



# DOCUMENTO TÉCNICO: ANSIEDAD, ANGUSTIA, DEPRESIÓN Y SUICIDIO

PROGRAMA HABLEMOS DE TODO - INJUV

## INTRODUCCIÓN

En el marco de la Asesoría para el Diseño Integral del Programa Hablemos de Todo (HDT), el presente documento contiene los principales factores de riesgo que afectan a la población juvenil en términos físicos, mentales y sociales. Su función es servir de fundamento técnico para la validación de las temáticas basales del Programa HDT con los actores relevantes (jóvenes, organizaciones de la sociedad civil, intersector) y la creación de contenidos en lenguaje web para el programa HDT. Por tal razón, y en base a lo establecido en los Términos de Referencia de la consultoría, el objetivo es dar cuenta de una revisión teórica de las principales temáticas que afectan el bienestar y autocuidado de las y los jóvenes, incluyendo una conceptualización de cada una de ellas, datos cuantitativos respecto de su prevalencia y percepción de importancia entre los/las jóvenes, y complementando esta visión con políticas públicas nacionales e internacionales. Esta revisión contempla referencias tanto del ámbito académico, como de organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales.

Cuando se inició el trabajo a finales de diciembre 2019, el punto de partida fueron las dimensiones temáticas de referencia del programa Hablemos de Todo de Argentina, contextualizadas a la realidad social de Chile (algunos temas fueron eliminados en ese proceso por considerarlos no atingentes); adicionalmente se realizó una búsqueda amplia de otras posibles problemáticas a incluir en función de su relevancia para las juventudes en Chile, desde un punto de vista de percepciones (encuestas de opinión) y epidemiológico; teniendo como criterio de selección que existiese alguna oferta programática en Chile para cada problemática, de manera que fuese posible ofrecer recursos de apoyo concreto a la población joven del país.

A través de ese proceso inicial de ampliación se llegó a un listado de 20 posibles temas. El 24 de enero de 2020, en reunión con la contraparte, se acortó ese listado a 14 temas que serían los que se trabajarían en detalle en el documento técnico y se presentarían a las y los jóvenes para la primera fase de validación, de la cual debían emerger los 10 temas definitivos. Con posterioridad, se realizó una redefinición que significó reducir a priori el listado a 8 temáticas, que son las que pasarán a validación y se presentan en este documento.

Cada una de las problemáticas fue agrupada a partir de temas/capítulos. Cabe señalar que todas ellas se estructuran de la siguiente forma: problematización (que da cuenta sobre los debates teóricos conceptuales sobre la dimensión); evidencia empírica nacional (que describe cuantitativamente el panorama actual de la problemática en el país); y oferta programática (revisión de las principales políticas públicas nacionales que abordan cada una de las problemáticas). Junto con ello, se muestra la evidencia internacional (se revisan y describen las cifras internacionales de cada una de las problemáticas) y también se incorporan medidas internacionales (que dan cuenta de las principales políticas públicas en el ámbito internacional, además de buenas prácticas). A partir de todo ello, y de acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia de la Asesoría, se pretende describir el panorama general de los principales riesgos físicos, mentales y sociales que afectan a la población juvenil en Chile.

La juventud<sup>1</sup> resulta un concepto teórico que posee una multiplicidad de perspectivas de aproximación<sup>2</sup>. Para fines de este documento, justamente se comprende que “la juventud, como

1 El documento también presenta evidencia acerca de la adolescencia. No obstante, se mantiene la noción conceptual del INJUV.

2 Álvarez (2016) distingue diversas entradas que han caracterizado este campo de estudio, reconociendo tres enfoques principales, a saber: el de enfoque sociodemográfico donde la categoría de juventud se constituye desde

toda categoría socialmente constituida, que alude a fenómenos existentes, tiene que ser analizada desde los distintos aspectos simbólicos, materiales, históricos y políticos en los que toda producción social se desenvuelve” (Margulis y Urresti, 1996). Esto implica reconocer las diversas formas de ser y hacerse joven en el contexto de una sociedad histórica determinada; las prácticas y significaciones culturales que despliegan quienes son considerados socialmente como jóvenes; los imaginarios sociales construidos en torno a la noción de juventud; reconociendo a su vez, la conflictividad social en los modos de relación generacional que se ejercen en nuestras sociedades adultocéntricas (Duarte, 2016).

Por este mismo motivo, las juventudes residentes en Chile no deben tomarse un por grupo homogéneo; contrario a ello, estas tienen sus propias diversidades. El país actualmente vive un proceso de expansión de la pluralidad (Rubio, 2012), lo cual ha causado que fenómenos como el aumento de la migración<sup>3</sup> afecten la construcción social de las juventudes, generando cambios en este grupo poblacional durante los últimos años y meses (INJUV, 2019).

La Novena Encuesta Nacional de la Juventud (2019) demuestra la diversidad de las juventudes en Chile, contextualizando que el 10,5% de las y los jóvenes se siente parte de algún pueblo originario y el 4,8% declara haber nacido en otro país. Acerca de la sexualidad y el género de las y los jóvenes en Chile, la misma encuesta demuestra que el 9,5% de las y los jóvenes declara una orientación sexual diferente a la heterosexual o no responde ante dicha pregunta y el 2,1% declara que su sexo no coincide con su percepción de género. Sumado a ello, 1 de cada 4 jóvenes es madre o padre, y el 48% se encuentra soltera o soltero.

Además de dichos antecedentes, la pluralidad también se manifiesta en los modos de participación de las y los jóvenes en Chile, en donde aproximadamente la mitad de este grupo poblacional declara haber participado en alguna organización social en el último año. Cabe destacar que el 14,4% corresponde a organizaciones que defienden una causa o ideal u organizaciones de identidad cultural (INJUV, 2019).

En ese sentido, se trata de reconocer a las juventudes como portadoras de diferencias y singularidades. Para recoger la riqueza propia de aquella pluralidad, se requiere de miradas caleidoscópicas hacia y/o desde el mundo juvenil que permitan un acercamiento a su complejidad constitutiva e irreductible; viendo a las y los jóvenes como sujetos con capacidades y potencialidades, considerándoles como actores en tiempo presente en las sociedades en que habitan (Duarte, 2000).

Para comprender la complejidad de los problemas que inciden en la salud de las y los jóvenes, es necesario identificar los factores de riesgo y de protección presentes en su ambiente físico y humano (Bronfenbrenner, 1979; Compas y Reeslund, 2009). Los impactos de estos factores de riesgo en la salud física y mental dependen de la capacidad de abordarlos mediante la activación y desarrollo de factores protectores que contribuyan a generar interacciones favorables con su entorno (Munist et al., 1998).

Respecto a lo anterior, los factores de riesgo se comprenden como la probabilidad que tiene un individuo de sufrir en el futuro un daño en su salud y se encuentran estrechamente relacionados

---

rangos de edad y como preparación de la vida adulta; el enfoque conservador, adultocéntrico y psicológico, cuya preocupación radica en la maduración psicobiológica del sujeto juvenil, y el enfoque sociocultural, donde se asume que el concepto de juventud está socialmente construido.

3 Información extraída de <https://www.extranjeria.gob.cl/noticias/poblacion-extranjera-en-chile-aumentaron-un-19-en-relacion-a-2018/>. Fecha de consulta: 28 de septiembre 2020.

con determinantes sociales, psicológicos, conductuales, ambientales y biológicos, y la calidad del acceso servicios, como los de salud (Munist et al., 1998). Por su parte, los factores protectores son aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del individuo o que disminuyen el riesgo de un desarrollo alterado; se pueden potenciar, destacando y desarrollando las mejores herramientas en cada persona para enfrentar la adversidad (Bronfenbrenner, 1979; Munist et al., 1998). De este modo, el presente documento ahonda en los principales factores de riesgo que afectan a la población juvenil, buscando que la ejecución del Programa Hablemos de Todo potencie y desarrolle factores protectores que garanticen la protección y desarrollo de las juventudes, desde un enfoque basado en derechos humanos<sup>4</sup>.

En cuanto a la estructura del documento, el primer capítulo denominado Salud Sexual y Reproductiva aborda tanto las problemáticas de VIH/Sida e ITS como de Embarazo Adolescente. El segundo capítulo denominado Violencia en jóvenes hace referencia a los distintos tipos de violencia y discriminación a los que se ve expuesta la población juvenil. El tercer capítulo aborda el tema de Salud Mental en jóvenes, específicamente la Angustia, la depresión y el suicidio, así como también el Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Finalmente, el cuarto capítulo refiere al Acoso en Jóvenes, que involucra y afecta tanto a quienes lo ejercen como a quienes son víctimas, especificándose tanto el Bullying y cyberbullying como el Ciberacoso. Al ser un documento eminentemente descriptivo, más que analítico, no se ha considerado un apartado de conclusiones, ni una discusión de hallazgos.

## CAPÍTULO: SALUD MENTAL

La OMS define la Salud Mental como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”<sup>5</sup>. En ese sentido, la salud mental es parte integral de la salud de las personas y posibilita tanto el bienestar individual como el funcionamiento eficaz de una comunidad.

Por su parte, el Ministerio de Salud en Chile, define salud mental como:

la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (Minsal, 2017, p.31)

Al igual como sucede con la salud en general, la Salud Mental no solo se encuentra condicionada por características individuales, tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con otros, sino que también por factores sociales, culturales, económicos, políticos, físicos y ambientales también moldean la experiencia de salud mental de las personas. Así, la pobreza, los bajos niveles de educación, la violencia de género, las malas

4 Este enfoque supone analizar las normas de género, las diferentes formas de discriminación y los desequilibrios de poder, a fin de garantizar el acceso a las ofertas a dichos grupos de la población. A la vez, las intervenciones han de basarse en los principios de los derechos humanos, a saber: universalidad e inalienabilidad; indivisibilidad; interdependencia e interrelación; igualdad y no discriminación; participación e inclusión; rendición de cuentas y estado de derecho (ONU, 2003).

5 Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

condiciones de la vivienda, los bajos ingresos, el maltrato infantil, la exposición a las adversidades a edades tempranas, la pertenencia a minorías sexuales y étnicas, entre otros, se configuran como factores de riesgo para la salud mental (Minsal, 2017; OMS, 2013).

Además, los problemas de salud mental afectan en mayor medida a las personas con menor nivel educacional, a las y los más jóvenes, a las mujeres, impactan de manera particular a personas de pueblos originarios y empiezan tempranamente en la vida, entre las niñas y los niños de 4 a 11 años, el 27,8% presenta alguno de estos trastornos (Vicente et al., 2016). Ejemplo de esto es que las mujeres sufren violencia de género, aumentan el doble sus probabilidades de sufrir depresión, en 87% de sufrir trastorno por consumo problemático y en 4 veces el riesgo de suicidio (Minsal, 2017), o que la prevalencia de depresión en los últimos 12 meses es mayor en mujeres chilenas (10,1%) que en hombres chilenos (2,1%) (Minsal, 2018), así como en el nivel educacional más bajo (20,8%) (Minsal, 2017). Por lo tanto, dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales corren un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental.

Entre los grupos de mayor riesgo se encuentra la población juvenil, ya que se tienen propensión de vivir situaciones que les lleven a desestabilizarse y querer, inclusive, acabar con su vida. En este sentido, las y los jóvenes con problemas de salud mental sobrellevan una doble exclusión: su condición juvenil y su salud mental que les hacen más vulnerables. Igualmente, dentro de este grupo, las y los más afectados por bajos niveles de salud mental son las y los jóvenes de bajos recursos, ya que carecen de soporte social y; junto con ellos, las mujeres jóvenes, por sus elevados niveles de riesgo de trastorno emocional (Irrarázaval, 2019). De este modo, es importante poner atención a este segmento de la población.

En el año 2018, la OMS dedicó el Día Mundial de la Salud Mental especialmente para hablar de las y los jóvenes. Dando cuenta que alrededor de un 20% de niñas, niños y adolescentes tienen problemas de salud mental en el mundo, y al menos la mitad de los casos comienza antes de los 14 años. A la vez, el suicidio se instala como la segunda causa de muerte de jóvenes entre 15 y 29 años en todo el mundo (Siebert, 2018).

Para un mejor entendimiento de la condición de la Salud Mental, es necesario realizar una distinción entre esta y los trastornos mentales, que, si bien se encuentran relacionados, no refieren a lo mismo. Aun así, para asegurar una buena salud mental para todas y todos, es fundamental atender y dar respuestas a quienes padecen de trastornos mentales.

Los trastornos mentales comprenden una amplia gama de enfermedades que tienen diversos y específicos síntomas, pero todas tienen en común que afectan las emociones, sentimientos y el comportamiento de las personas afectadas. Factores como el estrés, la herencia genética, la alimentación y los riesgos ambientales pueden causar trastornos mentales<sup>6</sup>.

Desde otra perspectiva, los trastornos mentales se asocian a obstáculos para la manifestación de las capacidades humanas (intelectuales, emocionales, afiliativas, morales, etc.) y por tanto más que enfermedades serían grupos de comportamientos que varían (Minsal, 2017).

Las personas con trastornos mentales presentan tasas muy elevadas de discapacidad y mortalidad. Por ejemplo, una persona con depresión, tiene una probabilidad de muerte prematura entre un 40% y 60% mayor que la población general, debido a muchos problemas de salud física que no

<sup>6</sup> Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

son oportunamente atendidos y/o al suicidio (OMS, 2013).

Por otro lado, los trastornos mentales constituyen factores de riesgo de otras enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, infección por VIH, entre otras, y, a su vez, se ven influidos por estas. Además, existe una coincidencia considerable entre trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias. De hecho, tomados en conjunto los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, representan un 13% de la carga mundial de morbilidad en el 2004 (OMS, 2013).

Adicionalmente, los trastornos mentales con frecuencia llevan a las personas y sus familias a la pobreza, exacerbando su marginación y vulnerabilidad. Así como también sufren de la discriminación y estigmatización, siendo víctimas de violaciones de los derechos humanos, negándoles muchas veces derechos económicos, sociales y culturales, reproductivos, civiles y políticos, generándoles restricciones para el trabajo y la educación, contraer matrimonio, fundar una familia y votar. De este modo, las personas con trastornos mentales suelen vivir excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales (OMS, 2013).

Sin embargo, los trastornos mentales no son necesariamente condición de una mala salud mental (aun cuando pueden condicionarla bastante), ya que personas que padecen de un trastorno mental, pueden gozar de un nivel alto de salud mental si recibe un tratamiento adecuado, cuenta con buenas y dignas condiciones de vida (acceso a vivienda, trabajo, educación), formas de protección social adecuadas y, un clima social y cultural de respeto por las diferencias. A la inversa, una persona sin trastorno mental, puede tener un nivel bajo de salud mental si no cuenta con las oportunidades de realización de sus capacidades para lidiar con sus problemas cotidianos (Minsal, 2017).

Por lo tanto, las políticas nacionales de salud mental no pueden ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino que deben reconocer y abordar cuestiones amplias, donde se fomente la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Así como también, trabajar en conjunto con otros servicios y sectores: educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, asistencia social. Por otro lado, es necesario que las políticas relativas a la salud mental no solo protejan y promuevan el bienestar mental, sino que se satisfagan las necesidades de las personas con trastornos de salud mental<sup>7</sup>.

De este modo, la promoción de la salud mental consistiría en la generación de acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas mantener y adoptar modos de vida saludables. La necesidad de un ambiente de respeto y protección de los derechos, civiles, políticos socioeconómicos y culturales básicos es crucial cuando se habla de salud mental<sup>8</sup>.

Frente a esta manera de abordar la salud mental, la OMS (2013) plantea la importancia de la prevención para evitar la angustia y las enfermedades mentales entre adolescentes y jóvenes, para ello: 1. Propone que se deben enseñar los signos y síntomas que alertan un posible inicio de enfermedad mental, de manera que las personas logren reconocerlos y entenderlos; 2. Otorga a mundos adultos, entornos comunitarios e instituciones como las escuelas el rol de apoyo psicosocial para

7 Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

8 Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

niñas, niños y jóvenes; 3. Recalca el deber iniciar, mejorar o ampliar la capacitación de profesionales sanitarios para que puedan detectar y tratar trastornos mentales.

Ahora bien, aun cuando la salud mental constituye un tema importante para los sistemas de salud de todo el mundo, todavía quedan muchos desafíos para que esta se consiga a nivel mundial y de manera equitativa en todos los grupos sociales (OMS, 2013). Los sistemas de salud no han dado respuestas adecuadas a la carga de trastornos mentales existentes, por lo que la diferencia entre la necesidad de tratamiento y la prestación es muy grande. Lo mismo ocurre con la necesidad de apoyo y atención social. Esto es aún más problemático en los países de ingresos bajos y medios, donde entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento, aunque, la cifra también es elevada los países de ingresos altos: entre un 35% y un 50%<sup>9</sup>

Irarrázaval (2019) plantea que, dado que los trastornos mentales se encuentran muchas veces asociados a otras enfermedades o bien, configuran factores de riesgo común, inclusive en términos de terminar con la propia vida, requieren que se realicen intervenciones que vinculen estos elementos y que permitan la movilización de recursos comunes. Y que, dado los elevados números que presentan las juventudes en términos de falta de salud mental, la atención prioritaria en el diseño de iniciativas públicas y/o privadas, destinadas a mejorar los niveles de salud, debiese estar pensada para dicho grupo (Irarrázaval, 2019).

Pese a que se reconoce la importancia de la salud mental en jóvenes, y existe conocimiento respecto al deber mejorar los diagnósticos a edades tempranas, el acceso a consultas, el acceso a tratamientos, y prevenir factores de riesgo, las acciones programáticas y políticas han sido lentas. Sobre todo, dada la consideración que estas medidas resultan fundamentales para controlar y disminuir las tasas de suicidio en las y los jóvenes (Irarrázaval, 2019).

## **ANSIEDAD, ANGUSTIA, DEPRESIÓN Y SUICIDIO**

La ansiedad es una respuesta común y normal de las personas ante situaciones de amenaza o estrés, la cual genera una sensación de nerviosismo, preocupación o malestar. Esta emoción desencadena una respuesta de lucha o huida, causando cambios a nivel fisiológicos (incremento del flujo sanguíneo en los músculos y corazón, otorgar energía y fuerza), y cumple una función de adaptación o supervivencia que permite a la personas ser más productivas y afrontar las situaciones de amenaza u estrés (Barnhill, 2020; SanaMente, 2020). Sin embargo, cuando aparecen síntomas de ansiedad sin motivos aparentes o el nivel de ansiedad ante una situación es desproporcionado respecto del que debería, convirtiéndose en un malestar importante y un obstáculo para llevar una vida normal, se convierte en un trastorno (Instituto Nacional del Cancer, s.f; SanaMente, 2020).

Los trastornos de ansiedad son más frecuentes que cualquier otra clase de trastorno mental (Barnhill, 2020) y existen diversos tipos de trastornos de ansiedad, algunos de ellos son: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico (trastorno de angustia), trastorno por estrés postraumático y las fobias. Los síntomas pueden incluir la sudoración, inquietud, irritabilidad, fatiga, falta de concentración, problemas para dormir, dificultad para respirar, latidos cardíacos rápidos y mareo, síntomas que además pueden empeorar con el tiempo (Ins-

<sup>9</sup> Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

tituto Nacional del Cancer, s.f). El trastorno es diagnosticado cuando dichos síntomas de ansiedad aparecen con frecuencia, en momentos inapropiados y con tal intensidad y duración que producen deterioro del funcionamiento psicosocial (relaciones sociales y familiares, el trabajo, la escuela) y fisiológico (dificultad para respirar, mareos, sudoración, taquicardia y/o temblores), alterando la forma de vida de la persona (no salir a la calle, evitar hablar o comer en público) (Barnhill, 2020; SanaMente, 2020; Sociedad Española de Medicina Interna, s.f).

Las causas de los trastornos de ansiedad no se encuentran plenamente identificadas, no obstante, son asociadas a factores genéticos (incluidos antecedentes familiares por trastorno de ansiedad); factores ambientales y del entorno (hechos traumático o estresantes); perfil psicológico y estado físico (Barnhill, 2020; Instituto Nacional del Cancer, s.f). También se ha descubierto que puede ser un factor aprendido al vivir con personas ansiosas y que en ocasiones es desarrollado personas que sufren de depresión (Barnhill, 2020).

Respecto del tratamiento de los trastornos de ansiedad, se ha demostrado que la terapia farmacológica y la psicoterapia son eficaces cuando son aplicadas apropiadamente, ayudando a las personas a manejar y controlar sus síntomas, mejorando así su calidad de vida (Barnhill, 2020; SanaMente, 2020). Cabe destacar la importancia de la precisión del diagnóstico para el logro de la eficacia de los tratamientos. Por ejemplo, es necesario distinguir entre la existencia de trastornos de ansiedad y otros trastornos de salud mental que incluyen síntomas de ansiedad, ya que requieren enfoques terapéuticos distintos (Barnhill, 2020).

La angustia, por su parte, es un sentimiento en el que la persona piensa y siente que no puede aliviar el sentimiento que le desespera, y ese estado de indefensión le impide ser libre (Sierra, et al., 2003). En otras palabras,

es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto, es decir, la capacidad de dirigir sus actos. En ella participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, por lo que conlleva inevitablemente un abordaje integral desde todos los campos mencionados. (Sierra, et al., 2003)

Por otro lado, las crisis de angustia son un “breve periodo de angustia, ansiedad o miedo extremo que comienza repentinamente y se acompaña de síntomas físicos y/o emocionales” (Barnhill, 2018). Entre sus síntomas están la taquicardia, exceso de calor, sensación de ahogo, náuseas, mareo, sudoración, entre otros (Ayuso, 1988; Barnhill, 2018), los cuales aparecen por aproximadamente 10 minutos y desaparecen rápidamente (Barnhill, 2018). No existe una frecuencia determinada de las crisis, algunas personas pueden sufrir de crisis semanales o diarias durante meses, mientras que otras pueden sufrir de varias crisis diarias y luego periodos sin síntomas (Barnhill, 2018). Cabe mencionar que las crisis de angustia pueden ocurrir como parte de cualquier trastorno de ansiedad y algunos trastornos psicopatológicos (Barnhill, 2018; Tortella-Feliu, 2014). La prevalencia anual de las crisis de angustia es de 11% en adultos y su recuperación suele ser sin tratamiento, sin embargo, existen personas que desarrollan trastorno de angustia de estas crisis (Barnhill, 2018).

El trastorno de angustia ocurre cuando la persona está preocupada excesivamente por sufrir más crisis de angustias y/o cambia su comportamiento para evitar las crisis (Barnhill, 2018; Tortella-Feliu, 2014). La prevalencia anual del trastorno de angustia es del 2-3% de la población y las mujeres tienen un riesgo 2 veces mayor de padecerlo que los hombres (Barnhill, 2018). Las conse-

cuencias que conlleva este trastorno son el deterioro del funcionamiento fisiológico, psicológico y social del individuo (Sierra, et al., 2003). Y es posible de tratar con fármacos como antidepresivos y ansiolíticos (Barnhill, 2018).

En el caso de la población joven, en general las crisis de angustia son producidas sin desencadenante aparente y con el tiempo las personas afectadas comienzan a evitar los lugares asociados a las crisis. Se debe prestar atención a estos síntomas, ya que el trastorno de angustia habitualmente inicia en la adolescencia y juventud, y una de las características que se le atribuye a este grupo etario con trastorno de angustia es la de faltar a la escuela, aislándose y pudiendo incluso desarrollar conductas suicidas<sup>10</sup> (Elia, 2019).

Los trastornos depresivos, o comúnmente llamada depresión, es una condición de salud cada vez más frecuente en todo el mundo, afectando aproximadamente a 300 millones de personas. Esta es diagnosticable y se diferencia de los sentimientos de tristeza, estrés o temor que cualquier individuo puede sentir ocasionalmente en su vida (OMS, 2020).

La depresión consiste en un trastorno del estado del ánimo que causa síntomas de angustia, que afectan cómo la persona se siente, piensa y coordina sus actividades diarias en los distintos ámbitos de su vida (escolar, laboral, familiar, etc.). Este trastorno, se caracteriza por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración, generando gran sufrimiento a quienes lo padecen (National Institute of Mental Health [NIMH], 2016; OPS, 2017). Es por ello que se le asocia un efecto discapacitante, ya que impacta negativamente en la calidad de vida de las personas y su familia (Minsal, s.f). Esta enfermedad puede ser recurrente o duradera, pero para recibir un diagnóstico, estos síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días y durante por lo menos dos semanas (NIMH, 2016; OPS, 2017).

A la vez, la depresión, acrecienta el riesgo a sufrir otras enfermedades mentales y también físicas como es el caso de los infartos y la diabetes, que, a su vez, pueden provocar depresión. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio (OMS, 2020). Si bien la depresión puede ocurrir a cualquier edad, la edad más frecuente es a los 14 años en promedio<sup>11</sup> o entre los 20 y 30 años. Además, a menudo ocurre con otros problemas mentales, el abuso de sustancias u otros problemas de salud (NIMH, 2018).

Es recomendable tratar la depresión, puesto que existen tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces para su cura, orientados a reducir o eliminar los síntomas y estimular recursos personales y sociales de autoayuda (Minsal, s.f). Sin embargo, más de la mitad de quienes la padecen en todo el mundo no reciben esos tratamientos, por obstáculos como la falta de recursos y personal capacitado para una atención eficaz, error en los diagnósticos, además de la estigmatización que tienen los trastornos mentales. De hecho, en países con todos los tipos de ingresos, las personas con depresión son a menudo diagnosticadas de manera equivocada y quienes no padecen la enfermedad son tratadas con antidepresivos (OMS, 2020).

El suicidio es un fenómeno universal y atemporal que tiene diversas concepciones culturales, sociales y políticas. Ha sido definido por la OMS 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, cualquiera sea el

10 La conducta suicida abarca desde la ideación hasta el suicidio consumado, incluyendo el intento de suicidio.

11 Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (OMS, 1976, como se citó en Minsal, 2013a). Definición que concuerda con lo que plantea Durkheim (1897), quien lo señala como un caso de muerte ejecutado por la propia víctima, sabiendo que está produciendo dicho resultado, por lo tanto, debe existir una ideación, un intento y luego la consumación.

Para comprender de mejor manera el fenómeno del suicidio es necesario reconocer los conceptos de suicidabilidad, ideación suicida, parasuicidio (o gesto suicida), y suicidio consumado. La suicidabilidad es entendida como un continuo, considera desde la ocurrencia del suicidio hasta la consecución de este, es decir, contempla la ideación, la planificación y el intento suicida. La ideación suicida son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. El parasuicidio (o gesto suicida) es la acción destructiva no letal que comente una persona sin intenciones serias de quitarse la vida, siendo considerada como una manipulación o un requerimiento de ayuda. El intento suicida, por su parte, son las conductas o actos en que una persona busca intencionalmente causarse daño hasta alcanzar la muerte, pero no logra la consumación de ésta. Por último, el suicidio consumado, sucede cuando una persona de manera voluntaria e intencional termina con su vida. Se distingue de por la fatalidad y la premeditación (Minsal, 2013a).

El suicidio es también un fenómeno complejo en donde se imbrican múltiples causas, ya que los factores de riesgo asociados suelen interactuar, combinarse y potenciarse. Es por ello que una persona que comete suicidio puede estar expuesta a múltiples factores de riesgo, los que aumentan la vulnerabilidad de la persona al comportamiento suicida (García de Jalón y Peralta, 2002; Hawton y Van Heeringen, 2009).

Los factores de riesgo pueden ser de carácter sociodemográficos, biopsicosociales y/o ambientales (Minsal, 2013a). La OMS (2019) señala que las conductas suicidas se ven estrechamente ligadas a las experiencias relacionadas con conflictos, violencia, abuso, pérdidas y sensación de aislamiento, hecho demostrado en las elevadas tasas de suicidio de personas pertenecientes a grupos históricamente excluidos que son víctimas de discriminación (OMS, 2019). No obstante, el suicidio tiende a ser asociado principalmente con trastornos mentales como la depresión y el consumo de sustancias, cuestión bien estudiada en países de altos ingresos. Cabe destacar que existen muchos suicidios que se producen de manera impulsiva en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida cotidiana (OMS, 2019).

Según la OMS (2019c), anualmente, alrededor de 800.000 personas se quitan la vida, pero el número de quienes intentan hacerlo es mucho mayor. Los métodos más comunes son la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego (OMS, 2019). Quienes mueren por suicidio, la mayoría de las veces pasan una serie de etapas de la conducta suicida, la cual contempla la ideación suicida, la planificación, el intento y, finalmente, el suicidio consumado (Dávila y Luna, 2019). Esto es relevante porque el intento de suicidio constituye el factor principal de riesgo del suicidio consumado<sup>12</sup> y genera una alta carga social y económica para los servicios de salud en el tratamiento de lesiones, el impacto psicológico y social, que muchas veces llevan a discapacidades a largo plazo de la persona (Dávila y Luna, 2019).

De este modo, el suicidio es un problema de salud pública que afecta a todas las regiones del mundo, con una gran carga económica, social y psicológica para las personas, familias, comu-

<sup>12</sup> Otros factores de riesgo, particularmente para adolescentes, son la presencia de otras enfermedades mentales, el consumo de alcohol y drogas, la baja autoestima, ser víctima de violencia o abuso, el funcionamiento familiar y la impulsividad (Dávila y Luna, 2019).

nidades y la sociedad en su conjunto. Aun así, este fenómeno afecta especialmente a los países de ingresos bajos y medios, quienes concentran más del 79% del total de suicidios en el mundo<sup>13</sup> (OMS, 2019; Dávila y Luna, 2019).

Al igual que la depresión, el suicidio se puede producir a cualquier edad, sin embargo, cada vez se vuelve un fenómeno más común en la juventud. De hecho, el 2016 constituyó la segunda causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años. Esto ha generado inclusive una disminución en la expectativa de vida de esta población. Esto se observa como catastrófico, donde la dificultad para afrontar y resolver problemas los factores más relevantes para consumir un suicidio (OMS, 2019). Debido a esto, los estudios recientes han tendido a enfocarse en esta población, identificando múltiples factores de riesgo biopsicosociales, los cuales se relacionan con situaciones adversas como el abuso sexual, abandono, violencia intrafamiliar, desempleo y consumo problemático de sustancias (Cañon y Carmona, 2018).

A partir de los antecedentes expuestos se propone que, si bien mejorar el acceso a las consultas y tratamientos en salud mental no es la única manera de abordar y subsanar la temática, puede ser un aporte significativo para mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente quienes constituyen población de riesgo. A la vez, permite proteger que dichas personas incurran, en los casos más severos, en conductas suicidas.

#### Evidencia Empírica Nacional

El Estudio Longitudinal Sobre la Vida Cotidiana en la Crisis del COVID-19 explora la experiencia de las y los chilenos (mayores de 18 años) durante la pandemia del Covid-19 y entrega datos de la angustia como emoción. Los primeros resultados, muestran que la angustia es una emoción sentida en pandemia mayormente por generaciones jóvenes e intermedias, y por las mujeres, especialmente aquellas de grupos socioeconómicos de menor ingreso (quintil 1: 52%). Al analizar por el tramo de edad de 18 a 25 años, se observa que el 57% de mujeres y el 53% de hombres han experimentado angustia con mayor intensidad que otras emociones, siendo el grupo etario con mayores puntos porcentuales para la categoría (Universidad de Chile y Instituto Milenio para la Investigación de Imperfecciones de Mercado y Políticas Públicas, 2020).

La Salud Mental ha sido un tema de relevancia en Chile en los últimos años, debido a las altas tasas respecto a trastornos mentales y suicidio que experimenta el país (Minsal, 2017). De acuerdo con el reporte realizado por la OPS (2017) Depresión y otros Desórdenes Mentales Comunes, más de un millón de chilenos sufre de ansiedad (6,5%), mientras que el 5% de la población chilena vive con depresión (844.253 personas mayores de 15 años). Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 señala que en Chile un 6,2% de las chilenas y los chilenos padece depresión, pero sólo un 1,6% se encuentra en tratamiento. La misma encuesta incluye datos sobre la sospecha de depresión en la población, la cual disminuye del 17,9% en 2009-2010 al 15,8% en 2016-2017 (Minsal, 2018).

De este modo, la OMS sitúa a Chile como uno de los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas en el mundo (23,2%). Casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico y un 22,2% lo ha tenido el último año, siendo la ansiedad, la depresión y los trastornos por consumo de alcohol los más prevalentes. No obstante, solo

<sup>13</sup> Este antecedente no refleja necesariamente una relación de causalidad entre la cantidad de suicidios y los ingresos de cada país.

el 38,5% de quienes han sido diagnosticados recibe algún tipo de atención en salud mental. En el caso de las y los adolescentes, el porcentaje de prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico es de 16,5%, donde destacan los trastornos disruptivos y ansiosos (Vicente et al., 2016).

Por otro lado, al comparar los 36 países miembros de la OCDE con datos sobre suicidio entre los años 2015 y 2018, Chile se posiciona bajo el promedio con una tasa de 10,7 por cada 100 mil habitantes (OCDE, 2020). No obstante, el suicidio es la segunda causa de muerte no natural en el país, solo superada por los accidentes de tránsito (Servicio Médico Legal, 2018).

Según datos de la Unidad Estadística del Departamento Control de Gestión, Subdirección de Redes Asistenciales, en el año 2018 1.727 personas en Chile fallecieron por lesiones auto infligidas intencionalmente –2,2% del total de defunciones–, de ellas 83% corresponde a hombres y 17% a mujeres (Departamento de Estadísticas de Información de Salud [DEIS], 2019). Sobre los medios empleados, la mayoría de los hombres emplearon medios violentos para suicidarse (armas de fuego y ahorcadura), mientras la mayoría de las mujeres emplearon métodos menos letales como el envenenamiento (Servicio Médico Legal, 2018).

En relación a la edad, del total de suicidios en el año 2018 el 8% del corresponde a personas entre 10 y 19 años y el 24,6% a personas entre 20 y 29 años, siendo los grupos etarios con mayor tasa de suicidio a nivel nacional (DEIS, 2019). De hecho, tanto para jóvenes entre 15 y 19 como entre 20 y 24, constituye hoy la primera causa de muerte (Minsal, 2019). La Tercera Encuesta Nacional de la Salud (2018), también entrega datos acerca del suicidio en el contexto chileno, en ella se observa que el 0,3% de jóvenes de 18 a 24 años y 0,4% de 25 a 34 años “ha intentado suicidarse en los últimos 12 meses”. Cifras que aumentan en la categoría de “alguna vez ha hecho un plan para suicidarse en los últimos 12 meses”, en la que el 1,3% de jóvenes entre 18 y 24 años y 1,4% de entre 25 y 35 años lo han hecho (Minsal, 2018).

La evidencia empírica sustenta que la conducta suicida no emerge de manera espontánea. En el caso de Chile, la mayor parte de casos se relaciona a causa de alguna patología psiquiátrica, principalmente Trastornos Depresivos y la esquizofrenia, o la dependencia de alcohol y drogas (Servicio Médico Legal, 2018). Pese a que esta relación es conocida y Chile cuenta con elevadas cifras de enfermedades mentales, el presupuesto asignado a la salud mental es del 2,4% del gasto total en salud, muy por debajo de la recomendación mínima de la OMS (Echávarri et al., 2015; Minsal, 2017).

La tendencia mundial en el aumento de las tasas de suicidio adolescente (15 a 19 años), posiciona a esta temática como una prioridad para la Salud Pública del país (Faure et al., 2018; Minsal, 2013a) y, según proyecciones del Ministerio de Salud, de no tomar medidas preventivas al respecto la tasa estimada en este grupo para el año 2020 aumentaría en un 39% (Faure et al., 2018).

Los principales factores determinantes de suicidio son la depresión y el intento previo, sin embargo, estos varían de acuerdo al grupo etario (Faure et al., 2018). En el caso de las y los jóvenes, algunos de los principales factores de riesgo de suicidio son: intentos de suicidio previos, variaciones en el comportamiento escolar, dificultades socioeconómicas, falta de apoyo social, acceso a drogas y/o a armas de fuego, aparición de una enfermedad mental (Minsal, 2013a) y percepción de disfunción familiar (Vicente et al., 2016).

Según datos entregados por INJUV (2019a), el 30% de las y los jóvenes declara que el principal problema que les afecta es el creciente estrés y el poco cuidado de su salud mental. El 56,2% está de acuerdo con que en su círculo de amigos hay algunas personas que debieran recibir tratamiento por temas de salud mental. Asimismo, casi tres cuartos de las y los jóvenes encuestados/as en el sondeo (73,3%) señala que la gente le otorga poco o nada de cuidado a la salud mental.

La principal razón (45,6%) que otorgan al poco o nada de cuidado en la salud mental es la poca preocupación o interés por su cuidado. La inversión monetaria que implica su cuidado, es mencionada por el 36,5% de las y los encuestada/os y, en tercer lugar, se plantea como razón la falta de tiempo, así como también la falta de información sobre la temática y la vergüenza y estigmatización que pueden sufrir quienes acceden a tratamientos de salud mental, ya que aún se encuentra percibido como un tema tabú, asociado a la locura (INJUV, 2019a).

En ese sentido el 87,4% de las y los encuestados en el sondeo señalan estar de acuerdo con que las personas que tienen problemas de salud mental evitan decirlo por temor a ser discriminados, y el 79,7% declara que está de acuerdo con que en Chile se les da poca importancia a los problemas de salud mental. Similar porcentaje señala estar de acuerdo con que en nuestra sociedad está mal visto ir al psicólogo/psiquiatra cuando se trata de problemas/enfermedades de salud mental (INJUV, 2019a).

En relación con los ámbitos que más inciden en la salud mental de la juventud, el 35,4% plantea que son los estudios y la sobre exigencia académica. Luego, con una proporción similar (25,1%) las y los jóvenes dicen que el problema son las relaciones sociales en general y casi el 20% hace mención a los temas económicos y financieros como razón. El 12,6% menciona los temas laborales y solo el 11,4% de encuestados afirma que son las relaciones amorosas o de pareja las que mayormente inciden en la salud mental de las y los jóvenes (INJUV, 2019a).

Por otro lado, los datos que entregó la Novena Encuesta Nacional de Juventud del INJUV (2019b) dan cuenta que el 10,4% de las y los jóvenes casi siempre o siempre se han sentido con pocas ganas de hacer cosas, y que el 11,5% siempre o casi siempre tienen dificultades para dormir. Así mismo, el sondeo del INJUV (2019a) señala que el 30,3% de quienes se encuestó, declara como común tener pocas ganas de hacer cosas y un 36,8% que es muy común tener dificultades para dormir. Más alarmante resultan las cifras cuando se les pregunta sobre la idea de suicidarse, donde el 19% de las personas jóvenes señala que el último mes ha pensado, al menos una vez, en terminar con su vida.

Según datos de la CASEN 2017, cuando se analiza el acceso a la salud mental en los últimos 3 meses de la población general, se observa que mujeres asisten más que los hombres a consultas de salud mental (3% y 1,5% respectivamente). En cuanto al tramo de edad, se observa que el 2,8% de personas de 10 a 19 años y el 1,9% de 20 a 29 años recibió prestaciones de salud mental en los últimos 3 meses, siendo el área médica a la que las y los jóvenes menos recurren (Ministerio de Desarrollo Social, 2018). Adicionalmente, la Novena Encuesta Nacional de Juventud del INJUV (2019b) da cuenta que un 43,7% de jóvenes cree que es nada o poco posible costear consultas psicológicas o psiquiátricas, mostrando preocupación por la dificultad de acceso. La proporción de jóvenes que declara como posible o muy posible atenderse en salud mental es un poco más de la mitad en relación a quienes declaran lo contrario. En ese sentido, solo 2 de cada 5 jóvenes manifiestan haber accedido a algún tratamiento o consulta por problemas de salud mental, siendo las

mujeres quienes más han acudido o declaran haber recibido tratamiento psicológico o farmacológico (7,5% frente a un 4,1% en el caso de los hombres). Por otro lado, las y los jóvenes entre 25 y 29 años son quienes reportan en mayor medida recibir este tipo de tratamiento (INJUV, 2019b).

## Oferta Programática Nacional

Tabla 5: Oferta Programática Nacional para Angustia, Depresión y Suicidio

Oferta programática / Recursos de ayuda	Dependencia	Descripción del programa
Programa Residencias y Hogares Protegidos.	Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	El programa Residencias y Hogares Protegidos busca resolver la situación de personas mayores de 18 años (beneficiarios de Fonasa) con discapacidad psiquiátrica que no cuentan con red de apoyo social, no tienen las habilidades necesarias para vivir en forma independiente, presentan dificultades severas para acceder a servicios sociales (vivienda, trabajo, salud, educación, etc.) y para participar en su entorno comunitario, generándose exclusión social y estigmatización. El programa habilita cupos en Hogares y Residencias Protegidas, los cuales son gestionados por cada uno de los Servicios de Salud, a través de un comité a cargo de evaluar la pertinencia del ingreso y priorizar a los postulantes. Las personas ingresadas a Hogares y Residencias Protegidas reciben cobertura de sus necesidades básicas (vivienda y alimentación) y de apoyo social, a través de monitores, quienes entre otros aspectos apoyan a los residentes para acceder a las atenciones de salud otorgadas por la red. El programa cuenta con 2 componentes de atención: Hogares Protegidos y Residencias Protegidas <sup>14</sup> .

14 Información extraída de [https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer\\_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Salud/SUBS%20REDES/Programa%20Residencias%20y%20Hogares%20Protegidos\(Seguimiento\).pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Salud/SUBS%20REDES/Programa%20Residencias%20y%20Hogares%20Protegidos(Seguimiento).pdf). Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

<p>GES Depresión, Esquizofrenia, Bipolaridad.</p>	<p>Fonasa / Isapres.</p>	<p>Las Garantías Explícitas en Salud (GES) ofrecen acceso, oportunidad de tratamiento y protección financiera a beneficiarios de Fonasa o Isapre, que cumplan con las condiciones de edad y sexo que se estipulen para la enfermedad, condición o problema de salud que padezcan y se encuentre incluida en el AUGE<sup>15</sup>. El trastorno bipolar (74) y la depresión (34) son problemas de salud cubiertos por GES, en los que se otorga acceso al tratamiento y garantía de protección financiera con copago del 20% a personas de 15 años o más con previa confirmación diagnóstica. La esquizofrenia (15) también es un problema de salud incluido en GES con garantía de protección financiera con un copago del 20%, pero el acceso al tratamiento se da luego de cumplir que, “Todo beneficiario con sospecha de esquizofrenia que manifiesta por primera vez los síntomas a partir del 1° de julio de 2005: i. Con sospecha tendrá acceso a evaluación inicial, confirmación diagnóstica y tratamiento. ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a continuar su tratamiento (en tratamiento tendrá acceso a continuarlo)”<sup>16</sup>.</p>
---	--------------------------	--

15 Información extraída de <https://auge.minsal.cl/website/doc/decreto.pdf>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

16 Información extraída de <https://auge.minsal.cl/articulos/como-acceder-al-auge>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

<p>Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental.</p>	<p>Ministerio de Desarrollo Social, Subsistema Chile Seguridades y Oportunidades.</p>	<p>El programa busca reducir las barreras de acceso a atención en salud mental de personas en situación de vulnerabilidad, brindándoles atención especializada. Opera mediante una inscripción de los beneficiarios y las beneficiarias en un dispositivo de salud de atención primaria, donde un equipo compuesto por un psicólogo, un terapeuta ocupacional y un asistente social, les realiza una evaluación integral para, posteriormente, elaborar un plan de intervención personalizado. Dependiendo de la complejidad del caso, se atenderán en atención primaria (Cesfam) o en atención de salud mental especializada (Cosam). El programa incluye talleres individuales y grupales a cargo del equipo especializado y fármacos cuando se requieran<sup>17</sup>.</p> <p>El Programa de Apoyo a la Atención en Salud Mental tiene dos modalidades de atención: Calle y Abriendo Caminos. Estas se determinan a partir de la población que atiende, persona en situación de calle o niños, niñas y adolescentes con adulto significativo privado de libertad, y sus cuidadores. El Programa es ejecutado por los Servicios de Salud Norte, Central, Sur y Occidente de la Región Metropolitana<sup>18</sup>.</p>
--	---	---

17 Información extraída de [https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer\\_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Des.%20Social/Subsecretar%C3%ADa%20Servicios%20Sociales%20\(26-9\)/Apoyo%20a%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud%20Mental\(Seguimiento\).pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Des.%20Social/Subsecretar%C3%ADa%20Servicios%20Sociales%20(26-9)/Apoyo%20a%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud%20Mental(Seguimiento).pdf). Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

18 Información extraída de [https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer\\_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Des.%20Social/Subsecretar%C3%ADa%20Servicios%20Sociales%20\(26-9\)/Apoyo%20a%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud%20Mental\(Seguimiento\).pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Des.%20Social/Subsecretar%C3%ADa%20Servicios%20Sociales%20(26-9)/Apoyo%20a%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud%20Mental(Seguimiento).pdf). Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

<p>Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada.</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal).</p>	<p>Este programa se enmarca en el Programa Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Cabe mencionar que, en un primer momento, este programa contempla un documento que guía el desarrollo de Servicios de Salud en niveles especializados, implementado progresivamente por las Secretarías Regionales Ministeriales y los Servicios de Salud, liderados por los gestores y referentes en los niveles de mayor complejidad de atención abierta y cerrada, tanto pediátricos como de adultos, que atienden a la población 10 a 24 años, en el Sistema Público de salud. También se constituye en una recomendación para el Sistema Privado de atención de salud.</p> <p>El programa aborda la atención de adolescentes y jóvenes -de 10 a 24 años, beneficiarios del sistema público de salud- en los niveles especializados de atención abierta y cerrada. Su objetivo es el de fortalecer y optimizar la oferta y el acceso a servicios de salud integrales e integrados con el nivel primario de atención, otorgando prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando un enfoque de derechos, género y pertinencia cultural, así como la participación activa de adolescentes y jóvenes, focalizando en los más vulnerables<sup>19</sup>.</p>
<p>Salud Responde, 600 360 7777.</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal).</p>	<p>Salud Responde tiene a disposición el número 600 360 7777 las 24 horas al día, para atender a las personas que necesiten información, apoyo y educación respecto de los derechos y beneficios que ofrece la red de salud. El equipo del servicio telefónico es compuesto por médicos, enfermeros y matronas del Ministerio de Salud<sup>20</sup> y atiende alrededor de 600 mil llamadas anuales.</p> <p>En relación a los temas que pueden ser consultados, se encuentra la orientación y contención en temas en salud mental, intervenciones en usuarios con ideación o intento suicida y primera ayuda psicológica a público general<sup>21</sup>.</p>

19 Información extraída de [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13\\_PROGRAMA-ADOLESCENTES\\_web.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13_PROGRAMA-ADOLESCENTES_web.pdf). Fecha de consulta: 27 de agosto 2020.

20 Información extraída de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2467-salud-responde-servicio-telefonico>. Fecha de consulta: 29 de agosto 2020.

21 Información extraída de <https://www.minsal.cl/>. Fecha de consulta: 29 de agosto 2020.

SaludableMente	Ministerio de Salud (Minsal).	<p>El programa SaludableMente nace debido al aumento de las consultas psicológicas que la contingencia por el contagio del Coronavirus (COVID-19) provocó.</p> <p>El objetivo de este programa de acompañamiento es entregar apoyo, orientación, tratamiento médico a distancia (cuando corresponda) y consejos a las personas y familias que han visto afectadas su bienestar y salud mental<sup>22</sup>. Para ello, fortalece la atención en salud mental, trabaja con una mesa de expertos e implementa una plataforma digital.</p> <p>El programa fortalece la red de atención primaria con psicólogos y estrategias de comunicación de riesgo. También ofrece atención psicológica a distancia y capacita a equipos de salud mental en primera ayuda psicológica.</p> <p>En la mesa de expertos participan clínicos, académicos y representantes de la sociedad civil, quienes recomiendan líneas de acción en distintos ámbitos, dando énfasis a los grupos priorizados, para luego difundir las guías y orientaciones generales y específicas en el sitio web del programa. La plataforma digital es un sitio de consulta, apoyo y recomendaciones en materia de bienestar y salud mental<sup>23</sup>, la cual incluye ayuda directa de profesionales a través del Hospital Digital del Ministerio de Salud y enlace a otros programas<sup>24</sup>.</p>
----------------	-------------------------------	---

22 Información extraída de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/80202-saludablemente>. Fecha de consulta: 28 de agosto 2020.

23 Información extraída de <https://www.minsal.cl/saludablemente/estrategia-integral/>. Fecha de consulta: 28 de agosto 2020.

24 Información extraída de <https://www.gob.cl/saludablemente/ayudaprofesionales/>. Fecha de consulta: 28 de agosto 2020.

<p>Programa Nacional de Prevención del Suicidio</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal).</p>	<p>El Programa Nacional de Prevención del Suicidio busca disminuir las muertes por suicidio en la población general, para contribuir a prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.</p> <p>La población beneficiaria son las personas que son detectadas con riesgo de suicidio. Además, se vincula la Política de Niñez y Adolescencia 2015-2025 por medio del área estratégica “Salud Integral y Bienestar”, ya que desarrolla una línea de prevención en las escuelas para disminuir la conducta suicida entre niños/as y adolescentes.</p> <p>El programa se desarrolla identificando a la población en riesgo y ofreciéndoles atención de salud mental; disminuyendo el acceso a medios letales, mediante programas regionales intersectoriales preventivos; y aumentando la pesquisa y primera respuesta a personas en riesgo suicida. Y está compuesto por los siguientes componentes: a) sistema de vigilancia, que permite identificar a la población en riesgo; b) programas de prevención regionales intersectoriales, que permiten abordar a la población de mayor riesgo con acciones coordinadas entre distintos sectores; c) trabajo en el ámbito escolar, que permite focalizar los esfuerzos preventivos en la población infanto-adolescente; d) capacitación del personal de salud con el fin de aumentar la detección temprana de personas en riesgo suicida y el manejo oportuno del riesgo; e) sistema de ayuda en crisis, para apoyar a las personas en crisis suicida y facilitar su incorporación a atención terapéutica, y; f) trabajo con los medios de comunicación, para reducir el efecto de imitación de la conducta suicida y eventualmente difundir los medios de ayuda existentes para las personas en riesgo y sus familias<sup>25</sup>.</p>
<p>Programa Habilidades para la vida III (7° a 4° medio)</p>	<p>JUNAEB, Ministerio de Educación</p>	<p>El Programa Habilidades Para la Vida es un modelo de intervención psicosocial que apoya y acompaña a estudiantes y comunidades educativas, promoviendo y fortaleciendo el desarrollo de competencias, aumentando el bienestar y desempeño escolar mediante acciones de promoción, detección y prevención del riesgo psicosocial, para que las y los estudiantes logren trayectorias educativas exitosas<sup>26</sup>.</p>

25 Información extraída de, [https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2018/PRG2018\\_3\\_59461.pdf](https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2018/PRG2018_3_59461.pdf). Fecha de consulta: 28 de agosto 2020.

26 Información extraída de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2080-programa-habilidades-para-la-vida-hpv>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

<p>Programa de Apoyo a Víctimas de Delitos.</p>	<p>Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Subsecretaría de Prevención del Delito.</p>	<p>El Programa de Apoyo a Víctimas está destinado a contribuir a la reparación de los daños ocasionados por la vivencia de un delito, a través del contacto rápido, gratuito, y oportuno con las personas afectadas, entregando atención integral y especializada con profesionales de diversas áreas: abogados/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, y médicos psiquiatras. El programa tiene por objetivo promover que las personas que han sido víctimas de delito, por medio del ejercicio de sus derechos, superen las consecuencias negativas de ser víctima de un delito y no sufran victimización secundaria. El apoyo está dirigido para víctimas de delitos que experimentan consecuencias producto de un delito violento, tales como: homicidio, parricidio, femicidio, robo con violencia, robo con intimidación, robo con homicidio, robo con violación, lesiones, delitos sexuales, secuestro, sustracción de menores, trata de personas, cuasi delito de lesiones, cuasi delito de homicidio<sup>27</sup>.</p> <p>Los servicios prestados por el programa son: 1. Servicio de Orientación e Información (SOI) psicológica, social y legal a través de la línea telefónica 600 818 1000 y el correo electrónico apoyovictimas@interior.gov.cl, 2. Servicio de Atención de Casos de Conmoción Pública (CCP), a través de la revisión de medios de prensa y el contacto con los afectados, 3. Servicio de Intervención Inmediata (SIIN), en conjunto con el Ministerio Público, para brindar primeros auxilios psicológicos en el sitio del suceso. El servicio está operativo en las fiscalías de la región Metropolitana, y 4. A través de los Centros de Apoyo a Víctimas de Delito (CAVD) distribuidos en todo el país, se proporciona intervención especializada e interdisciplinaria (psicológica, social, psiquiátrica y jurídica) para aquellos casos que experimentan mayor daño a consecuencia del delito<sup>28</sup>.</p>
---	---	--

<sup>27</sup> Información extraída de <http://www.seguridadpublica.gov.cl/programa-apoyo-a-victimas-de-delito/>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020

<sup>28</sup> Información extraída de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/66714-programa-apoyo-a-victimas-de-delito>. Fecha de consulta: 22 de junio 2020.

<p>Salud Responde, 600 360 7777.</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal).</p>	<p>Salud Responde tiene a disposición el número 600 360 7777 las 24 horas al día, para atender a las personas que necesiten información, apoyo y educación respecto de los derechos y beneficios que ofrece la red de salud. El equipo del servicio telefónico es compuesto por médicos, enfermeros y matronas del Ministerio de Salud<sup>29</sup> y atiende alrededor de 600 mil llamadas anuales.</p> <p>En relación a los temas que pueden ser consultados, se encuentra la orientación y contención en temas en salud mental, intervenciones en usuarios con ideación o intento suicida y primera ayuda psicológica a público general<sup>30</sup>.</p>
--------------------------------------	--------------------------------------	--

## Evidencia Internacional

A nivel mundial, más de 300 millones de personas padecen depresión y casi la mitad de ellas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental. Esto equivale a un 4,4% de la población mundial y la variación de prevalencia en las distintas regiones de la OMS varía desde un 3,6% en la Región del Pacífico Occidental (2,6% en el caso de los hombres) a un 5,4% en la Región de África (5,9% en el caso de las mujeres). A su vez, esta enfermedad constituye la primera causa de discapacidad a nivel mundial y se ha evidenciado que es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (OPS, 2017).

En relación a las tasas de prevalencia según edad, estas alcanzan su punto máximo en la edad más adulta, es decir, entre los 55 y 74 años. En el caso de los hombres, por encima del 5,5% y en el caso de las mujeres, por encima del 7,5%. (OPS, 2017). Otro dato importante a tener en cuenta, es que el número total estimado de personas con depresión ha aumentado en 18,4 puntos porcentuales entre el 2005 y el 2015 (OPS, 2017).

En América Latina, los distintos países presentan porcentajes similares de depresión respecto al total de su población. En el año 2017, Brasil reportó el mayor número de casos, correspondiente al 5,8% del total de su población. Lo siguió Paraguay con un equivalente al 5,2% de su población. Continuó Chile y Uruguay con el 5,0% de su población. Perú reportó con depresión al 4,8% de su población. Colombia y Argentina al 4,7%. En Ecuador 4,6% de su población presentó trastornos depresivos. Bolivia reportó un equivalente al 4,4% de su población y, finalmente en Venezuela un 4,2% de su población (OPS, 2017). Pese al conocimiento de estas cifras, a nivel mundial existe entre un 35% y 50% de personas que no reciben ningún tratamiento en salud mental, o bien, no reciben el adecuado (incluso en los países de altos ingresos)<sup>31</sup>.

29 Información extraída de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2467-salud-responde-servicio-telefonico>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

30 Información extraída de <https://www.minsal.cl/>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

31 Información extraída de <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

Además, aun cuando el 12,5% de todos los problemas de salud se encuentran representados por trastornos mentales (mayores a las cifras de cáncer y problemas cardiovasculares)<sup>32</sup>, en promedio solo el 3% de los presupuestos de salud de los países se invierte en salud mental, variando entre menos del 1% en países de bajos ingresos y 5% en los de altos<sup>33</sup>.

Por otro lado, alrededor del 50% de los problemas de salud mental comienzan antes de los 15 años y el 75% antes de los 18 años<sup>34</sup>. De hecho, los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas entre los 10 y 19 años. Respecto a la depresión, esta se configura como una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre adolescentes a nivel mundial<sup>35</sup>.

En cifras que entrega la OPS (2016), en el año 2012 en el mundo se registraron aproximadamente 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial del 11,4 por 100.000 habitantes (15 entre hombres y 8 entre mujeres). A nivel mundial, representa el 50% de todas las muertes violentas notificadas en los hombres, y el 71% en las mujeres. Además, son los países de ingresos bajos y medianos quienes llevan la mayor parte de la carga mundial por suicidio, en ellos se registra el 75% del total de las víctimas. Con respecto a la edad, se observa que las tasas de suicidio a nivel global son más altas en personas de 70 años o más, pero algunos países cuentan con tasas elevadas también para la población joven (15 a 29 años), convirtiéndose en la segunda causa de muerte en este grupo etario.

Históricamente América Latina y el Caribe han tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, no obstante, los datos de mortalidad han sido descritos como “irregulares” y existen marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los países (OPS, 2016). Los datos más recientes de la OMS correspondientes al año 2015, señalan que la tasa de suicidios media en el continente americano es de 9,8 por cada 100.000 habitantes, lo que significa alrededor de 65 mil muertes anuales. En la región, el país con la tasa de suicidios más elevada es Guyana, con 29 por cada 100 mil habitantes, siendo una de las tasas más elevadas del mundo. Tras Guyana, se encuentran Bolivia y Uruguay, con tasas de 18,7 y 17 respectivamente. Solo estos tres países del continente sobrepasan la media europea de suicidios, que es de 15,4 por cada 100 mil habitantes (Distintas Latitudes, 2018)

Sin embargo, dado el estigma y tabú con el que aun cuenta este fenómeno, siendo ilegal en algunos países, es muy probable que exista un subregistro de éste (OPS, 2016). Por otra parte, por cada suicidio consumado, existen muchos más intentos de éste (por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 intentos), siendo uno de los factores de riesgo más importantes en la población en general. No obstante, su frecuencia y riesgo que conlleva, en la mayoría de los países no existe un registro de ello, por la falta de un sistema de vigilancia. Por lo tanto, pese a que el dato más visible y dramático es el de muertes por suicidio, es necesario poner atención en general a las conductas suicidas, es decir, la ideación, planificación e intento (OPS, 2016).

32 Información extraída de <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

33 Información extraída de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es). Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

34 Información extraída de <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

35 Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>, Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

## Medidas Internacionales

En mayo de 2012, la 65ª Asamblea Mundial de la Salud advirtió sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada entre los sectores sanitarios y sociales de los diferentes países. Con esto, se comenzó la elaboración de un plan de acción integral sobre salud mental, el cual adscribe a la premisa que no hay salud sin salud mental (OMS, 2013).

El plan de acción integral se elaboró mediante consultas con los Estados Miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales, a partir de un enfoque de derechos humanos, integral, multisectorial y basado en evidencia científica concede especial importancia a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación de las y los sujetos (OMS, 2013). Su finalidad es “fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales” (OMS, 2013, p.10).

De este modo, el plan hace hincapié en la necesidad de desarrollar servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas (a nivel internacional, nacional y regional) que protejan, promuevan y respeten los derechos de las personas con trastornos mentales en consonancia con lo dispuesto en una serie de pactos, convenciones e instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos<sup>36</sup> (OMS, 2013).

Cabe señalar que el plan incluye trastornos mentales y conductuales que figuran como tales en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, decima revisión (CIE-10) y que son considerados con una alta tasa de mortalidad, como es el caso de la depresión. Además, el plan abarca, a través de una serie de acciones, la prevención del suicidio (OMS, 2013). Así, los objetivos que persigue este plan son:

- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental
- proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta
- poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental
- fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental. (OMS, 2013, p.10)

Junto con los objetivos se establecieron una serie de metas mundiales para el 2020 que sirven para medir las acciones colectivas y los logros de los Estados Miembros hacia objetivos mundiales. Por ende, para el presente año se proponía que,

- El 80% de los países habría elaborado o actualizado sus políticas y planes de salud mental con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
- El 50% de los países habría elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental según los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos
- La cobertura de servicios para los trastornos mentales graves habría aumentado en un 20%.
- El 80% de los países tendrían en funcionamiento mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental.

36 Ejemplos de estos instrumentos son el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros.

- Se habría reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países.
- El 80% de los países debería haber calculado y notificado sistemáticamente, cada dos años al menos, un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social. (OMS, 2013).

Estas metas deben de adaptarse al contexto y las prioridades específicas de cada territorio, no deben impedir la fijación de metas nacionales más ambiciosas, especialmente en los países que se encuentran más avanzados en la materia (OMS, 2013).

Por otro lado, el Plan de Acción se encuentra vinculado conceptual y estratégicamente con otros planes y estrategias mundiales aprobadas por la Asamblea de la Salud<sup>37</sup>, así como también en los planes y estrategias regionales de la OMS para la salud mental y abuso de sustancias que ya se han adoptado o se están elaborando. De esta manera, el plan aprovecha la labor del Programa de Acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP) elaborado en el 2008 por la OMS, que se centra en una serie de afecciones prioritarias, dirigiendo la expansión de los servicios de salud mental en entornos con escasos recursos (OMS, 2013).

Adicionalmente, la Secretaría ha elaborado otros instrumentos y orientaciones técnicas para ayudar a los países en la formulación de políticas, planes y leyes integrales de salud mental, que fomenten la mejora de la calidad y la disponibilidad de la atención a la salud mental; el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales en los servicios de salud; y el socorro y la reconstrucción del sistema de salud mental tras los desastres (OMS, 2013).

En el caso de América Latina, en el 2013, el Consejo Directivo de la OPS adoptó el Plan Estratégico 2014-2019. A partir de éste, se decidió revisar, a nivel regional, el Plan de acción sobre Salud Mental, adoptado el 2009, para actualizarlo y alinearlo con el Plan estratégico de la OPS, así como también con el Plan de acción integral sobre salud mental de la OMS (OPS, 2014). La Estrategia y Plan de acción sobre Salud Mental adoptada por la OPS en el 2009 tuvo resultados positivos en muchos países, tales como la reducción de camas en hospitales psiquiátricos mediante servicios ambulatorios descentralizados; la integración del componente de salud mental en la atención primaria de salud; y la elaboración y aprobación de leyes de salud mental que incorporan los instrumentos internacionales de derechos humanos. Sin embargo, quedó pendiente la labor de reducir la brecha del tratamiento, es decir, existe la necesidad de terminar con las barreras de acceso a los servicios mediante una política de cobertura universal que integre la salud mental en los servicios generales de salud (OPS, 2014).

Ante dichas falencias, se propuso un Plan de Acción 2015 – 2020, el cual recoge la experiencia alcanzada en el continente durante el plan anterior y expresa el compromiso de los gobiernos con la salud mental. El nuevo plan de acción se basa en una visión general del continente, pero debido a las grandes diferencias existentes<sup>38</sup> entre los países y territorios, debe existir flexibilidad para su implementación, particularmente en la adaptación de resultados e indicadores para que se

---

37 Ejemplo de estas vinculaciones son, la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, el plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017, el plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2008-2013, y el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013-2020) (OMS, 2013).

38 Mientras algunos países han desarrollado experiencias innovadoras basadas en la comunidad, otros tienen sistemas altamente centralizados, donde la respuesta a los problemas de la población con trastornos mentales y consumo problemático, se encuentra en los hospitales psiquiátricos, con un desarrollo escaso o nulo de los servicios de atención a nivel primario y secundario (OPS, 2014).

acomoden a las especificidades de los países y los contextos culturales (OPS, 2014).

El propósito del plan 2015 – 2020 de la OPS (2014) consiste en,

promover el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales y por uso de sustancias, ofrecer atención, intensificar la rehabilitación, enfatizar la recuperación y promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias para reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad. (p.5)

Con ello, la OPS (2014) se alinea con el Plan el Plan estratégico de la OPS 2014-2019 y el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 de la OMS, poniendo especial atención a los resultados, indicadores y metas coincidentes. Así, presenta las siguientes líneas de acción estratégica,

- Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promoción de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, a fin de proporcionar en el ámbito comunitario una atención integral y de calidad.
- Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, y de atención a los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, con particular atención al ciclo de vida.
- Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones. (OPS, 2014, p.6)

En relación a la prevención del suicidio, a nivel mundial, es una necesidad que no se ha abordado de manera adecuada. Esto hace que solo unos pocos países incluyan la prevención del suicidio entre sus prioridades. A la vez, la fiabilidad de los sistemas de notificación de los suicidios, así como la vigilancia a los posibles sujetos de riesgo también requiere atención. De este modo, las medidas a nivel internacional no llevan mucho tiempo de ejecución. De hecho, recién en los últimos 50 años, la mayoría de los países han despenalizado el suicidio, facilitado que quienes tengan comportamientos suicidas (ideas o planes) puedan solicitar ayuda (OMS, 2014; OPS, 2016).

El año 2003 la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) copatrocinada por la OMS, definió el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, con la finalidad de reconocer esta temática como un importante problema de salud pública. Este día, ha contribuido a concientizar y reducir la estigmatización que tiene el suicidio en todo el mundo, promoviendo la elaboración de campanas nacionales y locales. A la vez, incentivó el establecimiento de unidades de investigación sobre el tema (OMS, 2014; OPS, 2016).

Durante el año 2013 la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) en conjunto con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS desarrollaron una evaluación mundial sobre la información existente, estrategias y actividades nacionales existentes

para la prevención del suicidio<sup>3940</sup> (OPS y OMS, 2014). Gracias a dicho diagnóstico, la OMS incorpora la prevención del suicidio como una de las metas del Plan de Acción Integral, y contribuye con evidencia empírica a la problemática con la publicación del Informe Prevención del Suicidio: Un imperativo global, que consiste en un proceso consultivo mundial y la revisión sistemática de datos científicos. Prácticamente de modo simultáneo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publica en 2014 su segundo informe sobre Mortalidad por suicidio en las Américas (OPS, 2016).

Ambos informes, el mundial de la OMS y el regional de la OPS, se presentaron oficialmente con el apoyo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Centro Colaborador de la OPS/OMS, y del Gobierno de México, permitiendo que los Estados Miembros (OPS/OMS) reconocieran la magnitud y relevancia del problema. Además, esto implica mejorar el control y el acceso a la información mediante el fortalecimiento de la cooperación técnica e investigaciones al respecto. Así como promover la creación de Estrategias Nacionales para la prevención de este fenómeno (OPS, 2016).

De este modo, la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS/OMS, conjuntamente con el Centro Colaborador antes mencionado, elaboraron en el año 2016 el documento Prevención de la Conducta Suicida, el cual busca ser una herramienta práctica para la elaboración de estrategias integrales que sirvan para la prevención del suicidio en el mundo y especialmente, en América Latina y el Caribe (OPS, 2016).

En Prevención de la Conducta Suicida se señala que existen tres tipos de estrategias de prevención para contrarrestar los factores de riesgo del suicidio:

- Estrategia de prevención universal: Se encuentra diseñada para llegar a toda la población. Busca promover el acceso a la atención de salud; fomentar acciones de prevención de la salud mental, como la reducción del consumo de sustancias; limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse; y promover una información responsable por parte de los medios de difusión.
- Estrategia de prevención selectiva: Se encuentran dirigidas a grupos específicos que presenten mayor riesgo que la población general. Las acciones se relacionan con brindar apoyo a través de servicios de ayuda, por ejemplo, mediante líneas telefónicas.
- Estrategias de prevención indicada: Se dirigen a personas con vulnerabilidades específicas, por ejemplo, quienes hayan sido dados de alta de establecimientos psiquiátricos o con intentos suicidas previos. Las acciones de intervención son variadas, pero en su mayoría, se basan en hacer un seguimiento a los sujetos por medio de agentes de la salud, especializados o generales. Además, realizar una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales o

39 Los cuestionarios se enviaron mayoritariamente a miembros de la IASP en 157 países, de los cuales respondieron 90 países (una tasa de respuesta mundial del 57%). De este modo, se recibieron respuestas de 18 países de la Región de África, 17 de la Región de las Américas, 11 de la Región del Mediterráneo Oriental, 26 de la Región de Europa, 7 de la Región de Asia Sudoriental y 11 de la Región del Pacífico Occidental. Por lo tanto, los resultados no pueden generalizarse a todos los países y debe cautelarse esto en su análisis (OPS y OMS, 2014).

40 La evaluación mostró que el suicidio era considerado un problema importante de salud pública en el 61% de los países, existiendo una considerable diferencia entre la Región de Europa (77%) y la Región de Asia Sudoriental (29%). Por otro lado, la evaluación da cuenta de que en las últimas décadas, particularmente desde el 2000, 28 países (38% de los encuestados) han desarrollado estrategias nacionales o planes de acción que muestran un compromiso con la prevención del suicidio, 48 países (53%) señalaron que existía una ONG que se dedicaba específicamente a esta problemática y en 20 países (20%) la prevención e investigación sobre el suicidio se llevaba a cabo por un centro o instituto nacional. Adicionalmente, los países que no tenían ninguna estrategia nacional, sí señalaban haber llevado a cabo actividades de prevención del suicidio (OPS y OMS, 2014).

por uso de sustancias (OPS, 2016).

Adicionalmente, en el mismo documento se señala que la prevención primaria puede realizarse también a partir del fortalecimiento de factores protectores, como las relaciones personales sólidas y estrategias para afrontar de manera positiva situaciones estresantes (OPS, 2016). Sin embargo, un elemento clave para que las estrategias nacionales sean exitosas, tiene que ver con la función de liderazgo y convocatoria de actores diversos que tienen los gobiernos para poder levantar propuestas de intervención multisectoriales y acordes a la realidad de cada país, basados en datos científicos (OPS, 2016).

En el caso que el país tenga ya actividades de prevención del suicidio, se sugiere que se centren en la consolidación de programas a partir del análisis de su situación, trabajando en establecer respuestas nacionales integrales (OPS, 2016). Dentro de las estrategias nacionales, son comunes las que abarcan medidas desde prevención y la vigilancia, como la restricción de los medios utilizables para consumir el suicidio, directrices para los medios de difusión, la reducción del estigma y la concientización del público, así como la capacitación de personal de salud y comunitario. También suelen incluir servicios de intervención en crisis y servicios post-crisis (OPS, 2016).

Respecto a ejemplos de países que están desarrollando acciones o estrategias en torno a la prevención del suicidio, se podría mencionar a Uruguay, país con una de las tasas de suicidios más alta de América Latina según cifras del 2016 de la OMS. En este país, el Ministerio de Salud Pública definió dentro de sus objetivos para el 2020 bajar el número de suicidios en el país, y desde entonces el estado ha desarrollado varias herramientas para afrontar la problemática (Distintas Latitudes, 2018). En primer lugar, prestadores de salud están obligados a brindar la asistencia requerida y apoyo terapéutico necesario. Además, existe un protocolo de atención que busca dar respuesta en un tiempo acotado, otorgando contención desde una mirada integral. En tercer lugar, se han generado equipos interdisciplinarios de prevención de suicidio en todos los departamentos del país y en las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud existe atención para apoyar a personas del entorno de quien comete suicidio. Igualmente, desde el año 2018, se implementa la Línea Vida, gestionada por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), ocupada de escuchar, contener, informar y coordinar en casos de emergencia<sup>41</sup> (UNICEF y Red Argentina de Periodismo Científico, 2017).

Otro ejemplo, es Argentina, según los datos de la OMS se encuentra en el tercer lugar de América Latina en tasa de suicidio y el grupo más vulnerable de su población corresponde a las y los jóvenes. En el año 2015, se promulga la Ley 27.130 o Ley Nacional de Prevención del Suicidio<sup>42</sup>, la cual tiene como objetivo la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, la asistencia y la posvención (acciones destinadas a trabajar con el entorno de la persona que realizó un suicidio consumado para evitar nuevos eventos), y en donde el Ministerio de Salud de la Nación es el encargado de elaborar los protocolos de atención y emergencia. Además, en este contexto el Ministerio de Salud de la Nación crea un registro con información estadística sobre suicidios cometidos e intentos, desarrollando programas de capacitación, campañas y recomendaciones a los medios de comunicación para el abordaje responsable de las noticias vinculadas a estos actos (UNICEF y Red Argentina de Periodismo Científico, 2017).

41 Información extraída de <https://www.smu.org.uy/dia-nacional-para-la-prevencion-del-suicidio/>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

42 Para mayor información, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=245618>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

En el caso de intentos de suicidio en niñas, niños o adolescentes, la norma indica que la comunicación es obligatoria a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local. A la vez, todas las personas que en el marco de asistencia hayan tomado conocimiento de la situación de un sujeto respecto al suicidio, estarán obligadas a la confidencialidad de la información (UNICEF y Red Argentina de Periodismo Científico, 2017).

Otro punto destacable es que tanto obras sociales, prepagas y otros agentes que ofrezcan servicios médicos deberán brindar cobertura asistencial a quienes hayan intentado suicidarse y a sus familias, así como también al núcleo familiar del suicida (UNICEF y Red Argentina de Periodismo Científico, 2017).

Igualmente, debe considerarse la Ley Nacional de Salud Mental 26.657<sup>43</sup> que protege a la población del trato discriminatorio, evitando que se le asocie su padecimiento mental peligrosidad, incapacidad y con un estado permanente (UNICEF y Red Argentina de Periodismo Científico, 2017).

Finalmente, en Argentina también se generó una de las organizaciones más conocidas para prevenir el suicidio denominada Centro de Asistencia al Suicida (CAS). Un espacio dedicado a otorgar acompañamiento y apoyo a personas que sufren de esta problemática mediante vía telefónica. Además de esta entidad, existen en el país diversos centros creados por familiares de jóvenes que se han suicidado, quienes también impulsan campañas de prevención (Distintas Latitudes, 2018).

---

43 Para mayor información, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.