

Tasas de Suicidio en Chile (2024) en Comparación con Europa, Latinoamérica y Norteamérica

Introducción:

En 2024, la tasa de suicidio en Chile alcanza los 10,3 por cada 100.000 habitantes, reflejando una preocupante tendencia en salud mental.

Comparación con Otras Regiones

- **Europa:** La Unión Europea reportó una tasa promedio de suicidios de 10,2 por cada 100.000 personas en 2021, con variaciones significativas entre países.
Fuente: COMISIÓN EUROPEA
Por ejemplo, Lituania presentó una de las tasas más altas con 26,1 por cada 100.000, mientras que Chipre tuvo una de las más bajas con 2,7 por cada 100.000.
- **Latinoamérica:** Uruguay exhibe una de las tasas más altas de la región, con 21,2 por cada 100.000 habitantes, mientras que Argentina tiene aproximadamente 8,4 por cada 100.000.
Fuente: MACROTRENDS
- **Norteamérica:** Estados Unidos registra una tasa de 16,1 por cada 100.000 habitantes, mientras que Canadá tiene una tasa aproximada de 11,8 por cada 100.000.

Disparidades de Género

En Chile, los hombres se ven desproporcionadamente afectados, con una tasa de suicidio de 17,3 por cada 100.000, en comparación con 3,3 por cada 100.000 en mujeres.

Este patrón coincide con las tendencias globales, donde los hombres presentan tasas de suicidio más altas que las mujeres.

Factores de Edad

La edad promedio de las personas que mueren por suicidio en Chile es de 43 años. A nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad, siendo los ancianos los más afectados.

Contexto Global

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 703.000 personas mueren por suicidio anualmente en todo el mundo.

La mayoría de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios, lo que subraya el desafío universal en la prevención del suicidio.

La tasa de suicidio en Chile es comparable al promedio de la Unión Europea, pero inferior a la de Estados Unidos. Sin embargo, la significativa disparidad de género y la edad promedio de los afectados resaltan la necesidad de intervenciones específicas en salud mental. Abordar este problema requiere estrategias integrales que incluyan educación sobre salud mental, servicios de apoyo accesibles y esfuerzos para reducir el estigma asociado al suicidio.

Relación entre enfermedad mental y enfermedad física

Esta relación es muy estrecha ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas.

Ejemplo de esto es la alta proporción de pacientes diabéticos, padecimiento que tiene una prevalencia del 10% en la población y que provoca trastornos depresivos y cambios de personalidad secundarios al procedimiento médico. También, más de 50% de pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) presentan trastornos mentales, principalmente alteraciones del estado de ánimo.

Calidad de vida y Autodeterminación en salud mental.

Calidad de vida y autodeterminación, son dos conceptos que en los últimos años según Escandón Carrillo, han sido objeto de numerosos estudios para encontrar la relación que guardan entre sí. Esto con el fin de mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales y sus familiares.

Concepto de calidad de vida.

El estudio de la calidad de vida constituye un área de interés que atañe a múltiples profesiones. El término "calidad de vida" apareció en el año 1975 y, aunque los orígenes de este concepto se sitúan en el ámbito de la medicina, el interés por él se ha extendido a otras disciplinas, como la Sociología y la Psicología (Moreno y Ximénez, 1996). El concepto de calidad de vida es "difícil de definir, ya que se trata de un término global y multidisciplinar.

Además, hay que considerar los aspectos objetivos y subjetivos al momento de definirla. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que el concepto de calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, puesto que cambia dependiendo de las culturas, el momento histórico y la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida implicaría una serie de componentes, todos ellos de carácter objetivo, que son la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, los vestidos, el ocio y los derechos humanos.

Sin embargo, es importante atender el aspecto subjetivo, esto es, las percepciones de las personas acerca de esos componentes objetivos. Aunque no existe un consenso acerca de una definición de calidad de vida, los expertos afirman que es un concepto que implica el funcionamiento conductual y el bienestar psicológico subjetivo. Diferentes autores han elaborado definiciones de calidad de vida en términos de la satisfacción personal en distintos ámbitos, que oscilan entre los aspectos materiales y financieros hasta los políticos y otros referidos al bienestar, que afirma que es “un cuerpo de trabajo relacionado sobre el bienestar psicológico, funcionamiento social y emocional, estado de salud, desempeño funcional, satisfacción con la vida, apoyo social y un patrón de vida mediante el cual son utilizados los indicadores normativos, objetivos y subjetivos del funcionamiento físico, social y emocional.

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida¹¹ Un aspecto relevante es la evaluación de los factores psicológicos, que se han convertido en una característica clave de las medidas de calidad de vida; entre estos componentes, la salud es uno de los principales ya que influye de forma directa e indirecta en aquélla; de forma directa, puesto que las actividades cotidianas que realiza el ser humano dependen del estado de salud, y de forma indirecta, debido a que afecta a otros aspectos presentes en la calidad de vida de las personas, como son las relaciones sociales, el ocio y la autonomía.

La salud mental: causas y efectos.

La vulnerabilidad como causa de trastornos mentales La necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los niños mismos, así como la migración internacional, aun cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan los riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre, además de crear un ambiente poco propicio para la comunicación y

supervisión de todos los miembros de la familia, provocando estrés adicional que puede llevar a la depresión y la ansiedad.

a. Pobreza (Secretaría de Salubridad y Asistencia.). La pobreza como problema de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercute directamente en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Este es un problema complejo, en el que la dimensión de la carencia, la privación o la marginalidad son los rasgos que habitualmente se destacan. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres.

La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en las familias.

Hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos están encerrados en un círculo vicioso. En tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argumentar que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la sub-nutrición han sido reconocidos como factores asociados con los “trastornos mentales comunes”. Existe, según la OMS, evidencia científica que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población. La pobreza de la Organización Mundial de la Salud puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales, y viceversa.

De tal manera que ambos aparecen unidos en un círculo vicioso afectando diversas dimensiones del desarrollo individual y social.

b. Trabajo (Personas desempleadas) tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo (Bolton y Oakley, 1987; Kessle). Inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo (Dooley et al., 1994).

c. Educación (Bajo nivel educacional). Varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes” y el bajo nivel educacional (Patel y Kleinman, 2003). Más aún, un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza.

d. Violencia y trauma. En comunidades afectadas por la pobreza, la violencia y el abuso son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.

e. Mujeres trabajadoras (Programa de Acción de la secretaria de Salubridad y Asistencia, SSA). Las familias chilenas se encuentran en un complejo momento de transición debido al cambio de los roles en el hogar y a una doble carga para las mujeres, en la que además de cumplir con las labores del hogar, aportan una mayor contribución económica, esto ha provocado un incremento en su intervención en las decisiones familiares, se ha traducido en un fuerte aumento en las tensiones, lo que ha incrementado de manera considerable la incidencia de la problemática mentales en este grupo. Un ejemplo de esta situación es la depresión en la mujer que tiende a interpretarse como un estado “natural” y poco importante, para la pareja, la familia, y para el personal de salud. Asimismo, la mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres, así como de aquello que ingresan de manera temprana al mercado informal de trabajo.³⁰

Población rural. Las características de la vida rural en Chile, como la falta de oportunidades de trabajo, la falta de infraestructura básica, de servicios de salud, de satisfactores, alimentación deficiente y mal balanceada, oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, incrementando los factores genéticos de riesgo, aunados al abuso en el consumo del alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores, son factores que favorecen la prevalencia de pacientes mentales.

Conclusión: Tasas de Suicidio en Chile (2024) en Comparación con Europa, Latinoamérica y Norteamérica

En 2024, la tasa de suicidio en Chile alcanzó 10,3 por cada 100.000 habitantes, una cifra que nos invita a reflexionar profundamente sobre el estado de la salud mental en nuestra sociedad. Aunque este índice es similar al promedio de la Unión Europea (10,2) y menor al de Estados Unidos (16,1), detrás de estos números hay historias de vidas interrumpidas y familias que enfrentan un dolor irreparable.

Uno de los datos más alarmantes es la disparidad de género: los hombres chilenos tienen una tasa de suicidio casi cinco veces mayor que las mujeres. Esto nos lleva a preguntarnos qué tan bien estamos abordando las presiones sociales, emocionales y culturales que recaen sobre ellos. Estas cifras reflejan no solo estadísticas, sino también el silencio y la desesperación que muchos enfrentan en su día a día.

Otro aspecto relevante es la edad promedio de las personas que mueren por suicidio: 43 años. Estamos hablando de individuos en plena etapa productiva, muchos con familias que dependen de ellos, sueños por cumplir y aportes que aún podían enriquecer nuestra sociedad. Este dato nos recuerda la importancia de no esperar a que las crisis se agraven para ofrecer apoyo y acompañamiento.

A nivel global, sabemos que el suicidio afecta con mayor fuerza a los países de ingresos bajos y medios, donde la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud y el estrés cotidiano juegan un papel determinante. En Chile, estos factores se entrelazan especialmente en las zonas rurales, donde las oportunidades laborales son escasas y los servicios básicos aún no llegan a todos.

Cuando hablamos de suicidio, no estamos solo hablando de estadísticas. Hablamos de padres, madres, hijos, amigos y vecinos que enfrentan batallas internas que muchas veces pasan desapercibidas. Por eso, más allá de políticas públicas y programas de prevención, necesitamos construir una cultura de empatía, donde hablar de salud mental sea tan normal como hablar de cualquier otro aspecto de nuestra vida.

Es urgente invertir en educación sobre salud mental, crear espacios seguros para expresar emociones y eliminar el estigma que impide a tantas personas pedir ayuda. Necesitamos ser una sociedad que no solo mida la calidad de vida por los ingresos económicos, sino también por la capacidad de cuidarnos los unos a los otros, de escucharnos y de construir redes de apoyo genuinas.

Detrás de cada número hay una persona, una historia, un nombre. Es nuestra responsabilidad como sociedad dar un paso al frente, tender una mano y demostrar que nadie está solo, que siempre hay esperanza y que la vida, incluso en sus momentos más oscuros, vale la pena ser vivida.