ya no esté presente. Además de los suicidios inmediatos, se reconoce también a los “suicidios crónicos”, que son aquellos que se dan a través del abuso de sustancias tóxicas, como drogas o alcohol, o una falta de régimen o disciplina en el tratamiento de enfermedades graves (Sadock y Kaplan, 2007).

Aunque el suicidio puede aparecer como un problema personal y circunscrito al espacio privado exclusivamente, las cifras y las tendencias ascendentes que se observan –tanto a nivel nacional como a nivel mundial– muestran que este fenómeno acarrea una serie de consecuencias sociales. Por un lado, la adolescencia, la juventud y los jóvenes adultos son algunos de los grupos más vulnerables ante la posibilidad de cometer suicidios. Las muertes de estas personas no permiten que ellas aporten al desarrollo social y económico de la

sociedad. Por otro lado, el suicidio no es un acto inevitable ni imposible de reconocer. Especialistas alrededor del mundo están de acuerdo en que las personas con tendencias suicidas conversan y notifican a sus allegados sobre este conflicto, pues esa es su forma de buscar ayuda ante una situación de ambigüedad frente a la vida. Si se logra reconocer sus síntomas –y visualizarlo como un problema de salud y seguridad pública– se pueden definir líneas de intervención (ayuda) y prevención que detengan el crecimiento de las tasas de suicidios. Este problema presenta ciertos patrones definidos que pueden ser identificados, tratados y prevenidos desde campos multidisciplinarios y que pueden ser abordados también desde la construcción de un entorno que provea apoyo y condiciones de vida cualitativas.

El suicidio presenta componentes *individuales* y *sociales*: uno de los primeros pensadores que estudió este tema en el siglo diecinueve y cuestionó su carácter individual versus el social, es el sociólogo francés Emile Durkheim (1971), quien llevó a cabo uno de los primeros trabajos investigativos sobre las influencias sociales que inciden en el suicidio y los patrones del fenómeno, basado en las tasas registradas en Europa durante la época. En este trabajo Durkheim identifica tres categorías: el *suicidio egoísta* que se produce por la desintegración social y por una pérdida de conexiones familiares promovidas por la agitada vida urbana; el *suicidio altruista* el cual se lo consuma como un acto de sacrificio por la comunidad y debido a vínculos fuertes con la sociedad; y, el *suicidio por anomia* que responde al caos social y a los cambios sociales y económicos drásticos que generan crisis en las reglas e interrumpen la estabilidad de la sociedad (Durkheim, 1971).

El suicidio se deriva de un comportamiento complejo en el cual las razones y los síntomas varían de persona a persona. Sin embargo, las investigaciones realizadas por médicos especialistas alrededor del mundo asocian al suicidio con los desórdenes mentales. Entre los factores más importantes que incitan al suicidio están la depresión, la esquizofrenia, la demencia y la adicción al alcohol y/o sustancias psicotrópicas (Sadock y Kaplan, 2007)⁴. La depresión está presente en el 80% de los casos de suicidio, lo cual hace un llamado a la investigación sobre este tipo de desorden, de manera que se evite la generación de mitos que, en lugar de viabilizar un claro entendimiento sobre el fenómeno del suicidio, pueden entorpecer las facetas más aptas para la prevención. Es indispensable comprender que la depresión no es una “falla” irremediable, es una enfermedad que se manifiesta de distintas formas y que puede ser completamente tratada, lo cual es un camino hacia la prevención del suicidio. En general, quienes sufren de depresión se hallan en una situación ambigua entre la vida y la muerte, es importante entonces trabajar en la consolidación de las razones que estas personas tienen para vivir.

Una perspectiva global

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud-OMS, cada año aproximadamente un millón de personas se suicidan a nivel mundial. Se calculó que entre el 2000 y el 2006 cinco millones de personas murieron por este motivo; de modo que, el suicidio se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más contundentes y una de las prin-

cipales causantes de muerte en algunos países, especialmente en el grupo etario de 15 a 24 años (Bertolote y Fleischmann, 2002). Según la Asociación Internacional por la Prevención del Suicidio-IASP, se estima además que el intento de suicidio es 10 a 20 veces más común que el suicidio consumado, especialmente en las jóvenes mujeres. Asimismo, en China, Suecia, Irlanda, Australia y Nueva Zelanda, el suicidio es la principal causa de muerte de adolescentes menores a los quince años.

Aunque el estudio del fenómeno del suicidio es relativamente limitado en América Latina, los países en donde este problema ha venido manifestándose con mayor intensidad, han logrado registrar la información necesaria y estudiar la epidemiología de este fenómeno. La OMS recopila los informes de salud de la población enviados por cada uno de los países miembros, entre los cuales se incluyen los datos de las muertes asociadas con el suicidio. Lamentablemente, existe poca información proveniente de los países africanos, muy poca de los países de la región del Asia sudoriental y del Mediterráneo del este, e información irregular de los países del Pacífico occidental y de América Latina. La información más consecuente y regular es recopilada en los países de la región europea, en donde se hallan las tasas de suicidio más altas del planeta y en donde se han emprendido iniciativas dirigidas a investigar, prevenir y disminuir el suicidio en las sociedades (Bertolote y Fleischmann, 2002).

Los países que más altas tasas de suicidio presentan están ubicados en el este de Europa. Por ejemplo, Lituania, la Federación Rusa, Bielorrusia y Kazakstán, con tasas del 37.02, 29.8, 28.95 y 26.79 por cada 100.000 habitantes respectivamente (datos del año 2006); y, en menor grado países como Latvia, Hungría, Estonia y Finlandia (con tasas que oscilan entre los 17.61 y los 23.2 en el 2006). No obstante, el promedio de la tasa de suicidios (por cada 100.000 hobs.) en la región europea ha venido disminuyendo en las últimas dos décadas; así mientras en 1980 fue de 19.52, en el año 2000 fue de 18, llegando en el 2005 a 15.07.

Aunque ubicados en regiones distintas, Corea del Sur, Japón, China y Sri Lanka, sobrepasan del contexto asiático y presentan tasas de suicidios cercanas a los países nórdicos⁶. Bertolote y Fleischmann (2002) señalan una interesante característica de los suicidios a nivel global: entre los países no europeos, los que mayores tasas de suicidio presentan son aquellos que están ubicados en áreas insulares (Japón, Cuba y Sri Lanka). Por el contrario, los países que más bajas tasas presentan a nivel global son los de América Latina con una tasa promedio de suicidios inexacta que oscila entre 6,5 y 13 (exceptuando Cuba que posee la tasa más alta de la región, con el 13,5 en 2004). Los países islámicos de la región mediterránea oriental tienen tasas promedio cercanas a cero, lo cual puede estar ligado al hecho de que en algunos de estos países musulmanes el suicidio o intento de suicidio es un acto estrictamente prohibido y penalizado.

El suicidio en el Ecuador

En relación con el resto del mundo el Ecuador –al igual que gran parte de América Latina– tiene una tasa de suicidios relativamente baja. De acuerdo al banco de datos de la OMS (cuya principal fuente de información es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC⁷), el país presenta una tasa de 6.1 por cada 100.000 habitantes en el 2004⁸, cifra que se sitúa muy por debajo de la tasa promedio de la región europea de 15.74 en el mismo año (ver gráfico 1); sin embargo, estadísticas más recientes del INEC muestran tasas de 7.1 para el 2005 y 6.7 para el 2006. Pese a que las tasas continúan siendo bajas respecto a otros países, llama la atención el constante incremento de los suicidios en las últimas tres décadas. En 1971, el país registraba una tasa de 2.3 que ascendió a 2.8 en 1980, la cual a mediados de esta última década había subido en más de un punto, situándose en 4.2. En los 90 las tasas de suicidio continuaron ascendiendo hasta

1999, año en que pese a la fuerte crisis económica que atravesaba el país, se produjo un descenso anómalo llegando a una tasa de 1.8 por 100.000 habitantes. Este hecho llama la atención y muestra ser contrario a las tendencias suicidas de otras partes del mundo, en las que este fenómeno se intensifica con las crisis económicas y el desempleo.

A comienzos del siglo veintiuno vuelven a despuntarse las tasas de suicidio en el Ecuador. Así, comienza con el 4.3 en el año 2000, asciende rápidamente a 5.3 en 2003, luego a 6.1 en 2004, a 7.1 en 2005, para caer levemente a 6.7 en 2006. Estas cifras muestran que las tasas de suicidio en el Ecuador se han triplicado en las últimas tres décadas. Sólo en lo que va del nuevo milenio, el número de casos de suicidios consumados ha llegado casi a duplicarse, pues en el año 2000 se dieron 538 suicidios, llegando a 900 en 2006 (Ver gráfico 2).

El Ministerio de Salud Pública - MSP ha incluido el fenómeno del suicidio en el reporte de *Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007*, con el objetivo de visibilizar este problema y fortalecer la vigilancia epidemiológica e intervención inmediata sobre la morbilidad y mortalidad de procesos prevalentes y de notificación obligatoria (MSP et. al 2007). Este documento, basado en los datos del INEC, sitúa a las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) en el puesto 14 de las 67 causas principales de muerte en el país –por debajo de accidentes de tránsito (puesto 7) y homicidios (puesto 8), y por encima de la tuberculosis, la desnutrición y los paros cardíacos. Es evidente que la presencia y agravamiento de esta problemática se convierte en un asunto de salud pública; por ende, es necesario estudiar y conocer el fenómeno antes de diseñar políticas que puedan prevenir estos comportamientos en la sociedad.

Este ministerio registra los suicidios anuales a nivel nacional y provincial, y lo reconoce como un problema de salud pública; sin embargo, se basa en los datos de los cen-

Gráfico No. 1 - Gráfico comparativo de tasas promedio

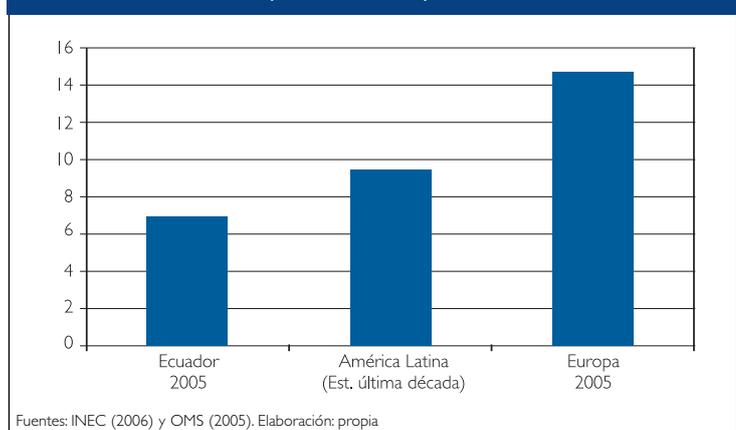
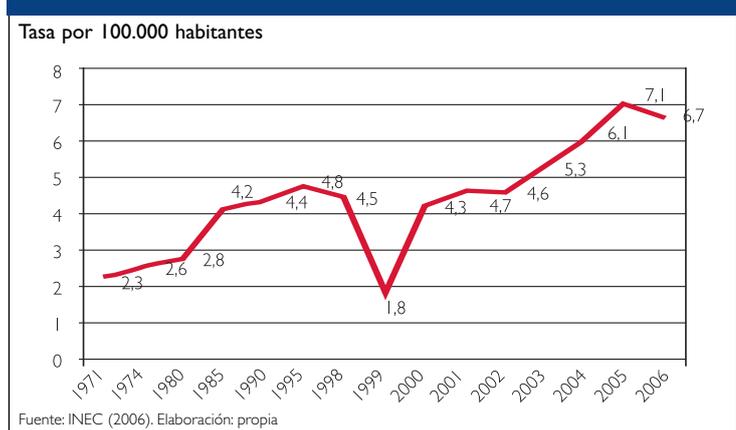


Gráfico No. 2 - Tasas de suicidio en el Ecuador en las últimas tres décadas



tros clínicos y hospitalarios públicos, por lo que las tasas disminuyen considerablemente al no incorporar la información proveniente de centros de atención privados. La variación de tasas que presenta el ministerio desde 1994 hasta el 2007 en el reporte de *Enfermedades y eventos de notificación obligatoria sujetas a vigilancia epidemiológica*, es heterogénea y presenta varios ascensos y descensos. El nivel más alto, con 120 suicidios consumados a nivel nacional y una tasa de 1 por cada 100.000 habitantes, se da en el año 2000. Del 2005 al 2007, se percibe un descenso de tasas de 0.76 (101 casos) a 0.57 (78 casos), respectivamente. Las bajas cifras que registra el ministerio en relación a las del INEC muestran que existe un gran porcentaje de casos de suicidios consumados que se producen por fuera de los alcances del sistema de salud pública, lo cual debe ser tomado en cuenta al momento de diseñar políticas de seguridad ciudadana que atiendan esta problemática, no sólo desde la salud pública y a través de la atención hospitalaria, sino a través de la educación, el desarrollo humano y la calidad de vida de las personas.

Dentro del seguimiento que lleva a cabo el MSP en cuanto a los estamentos clínicos y hospitalarios del Estado, los intentos de suicidios también son identificados como "enfermedades de notificación obligatoria" en la sección de salud mental, junto a la depresión y el alcoholismo (MSP, 2007). El intento de suicidio es también una parte crucial que compone este fenómeno, por lo que su comprensión y posible prevención es de suma importancia. Según esta fuente, los números de casos y tasas de intentos de suicidios son bastante mayores a los consumados. En 1997 se registraron 754 casos y una tasa de 10.41; diez años más tarde, en 2007, los casos ascendieron a 2351 y a una tasa de 17.28.

El suicidio en las ciudades

El suicidio tiende a manifestarse principalmente en las áreas urbanas del Ecuador, por lo que es un fenómeno que puede y debe ser tratado desde la perspectiva de la seguridad ciudadana. Las áreas urbanas en la última década han concentrado más del 68% del total de los suicidios nacionales, exceptuando 1999, año en el que esta cifra se redujo al 56%. Cabe mencionar que este año fue bastante particular; pues los suicidios en su totalidad disminuyeron hacia la mitad en relación a 1998 y en relación al incremento de 2000°. Entre el 2002 y el 2006, más del 70% de los suicidios se situaron en las áreas urbanas.

Por su parte, las provincias con el número de casos más altos fueron Pichincha (206 suicidios) y el Guayas (143), en donde se encuentran las ciudades más grandes del país. El área urbana de Pichincha concentró el 82% de los suicidios mientras que el área urbana de Guayas concentró el 93%. Las dos provincias que les siguen con números de casos suicidas altos son Azuay y Manabí (63 casos en ambas provincias), donde la mayor parte de los casos se dieron en Cuenca y Manta (tercera y cuarta ciudad más poblada del país).

Como muestran estas cifras, en el Ecuador existe una fuerte relación entre la vida urbana y el suicidio. El estrés de las ciudades metropolitanas, la carencia de espacios de encuentro y recreación, la dificultad de nutrir y mantener lazos familiares y afectivos, sumado a la inexistencia de espacios en donde las personas puedan expresar sus sentimientos de ambivalencia frente a la vida, pueden llegar a intensificar los deseos de morir. Sin embargo, pese a que la mayor parte de los suicidios se dan en las ciudades, vale tomar en cuenta que un considerable porcentaje de ellos (alrededor del 30%) se producen en las áreas rurales del Ecuador.

Estudiando los suicidios en la ciudad de Quito

Algunas de las características más importantes que deben ser consideradas en el estudio del fenómeno del suicidio son: el comportamiento temporal, el género y la edad, los métodos utilizados para quitarse la vida, el estado civil y la ocupación –además de factores relacionados con la salud mental de los suicidas. Esta información, con sus respectivas variables, ha sido registrada desde que el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana-OMSC inició su funcionamiento en el año 2003, con el fin de generar conocimiento sobre las distintas problemáticas de inseguridad y violencia y sus patrones en la sociedad quiteña.

Comportamiento temporal

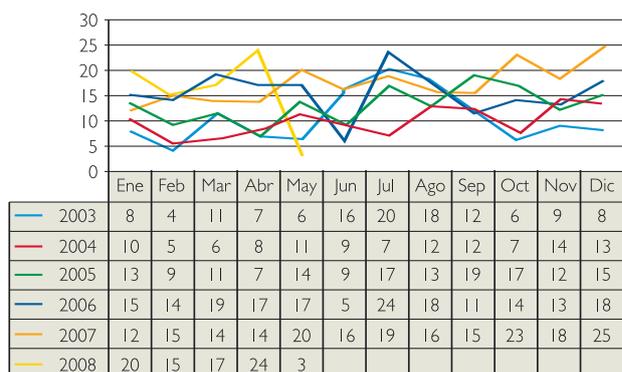
Los datos del OMSC muestran que existe un ascenso en el número de suicidios en Quito desde el 2003 hasta mediados del 2008. Haciendo un análisis mensual de suicidios, se puede identificar los siguientes patrones cronológicos: los suicidios tienden a incrementar casi consecutivamente en julio y en diciembre de cada año (ver gráfico 3). De acuerdo a especialistas locales en el tema, Italo Rojas y Susana Ortiz¹⁰, el suicidio de adolescentes y jóvenes en el mes de julio se lo asocia con el fin del año escolar y la presión que reciben por parte de sus familias en cuanto al éxito académico. El mes de diciembre es conocido como el mes *depresivógeno*, pues los factores asociados con las fiestas (alcohol, presencia familiar, consumo) intensifican la vulnerabilidad hacia la depresión y los pensamientos suicidas. Este es un mes en el que la presencia del alcohol es muy fuerte, al igual que la necesidad de estar junto a la familia y de comprar presentes para la época navideña. Así, las celebraciones y el alcohol se convierten en factores depresivos que pueden incidir en los deseos de suicidio. En el gráfico 3 se observa también que en mayo se da un ascenso relativamente constante del fenómeno (excepto en 2003 y 2008). No se han identificado razones que expliquen el ascenso del suicidio durante este mes; sin embargo, es posible asociarlo con la cercanía del fin de año escolar. Finalmente, llama la atención que abril de 2008 es el mes que presenta el mayor número de casos suicidas (24) de todo el período analizado.

Comportamiento por género y edad

De acuerdo a la información registrada por el OMSC (ver gráfico 4), los hombres se suicidan en números más amplios que las mujeres. En el 2003, por ejemplo, los varones duplicaron al suicidio de las mujeres; en el 2005 se suicidaron 10 veces más que ellas y en el 2007 las cuadruplicaron. Es decir, entre el 2003 y 2008, los hombres han consumado la lesión autoinflingida entre dos y diez veces más que las mujeres, cumpliendo con una de las tendencias que se observa a nivel internacional - la razón promedio mundial es de cuatro a uno de acuerdo a Sadock y Kaplan (2007)¹¹. Por el contrario, las mujeres intentan suicidarse alrededor de cuatro veces más que los hombres. Sus tentativas suelen ser menos exitosas que en el caso de los varones debido, parcialmente, a los métodos utilizados (esta característica será analizada más adelante).

Asimismo, se puede identificar variaciones y tendencias de acuerdo a grupos etarios específicos y según el género. En

Gráfico No. 3 - Casos de suicidios por mes en el DMQ (2003-2008)



Fuente: OMSC (2008). Elaboración: Mauricio Abril

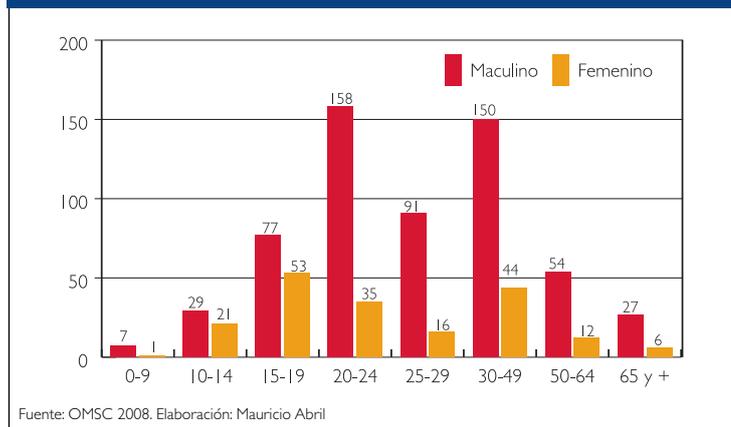
general, los grupos más vulnerables son los jóvenes estudiantes/universitarios y las personas adultas. Las jóvenes entre 15 y 19 años y las mujeres de edad media entre 30 y 49 son las más vulnerables al suicidio; en el caso del género masculino son los jóvenes adultos entre 20 y 24 años y aquellos entre 30 y 49 años de edad. Llama la atención que de los 781 suicidios registrados entre el 2003 y el 2007 en la ciudad de Quito, 194 suicidios corresponden a adultos de ambos géneros entre 30 y 49 años; 193 a los jóvenes entre 20 y 24; y que el tercer grupo más afectado por este fenómeno sea el de niños/as y adolescentes entre 10 y 19 años. Respecto a este último grupo, si bien quienes se encuentran por debajo de los quince años presentan tasas de suicidios bastante bajas, es una edad que comienza a visibilizarse en la problemática del suicidio. Aquellos niños/as que están expuestos a violencias intrafamiliares, sexuales y/o físicas; o, que pertenecen a familias con historial de abuso de drogas, alcohol, depresión o suicidios tienden a recurrir a comportamientos suicidas y de auto-destrucción (Sadock y Kaplan, 2007). Sobre este grupo se puede intervenir positiva y efectivamente, pues, como señala el sistema de información preventiva, INFORMA-T, "los niños y adolescentes con tendencias suicidas se pueden recuperar y regresar a un camino más saludable de desarrollo" (INFORMA-T, 2008)¹².

Los adolescentes y jóvenes situados entre los 15 y 24 años constituyen uno de los grupos más propensos a practicar comportamientos suicidas, especialmente los de sexo masculino. Desde la década de los 50 hasta la actualidad, el suicidio de los jóvenes hombres se ha incrementado substancialmente en relación al de las jóvenes mujeres. La IASP, a través de sus estudios, ha identificado que una buena parte de adolescentes suicidas de ambos sexos tenían problemas de salud mental, como son la depresión o la adicción al alcohol y/o sustancias psicotrópicas. Se ha encontrado además que aquellos/as jóvenes que provienen de familias con historiales suicidas suelen propender a este mismo comportamiento. Las experiencias de violencia infantil y doméstica, al igual que las dificultades socio-económicas que atraviesan las familias, son factores que intensifican el riesgo del suicidio en adolescentes. También influyen las presiones y expectativas familiares (de tipos sociales, académicos o profesionales), que pueden abrumar los/las jóvenes, quienes por impulso, optarían por el suicidio como mecanismo de escape o manejo de estrés.

En el grupo de adultos, especialmente de los hombres, el suicidio se perfila como la principal causa de muerte. En muchos países, ellos presentan una alta vulnerabilidad ante el suicidio. El IASP y la OMS señalan que estas edades son influenciadas por factores de salud mental, situaciones familiares, y vida difícil y estresante que promueven el desarrollo de la depresión. Según el IASP, una de las razones que explica la brecha de suicidios entre géneros es el hecho de que las mujeres propenden a reconocer sus problemas y a buscar ayuda terapéutica más a menudo que los hombres. Los factores sociales y culturales asociados con la masculinidad inducen a que los varones, desde la niñez repriman sus sentimientos de tristeza y depresión, sin buscar ayuda psicológica y/o emocional.

Por otro lado, investigaciones recientes a nivel mundial han encontrado que el suicidio se vuelve más concreto conforme la edad avanza. Las personas de la tercera edad tienden a consumar este acto con un solo intento, mientras quienes son jóvenes suelen intentarlo tres veces más que ancianos/as (Sadock y Kaplan, 2007). La depresión en la tercera edad se convierte en un factor más crucial que en los grupos etarios anteriores, pues a medida que avanzan los años, las personas sufren de problemas de salud, desolación y, en muchos casos, deben retirarse y cambiar sus formas de vida drásticamente. Adicionalmente, quienes son ancianos/as resisten menos ante un intento de suicidio, por lo que generalmente estas personas logran consumarlo la primera vez que se autoinfligen. A diferencia de los países nórdicos, donde la tercera edad es la más propensa a ejecutar este acto, preocupa que en Quito y en América Latina el suicidio se ha

Gráfico No. 4 - Comportamientos de suicidios según edad y sexo de la víctima



incrementado en gran medida en niños/as, adolescentes y jóvenes, por lo que está presente en edades cada vez más cortas. De acuerdo a datos utilizados por el Departamento de Medicina Legal (citado en el artículo "Los niños también se suicidan" publicado por el Diario El Hoy el 12 de marzo del 2006), entre el 7% y el 14% de los menores a los 16 años en América Latina han intentado suicidarse al menos una vez. Este factor requiere de especial atención al comportamiento de los menores de edad.

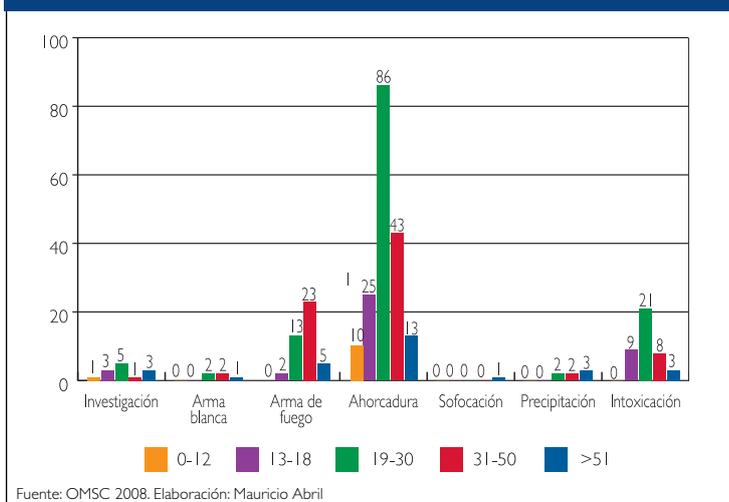
Métodos utilizados

De acuerdo a los datos recopilados por el OMSC, en la ciudad de Quito los métodos más utilizados en casos de suicidio son: el ahorcamiento con cinturones y sogas (empleado especialmente por jóvenes y adultos entre 19-30 años); las armas de fuego (usadas en menor cantidad principalmente por adultos jóvenes y maduros al tener mayor acceso a las mismas); y, la intoxicación (raticidas, herbicidas, alcohol) (Ver gráfico 5). Según un reportaje realizado por el Diario Hoy (2006b), el método más utilizado durante la época de navidad y año nuevo (período en que además muchas empresas concluyen contratos con sus empleados) es la intoxicación con fósforo blanco (diablillos), dado que es un elemento de bajo costo, venta libre y amplia oferta. Los diablillos, en ocasiones, causan la muerte, pero en otras, dejan graves e irreversibles consecuencias ya que destruyen el organismo y el sistema nervioso de las personas.

Es importante notar que de acuerdo a investigaciones realizadas por la OMS y la IASP, las muertes y lesiones auto-inflingidas y accidentales por intoxicación de sustancias químicas (por ejemplo pesticidas) se producen con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo, especialmente en el sudeste de Asia, y en Centro y Sudamérica (WHO, 2006)¹³. Es así que la OMS se encuentra diseñando y promoviendo iniciativas locales para restringir el fácil acceso a pesticidas y otras sustancias químicas peligrosas de uso cotidiano. El encuentro realizado para discutir este tema en Génova propuso tres líneas de acción comunitaria: la creación y administración de cajas seguras para resguardar pesticidas y otras sustancias; la difusión educacional de información respecto al peligro y el uso apropiado de estas sustancias; y además, intervenciones psicosociales para conversar y diseñar medidas de prevención del suicidio por este mecanismo.

Respecto a la utilización de métodos según el género, se ha encontrado que los hombres escogen suicidarse a través de formas más letales como es el uso de armas, el ahorcamiento o la precipitación. Esta característica puede ayudar a explicar por qué los hombres consuman más suicidios que las mujeres. En el caso de las segundas, los métodos predilectos son la intoxicación con sustancias químicas o el envenenamiento, las cuales demoran en provocar la muerte y

Gráfico No. 5 - Suicidio según arma y rango de edad



permiten que se identifique la intoxicación y se interrumpa el proceso suicida. Adicionalmente, si bien el alcohol y las drogas no provocan directamente este acto, sí inciden en el comportamiento de las personas que se autoinflinjen, ya sea deprimiendo las funciones mentales superiores como aflorando estados emocionales reprimidos, lo cual acelera el impulso y los deseos suicidas.

Estado Civil

Las investigaciones muestran que la familia y los hijos e hijas son factores que pueden reducir significativamente el riesgo de suicidio. En el caso de Quito, las personas solteras tienen mayor tendencia a este acto que quienes poseen otro estado civil. Así, el 44.6% de las personas que se suicidaron entre 2007-2008 eran solteras; el 26.9% eran casadas; el 10.87% se encontraban en unión libre; el 3.5% eran divorciados y 13.6% de los casos están aún en investigación. Una característica bastante frecuente de las personas que se suicidan es que son solitarias, aisladas o pertenecen a una familia con historial suicida.

Ocupación

Con respecto a la ocupación de quienes han cometido autoinflexión, los grupos mayormente vulnerables son adolescentes, jóvenes adultos y adultos, quienes comúnmente son estudiantes y trabajadores independientes. De acuerdo a los datos del OMSC (en relación a la ocupación), entre el 2007-2008, el 18.8% de las personas que murieron por suicidio fueron estudiantes y otro 18.8% fueron trabajadores independientes. En este sentido, la ocupación es otra variable importante a considerar en el estudio del comportamiento de los suicidios, a nivel mundial se sabe que el tener un empleo fijo disminuye el riesgo de cometer suicidio, pues este acto es más común entre la población desempleada. Incluso, el fenómeno se agrava para los adultos de entre 25 a 60 años en épocas de recesión económica y aumento del desempleo, pues estas situaciones inciden en la intensificación del estrés y el malestar social y/o familiar; lo cual a su vez, contribuye al desarrollo de depresiones que pueden desembocar en suicidios (Sadock y Kaplan, 2007).

Conclusiones, reflexiones y sugerencias

El suicidio en el Ecuador es un problema complejo, si bien tiene que ver con los desbalances mentales e individuales de cada persona, estos se relacionan e intensifican con factores

sociales (expectativas y presiones familiares/sociales e insatisfacción de vida de las personas en una sociedad). Como se ha visto en el desarrollo de este artículo, este fenómeno registra un crecimiento sostenido y progresivo en el país. Sin embargo, es un problema desconocido y malentendido en nuestro medio debido a la falta de reconocimiento e investigación, y a la ausencia de centros públicos adecuados que presten servicios para la prevención del problema.

El suicidio es un fenómeno que se produce principalmente en las ciudades, y que debe ser abordado desde la seguridad ciudadana, por ser un problema asociado con el bienestar de la ciudadanía. Los suicidios aumentan en épocas del año con más presiones familiares y sociales: julio por ser el fin del año académico y diciembre por ser un mes de feriados, celebraciones, consumismo y alcohol. Los grupos más vulnerables son hombres jóvenes adultos y solteros (30-49 años), y también adolescentes hasta los 19 años. Los métodos preferidos son el ahorcamiento y las armas de fuego (métodos inmediatos), así como el envenenamiento que da lugar a la intervención. Las mujeres ingieren venenos de animales —de fácil acceso— y en diciembre (mes depresivógeno) es cuando se registran altos números de muertes por intoxicación de fósforo blanco. El suicidio produce pérdidas de vidas, talentos, contribuciones sociales y económicas; provoca además sufrimiento en la familia y en las personas que rodean a la víctima. De igual manera, el intento de suicidio causa pérdidas económicas en la sociedad, tanto por los costos de hospitalización como por las pérdidas de productividad creativa, intelectual y económica mientras las víctimas se recuperan del incidente.

Son varias las recomendaciones que se pueden proponer para tratar este fenómeno. Como primer paso está la identificación del problema a través del estudio de los comportamientos del suicidio, los grupos vulnerables que propenden al mismo, y una especial observación del suicidio en la adolescencia y la juventud. En segundo lugar, se requiere atención inmediata por medio de programas locales y nacionales que tengan especialistas capaces de diagnosticar el riesgo de la ciudadanía de caer en esta situación (tomando en cuenta los niveles de depresión y abuso de sustancias alcohólicas y/o psicotrópicas); que ofrezcan espacios en donde jóvenes puedan buscar ayuda (por ejemplo líneas de ayuda telefónica como el servicio Informa-t); que capaciten al personal médico, educativo y líderes familiares y comunitarios¹⁴ en atención y sensibilización frente a tendencias suicidas; y que difundan información confiable a nivel familiar, educativo y hospitalario sobre el suicidio, sus causas y las formas de prevenirlo. De acuerdo con la psicoanalista Susana Ortiz, de existir este tipo de medidas, se podría prevenir el suicidio hasta en un 70%.

Entre las medidas más efectivas pero subestimadas, de acuerdo a la OMS, está la restricción en el acceso a instrumentos de suicidio como las armas, venenos fuertes y diablillos, lo cual se puede lograr con la colaboración de la comunidad. Sin embargo, pese a que en algunos países en donde se han aplicado medidas restrictivas se ha experimentado una disminución en el número de suicidios con estos métodos, no significa que las personas no hayan buscado o no busquen otras formas asequibles de suicidio. Es por eso que las medidas restrictivas deben ir de la mano con tratamientos integrales del suicidio y sus diversos métodos. Quizás otra medida efectiva que puede ayudar a reducir la incidencia de los suicidios en los jóvenes es la demanda de una cobertura mediática responsable e informativa, que restrinja el exceso de la crónica roja y la glorificación de la muerte, dado que esto puede convertirse en un incentivo para la muerte, especialmente en los/las jóvenes.

La prevención del suicidio no tiene que ver solamente con el tratamiento del individuo si no también con el entorno en el que éste se desenvuelve. Es así que es muy importante desarrollar e implementar estrategias que reduzcan el estigma del suicidio —ligado a desórdenes mentales— en la sociedad, y que permitan a las personas acceder al apoyo y

guía necesarios. Así también, es importante desarrollar estrategias integrales para mejorar la calidad de vida y la experiencia de las personas en su ciudad u otro ámbito de residencia. Algunas formas de intervenir el entorno urbano es implementando espacios de recreación para los infantes; espacios de diálogo para la juventud; espacios de oportunidades de crecimiento personal y laboral para adultos y espacios de acompañamiento y cuidado para las personas de la tercera edad. Una mejor calidad de vida y satisfacción en los ámbitos familiares, afectivos, económicos y sociales contribuyen a la prevención de comportamientos de autoeliminación.

La tendencia suicida es un asunto que se da en la individualidad de la persona pero que nace y se intensifica en la relación sujeto-sociedad; es decir, que es un comportamiento que tiene componentes individuales que pueden ser intensificados o prevenidos por factores sociales. De modo que, el suicidio presenta patrones definidos que pueden ser identificados, tratados y prevenidos desde campos multidisciplinarios y, especialmente, desde la construcción de una sociedad que proporciona calidad de vida y convivencia pacífica para toda la ciudadanía.

Fuentes bibliográficas:

Bertolote, José Manuel y Alexandra Fleischmann (2002). "A global perspective in the epidemiology of suicide". Disponible en: <http://www.iasp.info/pdf/papers/Bertolote.pdf> (consulta: junio 2008).

Diario Hoy (2006a). "Los niños también se suicidan". Diario Hoy: Quito (marzo 12) Disponible en: <http://www.explored.com.ec/infodat/textofinal.asp?i=229169&texto=suicidios>

_____ (2006b). "Suicidios en fin de año por 25 ctvs." Diario Hoy: Quito (diciembre 13).

Durkheim, Emilio (1971). *El Suicidio*. Schapire: Buenos Aires .

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2006). *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*. INEC: Quito.

Ministerio de Salud Pública (2007a). *Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007*. MSP, UNICEF, INEC, OPS, UNFPA: Quito.

_____ (2007b). *Proceso de Control y Mejoramiento de la Salud Pública: Enfermedades y eventos de notificación obligatorio sujetas a vigilancia epidemiológica Ecuador 1998-2007*. MSP: Ecuador.

Sadock, Benjamin y Virginia Kaplan (2007). *Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins: USA.

Notas:

- 1 Licenciada en Estudios Urbanos, trabajó como investigadora en el Programa Estudios de la Ciudad de FLACSO Sede Ecuador. Actualmente está cursando la Maestría de Planificación Urbana en MIT – Estados Unidos.
- 2 Esta definición se encuentra en la página web de la Red Mundial de Suicidólogos en http://www.redsuicidologos.com.ar/art_la_conducta_suicida.htm
- 3 Las personas que se suicidan o intentan hacerlo, presentan frustraciones personales, emocionales y profesionales; en los jóvenes suelen ser los problemas amorosos y la incapacidad de cumplir con las expectativas familiares en el aspecto académico las principales causas del suicidio. En los adultos sucede por causas de conflictos amorosos también y por preocupaciones económicas. (Informa-t, Sadock y Kaplan 2007, OMS).
- 4 Estudios en los EEUU muestran que de los suicidios asociados a desórdenes mentales, la depresión es un factor causante en el 80% de los casos; la esquizofrenia en un 10% y la demencia en un 5%. Asimismo, el abuso de drogas y alcohol está presente en una gran parte de los suicidios (Sadock y Kaplan, 2007).
- 5 Por sus siglas en inglés *International Association for Suicide Prevention - IASP* (En: www.iasp.info).
- 6 Las últimas cifras que maneja la OMS respecto a tasas de suicidio corresponden a años diversos para cada uno de estos países. En el caso de Corea del Sur la tasa en el año 2005 era de 26.2; en Japón en 2004 era de 24; China en 1999 presentó una tasa de 22.5 y Sri Lanka de 21.6 (En: <http://www.who.int/countries/en/>).
- 7 El INEC cataloga al los suicidios como lesiones autoinflingidas intencionalmente.
- 8 Los datos del 2004 son las últimas cifras oficiales aprobadas y reportadas por la OMS para el caso del Ecuador.
- 9 En 1998, se produjeron 549 suicidios, en 1999 se redujeron a 226 y en el 2000 volvieron a ascender a 538.
- 10 El psicólogo Ítalo Rojas trabaja actualmente para el Departamento de Medicina Legal en el Distrito Metropolitano de Quito. Susana Ortiz es psicoanalista con amplio conocimiento en el tema de los suicidios. Entrevistas realizadas en junio de 2008.
- 11 En el Ecuador, el INEC registró para el año 2005, 683 suicidios masculinos y 260 suicidios femeninos, y en el 2006 registró 602 suicidios masculinos y 298 femeninos. Si bien en el país los primeros no cuadruplican a los segundos, sí están por sobre el doble.
- 12 Informa-t es un servicio telefónico de información y ayuda dirigido a la niñez y la juventud en el Ecuador; tiene el objetivo de proveer información y guiar a quienes tengan problemas y/o necesiten tomar una decisión. Entre los distintos aspectos que este servicio trata e intenta prevenir está el suicidio. Informa-t provee información al respecto en su página web y asesoramiento vía telefónica. Este servicio funciona con dos *call centers* en Quito y Guayaquil, y ha brindado cobertura a tres millones de ecuatorianos/as desde hace veinte años (En: www.informa-t.org.ec).
- 13 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_safer_access.pdf
- 14 Susana Ortiz e Ítalo Rojas señalan la posibilidad de identificar cuando los y las adolescentes tienen pensamientos suicidas, pues usualmente buscan ayuda y desean conversar al respecto. Es importante, sin embargo, que tanto la familia, como las escuelas y colegios, y los médicos tengan un conocimiento básico sobre cómo identificar este problema.

COMPARANDO

Tasas de suicidios en América Latina según OMS

País	Año	Hombres	Mujeres	Total tasa de suicidios
Argentina	2003	14.1	3.5	8.7
Brasil	2002	6.8	1.9	4.3
Colombia	1999	8.2	2.4	5.3
Costa Rica	2004	12.1	1.6	6.9
Cuba	2004	20.3	6.6	13.5
Chile	2003	17.8	3.1	10.4
Ecuador	2004	8.6	3.7	6.1
El Salvador	2003	12.2	4.2	8.1
Guatemala	2003	3.4	0.9	2.1
México	2003	6.7	1.3	4.0
Nicaragua	2003	11.0	3.7	7.3
Panamá	2003	11.1	1.4	6.3
Paraguay	2003	4.5	1.6	3.1
Perú	2000	1.1	0.6	0.9
Puerto Rico	2002	10.9	1.8	6.2
Rep. Dominicana	2001	2.9	0.6	1.8
Venezuela	2002	8.4	1.8	5.1

Fuente: OMS(2007). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
 Elaboración: Diana Mejía

ENTREVISTA

Tendencia suicida: causa de muerte evitable



Susana Ortiz
Médica psiquiatra

¿Según su punto de vista a qué factores obedece el fenómeno del suicidio?

Depende de las circunstancias sociales, políticas, económicas que esté viviendo una sociedad para que los suicidios se presenten con más o menos frecuencia. El suicidio es un fenómeno como resultante de un trastorno afectivo, psiquiátricamente hablando; por lo tanto, las influencias externas van a hacer que éstos aumenten o disminuyan dependiendo de las circunstancias. Las pérdidas, sobre todo emocionales, son las más grandes causales de suicidio; sean éstas en la niñez, adolescencia o en la senectud, que son los tres periodos más sensibles.

Si no hay una preparación frente a lo que es este problema, existe la tendencia de esconder y no reconocer los intentos suicidas de las personas. Muchas veces los familiares engañan al médico que atiende la emergencia de la persona que ha intentado suicidarse, pero el o la profesional tiene la responsabilidad de informar a la familia que el paciente debe recibir asistencia psiquiátrica.

De acuerdo a las estadísticas del Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana, el número de casos de suicidio en el rango jóvenes es ascendente. ¿Por qué cree usted que se da este hecho?

Por la falta de principios y de convicciones de vida. Los seres humanos necesitamos tener un objeto o una razón para vivir; nuestra sociedad nos hace perder estas posibilidades, por ejemplo: la falta de fe en las personas, la vivencia absolutamente economicista, la pérdida económica de los padres también son razones para el suicidio en los jóvenes, en la adolescencia sus primeras parejas emocionales se convierten en el todo y muchas veces la ruptura de la relación es causal de que no logren soportar la idea de estar solos. Las estadísticas no muestran las razones, pero generalmente, son por rompimientos afectivos.

¿Es posible tratar el suicidio desde la seguridad ciudadana?

El rol de la seguridad ciudadana es el de informar a los padres para que reconozcan cuándo sus hijos están frente a la probabilidad de un suicidio. Se debe evitar proporcionar ideas de cómo cometer este acto, por eso cuando se habla de suicidio no hay que

acentuar los mecanismos utilizados por las personas que lo comenten. Por el contrario, se debe hablar de lo que es la depresión y la tristeza mal manejada. En este sentido, este problema debe ser atendido por profesionales y no por gente que no sabe lo que es tratar la depresión. El niño o joven que intente suicidarse, requiere hospitalización urgente bajo supervisión psiquiátrica; este acto se reconoce desde la familia y no desde fuera porque los jóvenes siguen su vida

con aparente normalidad, pero como el dolor es tan profundo, el resultado es que a todas sus amistades les llame la atención que haya quitado la vida.

A las estadísticas les falta un dato: dónde se suicidan las personas. El 95% de los suicidios se comenten dentro de la casa, porque es allí donde usualmente se experimenta todo ese sentimiento de dolor. Si la familia no reconoce el suicidio, difícilmente se logra detectarlo fuera del hogar. Sin bien la pérdida del año lectivo puede ser una causa, no es la única razón, pues se suman otros factores de tipo sentimental. De modo que, algunos indicios de esta tendencia en

los jóvenes son la pérdida del apetito, el encierro en la habitación, la poca comunicación y la irritabilidad. Este tipo de comportamientos los notan directamente los miembros de la familia.

¿Cree usted que suicidio debe ser debatido en el contexto de las políticas públicas de seguridad ciudadana?

El suicidio es un problema de salud pública, por ello se deben crear políticas públicas para prevenirlo. Por esta razón, se debe abordar este tema en los colegios, en las reuniones de padres de familia y en foros ciudadanos. Es necesario hablar de suicidio juvenil y de adultos mayores, ya que constituyen los grupos con más altos índices en el país. El suicidio no debe pasar por el discurso barato de "hablar con el sacerdote", no debe verse como un "pecado", sino como un proceso en el que muchos adolescentes incurren, tiene que ponerse en la dimensión del tratamiento psiquiátrico.

En este contexto, una de las políticas que debería implementarse sería el aumentar la cantidad de psiquiatras en los servicios públicos, pues la salud mental en el Ecuador ha quedado relegada.

Por Blanca Armijos

El suicidio es un problema de salud pública, por ello se deben crear políticas públicas para prevenirlo. Por esta razón, se debe abordar este tema en los colegios, en las reuniones de padres de familia y en foros ciudadanos.



LIBROS



Durkheim, Emile (1992). **El suicidio**. Ediciones Akal. 452 p.p. ISBN: 978-84-460-0191-1

Este libro da una definición objetiva del suicidio, eliminando las posibles alteraciones que las palabras sufren al incluirse en el vocabulario cotidiano. Así, define este fenómeno como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima. El autor se ocupa del interés que el suicidio puede tener para la sociología, ya que es un acto que puede considerarse tanto en su vertiente individual como en su vertiente colectiva. Plantea además que cada sociedad presenta una cifra casi invariable de suicidios aún cuando el periodo estudiado sea demasiado largo, por lo que constituye un fenómeno independiente y con naturaleza propia, de cuyo estudio se encarga la sociología y en concreto esta obra (Fuente: www.herrerros.com.ar).



Holmes, Ronald and Stephen Holmes (2005). **Suicide: Theory, practice and investigation**. USA: Sage Publications. 192 p.p. ISBN: 9781412910101

Este libro es el único texto disponible que ofrece una perspectiva del suicidio en los Estados Unidos, el cual ha sido escrito por dos de los más destacados investigadores sobre homicidios y del crimen violento en el mundo. El texto examina el problema social del suicidio desde una perspectiva única, pues los autores discuten varias formas en que acontece este fenómeno, analizando regionalmente estadísticas actualizadas sobre cómo el género, el estado civil, la ocupación, la salud, el uso de estupefacientes y la religión influyen en su práctica.

PÁGINAS WEB

Observatorio Metropolitano de seguridad Ciudadana
<http://www.observatorioseguridaddmq.net/p/index.asp>

Organización Mundial de la Salud – OMS
<http://www.who.int/en/>

International Association for Suicide Prevention – IASP
<http://www.iasp.info/>

Plan Prevención Suicidio
<http://www.suicidioprevencion.com/index.php?lang=es>

Befrienders worldwide
<http://www.befrienders.org/int/spanish/warningSigns.php>

ENLACES ON LINE

Reportes de suicidios por países - OMS
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios – México
http://www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/15_otros_pdf/oe_2004_EstSuicidiosINEGI.pdf

Boletín Sociedad Sin Violencia. PNUD Salvador
<http://www.violenciaelsalvador.org.sv>

Boletín + Comunidad + Prevención. Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana Chile:
<http://www.comunidadyprevencion.org/documentos.shtml>

Revista Nueva Sociedad. Friedrich Ebert Stiftung Argentina:
<http://www.nuso.org/revista.php?n=207>

POLÍTICA PÚBLICA

Prevenir el suicidio: sugerencias desde una perspectiva social

Alfredo Santillán

El suicidio es uno de los fenómenos que más agudamente refleja el funcionamiento de una sociedad, ya que la intención y decisión de quitarse la vida es una muestra de los males tanto individuales como sociales que experimentan las personas: desintegración social, frustraciones producto de las presiones sociales, drogodependencias, trastornos psicológicos y psiquiátricos, etc. Si bien las tasas de suicidio en el Ecuador son bajas comparadas con las de otros países del continente y del mundo, es preocupante el aumento sostenido que ha tenido en los últimos 30 años.

Un primer punto interesante para abordar las estrategias de prevención de este fenómeno es su visibilización. Es plausible que dentro del enfoque de seguridad ciudadana que sustenta el Municipio de Quito se considere al suicidio como un fenómeno relevante a ser monitoreado, sobre todo porque a partir del trabajo de las instituciones responsables a nivel local en este tema, existen datos más precisos que permiten conocer las tendencias generales del número de suicidios y algunas variables descriptivas como género, edad y métodos para auto-infligirse daño. Sin embargo, esta sensibilización ante el problema no es del todo compartida en el resto de la sociedad, es más existen algunas trabas importantes para su discusión como son la estigmatización social tanto de las personas como de las familias, o la fe religiosa que identifica a estas acciones como pecados. En este sentido, una primera medida puede ser potenciar la discusión sobre el tema entre la mayor cantidad de grupos sociales posible.

Por otro lado, si bien en nuestro contexto podrían aplicarse estrategias comunes para la prevención del suicidio, como la identificación oportuna de actitudes suicidógenas y el control en la circulación de

armas o venenos, es necesario poner mayor énfasis en los factores sociales que aparecen marcadamente en las tendencias locales del suicidio; esto implica actuar sobre las diferencias de género, de generación y de región. Los datos muestran que las diferencias entre hombres y mujeres se expresan también en la propensión a autoinfligirse la muerte, en este caso es necesario intervenir en la "cultura de la masculinidad" ya que la letalidad del suicidio en los varones se debe en buena parte a la familiaridad de estos respecto a la violencia y a sus dificultades para expresar emociones. Para esto es necesario trabajar en los espacios en los que se aprende o refuerza los valores del deber ser masculino, como la familia y la escuela.

El componente generacional también requiere un abordaje particular, pues como muestra la investigación central de este boletín, existe un aumento del suicidio entre niños/as, adolescente y jóvenes. Al respecto antes que una política asistencialista se requiere involucrar activamente a los segmentos más vulnerables, no solo en el diagnóstico sino en la construcción de espacios de integración y participación social.

Igualmente es significativa la diferencia entre los suicidios producidos en las zonas urbanas y rurales, por lo que es preciso trabajar sobre la convivencia en las ciudades fortaleciendo los vínculos de solidaridad. En este aspecto se pueden reforzar los espacios de encuentro y esparcimiento que ayudan a superar la fragmentación social y permiten reconstruir el tejido social. A mediano y largo plazo es fundamental pensar en el mejoramiento de la calidad de vida como el mayor atenuante de las tendencias suicidógenas propias de las sociedades contemporáneas 

Tratamiento del suicidio en los medios: pautas para su prevención

Jenny Pontón Cevallos

... los medios de comunicación pueden convertirse en un aliado eficaz en la prevención del suicidio como causa de muerte evitable, pues la posibilidad que estos tienen de llegar a multitudes a través de sus tecnologías constituye una gran ventaja que debe ser aprovechada positivamente.



A nivel mundial son numerosos los estudios que se han realizado sobre el mal uso de la información acerca del tema del suicidio y la ocurrencia de dichos actos. En tales investigaciones se ha encontrado una clara evidencia del efecto que pueden tener los medios de comunicación con relación a la utilización de métodos de suicidio específicos; por ejemplo, se determinó que las noticias sensacionalistas sobre muertes autoinfligidas de figuras públicas precipitaban el suicidio de personas vulnerables al utilizar procedimientos similares, especialmente en el caso de adolescentes y jóvenes.

Al respecto, Sergio Pérez Barreno (2005)¹, presidente de la sección de suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, considera que es impostergable que los periodistas cuenten con los conocimientos suicidológicos mínimos que les permitan cubrir la noticia de una manera más profesional. Para ello recomienda una serie de medidas a tomar en cuenta, con las cuales no se pretende coartar la libertad de expresión sino, por el contrario, dotar de los conocimientos científicos acerca de esta problemática para elevar la calidad de lo que se informa, pues para este autor un buen profesional de la comunicación nunca debe olvidar que la libertad de expresión debe ir unida a la responsabilidad social debido al impacto y las consecuencias de lo que se difunde.

En este sentido, el autor sugiere se cumplan las siguientes indicaciones al reportar un suicidio: (i) no

debe aparecer la noticia en primera página ni en la contraportada (ii) no deben aparecer fotos de la persona fallecida; (iii) no se debe describir el método utilizado con lujo de detalles, pues sirve a otros/as de referencia para autodestruirse; (iv) no deben ofrecerse explicaciones simplistas ni únicas de lo sucedido pues el suicidio es una conducta compleja que responde a causas biológicas, psicológicas y sociales; (v) el suicidio no debe equipararse con atributos dignos de imitar como por ejemplo la valentía, el honor, la dignidad, etc. (vi) con respecto a la personalidad de quien falleció, no debe resaltarse únicamente sus aspectos positivos sino también los posibles factores que facilitaron el suicidio; (viii) no emplear el término suicidio como sinónimo de éxito, opción, solución; y finalmente, (ix) no proyectar el suicidio como una forma de solucionar las dificultades de la vida.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud - OMS menciona algunas sugerencias de cómo manejar la información sobre suicidios, entre ellas propone que: (i) las noticias sobre estos actos deben aparecer en las páginas centrales y preferiblemente en forma de notas breves; (ii) es preferible no emplear la palabra suicidio en la redacción sino más bien el calificativo de muerte autoprovocada o autoinfligida; y también, (iii) ofrecer ejemplos tanto de personas que en situaciones similares respondieron con mecanismos de adaptación creativos, como de otras que en peores circunstancias supieron encontrar soluciones no autodestructivas.

De esta manera, los medios de comunicación pueden convertirse en un aliado eficaz en la prevención del suicidio como causa de muerte evitable, pues la posibilidad que estos tienen de llegar a multitudes a través de sus tecnologías constituye una gran ventaja que debe ser aprovechada positivamente.

¹ Pérez, Sergio (2005). "Los medios de comunicación y el suicidio". Evidencias y sugerencias. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/pagina_principal_2005/7_reunion/archivos/suicidio/suicidoymedios_omunica.pdf



Director FLACSO: Adrián Bonilla • Coordinador del Programa Estudios de la Ciudad: Fernando Carrión
Coordinadora del Boletín: Jenny Pontón • Tema central: Andrea Betancourt
Colaboradores: Andrea Betancourt, Alfredo Santillán, Diana Mejía, Blanca Armijos
Edición: Jenny Pontón • Diseño: Antonio Mena • Impresión: Ekseption