

Jenny Pontón y Alfredo Santillán compiladores

Nuevas problemáticas en seguridad ciudadana



Programa Estudios de la Ciudad

El programa Estudios de la Ciudad tiene como finalidad investigar la problemática urbana, formular políticas de desarrollo local y formar investigadores/as y funcionarios/as que cuenten con los instrumentos cuantitativos y cualitativos para comprender y actuar en los procesos que se desarrollan en las ciudades.

Empresa Municipal de Logística para la Seguridad y la Convivencia Ciudadana

EMSEGURIDAD –Q es una persona jurídica de derecho privado, sin fines de lucro, con finalidad social, teniendo como fin primordial el apoyo y soporte logístico a entidades de derecho público y privado, para la prevención de la violencia, para la seguridad humana, la gestión de riesgos y la convivencia ciudadana.

Director de FLACSO sede Ecuador: Adrián Bonilla

Coordinador del Programa Estudios de la Ciudad: Alfredo Santillán

Compilación del Libro Ciudad Segura Volumen 3: Jenny Pontón y Alfredo Santillán

Coordinación del Boletín Ciudad Segura: Jenny Pontón

Temas Centrales: Johanna Espín, Mauricio Abril Donoso, Alex Tupiza Aldaz, Ximena Tocornal, Antonio Frey, Juan Carlos Parra, Jaime Erazo Espinosa, Oscar Raúl Ospina, Andrea Betancourt, Jenny Pontón Cevallos, Henry Allan, Verónica Supliguicha, Grace Vásquez, Paola Jácome, Farith Simon Campaña, Juan Pablo Aguilar, Olga Vallejo Rueda, Sara Lofberg.

Colaboradores: Fernando Carrión, Blanca Armijos, Jenny Pontón Cevallos, Alfredo Santillán

Edición: Noemí López P

Diseño y diagramación: Antonio Mena

Impresión: Crearimagen

Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

Augusto Barrera

Alcalde Metropolitano de Quito

Eco. Lourdes Rodríguez

Secretaria de la Secretaría de Seguridad y Gobernabilidad

Lic. Guadalupe Estévez

Gerente General de EMSEGURIDAD-Q

Paco García

Coordinador del Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana

ISBN: 978-9978-67-247-1

FLACSO sede Ecuador

La Pradera e7-174 y Diego de Almagro

PBX: (593-2) 323 8888

ciudadsegura@flacso.org.ec

www.flacso.org.ec

Quito-Ecuador

Primera edición: Octubre 2008

Índice

Presentación	13
Introducción: Explorando temáticas nuevas en Seguridad Ciudadana	15
<i>Alfredo Santillán C.</i>	
I ECONOMÍA Y DELITO	
Delitos contra la propiedad	
Los bienes robados: un asunto económico	33
<i>Fernando Carrión M.</i>	
Delitos contra la propiedad: el mayor problema de inseguridad ciudadana en el DMQ	35
<i>Johanna Espín M.</i>	
Tecnologías de la información y la comunicación en la prevención del delito	49
<i>Blanca Armijos</i>	
Solo delitos violentos: un requisito de difusión	51
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	
Intervenir sobre los objetos y las organizaciones criminales	53
<i>Alfredo Santillán</i>	

Delitos contra vehículos

El robo de vehículos ¡un negocio que prende motor!	61
<i>Fernando Carrión M. y Ximena Tocornal</i>	
Delitos contra vehículos: el caso de Quito y Guayaquil	63
<i>Mauricio Abril Donoso y Alex Tupiza Aldaz</i>	
Robos de vehículos en el Gran Santiago	79
<i>Ximena Tocornal y Antonio Frey</i>	
Análisis comparado del robo de vehículos en Quito, Guayaquil y Santiago	94
<i>Ximena Tocornal, Mauricio Abril, Alex Tupiza</i>	

Mercado de bienes robados

<i>Cachinerías</i> : espacio de encuentro de la demanda y la oferta de bienes robados	105
<i>Fernando Carrión M.</i>	
Análisis económico del comercio ilícito en el DMQ	107
<i>Juan Carlos Parra F.</i>	
Delitos de receptación en Chile	120
<i>Blanca Armijos</i>	
Informalidad, cachinerías y decomisos: aspectos confusos en la prensa	122
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	
La circularidad de las economías ilícitas	124
<i>Alfredo Santillán</i>	

Vivienda y seguridad

La ciudad de intramuros: temor y violencia	131
<i>Fernando Carrión Mena</i>	

Ciudad afuera, mercado al centro, vivienda adentro	133
<i>Jaime Erazo Espinosa y Oscar Raúl Ospina</i>	
Lima: una metrópoli cercada	154
<i>Blanca Armijos</i>	
Vivienda, temor y medios: fusión que promueve el encierro	156
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	
¿Son seguros los enclaves urbanos?	158
<i>Alfredo Santillán C.</i>	

II VIOLENCIA Y VULNERABILIDAD SOCIAL

El suicidio en la seguridad ciudadana

Suicidio	167
<i>Fernando Carrión M.</i>	
El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso	169
<i>Andrea Betancourt</i>	
Muertes autoinfligidas: una perspectiva regional	187
<i>Blanca Armijos</i>	
Tratamiento del suicidio en los medios: pautas para su prevención	189
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	
Prevenir el suicidio: sugerencias desde una perspectiva social	191
<i>Alfredo Santillán</i>	

Femicidio en el Ecuador

Femicidio: ¿un asunto exclusivo de mujeres?	199
<i>Fernando Carrión M.</i>	
Femicidio en el Ecuador: realidad latente e ignorada	201
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	

Reingeniería judicial para combatir el
femicidio en Ciudad Juárez 219
Blanca Armijos

Violencia femicida en los medios: de la
visibilización al adecuado tratamiento 221
Jenny Pontón Cevallos

Visibilizar, prevenir y sancionar el femicidio 223
Alfredo Santillán

Regeneración, seguridad y tolerancia

Centros de tolerancia que generan intolerancia 231
Fernando Carrión M.

Reordenamiento urbano, seguridad ciudadana y
centros de tolerancia en Quito y Guayaquil 233
Henry Allan

Trabajo sexual en Europa: entre la abolición y la legalización 251
Blanca Armijos

Centros de tolerancia y regeneración:
debate ausente en la agenda mediática 253
Jenny Pontón Cevallos

Las regulaciones sobre los centros de tolerancia 255
Alfredo Santillán

Trata de personas

El trato de la trata de personas 263
Fernando Carrión M.

Trata de personas: historias que invisibilizan verdades 265
Verónica Supliguicha, Grace Vásquez, Paola Jácome

Esclavitud laboral en la industria textil argentina	280
<i>Blanca Armijos</i>	
Trata de mujeres en los medios: ¿cómo se trata?	282
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	
Acciones sociales y penales sobre la trata de personas	284
<i>Alfredo Santillán C.</i>	

III NORMAS Y PRÁCTICAS DE CONTROL SOCIAL

Seguridad ciudadana e impunidad

Impunidad	293
<i>Fernando Carrión M.</i>	
Proceso penal e impunidad	295
<i>Farith Simon Campaña</i>	
Corte Penal Internacional: vigilante ante la impunidad	314
<i>Blanca Armijos</i>	
Justicia, impunidad y libertad de expresión	316
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	
Criterios generales para evitar la impunidad	318
<i>Alfredo Santillán</i>	

Constitución y seguridad

Constitución, leyes y políticas garantistas de seguridad ciudadana	325
<i>Fernando Carrión M.</i>	
Nueva Constitución ¿Nueva seguridad?	327
<i>Juan Pablo Aguilar</i>	

Reformas legales a la seguridad en Venezuela	346
<i>Blanca Armijos</i>	
Constitución, seguridad y comunicación	348
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	
El desafío de poner en práctica la ley	350
<i>Alfredo Santillán C.</i>	
Participación comunitaria en seguridad	
La participación en seguridad: ¿deseo ineludible o dilema por develarse?	357
<i>Fernando Carrión M.</i>	
Participación comunitaria en la seguridad ciudadana: la experiencia de Quito	359
<i>Olga Vallejo Rueda</i>	
La Castrina: una experiencia de integración social por la seguridad	375
<i>Blanca Armijos</i>	
Comunidad, participación y seguridad en los medios	377
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	
La participación no es vigilantismo	379
<i>Alfredo Santillán C.</i>	
Video vigilancia pública	
OJO: le estamos filmando	387
<i>Fernando Carrión M.</i>	
Ojos de águila: una primera aproximación al sistema de video vigilancia en Quito	389
<i>Sara Löfberg</i>	

La video vigilancia: un sistema de seguridad que requiere de control y regulación	407
<i>Andrea Betancourt</i>	
Tele-vigilancia y primicia: espectáculo de lo real	409
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	
Los dilemas de la video vigilancia	411
<i>Alfredo Santillán</i>	

El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso

Andrea Betancourt¹

Introducción

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

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

El suicidio se ha manifestado desde los inicios de la historia registrada y por motivos varios. Actualmente, es visualizado como un escape a un problema o una crisis que produce intenso sufrimiento y que, de acuerdo a espe-

cialistas, está asociado con la insatisfacción de necesidades, las sensaciones del sin sentido y la desesperanza. La persona con tendencias suicidas atraviesa una serie de conflictos ambivalentes entre la supervivencia y la muerte; el deseo de morir no siempre es concreto, mas las opciones de vida se reducen y le dejan a la persona con una sola salida: el escape de la vida.

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

Aunque el suicidio puede aparecer como un problema personal y circunscrito al espacio privado exclusivamente, las cifras y las tendencias ascendentes que se observan –tanto a nivel nacional como a nivel mundial– muestran que este fenómeno acarrea una serie de consecuencias sociales. Por un lado, la adolescencia, la juventud y los jóvenes adultos son algunos de los grupos más vulnerables ante la posibilidad de cometer suicidios. Las muertes de estas personas no permiten que ellas aporten al desarrollo social y económico de la sociedad. Por otro lado, el suicidio no es un acto inevitable ni imposible de reconocer. Especialistas alrededor del mundo están de acuerdo en que las personas con tendencias suicidas conversan y notifican a sus allegados sobre este conflicto, pues esa es su forma de buscar ayuda ante una situación de ambigüedad frente a la vida. Si se logra reconocer sus síntomas –y visualizarlo como un problema de salud y seguridad pública– se pueden definir líneas de intervención (ayuda) y prevención que detengan el crecimiento de las tasas de suicidios. Este problema presenta ciertos patrones definidos que pueden ser identificados, tratados y prevenidos desde campos multidisciplinarios y que pueden ser abordados también desde la construcción de un entorno que provea apoyo y condiciones de vida cualitativas.

El suicidio presenta componentes *individuales y sociales*: uno de los primeros pensadores que estudió este tema en el siglo diecinueve y cuestionó su carácter individual versus el social, es el sociólogo francés Emilio Durkheim (1971), quien llevó a cabo uno de los primeros trabajos investigativos sobre

las influencias sociales que inciden en el suicidio y los patrones del fenómeno, basado en las tasas registradas en Europa durante la época. En este trabajo Durkheim identifica tres categorías: el *suicidio egoísta* que se produce por la desintegración social y por una pérdida de conexiones familiares promovidas por la agitada vida urbana; el *suicidio altruista* el cual se lo consuma como un acto de sacrificio por la comunidad y debido a vínculos fuertes con la sociedad; y, el *suicidio por anomia* que responde al caos social y a los cambios sociales y económicos drásticos que generan crisis en las reglas e interrumpen la estabilidad de la sociedad (Durkheim, 1971).

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

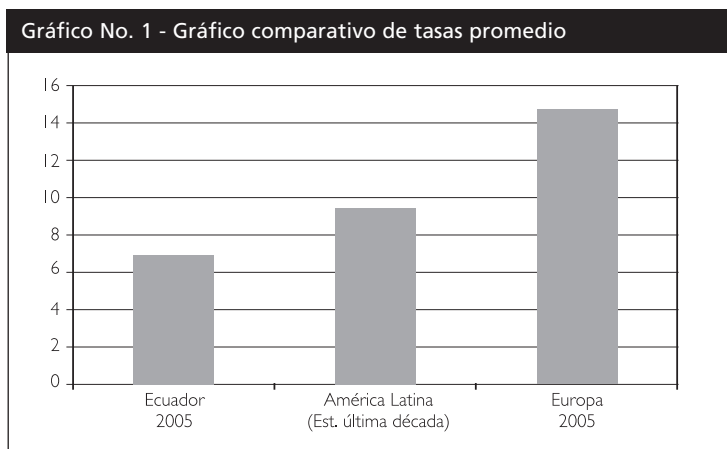
Una perspectiva global

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud- OMS, cada año aproximadamente un millón de personas se suicidan a nivel mundial. Se calculó que entre el 2000 y el 2006 cinco millones de personas murieron por este motivo; de modo que, el suicidio se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más contundentes y una de las principales causantes de muerte en algunos países, especialmente en el grupo etario de 15 a 24 años (Bertolote y Fleischmann, 2002). Según la Asociación Internacional por la

Prevención del Suicidio-IASP⁵, se estima además que el intento de suicidio es 10 a 20 veces más común que el suicidio consumado, especialmente en las jóvenes mujeres. Asimismo, en China, Suecia, Irlanda, Australia y Nueva Zelanda, el suicidio es la principal causa de muerte de adolescentes menores a los quince años.

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

Los países que más altas tasas de suicidio presentan están ubicados en el este de Europa. Por ejemplo, Lituania, la Federación Rusa, Bielorrusia y Ka-



Fuentes: INEC (2006) y OMS (2005). Elaboración: propia

zakstán, con tasas del 37.02, 29.8, 28.95 y 26.79 por cada 100.000 habitantes respectivamente (datos del año 2006); y, en menor grado países como Latvia, Hungría, Estonia y Finlandia (con tasas que oscilan entre los 17.61 y los 23.2 en el 2006). No obstante, el promedio de la tasa de suicidios (por cada 100.000 hbts.) en la región europea ha venido disminuyendo en las últimas dos décadas; así mientras en 1980 fue de 19.52, en el año 2000 fue de 18, llegando en el 2005 a 15.07.

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

El suicidio en el Ecuador

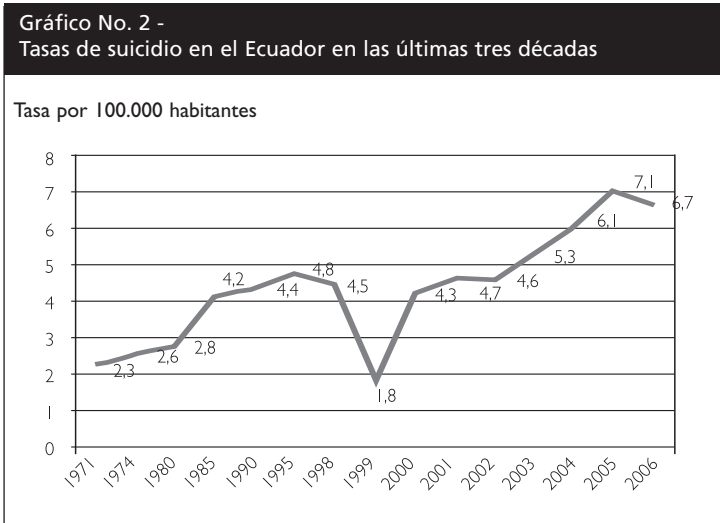
En relación con el resto del mundo el Ecuador –al igual que gran parte de América Latina– tiene una tasa de suicidios relativamente baja. De acuerdo al banco de datos de la OMS (cuya principal fuente de información es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC⁷), el país presenta una tasa de 6.1 por cada 100.000 habitantes en el 2004⁸, cifra que se sitúa muy por debajo de la tasa promedio de la región europea de 15.74 en el mismo año (ver gráfico 1); sin embargo, estadísticas más recientes del INEC muestran tasas de 7.1 para el 2005 y 6.7 para el 2006. Pese a que las tasas continúan siendo bajas respecto a otros países, llama la atención el constante incremento de los suicidios en las últimas tres décadas. En 1971, el país registraba una tasa de 2.3 que ascendió a 2.8 en 1980, la cual a mediados de esta última década había subido en más de un punto, situándose en 4.2. En los 90 las tasas de suicidio continuaron ascendiendo hasta 1999, año en que

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

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

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

Este ministerio registra los suicidios anuales a nivel nacional y provincial, y lo reconoce como un problema de salud pública; sin embargo, se basa en los datos de los centros clínicos y hospitalarios públicos, por lo que las tasas disminuyen considerablemente al no incorporar la información proveniente de centros de atención privados. La variación de tasas que presenta el ministerio desde 1994 hasta el 2007 en el reporte de *Enfermedades y eventos de notificación obligatoria sujetas a vigilancia epidemiológica*, es heterogénea y presenta varios ascensos y descensos. El nivel más alto, con 120 suicidios consumados a nivel nacional y una tasa de 1 por cada 100.000 habitantes, se da en el año 2000. Del 2005 al 2007, se percibe un descenso de tasas de 0.76 (101 casos) a 0.57 (78 casos), respectivamente. Las bajas cifras que registra



Fuente: INEC (2006). Elaboración: propia

el ministerio en relación a las del INEC muestran que existe un gran porcentaje de casos de suicidios consumados que se producen por fuera de los alcances del sistema de salud pública, lo cual debe ser tomado en cuenta al momento de diseñar políticas de seguridad ciudadana que atiendan esta problemática, no sólo desde la salud pública y a través de la atención hospitalaria, sino a través de la educación, el desarrollo humano y la calidad de vida de las personas.

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

El suicidio en las ciudades

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

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

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

Estudiando los suicidios en la ciudad de Quito

Algunas de las características más importantes que deben ser consideradas en el estudio del fenómeno del suicidio son: el comportamiento temporal, el género y la edad, los métodos utilizados para quitarse la vida, el estado civil y la ocupación –además de factores relacionados con la salud mental de los suicidas. Esta información, con sus respectivas variables, ha sido registrada desde que el Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana-OMSC

inició su funcionamiento en el año 2003, con el fin de generar conocimiento sobre las distintas problemáticas de inseguridad y violencia y sus patrones en la sociedad quiteña.

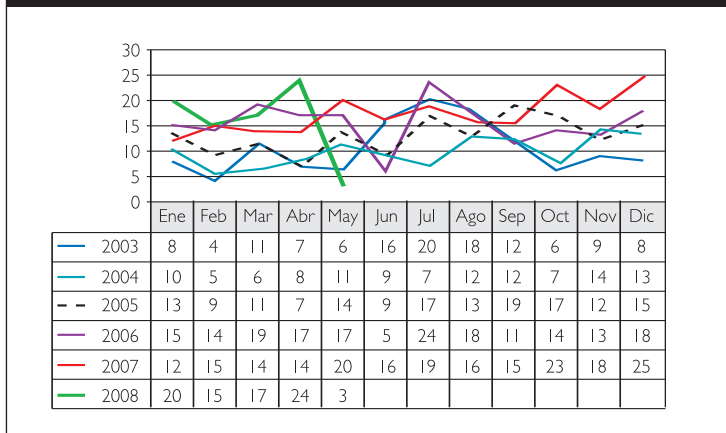
Comportamiento temporal

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

Comportamiento por género y edad

De acuerdo a la información registrada por el OMSC (ver gráfico 4), los hombres se suicidan en números más amplios que las mujeres. En el 2003, por ejemplo, los varones duplicaron al suicidio de las mujeres; en el 2005 se suicidaron 10 veces más que ellas y en el 2007 las cuadruplicaron. Es decir, entre el 2003 y 2008, los hombres han consumado la lesión autoinflingida

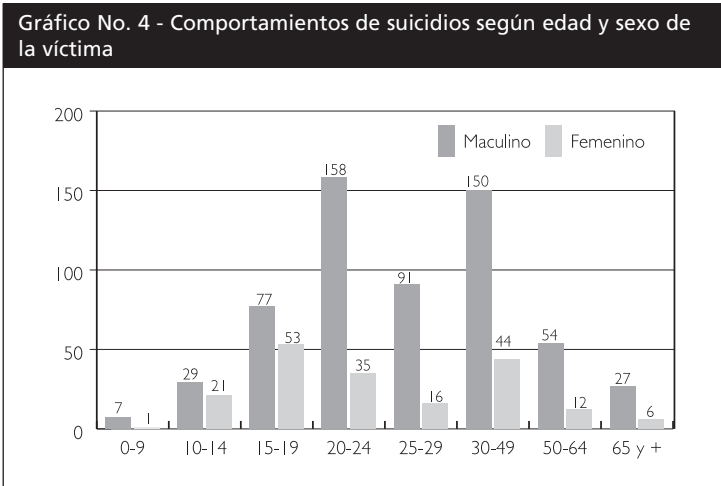
Gráfico No. 3 - Casos de suicidios por mes en el DMQ (2003-2008)



Fuente: OMSC (2008). Elaboración: Mauricio Abril

entre dos y diez veces más que las mujeres, cumpliendo con una de las tendencias que se observa a nivel internacional —la razón promedio mundial es de cuatro a uno de acuerdo a Sadock y Kaplan (2007)¹¹. Por el contrario, las mujeres intentan suicidarse alrededor de cuatro veces más que los hombres. Sus tentativas suelen ser menos exitosas que en el caso de los varones debido, parcialmente, a los métodos utilizados (esta característica será analizada más adelante).

Asimismo, se puede identificar variaciones y tendencias de acuerdo a grupos etarios específicos y según el género. En general, los grupos más vulnerables son los jóvenes estudiantes/universitarios y las personas adultas. Las jóvenes entre 15 y 19 años y las mujeres de edad media entre 30 y 49 son las más vulnerables al suicidio; en el caso del género masculino son los jóvenes adultos entre 20 y 24 años y aquellos entre 30 y 49 años de edad. Llama la atención que de los 781 suicidios registrados entre el 2003 y el 2007 en la ciudad de Quito, 194 suicidios corresponden a adultos de ambos géneros entre 30 y 49 años; 193 a los jóvenes entre 20 y 24; y que el tercer grupo más afectado por este fenómeno sea el de niños/as y adolescentes entre 10 y 19 años. Respecto a este último grupo, si bien quienes se encuentran por debajo de los quince años presentan tasas de suicidios bastante bajas, es una edad que comienza a visibilizarse en la problemática del suicidio. Aquellos



Fuente: OMSC 2008. Elaboración: Mauricio Abril

niños/as que están expuestos a violencias intrafamiliares, sexuales y/o físicas; o, que pertenecen a familias con historial de abuso de drogas, alcohol, depresión o suicidios tienden a recurrir a comportamientos suicidas y de autodestrucción (Sadock y Kaplan, 2007). Sobre este grupo se puede intervenir positiva y efectivamente, pues, como señala el sistema de información preventiva, INFORMA-T, “los niños y adolescentes con tendencias suicidas se pueden recuperar y regresar a un camino más saludable de desarrollo” (INFORMA-T, 2008)¹².

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

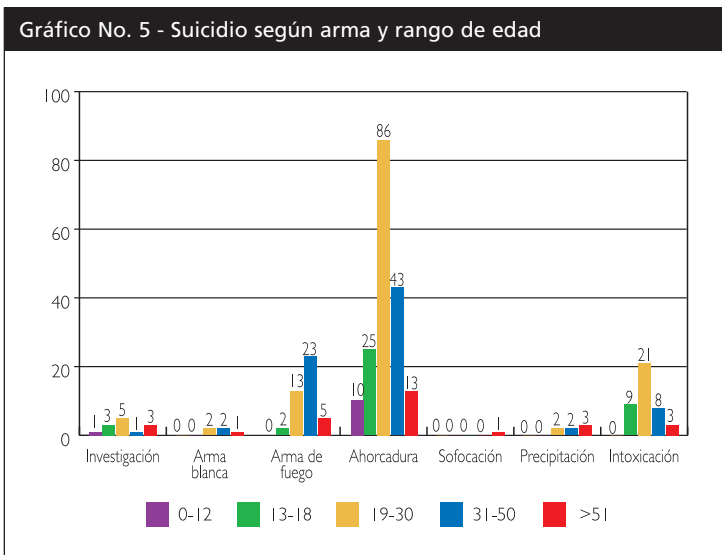
También influyen las presiones y expectativas familiares (de tipos sociales, académicos o profesionales), que pueden abrumar los/las jóvenes, quienes por impulso, optarían por el suicidio como mecanismo de escape o manejo de estrés.

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

Por otro lado, investigaciones recientes a nivel mundial han encontrado que el suicidio se vuelve más concreto conforme la edad avanza. Las personas de la tercera edad tienden a consumir este acto con un solo intento, mientras quienes son jóvenes suelen intentarlo tres veces más que ancianos/as (Sadock y Kaplan, 2007). La depresión en la tercera edad se convierte en un factor más crucial que en los grupos etarios anteriores, pues a medida que avanzan los años, las personas sufren de problemas de salud, desolación y, en muchos casos, deben retirarse y cambiar sus formas de vida drásticamente. Adicionalmente, quienes son ancianos/as resisten menos ante un intento de suicidio, por lo que generalmente estas personas logran consumarlo la primera vez que se autoinfligen. A diferencia de los países nórdicos, donde la tercera edad es la más propensa a ejecutar este acto, preocupa que en Quito y en América Latina el suicidio se ha incrementado en gran medida en niños/as, adolescentes y jóvenes, por lo que está presente en edades cada vez más cortas. De acuerdo a datos utilizados por el Departamento de Medicina Legal (citado en el artículo "Los niños también se suicidan" publicado por el Diario El Hoy el 12 de marzo del 2006), entre el 7% y el 14% de los menores a los 16 años en América Latina han intentado suicidarse al menos una vez. Este factor requiere de especial atención al comportamiento de los menores de edad.

Métodos utilizados

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



Fuente: OMSC 2008. Elaboración: Mauricio Abril

Es importante notar que de acuerdo a investigaciones realizadas por la OMS y la IASP, las muertes y lesiones auto-inflingidas y accidentales por intoxicación

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

Respecto a la utilización de métodos según el género, se ha encontrado que los hombres escogen suicidarse a través de formas más letales como es el uso de armas, el ahorcamiento o la precipitación. Esta característica puede ayudar a explicar por qué los hombres consuman más suicidios que las mujeres. En el caso de las segundas, los métodos predilectos son la intoxicación con sustancias químicas o el envenenamiento, las cuales demoran en provocar la muerte y permiten que se identifique la intoxicación y se interrumpa el proceso suicida. Adicionalmente, si bien el alcohol y las drogas no provocan directamente este acto, sí inciden en el comportamiento de las personas que se autoinflinjen, ya sea deprimiendo las funciones mentales superiores como aflorando estados emocionales reprimidos, lo cual acelera el impulso y los deseos suicidas.

Estado Civil

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

Ocupación

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

Conclusiones, reflexiones y sugerencias

El suicidio en el Ecuador es un problema complejo, si bien tiene que ver con los desbalances mentales e individuales de cada persona, estos se relacionan e intensifican con factores sociales (expectativas y presiones familiares/sociales e insatisfacción de vida de las personas en una sociedad). Como se ha visto en el desarrollo de este artículo, este fenómeno registra un crecimiento sostenido y progresivo en el país. Sin embargo, es un problema desconocido y malentendido en nuestro medio debido a la falta de reconocimiento e investigación, y a la ausencia de centros públicos adecuados que presten servicios para la prevención del problema.

El suicidio es un fenómeno que se produce principalmente en las ciudades, y que debe ser abordado desde la seguridad ciudadana, por ser un problema asociado con el bienestar de la ciudadanía. Los suicidios aumentan en épocas del año con más presiones familiares y sociales: julio por ser el fin del año académico y diciembre por ser un mes de feriados, celebraciones, consumismo y alcohol. Los grupos más vulnerables son hombres jóvenes adultos y solteros (30-49 años), y también adolescentes hasta los 19 años. Los métodos preferidos son el ahorcamiento y las armas de fuego (métodos

inmediatos), así como el envenenamiento que da lugar a la intervención. Las mujeres ingieren venenos de animales –de fácil acceso– y en diciembre (mes depresivógeno) es cuando se registran altos números de muertes por intoxicación de fósforo blanco. El suicidio produce pérdidas de vidas, talentos, contribuciones sociales y económicas; provoca además sufrimiento en la familia y en las personas que rodean a la víctima. De igual manera, el intento de suicidio causa pérdidas económicas en la sociedad, tanto por los costos de hospitalización como por las pérdidas de productividad creativa, intelectual y económica mientras las víctimas se recuperan del incidente.

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

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

La prevención del suicidio no tiene que ver solamente con el tratamiento del individuo si no también con el entorno en el que éste se desenvuelve. Es así que es muy importante desarrollar e implementar estrategias que reduzcan el estigma del suicidio –ligado a desórdenes mentales– en la sociedad, y que permitan a las personas acceder al apoyo y guía necesarios. Así también, es importante desarrollar estrategias integrales para mejorar la calidad de vida y la experiencia de las personas en su ciudad u otro ámbito de residencia. Algunas formas de intervenir el entorno urbano es implementando espacios de recreación para los infantes; espacios de diálogo para la juventud; espacios de oportunidades de crecimiento personal y laboral para adultos y espacios de acompañamiento y cuidado para las personas de la tercera edad. Una mejor calidad de vida y satisfacción en los ámbitos familiares, afectivos, económicos y sociales contribuyen a la prevención de comportamientos de autoeliminación.

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

Fuentes bibliográficas:

- Bertolote, José Manuel y Alexandra Fleischmann (2002). “A global perspective in the epidemiology of suicide”. Disponible en: <http://www.iasp.info/pdf/papers/Bertolote.pdf> (consulta: junio 2008).
- Diario Hoy (2006a). “Los niños también se suicidan”. Diario Hoy: Quito (marzo 12) Disponible en: <http://www.explored.com.ec/infodat/texto-final.asp?229169&texto=suicidios>
- (2006b). “Suicidios en fin de año por 25 ctvs.” Diario Hoy: Quito (diciembre 13).
- Durkheim, Emilio (1971). *El Suicidio*. Schapire: Buenos Aires .
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2006). *Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*. INEC: Quito.

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

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

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

Notas:

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