



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**ASOCIACIÓN DEL MÉTODO DE INTENTO SUICIDA CON
TRASTORNOS MENTALES Y AUTOESTIMA EN ADULTOS
ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LIMA
METROPOLITANA-2015**

**ASSOCIATIONS OF METHODS OF SUICIDE ATTEMPTS WITH
MENTAL DISORDERS AND SELF-ESTEEM IN ADULTS ATTENDED IN
HEALTH ESTABLISHMENTS IN METROPOLITAN LIMA-2015**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTORES:

Carolina Alva Barreto

Andrea Luisa Tamayo Alarcon

Renzo Junior Torres Raymundi

ASESOR:

Javier Esteban Saavedra Castillo

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Doctor Johann Martin Vega Dienstmaier

Vocal: Doctor Hever Carlos Kruger Malpartida

Secretario: Doctor Edward Antonio Lozano Vargas

Fecha de sustentación: 7 de noviembre de 2023

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS:

Doctor Javier Esteban Saavedra Castillo

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0001-8403-5363

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros familiares.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Javier E. Saavedra Castillo cuya guía ha sido primordial para el desarrollo de este trabajo de investigación. Asimismo, nuestro agradecimiento a nuestros familiares y amigos por habernos apoyado incondicionalmente.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El estudio ha sido autofinanciado por los investigadores.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

Asociación del método de intento suicida con trastornos mentales y autoestima en adultos atendidos en establecimientos de salud en Lima Metropolitana - 2015

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	14%	4%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	4%
2	duict.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	www.insm.gob.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	1%
5	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS.....	6
III. MATERIALES Y MÉTODOS	6
IV. RESULTADOS	10
V. DISCUSIÓN	14
VI. CONCLUSIONES.....	19
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS.....	29

RESUMEN

Antecedentes: En el Perú, 1 de cada 20 personas ha tenido un intento suicida alguna vez en su vida y en Lima cada 22 minutos una persona intenta suicidarse. El método del intento suicida es un importante factor para considerar dentro de las medidas de prevención del suicidio. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el método de intento suicida con factores sociodemográficos, trastornos mentales y autoestima en adultos atendidos en los establecimientos de salud de Lima Metropolitana-2015. **Materiales y métodos:** Estudio transversal analítico, de tipo probabilístico con análisis de una base de datos secundaria obtenida del “Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana-2015”. Se describirán los métodos de intento suicida según las características sociodemográficas y el nivel de pobreza mediante tablas de contingencia, indicadores resumen y gráficos estadísticos. **Resultados:** Se encontró una predominancia femenina (78,4%) con una edad promedio de $39,9 \pm 14,4$ años. El método de suicidio más usado fue la intoxicación (59,2%). Se encontró asociación significativa entre el método de suicidio y el sexo ($p < 0,001$), la edad ($p = 0,001$), el nivel educativo ($p = 0,003$), el estado civil ($p < 0,001$) y la presencia de trastornos mentales ($p = 0,035$). **Conclusiones:** Las asociaciones encontradas en este estudio son coherentes con las encontradas en estudios previos, entre las que resalta el estado civil. Se espera que los resultados puedan ayudar en el manejo de personas en riesgo de un intento suicida.

Palabras claves: Intento suicida, métodos de suicidio, perfil de salud mental, prevención del suicidio.

ABSTRACT

Background: In Peru, 1 out of 20 people has had a suicide attempt at some point in their life and, in Lima, each 22 minutes a person attempts suicide. The method of suicide attempt is an important factor to consider within suicide prevention measures. **Objective:** To determine the association of the suicide attempt method with sociodemographic factors, mental disorders and self-esteem in adults attended in health establishments in Metropolitan Lima-2015. **Materials and methods:** Analytical cross-sectional study, of probabilistic type with analysis of a database obtained from the Epidemiological Study of Mental Health in general hospitals and health centers of Metropolitan Lima-2015. Suicide attempt methods will be described according to demographic characteristics and poverty level using contingency tables, summary indicators and statistical graphics. **Results:** A female predominance was found (78,4%) with an average age of $39,9 \pm 14,4$ years. The most used suicide method was the consumption of a toxic substance (59,2%). A significant association was found between the method of suicide and sex ($p < 0,001$), age ($p = 0,001$), educational level ($p = 0,003$), marital status ($p < 0,001$) and the presence of a mental disorder ($p = 0,035$). **Conclusions:** The associations found in this study are consistent with those found in previous studies, among which marital status stands out. It is hoped that the results can help in the management of people at risk of a suicide attempt.

Key words: Suicide attempt, suicide methods, mental health profile, suicide prevention

I. INTRODUCCIÓN

Dentro de los principales problemas de salud global, el suicidio se posiciona entre las veinte causas de mortalidad a nivel mundial, tratándose por ello de un problema de salud pública **(1, 2)**. En el año 2012, el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) describe que a nivel nacional 1 de cada 20 personas ha tenido un intento suicida alguna vez en su vida, y que en promedio cada 22 minutos una persona intenta suicidarse en Lima **(3)**. Según la OPS, la tasa de suicidio en el Perú por cada 100 000 habitantes fue de 0,99 entre el año 2005 al 2009 **(1)**. Adicionalmente, en un estudio realizado entre los años 2017 al 2021 en el Perú, a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF), se obtiene que durante esos cuatro años los departamentos que presentaron una mayor frecuencia de suicidios fueron Lima (20,3%), Arequipa (19,2%) y Cusco (9,5%) **(4)**. De la misma manera, la tasa de intentos de suicidio ha ido cambiando a lo largo del tiempo. En el año 2003, Vásquez y col. describen que los intentos suicidas registrados en INSM “HD-HN” ascendieron a 548, superando en 27 casos al año anterior **(5)**. En ese marco, en el año 2018, el Ministerio de Salud (MINSA) registró un total de 1384 intentos de suicidio en los establecimientos de salud del país **(6)**.

De acuerdo con el National Institute of Mental Health el intento suicida se define como un comportamiento hacia uno mismo con el fin de ocasionar la muerte, cuyo objetivo no llega a acontecer en todas las ocasiones **(7)**. El intento suicida genera un impacto en diversos ámbitos de la persona y su entorno familiar. En el ámbito económico, los intentos de suicidio traen consigo una carga económica a causa del

consumo de servicios de salud; no solo por el manejo inmediato del intento en sí, sino también por la discapacidad a largo plazo que a menudo se genera debido a posibles lesiones **(8)**. En el ámbito psicológico y social, se presenta intranquilidad e incertidumbre ante posibles nuevos intentos lo que resulta en un peso agobiante para sus allegados. Pues, se tiene el conocimiento de que un previo intento suicida aumenta el riesgo de realizar un suicidio consumado durante el primer año, específicamente entre el tercer y sexto mes de dicho periodo **(9, 10)**.

Por otro lado, la existencia de algún trastorno mental es considerado como un predictor fuerte para el suicidio, los trastornos mentales se definen como patrones psicológicos o conductuales, clínicamente significativos y que se asocian con un malestar o deterioro. Además, se conceptualizan desde una perspectiva biopsicosocial la cual utiliza de forma conjunta el modelo ambiental, interpersonal, psicológico y el médico-biológico para explicar las causas de este; es decir, se elimina la búsqueda de un causante aislado **(11, 12)**. En el año 2019, se estimó que 970 millones de personas en el mundo vivían con un trastorno mental, aproximadamente 1 de cada 8 personas, de las cuales el 82% procedían de países con bajos y medianos ingresos; además, la prevalencia mundial de desórdenes mentales se ha mantenido en un 13%, situándose en primer lugar los trastornos de ansiedad con un 31%, y la depresión, incluyendo al trastorno depresivo mayor y distimia, con un 28,9% **(13)**. En el Perú, los estudios realizados por el INSM “HD-HN” evidencian que, en Lima Metropolitana, la prevalencia de cualquier trastorno mental es de 37,2% a lo largo de la vida; adicionalmente, señalaron la prevalencia de depresión en diferentes regiones del Perú, mostrando 30,2% en Lima Metropolitana, 16,2% en la región altoandina y 21,4% en la selva peruana **(14, 15,**

16). Con respecto a la relación de los trastornos mentales con el suicidio, se ha evidenciado que las patologías que involucran un desbalance en el estado del ánimo son el diagnóstico más preponderante; siendo depresión la que más se asocia, seguido de los episodios de manía **(17)**. Es importante añadir que la conducta suicida en pacientes con trastornos mentales está relacionada a una mayor proporción de desenlaces fatales de los intentos de suicidio que la de la población general **(18)**.

Por otra parte, la autoestima ha sido descrita como el amor propio, la parte afectiva del yo, la sensación de dominar del ambiente, etc; lo cierto es que es un elemento determinante en la evolución de los aspectos de la personalidad, la adaptación social, desarrollo emocional y la salud mental en general **(19)**. Por lo que, es conveniente considerarla al estudiar conceptos como la ideación o el intento suicidas. Múltiples estudios han explorado la relación entre la autoestima y el suicidio, logrando encontrar que representa un factor protector al ser indicador de bienestar; además, de un mayor disfrute de las experiencias positivas y mejor afrontamiento a las experiencias negativas **(20)**. Por el contrario, una percepción negativa de uno mismo incrementa la percepción de que los estresores son extremadamente abrumadores, por consiguiente, la vida se percibe con un menor valor **(21)**.

En relación con los métodos más usados mundialmente para el suicidio son el ahorcamiento, la ingesta de pesticidas y las armas de fuego **(22)**. En referencia a los métodos de suicidio en el Perú, en el 2003, se describe que entre los más usados se encuentran los siguientes: estrangulamiento (56,6%), intoxicación con veneno (29,2%), arma de fuego (4%), salto al vacío (3,1%) y dispositivos punzocortantes

(1,7%) (7). Es de gran importancia mencionar que la elección del método en cuestión puede estar marcada por distintos factores. Para empezar, el sexo es uno de los más resaltantes; así pues, los métodos más comunes entre los hombres son el ahorcamiento, las armas de fuego y salto al vacío. Por el contrario, la intoxicación se encuentra entre los métodos más comunes usados por el sexo femenino (23). Del mismo modo, la aceptación sociocultural y la disponibilidad son determinantes de suma importancia para la elección del método en el intento suicida (24). En este sentido, se reconoce a Estados Unidos como el país que presenta mayor cantidad de armas, superando incluso el número de ciudadanos, lo que hace más accesible el uso de este método (25). De la misma forma, el contexto sociocultural relacionado al tipo de uso que se le atribuye a las armas de fuego, como por ejemplo usarlo para algún deporte, puede influir en la perspectiva que se tiene ante su uso y en la facilidad para adquirir estos artefactos (26). Con respecto a la intoxicación por medicamentos, uno de los principales métodos de suicidio, puede verse facilitado por el libre acceso a medicamentos en ciertos países. Con relación a esto, en una serie de casos desarrollada en Brasil se encontró que los medicamentos usados eran, en su mayoría, de uso propio; por lo que, se concluyó que la elección del método para el intento suicida se caracteriza por la disponibilidad y el control del acceso a estos (27). Es importante resaltar que también existen diferencias en relación con el diagnóstico psiquiátrico. En países del primer mundo se ha descrito previamente la asociación de diferentes grupos de diagnóstico psiquiátrico con el método de suicidio. En Taiwán se ha visto que el salto al vacío estaba asociado con la severidad de la psicopatología, y en su mayoría, este método era elegido por pacientes con esquizofrenia; por otro lado, se observó que el ahorcamiento fue el método más

común entre los casos de depresión y trastornos neuróticos **(28)**. La situación es diferente en Latinoamérica y a nivel nacional, ya que no hay evidencia suficiente acerca de los métodos de intento suicida y sus potenciales factores de riesgo.

Por consiguiente, se plantea estudiar si existe asociación de los métodos de intentos suicidas en adultos con trastornos mentales y autoestima, con el propósito de identificar potenciales factores de riesgo para los distintos métodos. Se hará uso de la base de datos del estudio de atención en establecimientos de salud en Lima Metropolitana-2015, el estudio más reciente localmente, esto debido a que representa una oportunidad única por su naturaleza epidemiológica y cuasi poblacional con una base de datos de tamaño importante; por lo cual, se estaría en mejores condiciones de estudio y una mejor potencia estadística para establecer asociaciones potenciales. Si bien la base de datos data del año 2015, este estudio no tiene como objetivos estudiar la prevalencia de las variables consideradas, sino más bien asociaciones; las cuales están menos influenciadas por el factor temporal. Por otro lado, por la gran inversión al erario nacional que ha demandado el estudio original deviene en una responsabilidad académica y científica.

El estudio de los métodos suicidas y su asociación con los trastornos mentales y autoestima puede ser importante desde cuatro puntos de vista: la prevención del suicidio, la identificación de signos de alerta, un mejor afronte terapéutico y el apoyo a la conciencia pública. Esta investigación también está en línea con el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la cual se propone reducir en un tercio la tasa de suicidio, a la cual el Perú está adscrito **(29)**. De igual manera se alinea a la Ley de Salud Mental LEY

Nº 30947 que en su artículo 17 establece la necesidad de identificación y monitoreo de factores de riesgo, entre ellos de la depresión y el intento suicida (30).

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación del método de intento suicida con trastornos mentales y autoestima en adultos atendidos en establecimientos de salud en Lima Metropolitana 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el método de intento suicida según características sociodemográficas y nivel de pobreza.
2. Estimar la frecuencia de intento suicida según el método.
3. Determinar la asociación entre el método de intento suicida y trastornos mentales en adultos atendidos en establecimientos de salud en Lima Metropolitana-2015.
4. Determinar la asociación entre el método de intento suicida y autoestima en adultos atendidos en establecimientos de salud en Lima Metropolitana-2015.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio transversal analítico, de tipo probabilístico con análisis de una base de datos secundaria obtenida del “Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana-2015”.

POBLACIÓN

La población investigada en el estudio original, “Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana-2015”, corresponde a personas que buscaban atención en establecimientos públicos de salud de Lima Metropolitana, mayores de 18 años, comprendidos por 8 hospitales y 16 centros de salud (Anexo 1). Se seleccionaron 1200 personas por cada hospital y 250 personas en cada centro de salud, además esta se realizó de manera independiente dentro de cada consultorio de las especialidades médicas consideradas en el estudio. En donde había más de un consultorio, estos fueron visitados de manera rotativa durante el período de recolección de datos. Se programó entrevistar a los 10 primeros pacientes que llegaban a los consultorios seleccionados, y si no se cumplía este número de personas se entrevistaba a todas las personas que llegaran.

Para este estudio se partió de la muestra obtenida en la investigación original, 10 885 adultos, y se realizó un cribado de las personas que contestaron afirmativamente a la siguiente pregunta: ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?, los cuales comprendieron 409 adultos.

- Criterios de inclusión:
 - Personas mayores o iguales a 18 años de edad que resolvieron la encuesta del estudio original.
 - Personas que buscaban atenderse en especialidades médicas establecidas previamente por consultorio externo.
 - Personas que presentaron algún intento suicida.

- Personas que hayan completado la información sobre trastornos mentales y nivel de autoestima.
- Criterios de exclusión:
 - Personas con problemas de comunicación.

INSTRUMENTOS

En el estudio original se hizo uso de los siguientes instrumentos (31):

- Cuestionario de salud mental: Elaborado originalmente en Colombia. Evalúa el nivel de salud mental de una población. Su aplicación resulta sencilla y no requiere de experiencia clínica experta. Sus secciones recogen información sobre distintos temas como uso de sustancias, conductas antisociales, síntomas de distrés emocional, conductas de auto y hetero-agresividad, etc. El coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach encontrado para algunos de sus componentes fue: confianza en autoridades (0,751), estresores cotidianos (0,757), estados anímicos prevalentes (0,826), satisfacción personal (0,688), satisfacción laboral (0,813), cohesión familiar (0,794), estresores ambientales (0,817).
- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión español: Desarrollada por Sheehan, Lecrubier y colaboradores. Basada en criterios de la CIE-10, de sencilla aplicación pues posee una duración de aproximadamente 15 minutos y no se necesita de entrenamiento exhaustivo. Recoge información sobre las primordiales patologías psiquiátricas. Fue adaptado lingüísticamente mediante un ensayo piloto en residentes de 100 viviendas provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao.; además, para poder obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis y doce

meses, y la prevalencia actual de los desórdenes psiquiátricos. El coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach encontrado para algunos de sus componentes fue: agorafobia (0,794), trastorno de pánico (0,835), fobia social (0,874), trastorno de ansiedad generalizada (0,888), trastorno de estrés post-traumático (0,842), episodio depresivo (0,665), distimia (0,874), episodio psicótico (0,735), dependencia al alcohol (0,748) .

- Escala de autoestima de Rosenberg: Cuestionario que cuenta con 10 apartados para la valoración de la autoestima, esta escala consta de una validez y confiabilidad probada, por lo que es de amplio uso. El puntaje se establece entre 10 y 40. En Perú, este instrumento ha sido validado por Ventura-León et al. (2018) mostrando adecuadas propiedades psicométricas para el modelo bidimensional con los siguientes valores de Alpha de Cronbach: autoestima positiva (0,803) y autoestima negativa (0,723).

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Para dar inicio a nuestro proyecto se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado. El estudio original recolectó directamente la información, posterior a un consentimiento informado firmado por cada participante, codificando toda información para mantener la confidencialidad de estos. Una vez se tuvo acceso a la base de datos se procedió a filtrar a los adultos que presentaron intento suicida a partir de la siguiente pregunta: “¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?”.

PLAN DE ANÁLISIS

Una vez filtrada la información se describieron los métodos de intento suicida según las características sociodemográficas, educativas y el nivel de pobreza mediante tablas de contingencia y gráficos estadísticos. Se evaluó la asociación entre los métodos de intento suicida con las características sociodemográficas, educativas, nivel de pobreza y trastornos mentales mediante pruebas de independencia chi cuadrado para muestras complejas. La asociación con la autoestima se evaluó mediante el análisis de varianza de un criterio de clasificación (modelo lineal general en muestras complejas). Se realizó un análisis multivariado relacionando el método de intento suicida con la autoestima y los trastornos mentales, controlando el posible efecto confusor de las características sociodemográficas y la pobreza, mediante un modelo de regresión logística multinomial. El análisis estadístico se realizó utilizando el módulo de muestras complejas del software IBM-SPSS, V28.

IV. RESULTADOS

De la muestra de 409 (3,8%) adultos que alguna vez intentaron el suicidio fueron predominantemente del sexo femenino (75,7%), con edades que variaron entre 18 y 75 años, con una edad promedio de 39,9 (DE: 14,4) años. Además, se observó que el nivel educativo más alto alcanzado por la mayoría de los adultos de la muestra es secundaria (56,5%), la mayor parte tiene pareja (44,7%), tienen un trabajo remunerado (51,8%) y son no pobres (79%) (**ver tabla 1**). En relación con el método utilizado para el intento de suicidio, se identificó que 59,2% de los adultos uso la intoxicación con pastillas, insecticidas, lejía, ácidos, raticidas, etc. El segundo método más utilizado fue el arma blanca (20,1%), mediante cortes en las venas o en distintas partes del cuerpo. Para una menor proporción fue de elección

lanzarse hacia vehículos en movimiento, de edificios, cerros o puentes (10,3%); y por último se encontró al ahogamiento/asfixia (8,7%). Aproximadamente las tres cuartas partes (74,1%) de los adultos tuvo un solo intento de suicidio, el resto tuvo de dos a más (**ver tabla 2**). El 20,7%, de los que intentaron suicidarse no presentaron ningún trastorno mental, mientras que el 79,3%, sí presentaron alguno; considerando trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, psicosis y adicciones al alcohol, tabaco y/o sustancias. En cuanto al número de trastornos, se observó que 46,5% presentó un solo trastorno, 19,2% presentó dos trastornos y 13,7% tres a más trastornos; y por último se obtuvo que la prevalencia de vida de trastornos depresivos fue de 70,4% y la prevalencia vida de cualquier trastorno de ansiedad fue de 78,6% (**ver tabla 3**).

Por otro lado, se encontró que los métodos utilizados para intentar suicidarse según sexo difieren significativamente ($p < 0,001$). El método más utilizado por las mujeres fue la intoxicación (65,7%) y en segundo lugar estuvo el uso de arma blanca (16,3%). La intoxicación también se mostró como el método más usado por los varones (38,8%), pero en menor proporción comparado con las mujeres; asimismo, el segundo método más usado por los varones fue el arma blanca (31,1%), no obstante, en una mayor proporción comparado con las mujeres. Adicionalmente, encontramos que el método utilizado para el intento de suicidio difiere significativamente según el grupo de edad ($p = 0,001$). Encontrando que la intoxicación fue el método más frecuentemente usado por adultos de todas las edades, particularmente entre los que tienen entre 25 a 44 años (60,9%) y 45 a 64 años (65,7%). En segundo lugar, está el uso de arma blanca, método preferido por los más jóvenes (37,8%) y los mayores de 65 años (27,8%) (**ver tabla 4**). En la

misma tabla podemos detectar que el nivel educativo también estuvo significativamente relacionado con el método utilizado para intentar el suicidio ($p=0,003$), los adultos con menor nivel de instrucción, utilizaron mayoritariamente el método de arrojarse hacia vehículos en movimiento, de cerros o puentes (53,8%). En cuanto al uso de arma blanca, fue el preferido por los que tienen nivel de instrucción superior (39,1%). El estado civil de los adultos se relacionó significativamente con el método utilizado para intentar el suicidio ($p<0,001$). La mayoría de las personas que dejaron de tener una pareja (viudos, separados o divorciados) utilizaron la intoxicación como método para intentar el suicidio (63,9%). Si bien los solteros utilizaron principalmente la intoxicación (52,3%), también se observó que el 33,3% de este grupo utiliza las armas blancas para intentar el suicidio. En el caso del nivel de pobreza, no se observaron diferencias significativas entre estos dos grupos; del mismo modo, la situación laboral del adulto no se relacionó significativamente con el método de intento de suicidio (**ver tabla 4**).

Con relación al número de intentos suicidas, el método más utilizado para el primer y segundo intento fue la intoxicación (>60%); pero a partir del tercer intento se disminuye la proporción de intentos por este medio (41,3%) y se incrementa el uso de arma blanca (31,2%) (**ver tabla 5**). A pesar de las variaciones, no se encontró una diferencia significativa entre el número de intentos y el método utilizado. Acerca de la presencia de trastornos psiquiátricos; esta se relaciona significativamente con el método usado para el intento suicida ($p=0,035$). Además, se observa que el método más usado por los pacientes que presentan algún trastorno psiquiátrico es la intoxicación (61,7%), mientras que, entre los que no presentan

trastornos psiquiátricos aproximadamente un tercio (31,3%) utilizó arma blanca. Posteriormente, se evaluó la asociación entre el método elegido con los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, pero no se observaron asociaciones significativas (**ver tabla 5**). Finalmente, los que utilizaron la intoxicación como método para el intento de suicidio presentaron una puntuación ligeramente menor en la escala de autoestima de Rosemberg ($27,9\pm 0,33$) comparado con los otros métodos; a pesar de ello las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas (**ver tabla 6**).

Por último, se ajustó un modelo de regresión logística multinomial en el cual la variable dependiente fue el método de intento suicida, se incluyeron todas las variables planteadas y se analizó la relación entre cada variable y el método de intento suicida, controlando el posible factor confusor de los demás factores. Se obtuvo que el riesgo de suicidio por intoxicación es significativamente mayor en las mujeres (OR: 5,88; IC:2,59-13,32) que en los hombres; a diferencia de con el uso de arma blanca y arrojararse con los cuales no se encontraron asociaciones significativas. Adicionalmente, los que tienen actualmente una pareja, comparado con los que no, tienen un riesgo significativamente menor de elegir la intoxicación (OR:0,32; IC:0,11-0,99) o arrojararse (OR:0,19; IC:0,04-0,78) como método para el intento de suicidio. En el caso de los que tuvieron una pareja y ya no la tienen, el riesgo de elegir la intoxicación (OR:0,17; IC:0,05-0,55) o un arma blanca (OR:0,13; IC:0,03-0,47) es significativamente menor comparados con las personas en el grupo soltero(a). Para terminar, se observó que cuando la puntuación en la autoestima se incrementa, el riesgo de intento suicida por cualquiera de los métodos se reduce, aunque estas asociaciones no son significativas (**ver tabla 7**).

V. DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que cinco, de todas las variables evaluadas, se encuentran asociadas a un tipo en específico de método de intento suicida, pues cuentan con una diferencia estadísticamente significativa; estas son la edad, el sexo, el nivel educativo, el estado civil y la presencia de trastornos mentales. Para el resto de las variables estudiadas se encontraron ligeras diferencias sin llegar a un valor significativo; sin embargo, se pueden observar ciertas tendencias.

Para empezar, el método más usado en general fue la intoxicación, lo cual concuerda con el estudio realizado por la Organización mundial de la Salud en el año 2008 en el cual se encontró que el método más usado en Latinoamérica es la intoxicación, aunque especificando el uso de carbamatos (22). Además, es importante destacar que el sexo es una característica demográfica muy importante por tomar en cuenta en las dimensiones del suicidio, en este estudio resalta que la población es predominantemente femenina y que en su mayoría elige el uso de intoxicación como método de intento suicida. Según Mergl, R et al., personas del sexo femenino optan por métodos menos letales a diferencia del sexo masculino que optan por métodos más letales, y, por ende, estos logran consumar el suicidio la mayoría de veces (32, 33). Asimismo, Lim, M et al., muestran a la intoxicación como el método más usado entre las mujeres, hallazgo que refuerza lo encontrado en el presente estudio (34). Por otro lado, López Steinmetz menciona en su estudio que, si bien se ve que la intoxicación fue el método más prevalente en ambos sexos, existe la tendencia por parte del género masculino en usar métodos más violentos; lo cual es coherente con haber encontrado que existe una mayor proporción de varones que en este estudio hicieron uso del arma blanca (35). En cuanto a la edad, nuestros resultados indican

que, para todos los grupos, la intoxicación es el método más usado; y el siguiente es el uso de arma blanca. Este último está presente en todos los grupos de edades como la segunda forma más común, con excepción del grupo de 45 a 64 años, para quienes se observa que prefieren optar por arrojarse hacia vehículos en movimiento o al vacío. Lo descrito es coherente con los datos obtenidos en un estudio realizado en Argentina, que muestran a la intoxicación y uso de arma blanca como el primer y segundo método más común respectivamente en un grupo de individuos entre 15 y 74 años (36). En cuanto a los métodos menos usados tenemos al ahogamiento/asfixia; pero es importante resaltar que son los adultos mayores a 65 años los que tienen más predisposición a usarlos; lo que coincide con estudios que demuestran que los ancianos utilizan métodos de fácil disponibilidad y que suelen asociarse a alta letalidad, como el ahorcamiento, para lograr el cometido sin varios intentos (37). Respecto al nivel educativo los resultados del estudio revelan que a menor nivel de educación mayor es el número de personas que optan por medidas más letales como arrojarse al vacío o hacia un vehículo, resultados similares se obtuvieron en un estudio en Irán realizado por Ahmad Shojaei et al. en donde si bien resaltaron el ahorcamiento y las quemaduras como los métodos más frecuentes en la población con menor educación, estos fueron, asimismo, clasificados como métodos de mayor letalidad (38). Por el contrario, la población que cuenta con secundaria completa adoptó por utilizar la intoxicación como método más frecuente. Leeba Rezaie et al. sugieren que aquellos que realizan el intento con un método como la intoxicación consideran y planifican el acto con mayor cuidado lo cual podría estar asociado a mayor nivel educativo. Además, establecen al analfabetismo y a un menor nivel de educación como posible factor de riesgo para intentos suicidas

más letales ante una pobre respuesta a problemas o incapacidad para entender las consecuencias de sobrevivir a dicho intento suicida (39).

Con respecto al estado civil se evidencia una relación significativa con el método de intento suicida, si bien no existen grandes diferencias entre las tres opciones debido a que su mayoría usó el método de intoxicación, el grupo casado/conviviente optó por métodos más letales. Similares resultados se obtienen en el estudio de Alireza Ahmadi et al. en donde se describe que en parejas casadas predomina el uso de fuego, considerado como método de alta letalidad; también en dicho estudio se describe que entre los posibles factores precipitantes para la elección de algún método de gran letalidad están los problemas matrimoniales crónicos (40). Finalmente, es importante mencionar que el estado civil resultó estar relacionado significativamente con el método de intento suicida en el análisis por regresión logística multinomial; encontrándose que las personas casadas y que dejaron de tener pareja tuvieron menor riesgo de elegir la intoxicación como método, por lo que se refuerza la relación bivariada mencionada anteriormente. No se ha encontrado en la literatura una posible explicación de este hallazgo, por lo que consideramos importante que en el futuro se pueda explorar más esta asociación.

Por otro lado, para la situación laboral se encuentra que en general la mayoría elige usar la intoxicación, pero en el caso del arma blanca hay una proporción mayor de personas sin trabajo las que lo terminan eligiendo. Entonces, poseer o no un empleo no inclina al individuo hacia alguna preferencia entre los diversos métodos que existen. Consideramos conveniente mencionar que en otro estudio hallan una mayor proporción de personas sin empleo que eligen métodos con letalidad leve a moderada, pero no se encontró alguna diferencia significativa como en nuestro

estudio (41). De la misma manera, para el nivel de pobreza no se encontró significancia en los resultados, lo que es consecuente con estudios en donde tampoco se encontró significancia con el estatus socioeconómico del individuo (42). Con relación al número de intentos y el método utilizado, se obtuvo que tanto en el primer y segundo intento predominó la intoxicación; similares resultados se obtienen al respecto en el estudio Ashkan et. al donde se halló que la intoxicación, por medicamentos específicamente, es el método más usado y prevalece en el reintento suicida (43). Así mismo, existe evidencia que sustenta que el uso de un método de intento suicida en una primera oportunidad predispone a repetir el método en un siguiente intento, en especial el método de intoxicación el cual es el más repetido en intentos posteriores (44).

Con respecto a la existencia de algún trastorno mental y el método de intento suicida, se encontró que hay una relación significativa en la cual se observó que personas con algún diagnóstico tendieron a usar la intoxicación como método de elección; por otro lado, las personas sin diagnóstico se asociaron más con el arma blanca y arrojarse hacia vehículos a velocidad o al vacío. Esto discrepa con lo mencionado por Ying-Yeh Chen et al quienes indican que en las personas con alguna patología psiquiátrica es más frecuente el método de arrojarse al vacío, y en las personas sin algún diagnóstico es la intoxicación, usando específicamente la inhalación de monóxido de carbono (28). Por otro lado, el estudio de Huisman et al. menciona que las personas con desórdenes depresivos son menos selectivas con el método de elección para el intento suicida, pues se vio una relación con múltiples de ellos; además, concluyen que podrían cambiar de método dependiendo de la accesibilidad de este (34, 45). En el presente estudio, se exploró la relación del

método con, específicamente, trastornos depresivos y trastornos ansiosos; pero no se llegó a valores significativos, aunque se puede rescatar que hubo una gran proporción de personas con trastornos depresivos que eligieron la intoxicación como método de elección, probablemente por la gran accesibilidad a estos.

Existen diversos estudios que evidencian la relación cercana de la autoestima con la conducta suicida, no obstante Andrade, J y Gonzáles, J evidencian una correlación poco significativa entre la autoestima y el riesgo de suicidio; recalando que incluso la evidencia de una autoestima baja no constituye el centro del desarrollo del riesgo suicida y corroborando que el suicidio es un fenómeno complejo cuya comprensión debería ir más allá de una explicación descriptiva (46). En este estudio se encontró que la asociación entre la autoestima y el método de intento suicida elegido presenta ligeras diferencias, trabajando con los promedios encontrados según la escala de Rosenberg; sin embargo, no fue estadísticamente significativo. Similares resultados se encontraron en el estudio de Plutchik et al. quienes concluyeron que su relación con la letalidad médica del método elegido es controversial (47).

Los resultados de este estudio deben considerarse dentro de los márgenes de las limitaciones descritas a continuación. Primero, algunas categorías podrían requerir de un tamaño de muestra mayor para realizar un análisis más homogéneo y obtener datos más precisos. Segundo, los instrumentos del estudio original fueron diseñados para responder a los objetivos del estudio original, mas no específicamente para los de este estudio. Tercero, al ser el estudio original hecho mediante entrevistas existen ciertos sesgos como el característico de la demanda y de conveniencia social; además es importante mencionar que no podemos afirmar la veracidad de las respuestas de los participantes ni que de alguna forma no hayan sido influenciadas

por la incomodidad, falta de voluntad, estigmatización y/o por lo que consideran socialmente aceptable. Cuarto, el diseño del estudio, transversal analítico, no permite establecer relaciones de causa y efecto; debido a que solo se proporciona una vista estática de los datos en un momento específico por lo que no se pueden examinar cambios a lo largo del tiempo ni evaluar tendencias temporales. Quinto, los resultados no pueden ser generalizados para otras poblaciones dentro del país debido a la diversidad en cada área, pues hay diferentes factores genéticos, culturales, socioeconómicos y ambientales; tampoco podría hacerse con otros países. Finalmente, se propone la realización de estudios longitudinales relacionados a este tema para superar las limitaciones de estudios transversales.

VI. CONCLUSIONES

- La muestra fue mayoritariamente compuesta por el sexo femenino, y el método de suicidio más usado fue la intoxicación.
- El sexo femenino se asoció con intoxicación con respecto a otros métodos de intento suicida y el sexo masculino presentó mayor predisposición para el uso de arma blanca.
- El método más usado para todos los grupos de edad es la intoxicación, y el segundo método fue el uso de arma blanca. Para el grupo mayor de 65 años se encontró mayor predisposición al método de asfixia.
- Un menor nivel educativo se asoció a mayor uso de métodos letales como arrojarse hacia un vehículo o al vacío. En las personas con secundaria completa se encontró mayor uso de intoxicación.

- En relación con el estado civil, el método más usado fue la intoxicación. Sin embargo, el grupo casado/conviviente optó por métodos más letales como arrojar hacia un vehículo o salto al vacío, y ahogamiento/asfixia. Es importante hacer énfasis en el estado civil debido a que fue la única variable significativa en el análisis multivariado.
- Se encontró que hubo una asociación significativa entre el método de intento suicida y la presencia de trastornos psiquiátricos, en la que la presencia de esta muestra asociada un mayor uso de la intoxicación como método.
- No se logró encontrar una asociación significativa entre el método de intento suicida y la autoestima, resultado coherente con estudios que aseveran una relación controversial.

RECOMENDACIONES

- Las implicancias del estudio para la práctica clínica recaen en la identificación de la población vulnerable de acuerdo con los datos sociodemográficos y los métodos de intento suicida más usados para la prevención en pacientes con riesgo de intento suicida y que no podrán tener un cuidado perenne.
- Dada la alta frecuencia de trastornos mentales entre las personas que presentaron intentos suicidas es necesario que en las atenciones de emergencia se establezcan protocolos para la identificación y el manejo oportuno de estas condiciones.

- Promover el desarrollo de investigaciones en muestras más amplias en el campo de los métodos de intento suicida, en particular en aquellos de mayor letalidad, a fin mejorar la capacidad de prevención de esta problemática.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275323304>
2. OPS. Prevención de la conducta suicida [Internet]. Washington, DC. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao: 2012. Anales de Salud Mental. 2013; XXIX (suplemento 1).
4. Contreras-Cordova CR, Atencio-Paulino JI, Sedano C, Ccoicca-Hinojosa FJ, Paucar Huaman W. Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2022; 85(1):19–28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972022000100019&script=sci_arttext&tIng=pt
5. Vásquez F, Nicolás Y, Martínez R, Vite V, Falconí S, Vargas V. El perfil de los intentadores de suicidio atendidos en el Instituto Especializado de Salud

- Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” 2003. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2013;68(1-2):67-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v68i1-2.1582>
6. Minsa registra más de 1300 intentos de suicidio en lo que va del 2018 [Internet]. Gob.pe. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/18738-minsa-registra-mas-de-1300-intentos-de-suicidio-en-lo-que-va-del-2018>
 7. Suicide [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>
 8. WHO. Preventing Suicide: A Global Imperative. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2014.
 9. Hawton K, van Heeringen K, editores. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester, Inglaterra: John Wiley & Sons; 2008.
 10. Hawton K, Fagg J. Repetition of attempted suicide: The performance of the Edinburgh predictive scales in patients in Oxford. Arch Suicide Res [Internet]. 1995;1(4):261-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13811119508258987>
 11. Hall RC, Platt DE, Hall RC. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in a time of managed care. Psychosomatics [Internet]. 1999;40(1):18-27. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71267-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71267-3)
 12. Rodrigo M, Hernández R. Patología psiquiátrica en el niño preescolar y escolar. Vol. 2(4):197-206 1. Anales de Pediatría Continuada; 2004.

13. GBD Results Tool. In: Global Health Data Exchange [Internet]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/cb9c37d9454c80df77adaed394d7fc0f>, accessed 3 February 2022
14. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana 2015. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2018; XXXIV (1): 1-183
15. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2003; XIX (1-2): 1-216.
16. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. *Anales de Salud Mental* 2005; XXI (1-2): 1-212.
17. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002;1(3):181–5.
18. Baldessarini RJ. Epidemiology of suicide: recent developments. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [Internet]. 2019; 29 (e71):e71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796019000672>
19. Marina L, Palacio A, Gandara GM, Gandara JM, Herrera Pertuz D, Guzmán DG, et al. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2007; 23 (1): 32-42.

20. Natalia Pérez Gómez. Relación entre Autoestima e Ideación Suicida en Adolescentes Colombianos [Internet]. Vol. 8, No. 1. Revista de Psicología GEPU; (Junio) 2017. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6919770>"
21. Preeti Manani, Shraddha Sharma. Self Esteem and suicidal ideation: a correlational study. [Internet]. Vol 3, No, pg 75-83. MIER Journal of educational studies trends and practices (MJESTP); Mayo, 2013. Disponible en: <https://www.mierjs.in/index.php/mjestp/article/view/1556>
22. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. Bull World Health Organ [Internet]. 2008;86(9):726–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2471/blt.07.043489>
23. Zalar B, Kores Plesničar B, Zalar I, Mertik M. Suicide and suicide attempt descriptors by Multimethod approach. Psychiatr Danub [Internet]. 2018;30(3):317–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24869/psyd.2018.317>
24. Cantor CH, Baume PJ. Access to methods of suicide: what impact? Aust N Z J Psychiatry [Internet]. 1998;32(1):8–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/00048679809062700>
25. Estados Unidos, el país con más armas que ciudadanos [Internet]. Com.tr. Disponible en: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/estados-unidos-el-pa%C3%ADs-con-m%C3%A1s-armas-que-ciudadanos/2598695>

26. Baños Chaparro, J. Suicidio por arma de fuego, un problema de salud pública. [Internet]. Vol. 19. MediSur revista electrónica; 2021. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068639022/html/>
27. Peron Toledo Trevisan E, Félix de Oliveira ML. Medicamentos psicoactivos: estudio de mujeres con intento de suicidio en un municipio del sur de Brasil. *Index enferm* [Internet]. 2012; 21(1–2):33–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100008
28. Chen Y-Y, Lee M-B, Chang C-M, Liao S-C. Methods of suicide in different psychiatric diagnostic groups. *J Affect Disord* [Internet]. 2009;118(1–3):196–200. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.020>
29. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
30. Congreso de la República. Ley N° 30947 Ley de Salud Mental. Perú: Editora Perú; 2019 p. 4. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%C2%BA%2030947.pdf.pdf?v=1608073034>
31. Instituto Nacional de Salud Mental. “Confiable y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y de la Selva Peruana”, *Anales de Salud Mental* Vol. XXV. Año 2009, Suplemento 1.
32. Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely A, Tóth MD, Coyne J, et al. What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal

- acts? An epidemiological analysis in four European countries. PLoS One [Internet]. 2015;10(7):e0129062. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0129062>
33. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. Med Sci Monit [Internet]. 2011;17(8):PH65-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12659/msm.881887>
34. Lim M, Lee SU, Park J-I. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. Int J Ment Health Syst [Internet]. 2014;8(1):54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-8-54>
35. López Steinmetz LC. Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. Cienc Psicol [Internet]. 2019;197–208. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v13i2.1872>
36. López Steinmetz LC. Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. Cienc Psicol [Internet]. 2019;197–208. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v13i2.1872>
37. Pérez Barrero SA. Factores de riesgo suicida en el anciano. Cien Saude Colet [Internet]. 2012; 17(8):2011–6. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4nt6Fjkjt4NnXWtvHnc6zXF/?lang=es>
38. Shojaei A, Moradi S, Alaeddini F, Khodadoost M, Barzegar A, Khademi A. Association between suicide method, and gender, age, and education level in Iran over 2006-2010: Risk factors of suicide method in Iran. Asia Pac

- Psychiatry [Internet]. 2014;6(1):18–22. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1111/appy.12097>
39. Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel DC. Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. Burns [Internet]. 2011;37(1):159–63. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2010.07.003>
40. Ahmadi A, Mohammadi R, Stavrinou D, Almasi A, Schwebel DC. Self-immolation in Iran. J Burn Care Res [Internet]. 2008;29(3):451–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/BCR.0b013e31817112f1>
41. Aristizábal Gaviria Alejandro, González Morales Andrea, Palacio Acosta Carlos, García Valencia Jenny, López Jaramillo Carlos. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. rev.colomb.psiquiater. [Internet]. 2009; 38(3):446-463. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000300005&lng=en.
42. Jeon HJ, Lee J-Y, Lee YM, Hong JP, Won S-H, Cho S-J, et al. Unplanned versus planned suicide attempters, precipitants, methods, and an association with mental disorders in a Korea-based community sample. J Affect Disord [Internet]. 2010;127(1–3):274–80. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.05.027>
43. Espandian A, González M, Reijas T, Florez G, Ferrer E, Saiz PA, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. Revista de Psiquiatría y Salud Mental

- [Internet]. 2020;13(1):11–21. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>
44. López Steinmetz, L. C. (2019). Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Ciencias psicológicas*, 13(2), 197–208. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1872> Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212019000200197&script=sci_abstract&tlng=pt
45. Huisman A, van Houwelingen CAJ, Kerkhof AJFM. Psychopathology and suicide method in mental health care. *J Affect Disord* [Internet]. 2010;121(1–2):94–9. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.024>
46. Andrade Salazar J. A, Gonzáles Portillo J. Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente* [Internet]. 2017;20(37):70-88. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497555990006>
47. Plutchik R, van Praag HM, Picard S, Conte HR, Korn M. Is there a relation between the seriousness of suicidal intent and the lethality of the suicide attempt? *Psychiatry Res* [Internet]. 1989;27(1):71–9. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90011-5](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(89)90011-5)

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1.

Características sociodemográficas de adultos que alguna vez en la vida intentaron el suicidio

Características sociodemográficas	Número de adultos	Porcentaje
Sexo		
Masculino	103	24,3
Femenino	306	75,7
Grupo de edad		
18 - 24	90	22,0
25 - 44	161	38,0
45 - 64	140	35,5
65 a más	18	4,5
Nivel educativo		
Sin nivel/inicial	13	3,2
Primaria	64	15,6
Secundaria	231	56,5
Superior no universitaria	63	15,4
Superior universitario	38	9,3
Estado civil		
Casado(a)/conviviente	183	44,7
Divorciado/viudo/separado	115	28,1
Soltero(a)	111	27,1
Situación laboral		
Trabaja	212	51,8
No trabaja	197	48,2
Nivel de pobreza		
Pobre	86	21,0
No pobre	323	79,0

Tabla 2.

Método de intento suicida utilizado y número de intentos de suicidio.

Intento de suicidio	Número de adultos	Porcentaje
Método utilizado para intentar el suicidio		
Intoxicación	242	59,2
Arma blanca	82	20,1
Arrojarse (vehículo/edificio/cerro/puente)	41	10,3
Ahogamiento/asfixia	36	8,7
Otros	8	1,7
Número de intentos de suicidio		
Uno	294	74,1
Dos	69	15,6
Tres	23	5,0
Cuatro a más	23	5,2

Tabla 3.

Trastornos mentales en adultos que alguna vez tuvieron un intento suicida.

Trastornos mentales	Número de adultos	Porcentaje
Presencia de trastornos mentales		
Sí	326	79,3
No	83	20,7
Número de trastornos mentales		
Ninguno	81	20,7
Uno	186	46,5
Dos	79	19,2
Tres	43	9,5
Cuatro a más	18	4,2
Prevalencia de vida de trastornos depresivos		
Sí	283	70,4
No	119	29,6
Prevalencia vida de trastornos de ansiedad		
Sí	320	78,6
No	87	21,4

Tabla 4.**Métodos utilizados para el intento de suicidio según características sociodemográficas y nivel de pobreza del adulto.**

Características sociodemográficas	Muestra	Método utilizado para el intento suicida										Significación
		Intoxicación		Arma blanca		Arrojarse		Ahogamiento/asfixia		Otros		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo												
Masculino	103	41	39,8	32	31,1	11	10,7	15	14,6	4	3,9	0,000
Femenino	306	201	65,7	50	16,3	30	9,8	21	6,9	4	1,3	
Grupo de edad												
18 - 24	90	43	47,8	34	37,8	3	3,3	8	8,9	2	2,2	0,001
25 - 44	161	98	60,9	29	18,0	18	11,2	13	8,1	3	1,9	
45 - 64	140	92	65,7	14	10,0	18	12,9	13	9,3	3	2,1	
65 a más	18	9	50,0	5	27,8	2	11,1	2	11,1	--	--	
Nivel educativo												
Sin nivel/inicial	13	5	38,5	--	--	7	53,8	1	7,7	--	--	0,003
Primaria	64	36	56,3	11	17,2	8	12,5	8	12,5	1	1,6	
Secundaria	231	146	63,2	43	18,6	18	7,8	19	8,2	5	2,2	
Superior no universitaria	63	37	58,7	13	20,6	5	7,9	6	9,5	2	3,3	
Superior universitario	38	18	47,4	15	39,5	3	7,9	2	5,3	--	--	
Estado civil												
Divorciado/viudo/separado	183	117	63,9	33	18,0	14	7,7	15	8,2	4	2,2	0,000
Casado(a)/conviviente	115	67	58,3	12	10,4	18	15,7	17	14,8	1	0,9	
Soltero(a)	111	58	52,3	37	33,3	9	8,1	4	3,6	3	2,7	
Situación laboral												
Trabaja	212	125	59,0	37	17,5	24	11,3	21	9,9	5	2,4	0,354
No trabaja	196	117	59,7	45	23,0	16	8,2	15	7,7	3	1,5	
Nivel de pobreza												
Pobre	84	52	61,9	15	17,9	10	11,9	5	6,0	2	2,4	0,783
No pobre	323	188	58,2	67	20,7	31	9,6	31	9,6	6	1,9	

(*) Prueba de independencia chi cuadrado para muestras complejas. Significativo: $p \leq 0,05$ **Tabla 5.****Métodos utilizados para el intento de suicidio, según número de intentos y presencia de trastornos mentales.**

Trastornos mentales	Muestra	Método utilizado para el intento suicida										Significación
		Intoxicación		Arma blanca		Arrojarse		Ahogamiento/asfixia		Otros		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Número de intentos de suicidio												
Uno	294	179	60,9	59	20,1	26	8,8	25	8,5	5	1,7	0,105
Dos	69	44	63,8	9	13,0	9	13,0	5	7,2	2	2,9	
Tres a más	46	19	41,3	14	30,4	6	13,0	6	13,0	1	2,2	
Presencia de trastornos mentales												
Presente	326	201	61,7	56	17,2	30	9,2	31	9,5	8	2,5	0,035
Ausente	83	41	49,4	26	31,3	11	13,3	5	6,0	--	--	
Número de trastornos mentales												
Ninguno	83	41	49,4	26	31,3	11	13,3	5	6,0	--	--	0,172
Uno	186	111	59,7	35	18,8	19	10,2	15	8,1	6	3,2	
Dos	79	51	64,6	12	15,2	5	6,3	9	11,4	2	2,5	
Tres a más	61	39	63,9	9	14,8	6	9,8	7	11,5	--	--	
Prevalencia de vida de trastornos depresivos												
Sí	284	179	63,0	48	16,9	26	9,2	27	9,5	4	1,4	0,086
No	125	63	50,4	34	27,2	15	12,0	9	7,2	4	3,2	
Prevalencia vida de trastornos de ansiedad												
Sí	117	75	64,1	20	17,1	8	6,8	11	9,4	3	2,6	0,467
No	292	167	57,2	62	21,2	33	11,3	25	8,6	5	1,7	

(*) Prueba de independencia chi cuadrado para muestras complejas. Significativo: $p \leq 0,05$

Tabla 6.

Métodos utilizados para el intento de suicidio según puntuaciones en la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Método utilizado para el intento suicida	Autoestima de Rosenberg					Significación (*)
	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación. estándar	
Intoxicación	242	12	37	27,9	0,33	0,874
Arma blanca	80	12	40	28,2	0,50	
Arrojarse	41	20	38	28,3	0,68	
Ahogamiento/asfixia	36	21	36	28,2	0,71	
Otros	8	23	33	29,3	1,28	

(*) Análisis de varianza con muestras complejas. Significativo: $p \leq 0,05$

Tabla 7.

Factores sociodemográficos, presencia de trastornos mentales y autoestima asociados con el intento suicida.

Razón de ventajas (OR) e intervalos de confianza. Ajuste de un modelo logístico multinomial.

Factores asociados	Intoxicación			Arma blanca			Arrojarse		
	OR _{ajustado}	IC(95%)		OR _{ajustado}	IC(95%)		OR _{ajustado}	IC(95%)	
		LI	LS		LI	LS		LI	LS
Autoestima	0,92	0,84	1,01	0,95	0,85	1,05	0,96	0,85	1,08
Sexo									
Femenino	5,88	2,59	13,32	2,24	0,90	5,59	2,75	0,94	1,06
Masculino	1,00	.	.	1,00	.	.	1,00	.	.
Edad									
18 - 24	0,43	0,06	2,86	0,57	0,07	4,43	0,35	0,03	4,63
25 - 44	0,78	0,13	4,64	0,47	0,07	3,29	1,67	0,17	15,87
45 - 64	0,85	0,15	4,83	0,30	0,05	2,03	1,55	0,18	13,67
65 a más	1,00	.	.	1,00	.	.	1,00	.	.
Nivel educativo									
Primaria o menos	0,37	0,06	2,14	0,23	0,03	1,51	1,16	0,14	9,96
Secundaria	0,69	0,14	3,44	0,36	0,07	1,87	0,61	0,08	4,48
Superior no universitaria	0,55	0,10	3,04	0,30	0,05	1,77	0,44	0,05	3,88
Superior universitaria	1,00	.	.	1,00	.	.	1,00	.	.
Estado civil									
Casado/conviviente	0,32	0,11	0,99	0,35	0,11	1,16	0,19	0,04	0,78
Divorciado(a)/viudo(a) separado	0,17	0,05	0,55	0,13	0,03	0,47	0,26	0,06	1,08
Soltero(a)	1,00	.	.	1,00	.	.	1,00	.	.
Pobreza									
Pobre	1,16	0,49	2,72	1,16	0,43	3,14	1,23	0,42	3,60
No pobre	1,00	.	.	1,00	.	.	1,00	.	.
Trabajo									
Trabaja	1,14	0,56	2,31	0,85	0,38	1,93	1,41	0,56	3,59
No trabaja	1,00	.	.	1,00	.	.	1,00	.	.
Trastornos mentales									
Presente	0,41	0,10	1,62	0,22	0,05	1,01	0,35	0,06	1,98
Ausente	1,00	.	.	1,00	.	.	1,00	.	.
Trastornos depresivos									
Presente	1,33	0,48	3,66	1,36	0,41	2,44	0,93	0,22	3,88
Ausente	1,00	.	.	1,00	.	.	1,00	.	.
Trastornos de ansiedad									
Presente	1,03	0,47	2,23	0,99	0,39	2,49	0,56	0,19	1,67
Ausente	1,00	.	.	1,00	.	.	1,00	.	.

Categoría de referencia: Ahogamiento/asfixia y otros.

ANEXOS

Anexo 1

RELACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO

GRUPO	PROVINCIA	ESTABLECIMIENTO	CATEGORÍA
1	Lima	Hospital Nacional "Cayetano Heredia"	Hospital
	Lima	Centro de Salud: Laura Caller (Los Olivos)	Centro de salud
	Lima	Centro de Salud: Juan Pablo II Confraternidad (Los Olivos)	Centro de salud
2	Lima	Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"	Hospital
	Lima	Centro de Salud: Breña (Breña)	Centro de salud
	Lima	Centro de Salud: Chacra Colorada (Breña)	Centro de salud
3	Lima	Hospital "Santa Rosa"(Pueblo Libre)	Hospital
	Lima	Centro de Salud: Magdalena (Magdalena)	Centro de salud
	Lima	Centro de Salud: San Miguel (San Miguel)	Centro de salud
4	Lima	Hospital "Carlos Lan franco La Hoz"	Hospital
	Lima	Centro de Salud: Materno Infantil Dr. Enrique Martín Alguna (Puente Piedra)	Centro de salud
	Lima	Centro de Salud: Los Sureños (Puente Piedra)	Centro de salud
5	Lima	Hospital Nacional "Hipólito Unánue " (El Agustino)	Hospital
	Lima	Centro de Salud: Madre Teresa de Calcuta (El Agustino)	Centro de salud
	Lima	Centro de Salud: Cooperativa Universal (Santa Anita)	Centro de salud
6	Lima	Hospital San Juan de Lurigancho (San Juan de Lurigancho)	Hospital
	Lima	Centro de Salud: José Carlos Mariátegui (San Juan de Lurigancho)	Centro de salud
	Lima	Centro de Salud: Ganímedes (San Juan de Lurigancho)	Centro de salud
7	Lima	Hospital Nacional "María Auxiliadora " (San Juan de Miraflores)	Hospital
	Lima	Centro de Salud: Cesar López Silva (Villa El Salvador)	Centro de salud
	Lima	Centro de Salud: San José (Villa El Salvador)	Centro de salud
8	Callao	Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" (Bellavista)	Hospital
	Callao	Centro de Salud: Bellavista(Bellavista)	Centro de salud
	Callao	Centro de Salud: Néstor Gambeta Alta(Callao)	Centro de salud

Anexo 2

Variables	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Indicadores	Escala de medición	Instrumentos
Método de intento suicida	Vía o mecanismo por el cual la persona descrita con una conducta autolesiva pretende suicidarse; habiendo resultado frustrado el objetivo.	Método elegido por la persona en un intento para acabar con su vida.	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación • Ahogarse/ asfixiarse • Electrocutarse • Golpe en cabeza • Uso de armas de fuego • Uso de arma blanca • Aventarse 	Nominal	Cuestionario modificado de salud mental de Colombia
Número de intento de suicidio	Repeticiones de la acción de intento de suicidio	Número de veces en que el encuestado refiere haber intentado suicidarse al momento de la encuesta disponible en la base de datos.	Cuantitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • ≥4 	De razón	Ficha de datos sociodemográficos
Sexo	Hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Sexo al cual el individuo refiere pertenecer.	Cualitativa dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal	Ficha de datos sociodemográficos
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la actualidad.	Años cumplidos al momento de la encuesta disponible en la base de datos.	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	De razón	Ficha de datos sociodemográficos
Pareja	Relación que se establece de común acuerdo entre dos personas, basada en	Pertenencia de pareja al momento de la encuesta disponible en la base de datos	Cualitativa dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Ficha de datos sociodemográficos

	el interés y el afecto, para interactuar y compartir un período de tiempo, independientemente de su estructura, del grado de formalización de esa unión o de la orientación sexual de sus integrantes.					
Presencia de algún trastorno mental	Trastorno de salud mental que afecta el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.	Presencia de algún trastorno de salud mental que afecta el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento	Cualitativa dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Nominal	MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-1 Hoja HIS
Número de trastornos mentales	Cantidad de trastornos de salud mental, los cuales afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.	Número de trastornos mentales diagnosticados previamente al individuo	Cuantitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • ≥4 	De razón	MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-1
Autoestima	Conciencia subjetiva de sí mismo que condiciona un estado afectivo y una valoración en relación con las expectativas e ideales.	Autovaloración que se da tomando en cuenta la diferencia entre sus características individuales y las características ideales.	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> • según escala de rosenberg (10 a 40) 	Nominal	Escala de autoestima de Rosenberg
Nivel de pobreza	Es un indicador que está compuesto por tres dimensiones básicas del índice de desarrollo humano, que son una vida larga y saludable, el acceso al conocimiento y los servicios básicos que son esenciales para que una persona pueda vivir bien. (59)	Medición objetiva de la pobreza, se define a través del NBI, el cual se refiere a ciertos parámetros que incluye material de la vivienda, hacinamiento, y dependencia económica establecidos por la CEPAL. La presencia de al menos una NBI define la situación de pobreza y dos o más como pobreza extrema.	Cualitativa dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Pobre • No pobre 	Ordinal	Ficha de datos sociodemográficos