



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente

ORietta Echávarri
María de la Paz Maino
Ronit Fischman
Susana Morales
Jorge Barros
Facultad de Medicina



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 10 / N° 79 / junio 2015
ISSN 0718-9745

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente

Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente

ORIETTA ECHÁVARRI
MARÍA DE LA PAZ MAINO
RONIT FISCHMAN
SUSANA MORALES
JORGE BARROS
Facultad de Medicina

Introducción¹

La medicina ha experimentado notables progresos en las últimas décadas lo que ha permitido disminuir considerablemente las tasas de mortalidad, mientras la expectativa de vida de las personas se ha duplicado en menos de cien años. Sin embargo, las tasas de suicidio continúan en aumento. Es tal la cantidad de personas afectadas cada año que el suicidio se ha convertido en un grave problema de salud pública en todo el mundo.

En 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió intento de suicidio como: “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, con un grado variable en la intención de morir y en el conocimiento del verdadero móvil”. Otros autores lo definen como el acto humano que busca causar el término de la propia vida (García de Jalón & Peralta, 2004). Actualmente se considera que el suicida pretende acabar con el sufrimiento y agobio psíquico más que con la propia vida (Martínez, 2008). Se habla de una ‘gradiente de suicidalidad’ que comienza con ideas de morir, luego con la planificación de alguna forma de atentar contra la propia vida y finalmente con el intento de suicidio y el suicidio consumado.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), el suicidio aparece dentro de las causas exter-

nas de morbilidad y mortalidad como lesiones autoinfligidas intencionalmente (Ministerio de Salud, 2013a) y en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association (APA), 2000), el suicidio se considera como un síntoma observable en diversos trastornos mentales.

En el presente artículo se analiza y discute sobre la realidad del suicidio en Chile y acerca de las propuestas que está desarrollando el Ministerio de Salud (Minsal) para enfrentarlo, principalmente a través del Programa Nacional de Prevención del Suicidio publicado el año 2013.

Contextualización y prevalencia del suicidio en Chile y en el mundo

A nivel mundial las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en los últimos 45 años. Actualmente casi un millón de personas mueren al año por esta causa, lo que supone una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes. Esto equivale a que una persona se suicida cada 40 segundos en algún lugar del planeta. En personas entre 15 y 44 años el suicidio es una de las tres primeras causas de defunción, y es la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que del total de sui-

¹ El borrador de este documento fue presentado en un seminario realizado el 14 de abril de 2015 en el que participaron como panelistas el Dr. Tomás Baader, académico del Instituto de Neurociencias Clínicas de la Universidad Austral; Irma Rojas, asesora del Departamento de Salud del Ministerio de Salud; el Dr. Alejandro Gómez, director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur de la Universidad de Chile; y que fue moderado por el Dr. Alvaro Jeria, académico de la Facultad de Medicina UC, quienes entregaron valiosos comentarios.

cidios consumados anualmente 250.000 corresponden a menores de 25 años (OMS, 2012).

Estas cifras no incluyen los intentos de suicidio que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Se calcula que el riesgo de muerte entre quienes llevan a cabo un intento de suicidio es 100 veces superior al de la población general, y entre el 10% a 15% de quienes han intentado suicidarse fallecen por esta conducta. De estos, el 2% lo hace en el año siguiente del intento previo (OMS, 2009). Por lo tanto, este subgrupo se encuentra particularmente en riesgo de realizar un intento de suicidio durante los 12 meses siguientes de haber estado en contacto con algún servicio de atención de salud mental, especialmente durante el primer mes post alta psiquiátrica (Appleby et al, 1999; Baader et al, 2004). Existen estudios que muestran que más del 83% de quienes cometen suicidio había contactado a un médico de atención primaria dentro del año de su muerte y sobre el 66% dentro del último mes (Luoma, Martin & Pearson, 2002). Además, a partir de autopsias psicológicas de personas que han cometido suicidio, se revela que el 80% de los casos habían dado señales o insinuaciones de lo que iban a hacer (Bobes et al, 2011; Horowitz et al, 2012).

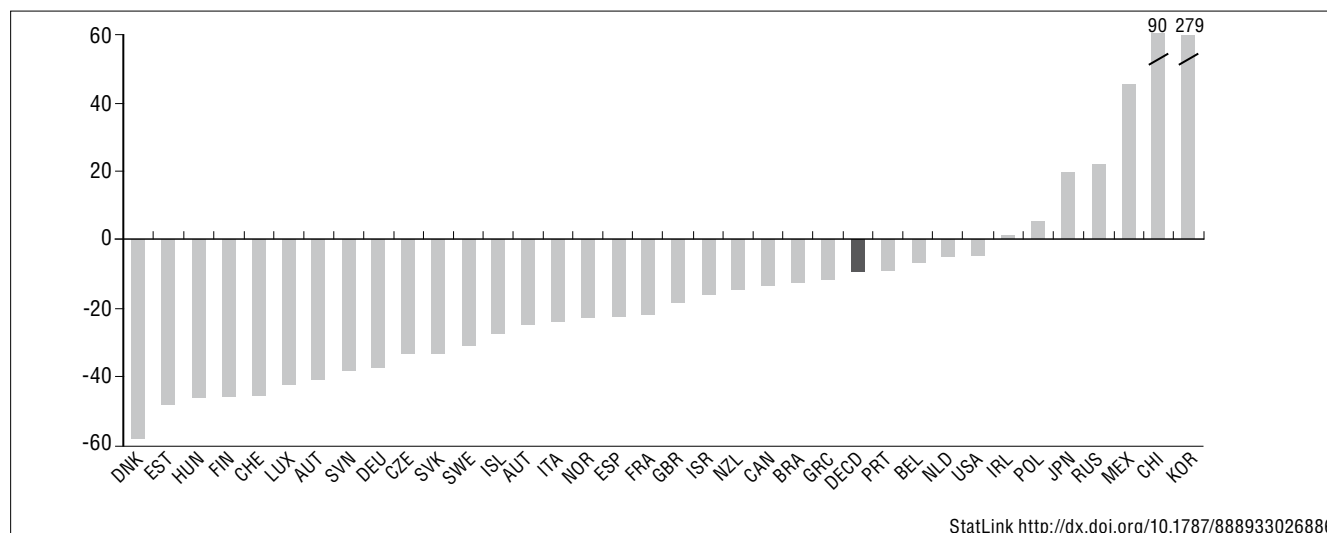
Es tal la magnitud de este problema que en el año 2001 la cantidad de muertes registradas por suicidio superó la cantidad de muertes por homicidio y por guerras. Para

el año 2020 se estima que 1,5 millones de personas se suicidarán (OMS, 2004).

Según el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en los países miembro desde 1990 las tasas de suicidio han decrecido en promedio en un 20%. Sin embargo, contrario a esta tendencia, en Chile las tasas continúan en aumento, alcanzando un crecimiento de 90% entre los años 1990 y 2011 (ver Gráfico 1). Esto corresponde al segundo lugar en crecimiento de las tasas de suicidio después de Corea (OCDE, 2014)².

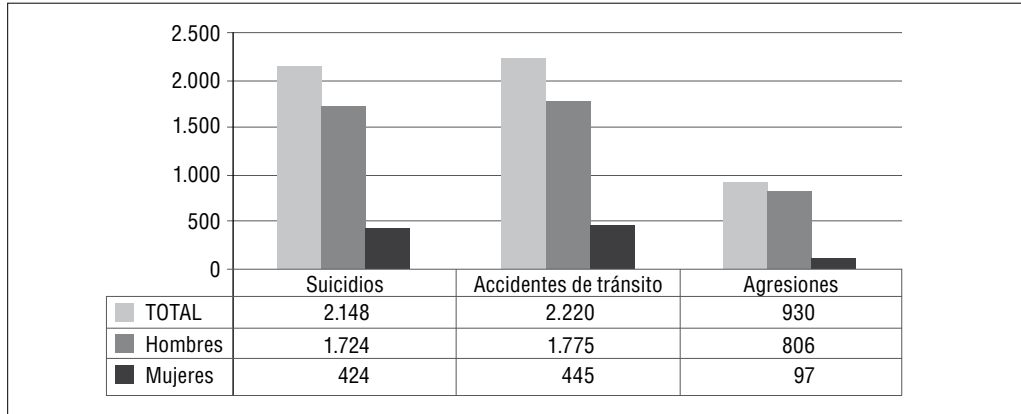
Así, Chile se encuentra entre los países miembros de la OCDE con mayores tasas de suicidio: pasó de estar en el lugar 17, con una tasa de 11 muertes por cada 100.000 habitantes, en el informe de 2011 (OCDE, 2011), a ubicarse en el lugar 13 con una tasa de 13,3 por 100.000 habitantes en el informe de 2013 (OCDE, 2013). Esto se traduce en que a nivel nacional mueren por suicidio entre 5 a 6 personas al día, lo que representa cerca del 2% del total de muertes (Minsal, 2011). En relación a las muertes no naturales más frecuentes, el suicidio es comparable con las muertes por accidentes de tránsito. Al respecto, la OMS reporta para el año 2009 en Chile 2.148 muertes por suicidio y 2.220 muertes por accidentes de tránsito. En el Gráfico 2 se detalla la comparación por sexo, donde llama la atención la similitud en la distribución entre hombres y mujeres en ambas causas (OMS, 2014).

Gráfico 1. Cambio en las tasas de suicidio, por porcentaje, entre 1990 - 2011, OCDE



Fuente: OCDE, 2014.

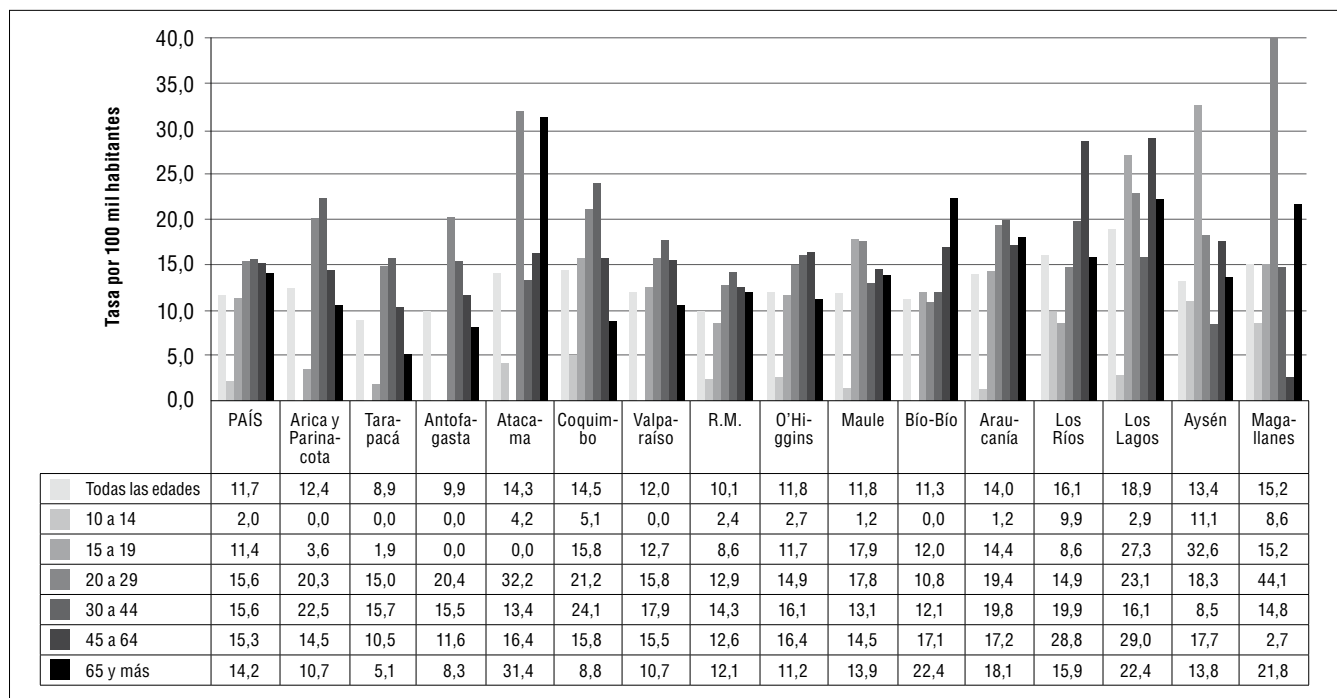
2 Cabe mencionar que en el año 2000 en Chile se produjo un brusco aumento en las tasas observadas, lo que puede explicarse, en parte, por el cambio en el sistema de registro.

Gráfico 2. **Distribución de número de muertes por suicidio, accidentes de tránsito y agresiones, según sexo, en Chile, 2009**

Fuente: elaboración propia a partir de la información provista por WHO Mortality Database³.

A nivel mundial se observa que la tasa de mortalidad por suicidio es cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres. En Chile se replica esta tendencia: la tasa en mujeres es de 4,1 por 100.000 y en hombres llega a 18,5 por 100.000 (OCDE, 2011). Sin embargo, las mujeres realizan hasta tres veces más intentos suicidas que los hombres (Minsal, 2011). En Chile, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) señala que el grupo de 12 a 24 años pre-

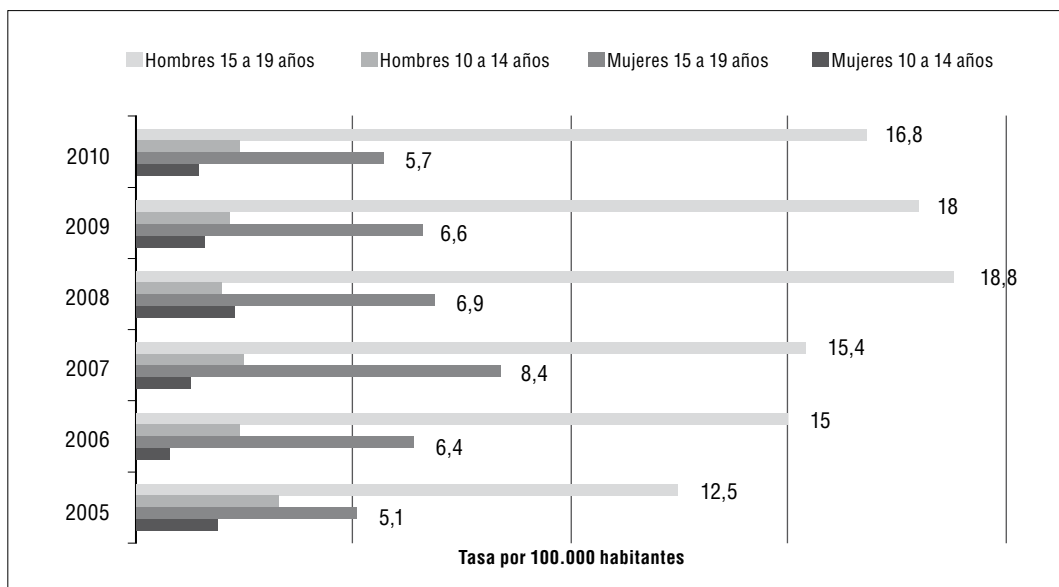
senta como primera causa de muerte las causas externas como accidentes, suicidios y violencia interpersonal (Minsal, 2013c). En el Gráfico 3 se presenta la distribución de las tasas de suicidio en Chile de acuerdo a grupos de edad y región. Como se puede observar, destacan las altas tasas en el rango etario de 20-29 años en todas las regiones y el brusco aumento del suicidio en el rango entre los 15-19 años en las regiones de Los Lagos y Aysén.

Gráfico 3. **Tasa de mortalidad por suicidio, según grupo de edad y región, en Chile, 2010**

Fuente: Ministerio de Salud, 2013.

3 Disponible en: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>

Gráfico 4. Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes, según sexo, en Chile, 2005-2010



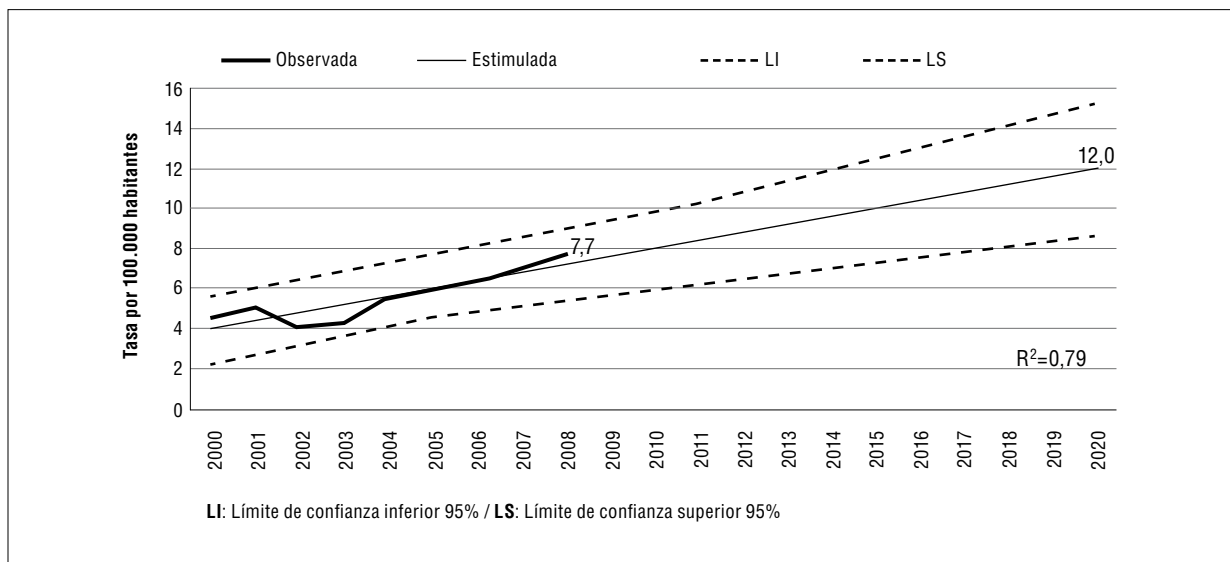
Fuente: elaboración propia a partir de la información provista por el Ministerio de Salud, 2013.

Chile duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica y el Caribe (Silva et al, 2013). En el Gráfico 4 se aprecia la distribución de las tasas de suicidio en adolescentes entre los años 2005 y 2010.

Para el año 2009 la tasa de suicidios en adolescentes de 10 a 19 años fue de 7 por 100.000 y se espera que para

el 2020 llegue a 12 por cada 100.000 habitantes (ver Gráfico 5). Debido a esta situación, el Minsal se ha propuesto para la década 2011-2020 “disminuir en un 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años”. Es decir, la meta de impacto esperada al año 2020 es de 10,2 por 100.000 adolescentes (Minsal, 2011).

Gráfico 5. Tasa de mortalidad por suicidio en población 10-19 años, observada 2000-2008 y estimada 2010-2020



Fuente: Ministerio de Salud, 2013.

Estas cifras tendrían relación con el considerable aumento en conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, tales como conducta sexual riesgosa, consumo problemático de drogas, alcohol, tabaco, alimentación poco saludable, sedentarismo y estados depresivos (Minsal, 2013c; OCDE, 2011). Estas conductas afectan de manera importante a los adolescentes y jóvenes, y tienen consecuencias desfavorables para su desarrollo físico y emocional, pudiendo constituirse también en causa de discapacidad o muerte prematura. La situación descrita lleva a anticipar un aumento en los años de vida perdidos por discapacidad y en la carga de enfermedad en los adultos de los próximos años debido a las muertes prematuras y a la alta prevalencia de enfermedades mentales asociadas al suicidio (Minsal, 2011). Es así como el suicidio adolescente se constituye como un importante problema de salud pública, no solo por la cantidad de personas afectadas cada año, sino también desde un punto de vista productivo y económico.

Factores de riesgo suicida y factores protectores

La población con diagnóstico psiquiátrico presenta un riesgo de suicidio entre 6 y 20 veces mayor que la población general, estimándose que el 90% de los casos de suicidios consumados está asociado a algún tipo de enfermedad mental. A su vez, un 80% de estos casos estaría relacionado con trastornos depresivos (Blumental, 1988). La OMS señala que para el año 2020 la depresión se convertirá en la segunda causa mundial de discapacidad. En Chile, la prevalencia de depresión es del 17,2% de la población general mayor de 15 años (Minsal, 2013b). La depresión y el intento de suicidio previo se consideran los predictores más robustos asociados al suicidio consumado (Appleby et al, 1999; Baader et al, 2004). Además de la depresión, existen otros trastornos psiquiátricos altamente asociados al suicidio: trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno por abuso de sustancias y trastorno de personalidad límite. Para todos los cuadros psiquiátricos el riesgo suicida aumenta: (a) si existe comorbilidad, especialmente con cuadros depresivos y/o abuso de alcohol u otras sustancias (el abuso de alcohol es tanto un factor de riesgo como un precipitante de conductas suicidas); (b) ante las recaídas y el deterioro social y laboral como consecuencia de la enfermedad; y (c) si no se recibe el tratamiento adecuado o falla la adherencia al tratamiento.

Aunque padecer una enfermedad psiquiátrica aumenta el riesgo de cometer suicidio, la mayoría de las personas que sufren algún trastorno mental no intentan suicidar-

se y no morirán por suicidio. Dependiendo del cuadro clínico, mueren por suicidio hasta un 15% de las personas que presentan un diagnóstico psiquiátrico.

Otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de cometer suicidio son: ser hombre, soltero, divorciado, viudo o vivir solo. Tener acceso a medios letales para atentar contra la propia vida. Presentar antecedentes de enfermedad psiquiátrica en la familia, especialmente con conductas suicidas. Padecer una enfermedad crónica dolorosa o discapacitante que signifique mal pronóstico. Tener un bajo nivel de integración y participación social. También la pérdida del empleo, el divorcio o el paso a la jubilación son ejemplos de cambios bruscos en el rol social y riesgo de mayor aislamiento que aumentan la probabilidad de suicidarse. Haber sido víctima de eventos traumáticos, de abandono o negligencia en los cuidados parentales, de maltrato, abuso físico, psíquico y/o sexual en la infancia. Sufrir acontecimientos que conducen al estigma, a la humillación o a la vergüenza (esto es particularmente relevante en adolescentes víctimas de situaciones de abuso y violencia en el entorno escolar) (Tapia, Vohringer & Ornstein, 2010).

En el área de la personalidad, se han asociado con el riesgo suicida: una alta reactividad emocional, dificultad para manejar altos niveles de angustia y malestar emocional, impulsividad, y problemas para manejar situaciones adversas y generar soluciones adaptativas. En el mismo sentido, el manejo disfuncional de la agresión, una autoestima disminuida y sentimientos de desesperanza e incompetencia son factores de riesgo para la conducta suicida. Por otra parte, la capacidad reflexiva, que permite comprenderse a sí mismo y a los otros, y otorga sentido a las acciones de los demás, constituye un factor protector del riesgo suicida (Fonagy & Target, 1997).

La mayoría de las personas que realizan una conducta suicida han vivido situaciones estresantes en los últimos meses —a nivel interpersonal, laboral, académico o financiero— que aumentan el riesgo. Es así como un estilo de vida en que es frecuente la sobrecarga y el estrés contribuye al riesgo suicida. Muy frecuentemente el desencadenante de una conducta suicida es un quiebre o pérdida de un ser querido, especialmente una pareja (Taylor et al. 2012). Así, relaciones familiares e interpersonales disfuncionales u hostiles acrecientan el riesgo. Las características del funcionamiento familiar asociadas al riesgo suicida son: peleas constantes, límites excesivamente rígidos, laxos o inexistentes, bajos niveles de cohesión y distancia emocional, apoyo disminuido frente a las adversidades y la solución de problemas, y bajo nivel

de escolaridad en ambos padres (Pavez et al. 2009). Por el contrario, se ha observado que relaciones familiares y sociales satisfactorias y de calidad, así como los cuidados parentales suficientemente buenos, constituyen un importante factor protector (Morales et al. 2014).

Si bien se conocen todos estos factores asociados al riesgo de suicidio, los esfuerzos por predecir esta conducta han sido infructuosos. Esto se relaciona con la naturaleza compleja y multifactorial del comportamiento suicida, en el cual diversos factores interactúan entre sí –influyéndose recíprocamente– y adquiriendo una relevancia particular para cada persona (García de Jalón & Peralta, 2004; OCDE, 2013). En este contexto de baja capacidad predictiva, sí podemos pensar en acciones preventivas y de intervención.

Prevención del suicidio en Chile y el mundo

Actualmente existe consenso a nivel mundial en torno a cuáles debieran ser las medidas de prevención del suicidio a nivel de políticas públicas. Distintos organismos de salud han establecido criterios y sugerencias en relación a la pesquisa e intervención oportuna en este problema. En 2012 la Organización Mundial de la Salud publicó para el Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE) una serie de instrumentos de referencia específicos para los distintos actores que intervienen y niveles de intervención: médicos generalistas, trabajadores de atención primaria de salud, profesionales de los medios de comunicación, docentes y personal institucional, policías, bomberos y otros socorristas de primera línea, en cárceles y prisiones, recursos para consejeros, en el trabajo, y sobre cómo establecer un grupo de sobrevivientes. A su vez, se destacan iniciativas desarrolladas por distintos países como España, Inglaterra, Australia y Nueva Zelanda, entre otros, en cuanto a su nivel de organización y estructuración del material, disponible para todos en la web.

En Chile, en el año 2005 se incorporó la esquizofrenia dentro de las patologías del sistema GES (Garantías Explícitas en Salud), en 2006 se incluyó la depresión y en los años siguientes se han agregado otros trastornos mentales altamente asociados con el suicidio –trastorno por abuso de alcohol y otras sustancias y trastorno bipolar–, logrando aumentar la cobertura en el tratamiento de estos cuadros clínicos. El Minsal también ha incrementado la red de dispositivos de atención en salud mental y psiquiatría: (a) atención de los trastornos mentales de baja a mediana complejidad en los establecimientos de atención primaria; (b) equipos de especia-

lidad ambulatoria instalados lo más cerca del domicilio de las personas y trabajando con el enfoque de salud mental comunitaria y familiar; y (c) creación de hospitales diurnos y servicios de hospitalización psiquiátrica de corta estadía en hospitales generales. No obstante, estos esfuerzos no han sido suficientes para detener el aumento en las tasas de crecimiento del suicidio en nuestro país (Minsal, 2011).

En 2013, en el contexto del objetivo sanitario de “fomentar las competencias en la población para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables”, se publicó el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, que incluye las orientaciones entregadas a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y tiene el propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio en ambos sexos.

Los objetivos de este Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) son: (a) involucrar a los distintos sectores sociales y a la comunidad en la prevención del suicidio, (b) contribuir al logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, y (c) instalar en cada Seremi de Salud los seis componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del suicidio. Con este objeto se establecieron cuatro estrategias: (1) trabajo intersectorial, (2) detección de casos de riesgo, (3) cobertura y calidad de la atención, y (4) vigilancia epidemiológica.

Los seis componentes propuestos para la prevención del suicidio son:

1. **Instalación de un Sistema de Estudio de Casos.** Se busca contar con un registro que incorpore antecedentes relevantes para la comprensión del fenómeno suicida que permita la definición de estrategias locales de intervención en cada región. Para esto se propone desarrollar un sistema a nivel de los servicios de urgencias para recoger la información de manera cercana a cada evento. Incluiría la recopilación de información tanto de los suicidios consumados como de los intentos de suicidio que ocurren en cada región.
2. **Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio.** Cada Seremi deberá desarrollar estrategias para sensibilizar y movilizar al mayor número posible de sectores –educación, trabajo, salud, deportes y recreación, Intendencia, Senama, Sename, Senda, Sernam, Justicia, PDI, Carabineros, Ministerio de Desarrollo Social–, comprometiéndolos para crear una mesa regional donde se diseñe, elabore, ejecute y evalúe el Plan Regional Intersec-

torial de Prevención del Suicidio, nutriéndose de la información generada por el Sistema de Estudio de Casos. Las estrategias de intervención deben incluir acciones orientadas a: restringir el acceso a medios letales, valorización de la búsqueda de ayuda, fortalecer las capacidades organizativas y de autoayuda de la comunidad, y potenciar en la conciencia pública la noción que el suicidio es prevenible.

3. **Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud.** La SEREMI de Salud debe coordinarse con el o los Servicios de Salud de su territorio a fin de favorecer el desarrollo de cursos y talleres de capacitación en la temática de acuerdo a las orientaciones del Minsal. Del mismo modo, debe difundir las normas y orientaciones técnicas existentes, y facilitar la elaboración de protocolos de derivación y de atención, así como de instrumentos de detección. En una primera etapa se sugiere que los esfuerzos estén orientados a los profesionales del nivel primario de atención y de los servicios de urgencia, tanto públicos como privados. También se debe coordinar con los organismos formadores de profesionales del área de la salud para que incluyan estas materias en las mallas curriculares.
4. **Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales.** Estos deben centrarse en el fortalecimiento de los factores protectores propios del medio escolar, tales como: expresión de emociones, autoestima, desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, manejo de crisis, y prevención de la intimidación o violencia en el centro educativo. Además incluye el fortalecimiento de la salud mental de los docentes y miembros del equipo institucional, y la capacitación de docentes, profesores, padres y apoderados para detectar y manejar los casos en riesgo.
5. **Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis.** Se debe implementar en cada región un sistema que incluya al menos: una línea telefónica de ayuda, una página de ayuda en internet y un programa de intervención en crisis en cada servicio de salud. El programa podrá ser implementado en los servicios o unidades de salud mental, psiquiatría y urgencias de los establecimientos públicos y privados. Debe incluir el seguimiento de las personas que han realizado intentos de suicidio, así como el apoyo y seguimiento de la familia en los casos de suicidio consumado.

6. **Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio.** Se contempla el diseño de un plan comunicacional centrado en sensibilizar, capacitar y apoyar a los medios de comunicación para una correcta cobertura mediática y fomentar un rol activo en la prevención del suicidio.

Además, el PNPS propone la Formación de *Gatekeepers* o Facilitadores Comunitarios, quienes al mismo tiempo son parte de las estrategias recomendadas en el Plan de Acción del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, también vinculadas con los objetivos sanitarios de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Serían personas de la misma comunidad entrenadas para detectar a las personas en riesgo de depresión y suicidio, entregar orientación y derivar a la red de atención. Por ejemplo: carabineros, bomberos, inspectores de colegios, sacerdotes, comerciantes y líderes de juntas vecinales.

Así también, en el contexto del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, se incluye el “Control del Joven Sano” que busca tanto evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo de los jóvenes, como identificar precozmente los factores protectores y de riesgo en la salud. Este programa tiene el propósito de ampliar la cobertura e intervenir en forma oportuna e integral, con un enfoque preventivo y participativo. Explícitamente contempla la prevención del suicidio a través de estrategias como la aplicación de la escala Okasha, que mide ideación suicida e intento suicida previo (Salvo et al. 2009), a todos los jóvenes y la capacitación de profesionales de atención primaria y facilitadores comunitarios para la detección temprana de depresión y señales de riesgo suicida (Minsal, 2012).

Implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS)

La implementación de este programa se propone avanzar gradualmente, estimándose un plazo de 3 a 4 años para tener todos los componentes instalados a nivel nacional. Se espera obtener resultados a partir del 5° año de implementación, y al mismo tiempo, comenzar a lograr una inflexión negativa en la curva de ascenso de la tasa de mortalidad por suicidios durante los dos primeros años.

A la fecha, la puesta en marcha del PNPS incluye seis regiones –Antofagasta, Coquimbo, O’Higgins, Arauca-

nía, Los Ríos y Aysén—. Para el año 2015 se cuenta con un presupuesto de \$665.546.000 pesos, destinados a una población potencial de 242.000 personas en riesgo de cometer suicidio, esperándose lograr una cobertura del 27,9%. Al respecto, el Minsal se ha propuesto las siguientes metas para el 2015:

- Implementar en seis SEREMI(s) el sistema de vigilancia, el programa regional intersectorial y el sistema de ayuda en crisis.
- Implementar el programa de prevención del suicidio en 18 establecimientos escolares.
- Capacitar 690 profesionales en detección y manejo del riesgo suicida en atención primaria de salud y en servicios de urgencia.
- Capacitar a 18 medios de comunicación en su rol en la prevención del suicidio. (Minsal, 2015).

Discusión y propuestas para la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio

Los antecedentes expuestos muestran tanto la complejidad como la magnitud y gravedad del problema del suicidio en Chile. Si bien conocemos diversos factores asociados a la conducta suicida, la capacidad de predecir la inminencia de esta conducta es muy baja (Appleby et al. 1999) y sigue siendo un gran desafío para los profesionales que se ocupan de su tratamiento. Pese a estas dificultades, existe consenso que es posible llevar a cabo acciones orientadas a su prevención.

El PNPS propuesto por el Minsal incorpora la multicausalidad del fenómeno y se plantea desde un enfoque comunitario. Esto significa orientar los recursos al ambiente en que las personas se desenvuelven. Se destaca que considera las diferentes dimensiones humanas involucradas y promueve la coordinación intersectorial con el objeto de aunar los esfuerzos de los distintos estamentos y niveles, logrando así mayor eficiencia. Los objetivos del programa nos parecen apropiados y acordes a metas de alto estándar. Sin embargo, su implementación exige un alto grado de coordinación y tomando en cuenta la realidad chilena actual, nos parece que existe una distancia muy grande entre lo esperado de acuerdo al programa y la situación real de los servicios de salud. Por ejemplo, en el control del joven sano, al detectar un adolescente en riesgo de depresión y suicidio, y derivarlo al programa de salud mental correspondiente, no es posible entregarle la atención necesaria, ya que habitualmente están sobrepasados por la demanda. Lo mismo ocurre desde

la atención primaria cuando se deriva a servicios de urgencia u hospitalización, ya que gran parte de las veces el paciente “rebota” por falta de especialista o camas disponibles. También es frecuente que no se pueda hacer una intervención médica y psicológica, como indica la guía GES, por falta de psiquiatras y médicos capacitados en salud mental y riesgo suicida. Muchas veces el paciente en riesgo suicida está siendo tratado únicamente por un profesional –psicólogo, asistente social, enfermera o matrona–, sin formación especializada, sin trabajo en equipo, sin tratamiento farmacológico adecuado y sin poder citar al paciente con la frecuencia indicada.

Según el informe de salud mental publicado en 2014, “los centros de salud mental comunitarios aún están muy distantes de cumplir con la norma técnica de uno por cada 40.000 beneficiarios y de disponer de la cantidad de recursos humanos que requieren para su funcionamiento” (Minoletti et al. 2014).

Es por esto que se hace necesario establecer una jerarquía de prioridades para dar curso a la implementación del PNPS. A continuación proponemos una serie de sugerencias considerando la gravedad del problema, la cantidad de medidas que se deben tomar y la limitación de recursos. El objetivo principal es la contención de la crisis, es decir, contribuir a detener o disminuir el crecimiento sostenido de las tasas de suicidio en nuestro país. En esta jerarquía es importante dar preferencia a aquellas medidas que tengan un impacto directo en la realidad de las personas, y progresivamente incorporar aquellas medidas de efectividad a más largo plazo.

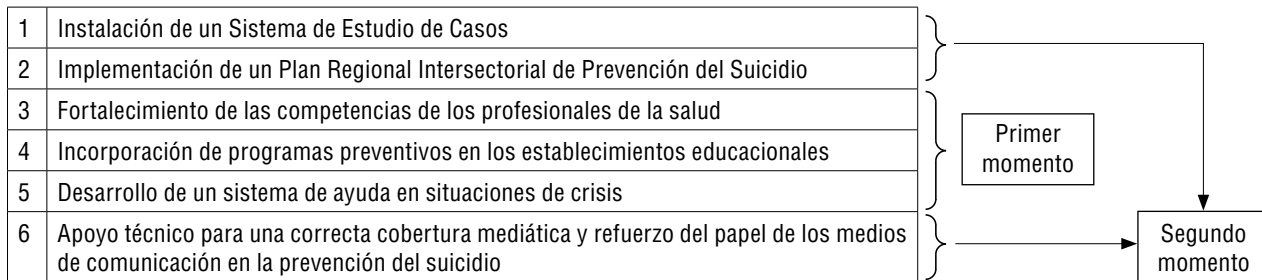
En un primer momento es necesario **destinar una importante contribución de recursos al reforzamiento de la red asistencial**, específicamente en capital humano e infraestructura (componentes 3, 4 y 5 del programa), y en un segundo momento enfocarse en la implementación de los dispositivos orientados a la prevención del riesgo suicida (componentes 1, 2 y 6) (ver Figura 1).

Propuestas de priorización en diferentes ámbitos

1. Trabajo en red

Para lograr una adecuada implementación del PNPS, proponemos nombrar un responsable en cada SEREMI de salud a cargo de gestionar y supervisar el cumplimiento de los requerimientos establecidos por el programa. Entre sus labores se debieran encontrar: (a) promover la coordinación entre los distintos sectores, y la dirección de la mesa regional intersectorial para la toma

Figura 1. Componentes del Programa de Prevención del Suicidio (PNPS) y propuesta de priorización



de medidas y análisis de las estadísticas proporcionadas por el sistema de registro de casos, y (b) la coordinación con los organismos de formación para generar cursos de capacitación y la incorporación de contenidos orientados a la prevención, detección y abordaje del riesgo suicida en las mallas curriculares de las carreras asociadas al tratamiento del riesgo suicida.

Sugerimos nombrar un responsable en cada Servicio de Salud, encargado de promover la difusión de material relativo al tema (guías, manuales, protocolos, etc.) a través de la creación de una plataforma virtual que a su vez promueva la discusión e intercambio entre profesionales, la actualización de conocimientos y el desarrollo de espacios de encuentro entre los profesionales de la salud y la comunidad. Esta propuesta tiene un bajo costo, un alto impacto en la socialización del material ya desarrollado por el Minsal, y fomenta el trabajo en red.

2. Sistemas de registro, servicios de salud mental y falta de especialistas

En palabras del Ministerio de Salud (Minoletti et al. 2014), “en la actualidad no se cuenta con información sobre las personas que realizan intentos de suicidio, ni de quienes se suicidan. Aquellas personas que llegan a los servicios de urgencia por intento de suicidio son atendidas en cuanto al riesgo vital y luego dadas de alta sin seguimiento ni derivación a salud mental, y sin quedar registro alguno de la causa de ingreso”. Por lo tanto, en Chile las cifras oficiales de muertes por suicidio solo dan cuenta de aquellos casos que llegan a consumarse, y que se notifican como tales, y no por otras causas de mortalidad.

Para la prevención del suicidio es fundamental contar con información fidedigna y actualizada acerca de las características y factores asociados a cada persona que realiza un intento de suicidio o suicidio consumado (Jacobson et al. 2007). La calidad de los registros mejora si se cuenta con evaluadores especializados en autopsia psicológica, independientes de quienes cumplen labores asistenciales

en los servicios de urgencia. A su vez, es necesario que estos evaluadores estén coordinados con el Servicio Médico Legal y con los servicios de urgencia para tener acceso oportuno, tanto a los casos de suicidio consumado como de intento de suicidio, respectivamente. En este punto resulta necesario que exista un marco legal que regule la obligación de notificar los intentos de suicidios.

Es así como los servicios de emergencias y de atención primaria son los puntos críticos de intervención que pueden identificar a las personas con problemas de salud mental y/o conducta autodestructiva que está en riesgo suicida (New Zeland Suicide Prevention Action Plan 2013-2016).

Al revisar los informes de la OMS, se puede constatar que la información respecto a los servicios de salud mental en Chile está incompleta, ya que faltan datos respecto a la disponibilidad, requerimientos y ocupación de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios. Existen estimaciones como la mencionada por el Dr. Baader, en que faltarían 2.000 camas en atención terciaria en salud mental en Chile (Baader, 2014). Compartiendo el enfoque comunitario del PNPS, no se puede soslayar la gran insuficiencia de camas psiquiátricas en Chile. Más aun considerando que cerca de la mitad de estas camas están ocupadas por imputados en que los jueces indican la hospitalización. Existe consenso entre los expertos que debieran crearse unidades de salud mental al interior de los servicios penitenciarios.

De acuerdo a nuestra experiencia en capacitación de profesionales de atención primaria, existe un importante déficit de horas de especialistas en toda la red de salud mental. Es así como cerca del 50% de los consultantes por intento de suicidio no recibe control o seguimiento más allá del tercer día desde su atención en el servicio de urgencia. Es por esto que proponemos una administración más eficiente de las horas de atención ambulatoria que permita contar con la disponibilidad de horas de especialista, prioritarias o reservadas, para derivar en

forma inmediata casos de urgencia. Esto requiere una evaluación eficaz de los casos en riesgo para su derivación y refuerza la necesidad de mejorar los sistemas de registro. Contar con esta información permitiría caracterizar localmente los subgrupos de la población que presentan mayor riesgo y así establecer prioridades para la toma de decisiones en acciones preventivas.

3. Capacitación de profesionales e intervención

Es reconocido que identificar oportunamente el riesgo suicida es una de las medidas más importantes para la prevención. Ya se mencionó que las personas que mueren por suicidio en su mayoría (90%) presentaban alguna enfermedad mental, habían dado algún tipo de aviso y habían consultado un servicio de salud en el último año (80%) (Horowitz et al. 2012). Esto deja en evidencia que existe un espacio de oportunidad para detectar, evaluar e intervenir en personas con riesgo suicida y se requiere optimizar los métodos y técnicas que se aplican con ese fin. Para lograr una detección oportuna es fundamental la capacitación y el entrenamiento de los profesionales en salud mental y en el riesgo suicida en particular. Existen estudios que aportan evidencia que este tipo de capacitación efectivamente incrementa la detección oportuna, mejora las actitudes hacia los pacientes e incrementa la autoeficacia de los profesionales (Isaac et al. 2009). Así también, la capacitación se relaciona con una disminución en el número de suicidios y de intentos de suicidio (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2001).

Existe acuerdo entonces que en la prevención del suicidio se requiere identificar las personas en riesgo, derivarlas y que reciban el tratamiento apropiado. En el caso de la depresión y riesgo suicida en adolescentes resulta necesario coordinar los esfuerzos de la red de salud con las escuelas, para detectar a tiempo y corregir situaciones que promuevan conductas de riesgo. Por lo que también se debe capacitar al personal de los establecimientos educacionales en detección y manejo del riesgo suicida.

Para una detección oportuna es útil el uso de instrumentos confiables en la distinción de los consultantes con y sin riesgo suicida, sin efectos adversos y de bajo costo. En este sentido, en el “Control del Joven Sano” se contempla la aplicación de la escala Okasha ya mencionada. Sin duda la utilización de este –y otros instrumentos–, es un aporte útil y necesario, pero no reemplaza la evaluación clínica del profesional que tomará las decisiones pertinentes a cada caso. Por esto resulta fundamental la capacitación en el tema.

En cuanto a la intervención, es fundamental tratar el cuadro clínico psiquiátrico y/o médico asociado, considerando que la mayor eficacia se logra mediante un tratamiento combinado que incluye terapia médico-farmacológica y psicosocial. Se sabe que tratar la depresión disminuye las tasas de suicidio (Silva et al. 2013). Las intervenciones psicosociales que incluyan a la familia y a la comunidad son fundamentales. Consideramos además que como parte del manejo y tratamiento en personas con riesgo suicida es necesario identificar y promover los recursos personales y los aspectos que vinculan a la persona a la vida. De esta manera redirigir la mirada desde el riesgo hacia los recursos protectores con miras a su fortalecimiento.

Se subraya entonces la necesidad de una mayor capacitación de los profesionales de la salud en el diagnóstico y tratamiento de las patologías mentales, específicamente en la detección y el manejo del riesgo suicida. Así también, es fundamental destinar recursos para aumentar la disponibilidad de horas de profesionales capacitados para poder responder a la demanda asistencial que actualmente existe.

4. Seguimiento de los casos con riesgo suicida

Para lograr impacto en las tasas de suicidio, además de la detección e intervención oportunas, se requiere un seguimiento de los casos, logrando una cobertura masiva y duradera en el tiempo en la implementación de los programas (Aseltine et al. 2007). Si bien es discutible cuál debiera ser la frecuencia de los controles de salud mental, no se recomiendan intervenciones aisladas, únicas y no sistemáticas (Dides et al. 2007). Este seguimiento podría llevarse a cabo a través de llamados telefónicos o mensajería de texto de manera periódica, por un mínimo de seis meses, idealmente un año. El profesional a cargo de realizar el seguimiento podría ser: a) quien pesquiza y deriva a atención especializada con el fin de asegurar la correcta recepción de la derivación, o b) algún miembro del equipo tratante en aquellos casos que dejan de consultar, para conocer los motivos de la deserción y motivar la adherencia al tratamiento.

Conclusiones

Creemos necesario avanzar en la implementación del PNPS con las siguientes medidas en el corto plazo:

- Aumentar la capacidad en infraestructura de los hospitales y servicios de urgencia para recibir y tratar personas con riesgo suicida grave.

- Aumentar el número de horas profesionales de salud disponibles para la atención de los casos con riesgo suicida.
- Capacitar en detección y manejo del riesgo suicida a los profesionales de atención primaria, secundaria y de los servicios de urgencia.
- Instalación de programas de intervención en crisis, tanto en los servicios de urgencia como en los consultorios de nivel secundario.
- Capacitar al personal de los establecimientos educacionales y a los facilitadores comunitarios en detección, orientación y derivación de los casos con riesgo suicida.

La implementación de este programa requiere una importante inversión de recursos. Esto implica la necesidad y decisión de aumentar el presupuesto para la salud mental en Chile. Actualmente se destina para salud mental apenas entre un 2-3% del 7% del PIB que se destina a salud. Esta cifra es inferior a la meta de 5% que fijó el Plan Nacional para el año 2010. Al mismo tiempo, para lograr el cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental, la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio y el logro de las Estrategias planteadas para la década 2011-2020, se requiere de leyes que respalden su aplicación y cumplimiento. Es por esto la urgencia también de avanzar en una ley de salud mental.

Referencias

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.** 2001. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40 (7), 24S-51S. Disponible en: <http://www.aacap.org>
- American Psychiatric Association (APA).** 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., Mc Donnell, R., Harris, C., McCann, K., Kierman, K., Davies, S., Bickley, H., and Parsons, R.** 1999. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318 (7193), 1235-1239. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27859/>
- Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., and Glanovsky, J.** 2007. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extensión. *BMC Public Health*, 7 (1), 161. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/161>
- Baader, T., Richter, P., y Mundt, C.** 2004. Suicidio de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo: Un estudio de caso control. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 42 (4), 293-316. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000400006
- Baader, T.** 2014. Comunicación personal realizada en GTD Suicidio: Simposio Internacional sobre Conducta Suicida. Ponencia: ¿Es posible realizar una vigilancia epidemiológica de la conducta suicida para mejorar la intervención precoz y prevención? LXIX Congreso chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. 9 al 11 de octubre, 2014. Puerto Varas, Chile.
- Blumenthal, S.** 1988. Suicide: A guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 72, 937-971.
- Bobes, J., Giner, J., y Saiz, J.** 2011. *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Ed. Triacastela, Madrid. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- Dides, C., Benavente, C., Moran, J., Guajardo, A., y Moscoso, S.** 2007. Salud de Adolescente y Jóvenes. *Informe final para su programa de salud adolescente*. Ministerio de Salud Gobierno de Chile, UNFPA-Chile, Programa Genero y Equidad, Flacso-Chile.
- Fonagy, P., and Target, M.** 1997. Attachment and reflective fuction: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9 (4), 679-700. Disponible en: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=43495>
- García de Jalón, E., y Peralta, V.** 2004. Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (3), 87-96. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5559/4572>
- Horowitz, L.M., Bridge, J.A., Teach, S.J., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D.L., Wharff, E.A., Ginnis, K., Cannon, E., Joshi, P. & Pao, M.** 2012. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). A Brief Instrument for the Pediatric Emergency Department. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166 (12), 1170-1176. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23027429>
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L.Y., Belik, S., Deane, F.P., Enns, M.W., and Sareen, J.** 2009. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54 (4), 260-268. Disponible en: <http://ro.uow.edu.au/hbspapers/229>
- Jacobson, C. and Gould, M.** 2007. The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 11 (2), 129-147. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13811110701247602>

- Luoma, J.B., Martin, C.E. & Pearson, J.L.** 2002. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*, 159 (6), 909-16. Disponible en: <http://ils.unc.edu/bmh/neoref/nrschizophrenia/jsp/review/tmp/906.pdf>
- Martínez, C.** 2008. El abordaje comunitario de la crisis suicida en sus diferentes ámbitos de intervención. *Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad*, 4. Disponible en: <http://www.alai-tp.com/alai/revistas/revistaColabora.html>
- Ministerio de Salud (Minsal).** 2011. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl>
- Ministerio de Salud (Minsal).** 2012. Orientaciones administrativas para el control de salud integral de adolescentes "Control Joven Sano". *Programa nacional de Salud integral de Adolescentes y Jóvenes*. Disponible en:
- Ministerio de Salud (Minsal).** 2013a. Programa Nacional de Salud integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020. "Nivel primario de atención". Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl>
- Ministerio de Salud (Minsal).** 2013b. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más [en línea]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl> [Extraído el 15 Septiembre 2014].
- Ministerio de Salud (Minsal).** 2013c. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Situación Actual del Suicidio Adolescente, con Perspectiva de género. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl>
- Ministerio de Salud (Minsal).** 2015. Evaluación Ex Ante Programas Nuevos. Proceso Formulación Presupuestaria 2015. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Disponible en: http://www.programassociales.cl/pdf/2014/PRG2014_1_59461.pdf
- Minoletti, A., Alvarado, R., Rayo, X. & Minoletti, M.** 2014. Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo informe basado en el Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM / WHO AIMS). Santiago de Chile, 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
- Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C., Fischman, R., Peñaloza, F. y Sánchez, G.** 2014. Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32 (3), 403-417. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242014000300004&script=sci_arttext
- New Zealand Suicide Prevention Action Plan** 2013-2016. Ministry of Health. Manantú Haurora. New Zealand Government. Disponible en: <http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-suicide-prevention-action-plan-2013-2016>
- Organización Cooperación Desarrollo Económico (OCDE).** 2011. Health at a Glance 2011. *OECD Indicators*. OECD Publishing. Disponible en: DOI: 10.1787/health_glance-2011-en
- Organización Cooperación Desarrollo Económico (OCDE).** 2013. Health at a Glance 2013: *OECD Indicators*. OECD Publishing. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- Organización Cooperación Desarrollo Económico (OCDE).** 2014. *Suicides. OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics*, OECD Publishing. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2014-99-en>
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** 2004. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Comunicados de prensa. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** 2009. Día mundial de prevención del suicidio. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** 2012. Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide-prevent/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS).** 2014. WHO Mortality Database. Disponible en: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villaruel, P.** 2009. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*, 137, 226-233.
- Salvo, L., Melipillán, R., y Castro, A.** 2009. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiatra*, 47 (1), 16-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000100003>
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R.** 2013. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista médica de Chile*, 141 (10), 1275-1282. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000006>
- Tapia, P., Vohringer, P., Ornstein, C.** 2010. Conducta suicida en el hospital general. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 21, 187-96. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/124182/conducta_suicida.pdf?sequence=1
- Taylor, T., Morales, S., Zuloaga, F., Echávarri, O., & Barros, J.** 2012. Lo que nos dicen los padres: Perspectiva de los padres de pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XXI (3), 271-280. Disponible en: <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1717>

Centro UC

Políticas Públicas

www.politicaspUBLICAS.uc.cl
politicaspUBLICAS@uc.cl

SEDE CASA CENTRAL

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, piso 3, Santiago.
Teléfono (56-2) 2354 6637.

SEDE LO CONTADOR

El Comendador 1916, Providencia.
Teléfono (56-2) 2354 5658.

CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC

- Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal • Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos
- Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas • Facultad de Ciencias Sociales • Facultad de Derecho • Facultad de Educación
- Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política • Facultad de Ingeniería • Facultad de Medicina