

Suicidio en el Servicio Militar

Carolina Stefoni Espinoza

Nueva Serie Flacso

Suicidio en el Servicio Militar

Las opiniones que se presentan en este trabajo, así como los análisis e interpretaciones que en ellos se contienen, son de responsabilidad exclusiva de su autora y no refleja necesariamente los puntos de vista de FLACSO ni de la institución a la cual se encuentra vinculada.

Esta publicación es uno de los resultados de las actividades desarrolladas, en el ámbito de la investigación y la difusión, por el Area de Relaciones Internacionales y Militares de FLACSO-Chile. Estas actividades se realizan con el apoyo de diversas fundaciones, organismos internacionales, agencias de cooperación y gobiernos de la región y fuera de ella. Especial mención debemos hacer del apoyo de las fundaciones John D. and Catherine T. MacArthur, The William and Flora Hewlett Foundation y Fundación Ford.

Ninguna parte de este libro/documento, incluido el diseño de portada, puede ser reproducida, transmitida o almacenada de manera alguna ni por algún medio, ya sea electrónico, mecánico, químico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin autorización de FLACSO.

364 Stefoni Espinoza, Carolina
S816 Suicidio en el servicio militar.
Santiago, Chile: FLACSO-Chile, 2000.
43 p. Nueva Serie FLACSO
ISBN: 956-205-145-5

Servicio Militar / Suicidio / Suicidio Juvenil / Juventud / Chile /
1991-1999

© Santiago, Julio 2000, FLACSO-Chile. Inscripción N° 115.281. Prohibida su reproducción.
Editado por FLACSO-Chile. Area de Relaciones Internacionales y Militares, Leopoldo Urrutia
1950, Ñuñoa.
Teléfonos: (562) 225 7357 - 225 9938 - 225 6955 Fax: (562) 225 4687
Casilla electrónica: flacso@flacso.cl
FLACSO-Chile en el Internet: <http://www.flacso.cl>

Diseño de portada Nueva Serie Flacso: A.Dos Diseñadores
Diagramación interior: Claudia Gutiérrez, FLACSO-Chile
Producción: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile
Impresión: LOM

Indice

Presentación	7
Introducción	9
Capítulo 1: Dimensiones del problema: Tendencias globales y nacionales del suicidio	11
Capítulo 2: Suicidio Juvenil	21
a) Particularidades del suicidio juvenil	21
b) Causas y factores	23
c) Métodos más utilizados en jóvenes	25
Capítulo 3: Suicidio en el Servicio Militar Obligatorio (SMO)	27
a) Tasas de suicidios al interior del SMO	27
b) Causas y factores de riesgo	31
c) Prevención y propuestas de acción	33
Conclusiones generales y específicas	37
Anexo Breve descripción de los casos de suicidio ocurridos entre 1991 y 1999	39
Bibliografía	43

Resumen

El siguiente trabajo presenta un análisis sobre conductas suicidas en los años 90 en nuestro país. La primera parte constituye un análisis descriptivo sobre la evolución de las tasas de suicidio para la población general y diferenciada según sexo y edad. La segunda parte compara las tasas de suicidios ocurridas al interior del Servicio Militar Obligatorio con las tasas para jóvenes hombres del mismo rango etáreo de los conscriptos y finalmente se entregan ciertos puntos necesarios de incorporar en el momento de elaborar una política de prevención.

Algunas de las evidencias que arroja el estudio es que para el período analizado, la tasa promedio de suicidio en el SMO fue levemente superior que la tasa promedio registrada para los jóvenes civiles. Sin embargo, llama la atención el comportamiento irregular de la tasa de suicidio al interior del SMO, puesto que hay años donde es extremadamente baja y otros donde aumenta de manera considerable. Entregamos algunas hipótesis que pueden explicar la variación en estas conductas. Una tercera reflexión es que existen diferencias considerables entre los suicidas conscriptos y los civiles en cuanto a métodos utilizados y en cuanto a los meses elegidos para suicidarse.

Abstract

The following research presents an analysis of suicide behaviors in the 1990s in Chile. The first part consists of a descriptive analysis of the evolution of suicide rates for the general population as well as for population differentiated by gender and age. The second section compares the suicide rates of conscripts within the compulsory military service with the rates for young men of the same age group in the civilian population. Finally, we suggest issues important to the development of preventative policies.

The research shows that for the period studied, the average suicide rate within the compulsory military service was slightly higher than the average rate for young men in the civilian population. Nevertheless, the inconsistent rate within the compulsory service is worth highlighting, as there are years in which it is very low and others in which it increases dramatically. We provide some hypotheses that may be able to explain this variation. In addition, there are considerable differences between the conscripts and the civilian population in terms of methods used and the months in which suicides occurred.

Presentación

En Chile el servicio militar obligatorio (SMO) es parte de su historia institucional. El año 2000 se cumple el centenario de su institucionalización. A lo largo del tiempo se ha buscado adecuarlo a las necesidades del país. En los últimos años se efectuaron una serie de modificaciones tendientes a avanzar en la voluntariedad. El actual gobierno decidió llamar a un Foro Nacional sobre el Servicio Militar Obligatorio, con el fin de definir proposiciones y alternativas de modernización. FLACSO-Chile ha sido invitada a participar en este Foro. Más allá de la presentación que FLACSO-Chile efectuó sobre la temática específica del SMO en una perspectiva comparada, busca con el documento que presentamos aportar otros elementos y conocimientos que permitan una visión amplia y un mejoramiento integral del SMO.

El suicidio es un hecho social significativo en toda sociedad. Más aún cuando éste está referido a un grupo etareo juvenil. Diversas situaciones inciden e influyen en la determinación de quitarse la vida. Comprender esas causas contribuye a generar medidas de prevención. Estas premisas adquieren mayor significación e importancia cuando se trata de jóvenes que se encuentran en un régimen particular, como es el servicio militar obligatorio. Allí el acceso a las armas, el rigor de la disciplina y el estrés del entrenamiento, pudieran significar elementos que pudiesen generar una propensión mayor al suicidio que en otras actividades para el mismo grupo de edad. La investigación, por lo tanto, de carácter sociológico adquiere particular relevancia sobre este tema.

El suicidio en el servicio militar es un tema sobre el cual FLACSO-Chile ha efectuado investigaciones en el último quinquenio. En 1996 finalizamos un

estudio comparativo sobre tasas de suicidio al interior del servicio militar y las tasas para la población en general y para los jóvenes correspondientes a ese mismo rango etareo.

En el trabajo que presentamos se desarrolla una visión más amplia de esta situación. La socióloga Carolina Stefoni aborda el tema del suicidio en general y profundiza en la situación particular del suicidio entre los conscriptos que realizan el servicio militar obligatorio. Estos, tal como señalábamos en el párrafo anterior, viven una situación que tendencialmente puede tener mayores grados de estrés comparado con otros jóvenes de su edad.

Esta investigación analiza el suicidio en el SMO en el período comprendido entre 1991 y 1999. En este lapso 20 jóvenes que cumplían con su obligación militar cometieron suicidio. El trabajo buscó establecer ciertas pautas y patrones que puedan permitir una mejor comprensión del fenómeno y, en este sentido, servir de base para desarrollar políticas adecuadas por parte de las instituciones involucradas, en particular, las fuerzas armadas y el Ministerio de Defensa.

Este trabajo ha sido posible gracias al apoyo institucional de The William and Flora Hewlett Foundation.

Diversos académicos y autoridades gubernamentales aportaron con sus comentarios y visiones sobre este significativo tema. Agradecemos de manera especial a Pablo Giesen, Jaime García Covarrubias y Adolfo Aldunate, quienes con sus valiosos comentarios ayudaron a la concreción de este esfuerzo y a Claudia Gutiérrez, quién efectuó el trabajo de diagramación de este documento.

Francisco Rojas Aravena
Director

Introducción

Carolina Stefoni Espinoza*

*Ya no tengo la pasión de entonces. Recuerda que
es mejor vivir intensamente que envejecer hasta
que la muerte te alcance.*

(Kurt Cobain, líder de la banda de rock, Nirvana.
Se suicidó en 1994)

El aumento sostenido de las conductas suicidas en las últimas décadas, experimentado por casi la totalidad de los países desarrollados, y el rápido incremento de estas conductas en diversos países que se encuentran en vías de desarrollo, han concitado el interés de expertos y de la comunidad en general.

El suicidio es una acción sin vuelta atrás, donde no hay cabida a un tratamiento posterior (exceptuando el trabajo necesario de realizar con la familia de la víctima) por lo que el único camino posible de seguir es la prevención. Los estudios e investigaciones llevados a cabo¹ han logrado determinar ciertas causas y factores que se encuentran asociadas al suicidio, permitiendo de esta manera la identificación de grupos de mayor riesgo de cometer estas conductas. Dichos estudios coinciden en señalar que el acto suicida es el resultado final de una interacción compleja de factores neurobiológicos, psicológicos, culturales y sociales. Sin embargo, si bien gran parte de la población puede estar expuesta a tales factores, no significa que todos los casos terminarán en suicidio, lo que plantea la primera dificultad que surge al hablar del tema: el incremento en las tasas y números de suicidio constituye un problema de salud pública y mental que afecta a un número importante de la población, pero la detección, tratamiento y prevención de tales conductas siguen teniendo en nuestro país un enfoque casuístico. Surge con ello la urgencia de aunar esfuerzos tendientes a de-

* Master en Estudios Culturales y Sociología. Investigadora Asistente FLACSO-Chile.

1. Salvo, L., Rioseco, P., Salvo S., «Intento de suicidio en adolescentes» En: *Revista de Psiquiatría* Año XV N°1 Ene/Mar 1998.

tecar grupos o personas que se encuentran en alto riesgo y entregarles el apoyo necesario para evitar que la persona llegue al extremo de atentar contra su propia vida. Es importante recordar en este sentido que prácticamente la totalidad de los suicidios cometidos pudieron haber sido evitados si se hubiese actuado a tiempo.

Dentro de este marco se encuadran los objetivos de la presente investigación cuyo interés central es contribuir al análisis del suicidio juvenil al interior del Servicio Militar Obligatorio (SMO). En 1996 FLACSO realizó un estudio comparativo sobre tasas de suicidio al interior del Servicio Militar y las tasas para la población general y para los jóvenes correspondientes a ese mismo rango etareo. El estudio detectó que los jóvenes que realizan el SMO poseen una probabilidad levemente mayor de cometer suicidio que los jóvenes que no lo realizan. Por otra parte, los resultados mostraron un comportamiento de las tasas de suicidio bastante bajo y homogéneo para los conscriptos en el período 1990 a 1995, sin embargo durante 1996 la tasa registró un aumento en más de 20 puntos en relación a los años anteriores, subiendo de 1 caso anual a 7. El seguimiento y la actualización de dichos datos nos permitirá determinar si la tasa de suicidios registrada en 1996, correspondió a un hecho aislado y puntual, o bien marcó un cambio radical en el comportamiento de los reclutas respecto del suicidio.

¿Cuáles son los factores que aumentan dicha probabilidad? ¿Es posible detectar a tiempo al joven que quiere suicidarse? ¿Qué sucede con aquel que intenta suicidarse, qué tipo de ayuda requiere? ¿Existen acaso factores psicológicos, biológicos o familiares que pudieren desencadenar en una conducta suicida, posibles de ser detectados en el momento de la inscripción? Los resultados de la investigación se presentan en tres partes. La primera plantea tendencias generales del suicidio en Chile y en el mundo; la segunda abre la discusión sobre el suicidio juvenil a partir de tres puntos que buscan dar cuenta de la manera más acabada posible, las características particulares que asume esta conducta en los jóvenes: tendencias, causas, factores desencadenantes y métodos. El tercer capítulo aborda el suicidio en el Servicio Militar Obligatorio desde tres enfoques: la descripción de casos, comparación de tasas, causas y factores precipitantes y finalmente, la prevención. El desarrollo de estos temas tiene como objetivo analizar conductas suicidas en la población que realiza el SMO y poder de este modo plantear medidas de prevención posibles de ser incorporadas.

Capítulo 1

Dimensiones del problema: Tendencias globales y nacionales del Suicidio

De acuerdo a un reciente informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud ², se espera que en el año 2000 en el mundo se produzcan un millón de muertes por suicidio, lo que implica una tasa global de 16 muertes por cada 100.000 habitantes. El mismo informe señala que en los últimos 45 años la tasa de suicidio a nivel mundial se ha incrementado en un 60% ubicándose como la tercera causa de muerte para la población entre 15 a 44 años de edad, esto sin considerar los intentos suicidas que alcanzan hasta 20 veces por cada suicidio efectivo. En diversos países estas muertes superan incluso a las muertes causadas por accidentes de tráfico³. Lo alarmante de estas cifras lleva a la necesidad de plantear el suicidio como un importante problema de salud pública y mental que requiere por una parte de políticas integrales de prevención y por otra, un análisis multidimensional que logre incorporar disciplinas hasta ahora ausentes en el debate.

Existen dos problemas que se suscitan al inicio del estudio del suicidio en Chile. El primero es que las estadísticas oficiales son expresadas en términos de número de casos y no en tasas por 100.000 (como ocurre en la mayoría de los países), cuestión que dificulta el análisis comparado entre las distintas realidades nacionales. En segundo lugar, diversos investigadores han llamado la atención sobre los problemas de subregistro del suicidio⁴. De acuerdo con Retamal, Resczynski y otros, (1995) se ha detectado que los certificados de defunción

2. WHO. *Suicide Prevention*. www.who.int

3. Schmidtke, A. Weinacker, B. et. al. «Suicide rates in the world: update». En: *Archives of Suicide Research* v.5 N°1 1999. International Academy for Suicide research. Kluwer Academic Publishers. Netherlands.

4. Retamal, C. Resczynsky, M. Orió. «Aspectos Generales del suicidio en Chile» En: *Revista Salud Pública*. Fotocopia

subestiman el número de suicidios en alrededor del 40%. Las causas de este fenómeno se deberían, según los investigadores a que muchos suicidios aparecen como accidentes fortuitos; otros no se registran por presiones familiares o bien, algunas personas fallecen en un hospital tiempo después de haber intentado suicidarse y sólo se consigna la causa final de la muerte.

Llama la atención la escasez de estudios sobre suicidio realizados en Chile y más aún la prácticamente inexistente investigación sobre el suicidio asociado a instituciones específicas tales como la institución militar, hospitales, cárceles o cualquier otra institución que separe al individuo de la sociedad por períodos de tiempo determinados. La ausencia de investigaciones redundando en la carencia de programas de prevención, organizaciones de ayuda o discusiones abiertas sobre el tema. Las excepciones se nos presentan cuando en ocasiones nos enfrentamos a casos de suicidio que conmocionan a la opinión pública. La mayoría de las veces éstos son tratados por los medios de comunicación sin la debida profundidad que el tema requiere; además, las disciplinas del ámbito de las ciencias sociales han sido las grandes ausentes a la hora de construir un debate y un marco para el entendimiento de tales conductas. En nuestra sociedad el suicidio posee connotaciones de tabú, es un tema que no se discute y en la mayoría de los escasos estudios que existen, se aborda el tema desde un enfoque psicológico acentuando el carácter de «enfermedad» del suicidio. Resulta lógico pensar que los altos niveles de estrés que existen en ciudades como Santiago, el grado de violencia y la presión social que experimentan los ciudadanos por alcanzar una vida «exitosa» pueden llegar a tener una alta incidencia en el suicidio. Del mismo modo, pero en un nivel más abstracto, los efectos del mundo moderno, la globalización, el surgimiento de nacionalismos y preguntas por identidades culturales conforman un escenario donde el tema del suicidio demanda un enfoque que integre disciplinas tales como la sociología y la psicología social. Finalmente, el incremento de los niveles de violencia detectados en nuestra sociedad en los últimos años, la mayor demanda por armas de fuego y el acceso a armas «hechizas» e ilegales pueden ser un factor que determina una mayor efectividad en conductas suicidas.

Para la presente investigación se calcularon las tasas de suicidio nacionales de acuerdo a los registros por causas de defunción en los Anuarios Estadísticos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en función de la población estimada por el mismo Instituto.

El suicidio se registra de acuerdo a convenciones internacionales con criterios de cantidad por 100.000, así aquellas tasas menores a 5 por 100.000 habitantes son consideradas bajas; entre 5 y 15 como medias; de 15 a 30 altas y sobre 30, muy altas. En Chile la tasa promedio para el período 1980 - 1998 fue de 5.7, lo cual representa una tasa media, muy cercana a baja. Sin embargo, el leve incremento que ha experimentado de manera sostenida en los últimos años, requiere mantener en observación durante los próximos años dichas tasas.

En Chile las cifras reflejan una realidad que si bien se aleja de las tendencias generales (que sitúan el suicidio en una curva ascendente), coinciden con la diferenciación de estas conductas de acuerdo a variables tales como género y edad. La tabla N°1 muestra el número y las tasas de suicidio para el período 1980 - 1998.

Tabla N° 1

Número y tasa de suicidios por Año 1980 - 1998

Año	Número	Tasa por 100.000 habs.
1980	536	4.80
1981	652	5.75
1982	629	5.46
1983	664	5.66
1984	736	6.17*
1985	682	5.62
1986	655	5.31
1987	683	5.44
1988	697	5.46
1989	719	5.49
1990	743	5.64
1991	787	5.88
1992	658	4.84
1993	740	5.36
1994	801	5.72
1995	930	6.54*
1996	918	6.37*
1997	900	6.15*
1998	1031	6.96*

Fuente para el período 1980 - 1989: Drs. P. Retamal, C. Reszczyński, M. Orio. «Aspectos generales del suicidio en Chile». ⁵ Para el período 1990-1998, las tasas fueron calculadas según los datos de los anuarios demográficos del INE (casos de suicidio / población total) * 100.000.

* Las tasas en negrita indican los años en que éstas superan los 6 x 100.000 suicidios

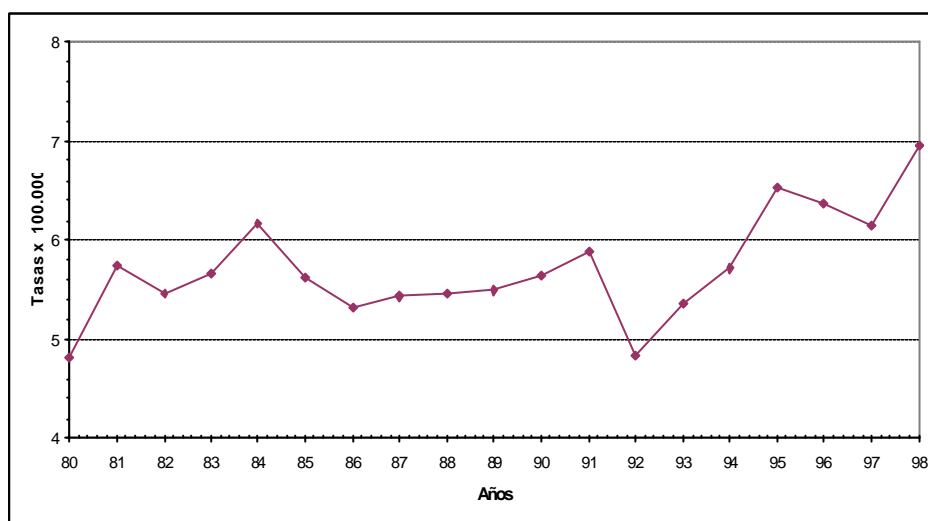
5. P. Retamal, C. Reszczyński, M. Orio. «Aspectos Generales del suicidio en Chile» En: *Revista Salud Pública*. Fotocopia.

Las cifras obtenidas reflejan un leve incremento en términos generales en los últimos 18 años. La década de los '80 registra una tasa promedio de 5.5 suicidios por 100.000 habitantes, mientras que durante los '90 (hasta 1998) se observa una tasa de 5.9. Si bien este incremento es menor en términos numéricos, rompe con una tendencia a la disminución registrada tanto en investigaciones anteriores (Retamal, 1994; Trucco, 1975 entre otros) como en informes internacionales donde se indicaba que en los países latinos, ya sea a los alrededores del mediterráneo como en Centroamérica y América del Sur, se habría producido una disminución en las tasas de suicidios. Una segunda lectura a la tabla N° 1 plantea una divergencia entre las teorías sociales sobre suicidio y la realidad nacional. La literatura clásica plantea que el suicidio aumenta en períodos sociales críticos, crisis políticas y/o económicas, sin embargo, la tabla refleja que las tasas de suicidio más altas no corresponden precisamente a los períodos de crisis económicas o políticas del país. Al contrario, pareciera ser que en períodos de estabilidad política y crecimiento económico, las tasas de suicidio tienden a aumentar. Es así como a partir de 1993 (período que coincide con una tasa de crecimiento económico positiva), la curva de tasas de suicidio mantiene su forma ascendente. Una posible explicación para entender tal incremento dice relación con la transformación hacia una sociedad moderna, caracterizada por lo que Durkheim describía como anomia. Los procesos anómicos reflejan la pérdida de los lazos sociales del sujeto con su entorno, dejándolo en una situación de indefensión frente a las grandes y vertiginosas transformaciones sociales.

En este sentido, recordemos que Durkheim⁶ distingue tres tipos de suicidio: 1) altruista: aquel que se produce en sociedades altamente integradas, donde el individuo es capaz de sacrificarse en función del colectivo; 2) egoísta: el sujeto que desea escapar del grupo y 3) anómico: cuando el ajuste social se rompe. El gráfico N° 1 muestra la oscilación que experimentaron las tasas durante el período 1980 - 1998. Llama la atención las fluctuaciones durante los primeros y los últimos 6 años, cuestión que dificulta establecer un patrón de comportamiento suicida a nivel nacional. Así mismo, las importantes caídas experimentadas durante 1980, 1986, 1992 son un indicador de que los comportamientos suicidas están sujetos a un sin número de variables que pueden alterar positiva o negativamente el número de casos año a año.

6. Durkheim, E. *Le suicide* Alcan. París. 1930.

Gráfico N° 1
Tasas anuales de Suicidio
1980 - 1998



Fuente: Para el período 1990-1998, las tasas fueron calculadas según los datos de los anuarios demográficos del INE (casos de suicidio / población total) * 100.000.

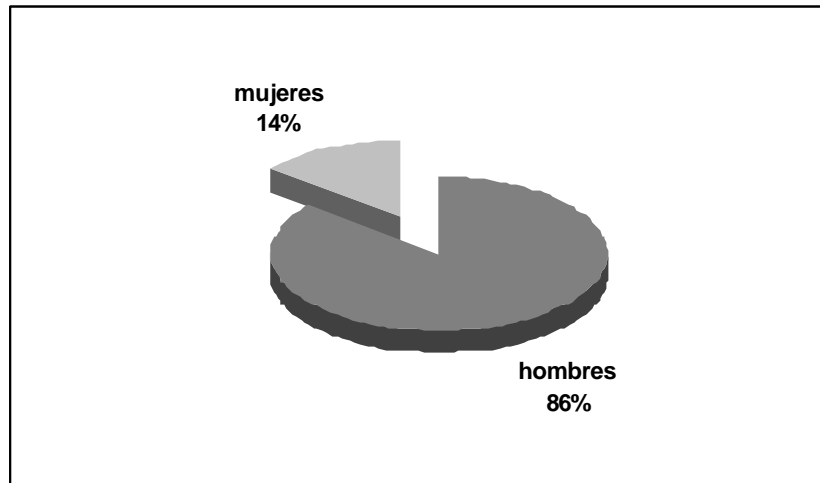
En el mundo las tasas más altas en todas las edades las encontramos en Finlandia (29.8) en 1991. Hungría 38.6 en 1991 y Sri Lanka 33.2 en 1986. Sin embargo existen fuertes diferencias al desglosar las tasas según sexo y rangos etareos. De acuerdo con el informe elaborado por la OMS citado con anterioridad, en el mundo las mayores tasas de suicidio masculino se concentran en los países de la ex República Soviética. Lituania alcanzó una tasa de 73.7 (1998), Estonia un 64.3 (1996) y la Federación Rusa un 72.9 (1995). Los países con menores tasas masculinas de suicidio, en cambio, se concentran en países de América del Sur, Centroamérica, el Caribe y ciertos países con fuerte influencia musulmana: Paraguay, 3.4 (1994); Perú, 0.6 (1989); Guatemala 0.9 (1984) Nicaragua 4.7 (1994); San Vicente, 2.0 (1982 – 1985); Las Bahamas, 2.2 (1995); Siria, 0.2 (1985); Irán 0.3 (1991) y Kuwait 1.8 (1994). Las tasas femeninas de suicidio poseen un comportamiento similar a las masculinas en cuanto a su distribución geográfica, pero considerablemente más bajas que las primeras. Si bien son pocos los países que superan la tasa de 15 por 100.000 (Hungría 15.6, Sri Lanka 16.6 y

China con un 17.9), son los países europeos que concentran la mayoría de las tasas ubicadas entre 8 y 14 por 100.000.

Países del continente americano concentran las tasas más bajas junto a ciertos países islámicos: Barbados 3.7 (1995), Belice 0.9 (1995), Brasil 1.6 (1992), Colombia 1.5 (1994), Costa Rica 1.8 (1994), Ecuador 3.2 (1995), Guatemala 0.1 (1984), Jamaica 0.2 (1985), México 1.0 (1995), Panamá 1.9 (1987), Paraguay 1.2 (1994), Perú 0.4 (1989) y Puerto Rico 1.9 (1992). La teoría sociológica plantea el rol fundamental que juega la integración del individuo en la sociedad. Durkheim en su clásico estudio sobre suicidio descubre que los protestantes se suicidan más que los católicos y estos a su vez, más que los judíos. La religión por consiguiente, resulta ser un factor que determina distintas formas de integración y protección a sus fieles, siendo los judíos quienes, por el tipo de comunidad que mantienen, más protegen al individuo. La fuerte influencia católica en América Latina, la arraigada concepción de la familia y las fuertes redes sociales que operan en los países caribeños y de América del Sur, podrían explicar las bajas tasas de suicidio en el continente y el Caribe. Los datos recién mencionados confirman lo señalado por diversas investigaciones en cuanto a que las tasas de suicidio efectivamente consumados son superiores en los hombres (para todas las edades y en todos los países con excepción de China), sin embargo, en prácticamente todos los casos, las tasas de intento de suicidio son mayores en las mujeres. En la figura N° 3 se observa que en Chile para el período 1990 - 1998 y sumando la totalidad de los casos de suicidio, la proporción entre hombres y mujeres fue de 6,1: 1. Del total de casos (7.508), 6.448 correspondieron a hombres (lo que representa el 86%) y 1060 a mujeres (con el 14%). Esta proporción es mayor que la estimada a nivel internacional, la que de acuerdo a algunos investigadores es de al menos 2:1⁷.

7. Aquiles Guzmán. «El Suicidio entre Adolescentes» En: *Gaceta Médica de Caracas* Año XCV Julio - Septiembre 1987. (Fotocopias)

Gráfico N° 2

Proporción de suicidios según sexo
1990-1998

Fuente: Para el período 1990-1998, las tasas fueron calculadas según los datos de los anuarios demográficos del INE (casos de suicidio / población total) * 100.000.

Diversas investigaciones coinciden en señalar la alta relación entre las personas que intentan suicidarse y las que lo consiguen. Se estima que entre el 25 y el 40% de los suicidas ha intentado suicidarse en ocasiones previas. Algunos estudios plantean que los intentos de suicidio son de 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios efectivos⁸, otros en cambio, señalan que son entre 30 y 100 veces más frecuentes que el suicidio logrado. Esta situación es clave al momento de definir una política de prevención, puesto que una persona que intenta suicidarse posee entre un 30 y 50% de probabilidades de reincidir en esta conducta. Un seguimiento a jóvenes y adultos que habían presentado conductas suicidas, demostró que un 2.9% de las mujeres y el 10% de los hombres murieron en intentos suicidas posteriores⁹. Es por ello que una persona que intenta suicidarse requiere *inmediata* atención médica y del apoyo de quienes están más cerca.

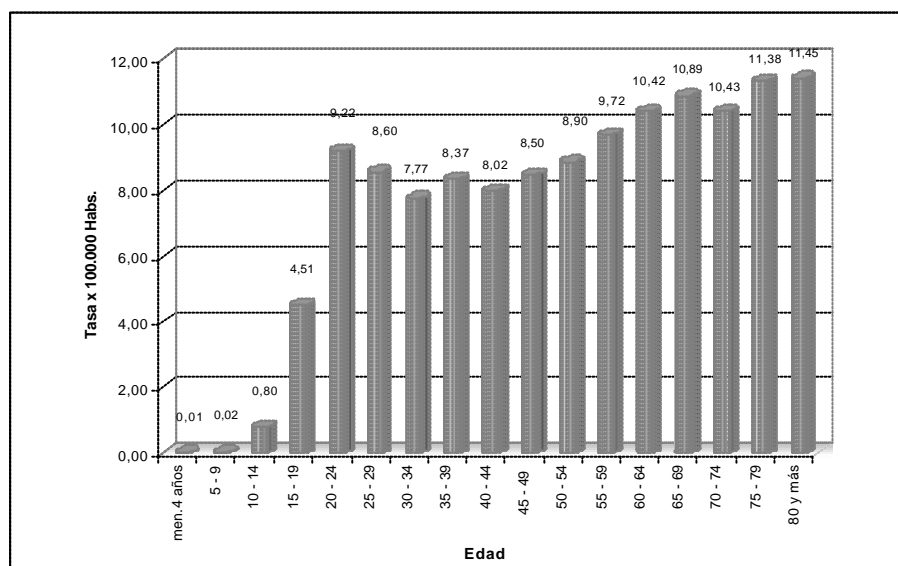
8. P. Retamal, C. Reszczyński, M. Orio. «Aspectos Generales del suicidio en Chile» En: *Revista Salud Pública*. Fotocopia

9. Rona E. Wetelin. «Tentativas de suicidio en niños y adolescentes» En: *Revista Chilena de Pediatría* 1986; 57: 227 - 230.

Una segunda variable que afecta las tasas de suicidio es la edad. De acuerdo al informe entregado por el Ministerio de Salud, las tasas más altas de suicidio en Chile se encuentran entre personas de 60 años y más. En términos absolutos en cambio, la población entre 20 y 40 años es la que concentra el mayor número de casos de suicidio. En el siguiente gráfico se puede observar la distribución de las tasas según grupos etareos para el período 1990 – 1998.

Gráfico N°3

Tasas promedio de suicidios según grupo de edad
1990 - 1998



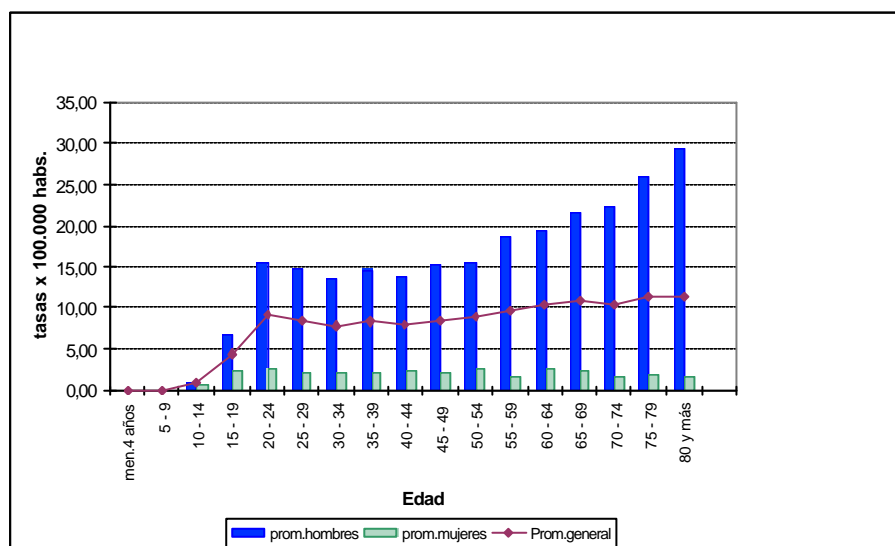
Fuente: Para el período 1990-1998, las tasas fueron calculadas según los datos de los anuarios demográficos del INE (casos de suicidio / población total) * 100.000.

El gráfico indica que la tasa global de suicidio aumenta bruscamente durante la juventud (hasta los 24 años) para descender en forma paulatina hasta los 34 años. A partir de los 45 años la tasa de suicidio se incrementa en forma progresiva. Sin embargo, al comparar el número absoluto de casos de suicidios, tenemos que el grupo entre 20 y 24 años presenta el mayor número de casos, seguido por el grupo etareo 25 a 29 años. A partir de los 30 años comienza un descenso en el total de casos registrados.

El gráfico N° 4 establece una comparación entre las tasas femeninas, masculinas y globales según tramos etareos. Aquí podemos comprobar que el incremento del suicidio conforme aumenta la edad no guarda relación con el sexo, puesto que en el caso de las mujeres, la curva se mantiene prácticamente sin movimiento. Una posible explicación a esta conducta podría ser la dificultad que poseen los hombres para enfrentar los cambios que se producen en la edad madura, tales como la partida de los hijos, la jubilación y la consecuente pérdida de redes sociales vinculadas al trabajo.

Gráfico N° 4

**Tasas promedio de suicidios (1990 - 1998)
para hombres y mujeres**



Fuente: Para el período 1990-1998, las tasas fueron calculadas según los datos de los anuarios demográficos del INE (casos de suicidio / población total) * 100.000.

Tal como hemos visto, el suicidio femenino está muy por debajo del masculino, sin embargo y de acuerdo a estudios psiquiátricos y médicos, son precisamente las mujeres las que presentan mayor número de cuadros depresivos en nuestra sociedad. Si las mujeres tienden a ser más depresivas que los hombres y el

suicidio se asocia fuertemente a la depresión ¿Por qué los hombres se suicidan más que las mujeres? Creemos que esto es reflejo de un encubrimiento y escaso tratamiento de los trastornos psicológicos que pueden sufrir los hombres. Sabido es que las mujeres recurren con mayor facilidad a formas de ayuda para enfrentar sus problemas, ya sea un doctor, una amiga, actividades sociales, etc. Además, la responsabilidad que asume frente a la familia y los hijos actúan como un freno ante la ideación suicida. Los hombres en consecuencia, representan un grupo de alto riesgo suicida, ya que en nuestro país poseen hasta 6 veces más probabilidad de cometer un suicidio que las mujeres.

Capítulo 2

Suicidio Juvenil

a) Particularidades del suicidio juvenil

La Organización Mundial de la Salud llama la atención sobre el incremento mundial de las tasas de suicidio en la población juvenil, llegando incluso a constituir el grupo de más alto riesgo en un tercio de los países (tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo). En adolescentes el suicidio es una causa frecuente de muerte y en muchos países está aumentando en forma paralela al aumento de muertes violentas (USA, Suecia, Australia, Nueva Zelandia). En Estados Unidos la tasa de suicidio en jóvenes de 10 a 24 años se triplicó en los años '70, para luego estabilizarse, llegando a ser la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años y en el Reino Unido aumentó al final de los '70 y ha experimentado una pequeña baja en los últimos años¹⁰.

De acuerdo a la bibliografía revisada, la tendencia experimentada a nivel mundial no se corresponde con la realidad nacional. En una reciente publicación del Ministerio de Salud, se indica que la tasa de suicidio en adolescentes es considerablemente más baja que lo que ocurre en un nivel nacional y además habría experimentando un descenso en el último período. Esto se explica porque en Chile los estudios realizados sobre el suicidio adolescente han definido a la población según los programas de salud, lo que equivale a una población entre 10 y 19 años, mientras que en países como Estados Unidos y países europeos las tasas juveniles de suicidio representan a la población comprendida entre los 15 y 24 años. En el mundo las muertes por suicidio en niños menores de 14 años son extremadamente bajas y se han mantenido así a lo largo del tiempo

10. De la Barra, F. *Conducta suicida en niños y adolescentes* (fotocopia)

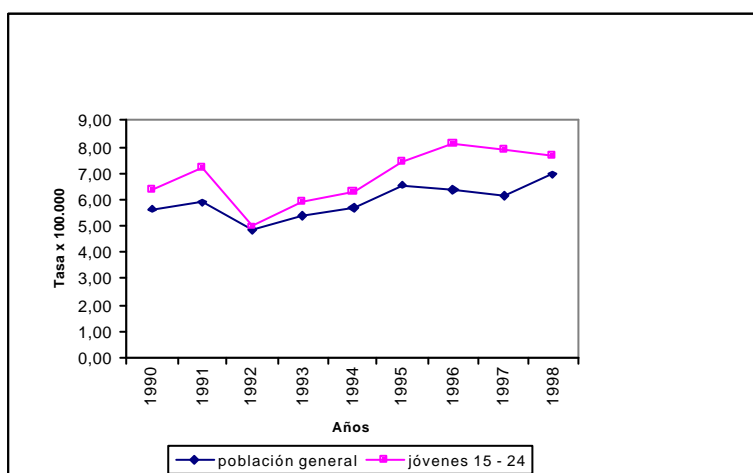
(Reino Unido y Australia 1-2 x 1 millón de habitantes, Estados Unidos 0.8 x 100.000, Chile alrededor de 2 x 100.000 habitantes)¹¹, lo que determina que al considerar este rango etareo (10-14 años) dentro de la población juvenil, el indicador de suicidio necesariamente baja.

Si bien en nuestro país se sobreponen distintas conceptualizaciones y delimitaciones etáreas sobre lo que es ser adolescente y joven, lo importante vuelve a ser la identificación de aquellos grupos que presentan mayor riesgo de cometer actos suicidas con el objeto de diseñar programas de prevención y evitar así el aumento de estas conductas tan perjudiciales para nuestra población. Lo anterior justifica que nos concentremos en lo que ocurre en la población juvenil mayor de 15 años.

En el siguiente gráfico se observa el comportamiento de la tasa de suicidio para la población entre 15 y 24 años de edad en relación a la tasa experimentada por la población general.

Gráfico N° 5

**Tasa de suicidios en población general y juvenil
(15-24 años)**



Fuente: Para el período 1990-1998, las tasas fueron calculadas según los datos de los anuarios demográficos del INE (casos de suicidio / población total) * 100.000.

11. De la barra, F. *Conducta suicida en niños y adolescentes* (fotocopia)

Al considerar exclusivamente la población juvenil entre 15 y 24 años, queda de manifiesto la superioridad de la tasa de suicidio en los jóvenes. Más aún, se observa a partir de 1993 un incremento sostenido que supera incluso los 8 puntos en el año 1996. Al delimitar el análisis a la población entre 15 y 19 años, la tasa promedio de suicidio para los años 1990- 1998, baja a 6.58 x 100.000 habitantes, sin embargo ésta sigue siendo superior en casi un punto a la tasa global para toda la población registrada en igual período (5.7 x 100.000).

Pasaremos a revisar las causas y factores que distintos especialistas han encontrado para explicar las conductas suicidas en jóvenes y adolescentes.

b) Causas y factores

Diversas teorías psicológicas intentan explicar las causas del suicidio. Algunos especialistas ponen énfasis en la incidencia de enfermedades y trastornos mentales, otros en factores socioeconómicos tales como desempleo, crisis familiares, etc. Recientes publicaciones de la OMS señalan que el 90% de los casos de suicidio se encuentran asociados de alguna manera con desordenes mentales, en especial depresiones y abusos de sustancias químicas, sin embargo, esta relación es menor en jóvenes que en adultos. Hawton en una investigación retrospectiva detectó que entre los adultos que cometieron suicidio, el 90% tenía algún trastorno, especialmente enfermedades depresivas y esquizofrénicas, sin embargo, en los jóvenes esta tasa baja en un 50%. En esta misma dirección, algunos autores plantean que sólo un 20% de los casos de suicidio juvenil presentaría un diagnóstico psiquiátrico claro (depresión, personalidad) y en la mayoría de los casos restantes, el acto o intento suicida respondería más bien a crisis agudas.

En cuanto a la relación entre intentos suicidas y suicidios efectivos, un estudio de seguimiento de jóvenes entre 10 y 20 años con tentativas de suicidio, encontró que el 10% de los varones y el 3% de las mujeres finalmente se mataron en el curso de dos años subsiguientes al intento. De ahí la necesidad de intervenir en las etapas previas al suicidio logrado, ya que es la única manera de poder evitar el terrible desenlace de una tragedia de esta envergadura.

Las diferencias que presentan los intentos así como los suicidios efectivos de acuerdo a la edad y el sexo van más allá de diferencias numéricas. Las causas,

los métodos y la ideación suicida presentan profundas diferencias según si se trata de un joven, un adulto, un hombre o una mujer. Del mismo modo creemos que las condiciones particulares que se dan en instituciones específicas tales como hospitales, instituciones militares, cárceles u otras que tiendan a separar al individuo por un período de tiempo determinado de la sociedad, originan características específicas en las conductas suicidas necesarias de investigar.

En términos generales, el estudio sobre las causas y factores se ha centrado en el trabajo con personas que han intentado suicidarse y en la familia de la víctima con la cual se realiza una autopsia psicológica con el objeto de determinar las características psicológicas del suicida, así como la relación que éste mantenía con su familia. Los resultados indican que existe una fuerte asociación entre intento de suicidio adolescente y desórdenes depresivos, desórdenes conductuales, abuso de sustancias, déficit atencional, trastornos del aprendizaje, desorden limítrofe de la personalidad, pobre autoestima, humor depresivo, impulsividad y ambiente estresante¹².

La doctora de la Barra describe aquellas características que diferencian el suicidio adulto del juvenil. Quisiéramos detenernos en este punto. Se calcula que a nivel nacional los intentos de suicidio en adolescentes son entre 30 y 100 veces más frecuentes que los suicidios logrados. Gracias a la realización de entrevistas, se detectó que existe entre un 1 y un 3% de intentos de suicidio en niños escolares y un 8.7% en estudiante secundarios. En Chile se han realizado solo dos estudios descriptivos de niños con intento suicida. En ambos casos predominaron las mujeres y el método más usado fue la intoxicación con medicamentos que con frecuencia fueron recetados a algún familiar. Los resultados señalan que la mayoría de los intentos de suicidio son bastante impulsivos lo que sugeriría que estas conductas tienen un riesgo potencialmente mayor, pese a que en la mayoría de los casos la intención de morir es baja. El hecho de que los casos de intento de suicidio no se encuentren fuertemente vinculados a cuadros depresivos, si no más bien a crisis agudas, permite pensar que el tratamiento puede ser más directo y rápido, sin embargo, esto mismo hace más difícil detectar los casos de posibles intentos suicidas. Es por esto que una vez que el adolescente tuvo un primer intento, es fundamental la entrega inmediata de toda la ayuda disponible e incorporar a los seres más cercanos (tanto la familia como el grupo de pares) al tratamiento.

12. Salvo, L., Rioseco, P., Salvo S., «Intento de suicidio en adolescentes» En: *Revista de Psiquiatría* Año XV N°1 Ene/Mar 1998.

Los factores precipitantes inmediatos, según la doctora son:

- dificultades severas con los padres;
- problemas de estudio o trabajo;
- dificultades con su pareja y
- mala relación con el grupo de pares.

Al consultar a los pacientes, éstos entregan las siguientes causas:

- sentirse enojado con alguien, no querido;
- necesidad de aliviar una situación insoportable;
- mostrarle a alguien lo desesperado que está.

En el estudio mencionado, la doctora identifica factores de riesgo que permiten detectar casos sobre los cuales es necesario mantener un control cercano:

- hombres de mayor edad dentro de la adolescencia;
- presencia de factores adversos múltiples;
- síntomas de desesperanza;
- portadores de diagnóstico psiquiátrico.

c) Métodos más utilizados en jóvenes

Las diferencias en cuanto a métodos suicidas utilizados por hombres y mujeres dan cuenta también de las diferencias psicológicas y culturales entre ambos sexos. De acuerdo al estudio realizado por el Ministerio de Salud (1999), el método de suicidio más frecuente en Chile es el ahorcamiento (alrededor del 75% del total de los casos). Las otras dos formas de auto eliminación son las armas de fuego (9 a 10% del total) y la ingestión de sustancias (8 a 9%).

Los hombres en el momento de cometer suicidio utilizan métodos más violentos (ahorcamiento y armas de fuego); de acuerdo al Dr. P. Retamal, el ahorcamiento es mucho más frecuente en hombres (73.09%) que en mujeres (52.05). El envenenamiento por sustancias tóxicas, en cambio es más común en mujeres (18.28%). El hecho de que los hombres utilicen métodos más violentos (lo que conlleva una mayor efectividad en su uso) se relaciona directamente con el mayor número de suicidios masculinos.

Capítulo 3

Suicidio en el Servicio Militar Obligatorio (SMO)

En el período 1991 - 1999 se produjeron 20 suicidios en total. La descripción de cada uno de ellos, de acuerdo a los antecedentes recopilados a través de la prensa, se encuentra en el anexo 1. En tres casos no se pudo obtener información.

a) Tasas de suicidio al interior del SMO

Dado que el interés del estudio es llegar a establecer una comparación entre las tasas de suicidio entre la población juvenil a nivel nacional y los jóvenes que cumplen con el Servicio Militar Obligatorio, se procederá a comparar la categoría 15 - 19 años a nivel nacional con lo que sucede al interior del SMO.

Tabla N° 3

Casos de suicidio en Servicio Militar Obligatorio registrados en la prensa y tasas por 100.000

Año	Casos de suicidio	Tasa de suicidios en el SMO	Tasa suicidios pobl. Masculina 15-19 años
1991	1	3.33	7.42
1992	-	0.00	5.55
1993	1	3.33	4.46
1994	1	3.33	6.17
1995	-	0.00	7.33
1996	7	23.33	8.04
1997	4	13.33	6.36
1998	1	3.33	7.70
1999	5	16.67	-

Fuente: Centro Documentación FLACSO-Chile, Análisis de Prensa La Epoca, El Mercurio, La Tercera, Las Últimas Noticias. Período 1991-1999.

Dos observaciones surgen a partir de los datos expresados en la tabla: Primero, la tasa promedio de suicidio al interior del SMO (para el período 1990-1999) es superior a la correspondiente a la población juvenil masculina general. (7.4 v/s 6.6 por 1000 habitantes). Segundo, si consideramos los años 1991, 92, 93, 94 95 y 98 obtenemos una tasa promedio de 2.22 por 100.000 habitantes), es decir en 6 de los 9 años que estamos analizando, los casos de suicidio fueron extremadamente bajos. Esto nos permitiría hipotetizar que el Servicio Militar actuaría como un ente protector del conscripto. El hecho de compartir situaciones extremas, entre personas que viven en condiciones muy similares, fortalecería los vínculos de amistad entre éstas. Asimismo, la cultura militar tendería a reforzar conceptos como unidad y a establecer principios e ideales para toda la comunidad militar, cuestión que permite una identificación con el colectivo entregando un sentido de pertenencia único a los jóvenes que realizan el SMO.

Lo anterior plantea la necesidad de investigar por qué en 1996, 1997 y 1999 se produce un incremento tan fuerte en los casos de suicidio y qué tipos de mecanismos propios de la institución militar lograron proteger al conscripto durante los años 1991, 92, 93, 94, 95 y 98.

Si bien las fluctuaciones entre un año y otro dificultan el establecimiento de un patrón de conducta suicida al interior del SMO, son un reflejo de lo condicionado que puede llegar a estar el suicidio frente a factores externos. Hasta 1995 la baja frecuencia en los casos de suicidio nos hacía pensar que se trataba de hechos aislados dentro de instituciones que tienden a proteger al individuo, sin embargo, lo ocurrido en 1996, 1997 y 1999 nos alerta sobre una realidad que deja de ser «casos independientes o aislados» para pasar a ser un fenómeno sobre el cual es necesario detenerse.

Al revisar la descripción de cada caso (Anexo) es posible constatar que de los 17 casos donde existe información, 15 cometieron suicidio con su arma de servicio y 10 de ellos se suicidaron mientras realizaban la guardia. Sólo hubo una muerte causada por ahorcamiento y que se llevó a cabo en el domicilio del conscripto. En cuanto a las fechas de ocurrencia, para el período 1991 - 1999 ocurrió 1 caso en verano, 4 en otoño, 7 en invierno y 3 en primavera. Estos datos contrastan con los antecedentes que existen para la población nacional, ya que de acuerdo al informe elaborado por el Ministerio de Salud¹³, el método preferente utilizado por adolescentes (10-19 años) es el ahorcamiento (72.05%).

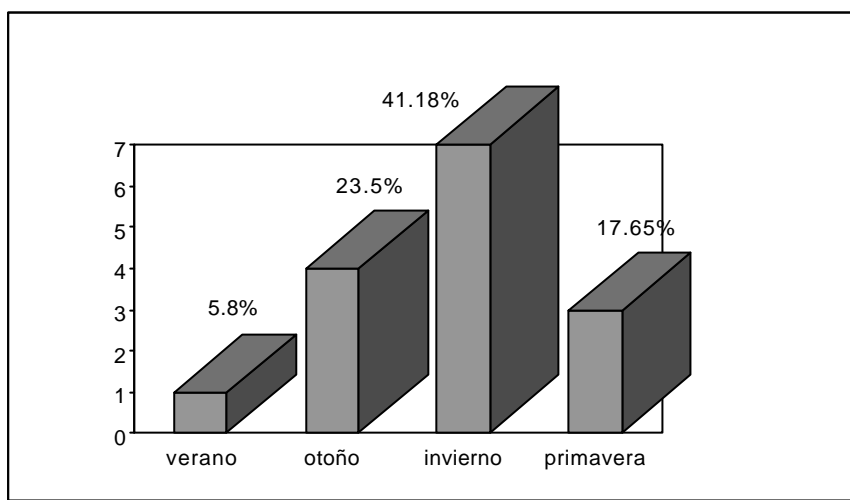
Las armas de fuego y la intoxicación le siguen con un 10.65% y un 8.34% respectivamente. Al interior del Servicio Militar, en cambio y de acuerdo a la información obtenida, el 88.23% de los conscriptos que cometieron suicidio lo realizaron con un arma y sólo el 11% fue por ahorcamiento. Esto demuestra una completa inversión en los métodos utilizados. Mientras que el 72% de la población adolescente nacional utiliza el método de ahorcamiento, el 88% de los jóvenes que cometieron suicidio en el Servicio Militar, lo hicieron con un arma.

La segunda diferencia entre el suicidio militar y el civil es la variación estacional. Según el estudio realizado por los doctores Retamal, Reszcynski, Orio y otros¹⁴ y de acuerdo a los datos entregados por el Servicio Médico Legal, los meses cálidos (octubre, noviembre, diciembre, enero) concentran el mayor número de incidencias con un 38,91%, mientras que los meses fríos (abril, mayo, junio, julio) concentran sólo el 28,35%. Estos datos coinciden con estudios realizados en el hemisferio norte, donde se ha encontrado una diferencia significativa entre los meses más cálidos y los más fríos. Las cifras a su vez confirman los estudios de Durkheim quien descubrió una mayor incidencia de autoeliminación en primavera y verano. Los casos de suicidios registrados al interior del Servicio Militar en cambio, se concentran en los meses fríos, tal como podemos observar en el siguiente gráfico.

13. Ministerio de Salud (1999). *Las Enfermedades Mentales en Chile. Magnitud y Consecuencias*.

14. Retamal, P. Reszcynski, C. et al. (1995). *Aspectos Generales del Suicidio en Chile*. Hospital San Juan de Dios; N° 42 (1). Santiago, Chile.

Gráfico N° 6

**Variación estacional de suicidios
ocurridos al interior del Servicio Militar**

Fuente: Centro Documentación FLACSO-Chile, Análisis de Prensa La Epoca, El Mercurio, La Tercera, Las Ultimas Noticias. Período 1991-1999.

El gráfico indica que casi el 65% de los casos registrados en el período 1991-1999, ocurrieron en los meses más fríos (marzo a agosto) y el 23% restante ocurrió en los meses cálidos (septiembre a febrero). Estas diferencias marcan ciertas particularidades propias del suicidio en el Servicio Militar Obligatorio, sin embargo queda mucho por investigar, principalmente en cuanto a causas y factores detonantes. Creemos que en la medida en que sea posible sistematizar la información respecto a causas, antecedentes familiares, trastornos mentales, etc. podremos entregar nuevos aportes con el fin de evitar al máximo nuevas conductas suicidas.

En este sentido, tal como lo planteamos con anterioridad, la cultura militar posee elementos y características únicas que la diferencian de la sociedad civil. Creemos que pueden ser precisamente estos elementos los que tienden a proteger al individuo y, dar cuenta de ellos así como plantear la manera de mejorar

su utilización en beneficio de la propia comunidad militar, son los desafíos que se plantean por delante.

A continuación analizaremos ciertas causas que podrían explicar conductas suicidas en los conscriptos, pero debemos recordar que aún no se sabe con precisión que es lo que lleva a un sujeto a atentar contra su propia vida, por lo que preferimos hablar de un conjunto de causas que determinan un factor de riesgo del individuo, frente al cual, cualquier pequeña crisis puede llegar a desencadenar un suicidio.

b) Causas y factores de riesgo

Los jóvenes que realizan el Servicio Militar Obligatorio se encuentran expuestos al conjunto de factores precipitantes mencionados con anterioridad, lo que determina que sea un grupo de alto riesgo necesario de mantener en observación. Son jóvenes de una adolescencia avanzada (18 y 19 años) que han sido separados de sus familias nucleares y que deben enfrentar un sistema disciplinario totalmente distinto al acostumbrado. Los cambios en el estilo de vida y la exigencia militar pueden jugar en contra de un joven que tiene ciertas predisposiciones depresivas. Así mismo, si un joven es más tímido que sus compañeros, con baja autoestima o con dificultades para establecer lazos de compañerismo, puede caer fácilmente en crisis psicológicas agudas, lo que podría desencadenar en un suicidio si no existe una oportuna participación de quienes le rodean. Sin embargo, el factor que establece la diferencia con el resto de los jóvenes hombres de esa edad y que pudieran estar pasando por problemas similares, es el acceso a las armas que tienen todos los conscriptos. Si bien, existe un fuerte control por parte de las autoridades en la entrega de la munición a cada conscripto, prácticamente la totalidad de los suicidios cometidos al interior de los regimientos se realizan en los llamados períodos de guardia, única ocasión donde el conscripto está sólo por períodos prolongados con su arma cargada.

Las causas que pueden llevar a un soldado a atentar contra su propia vida, no distan mayormente de las causas que conducen a cualquier joven a cometer un acto suicida, pero la diferencia está en el acceso a las armas que poseen los conscriptos, lo que determina que un intento suicida se vuelva automáticamente en un suicidio efectivo dentro del recinto militar. Esto refleja la efectividad del suicidio en el caso de los conscriptos, sin embargo no explica el repentino aumento de casos ocurridos en 1996, 1997 y 1999.

Retomando la información entregada en la tabla N° 3 sobre casos de suicidio en el SMO, creemos que factores externos al Servicio pueden influir fuertemente en los conscriptos. Si pensamos que hasta 1995 los suicidios eran bastante bajos (por debajo de la tasa masculina para la misma edad), ¿Qué fue lo que ocurrió en 1996 para que éstos aumentaran en 7 veces? Los mecanismos de reclutamiento comienzan a cambiar sustancialmente a partir de 1995 y creemos que no existen razones para pensar que los métodos de instrucción y entrenamiento, rigor y disciplina que caracterizan al Servicio Militar, hayan cambiado de un año para otro.

A modo de hipótesis, lo que puede haber ocurrido es que se produjo un efecto de imitación de conductas suicidas al interior del Servicio. Fenómeno que se habría repetido en los años 1997 y 1999. En este sentido, es reconocido el efecto negativo que tiene la cobertura de suicidios en los medios de comunicación sobre personas que tienen una depresión o pasan por un mal momento. Incluso en algunos países se recomienda a los medios de comunicación no cubrir hechos de esta naturaleza. Ahora bien, lo que explicaría el aumento de casos en los años mencionados, no sería necesariamente la influencia de los medios de comunicación- que en este caso actúan como un factor externo al mundo militar - sino la imitación de conductas que se dan al interior del mismo Servicio y que actúa con mayor fuerza debido a lo fácil que resulta la identificación con la víctima.

Los jóvenes conscriptos están sometidos a factores y condiciones de vida muy similares a lo largo de todo Chile. Los problemas que pudieran afectar a un conscripto determinado en general son los problemas que enfrentan en mayor o menor medida la mayoría de los soldados. Problemas económicos, rupturas o discusiones con la «polola» agravado por el hecho de que tienen que esperar hasta la próxima salida para conversar con ella, crisis familiares, problemas económicos y el desarraigo, entre otros, son algunos de los problemas que tienen gran parte de los jóvenes que realizan el Servicio Militar. Esto podría facilitar una suerte de identificación con aquel compañero que ha cometido un suicidio, lo que explicaría que se produzca una especie de «olas suicidas», cuestión que resulta de vital importancia al plantear medidas de prevención y control. Esta explicación queda enunciada a modo de hipótesis, por lo que es necesario llevar a cabo una investigación de campo para determinar su validez o invalidez.

Finalmente diversos estudios coinciden en plantear la alta relación existente entre el consumo de drogas y alcohol y conductas suicidas. Esta relación se hace efectiva ciertamente frente a un cuadro depresivo, ya que no quiere decir que el uso de drogas lleve al suicidio. Lo que ocurre es que tanto las drogas como el alcohol aumentan el riesgo de suicidio en un sujeto con depresión o crisis aguda.

c) Prevención y propuestas de acción

En cuanto a la prevención, los estudios realizados plantean medidas que no establecen diferencias de acuerdo a las características particulares de los suicidas. Las dos únicas variables que han logrado segmentar conductas suicidas son la edad y el género, sin embargo, esto no se ha traducido en programas segmentados de medidas, y menos aún se ha considerado la especificidad de las conductas suicidas que se generan al interior de instituciones militares, hospitales o similares.

Los estudios dan cuenta de la existencia de tres niveles de prevención: prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria está orientada a prevenir conductas suicidas gracias a la detección temprana de los síntomas de enfermedades o trastornos mentales, especialmente depresión y esquizofrenia. La depresión de acuerdo con el Dr. Guzmán, se puede presentar asociada al fracaso escolar después de un rendimiento normal, hipocondriasis y retraimiento social, entre otros. La prevención secundaria -o de intervención- apunta a la adopción de medidas tendientes a evitar la consumación del suicidio en intentos posteriores, lo cual requiere poner en práctica un tratamiento inmediato. Es de vital importancia incorporar a la familia y/o a las personas más cercanas (amigos, parientes, otros conscriptos y superiores) en esta etapa. Finalmente, la prevención terciaria está orientada al tratamiento de las secuelas que deja el suicida en su grupo familiar, amigos y cercanos. Las estrategias en este caso, deben centrarse en evitar conductas suicidas al interior de la familia o dentro del grupo de pares más cercanos y ayudar a aceptar el sentimiento de pérdida que deja la partida abrupta de un ser querido. En este sentido, el efecto traumático que un joven suicida deja al interior de su unidad militar debe de ser tratado en forma especial por quienes son responsables de la unidades y por profesionales o personas que cuenten con la confianza de esa unidad.

Siguiendo los tres niveles de prevención, quisiéramos plantear la forma en como éstos podrían operar al interior del Servicio Militar Obligatorio.

En el primer nivel resulta fundamental crear mecanismos para detectar aquellos casos que presentan cuadros psiquiátricos, no sólo en el momento de ingreso, sino mantener un seguimiento de los conscriptos a lo largo del año, al menos semestral o trimestralmente. El detectar posibles trastornos psiquiátricos o depresiones permitiría focalizar programas de ayuda y tratamiento psicológico en la comunidad militar. Si bien en el proceso de acuartelamiento los médicos realizan una selección (según criterios de salud física y psíquica) que permite discriminar a aquellos jóvenes con cuadros psiquiátricos severos, los jóvenes que tengan alteraciones menores o de gravedad menor, no serán detectados por estos test. Esto significa que es necesario que los especialistas mantengan un seguimiento de la población que realiza el Servicio Militar durante todo el período que dura la conscripción, pues un desorden emocional puede derivar en problemas mayores si no se trata adecuadamente. Asimismo, se sugiere realizar chequeos periódicos y charlas con aquellos que intervienen directamente en la preparación de los reclutas (instructores), ya que son ellos en última instancia quienes asumen la total responsabilidad de lo que sucede con su grupo en el transcurso del año. Creemos que un buen mecanismo para implementar estas medidas tendientes a detectar trastornos psicológicos es la creación de una *pauta de observación conductual del recluta* a cargo de personal especializado. Esta pauta debería llevar un registro que incluya antecedentes familiares, médicos y posibles trastornos que experimente el conscripto y a su vez los resultados de al menos un examen psicológico aplicado al recluta durante el primer año de servicio. La efectividad de esta pauta reside en la utilización que se le de a la información que ella contiene y en este sentido, es que nos parece necesario que exista un adulto (hombre o mujer) debidamente capacitado que se encuentre a disposición de los jóvenes y que actúe como alguien de confianza para que éste pueda confiar y contar sus problemas.

En el segundo nivel, es necesario enfatizar una vez más la entrega de apoyo inmediato a todo joven que haya tenido un intento suicida. Es necesario recordar que aquel joven que lo intenta una vez y que no recibe el apoyo necesario para resolver la crisis que lo aqueja, volverá a intentarlo con una alta probabilidad de que la segunda o tercera vez alcance el objetivo. Según la información recogida al interior del SMO una vez detectado un caso de intento de suicidio

se le entrega una licencia y es devuelto a su apoderado con las indicaciones médicas para su tratamiento. En este sentido resultaría interesante poder saber si los casos de suicidios efectivos presentaron intentos de suicidio previos.

Es importante involucrar en este proceso a aquellos que están más cerca del conscripto, tanto fuera como dentro del regimiento y a la vez aumentar el control sobre uso de drogas y alcohol, de acuerdo a lo planteado con anterioridad. Actualmente, cuando el personal responsable directo del soldado, Clase y Oficial detecta cambios de conducta en los soldados, los envía al médico quien examina y determina si el conscripto se encuentra apto para todo servicio. En caso contrario, lo dejará exento de guardias y servicios, evitando que porte armas y se encuentre gran parte del día solo.

En el tercer nivel, adquiere importancia la forma en que la comunidad militar enfrenta los casos de suicidio. Lejos de condenar dichas acciones, es necesario prestar la máxima ayuda y atención a los conscriptos cercanos a la víctima y también a aquellos que presenten cuadros depresivos (detectados con la aplicación de tests psicológicos), pues son los que presentan mayor probabilidad de cometer suicidio en el corto plazo. Sin duda que la muerte de un conscripto, ya sea por accidente o por suicidio, deja a la unidad respectiva extremadamente sensible, por lo que resulta fundamental el trabajo que se realice con dicha unidad.

En resumen, resulta esencial plantear programas de prevención en tres etapas:

1. Detección de conscriptos con trastornos mentales, para lo cual se propone la creación de una pauta conductual del recluta que debe contener los antecedentes familiares y los resultados de al menos un test psicológico. Con los resultados del test más la información aportada por quienes están cerca de los jóvenes conscriptos, sería posible identificar a quienes se encuentran en alto riesgo de cometer conductas suicidas. Una vez detectados estos casos, es necesario contar con una persona especialmente capacitada y que cuente con la absoluta confianza de los reclutas, para que pueda acercarse a los jóvenes con mayor riesgo y ayudarlos debidamente.

2. Apoyo psicológico a los conscriptos que demuestren conductas suicidas, incorporando a los familiares, amigos y superiores que estén en directa relación con el menor. Evitar al máximo, y en la medida de lo posible, el acceso a drogas

y alcohol que pueda tener el conscripto. En esta etapa la ayuda, orientación o simplemente amistad que puede ofrecer la persona de confianza designada por el regimiento es fundamental.

3. Cada vez que se produzca un suicidio, extremar las precauciones en las distintas unidades, con el objeto de evitar conductas similares en aquellos conscriptos que presentan algún tipo de trastorno psicológico. La presencia de un sacerdote, actividades grupales y conversaciones abiertas y sinceras son maneras que posee el grupo para superar la situación traumática. Hablar de la muerte, del sentimiento de pérdida, del impacto causado en cada uno de los jóvenes resulta vital para evitar imitaciones de conductas, y además posee el efecto de cohesionar aún más al grupo o unidad.

Finalmente, el suicidio juvenil en general, y en el Servicio Militar en particular, constituyen temas necesarios de abordar desde enfoques multidisciplinares. Si bien la realidad nacional no resulta alarmante al compararla con otros países, su incremento en los últimos años indica que es un área donde no se han realizado intervenciones con el fin de reducir sus efectos. El suicidio en el Servicio Militar, representa una realidad que si bien puede tener muchos puntos en común con el suicidio en la sociedad civil, posee características particulares necesarias de profundizar con el objeto de reforzar programas de prevención y ayuda a los conscriptos.

Nos parece necesario que se abran espacios de discusión e investigaciones que aborden el suicidio no tan solo desde una perspectiva genérica, sino en forma más específica, rescatando la diversidad de los grupos que se encuentran en mayor riesgo. Desde este punto de vista, el análisis en el Servicio Militar resulta importante, puesto que afecta a un grupo considerable de la población masculina juvenil y tiene un fuerte impacto en la opinión pública.

Conclusiones

Generales

- El comportamiento suicida obedece a la acción conjunta de factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales.
- La tasa de suicidio en Chile es considerada, de acuerdo a parámetros internacionales, como «media» (5-15), ubicándose en el límite inferior de este rango.
- Los hombres cometen mayor número de suicidios que las mujeres. En 1998 la proporción alcanzó a 6:1. Sin embargo, las mujeres tienen más intentos suicidas que los hombres.
- Por cada intento de suicidio se producen entre 3 y 10 intentos frustrados (algunos autores hablan de hasta 30).
- La probabilidad de que una persona que haya cometido un intento suicida vuelva a hacerlo, es entre 30 y 50%, así mismo, el porcentaje de casos que han muerto en intentos posteriores de suicidio es de 2.9% para las mujeres y 10% para los hombres.
- En Chile el suicidio juvenil (entre 15 y 24 años) constituye una de las tres principales causas de muerte.

Específicas

- El tramo etareo donde se produce un mayor número de suicidios corresponde al grupo entre 20 y 29 años, no obstante las tasas de suicidio más altas corresponden a la población de mayor edad (mayores de 65 años).
- La tasa de suicidio en los jóvenes hombres entre 15 y 24 años es mayor que la tasa para la población general, lo que significa que los hombres entre 15 y 24 años representan un grupo de alto riesgo.

- La tasa promedio de suicidio al interior del SMO fue levemente superior a la registrada en igual período en la población entre 15 y 19 años.
- Los casos de suicidio en el SMO durante 1991, 92, 93, 94, 95 y 97 se mantuvieron como hechos aislados, sin embargo, llama la atención el incremento que experimentó en los años 1996, 1998 y 1999.
- Una posible explicación a esta situación es el llamado efecto «imitación» que se daría al interior del servicio, puesto que jóvenes con tendencias depresivas podrían haberse identificado fácilmente con la víctima y haber seguido esa conducta.
- El método preferentemente utilizado por los conscriptos para suicidarse es el ahorcamiento. Este representa un 88.23% a diferencia de lo que representa en la población nacional juvenil (10.65%).
- El suicidio al interior del Servicio Militar ocurre preferentemente en los meses fríos a diferencia de lo que ocurre en la población global, donde los mayores números de casos de suicidios se registran durante los meses cálidos. Esto último se encuentra avalado por diversos estudios e investigaciones, comenzando por Durkheim, quien señala que son los meses cálidos de primavera y verano, los que agrupan el mayor número de casos de suicidios.

Anexo

Breve descripción de los casos de suicidio ocurridos entre 1991 y 1999¹⁵

Cristián Alberto Quezada Manríquez, 1994. 19 años de edad. De acuerdo al comunicado, el conscripto estaba agobiado por problemas psicológicos que se desencadenaron tras la muerte de su madre. Habría sufrido un ataque de angustia con lo que comenzó a disparar al aire, hiriendo de paso a un civil. Luego el joven apuntó hacia su abdomen y descargó el arma. El joven recluta pertenecía al Regimiento de telecomunicaciones N° 3 de Curicó.

Fredy López Araya (30 abril, 1996), 18 años de edad. Perteneciente al regimiento N° 7 Chorrillos, en Punta Arenas. El joven fue encontrado muerto con un disparo en la frente. El hecho ocurrió 15 días antes de que el joven terminara su servicio militar, al que se había presentado voluntariamente. El presidente de la JDC opinó que resultaba poco creíble la versión del Ejército, puesto que en noviembre del año pasado el joven habría sido maltratado por dos superiores y además dijo tener antecedentes de que López recibió amenazas en el último tiempo.

Eduardo Lemus (2 Julio 1996) joven de 19 años, perteneciente a al regimiento N° 14 Aysén, Coyhaique. Abogados de la oficina de Derechos Humanos denunciaron la muerte del conscripto que se atribuye en primera instancia a un suicidio. Los abogados presentaron una querrela para esclarecer los hechos.

15. Existen dos casos más sobre los cuales no se encontró mayor información

Julio Rodríguez Fuentealba, (31 de julio, 1996), 19 años. Los familiares del conscripto muerto cuando montaba guardia en el frontis del regimiento N° 7 «Chorillos», retiraron su cuerpo para sepultarlo en Coronel, ciudad natal.

Germán Vivanco Sierra (15 agosto 1996) joven de 18 años de edad se disparó con su arma de servicio. Pertenecía al regimiento de Ingenieros de Montaña N° 2 de Puente Alto. Fue trasladado al hospital Sótero del Río, donde falleció.

Renzo Aldo Honorato Ibaceta. (17 Agosto, 1996) Alumno del segundo año de la escuela de Grumetes de la Isla Quiriquina, de la séptima División se suicidó dejando una carta explicativa a sus familiares.

Carlos Alberto Vidal (8 octubre 1996). El conscripto había sido trasladado desde Santiago a Arica para realizar su Servicio Militar. El joven se suicidó mientras realizaba su guardia. Pertenecía al Regimiento de Infantería N° 4 Rancagua, en Arica.

(22 octubre 1996). Personal de inteligencia del ejército, efectivos de brigada de Homicidios de Investigaciones y el fiscal militar de Valparaíso , investigan un confuso incidente ocurrido en la escuela de caballería blindada de Quillota en el cual perdió la vida un conscripto. Se presume suicidio.

Carlos Quezada Tapia, 1997. 20 años de edad, murió a las 11:30 de la mañana en marzo de 1997, en Viña del mar, en las Salinas, mientras realizaba la guardia. Su unidad era la Infantería de Marina. Se disparó mientras cumplía funciones de rutina. Algunos antecedentes entregados por los familiares o el regimiento fueron que tenía excelente desempeño (incluso había ganado un premio para ir a la Antártida). Era el mayor de 5 hijos y vivía con padrastro y madre. El ingreso promedio mensual era de 250.000.

Rodrigo A. Ríos Barría, 1997. 19 años de edad. Se suicidó a las 15:40 hrs. en Junio de 1997 en Arica después de haber finalizado con su guardia. Pertenecía al regimiento de Artillería N° 6 en Dolores. Se disparó aparentemente con arma robada. Presentaba problemas de indisciplina y dificultades de adaptación, según el comunicado del Ejército. Las declaraciones señalan que el joven estaba abrumado por su incapacidad de alejarse de actividades delictivas. No hubo aparentemente relación con maltrato.

Cristián A. Oportus O, 1997. 18 años de edad. Falleció a las 22:30 hrs en el mes de agosto en Osorno, mientras estaba de centinela. Perteneció al Regimiento de Ingenieros de Arauco N° 4 Se disparó con su propio fusil. No hubo mayores declaraciones.

Yamir A. Méndez S. 1997, 19 años. Falleció a las 12:40 hrs en el mes de octubre en Quillota. Pertenecía a la escuela de caballería blindada del Ejército. Murió de un disparo en el tórax, sin embargo no se especifica cuando fue cometido el disparo.

José M. Gutiérrez 1998. Se disparó con su propia arma mientras realizaba la guardia en el regimiento de Infantería N° 19 de Colchagua, San Fernando.

Jorge Cárdenas Flores, 1999. Falleció en Agosto a las 14:15 hrs. en la ciudad de Valparaíso, mientras se encontraba de guardia. Pertenecía a la escuela de Infantería Marina, destacamento N° 2 Miller. El comunicado mencionaba posibles problemas familiares. El joven se disparó con su arma de servicio.

Rafael Hernández Soto, 1999. Falleció en Abril a las 9:15 de la mañana en la ciudad de Valdivia en su domicilio particular de un disparo en la cabeza. Pertenecía a la dotación de la capitanía de Puerto de Valdivia.

Erwin A. Mancilla A, 1999. 19 años de edad. Falleció en abril en la ciudad de Puerto Montt mientras se encontraba de guardia de un disparo en la región torácica. Pertenecía al regimiento de Sangra. El joven murió producto de la herida ocasionada por un arma larga. Se ordenó sumario por lo confuso de la muerte.

Mario Jesús Bassaure R. 1999. 18 años de edad. Murió el sábado 30 de Octubre en su domicilio ubicado en Alto Hospicio en la ciudad de Iquique. Pertenecía al batallón logístico N° 6 de Pisagua. El joven se ahorcó en su casa y la madre presentó una querrela. El joven tenía una niña de 5 meses de vida.

Pablo A. Nieto Urzúa, 1999. 18 años de edad. Se suicidó en diciembre de 1999 a las 23:50, de un tiro en la frente mientras realizaba el servicio de Guardia en la comandancia de la guarnición, en la ciudad de Rancagua. El joven pertenecía al regimiento de infantería N° 2 , Lautaro.

Bibliografía

- De la Barra, F. *Conducta suicida en niños y adolescentes* (fotocopia Ministerio de Salud)
- Durkheim, E. *Le suicide* Alcan. París. 1930.
- Guzmán A. «El Suicidio entre Adolescentes» En: *Gaceta Médica de Caracas* Año XCV Julio - Septiembre 1987. (Fotocopias)
- <http://www.who.int>. WHO. *Suicide Prevention*.
- <http://www.members.tripod.com>. Peace on Earth. Youth suicide.
- <http://www.jaring.my> Youth Suicide. Youth - Depression and Suicide
- Ministerio de Salud Suicidio: Situación Epidemiológica en Chile. En: *Epidemiología Salud Mental*. Chile, 1997.
- Ministerio de Salud *Las Enfermedades Mentales en Chile. Magnitud y Consecuencias* Departamento Programa de las Personas. Unidad de Salud mental. Chile 1999.
- Requena A. «Sobre el Suicidio en los adolescentes» En: *Gaceta Médica de Caracas*. Año XCV Julio - Septiembre 1987.
- Retamal, P., Reszczyński, C., Orio, M. «Aspectos Generales del suicidio en Chile» En: *Revista Salud Pública*. Fotocopia
- Rona E. Wetelin. «Tentativas de suicidio en niños y adolescentes» En: *Revista Chilena de Pediatría* 1986; 57: 227 - 230.
- Salvo, L., Rioseco, P., salvo S., «Intento de suicidio en adolescentes» En: *Revista de Psiquiatría* Año XV N°1 Ene/Mar 1998.
- Schmidtke, A. Weinacker, B. et. al. «Suicide rates in the world: update». En: *Archives of Suicide Research* v.5 N°1 1999. International Academy for Suicide research. Kluwer Academic Publishers. Netherlands.
- Tellez C., Sepúlveda E. y otros. «Aspectos forenses y epidemiológicos del suicidio en Santiago» En: *Revista psiquiatría Clínica*. Santiago, Chile 30 (1) 1993.