

ORIGINAL CUANTITATIVO

SUICIDIO E INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS PRIMEROS 24 MESES DE PANDEMIA POR COVID-19 EN CHILE

SUICIDE AND SUICIDE ATTEMPTS IN THE FIRST 24 MONTHS OF THE COVID-19 PANDEMIC IN CHILE

Dagoberto Duarte Quapper ¹

¹ Médico de Familia, Master Sciences, Ciencias de la Familia y la Sexualidad. Doctor en Psicología. Investigador y Consultor independiente. Viña del Mar. Chile. Correo electrónico Dagoberto.duarte@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3689-9666>

Recibido: 22-09-2022

Aceptado: 10-10-2022

Publicado: 02-12-2022

Correspondencia:

Dagoberto Duarte Quapper,
Amunátegui 1946, Dp. 1301 G, Viña del Mar.
CP: 2581548. Fono: + 56 9 9200 6991.
Email: Dagoberto.duarte@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el presente trabajo investiga la evolución de la mortalidad por suicidio e intentos de suicidio en Chile en el contexto de la pandemia por COVID-19. **Objetivo:** estudiar la evolución mensual de la mortalidad por suicidio y de los egresos hospitalarios asociados a lesiones auto infringidas en los primeros 24 meses de pandemia por COVID-19 en la población general y según sexo en Chile. **Método:** el estudio es de carácter cuantitativo, poblacional y retrospectivo. Se utilizaron datos del registro de mortalidad y estadísticas de egresos hospitalarios del Ministerio de Salud. Se calculó tasas mensuales de muertes por suicidio y lesiones auto infringidas desde marzo del 2015 a febrero del 2020; tasas mensuales de suicidios desde marzo del 2020 a febrero 2022 y de lesiones auto infringidas por egresos hospitalarios desde marzo 2020 a diciembre 2021. Se calculó un IC de 95% a partir de las tasas esperadas y se comparó con las tasas observadas. **Resultados:** hubo una disminución significativa de las tasas de mortalidad por suicidio, en particular del sexo masculino, que retoman su nivel prepandémico al final del período. Los intentos de suicidio bajan el primer año y tienen un aumento significativo el segundo año, en especial en población femenina. **Conclusión:** las tasas de mortalidad por suicidio y de intentos de suicidio evolucionaron diferente a lo observado en otros países. Hubo diferencias por sexo en ambos indicadores. Los hallazgos son relevantes en Salud Pública y para la Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: COVID-19, pandemia, suicidio, intentos de suicidio, sexo.

ABSTRACT

Introduction: this study investigates the evolution of mortality from suicide and suicide attempts in the context of the COVID-19 pandemic in Chile. **Objective:** to study the monthly evolution of suicide mortality and hospital discharges associated with self-inflicted injuries in the first 24 months of the COVID-19 pandemic in the general population and according to sex in Chile. **Methods:** the study is quantitative, population-based and retrospective. Data from the mortality registry and hospital discharge statistics from the Ministry of Health were used. Monthly rates of deaths by suicide and self-inflicted injuries were calculated from March 2015 to February 2020; monthly suicide rates from March 2020 to February 2022 and self-inflicted injuries for hospital discharges from March 2020 to December 2021. A 95% CI was calculated from the expected rates and compared with the observed rates. **Results:** there was a significant decrease in suicide mortality rates, particularly among men, which returned to their pre-pandemic level at the end of the period. Suicide attempts drop in the first year and have a significant increase in the second year, especially in the female population. **Conclusion:** the rates of suicide mortality and suicide attempts evolved differently from those observed in other countries. There were differences by sex in both indicators. The findings are relevant for Public Health and Primary Health Care.

Keywords: COVID-19, pandemics, suicide, suicide attempts, sex.

INTRODUCCIÓN

La OMS considera que la mortalidad por suicidio es un problema serio de salud pública. ⁽¹⁾ En una de sus últimas publicaciones, señala que más de 700.000 personas mueren cada año por suicidio y que es una de las causas de mortalidad que predominan en el mundo. A nivel del continente americano, las cifras están un poco por debajo del promedio mundial y Chile, en el año 2019, mostraba una tasa estandarizada de 8,0 muertes por cada 100.000 personas.

La pandemia por SARS CoV-2 ha tenido un alto impacto en indicadores sanitarios, económicos y sociales. Al inicio de la pandemia, investigadores de distintos países mostraban una preocupación en el sentido que podía aumentar la conducta suicida, como ha ocurrido en epidemias anteriores, ⁽²⁻⁴⁾ o bien producto de las medidas de salud pública que en la práctica todos los países implementaron. ⁽⁵⁻¹⁰⁾ Dentro de los factores de riesgo que podían aumentar los suicidios se señalan un mayor sentimiento de temor ante una enfermedad desconocida que puede afectar a toda la población, la pérdida de personas cercanas, la pérdida de puestos de trabajo, cambios en rutinas establecidas, mayor dificultad para acceder a cuidados en salud mental, entre otros. Pero también el desarrollo de una mayor resiliencia, de sentido de pertenencia y de una contención más cercana, pueden tener un efecto contrario.

Pirkis y cols. ⁽¹¹⁾ publicaron un estudio efectuado en 21 territorios nacionales o subnacionales, que incluyó Chile, para conocer la tendencia de los suicidios en los primeros meses de la pandemia. En ninguno de los territorios que ellos estudiaron

se observó un aumento de la tasa de suicidios. En algunos casos se observaba una disminución en los primeros meses que luego repuntaba a los niveles prepandémicos, mientras que en otros casos no se observó ninguna diferencia. Este estudio se extendió hasta fines de octubre del 2020 y sólo consideró el total de suicidios en el período de observación.

En Chile el primer caso confirmado de COVID-19 ocurrió a comienzos de marzo del 2020, mientras que la primera muerte fue a fines del mismo mes. A contar de esa fecha, las autoridades sanitarias comenzaron a aplicar una serie de medidas de salud pública, entre las que vale la pena destacar períodos de confinamiento que al inicio estaban dirigidos a población de mayor riesgo (adultos mayores) pero luego se extendió a toda la población y terminó por abarcar ciudades completas. El confinamiento en algunos casos se extendió por varios meses. Además, se decidió el cierre de escuelas, del comercio y otros lugares de trabajo con un aumento sostenido de teletrabajo en aquellos casos en que era posible.

El objetivo de la presente investigación fue estudiar la evolución mensual de la mortalidad por suicidio y de los egresos hospitalarios asociados a lesiones auto infringidas en los primeros 24 meses de pandemia por COVID-19, en población general y según sexo en Chile.

METODOLOGÍA

El presente estudio es de carácter cuantitativo, poblacional y retrospectivo. Se trabajó con bases de datos de mortalidad y de egresos hospitalarios, anonimizadas, que fueron

obtenidas en distintos momentos por el autor y que son publicadas por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud chileno. Por ser un estudio poblacional, con bases de datos anonimizadas, no fue necesario someterlo a un comité de ética. La población en estudio considera al total de la población que habita en Chile, separadas por sexo, para lo cual se usaron los resultados del CENSO 2017 publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).⁽¹²⁾

Suicidio. Se considera como suicidio toda muerte originada en una acción del propio sujeto. La cifra de suicidios se extrajo desde la base de datos de mortalidad. Se consideró como suicidio todos aquellos casos que tenían una causa de mortalidad externa, con un código en el certificado de defunción entre X60 y X84, según la CIE-10. Se extrajeron las cifras de mortalidad mensual desde marzo del 2015 hasta febrero del 2020 y se calculó una tasa mensual que consideró la población del respectivo año. Se obtuvieron cinco tasas por cada mes, las que se promediaron y se muestran como tasa de mortalidad esperada (TE) por cada 100.000 personas. Para cada promedio se estableció un intervalo de confianza (IC) de 95%. Se calcularon las tasas totales y separadas por sexo. A continuación, se vio la cantidad de suicidios mensuales desde marzo del 2020 a febrero del 2022 para calcular la tasa de suicidios en los primeros 24 meses de pandemia, se consideró la población de cada año, que se consideró como tasa de mortalidad observada (TO) por cada 100.000 personas, para la población general y separadas por sexo. Si la TO estaba fuera del IC se consideró como diferencia significativa (DS).

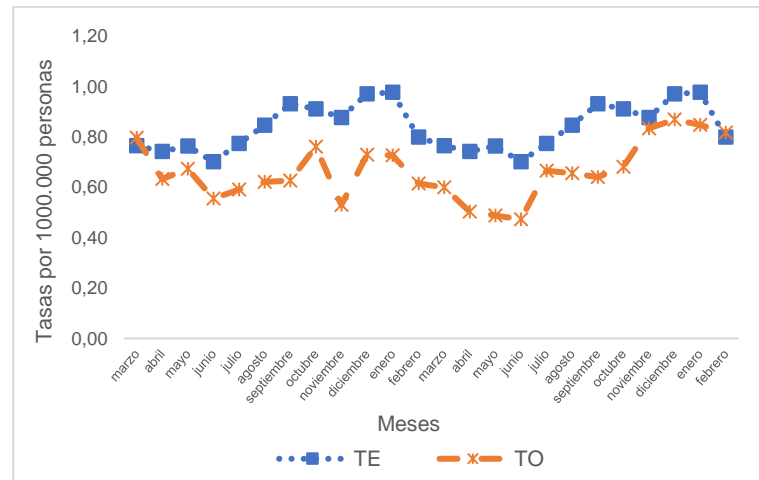
Intentos de suicidio. Se consideraron como intentos de suicidio aquellos casos en que tuvo lugar una hospitalización por alguna lesión auto infringida. Se consideraron todos los egresos hospitalarios desde marzo del 2015 hasta diciembre del 2021 (no se pudo contar con los datos de enero y febrero del año 2022) que tenían como diagnóstico de egreso una causa externa entre X60 y X84, según la CIE-10. Las cifras de egresos son las que entrega el DEIS y cubre la totalidad de establecimientos hospitalarios, tanto públicos como privados. Los egresos se separaron por mes de ocurrencia. Estas cifras se expresan como tasa mensual por cada 100.000 personas y consideró la población total del respectivo año. Se estableció un promedio mensual para la población general y separados por sexo para cada mes desde marzo del 2015 a febrero del 2020 que se denominó Tasa Esperada (TE). Para cada promedio se estableció un intervalo de confianza (IC) de 95%. Con posterioridad, se calculó la tasa de egresos mensuales desde marzo del 2020 hasta diciembre del 2021, para la población general y separadas por sexo. A esta tasa se le denominó tasa observada (TO). Si la TO estaba fuera del IC se consideró como diferencia significativa (DS).

RESULTADOS

En la tabla 1 (Anexo 1) se muestran las tasas de mortalidad por suicidio en población general, y separadas por sexo que se obtuvieron según la metodología. Existió una disminución con DS de las tasas (IC 95%) en 20 de los 24 meses observados. Esta disminución comenzó en abril del año 2020 y se mantuvo constante hasta

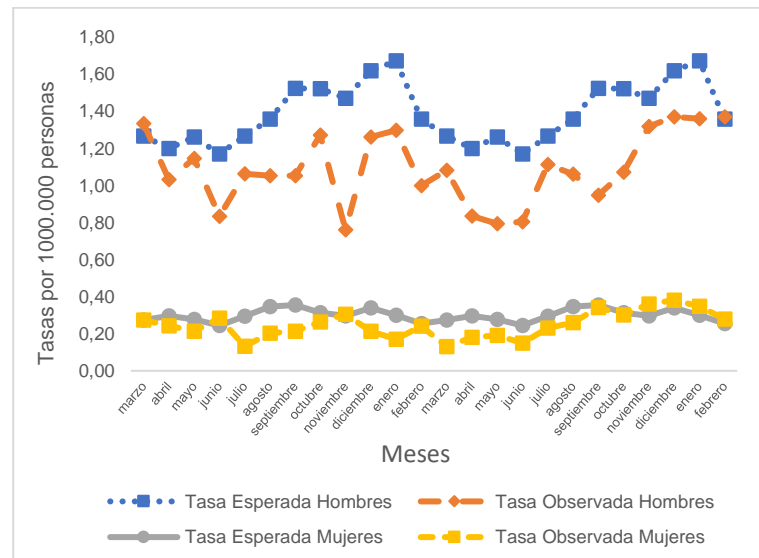
octubre del año 2021. En los tres meses siguientes se observó una disminución, pero no significativa (NS). Luego apareció una nueva DS en enero del 2021 (ver gráfico 1). En febrero del 2022, es el único mes en que apareció un aumento de la tasa de suicidios, pero NS. En el caso de la población masculina, también se observó una disminución significativa que parte en el mes de abril del 2020; se interrumpió en mayo del mismo año con una disminución, pero NS, y luego se apreciaron DS por los siguientes 20 meses. Sólo en el último mes de observación, febrero del 2022, la tasa observada estuvo dentro de lo esperado. En el caso de la población femenina se observó una disminución en 17 de los 24 meses observados. Esta disminución estuvo por debajo del límite inferior definido con IC 95% en 12 de estos 17 meses (DS). En noviembre del 2021 se apreció un aumento significativo de la tasa de suicidio. En los últimos tres meses se observaron tasas mayores a lo esperado pero menores al límite máximo calculado con IC 95%. Las tasas observadas según sexo se muestran en el gráfico 2.

Gráfico 1. Tasas de suicidio esperadas y observadas entre marzo de 2020 a febrero 2022. Población total. Chile.



Fuente: datos DEIS

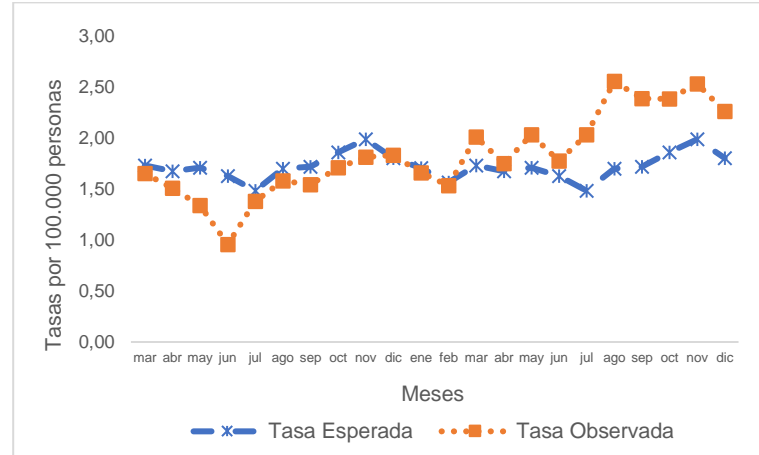
Gráfico 2. Tasas de suicidio esperadas y observadas entre marzo de 2020 a febrero 2022, según sexo. Chile.



Fuente: datos DEIS

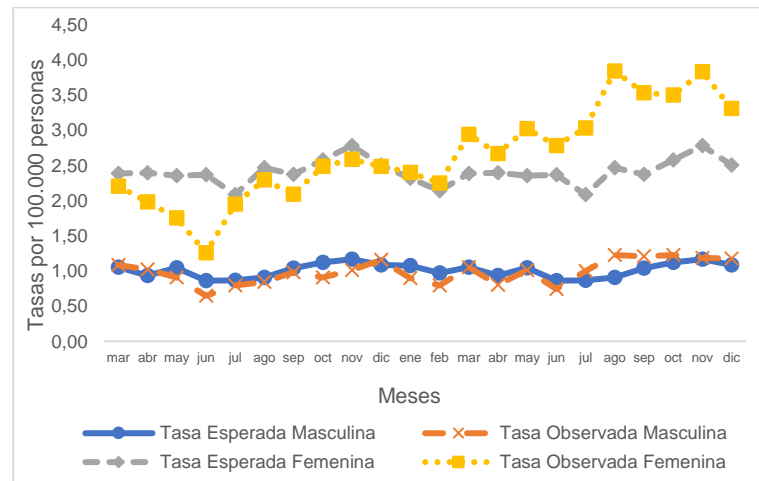
En la tabla 2 (Anexo 2) se muestran los resultados de las tasas de egresos hospitalarios por intento de suicidio. En primer lugar, se muestran los resultados en la población general y luego separados por sexo. La comparación entre la TO y la TE mostró que existen 11 meses en que la tasa observada es menor a la esperada, en especial el año 2020. De los 11 meses, sólo dos alcanzaron una DS. En diciembre del 2020 y abril del 2021 se aprecia un alza, pero NS. En marzo del 2021 y a contar de mayo del 2021 se apreciaron alzas por sobre el límite máximo calculado con IC de 95%. En el caso de la población masculina, se observaron 12 meses con tasas de egresos por debajo de lo esperado, con tres de ellos bajo el límite inferior calculado con IC de 95%. También se observó siete meses con tasas superiores a lo esperado, pero sólo un mes se supera el límite máximo calculado con IC de 95%. En el caso de la población femenina, se apreció una tasa más baja que lo esperado en nueve meses concentrados en el 2020. De estos nueve meses, tres alcanzaron una DS. Por otro lado, se apreciaron tasas más altas que lo esperado en trece meses, concentrados en el año 2021. De estos trece meses, en nueve los valores alcanzados tienen DS. Los resultados se muestran en los gráficos 3 y 4.

Gráfico 3. Tasas de egresos hospitalarios esperados y observados por intento de suicidio en población general. Chile. Marzo 2015 a diciembre 2021.



Fuente: datos DEIS

Gráfico 4. Tasas de egresos hospitalarios esperadas y observadas por intento de suicidio, según sexo. Chile. Marzo 2015 a diciembre 2021.



Fuente: datos DEIS

DISCUSIÓN

La conducta suicida es multicausal. Se explica por un conjunto de factores de riesgo y de protección a nivel individual, familiar, comunitario y social. ^(13,14) En el presente trabajo se abordó dos aspectos que se relacionan con la conducta suicida: los intentos de suicidio y la mortalidad por suicidio, en población general y separados por sexo, en relación con la exposición a los efectos de la pandemia por COVID-19.

Existe un cierto consenso que la conducta suicida considera al menos cuatro componentes: la ideación suicida, la planificación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado. ⁽¹⁵⁾ En el presente trabajo se describe cómo la pandemia por COVID-19 ha afectado a la población chilena en general y según el sexo en al menos dos de estos cuatro componentes. En el caso de los intentos de suicidio se ha considerado como tales aquellas personas que fueron hospitalizadas por lesiones auto infringidas. Esta definición no considera aquellas personas que se autolesionan, pero cuyo manejo no hizo necesario una hospitalización.

En Chile, desde el 01 de enero del 2021, los establecimientos de urgencia públicos, tanto los de Atención Primaria de Salud como aquellos Hospitalarios, han comenzado a registrar a quiénes consultan por lesiones auto infringidas y que no siempre requieren una hospitalización. ⁽¹⁶⁾ El primer año se registraron 7.793 personas que consultaron por intentos de suicidio (cifra obtenida desde el DEIS). En el mismo período se registraron 4.893 egresos hospitalarios por lesiones auto infringidas. En el presente trabajo no se consideró el dato de las consultas en

Servicios de Urgencia porque no existen registros previos que hubieran permitido conocer el efecto de la pandemia por COVID-19. Además, los registros disponibles sólo consideran establecimientos de urgencia públicos, sin incorporar aún los privados.

Es importante que el Ministerio de Salud incorpore en sus registros a la totalidad de Servicios de Urgencia, tanto público como privados, para tener una visión más completa de esta causa de consulta. Por otro lado, una observación preliminar de los datos aquí presentados muestra que, en el caso de los egresos hospitalarios, el 85% de ellos provienen de los Servicios de Urgencia, por lo que a futuro se puede considerar el total de la demanda a los Servicios de Urgencia para dimensionar los intentos de suicidio.

Es significativo el descenso de las tasas de suicidio en la población general en los primeros 19 meses de pandemia por COVID-19. En el caso de la población chilena existe una clara diferencia en relación con la mortalidad por suicidio entre ambos sexos, ^(17,18) así como se da en otros países del mundo, ^(10,19) con una mayor mortalidad por suicidio en población masculina. Es notorio que en el caso de la población masculina el número de meses con tasas más bajas que las esperadas se extendió por más tiempo que en el caso de la población femenina. La diferencia entre estos hallazgos y lo que se ha reportado a nivel internacional, es que en otros países la disminución de las tasas de suicidio ha durado algunos meses y se observa un repunte para volver a las tasas prepandémicas antes de un año. ^(11,18-22) Sólo en un trabajo con población

japonesa se apreció un efecto similar en población femenina. ⁽¹⁸⁾

Las tasas de egresos hospitalarios por lesiones auto infringidas son concordantes con lo anterior, en el sentido que existen tasas más bajas por un mayor período en la población masculina que en la femenina. En el caso de las mujeres, es notorio el aumento de tasas en los primeros meses del año 2021, cuando aún no se cumplía un año de pandemia en Chile. Su persistencia y la magnitud del aumento en los meses posteriores deben ser consideradas. En el caso de la población masculina, durante el período 2021, en cambio, las tasas eran más bajas (sin DS) y sólo en un mes se aprecia una tasa más elevada de manera significativa. Tanto la evolución de las tasas de mortalidad por suicidio como las de los egresos hospitalarios por intentos de suicidio señalan que la pandemia afectó de manera diferente a hombres y mujeres. ^(19,23) Si esto no se vio reflejado en la mortalidad por suicidio, se explica porque en general los intentos de suicidio en mujeres son menos letales que en el caso de los hombres.

En el caso de los hombres, se aprecia una menor mortalidad por suicidio y menores tasas de egresos hospitalarios por intento de suicidio en los 24 meses de observación, en comparación a años anteriores. Es posible que algunos factores protectores para disminuir las tasas de suicidio hayan tenido efecto, ⁽²⁴⁾ en especial para la población masculina, como son los cambios en las rutinas laborales, con aumento en la posibilidad de desarrollar teletrabajo y mayor tiempo para estar en el hogar, lo que puede interpretarse como una mayor contención. Al mismo tiempo, la disminución de algunas

actividades sociales puede haber sido beneficioso para la población masculina.

En un trabajo anterior, ⁽¹⁷⁾ se muestra como ciertas festividades sociales estaban asociadas a un mayor número de suicidios, en particular en hombres. Estas festividades estuvieron suspendidas al menos por dos años, sobre todo en su masividad. Estos efectos protectores desaparecen cuando la sociedad vuelve a su vida habitual. En cambio, en el caso de las mujeres, si bien se aprecia una disminución en las tasas de mortalidad, es menos marcada que en la población masculina y dura menos tiempo. Además, se observa una mayor tasa de egresos hospitalarios en los meses estudiados. Es posible que la pandemia no haya tenido los efectos protectores que se ven en la población masculina por un mayor impacto negativo en el mercado laboral, ya que se observó un mayor desempleo femenino que masculino producto de la pandemia. ^(24,25)

En el caso chileno es sabido que el empleo femenino tiende más a la informalidad, por lo que el efecto protector del teletrabajo se hace más difícil, sino imposible. Además, la prolongación del período de confinamiento puede haber afectado más a mujeres que a hombres por un posible aumento de violencia intrafamiliar (VIF). ⁽²⁶⁻³⁰⁾ En una serie de seguimiento desde el año 2005, efectuada por el autor, se observa un aumento sostenido de la tasa de denuncias ante la policía por VIF hasta el 2011, con un descenso progresivo, que alcanza uno de los valores más bajos el año 2020. Sin embargo, al año siguiente la tasa de VIF hacia las mujeres aumentó en casi un 21% (datos no publicados). El efecto mediador del mercado laboral y la extensión del período de

confinamiento con un posible aumento de VIF deben ser exploradas con más detalle.

Algunos autores han llamado la atención en el sentido que ciertos grupos de edad, como los adolescentes, han sufrido un mayor impacto de la pandemia y mostrarían una mayor cantidad de suicidios. ⁽³¹⁾ Un análisis preliminar de los datos no permite sostener esta hipótesis, pero eso es motivo de un análisis más detallado.

Un aspecto por relevar de este estudio es que se han medido las variaciones en las tasas de mortalidad por suicidio al mismo tiempo que se estudiaron las tasas de egresos hospitalarios por intento de suicidio. Esta metodología de estudio debiera replicarse de manera más frecuente para dar cuenta de la conducta suicida, que incluya los intentos de suicidio que no dan lugar a una hospitalización y los casos de ideación suicida. La ideación suicida, el intento suicida y el suicidio forman parte de la conducta de auto agresión de las personas contra sí mismas.

Una de las limitaciones del presente estudio es que las bases definitivas tanto de mortalidad como de egresos hospitalarios se publican con un período de cerca de dos años de ocurrido el registro. Durante este proceso de validación, sin embargo, la experiencia indica que no se generan cambios significativos. Por otro lado, se debe estudiar con más detalle la validez de los diagnósticos en el caso de los egresos hospitalarios por intentos de suicidio. En Chile son pocos los hospitales que cuentan con camas de psiquiatría, si bien este servicio está considerado en aquellos recintos que están construcción. En muchos establecimientos el

diagnóstico de intento de suicidio es planteado por especialistas de otras áreas de la medicina.

CONCLUSIONES

La presente investigación cumplió con su objetivo de estudiar el efecto de la pandemia por COVID-19 en la mortalidad por suicidio y en los egresos hospitalarios por intento de suicidio en la población chilena. Los principales hallazgos señalan que hubo un descenso en la mortalidad por suicidio, explicada en especial en la mortalidad masculina.

Respecto a los egresos hospitalarios por intentos de suicidio, si bien hubo un descenso el primer año (2020), se observó un aumento notorio el segundo año (2021). Este último hecho explicado sobre todo por mayores intentos de suicidio en la población femenina. En una primera observación a los datos utilizados en la investigación, se pudo ver que los egresos hospitalarios por intentos de suicidio son en su mayoría producto de ingesta de medicamentos, sobre todo benzodiazepinas y/o antidepresivos. El manejo y la indicación de estos medicamentos, en especial en la Atención Primaria de Salud, debería ser motivo de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Zortea TC, Brenna CTA, Joyce M, McClelland H, Tippett M, Tran MM, et al. The impact of infectious disease-related public health emergencies on suicide, suicidal behavior, and suicidal thoughts:

- A systematic review. Crisis [Internet]. 2021;42(6):474–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000753>
3. McIntyre RS, Lee Y. Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. Psychiatry Research [Internet]. 2020 Aug 1;290:113104. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7236718/>
 4. McIntyre RS, Lee Y. Preventing suicide in the context of the COVID -19 pandemic. World Psychiatry. 2020 June;19(2):250-1.
 5. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? JAMA Psychiatry [Internet]. 2020 Apr 10;77(11). Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2764584>
 6. Duarte F, Jiménez-Molina Á. Psychological distress during the COVID-19 epidemic in Chile: The role of economic uncertainty. Brenner MH, editor. PLOS ONE. 2021 Nov 3;16(11):e0251683.
 7. Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. Psychiatry Research. 2021 Jul; 301:113998.
 8. Bhuiyan AKMI, Sakib N, Pakpour AH, Griffiths MD, Mamun MA. COVID-19-related suicides in Bangladesh due to lockdown and economic factors: Case study evidence from media reports. Int J Ment Health Addict [Internet]. 2021;19(6):2110–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-020-00307-y>
 9. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry. 2020;7(6):468-471. doi:10.1016/S2215-0366(20) 30171-1
 10. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. JAMA Intern Med. 2020;180(6):817-818. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1562
 11. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. The Lancet Psychiatry [Internet]. 2021 Apr 13;0(0). Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00091-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00091-2/fulltext)
 12. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo 2017. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 total país. Accedido via internet el 07-12-2019.
 13. Naghavi M; Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ. 2019;364: 194. doi: 10.1136/bmj.l94
 14. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su Implementación, 2013.
 15. Arce, M., Vega, C., Moya, M., Muñoz, AM., Rubio, E., Niveló, M., y cols. Ideación e intento suicida en adolescentes: factores personales, familiares y sociales. Revista Chilena de Atención Primaria y Salud Familiar. Vol. 1 (2022). DOI <https://doi.org/10.5354/2735-7805.2022.67502>
 16. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Herramientas de apoyo para la prevención del suicidio. Septiembre, 2021.

17. Duarte, D. El suicidio en Chile, estudio socio demográfico y aproximación microsocia y psicológica a la violencia ejercida contra sí mismo. Tesis presentada para la obtención del grado de Doctor en Psicología, Universidad Católica de Lovaina. 2007. Santiago de Chile. Ene 21 de 2014. Disponible en: <https://www.dagobertoduarte.cl/el-suicidio-en-chile-estudio-socio-demografico-y-aproximacion-microsocial-y-psicologica-a-la-violencia-ejercida-contra-si-mismo/>
18. Eguchi A, Nomura S, Gilmour S, Harada N, Sakamoto H, Ueda P, et al. Suicide by gender and 10-year age groups during the COVID-19 pandemic vs previous five years in Japan: An analysis of national vital statistics. *Psychiatry Research* [Internet]. 2021 Nov 1; 305:114173. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121004698>
19. Nomura S, Kawashima T, Harada N, Yoneoka D, Tanoue Y, Eguchi A, et al. Trends in suicide in Japan by gender during the COVID-19 pandemic, through December 2020. *Psychiatry Research*. 2021 Jun; 300:113913.
20. Sakamoto H, Ishikane M, Ghaznavi C, Ueda P. Assessment of suicide in Japan during the COVID-19 pandemic vs previous years. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021;4(2): e2037378. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2775740>
21. Anzai T, Fukui K, Ito T, Ito Y, Takahashi K. Excess mortality from suicide during the early COVID-19 pandemic period in Japan: a time-series modeling before the pandemic. *J Epidemiol*. 2021;31(2):152-156. doi:10.2188/jea.JE20200443
22. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav* [Internet]. 2021;5(2):229–38. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-01042-z>
23. Wasserman D, Iosue M, Wuestefeld A, Carli V. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry* [Internet]. 2020;19(3):294–306. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20801>
24. Instituto Nacional de Estadística (INE). Género y empleo: impacto de la crisis económica por covid-19. Boletín estadístico. 8 de marzo de 2021. Internet, 17-09-2022.
25. Ueda M, Nordström R, Matsubayashi T. Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *J Public Health (Oxf)*. 2022 Aug 25;44(3):541-548. doi: 10.1093/pubmed/fdab113. PMID: 33855451; PMCID: PMC8083330.
26. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10227):912–20. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)
27. Connor J, Madhavan S, Mokashi M, Amanuel H, Johnson NR, Pace LE, et al. Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2020;266(C). Available from: <https://ideas.repec.org/a/eee/socmed/v266y2020/ics0277953620305839.html>

28. Lee SM, Kang WS, Cho A-R, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2018;87:123–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30343247/>
29. van Gelder N, Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, et al. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *E Clinical Medicine* [Internet]. 2020;21(100348):100348. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30092-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30092-4/fulltext)
30. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med* [Internet]. 2013;10(5): e1001439. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
31. Charpignon ML, Ontiveros J, Sundaresan S, Puri A, Chandra J, Mandl KD, et al. Evaluation of Suicides Among US Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Pediatr*. 2022 Jul 1;176(7):724-726. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.0515. PMID: 35467724; PMCID: PMC9039827.

ANEXO 1

Tabla 1. Tasas de suicidio consumado en población general, hombres y mujeres.

Tasas mensuales de suicidio consumado, población total.																								
	2020											2021											2022	
	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb
TE	0,76	0,74	0,76	0,70	0,77	0,85	0,93	0,91	0,88	0,97	0,98	0,80	0,76	0,74	0,76	0,70	0,77	0,85	0,93	0,91	0,88	0,97	0,98	0,80
LMA	0,85	0,81	0,83	0,80	0,84	0,87	1,01	0,99	0,95	1,07	1,08	0,86	0,85	0,81	0,83	0,80	0,84	0,87	1,01	0,99	0,95	1,07	1,08	0,86
LMI	0,68	0,68	0,70	0,60	0,71	0,82	0,86	0,83	0,80	0,87	0,87	0,73	0,68	0,68	0,70	0,60	0,71	0,82	0,86	0,83	0,80	0,87	0,87	0,73
TO	0,80	0,63 (*)	0,67 (*)	0,56 (*)	0,59 (*)	0,62 (*)	0,63 (*)	0,76 (*)	0,53 (*)	0,73 (*)	0,73 (*)	0,61 (*)	0,60 (*)	0,50 (*)	0,49 (*)	0,47 (*)	0,67 (*)	0,66 (*)	0,64 (*)	0,68 (*)	0,83	0,87	0,85 (*)	0,82 (*)

TE: tasa esperada. TO: tasa observada. Valores representan tasas por 100.000 personas. LMA: límite máximo y LMI: límite mínimo, calculados con IC 95%. (*) DS entre TO y TE.

Tasas mensuales de suicidio consumado, población masculina																								
	2020											2021											2022	
	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb
TE	1,27	1,20	1,26	1,17	1,27	1,36	1,52	1,52	1,47	1,62	1,67	1,36	1,27	1,20	1,26	1,17	1,27	1,36	1,52	1,52	1,47	1,62	1,67	1,36
LMA	1,38	1,33	1,39	1,32	1,40	1,45	1,68	1,64	1,60	1,80	1,88	1,51	1,38	1,33	1,39	1,32	1,40	1,45	1,68	1,64	1,60	1,80	1,88	1,51
LMI	1,16	1,07	1,13	1,02	1,13	1,27	1,37	1,40	1,34	1,44	1,47	1,20	1,16	1,07	1,13	1,02	1,13	1,27	1,37	1,40	1,34	1,44	1,47	1,20
TO	1,33	1,03 (*)	1,15	0,83 (*)	1,06 (*)	1,05 (*)	1,05 (*)	1,27 (*)	0,76 (*)	1,26 (*)	1,30 (*)	1,00 (*)	1,08 (*)	0,83 (*)	0,79 (*)	0,80 (*)	1,11 (*)	1,06 (*)	0,95 (*)	1,07 (*)	1,32 (*)	1,37 (*)	1,36 (*)	1,37 (*)

TE: tasa esperada. TO: tasa observada. Valores representan tasas por 100.000 hombres. LMA: límite máximo y LMI: límite mínimo, calculados con IC 95%. (*) DS entre TO y TE.

Tasas mensuales de suicidio consumado, población femenina																								
	2020											2021											2022	
	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb
TE	0,27	0,30	0,28	0,24	0,29	0,35	0,35	0,31	0,30	0,34	0,30	0,26	0,27	0,30	0,28	0,24	0,29	0,35	0,35	0,31	0,30	0,34	0,30	0,26
LMA	0,34	0,38	0,32	0,33	0,32	0,40	0,40	0,41	0,34	0,40	0,36	0,31	0,34	0,38	0,32	0,33	0,32	0,40	0,40	0,41	0,34	0,40	0,36	0,31
LMI	0,21	0,21	0,24	0,16	0,27	0,29	0,31	0,22	0,26	0,28	0,24	0,20	0,21	0,24	0,16	0,27	0,29	0,31	0,22	0,26	0,28	0,24	0,20	
TO	0,27	0,24	0,21 (*)	0,28	0,13 (*)	0,20 (*)	0,21 (*)	0,26	0,30	0,21 (*)	0,17 (*)	0,24	0,13 (*)	0,18 (*)	0,19 (*)	0,15 (*)	0,23 (*)	0,26 (*)	0,34	0,30	0,36 (**)	0,38	0,35	0,28

TE: tasa esperada. TO: tasa observada. Valores representan tasas por 100.000 mujeres. LMA: límite máximo y LMI: límite mínimo, calculados con IC 95%. (*) DS menor entre TO y TE. (**) DS mayor entre TO y TE.

ANEXO 2

Tabla 2. Tasas de egresos hospitalarios por intento de suicidio en población general, hombres y mujeres.

Tasas mensuales de egresos hospitalarios por intento de suicidio, población general																						
	2020											2021										
	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
TE	1,73	1,67	1,71	1,62	1,48	1,70	1,71	1,86	1,98	1,80	1,70	1,56	1,73	1,67	1,71	1,62	1,48	1,70	1,71	1,86	1,98	1,80
LMA	1,87	1,98	1,86	1,75	1,61	1,98	1,91	2,10	2,23	2,02	1,89	1,87	1,87	1,98	1,86	1,75	1,61	1,98	1,91	2,10	2,23	2,02
LMI	1,58	1,36	1,55	1,50	1,35	1,42	1,52	1,62	1,74	1,58	1,52	1,25	1,58	1,36	1,55	1,50	1,35	1,42	1,52	1,62	1,74	1,58
TO	1,65	1,51	1,34	0,96	1,38	1,58	1,54	1,71	1,81	1,83	1,66	1,53	2,01	1,75	2,03	1,77	2,03	2,55	2,38	2,38	2,53	2,26
			(*)	(*)									(**)		(**)	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)

TE: tasa esperada. TO: tasa observada. Valores representan tasas por 100.000 personas. LMA: límite máximo y LMI: límite mínimo, calculados con IC 95%.

(*) DS menor entre TO y TE. (**) DS mayor entre TO y TE.

Tasas mensuales de egresos hospitalarios por intento de suicidio, población masculina																						
	2020											2021										
	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
TE	1,05	0,93	1,04	0,86	0,86	0,90	1,04	1,12	1,17	1,08	1,08	0,97	1,05	0,93	1,04	0,86	0,86	0,90	1,04	1,12	1,17	1,08
LMA	1,16	1,15	1,15	0,98	1,05	1,04	1,24	1,34	1,40	1,29	1,23	1,26	1,16	1,15	1,15	0,98	1,05	1,04	1,24	1,34	1,40	1,29
LMI	0,95	0,71	0,94	0,74	0,68	0,77	0,84	0,90	0,93	0,87	0,92	0,68	0,95	0,71	0,94	0,74	0,68	0,77	0,84	0,90	0,93	0,87
TO	1,08	1,02	0,91	0,65	0,79	0,84	0,98	0,91	1,01	1,16	0,90	0,79	1,05	0,80	1,01	0,74	1,00	1,23	1,21	1,23	1,18	1,17
			(*)	(*)							(*)							(**)				

TE: tasa esperada. TO: tasa observada. Valores representan tasas por 100.000 hombres. LMA: límite máximo y LMI: límite mínimo, calculados con IC 95%.

(*) DS menor entre TO y TE. (**) DS mayor entre TO y TE.

Tasas mensuales de egresos hospitalarios por intento de suicidio, población femenina																							
	2020											2021											
	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	
TE	2,39	2,40	2,35	2,37	2,08	2,47	2,37	2,58	2,78	2,50	2,32	2,14	2,39	2,40	2,35	2,37	2,08	2,47	2,37	2,58	2,78	2,50	
LMA	2,62	2,89	2,56	2,59	2,34	2,90	2,64	2,89	3,07	2,82	2,54	2,51	2,62	2,89	2,56	2,59	2,34	2,90	2,64	2,89	3,07	2,82	
LMI	2,15	1,90	2,15	2,15	1,83	2,04	2,10	2,26	2,49	2,18	2,10	1,77	2,15	1,90	2,15	2,15	1,83	2,04	2,10	2,26	2,49	2,18	
TO	2,20	1,98	1,75	1,26	1,95	2,29	2,09	2,48	2,59	2,48	2,40	2,25	2,94	2,67	3,02	2,78	3,03	3,84	3,53	3,50	3,83	3,31	
			(*)	(*)			(*)						(**)		(**)	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)	(**)

TE: tasa esperada. TO: tasa observada. Valores representan tasas por 100.000 mujeres. LMA: límite máximo y LMI: límite mínimo, calculados con IC 95%.

(*) DS menor entre TO y TE. (**) DS mayor entre TO y TE.