

EL SUICIDIO EN SANTIAGO DE CHILE¹

Dres. Constantino Chuaqui,² Paul V. Lemkau,³ Adela Legarreta,⁴ y Srta. M. Angélica Contreras⁵

Estudio epidemiológico sobre el suicidio en Santiago de Chile. Se tratan las tasas por edad, sexo y método de suicidio, así como la relación con la densidad de población y condiciones socioeconómicas, además de las implicaciones psiquiátricas.

El presente trabajo presenta los resultados de un estudio epidemiológico del suicidio realizado en Santiago de Chile durante 1961 y 1962.

La información sobre este fenómeno como manifestación medicosocial en Chile, es escasa. Según el Anuario Demográfico de las Naciones Unidas correspondiente a 1964 (1) la tasa de suicidios en Chile fue de 3.4 por 100,000 en 1960. Por otra parte, un trabajo de C. R. Fuentes (2) señaló que en ese país los hombres se suicidan con mayor frecuencia que las mujeres; que estas emplean como método el envenenamiento más frecuentemente que los hombres, entre los que se estableció que existe una preferencia por la ahorcadura y las armas de fuego. Asimismo, señaló que las tasas de suicidio tienden a aumentar durante la primavera y el verano.

Se obtuvieron datos del Instituto Médico Legal de Santiago sobre suicidios, y de la Asistencia Pública sobre intentos graves y frustrados de suicidio.

En la primera parte del presente trabajo se analiza la distribución de todas las defun-

ciones por suicidio ocurridas en la Ciudad de Santiago en 1961 y 1962. En la segunda se examinan someramente los intentos graves de suicidio observados en 1961 en cuatro centros de urgencia de la Asistencia Pública de Santiago. La tercera parte se dedica a un análisis más detallado de los suicidios consumados en Santiago en 1962.

Suicidios en 1961-1962

Se examinaron todos los protocolos pertenecientes a 1961 y 1962 archivados bajo el rubro "suicidios" del departamento de estadística del Instituto Médico Legal de Santiago, el cual, según prescribe la ley, debe estudiar todas las defunciones ocurridas en Santiago por accidente, homicidio o suicidio, así como las que se sospecha puedan pertenecer a esas categorías. Se estimó que la información recogida en este Instituto era fidedigna y que el número total de fallecimientos por suicidio registrado por el Instituto Médico Legal se aproxima mucho al número real de muertos por esa causa.

Edad y sexo

El número total de suicidios registrados en Santiago durante el período 1961-1962 fue de 467. La tasa por 100,000 habitantes mayores de 10 años de edad⁶ fue de 15.89; la tasa correspondiente al sexo masculino

⁶ Todas las tasas que se presentan en este trabajo se refieren a 100,000 habitantes, por lo que, en lo sucesivo, al enunciarlas no se repetirá esta cifra.

¹ Trabajo publicado en inglés con el título "Suicide in Santiago, Chile" en *Public Health Rep*, 81(12): 1109-1117, 1966.

² Profesor encargado de curso. Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, Santiago.

³ Profesor de Higiene Mental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, Estados Unidos de América.

⁴ Profesora Auxiliar del Departamento de Biostatística. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Santiago.

⁵ Visitadora social Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile, Santiago.

CUADRO 1—Suicidios y promedio de tasas de suicidio por 100,000 habitantes, por sexo y por grupo de edad de las víctimas. Santiago, 1961-1962.

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	Promedio anual de población	Suicidios	Promedio de tasa	Promedio anual de población	Suicidios	Promedio de tasa	Promedio anual de población	Suicidios	Promedio de tasa
10-14.....	87,321	4	2.29	90,055	5	2.77	177,376	9	2.53
15-24.....	164,565	74	22.48	211,062	41	9.71	375,627	115	15.30
25-44.....	250,491	133	26.54	307,973	58	9.41	558,464	191	17.10
45-64.....	122,807	96	39.08	156,605	22	7.02	279,412	118	21.11
65 y más.....	29,160	30	51.44	48,681	4	4.10	77,841	34	21.83
Total.....	654,344	337	25.75	814,376	130	7.98	1,468,720	467	15.89

fue de 25.75 y la del sexo femenino, de 7.98. El cuadro 1 muestra las tasas anuales por edad y sexo correspondientes a la población de 10 años de edad en adelante. Según estos datos se pueden formular las siguientes conclusiones sobre la población estudiada:

La frecuencia de suicidio en el sexo masculino aumenta progresivamente con la edad.

La tasa general de suicidios correspondiente al sexo masculino es aproximadamente tres veces mayor que la del sexo femenino, pero la relación de las tasas varía según los grupos de edad. En los varones, la tasa aumenta progresivamente desde 2.29 en el grupo más joven hasta 51.44 en el de 65 y más años, mientras que en las mujeres la tasa más alta se registra en el grupo de 15 a 24

años y a partir de este punto disminuye gradualmente a medida que aumenta la edad.

Método de suicidio según sexo y edad

En el cuadro 2 se presenta la distribución de suicidios según el medio empleado para consumarlo y el sexo de los suicidas. Los métodos más frecuentes fueron las armas de fuego (30.19%) y la ahorcadura (29.76%). Las mujeres eligieron el envenenamiento en el 37.69% de los casos, en tanto que los hombres optaron por él únicamente en el 8.90% de los casos.

Para analizar la distribución de los suicidios según método empleado y la edad, los cinco grupos de edad del cuadro 1 se consoli-

CUADRO 2—Suicidios por sexo de las víctimas y método elegido. Santiago, 1961-1962.

Método	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	Número	%	Número	%	Número	%
Armas de fuego.....	116	34.42	25	19.23	141	30.19
Ahorcadura.....	115	34.13	24	18.46	139	29.76
Envenenamiento.....	30	8.90	49	37.69	79	16.92
Salto y aplastamiento.....	28	8.31	3	2.31	31	6.64
Ahogamiento.....	17	5.05	8	6.15	25	5.35
Gas.....	12	3.56	11	8.46	23	4.93
Agentes cáusticos.....	8	2.37	7	5.39	15	3.21
Instrumentos punzocortantes.....	11	3.26	3	2.31	14	3.00
Total.....	337	100.00	130	100.00	467	100.00

CUADRO 3—Suicidios por grupo de edad y por método elegido. Santiago, 1961-1962.

Método	10-24 años		25-44 años		45 y más años		Todos los grupos de edad	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Armas de fuego.....	46	37.10	50	26.18	45	29.61	141	30.19
Ahorcadura.....	27	21.77	56	29.32	56	36.84	139	29.76
Envenenamiento.....	25	20.16	42	21.99	12	7.90	79	16.92
Salto y aplastamiento..	8	6.45	10	5.23	13	8.55	31	6.64
Ahogamiento.....	4	3.23	13	6.81	8	5.26	25	5.35
Gas.....	3	2.42	12	6.28	8	5.26	23	4.93
Agentes cáusticos.....	6	4.84	5	2.62	4	2.63	15	3.21
Instrumentos pun- zocortantes.....	5	4.03	3	1.57	6	3.95	14	3.00
Total.....	124	100.00	191	100.00	152	100.00	467	100.00

daron en tres (cuadro 3). Entre los menores de 25 años el arma de fuego fue el método más frecuente habiéndolo utilizado el 37.10% de los suicidas comprendidos en este grupo. Más del 20% de los casos comprendidos en los grupos de 10 a 24 y de 25 a 44 años prefirieron el envenenamiento a los demás métodos; pero del grupo de 45 y más años sólo lo eligió el 7.90 por ciento. La frecuencia de la elección de la ahorcadura como método de suicidio aumentó con la edad, variando de 21.77% en el grupo de 10 a 24 años a 36.84% en el de 45 y más. Existe la probabilidad, que oscila entre 0.01 y 0.02, de que la diferencia en la elección de métodos de suicidio de los tres grupos de edad se haya debido al azar.

Alcoholemia por sexo

En la gran mayoría de los suicidios examinados en el Instituto Médico Legal, se investigó la presencia de alcohol en la sangre de la víctima. Los resultados se registraron como positivos siempre que el contenido de alcohol fue superior a 0.5 mg por 100 cc de sangre. (El Instituto Médico Legal estima que una cantidad de 0.0 a 0.5 mg de alcohol por 100 cc de sangre carece de significación desde el punto de vista medicolegal; de 0.5 a 1.0 mg es positiva débil; de 1.0 a 2 mg es positiva, y de 2.0 mg o más es altamente positiva).

En el cuadro 4 se agrupa a los suicidas según su sexo y la alcoholemia encontrada en la autopsia. La alcoholemia fue positiva en el 31.91% de las personas que se suicidaron

CUADRO 4—Alcoholemia de suicidas, hombres y mujeres, en la autopsia. Santiago, 1961-1962.

Alcoholemia	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	Número	%	Número	%	Número	%
Positiva.....	135	40.06	14	10.77	149	31.91
Negativa.....	193	57.27	110	84.62	303	64.88
Desconocida.....	9	2.67	6	4.61	15	3.21
Total.....	337	100.00	130	100.00	467	100.00

(40.06% de los hombres y 10.77% de las mujeres).

Intentos graves de suicidio en 1961

Se definió como intento grave de suicidio el que puso en peligro las funciones vitales y, como consecuencia, requirió la urgente hospitalización de la víctima. Se tomaron y se analizaron los datos de todos los casos de asistencia médica prestada a personas que intentaron suicidarse durante 1961 y registrados en los cuatro centros de urgencia de Santiago. Esos datos, sin embargo, no representan el número total de personas que intentaron seriamente suicidarse y tratadas en Santiago durante 1961, ya que no incluyen los casos atendidos en los servicios de urgencia de tres grandes hospitales generales de Santiago; el incluirlos hubiera requerido la revisión de todas las fichas clínicas de ese año, cualquiera fuera la razón del ingreso, tarea que escapaba a las posibilidades y recursos de esta investigación.

Edad y sexo

Durante 1961, en los cuatro centros de urgencia mencionados se atendieron 368 casos de intento de suicidio grave.

De este número, que sólo incluye los intentos de personas residentes en Santiago, cinco hombres y tres mujeres murieron posteriormente, razón por la cual se excluyeron del total del cuadro 5. En este

cuadro se muestra que, en contraste con el grupo de suicidios, la proporción de mujeres entre las personas que intentaron suicidarse (sin lograrlo) fue mucho mayor que la de hombres: 268 por 92. El mayor número de intentos, tanto de hombres como de mujeres, correspondió a miembros de los grupos de 15 a 24 y de 25 a 44 años de edad, pero el porcentaje de mujeres en estos grupos es más alto.

Método empleado por sexo

El cuadro 6 presenta la distribución, por sexo y método empleado para suicidarse, de los pacientes tratados en los cuatro centros de urgencia de Santiago a raíz de intentos serios de suicidio en 1961. El envenenamiento fue el método que el 84.72% de esos pacientes eligió para suicidarse: 91.79% de las mujeres y 64.13% de los hombres.

Resolución de los casos

De las 360 personas que intentaron seriamente suicidarse, se enviaron 321 (89%) a sus casas después del tratamiento de urgencia, y sólo 39 (11%) ingresaron en hospitales o clínicas. De estas últimas, 29 requirieron atención otorrinolaringológica. No se dispone de datos sobre el número de pacientes que recibieron tratamiento psiquiátrico.

CUADRO 5—Grupo de edad y sexo de personas que lo intentaron suicidarse y fueron tratadas en cuatro centros públicos de urgencia de Santiago en 1961.

Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	Número	%	Número	%	Número	%
Menos de 14.....	6	6.52	7	2.61	13	3.61
15-24.....	35	38.04	122	45.52	157	43.61
25-44.....	34	36.96	120	44.78	154	42.79
45-64.....	14	15.22	18	6.72	32	8.89
65 y más.....	2	2.17	0	0	2	.55
Desconocido.....	1	1.09	1	.37	2	.55
Total.....	92	100.00	268	100.00	360	100.00

CUADRO 6—Sexo y método de suicidio de personas que lo intentaron y fueron tratadas en los cuatro centros públicos de urgencia de Santiago en 1961.

Método	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	Número	%	Número	%	Número	%
Envenenamiento.....	59	64.13	246	91.79	305	84.72
Agentes cáusticos.....	13	14.13	15	5.60	28	7.78
Instrumentos punzocortantes.....	6	6.52	6	2.24	12	3.33
Armas de fuego.....	6	6.52	0	0	6	1.67
Salto y aplastamiento.....	4	4.35	0	0	4	1.11
Gas.....	3	3.26	1	.37	4	1.11
Ahorcadura.....	1	1.09	0	0	1	.28
Total.....	92	100.00	268	100.00	360	100.00

Factores socioculturales

Medios rural y urbano

Las tasas de suicidio en Chile son más altas en las ciudades que en las zonas rurales. Como razones de esta diferencia generalmente se citan factores socioculturales, por lo común no especificados. Durante el decenio 1952-1961, las tasas de suicidio correspondientes a Santiago fueron aproximadamente tres veces mayores que las del resto del país. Por ejemplo, en 1952, la tasa de suicidio en Santiago fue de 12.2, comparada con 3.8 en el resto del país, y en 1961 la tasa en Santiago fue de 11.6, comparada con 3.3 en el resto de Chile (datos de la Dirección General de Investigaciones, Santiago).

Diferencias socioeconómicas

Santiago tiene zonas que difieren notablemente en cuanto a sus características socioeconómicas. Tomando este conocimiento como base, se formularon las hipótesis siguientes: a) que las tasas de muertes por suicidio presentan diferencias estadísticamente significativas en las diversas zonas de la ciudad, y b) que esas diferencias presentan una correlación con las características socioeconómicas de las diversas zonas de la ciudad.

La figura 1 presenta las divisiones administrativas de la ciudad. Las líneas continuas marcan las comunas, y las punteadas separan

las siete subdivisiones administrativas de la comuna de Santiago

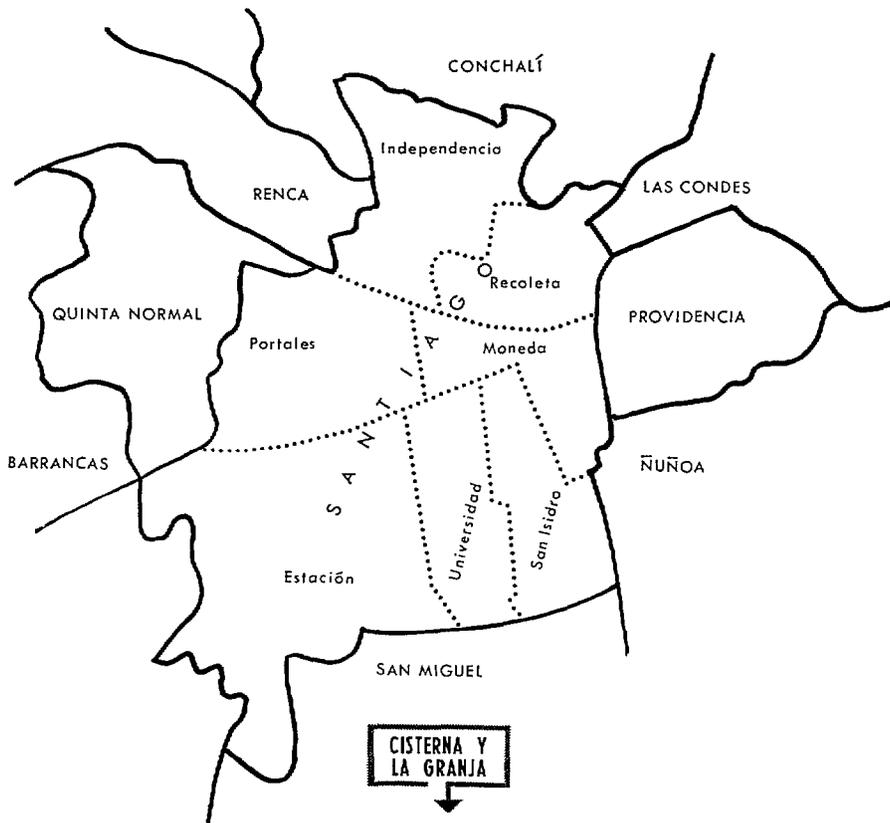
En el cuadro 7 se presentan datos sobre la población de 10 años y más, y el número y la tasa de suicidios, el porcentaje de población urbana, la densidad por Km² y la tasa de mortalidad infantil para cada una de las divisiones administrativas en 1962. Se usa la mortalidad infantil como indicador del nivel socio-económico de cada área. Se observó una diferencia significativa en el número de suicidios correspondiente a la población en riesgo entre los diversos sectores de la ciudad ($\chi^2 = 36.22$; P osciló entre 0.01 y 0.001).

Densidad de población

La figura 2 indica la distribución de tasas de suicidio en relación con la densidad de población en las 17 divisiones administrativas de Santiago. La gráfica parece indicar que los dos factores están relacionados, y el análisis estadístico confirma de hecho esta relación, mostrando un coeficiente de correlación positiva de 0.675, con un valor de P entre 0.01 y 0.001.

Como las tasas más altas de suicidio se dan entre hombres mayores de 45 años de edad, las diferencias de porcentaje de hombres en este grupo de edad en las diversas comunas podría afectar la tasa de suicidio. Sin embargo, las diferencias en el porcentaje de hombres mayores de 45 años que viven

FIGURA 1—Divisiones administrativas de Santiago.



NOTA: Las líneas continuas indican las comunas; las líneas punteadas, las divisiones administrativas en que se subdividen algunas de las comunas.

en las distintas divisiones administrativas de la ciudad no resultaron ser estadísticamente significativas.

Tasas de mortalidad infantil

Muchos estudios han mostrado que las tasas de mortalidad infantil guardan una correlación bastante estrecha con los niveles socioeconómicos de las poblaciones (7, 8). Fundándonos en esa consideración, hemos registrado las tasas de mortalidad infantil de Santiago en comparación con las tasas de suicidio. El cuadro 7 indica una correlación negativa, es decir, cuanto más alta es la mortalidad infantil (y más bajo el nivel socioeconómico), menor es la tasa de suicidios. En cambio, en esta correlación el valor de P oscila entre 0.02 y 0.01.

No pudo comprobarse la hipótesis de una posible asociación entre el estado socioeconómico (tal como lo definen las tasas de mortalidad infantil) y la elección del método para suicidarse. Las pruebas estadísticas no revelaron una asociación significativa dentro de los límites de los datos disponibles.

Ocupación

Los profesionales y dirigentes escogieron más a menudo el veneno o el gas para suicidarse (52.6%); un 36.85 usó armas de fuego, sin registrarse ningún caso de ahorcadura en este grupo. Los oficinistas y pequeños comerciantes (37.65%) prefirieron las armas de fuego y 20% la ahorcadura. Entre los campesinos, el 45% usó la ahorcadura y el 30% instrumentos cortantes y contusiones.

CUADRO 7—Características de las poblaciones de las 17 divisiones administrativas de Santiago en relación con los suicidios en 1962.

División administrativa	Población (10 y más años)	Porcentaje de población urbana	Densidad de población (Km ²)	Tasa de mortalidad infantil	Suicidios en 1962	
					Número	Tasa por 100,000
Comunas de Santiago:						
Universidad.....	63,766	100	15,182	63.6	18	28.23
San Isidro.....	71,274	100	12,504	58.2	18	25.25
Portales.....	91,689	100	11,606	70.1	26	28.35
Moneda.....	51,887	100	11,280	55.3	8	15.42
Independencia.....	78,782	100	9,972	111.6	12	15.23
Estación.....	127,896	100	6,395	80.1	25	19.55
Recoleta.....	28,951	100	5,790	62.1	3	10.36
Otras comunas:						
San Miguel.....	189,782	100	9,465	114.0	28	14.75
Quinta Normal.....	114,384	100	9,254	83.8	24	20.98
Providencia.....	72,028	100	7,848	67.3	11	15.27
Cisterna.....	133,177	95	6,263	116.8	11	8.26
Conchalí.....	129,270	97	3,445	98.2	14	10.83
Ñuñoa.....	167,568	99	2,217	73.1	25	14.92
La Granja.....	62,047	73	2,125	123.5	2	3.22
Barrancas.....	62,348	69	513	114.6	4	6.41
Renca.....	41,562	76	327	85.8	8	19.25
Las Condes.....	72,925	70	88	55.0	10	13.71
Total.....	1,559,336	247	15.84

Comentarios

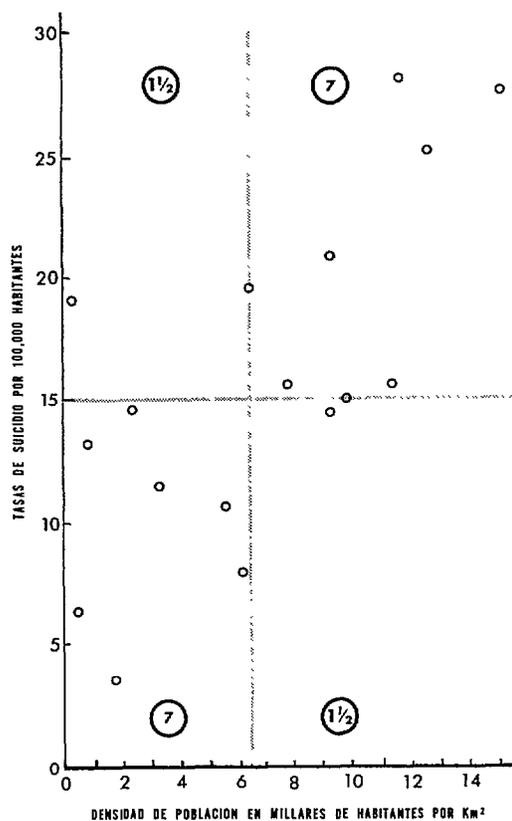
Los datos sobre el suicidio en Santiago son, en general, análogos a los que se encuentran en muchos de los otros trabajos publicados sobre el problema a partir de los clásicos estudios de Durkheim (3). Además, nuestros datos tienen una clara semejanza con los de algunas ciudades del oeste de los Estados Unidos (4-6).

La diferencia en la distribución por edad de suicidios de hombres y mujeres está sujeta a múltiples interpretaciones. Según una de ellas, en el curso de la vida un hombre se enfrenta con dificultades diferentes de las de una mujer, pudiendo ser más importantes para él los problemas de subsistencia. Es típico que los hombres se sustraigan de la mayoría de las actividades al surgir un estado de mala salud o después de la jubilación, lo cual es difícil de prevenir, aun entre hombres que viven en un ambiente normal dentro de

la colectividad, pudiendo este apartamiento acarrearles estados depresivos. Además, probablemente sea más fácil que una mujer se adapte a las condiciones de vida impuestas por la vejez, puesto que ella puede todavía encontrar satisfacción en las labores del hogar, sin que la vejez le exija una alteración tan radical de lo que ha estado haciendo toda su vida.

La tasa más alta de suicidios en los hombres que en las mujeres tal vez pueda explicarse también, por lo menos en parte, por la elección del método de suicidio. Los hombres propenden a usar medios más traumáticos y eficaces que las mujeres, y sólo una pequeña proporción de hombres eligió el veneno. Por el contrario, una elevada proporción de mujeres fracasó en su tentativa de suicidio al usar el veneno. En los casos de envenenamiento suele haber tiempo suficiente para un tratamiento de urgencia, lo

FIGURA 2—Correlación entre las tasas de suicidio en 1962 y la densidad de población de las 17 divisiones administrativas de Santiago.



que puede explicar en parte el número desproporcionado de sobrevivientes a este método de suicidio. Las fuerzas culturales, al afectar en forma diferente al hombre y a la mujer, pueden influir también en la elección del método, ya que a los hombres se les enseña a ser más agresivos y se exponen con mayor frecuencia al uso de armas de fuego.

La variación del método según la edad tal vez depende de diferencias determinadas por la edad en las manifestaciones de una afección psiquiátrica. Por ejemplo, la menopausia puede tener alguna influencia en las diferencias por sexo conforme aumenta la edad. Además, la distribución por sexo dentro de cada uno de los tres grupos de edad influye en gran medida en las cifras de suicidio. Las tasas correspondientes a hombres

aumentaron con la edad, mientras que en las de mujeres se observó la tendencia opuesta. De ahí que la baja proporción de envenenamientos en el grupo de mayor edad pueda explicarse por la menor proporción de mujeres existente en ese grupo.

Nos gustaría haber estudiado con mayor amplitud la distribución por edad y por sexo de los métodos de suicidio, pero los únicos datos necesarios disponibles correspondían a 1961. El número de suicidios entre las mujeres era demasiado pequeño para su división en los 24 subgrupos necesarios (3 grupos de edad y 8 grupos por método). No obstante, la inspección mostró que el envenenamiento aparece en las mujeres en primer lugar en los tres grupos de edad.

Existen pocas dudas de que los factores culturales pueden explicar la diferencia de alcoholemia observada entre hombres y mujeres víctimas del suicidio. En Chile, como en muchas otras partes del mundo, la ingestión de bebidas alcohólicas es mucho más aceptable en los hombres que en las mujeres. Dos interpretaciones son posibles respecto a la relación, si es que la hay, entre la ingestión de alcohol y el suicidio. El alcohol puede emplearse para ayudar a consumar un suicidio previamente decidido. En los alcohólicos crónicos y en personas con otras anomalías de la personalidad, es posible que el suicidio sea también secundario a reacciones psicóticas. Por lo menos en algunos de nuestros casos de estudio, creemos que el suicidio fue una respuesta secundaria. En tales casos, el suicidio puede haber sido el resultado más o menos accidental de un ofuscamiento o haber tenido lugar durante un episodio de intoxicación patológica.

Las altas tasas de suicidio en las ciudades suelen interpretarse como el resultado de mayores dificultades, exigencias y tensiones de la vida urbana. Se dice que la vida urbana es más complicada y compulsiva que la rural, y que los habitantes de las ciudades sufren más frustraciones incurriendo, como resultado de ello, en más conflictos; así se cree explicar que la obsesión por el suicidio

ocurra con mayor frecuencia. Sin embargo, nuestros datos no conducen a esta interpretación.

Conforme a la otra interpretación posible, podría esperarse que las tasas de suicidio fuesen más altas en zonas de mayor densidad de población al incluir mayor proporción de residentes en grupos de ocupación superior que las zonas menos densamente pobladas. (Se disponía de datos sobre la ocupación de las personas que se suicidaron, pero los datos censuales disponibles no proporcionaban un análisis de la población por ocupación o situación socioeconómica. La falta de denominadores imposibilita el cálculo de esas tasas. Por eso, la interpretación debe seguir siendo provisional).

La conclusión de que el nivel socioeconómico está asociado con las tasas de suicidio parece ser válida, pero ciertamente la relación entre densidad de población y clase social u ocupación requiere un estudio mucho más amplio (9, 10).

No pudo demostrarse una asociación clara entre la elección de método que hacía una persona para suicidarse y las características de la zona de Santiago en que residía. En cambio, los métodos de suicidio variaron de acuerdo con el tipo de ocupación de la persona, y esas diferencias no parecen explicarse totalmente en las distribuciones por sexo o edad dentro de los grupos de ocupación. Las clases con ocupaciones superiores emplearon veneno y gas en los intentos de suicidio, en tanto que los grupos con ocupaciones inferiores mostraron tendencia a usar armas de fuego, instrumentos punzocortantes y la ahorcadura.

De estos datos surgen muchas preguntas que no han sido contestadas. ¿Qué papel desempeña el sexo en la selección del método de suicidio? ¿En qué medida influye en la elección una mayor determinación de morir? ¿Qué factores culturales provocan la determinación de morir y de cuáles depende la selección del método? ¿Qué importancia tiene el tipo de personalidad y qué papel

desempeñan los elementos psicopatológicos en estas decisiones?

El hecho de que casi el 90% de los pacientes que intentaron suicidarse haya dejado los centros de urgencia y regresado a su hogar sin un examen adecuado de su estado psiquiátrico—por lo menos sin que los especialistas lo hayan examinado suficientemente—demuestra la necesidad de relaciones más estrechas entre los centros de urgencia y los servicios psiquiátricos. Aún más, el suicidio constituye sólo uno de los diversos problemas de asistencia médica de urgencia que requieren estudio psiquiátrico.

Una solución sería proporcionar servicios de consulta psiquiátrica a los centros de urgencia. Estos servicios permitirían dar asistencia psiquiátrica a pacientes cuyo intento de suicidio implica una afección psiquiátrica o un conflicto cuya solución requiere la ayuda de un especialista. En segundo lugar, esos servicios facilitarían la selección de los pacientes que debieran enviarse directamente a centros psiquiátricos a fin de prevenir que los intentos de suicidio se repitieran. En tercer lugar, esos servicios harían posible un intercambio de experiencias entre este campo especial de la medicina de urgencia y la psiquiatría clínica, lo que podría conducir al desarrollo de una mejor psiquiatría de urgencia.

Resumen

Un estudio de los suicidios en Santiago de Chile, durante 1961 y 1962, y de serios intentos de suicidio en 1961, reveló una tasa más alta de suicidios en los hombres, particularmente en los de edad avanzada, que en las mujeres. Las tasas de suicidio en los hombres aumentaron con la edad; en cambio, en las mujeres se alcanzó el máximo al principio de la edad adulta y las tasas disminuyeron en los últimos años.

Los hombres emplearon medios violentos para suicidarse—armas de fuego y la ahorcadura—con mayor frecuencia que las mujeres. Las mujeres constituyeron una pro-

porción mayor del grupo de personas que intentaron suicidarse que del de aquellas que se suicidaron. Este hecho puede estar relacionado con el empleo más frecuente por parte de las mujeres de un método menos letal para suicidarse, a saber, el envenenamiento.

La distribución de suicidios en Santiago por edad, sexo y método empleado para suicidarse, se asemejaba a la registrada en algunas ciudades del oeste de los Estados Unidos. Dentro de Santiago, las tasas de suicidio diferían significativamente en las distintas zonas. Se encontró una correlación positiva de significación entre las tasas de

suicidio y la densidad de la población. Las tasas de suicidio también mostraban relación directa con el estado socioeconómico, al ofrecer una correlación negativa con las tasas de mortalidad infantil.

Casi el 90% de las personas que intentaron suicidarse en Santiago abandonó los centros de urgencia para regresar a su hogar sin un estudio suficiente de su estado psiquiátrico. Una colaboración más estrecha de los especialistas en psiquiatría con el personal de esos centros fomentaría un mejor tratamiento de las personas con tendencias suicidas y otras anomalías de orden psiquiátrico. □

REFERENCIAS

- (1) United Nations Statistical Office: *Demographic Yearbook*, 1964. Nueva York, 1965.
- (2) Fuentes, C. R.: "Ensayo sobre estadísticas". *Rev Int Policía Criminal (París)*, 148: 144-149, 1961.
- (3) Durkheim, E.: *Suicide—A Study in Sociology*. Glencoe, Ill.: Free Press, 1963.
- (4) Dublin, I. L.: *Suicide: A Sociological and Statistical Study*. Nueva York: The Ronald Press Co., 1963.
- (5) Schneidman, E. y Farberow, N.: *Clues to suicide*. Nueva York: McGraw-Hill, Inc., 1957.
- (6) Cohen, E.: "Suicide in San Francisco". *Calif Med*, 102:426-430, 1965.
- (7) Grundy, F.: *A Handbook of Social Medicine*, Luton, Inglaterra: The Leagrave Press, 1945, pág. 127.
- (8) Joint Committee of Royal College of Obstetricians and Gynecologists and the Population Committee: *Maternity in Great Britain*. Londres: Oxford University Press, 1948, pág. 20.
- (9) Reid, D. D.: *Los métodos epidemiológicos en el estudio de los trastornos mentales*. (Cuadernos de Salud Pública, No. 2) Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 90 páginas.
- (10) Tuckman, J., Youngman, W. F. y Kreizman, G.: "Occupation and suicide". *Industr Med Surg*, 33:818-820, 1964.

Suicide in Santiago, Chile (Summary)

A study of suicides in Santiago, Chile, during the years 1961-62 and of serious suicide attempts in 1961 revealed a higher suicide rate for men, particularly older men, than women. Male suicide rates increased with age, but for females a peak was reached in early adulthood and the rates decreased in the later years.

Men used violent means of suicide—firearms and hanging—more frequently than women. Women comprised a larger proportion of the persons attempting suicide than of the group who actually committed suicide. This fact may be related to their more frequent use of a less lethal suicide method—poisoning.

The distribution of suicides in Santiago by age, sex, and suicide method resembled that reported for some western cities of the United

States. Within Santiago, rates of suicide differed significantly in different areas. A significant positive correlation was found between suicide rates and population density. Suicide rates also appeared to be related directly to socioeconomic status, for they correlated negatively with infant mortality rates.

Almost 90 percent of the persons in Santiago who attempted suicide were released to their homes from emergency medical centers without sufficient consideration of their psychiatric condition. A closer collaboration of psychiatric specialists with the staffs of such centers would promote better management of persons with suicidal tendencies and other psychiatric abnormalities.

O Suicídio em Santiago do Chile (*Resumo*)

Um estudo dos suicídios em Santiago do Chile durante 1961 e 1962 e das tentativas sérias de suicídio em 1961 revelou uma taxa mais alta de suicídios entre os homens, sobretudo na idade avançada, que entre as mulheres. As taxas de suicídio entre os homens aumentaram com a idade, mas entre as mulheres alcançaram o máximo no princípio da idade adulta e diminuíram nos últimos anos da vida.

Os homens recorreram, mais que as mulheres, a meios violentos—armas de fogo e enforcamento. A proporção de mulheres no grupo de pessoas que tentaram suicidar-se foi maior do que no grupo de pessoas que se suicidaram. Este fato pode estar relacionado com a emprêgo, mais freqüente entre as mulheres, de um método menos letal, isto é o envenenamento.

A distribuição de suicídios em Santiago por

idade, sexo e método empregado assemelha-se a de algumas cidades do Oeste dos Estados Unidos. Em Santiago, as taxas de suicídio variaram significativamente segundo o bairro. Verificou-se uma correlação positiva de significação entre as taxas de suicídio e a densidade da população. As taxas de suicídio mostraram também relação direta com a situação sócio-econômica, ao apresentarem uma correlação negativa com as taxas de mortalidade infantil.

Quase 90% das pessoas que tentaram suicidar-se em Santiago abandonaram o pronto-socorro para regressar a seus lares sem um estudo suficiente de seu estado psiquiátrico. Uma colaboração mais estreita dos especialistas em psiquiatria com o pessoal desses centros fomentaria o melhor tratamento das pessoas com tendências suicidas e outras anomalias de ordem psiquiátrica.

Le suicide à Santiago du Chili (*Résumé*)

Une enquête sur les suicides à Santiago du Chili au cours de 1961 et 1962 et sur les tentatives sérieuses de suicide en 1961, a révélé un taux plus élevé de suicides parmi les hommes, en particulier parmi les hommes plus âgés, que chez les femmes. Les taux de suicide chez les hommes augmentaient avec l'âge; par contre, chez les femmes ils atteignaient le maximum du début de l'âge adulte et les taux diminuaient pendant les dernières années.

Les hommes ont employé des moyens violents pour se suicider—armes à feu et pendaison—plus fréquemment que les femmes. Ces dernières ont constitué une plus grande proportion du groupe des personnes qui ont tenté de se sont suicidées. Ce fait peut être rattaché à l'emploi plus fréquent par les femmes d'une méthode moins meurtrière pour se suicider, à savoir l'empoisonnement.

La répartition des suicides par âge, sexe

et méthode employée pour se suicider est analogue à celle enregistrée dans quelques villes de l'ouest des Etats-Unis. Dans Santiago, les taux de suicide diffèrent sensiblement d'une zone à l'autre. On a constaté une corrélation directe assez significative entre les taux de suicide et la densité de la population. Les taux de suicide montraient également une relation directe avec la situation socio-économique, lorsqu'ils présentent une corrélation inverse avec les taux de mortalité infantile.

Près de 90 pour cent des personnes qui ont tenté de se suicider à Santiago avaient quitté les centres d'urgence pour rentrer dans leurs foyers sans un examen suffisant de leur état psychiatrique. Une collaboration plus étroite entre les psychiatres et le personnel de ces centres permettrait un meilleur traitement des personnes ayant des tendances au suicide et d'autres anomalies d'ordre psychiatrique.