



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

SITUACIÓN ACTUAL DEL SUICIDIO ADOLESCENTE EN CHILE, CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

Diciembre, 2013

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado a nivel mundial un importante aumento en la cantidad de adolescentes y jóvenes que ingresan a los servicios de salud por consultas vinculadas a intentos de suicidio y otras conductas auto lesivas. En nuestro país, esta situación se refleja en un porcentaje mayor al 10% de egresos hospitalarios vinculados a traumatismos, envenenamientos y causas externas en adolescentes de 10 a 19 años.

Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible y lamentable consumación de este acto, que irrumpe como un suceso doloroso, afectando no sólo al individuo en particular, sino también a la familia, amigos y a la comunidad en general.

El suicidio es un problema serio de salud pública, por lo que es necesario focalizar la atención en estrategias preventivas que reduzcan conductas autodestructivas que puedan llegar a ser mortales, así como la detección de factores de riesgo y precipitantes que desencadenan la conducta suicida.

Este documento, elaborado por profesionales del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Minsal, tiene como propósito entregar información actualizada sobre el suicidio en adolescentes, con perspectiva de género, basándose en la información obtenida desde el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

Conocer las características diferenciadas en hombres y mujeres adolescentes de la problemática del suicidio permitirá enfocar de manera más eficaz las estrategias de prevención posibles de implementar desde la Salud Pública.

Los datos que se presentan tiene un desfase en la actualización de dos años en lo que respecta a estadísticas vitales, y corresponden al último año del que se dispone de la base de datos entregado por el DEIS, en su mayoría del año 2010.



ANTECEDENTES GENERALES

La Real Academia Española (1992) refiere que el término suicidio proviene de la fusión latina *sui* (*uno mismo*) y *caedere* (*matar*). En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), el suicidio aparece bajo la clasificación de las causas externas de morbilidad y mortalidad como lesiones auto-infligidas intencionalmente y se registra con los códigos X60 a X84 (OMS, 1999).

El “Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud” constituye el primer estudio exhaustivo del problema de la violencia a escala mundial; en él se analiza en qué consiste, a quién afecta y qué cabe hacer al respecto, y la define como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OPS, 2002, pp.5). Este informe trata de mostrar que el problema de la violencia no es algo tan irremediable como se suele entender en los debates celebrados al respecto, y refiere que en el 2000, se suicidaron en el mundo 815 mil personas; es decir, aproximadamente una cada 40 segundos, convirtiendo al suicidio en la decimotercera causa de muerte a nivel mundial.

Por otro lado, el suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010, pp.74-75) como “el acto deliberado de quitarse la vida”, y señala que “es un acto de violencia, la cual genera para los individuos, las familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud”.

El suicidio es una de las principales causas de muerte prevenible, y constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial y nacional. Es así como en el Informe sobre la Salud en el Mundo, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), se señala que el suicidio ocupó la quinta posición por su importancia en el segmento de población entre 15 y 44 años.

En los países industrializados, el suicidio es una de las principales causas de muerte prematura y aunque la tasa de mortalidad por suicidio ha disminuido en la población mayor de 50 años, ha aumentado en la población de adultos jóvenes, situación que incrementa sustancialmente el número de años de vida potencial perdidos (AVPP) (Cendales R, 2007). Por otro lado, al analizar la carga mundial de enfermedad, se puede observar que el 14% de ésta, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), puede atribuirse a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, donde el suicidio representa a escala mundial el 1,4% de la carga de morbilidad (en AVAD) (OMS, 2008).

El Informe de la OECD del 2011 reveló que las lesiones autoinflingidas intencionalmente son causa importante de muerte en muchos países miembros de esta organización, y que durante el 2009 hubo casi 150 mil suicidios. Al realizar un análisis de las cifras por país, las tasas más altas fueron las de Corea, Rusia, Hungría y Japón con más de 19 muertes por cada 100 mil habitantes; las tasas más bajas observadas fueron en el sur de Europa (Grecia, Italia y España), presentando seis o menos muertes por cada 100 mil habitantes por suicidio. En este contexto, Chile ocupa el lugar 17 con 11 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes. El análisis realizado en este Informe revela que entre los países miembros, entre los años 1995 a 2009, Chile ocupó el segundo lugar con mayor tasa de mortalidad por suicidio después de Corea (promedio 54,9 muertes por cada 100 mil habitantes), le sigue Japón, México y Portugal.

Al desagregar por sexo, se observa que la tasa de mortalidad por suicidio es tres a cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres en todos los países de la OCDE, brecha que se ha mantenido bastante estable en el tiempo (OECD, 2011). Las diferencias de género en este grupo etario siguen los mismos patrones que en la población general. Es así como varios estudios refieren que en todo el mundo, los hombres cometen 2 a 3 veces más suicidios que las mujeres, sin embargo las mujeres son quienes realizan más intentos suicidas (Tsirigotis K, 2011).

Este hallazgo que indica que los hombres tienen tasas de suicidio más altas que las mujeres es uno de los hechos sociales mejor documentados empíricamente en suicidología, pero las razones subyacentes seguirán siendo objeto de debate; tal vez las mujeres tienen un deseo menor de morir que los hombres. (Tsirigotis K, 2011).

La explicación de las diferencias de género podría explicarse por factores implicados que afectan a los sexos de manera diferente. Algunas estudios tratan de explicar la paradoja de género en el comportamiento suicida, por ejemplo que los hombres tienden a utilizar métodos violentos que son más letales; que las diferencias en la prevalencia de factores de riesgo como la depresión y el abuso de alcohol es diferente entre hombres y mujeres; y que las mujeres buscan con más frecuencia tratamiento, lo que puede prevenir el suicidio (Stefanello S, 2008). La teoría de la socialización sugiere que ambos sexos tienden a adoptar comportamientos autodestructivos en función de sus antecedentes culturales, por lo tanto, los intentos de suicidio (pero no necesariamente los suicidios) serían "más aceptables" entre las mujeres (Canetto SS, 1997).

La salud mental y el suicidio están estrechamente relacionados; es así como más del 90% de los casos de suicidio se asocian con trastornos psiquiátricos (OPS, 2010). Sería la enfermedad mental uno de los factores más importantes que predispone al comportamiento suicida. Sin embargo, hay ciertos factores que se relacionan con más frecuencia en la mayoría de los suicidios; entre ellos, depresión, dependencia de alcohol y otras drogas, y enfermedades psiquiátricas como Trastorno bipolar y Esquizofrenia. La detección temprana de estos problemas psicosociales en grupos de alto riesgo por las familias y por profesionales de la salud es una de las estrategias para abordar la prevención del suicidio (OMS, 2008), (OECD, 2011).

Estudios nos indican que los antecedentes familiares de suicidio se asocian con un riesgo elevado de comportamiento suicida que puede ser hasta 4 veces mayor (American Medical Association, 2003). En Chile, un estudio publicado el año 2011, para evaluar la relación entre ideación suicida y estilos parentales en adolescentes chilenos, refiere que los estilos parentales positivos (variables tales como aceptación parental, calidad de la relación parental, regulación escolar, amabilidad parental, monitoreo parental, entre otras), se correlacionan con una menor ideación suicida; igualmente mostró que en aquellos adolescentes con padres que presentan un alto nivel de hostilidad marital encubierta tienen una razón de posibilidades más alto de ideación suicida (2,51 veces más que adolescentes con padres sin hostilidad marital encubierta) (Florenzano, Valdés, Cáceres, Santander, Aspillaga, & Musalem, 2011).

Las carencias en el nivel socioeconómico, educacional y social, así como una pobre salud física, se encuentran igualmente asociados a comportamientos suicidas (Keith Hawton, 2009). Igualmente, los acontecimientos estresantes como las rupturas, las pérdidas de seres queridos, los conflictos con amigos, o relacionados con el trabajo y la escuela, así como los acontecimientos que conducen al estigma, humillación y vergüenza, pueden asociarse a tentativas de suicidio. Esto último se hace particularmente relevante en adolescentes víctimas de situaciones de abuso sexual y violencia en el entorno escolar (OMS, 2008). En relación a lo anterior, el grupo de adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y trans muestra un riesgo más alto de presentar ideación, planificación o intentos suicidas que sus pares heterosexuales (Kann, 2011), existiendo un alto riesgo de presentar ideación suicida y/o intentos suicidas asociado a experiencias de bullying (Klomek, 2010).

En adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT), la aceptación familiar se relaciona a una mejor autoestima y salud general, siendo además un factor protector contra la depresión, el abuso de sustancias y la ideación y conductas suicidas, asimismo un ambiente social que apoya está significativamente asociado a una menor presencia de intentos suicidas. (Hatzenbuehler, 2011).

El comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes constituye un problema complejo, con múltiples causas interrelacionadas, e independiente de la hipótesis que se utilice para comprenderlo, parece fundamental entenderlo como una conducta inserta en un contexto social, biológico y psicológico que varía a lo largo del curso de vida.

Las estimaciones epidemiológicas de suicidio en adolescentes se fundamentan en registros oficiales, donde los datos reportados hacen referencia a los suicidios consumados. Sin embargo no se dispone de cifras oficiales sobre los casos de intentos de suicidio, dado que no existe una obligación de notificar legalmente ese evento. Las muertes por suicidio sólo dan cuenta de aquellos que logran consumarse, dejando en el desconocimiento todos los intentos de suicidio que son sin duda de una magnitud mucho mayor, calculándose que se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados. La evidencia científica permite concluir que en adolescentes, son factores

de riesgo para suicidio consumado, además de un trastorno psiquiátrico, la agresión impulsiva, el comportamiento suicida familiar, un intento suicida previo y el uso y abuso de sustancias (PUC, 2009).

Al parecer, un efecto de género en la expresión clínica de la depresión, que se observa con mayor prevalencia en las mujeres adolescentes, podría contribuir más consistentemente en el intento suicida en ellas que en adolescentes hombres. (Lopes P, 2001)



SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

En Chile, la población adolescente (10-19 años), según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas, al 2012, asciende a 2.716.838 personas, lo que corresponde al 15,6% de la población total; de estas personas el 52% corresponde a adolescentes de 15 a 19 años y el 48% a adolescentes de 10 a 14 años. Con respecto a la distribución por sexo, del total de adolescentes el 51% corresponde a hombres y el 49% restante a mujeres (INE, 2009). Ver Tabla N°1

Tabla N°1 : Población Estimada de Adolescentes, según rangos etarios

Población INE 2012	Total país	% Nivel País	Hombres	% Nivel País	Mujeres	% Nivel País
Población de 10-14 años	1.292.477	7,4 %	657.727	3,8%	634.750	3,6 %
Población de 15-19 años	1.424.361	8,2 %	724.181	4,2%	700.180	4,0%
Total población adolescente 10-19 años	2.716.838	15,6%	1.381.908	7,9%	1.334.930	7,7%
Población Total estimada país	17.402.630	100%	8.612.483	49%	8.790.147	51%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, INE 2013

Del total de hombres y mujeres adolescentes de 10 a 19 años, que corresponden a un 15,6% de la población general del país (Tabla N°1), el 75% corresponde a población inscrita en la atención primaria del sistema público de salud (Tabla N°2)

Tabla N°2 : Población Adolescente Inscrita en Atención Primaria de Salud

Población APS municipal	Población APS/ONG	Población APS servicios	Total APS población
1.855.126	20.928	161.761	2.037.815

Fuente: Unidad de Programa Reforzamiento de APS, División de Atención Primaria, Minsal, 2013

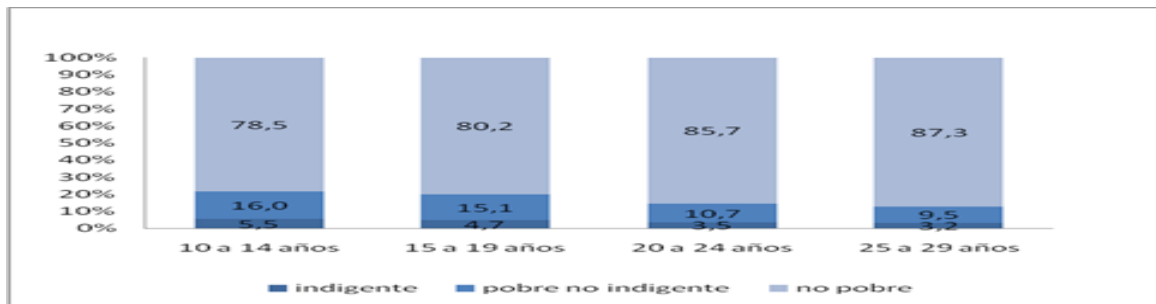
En la población de adolescentes, la residencia urbana es mayoritaria, de tal manera que el 87,3% de la población juvenil (15 a 24 años) se concentra en las zonas urbanas y sólo el 12,7% vive en zonas rurales; estos últimos concentran los mayores índices de pobreza y vulnerabilidad social (Injuv, 2010).

En relación a la declaración de pertenencia a algún grupo étnico, ésta es de cerca del 7% en todos los rangos etarios; el mayor porcentaje corresponde a la etnia mapuche con un

8%, 7,2% y 6,5% en los rangos etarios de 10-14, 15-19 y 20-24, respectivamente; le sigue la etnia Aymara en un porcentaje de 1% (Ministerio de Desarrollo Social, 2009).

Respecto al nivel de pobreza e indigencia, la población infantil y adolescente presenta proporciones superiores de pobreza y de indigencia que la población de jóvenes y de adultos (Gráfico N° 1). Hasta los 14 años, el 21,5% es indigente o pobre, situación que afecta al 19,8% de adolescentes de 15 a 19 años.

Gráfico N°1 : Situación de pobreza por grupo de edad. Porcentaje de la población respectiva, Chile 2009



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Base de datos Casen 2009

Según la Encuesta Casen 2011, el porcentaje de niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza corresponde al 22,8%, cifra muy superior al promedio nacional de 14,4%, y que ha presentado un leve aumento desde las mediciones del 2006 en adelante.



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

1. MORBILIDAD GENERAL

La Encuesta Nacional de Salud (2009-2010) entrega valiosa información sobre la salud de la población chilena, que presenta un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, destacándose en la población general los siguientes problemas de salud: consumo de tabaco y alcohol, presión arterial elevada, dislipidemia, HDL, obesidad, diabetes, sedentarismo, riesgo cardiovascular (Minsal, 2010). (Ver Tabla N° 3).

Tabla N°3 : Prevalencias de problemas de salud según ENS 2009-2010

Prevalencias problemas de salud según ENS 2009-2010	Total	Hombres	Mujeres
Consumo de tabaco (fumador actual)	41%	44%	37%
Consumo de alcohol (promedio de tragos en un día de consumo habitual)	2,9%	3,9%	1,8%
Obesidad	25%	19,0%	31,0%
Sobrepeso	37,8%	45,3%	33,6%
Síndrome metabólico	23%	41,7%	31,0%
Hipertensión arterial	27%	29%	25%
Diabetes	9%	8%	10%
Colesterol Total Elevado	39%	39%	38%
Triglicéridos	31,2%	35,6%	27,1%
Riesgo cardiovascular	18%	21%	12%
Sedentarismo de tiempo libre	89%	84%	93%
Síntomas depresivos últimos años	17,2%	8,5%	25,7%

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, a partir de datos ENS 2009-2010, Minsal, 2011.

Al analizar esta información se observa que el consumo de tabaco (fumador actual) es mayor en hombres que en mujeres, diferencia observada en todas las edades, siendo más importante en el rango etario de 25-44 años.

Respecto al consumo de alcohol (número de tragos en un día de consumo habitual) en hombres, es de 3.94 tragos, diferencia significativa con las mujeres, que en esta misma encuesta presentan un consumo de 1,83 tragos en un día de consumo habitual. Según esta encuesta el 25,1% de la población es obesa, siendo mayor la prevalencia en mujeres con un 30,7% que en hombres (19,2%). A diferencia de las prevalencias de obesidad,

cuando observamos a la población con sobrepeso se observa que la brecha es mayor en hombres con un 45,3%, que en mujeres con un 33,6%. La prevalencia de Hipertensión Arterial en la población nacional corresponde al 26,9%, siendo mayor en hombres que en mujeres. Respecto al Riesgo Cardiovascular, la prevalencia a nivel nacional alcanza un 17,7%, observándose importantes diferencias entre hombres y mujeres, donde los primeros casi duplican en riesgo a las mujeres, con un 20,5% y 11,9%, respectivamente, lo que pudiese atribuirse, por un lado, a que los hombres tienden menos que las mujeres a percibirse a sí mismos como susceptibles a riesgos de enfermedad, lesiones y una variedad de problemas de salud, y por otro, al hecho de que las hormonas femeninas ejercerían un efecto protector para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, sin embargo la aparición de estas enfermedades son influidas por las conductas y hábitos sociales de cada época y sociedad.

Esta encuesta también muestra que el riesgo cardiovascular es directamente proporcional a la edad.

Los egresos hospitalarios también reflejan los patrones de morbilidad de la población chilena, es así como para el 2010¹, los egresos hospitalarios en hombres correspondieron a 631.613 y 992.262 a mujeres, lo que equivale a un 38,9% y 61,1%, respectivamente. Los seis principales motivos de egresos hospitalarios fueron:

- Enfermedades del sistema digestivo: 11,8%
- Enfermedades del sistema respiratorio: 10,6%
- Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas: 9,4%
- Enfermedades del sistema genitourinario: 7,7%
- Enfermedades del sistema circulatorio: 7,4%
- Tumores: 7%

Tabla N°4 : Principales motivos de egresos hospitalarios, según sexo, Chile 2010.

Principales motivos de egresos hospitalarios 2010	Hombres	Mujeres
Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	15,40%	5,57%
Enfermedades del sistema digestivo	14,50%	10,01%
Enfermedades del sistema respiratorio	14,30%	8,33%
Enfermedades del sistema circulatorio	10,30%	5,64%
Enfermedades del sistema genitourinario	7,60%	7,80%
Tumores	7,11%	6,92%

Fuente: Elab. propia Depto. Ciclo Vital, sobre la base de datos Deis-Minsal, 2013

¹ Última información actualizada Deis-Minsal, 2013

1.1.- MORBILIDAD ADOLESCENTE

En relación al patrón de morbilidad de adolescentes y jóvenes en Chile, éste se caracteriza por la presencia de enfermedades asociadas a conductas de riesgo y al daño ocasionado por agresiones o lesiones autoinflingidas.

Al desagregar los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, encontramos una alta prevalencia de enfermedades crónicas en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años (Tabla N°5), que serán condiciones de riesgo en las etapas posteriores de la vida.

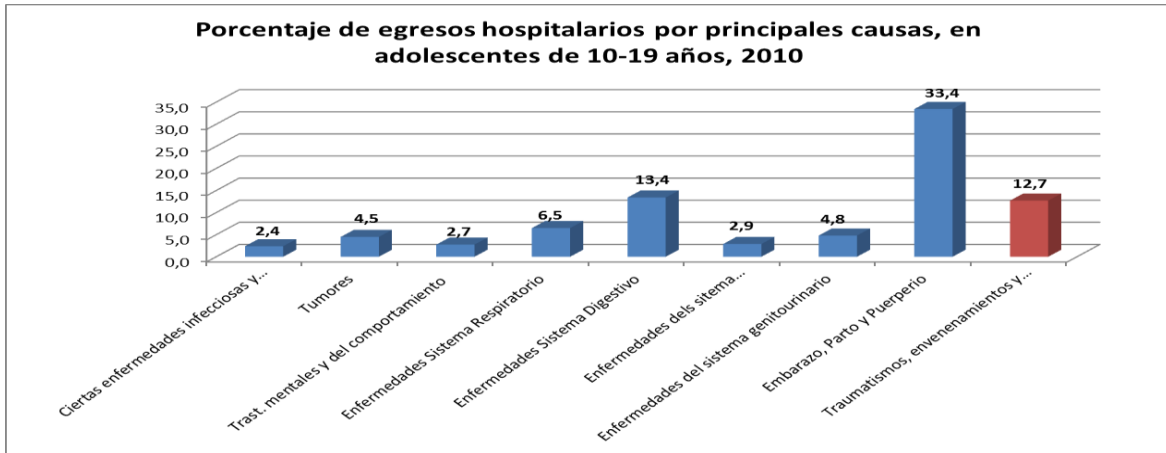
Tabla N°5 : Prevalencia de problemas de salud en población de 15 a 24 años, según ENS 2009-2010.

PROBLEMAS DE SALUD	PORCENTAJE	HOMBRES	MUJERES
Consumo de tabaco (fumador actual)	46%	48%	43%
Obesidad (incluida obesidad mórbida)	11%	9%	13%
Sobrepeso	27%	28%	25%
Sedentarismo de tiempo libre	76%	60%	91%
Síntomas depresivos último año	14%	8%	22%
Presión arterial elevada	2,6%	4%	1,2%
Colesterol total elevado (>200 y >240 mg/dl)	13,1%	12,9%	13,3%
Diabetes	0,4%	0,2%	0,6%
Síndrome metabólico	8,8%	10,5%	7,4%
Riesgo cardiovascular	3,3%	3,5%	3,1%

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, a partir de datos ENS 2009-2010, Minsal, 2011.

Respecto de los egresos hospitalarios en población adolescente, el Gráfico N° 2 muestra que después de embarazo, parto y puerperio, son los traumatismos, envenenamientos y otras causas externas, y enfermedades del sistema digestivo, quienes concentran la mayor cantidad de egresos hospitalarios, reafirmando que la salud sexual y reproductiva, la salud mental y la salud nutricional son áreas relevantes de abordar en este grupo etario.

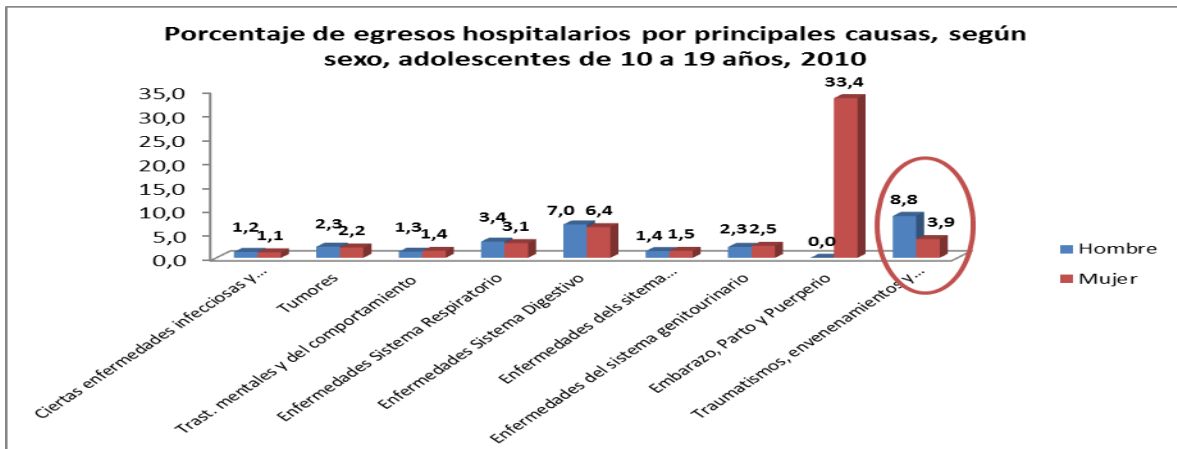
Gráfico N°2 : Principales causas de egresos hospitalarios en adolescentes de 10 a 19 años, Chile 2010.



Fuente: Elab. propia Depto. Ciclo Vital, sobre la base de datos Deis-Minsal, 2013

Si desagregamos por sexo, no se observan diferencias significativas en las causas de egreso, a excepción del embarazo, parto y puerperio que registra sólo información de mujeres, y en los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, donde la cifra es mayor en hombres adolescentes, en razón 2:1.

Gráfico N°3 : Principales causas de egresos hospitalarios en adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, Chile 2010.



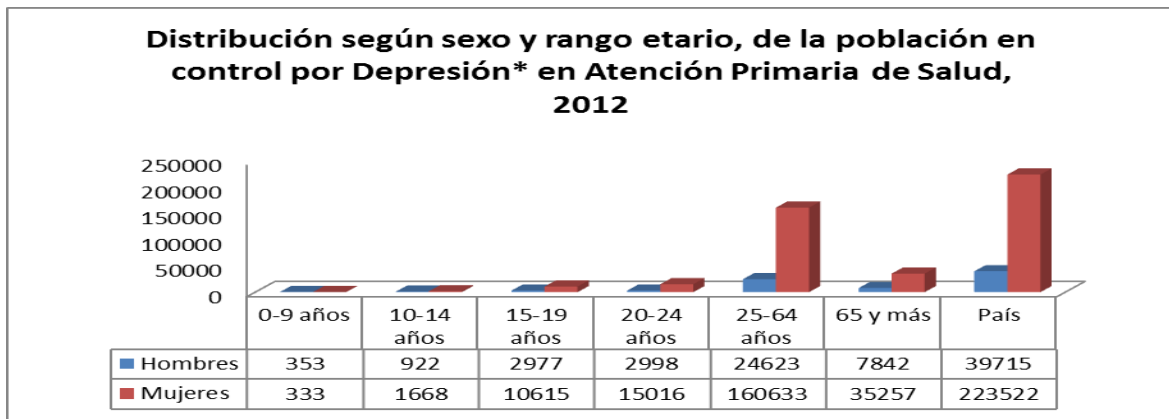
Fuente: Elab. propia Depto. Ciclo Vital, sobre la base de datos Deis-Minsal, 2013



Al analizar las causas de egresos hospitalarios en adolescentes, observamos que para el año 2010, los Trastornos mentales y del comportamiento corresponden al 2,7%, donde la depresión y trastornos del humor tienen un peso de aproximadamente un 23%, recordando que la ideación suicida estaría estrechamente relacionada con estados depresivos. El gráfico siguiente muestra la distribución según sexo y grupos etarios de la población en control por depresión (leve, moderada y severa) en establecimientos de atención primaria de salud el año 2012, donde se observa en todos los grupos etarios que son las mujeres las que se encuentran mayoritariamente en control.

Tal como lo sugiere la evidencia, habría un efecto de género en la expresión clínica de la depresión, con mayor prevalencia en las mujeres (Lopes P, 2001)

Gráfico N°4 : Distribución según sexo y rango etario de la población en control por Depresión en APS, 2012



Fuente: Elab. propia Depto. Ciclo Vital, sobre la base de datos Deis-Minsal, 2013

*Depresión leve, moderada y severa



2. MORTALIDAD GENERAL

En nuestro país, los datos de mortalidad en población general (Tabla N° 6), muestran en el 2009 una tasa de 5,4 x 1000 habitantes, cifra que se mantuvo relativamente estable desde el 2005 hacia delante. Sin embargo, el 2010, se observa una leve alza en la tasa.

En relación a la mortalidad según sexo, se observa que se muere más población masculina (6,2 x mil), que población femenina (5,3 x mil), cifras que también se han mantenido similares desde el 2005, donde las muertes en hombres superan en aproximadamente 1 punto a las muertes en mujeres.

Tabla N°6 : Mortalidad en Población General, Chile 2005-2010

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)
2005	86.102	5,3	46,369	5,8	39,733	4,8
2006	85.639	5,2	45.987	5,7	39,652	4,8
2007	93.000	5,6	49,753	6,1	43,247	5,2
2008	90.168	5,4	48,588	5,9	41,580	4,9
2009	91.965	5,4	49.608	5,9	42.357	5,0
2010	97.930	5,7	52.237	6,2	45.693	5,3

*Tasas por 1.000 hbts.

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

En cuanto a la mortalidad por grupos etarios, se puede observar que en todas las edades la mortalidad de los hombres es mayor que la de las mujeres; en el 2010, el total de muertes en hombres de 20 a 44 años fue de 5.047 (tasa de 1,6 x mil hombres de esa edad), en comparación con las mujeres de ese mismo grupo etario, donde el total de muertes correspondió a 2.067 (tasa de 0,6 x cada mil mujeres de esa edad). (Tabla N° 7)

Tabla N°7 : Mortalidad en población general, por grupos etarios, según sexo, en Chile 2010

Mortalidad	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Población general	97.930	5,7	52.237	6,2	45.693	5,3
Población 10 a 19 años	967	0,3	661	0,5	306	0,2
Población 20 a 44 años	7.114	1,1	5.047	1,6	2.067	0,6
Población 45 a 64 años	19.462	5,1	12.255	6,5	7.207	3,7

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

*Tasas por 1000 hbts.



2.1.- MORTALIDAD EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

La población adolescente presenta una baja tasa de mortalidad (5,7 X 1.000 hbts.) siendo las principales causas de muerte aquellas ocasionadas por causas externas y, dentro de éstas y en orden de importancia, accidentes, homicidios y suicidios; todas causas evitables.

La tasa de mortalidad general (por cualquier causa) entre los adolescentes hombres de 10 a 19 años en el año 2010² fue de 0,5 por 1.000 habitantes de la misma edad y sexo y de 0,2 por 1.000 habitantes entre las adolescentes mujeres. En números absolutos, estas tasas corresponden a 661 adolescentes hombres y a 306 adolescentes mujeres fallecidos (Ver Tabla N° 8).

Por lo tanto, al igual que en las tasas de mortalidad general, en las tasas de mortalidad en población adolescente se observa que los hombres presentan tasas de mortalidad más altas que las mujeres del mismo grupo de edad.

Tabla N°8 : Mortalidad en Población General y Adolescente en Chile, 2010

Mortalidad	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Pobl. General	97.930	5,7	52.237	6,2	45.693	5,3
Adolescentes 10 a 19 años	967	0,3	661	0,5	306	0,2

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012

*Tasas por 1.000 hbts.

En la siguiente serie temporal 2005-2010, de tasas de mortalidad de adolescentes de 10 a 19 años (Tabla N° 9), se observa una leve estabilización en ambos sexos, siendo siempre más altas las tasas en los adolescentes hombres, en razón de 2:1.

² Último año en que se dispone de la base de datos de defunciones entregada por el DEIS-MINSAL

Tabla N°9 : Mortalidad en Población Adolescente, según sexo, Chile 2005-2010

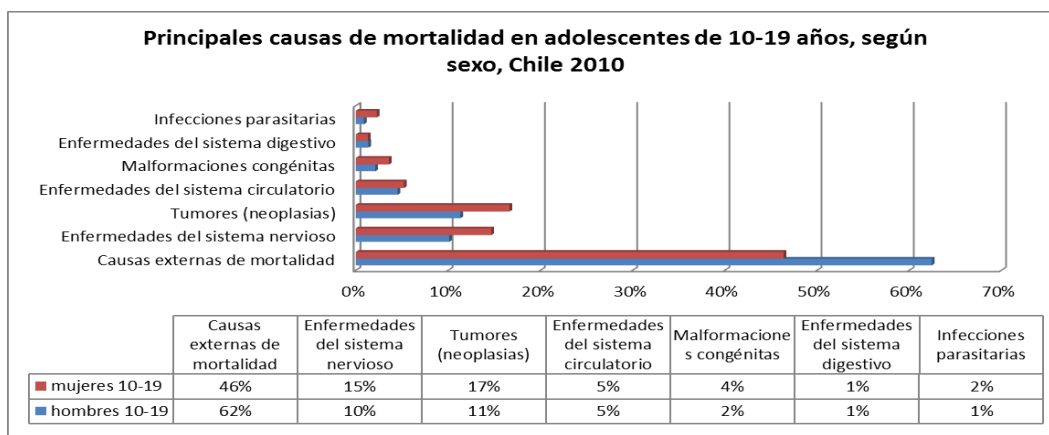
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)
2010	967	0,3	661	0,5	306	0,2
2009	1.000	0,4	682	0,5	318	0,2
2008	1.060	0,4	694	0,5	366	0,3
2007	1.001	0,4	667	0,5	334	0,2
2006	1.005	0,3	687	0,5	318	0,2
2005	1.025	0,35	708	0,47	317	0,22

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012

*Tasas por 1.000 habts. de 10 a 19 años

Al analizar las causas de muerte en adolescentes, se observa que la principal causa de muerte en esta etapa la constituyen las causas externas (accidentes, suicidios y homicidios), que para el 2010 correspondieron al 57% de todas las causas (555 adolescentes fallecidos); le siguen los tumores con un 13% (126 fallecidos); ambas causas sumadas dan cuenta de más de dos tercios de los fallecidos.

En el gráfico siguiente se presenta la distribución porcentual de las principales causas de muerte en adolescentes, según sexo.

Gráfico N°5 : Principales causas de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, Chile 2010.

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2011.

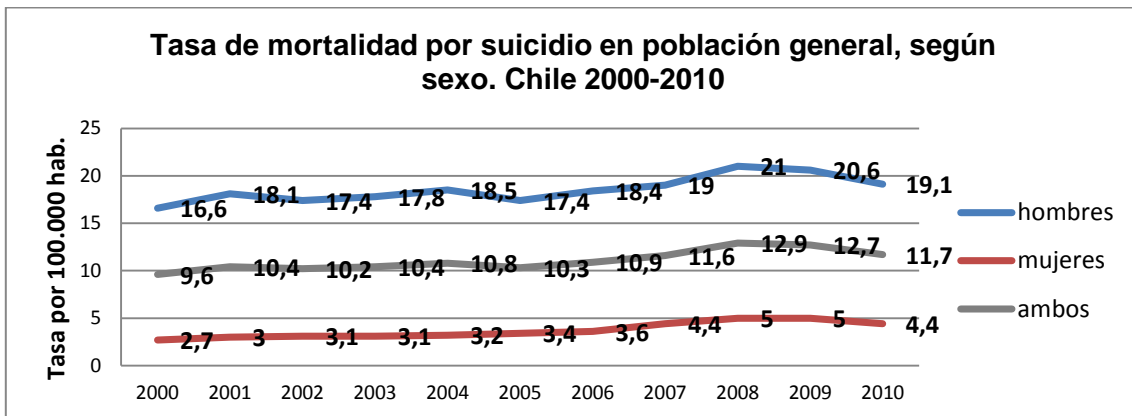
3. MORTALIDAD POR SUICIDIO

En la población de edad comprendida entre los 15 y 44 años, las lesiones autoinflingidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (AVPP) (OPS, 2002).

Por la dificultad para acceder fielmente a las cifras reales y las dificultades de registro, resulta difícil conocer la real magnitud de las muertes por suicidio. Por ello, éste es uno de los desafíos más importantes que se enfrentan a nivel país para permitir el abordaje de esta problemática tan relevante.

A nivel nacional, cerca del 2% del total de muertes ocurren por suicidio. En la mayoría de los países las tasas de suicidio son más altas en hombres, mientras que las mujeres presentan índices más altos de intentos suicidas, con una proporción de alrededor de 3 hombres por cada mujer que completa un suicidio. En el 2005, la tasa total de suicidio fue de 10,3 por 100.000 habitantes (17,4 para los hombres y 3,4 para las mujeres). La información obtenida desde el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), refiere para el 2010 un aumento respecto del 2005 de 1,4 puntos en ambos sexos. El gráfico N° 6 muestra dicha tendencia.

Gráfico N°6 : Tasa de mortalidad por suicidio en población general, según sexo, Chile 2000-2010



Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

En la tabla siguiente se presenta una serie temporal desde el 2000 en adelante, con los números absolutos de las defunciones ocurridas por suicidio según grupos etarios. Se observa en esta serie que, en términos porcentuales, el número de casos se ha incrementado en un 22% en promedio.



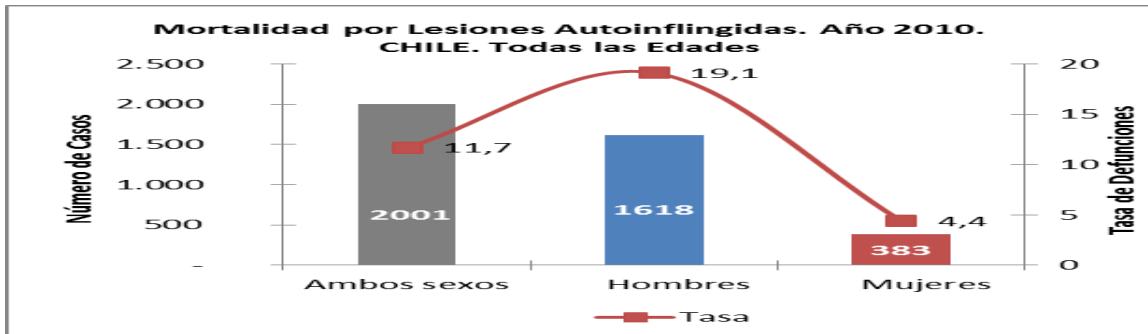
Tabla N°10: Número de muertes por suicidio, por grupos de edad, Chile 2000-2010

Grupo de edad (años)	Año										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0 a 9	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1
10 a 14	14	22	21	22	20	39	24	27	30	26	26
15 a 19	114	120	96	102	145	130	158	176	191	169	170
20 a 29	334	386	381	373	389	353	340	444	494	509	433
30 a 39	315	347	331	346	380	345	354	377	396	398	393
40 a 49	267	289	321	315	325	317	399	370	417	419	370
50 a 59	186	239	209	226	217	236	264	240	303	282	295
60 y más	243	222	239	268	259	259	254	290	336	345	313
Todas las edades	1473	1625	1599	1654	1735	1681	1797	1928	2167	2148	2001

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

El Gráfico N° 7 muestra el número de defunciones y la tasa de suicidios ocurridos en el 2010, se observa que el número de muertes por suicidio en hombres supera ampliamente a las muertes ocurridas por esta causa en mujeres, a razón de 4:1, lo que reafirma los hallazgos internacionales que indican que los hombres tienen tasas de suicidio más altas que las mujeres. Las causas o razones aún son objeto de debate, podrían explicarse porque los factores implicados afectan a los sexos de manera diferente, factores culturales, mayor percepción de riesgo en la mujeres que buscan con más frecuencia tratamiento a estados depresivos (Canetto SS, 1997), (Stefanello S, 2008).

Gráfico N°7 : Número de defunciones y Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas, todas las edades, según sexo, Chile 2010.



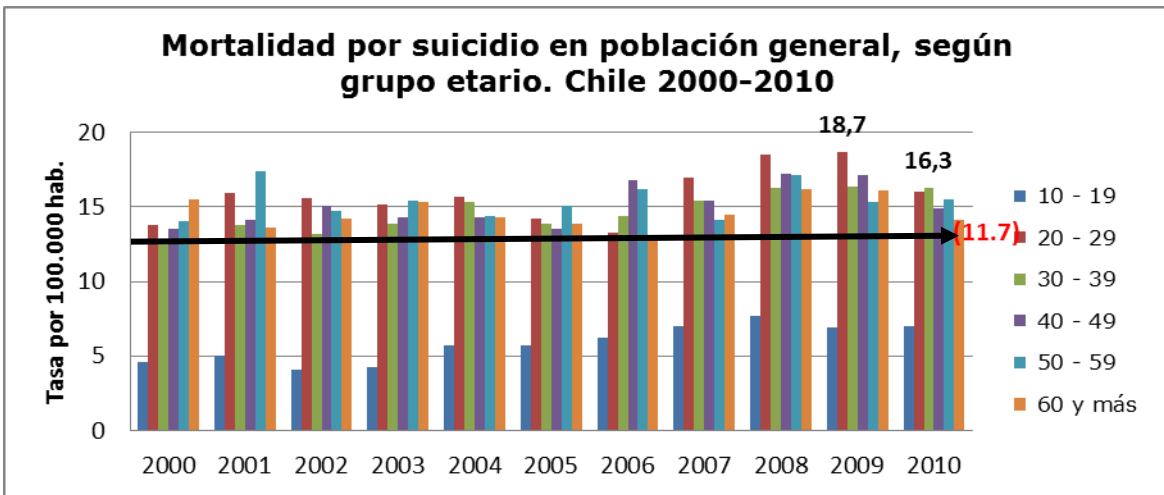
Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.



En general, las tasas de suicidio aumentan con la edad, sin embargo las cifras absolutas más altas se registran mayoritariamente en los menores de 45 años.

La siguiente serie temporal que se presenta en el Gráfico N° 8, muestra que el 2009 las tasas más elevadas, en ambos sexos, se presentaron en el grupo etario de 20 a 29 años (18,7 x 100.000); para el año 2010, fue el grupo de 30 a 39 años quienes concentraron la tasa más elevada, con 16,3 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes.

Gráfico N°8 : Tasa de mortalidad por suicidio en población general, según grupo etario, Chile 2000-2010



Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2011.



3.1.- MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ADOLESCENTES

En nuestro país, la mortalidad de los adolescentes por causas externas (accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios) ha tenido un preocupante aumento en los últimos años. Actualmente, estas causas representan el 60% del total de las muertes en adolescentes. La tasa de suicidios para los adolescentes de 10 a 19 años aumentó de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y 2010, siendo los adolescentes hombres quienes registran una mayor tasa, casi 3 veces más que en las adolescentes mujeres (10 por 100.000 en hombres (144 casos), 3,8 x 100.000 en mujeres, 52 casos). Esto se refleja claramente en la Tabla N° 11 y Gráficos N° 9 y N°10:

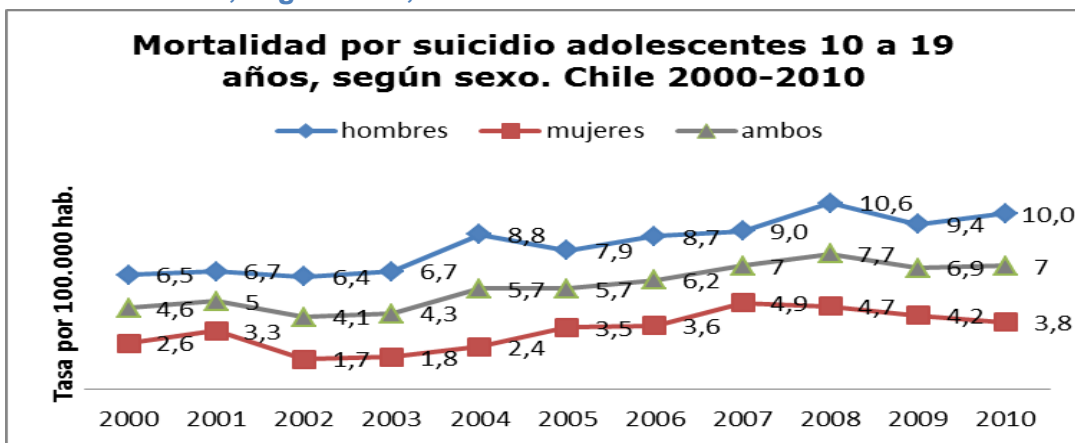
Tabla N°11: Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, en adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, Chile 2005 – 2010

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)
2010	196	7	144	10	52	3,8
2009	195	6,9	136	9,4	59	4,2
2008	221	7,7	155	10,6	66	4,7
2007	203	7,0	133	9,0	70	4,9
2006	182	6,2	130	8,7	52	3,6
2005	169	5,7	118	7,9	51	3,5

(*) Tasa por 100.000 hbts de ese grupo etario.

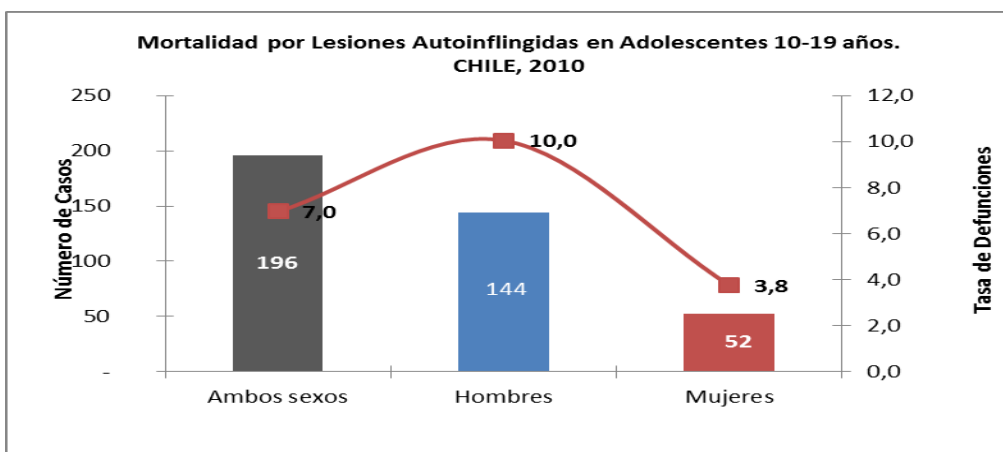
Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

Gráfico N°9 : Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas en adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, Chile 2000- 2010



Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

Gráfico N°10 : Número de defunciones y Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas en adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, Chile 2010



Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

En términos porcentuales, el suicidio adolescente representa aproximadamente el 10% de las muertes por suicidio en población general; la tabla siguiente muestra las cifras según sexo.

Tabla N°12: Porcentaje de defunciones por lesiones autoinflingidas intencionalmente*, adolescentes según sexo, Chile 2010

SEXO	TOTAL	%	Adolescentes 10-19 años	%
Hombres	1.618	80,9	144	7,2
Mujeres	383	19,1	52	2,6
Ambos sexos	2.001	100	196	9,8

(*)CIE-10 (desde 1997): X600-X849

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

Al desagregar por grupo etario, observamos que en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años de ambos sexos, el suicidio se ha mantenido estable desde el 2005 en adelante, pero no por eso deja de ser un tema preocupante. La tasa de suicidio el 2005 fue de 2,6 por 100.000 habitantes de esa edad (39 casos). El 2010, esta tasa disminuyó a 2 por 100.000 (26 casos). Sin embargo, el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, es el que presenta, desde el 2005, un aumento importante y sostenido, con tasas de 8,9 por 100.000 habitantes (130 casos) a 12,9 x 100.000 (191 casos) el 2008. El 2010, la tasa disminuyó a 11,1 x 100.000 habitantes (170 casos, 127 hombres y 43 mujeres). Ver Tabla N° 13.

Tabla Nº13: Mortalidad por Suicidio en adolescentes, según grupo etario, Chile 2005-2010

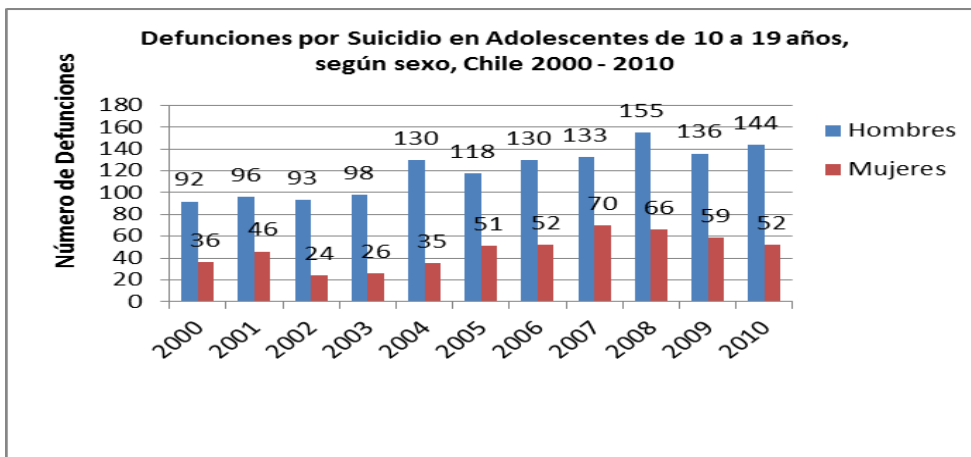
AÑO	10 a 14 años Ambos Sexos		15 a 19 años Ambos Sexos	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
2005	39	2,6	130	8,9
2006	24	1,6	158	10,8
2007	27	1,9	176	11,9
2008	30	2,2	191	12,9
2009	26	1,9	169	11,4
2010	26	2	170	11,1

(*) Tasa por 100.000 hbts. de ese grupo etario.

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

Al observar esta tendencia según números absolutos, el Gráfico Nº 11 muestra que las muertes en adolescentes hombres duplican a la de las adolescentes mujeres, y que esta tendencia se ha mantenido constante a través de los años.

Gráfico Nº11 : Número de defunciones por suicidio en adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, Chile 2000-2010



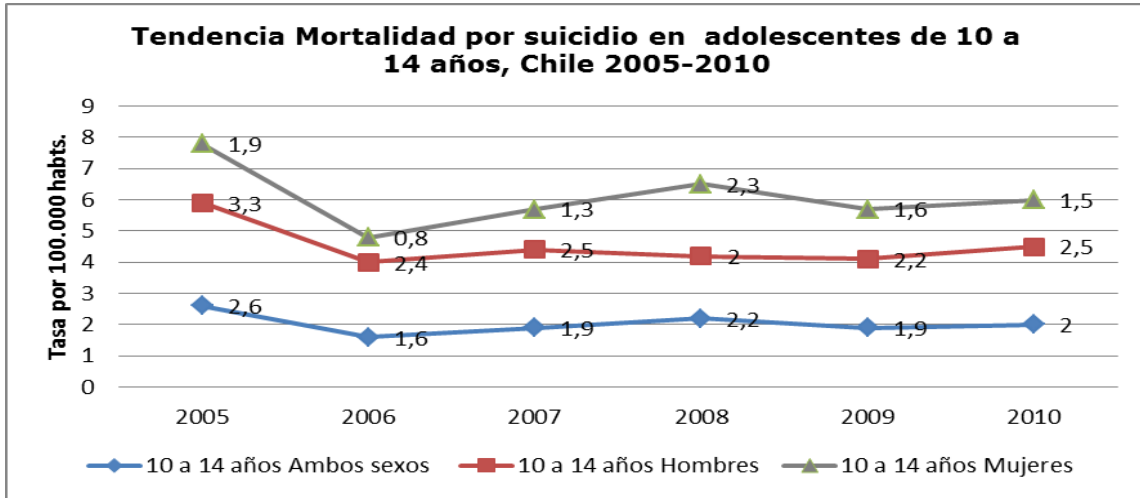
Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

Los gráficos siguientes muestran la tendencia de muertes por suicidio en adolescentes según sexo y grupo etario, para la serie temporal 2005-2010. El Gráfico Nº12 muestra las tasas de suicidio en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años, donde se observa una diferencia cercana a 1 punto entre hombres y mujeres. Asimismo, el Gráfico Nº13 presenta las tasas de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años, donde la diferencia es



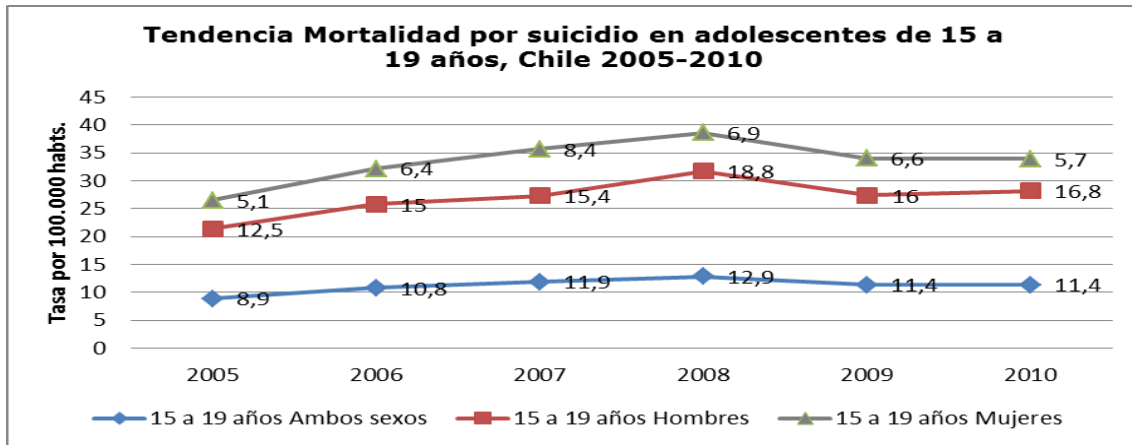
muy marcada en desmedro de los hombres, donde su tasa de mortalidad triplica la de las mujeres en todos los años analizados.

Gráfico N°12 : Tendencia Mortalidad por suicidio en adolescentes de 10 a 14 años, Chile 2005-2010



Fuente: Elaboración propia. Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal 2012

Gráfico N°13 : Tendencia Mortalidad por suicidio en adolescentes de 15 a 19 años, Chile 2005-2010



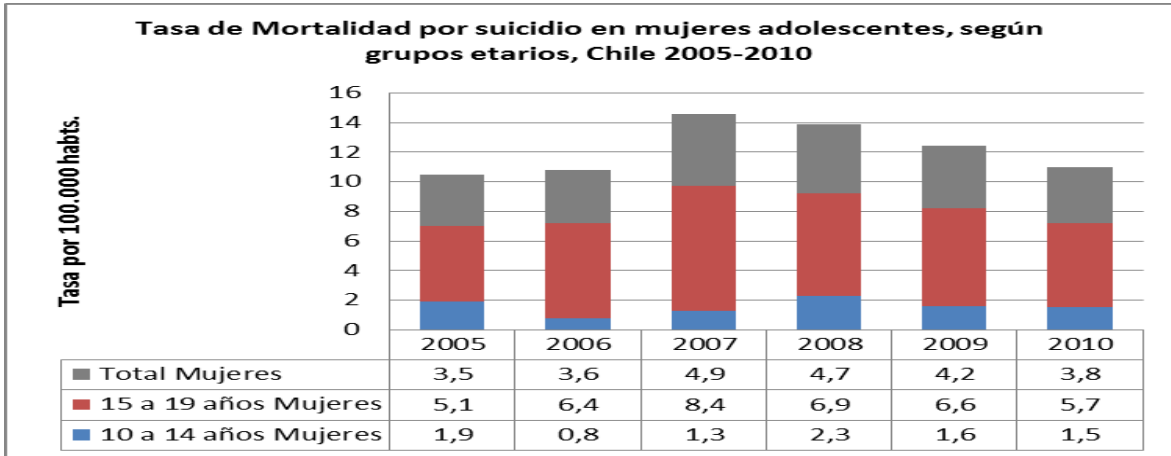
Fuente: Elaboración propia. Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal 2012



Es importante también analizar la distribución de las muertes según grupo etario y sexo, en la población adolescente.

El gráfico siguiente muestra la distribución de muertes por suicidio en mujeres adolescentes, donde el grupo de 15 a 19 años concentra tasas que fluctúan entre 5 a 8 muertes por suicidio por cada 100.000 mujeres de esa edad.

Gráfico N°14 : Mortalidad por suicidio en mujeres adolescentes, según grupos etarios, Chile 2005-2010



Fuente: Elaboración propia. Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal 2012

Los hombres adolescentes siguen concentrando el mayor número de muertes, y el grupo de 15 a 19 años presenta una tendencia en aumento en los años analizados, observándose tasas de 12,5 por 100.000 hombres de 15 a 19 años, en el 2005, y 16,4 por 100.000 en el 2010. Ver Gráfico N° 15.

Gráfico N°15 : Mortalidad por suicidio en hombres adolescentes, según grupos etarios, Chile 2005-2010



Fuente: Elaboración propia. Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal 2012

La frecuencia del suicidio también varía según el lugar de residencia, lo que se muestra en el Gráfico N° 16, donde el número de suicidios es mayor en las poblaciones o zonas urbanas, con una razón promedio de 4:1.

Gráfico N°16 : Número de muertes por suicidio en adolescentes de 10 a 19 años, según lugar de residencia, Chile 2005-2010.



Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.



4. MORTALIDAD POR SUICIDIO A NIVEL REGIONAL

Realizar un análisis con una mirada regional permite ir focalizando acciones de promoción y prevención.

La siguiente tabla muestra la distribución de muertes por suicidio durante el 2010, según región y grupos de edad; observándose que son las regiones Metropolitana, Bío-Bío, Los Lagos y Araucanía las que concentran la mayor cantidad de muertes a nivel general. Se observa también que el grupo etario con mayor número de muertes por suicidio corresponde al rango de 30 a 44 años.

Tabla N°14: Distribución de muertes por Suicidio, según grupos etarios y regiones, Chile 2010

	Todas las edades	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 44	45 a 64	65 y más
PAIS	2001	27	169	433	569	584	219
Arica y Parinacota	23	0	1	6	8	6	2
Tarapacá	28	0	1	8	11	7	1
Antofagasta	57	0	0	20	20	14	3
Atacama	40	1	0	14	8	10	7
Coquimbo	104	3	10	24	36	25	6
Valparaíso	211	0	19	46	63	63	20
RM	692	12	50	150	213	194	73
O'Higgins	104	2	9	19	31	34	9
Maule	119	1	16	27	28	34	13
Bío-Bío	230	0	22	35	52	79	42
Araucanía	136	1	13	30	39	36	17
Los Ríos	61	3	3	9	15	25	6
Los Lagos	158	2	20	30	30	52	16
Aysén	14	1	3	3	2	4	1
Magallanes	24	1	2	12	5	1	3

Fuente: Elaboración Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos Deis-Minsal, 2012.

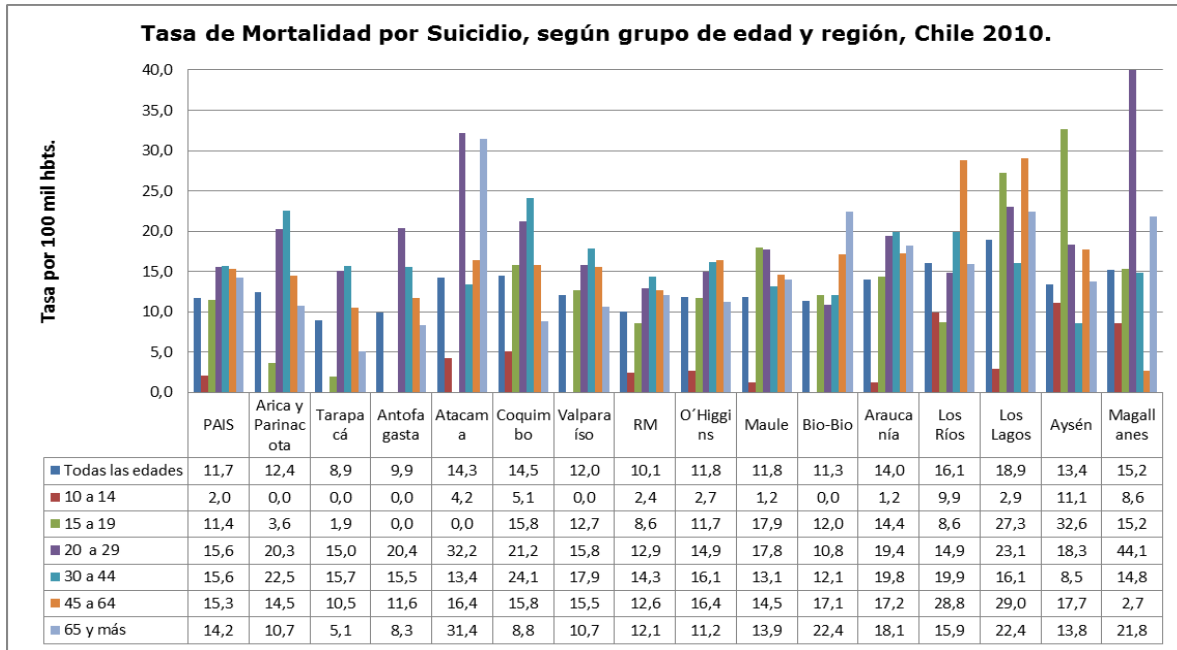
Asimismo, en el gráfico N°17, se entrega información sobre la tasa de suicidios ocurridos en cada región del país, de acuerdo a grupos etarios definidos; de este gráfico se desprende que a nivel regional la tendencia por grupos etarios es similar a la nacional, donde los adultos y adultos mayores son quienes concentran las mayores tasas, sin embargo, es entre los 15 y 44 años, donde las tasas se incrementan sustancialmente,

umentando con esto los años de vida potencial perdidos (AVPP), debido a las muertes prematuras.

Al analizar por grupos etarios, las regiones de Los Lagos y de Los Ríos son las que presentan las mayores tasas de suicidio en casi todos los grupos de edad (18,9 y 16,1 muertes por suicidio x 100.000 habitantes respectivamente).

Entre los 20 y los 44 años se concentran las mayores tasas en todas las regiones.

Gráfico N°17 : Tasa de mortalidad por suicidio, según grupo de edad y región, Chile 2010.



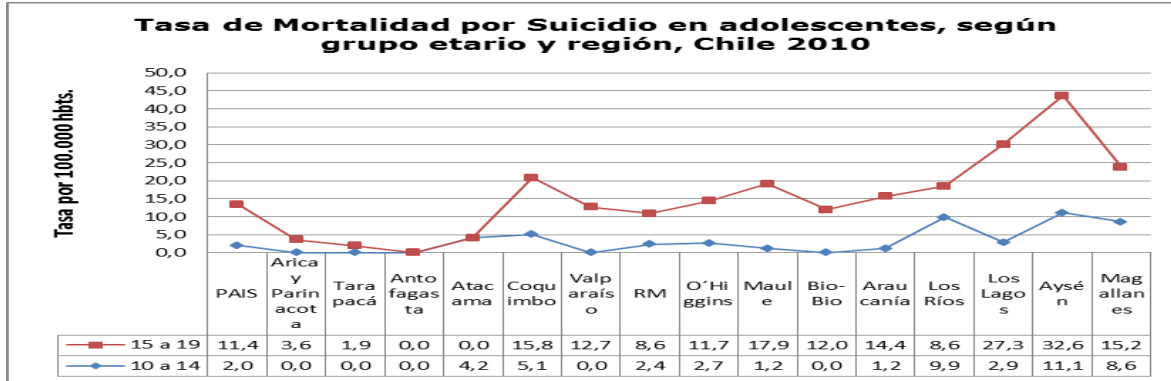
Fuente: Elaboración Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal, 2012

Al analizar la población adolescente por grupos etarios, en el 2010, la región de Aysén presenta la mayor tasa de suicidio en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años (11,1 x 100.000 habitantes) seguida de la región de Los Ríos con 9,9 x 100.000 habitantes. En el grupo de 15 a 19 años, es la Región de Aysén la que concentra la mayor tasa (32,6 x 100.000 habitantes), seguida de Los Lagos (27,3 x 100.000) y Maule con 17,9 x 100.000 habitantes

Al analizar específicamente el grupo de adolescentes, el gráfico N° 18 muestra que para el tramo etario de 10 a 14 años, las regiones que concentran mayores tasas de suicidio son Aysén (11,1 x 100.000 habitantes), Los Ríos (9,9 x 100.000 habitantes) y Coquimbo (5,1 x 100.000 habitantes). Para el grupo de 15 a 19 años las mayores tasas se

concentran nuevamente en la región de Aysén (32,6 x 100.000 habitantes), le siguen Los Lagos (27,3 x 100.000) y Maule (17,9 x 100.000 habitantes).

Gráfico N°18 : Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes, según grupo de edad y región, Chile 2010.



Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal 2012

Al desagregar según sexo, la tabla N° 15 muestra la distribución de muertes por suicidio a nivel regional, observándose en todas las regiones que estas cifras en adolescentes hombres superan ampliamente a las de las mujeres.

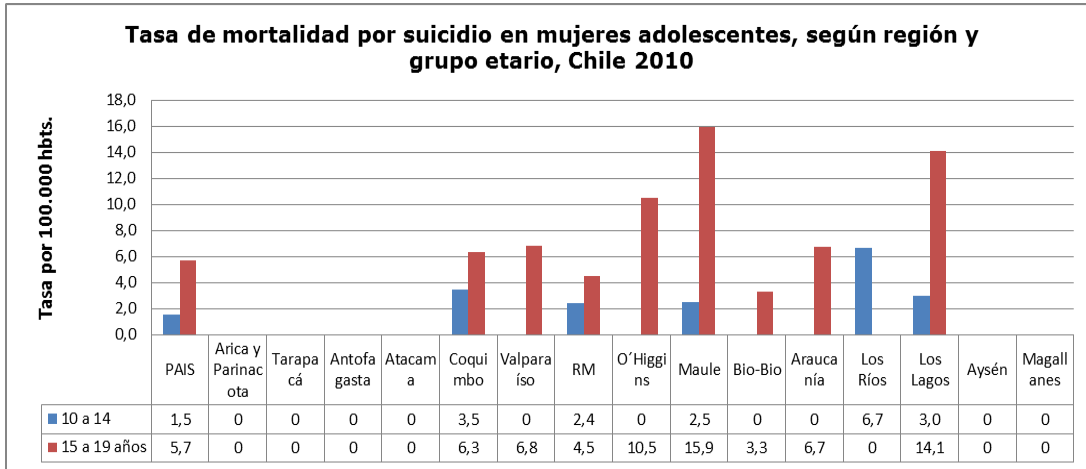
Tabla N°15: Mortalidad por Suicidio, según sexo, grupo de edad y región, Chile 2010

PAIS	De 10 a 14 años				De 15 a 19 años			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
PAIS	17	2,5	10	1,5	127	16,8	42	5,7
Arica y Parinacota	0	0,0	0	0,0	1	11,6	0	0,0
Tarapacá	0	0,0	0	0,0	1	6,9	0	0,0
Antofagasta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Atacama	1	8,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Coquimbo	2	6,7	1	3,5	8	25,2	2	6,3
Valparaíso	0	0,0	0	0,0	14	18,2	5	6,8
RM	6	2,3	6	2,4	37	12,6	13	4,5
O'Higgins	2	5,3	0	0,0	5	12,8	4	10,5
Maule	0	0,0	1	2,5	9	19,8	7	15,9
Bío-Bío	0	0,0	0	0,0	19	20,4	3	3,3
Araucanía	1	2,4	0	0,0	10	21,9	3	6,7
Los Ríos	2	12,9	1	6,7	3	16,8	0	0,0
Los Lagos	1	2,9	1	3,0	15	39,7	5	14,1
Aysén	1	22,3	0	0,0	3	60,8	0	0,0
Magallanes	1	16,9	0	0,0	2	27,4	0	0,0

Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal 2012

Al desagregar según sexo y grupos etarios, vemos que en las regiones del Maule, Los Lagos, Araucanía, Valparaíso y Coquimbo, las mujeres adolescentes de 15 a 19 años son quienes concentran las mayores tasas. (Gráfico N°19)

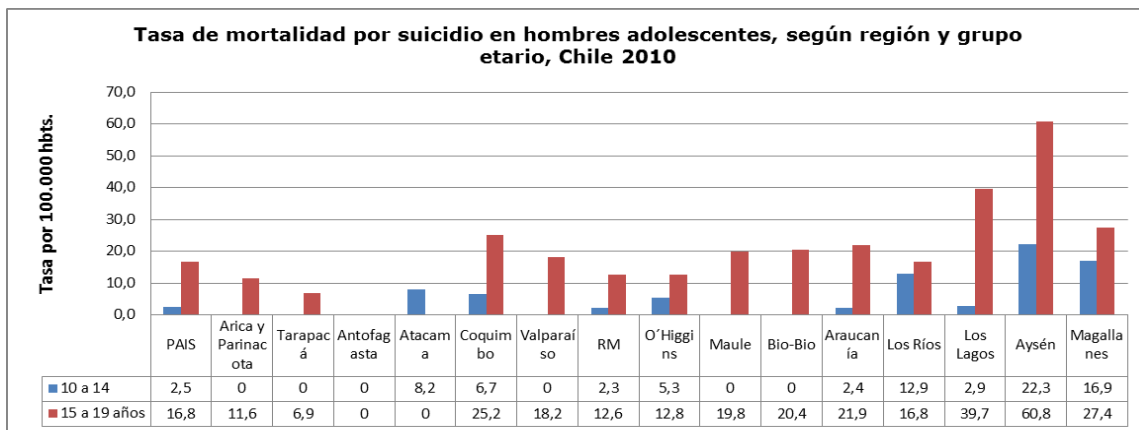
Gráfico N°19 : Tasa de mortalidad por suicidio en mujeres adolescentes, según grupo de edad y región, Chile 2010



Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal.

Del mismo modo, en las regiones de Aysén, Los Lagos, Bío-Bío y Coquimbo, son los hombres adolescentes de 15 a 19 años quienes concentran tasas superiores a 20 x 100.000 habitantes. (Gráfico N° 20)

Gráfico N°20 : Tasa de mortalidad por suicidio en hombres adolescentes, según grupo de edad y región, Chile 2010



Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal 2012

La tabla siguiente presenta la distribución de casos de muertes por suicidio según la región y comuna de residencia; destaca la Región Metropolitana por concentrar el mayor número de casos a nivel país (62 casos), le siguen las regiones de Bío-Bío y Los Lagos con 22 casos. En la Región Metropolitana, las comunas de Huechuraba, La Pintana, Puente Alto, San Bernardo, Recoleta y Quilicura concentran el mayor número de casos. A nivel regional, la comuna de Talcahuano en Bío Bío, concentra el mayor número de casos, y en la región de Los Lagos, las comunas de Osorno y Puerto Montt.

Tabla N°16: Distribución de casos de suicidios en adolescentes de 10 a 19 años, según región y comuna de ocurrencia, Chile, 2010.

Región y Comuna	Casos	Región y Comuna	Casos	Región y Comuna	Casos	Región y Comuna	Casos	Región y Comuna	Casos
Arica y Parinacota		RM	62	O Higgins	11	Bío Bío	22	Los Ríos	6
Arica	1	Santiago	1	Rancagua	4	Florida	1	Valdivia	4
Tarapacá	1	Cerrillos	1	Doñihue	1	Penco	1	Lanco	1
Alto Hospicio	1	Cerro Navia	1	Graneros	2	S. Pedro de la Paz	1	Río Bueno	1
Antofagasta	0	El Bosque	1	Rengo	1	Talcahuano	4	Los Lagos	22
Atacama	1	Estación Central	1	San Vicente	1	Hualpén	1	Puerto Montt	4
Diego de Almagro	1	Huechuraba	7	Sn Fernando	2	Lebu	1	Calbuco	2
Coquimbo	13	Independencia	1	Maule	17	Arauco	1	Fresia	1
La Serena	1	La Cisterna	2	Talca	1	Cañete	2	Ancud	2
Coquimbo	3	La Florida	2	Constitución	1	Tirúa	2	Chonchi	1
Illapel	1	La Pintana	5	Curepto	1	Tucapel	1	Curaco de Vélez	1
Los Vilos	3	Lo Barnechea	1	Empedrado	1	Yumbel	2	Quellón	1
Salamanca	1	Lo Espejo	2	Cauquenes	1	Alto Biobío	1	Osorno	6
Ovalle	2	Lo Prado	1	Curicó	1	Chillán	1	Purranque	1
Combarbalá	1	Maipú	3	Rauco	1	Bulnes	1	San Juan de la Costa	1
Monte Patria	3	Peñalolén	2	Romeral	1	Coihueco	1	San Pablo	1
Valpo	19	Pudahuel	3	Linares	3	Pinto	1	Palena	1
Valparaíso	5	Quilicura	5	Longaví	3	Quillón	2	Aysén	2
Concón	1	Recoleta	5	Parral	1	Araucanía	14	Coihaique	1
Villa Alemana	1	Renca	3	San Javier	1	Temuco	1	Aisén	1

Viña del Mar	5	San Ramón	1	Villa Alegre	1	Carahue	1	Magallanes	3
Los Andes	1	Puente Alto	7	Yerbas Buenas	1	Lautaro	2	Punta Arenas	3
Quillota	1	Pirque	1			Nva.Imperial	1		
Limache	1	Lampa	3			Pucón	1		
Nogales	1	Tiltil	2			Saavedra	1		
San Felipe	3	San Bernardo	5			Villarrica	1		
		Melipilla	1			Angol	2		
		Talagante	1			Collipulli	1		
		Padre Hurtado	1			Lonquimay	2		
		Peñaflor	1			Victoria	1		

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal 2012.

El análisis de los métodos utilizados para el suicidio proporciona una perspectiva útil para abordar el tema de la prevención. La disponibilidad y accesibilidad a medios letales como las armas de fuego u otras armas y los productos tóxicos o venenosos, se correlacionan con un mayor riesgo de suicidio.

Las tablas siguientes muestran la distribución de las muertes por suicidio según el método utilizado para esto; la Tabla N°16 y N° 17 muestran que tanto en adolescentes de ambos sexos de 10 a 14 años, como de 15 a 19 años, el método de elección para el suicidio es el ahorcamiento y las armas de fuego.

Tabla N°17: Distribución porcentual según método utilizado y sexo en adolescentes de 10 a 14 años, Chile 2010

MÉTODO	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	N	%	N	%	N	%
Ahorcamiento, estrangulamiento	23	85,2	14	60,9	9	39,1
Envenenamiento por exposición a medicamentos, sustancias biológicas y plaguicidas	1	3,7	1	100,0	0	0
Armas de fuego	2	7,4	2	100,0	0	0
Otras causas (ahogamiento, caída lugar elevado, arrojarse a objeto en movimiento)	1	3,7	1	100,0	0	0
TOTAL	27	100	18	67	9	33

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal

Tabla N°18: Distribución porcentual según método utilizado y sexo en adolescentes de 15 a 19 años, Chile 2010

MÉTODO	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	N	%	N	%	N	%
Ahorcamiento, estrangulamiento	152	89,9	115	75,7	37	24,3
Armas de fuego	8	4,7	7	87,5	1	12,5
Envenenamiento por exposición a medicamentos, sustancias biológicas y plaguicidas	5	3,0	3	60,0	2	40,0
Otras causas (ahogamiento, caída lugar elevado, arrojarse a objeto en movimiento)	4	2,0	2	50,0	2	50,0
TOTAL	169	100	127	75	42	25

Fuente: Elaboración propia, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de datos DEIS-Minsal 2012



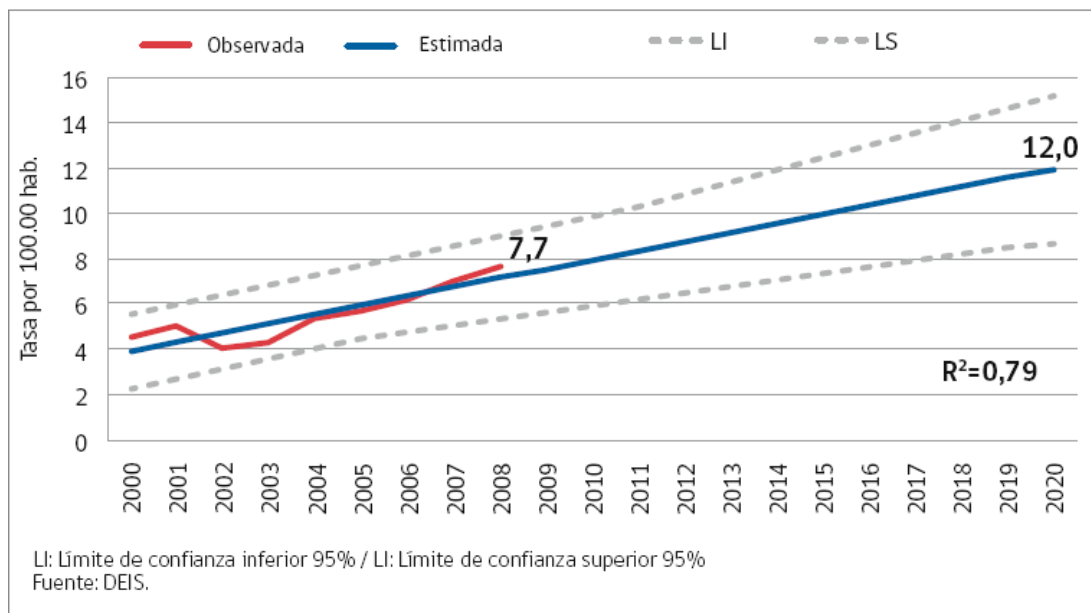
5. ESTRATEGIAS ADOPTADAS EN CHILE PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Estrategia Nacional de Salud 2011-2020

Los objetivos postulados para la década 2011-2020 en la Estrategia Nacional de Salud, obedecen a los problemas más prevalentes de salud en la población. La ENS, contempla la ejecución de 9 objetivos para la década, considerando intervenciones en salud desde los ámbitos de promoción hasta rehabilitación (Minsal, 2011).

En este contexto, el Ministerio de Salud, y dada la actual situación epidemiológica del suicidio en adolescentes, en sus objetivos sanitarios para la década 2011-2020, ha considerado incluir estrategias que permitan **“Disminuir en un 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años”** (Gráfico N° 20).

Gráfico N°21 : Tasa de mortalidad por suicidio en población 10-19 años, observada 2000-2008 y estimada 2010 - 2020.



Estas estrategias propuestas se sustentan en evidencia científica que recomienda, específicamente en el área de suicidio en adolescentes, al menos las siguientes:

- Implementación de un programa de promoción de factores protectores de salud integral de adolescentes y jóvenes (fortalecimiento de la familia y reforzamiento de redes sociales, trabajo con la comunidad escolar),

- Implementación de un programa de prevención de suicidio (fortalecimiento del autocuidado y de habilidades sociales, promoción de estilo de vida saludable, entre otros).
- Entrenamiento de profesionales de atención primaria en detección de riesgo e ideación suicida,
- Entrenamiento a nivel comunitario de detección y referencia oportuna (programas que van dirigidos a la formación de los miembros de la comunidad, “gatekeepers” o facilitadores comunitarios, por ejemplo: carabineros, comerciantes, inspectores de colegios, bomberos, líderes de juntas vecinales, sacerdotes) para identificar y referir a las personas en este grupo de edad que están en riesgo de suicidio.
- Detección temprana y tratamiento de depresión en adolescentes con terapia combinada.
- Desarrollo de un Sistema nacional de información y vigilancia del suicidio en adolescentes y jóvenes.
- Aumentar en forma progresiva y sistemática la cobertura del Control de Salud Integral de adolescentes y jóvenes “**Control del Joven Sano**”, convirtiéndose en la oportunidad de detección de signos y síntomas de alarma que pudieran abordarse a tiempo, previniendo la conducta o acto suicida. Permite, por un lado, evaluar el estado de salud, así como el crecimiento y normal desarrollo y, por otro, identificar precozmente los factores protectores y de riesgo con el objetivo de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo.



Cuadro Nº 1: Resultados esperados para el logro de la meta Disminución de la Tasa de Suicidio Adolescente, ENS 2011-2020.

4,3	Salud Adolescente
RE 1	Trabajo Intersectorial
1.1	Porcentaje de comunas que incorporan componente de promoción de factores protectores de salud integral de adolescentes y jóvenes en su PCPS, por Seremi
1.2	Porcentaje de comunas que incorporen en sus planes comunales de salud, componente de prevención de suicidio, por Seremi
1.3	Porcentaje de comunas que cuentan con la cantidad de "gatekeeper" determinada por el estándar ministerial
RE 2	Detección de casos de riesgo
2.1	Porcentaje de Centros de Salud de AP, que cuentan con al menos 1 profesional capacitado y certificado por cada 10.000 inscritos, certificados en detección de riesgo suicida en los últimos 3 años, por SS
2.2	Porcentaje de Adolescentes y Jóvenes que cuentan con tamizaje de riesgo suicida aplicado, por SS
RE 3	Cobertura y Calidad de la Atención
3.1	Orientaciones Técnicas relacionados a Espacios Amigables/Diferenciados
3.2	Porcentaje de comunas que cuentan con al menos 1 Espacio Amigable/Diferenciado para la atención de adolescentes, por SS
3.3	Porcentaje de población adolescente de 10 a 19 años inscrita, que recibe Control de Salud Integral
3.4	Porcentaje de suicidios de adolescentes y jóvenes que cuentan con auditorías de fichas clínicas, por SS
RE 4	Vigilancia
4.1	Porcentaje de adolescentes y jóvenes con intento de suicidio notificados, que consumaron suicidio dentro de 12 meses
4.2	Porcentaje de servicios de urgencia y SAPU que implementan vigilancia de intentos de suicidio

Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Así mismo, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, dada la actual situación epidemiológica del suicidio en adolescentes, ha incorporado en su Plan de Acción Estratégico 2011-2020, estrategias que permitan disminuir en el futuro la tendencia en aumento que presenta esta tasa en este grupo poblacional, vinculadas plenamente con la ENS 2011-2020.

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, además de contemplar el **Control de Salud Integral como estrategia o puerta de entrada** de esta población al sistema de salud, se encuentra desarrollando múltiples acciones encaminadas al cumplimiento de la meta de impacto, entre las cuales destacan:

- Trabajo conjunto con el Equipo de Salud Mental para incorporar en el control de salud integral un instrumento de tamizaje para la pesquisa de ideación y riesgo suicida, que permita derivar oportunamente al adolescente para su confirmación diagnóstica y atención; “Escala de Suicidalidad de Okasha”.
- Trabajo intersectorial para el desarrollo de estrategias centradas en promoción y promoción de salud, que incorporen a la familia, comunidad escolar, medios de comunicación, tanto a nivel nacional, regional y comunal.
- Desarrollo de marco regulatorio en el contexto de la mejora continua de la calidad del control de salud integral, que defina criterios y estándares para facilitar y resguardar la detección temprana de los problemas de salud mental.

Por otro parte, además de la incorporación al sistema GES de los principales trastornos mentales asociados a la conducta suicida, el Ministerio de Salud ha desarrollado una amplia red de dispositivos de atención en salud mental y psiquiatría:

- Atención de la mayoría de los trastornos mentales de baja a mediana complejidad en los establecimientos de atención primaria
- Equipos de especialidad ambulatoria instalados lo más cerca del domicilio de las personas y trabajando con el enfoque de salud mental comunitaria y familiar
- Creación de hospitales diurnos y servicios de hospitalización psiquiátrica de corta estadía en hospitales generales.



CONCLUSIONES

El suicidio en adolescentes está relacionado con características propias de la etapa del ciclo vital por la cual atraviesan, como por ejemplo, dificultades en el manejo de los impulsos, baja tolerancia a la frustración y la tendencia a reaccionar polarizadamente, en términos de todo o nada. Sin embargo, habitualmente el fin último no es el consumir la muerte, sino más bien parece ser un grito desesperado para obtener ayuda, dado que percibe su situación y a sí mismo como sin posibilidades de salida y/o esperanza.

En la última década, se ha visto a nivel mundial un incremento importante en las tasas de suicidio en este grupo etario, razón por la cual se están desarrollando una serie de estrategias que apuntan a fomentar estilos de vida saludables como practicar deportes en forma sistemática, tener una sexualidad responsable, no adquirir hábitos tóxicos como fumar o beber alcohol, desarrollar intereses que les permitan tener un uso adecuado de su tiempo libre.

El suicidio en adolescentes ha ido aumentando en los últimos años, es así como la tasa en adolescentes de 10 a 19 años aumentó de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y 2010, siendo los adolescentes hombres quienes registran una mayor tasa, casi 3 veces más que en las adolescentes mujeres (10 por 100.000 en hombres (144 casos), 3,8 x 100.000 en mujeres, 52 casos).

La información contenida en este documento muestra que son los adolescentes hombres los que concentran el mayor número de muertes, sin embargo, la evidencia refiere que son las adolescentes mujeres quienes concentran el mayor número de intentos suicida.

La frecuencia del suicidio también varía según el lugar de residencia, donde el número de suicidios es mayor en las poblaciones o zonas urbanas, con una razón promedio de 4:1.

Respecto de los métodos utilizados, se observa que es el ahorcamiento o estrangulamiento, junto al envenenamiento, los que se correlacionan con un mayor riesgo de suicidio en nuestro país.

El comportamiento suicida es multifactorial (individual, familiar, sociodemográfico, además de la presencia de estresores), y está asociado a conductas de alto riesgo, por tanto es imperativo que los equipos de profesionales de salud que prestan asistencia a adolescentes cuenten con herramientas que les permitan identificar cuando un/a adolescente está en riesgo de cometer un suicidio.

En este contexto, y a partir del año 2014, se incorporará como una nueva acción dentro del control de salud integral de adolescentes “Control Joven Sano”, la aplicación de la “Escala de Suicidalidad de Okasha”, instrumento que posee buena sensibilidad en la pesquisa de ideación e intento suicida en población adolescente de 14 a 19 años. Esta escala, validada en Chile en el año 2009, es auto administrada, formada por 4 preguntas,

donde las tres primeras exploran ideación suicida y la cuarta consulta sobre intento de suicidio. Esta escala puede complementar pero nunca sustituir una evaluación clínica, por lo tanto él o la adolescente deberá siempre ser evaluado clínicamente con anamnesis buscando factores de riesgo (trastornos del ánimo, antecedentes de suicidalidad previa, consumo indebido de alcohol y/o drogas, trastornos conductuales, desesperanza, impulsividad, otros).



BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Medical Association. (2003). Boletín Temático "Suicidio Juvenil". Unidos para prevenir la violencia juvenil, una guía para médicos y profesionales de la salud.
- 2.- Canetto SS, M. R. (1997). Gender and suicidal behavior: Theories and evidence. Review of suicidology. New York, 138-67.
- 3.- Cendales R, V. C. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia 1985-2002. Revista Panamericana de Salud Pública, 231-8.
- 4.- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. Revista Médica de Chile, 1529-1533.
- 5.- Hatzenbuehler, M. (2011). The Social Environment and Suicide Attempts in Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. Pediatrics, Vol.127, pp.896-903.
- 6.- INE. (2009). Proyecciones Poblacionales 1990-2020. Santiago.
INJUV. (2010). 6º Encuesta Nacional de Juventud. Ministerio de Desarrollo Social. Santiago.
- 7.- Kann, L. O. (2011). Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among Students in Grades 9-12. EEUU: Division of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- 8.- Keith Hawton, K. v. (2009). Seminar on Suicide. The Lancet.
- 9.- Klomek, A. S. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. The Canadian Journal of Psychiatry, Vol.55, pp.282-288.
- 10.- Lopes P, P. D. (2001). Tentativa de suicidio na adolescencia: avaliacao do efeito de genero na depressao e personalidade. Psicologia, Saude & Doencas, 2(1), 47-57.
- 11.- Ministerio de Desarrollo Social. (2009). Encuesta de Caracterización Económica, CASEN . Santiago.
- 12.- MINSAL. (2010). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Santiago.
- 13.- MINSAL. (2011). Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los objetivos de la década 2011-2020. Santiago: Minsal.
- 14.- OECD. (2011). Health at a Glance: OECD Indicators. Obtenido de Health at a Glance: OECD Indicators: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

15.- OMS. (1999). Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Ginebra: OMS.

16.- OMS. (2004). Informe Sobre la Salud en el mundo. Ginebra: OMS.

17.- OMS. (2008). MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Ginebra: OMS.

18.- OMS. (2010). Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Paraná: Ediciones de la OMS.

19.- OPS. (2002). Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Whashington, DC: OMS/OPS.

20.- OPS. (2010). Mortalidad por Suicidio en la Américas: Informe Regional. OMS.

21.- PUC. (2009). Prevención de la violencia que afecta a jóvenes y adolescentes: Violencia Autoinflingida. Diploma Desarrollo y Salud Integral del Adolescentes.

22.- Real Academia Española. (1992). Diccionario de la Lengua Española . Madrid: 21 ed: Real Academia Española.

23.- Stefanello S, d. S. (2008). Gender differentiation in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinos, Brasil. Rev Bras Psiquiatr, 30(2):139-43.

24.- Tsigotis K, G. W. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. Med Sci Monit, 17(8):PH65-70.

Documento Elaborado por
Mat. Pamela Burdiles Fraile.
VºBº Dra. Sylvia Santander Rigollet
Depto. de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
2013