



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**ACCESO A TRATAMIENTO EN PERSONAS CON SUICIDALIDAD Y
SUS VARIABLES RELACIONADAS EN EL PERÚ**

**ACCESS TO TREATMENT IN PEOPLE WITH SUICIDALITY AND ITS
RELATED VARIABLES IN PERU**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES

RENZO DANIEL PAHUACHO BERMUDEZ

MARK ANDREW GARCIA MENDOZA

ALFREDO RUBEN CASTILLO CALDERON

ASESOR

DR. JOHANN VEGA DIENSTMAIER

LIMA - PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Paola Albinagorta Ariza

Vocal: Paulo Jorge Martin Ruiz Grosso

Secretaria: Guiliana Mas Ubillus

Fecha de Sustentación: 15 de septiembre del 2022

Calificación: Aprobado

ASESOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ASESOR

Dr. Johann Vega Dienstmaier

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0002-5686-4014

DEDICATORIA

Agradezco a mi mamá Soraya por siempre estar a mi lado, a mi papá Roberto por su apoyo incondicional, a mi hermano Gonzalo, a mi abuelas Claudia y Olga (QEPD), a Renatto y a mi perrito Milanese.

Renzo Pahuacho

Agradezco a mis padres por el apoyo incondicional y por el esfuerzo que hicieron para cumplir mis sueños, a mi hermano, tíos y abuelos a quienes tengo en el corazón.

Mark Garcia

Agradezco a mis padres Rubén y Lilian por el apoyo incondicional y por el esfuerzo que hicieron para llegar hasta el día de hoy. Gracias por siempre haberme apoyado cuando más lo necesite.

Alfredo Castillo

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra universidad, nuestras familias, a nuestros maestros y maestras que nos enseñaron el arte de la medicina, y un especial agradecimiento a nuestro asesor por su dedicación y tiempo brindado

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El estudio ha sido financiado por los investigadores.

DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	4
IV. RESULTADOS.....	7
V. DISCUSIÓN.....	9
VI. CONCLUSIONES.....	13
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS.....	18
IX. ANEXOS.....	23

RESUMEN

Antecedentes: En el Perú, la tasa de suicidios se ha incrementado desde 0,46% en el 2004 hasta 1,13% en el 2013. A nivel mundial, se encontró que sólo el 24% de las personas tuvieron tratamiento hasta un mes antes del acto suicida. **Objetivos:** Determinar la proporción de personas con suicidalidad que han tenido acceso a tratamiento y explorar las variables relacionadas a éste. **Materiales y métodos:** Es un análisis secundario de base de datos de la ENDES 2019. Se exploró la relación de cada variable con el acceso al tratamiento mediante un análisis bivariado y multivariado, usando regresión logística y considerando los pesos estadísticos del muestreo. **Resultados:** El 11% de las personas con suicidalidad tuvo acceso al tratamiento. En el análisis multivariado, la variable que se asoció a menor probabilidad de acceso al tratamiento fue sexo masculino (OR 0,58; IC 95% 0,43 - 0,78); y las que se relacionaron con una mayor probabilidad fueron: tener seguro de salud (OR 1,82; IC 95% 1,29 - 2,56), grupo socioeconómico más alto y mayor nivel de instrucción. **Conclusión:** En el Perú, poco más de la décima parte de la población con suicidalidad tuvo acceso a tratamiento. Las personas de sexo masculino, sin seguro de salud, con un menor nivel socioeconómico y un nivel educativo bajo tuvieron un menor acceso a los servicios de salud.

Palabras clave: Suicidio, Acceso al tratamiento, Perú.

ABSTRACT

Background: In Peru, the suicide rate has increased from 2004 with 0.46% to 2013 with 1.13%. Globally, only 24% of people were found to have had treatment up to a month before the suicide act. **Objectives:** To determine the proportion of people with suicidality who have had access to treatment and to explore the variables related to it. **Materials and methods:** It is a secondary analysis of the ENDES 2019 database. The relationship of each variable with access to treatment was explored through a bivariate and multivariate analysis, using logistic regression and considering the statistical weights of the sampling. **Results:** Between people with suicidality, 11% had access to treatment. In the multivariate analysis, the variables that were associated with a lower probability of access to treatment were: male gender (OR 0.58; 95% CI 0.43 - 0.78); and those with more probability of access to treatment were: people with health insurance (OR 1.82; 95% CI: 1.29 - 2.56), higher socioeconomic group and higher level of instruction. **Conclusion:** In Peru, only 11% of the population with suicidality had access to treatment. It was found that males, people without health insurance, people with a lower socioeconomic level and people with low educational level had less access to health services.

Keywords: Suicide, Access to treatment, Peru.

I. INTRODUCCIÓN

La suicidalidad se considera como una tendencia autolesiva continua, que va desde la ocurrencia hasta el acto suicida, donde progresivamente se implican: la ideación suicida, la planificación y el acto suicida per se (1). Según la Organización Mundial de Salud (OMS), el suicidio representa un problema global de salud pública, constituyendo más de 700 mil muertes cada año, esta cifra es relevante teniendo en cuenta que solo el 35% de los miembros de la OMS tienen un registro detallado de muertes de los últimos 5 años (2,3). Data internacional de la OMS indica que la prevalencia de ideación suicida durante 12 meses es de 2% en países desarrollados y de 2,1% en países en vía de desarrollo, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio es 0,3% y 0,4% respectivamente (4,5). Se estima que sólo un 24% de las personas que se suicidan tuvieron un diagnóstico de salud mental (4). El enfoque de la atención y el tratamiento oportuno en el primer nivel de atención puede reducir la tasa de ideación suicida en pacientes con suicidalidad. La evidencia indica que una intervención, incluida la planificación de respuesta a crisis en al menos una sesión, puede ser efectiva para reducir tanto la ideación como el intento suicida (6). En el Perú, un aproximado del 37% de la población tiene el riesgo de padecer un trastorno mental en alguna etapa de su vida. Si nos centramos en la depresión, su prevalencia es 18,2% en Lima Metropolitana, 16,3% en la sierra peruana y 21,4% en la costa del Perú. Las enfermedades mentales no atendidas pueden propiciar un intento suicida, según datos a nivel nacional, durante 1 mes de enfermedad el

porcentaje de intento suicida es del 1% en Lima Metropolitana, 0,7 en la sierra y 0,6 en la selva (7).

La tasa de suicidios a nivel nacional ha incrementado desde 0,46% el año 2004 hasta 1,13% el año 2013, siendo más común en los departamentos de Arequipa, Moquegua, Tacna, Pasco, Junín y Huánuco (8). Según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, los adolescentes tuvieron mayor prevalencia de deseos de morir (15.3%) en comparación a los adultos (8.5%) y adultos mayores (12.2%) (9). En 2017 la incidencia de suicidios fue de 1,44 muertes por cada 100 mil habitantes, incrementando a 1,95 en el año 2019, siendo los departamentos con mayores tasas de suicidio: Arequipa, Moquegua y Tacna (10). Según datos del SINADEF, entre el año 2017 y 2021 se registraron 2579 fallecidos a causa de suicidio, de los cuales el porcentaje más alto (23,1%) se produjo durante el año 2019 (11). Del total de suicidios en Perú casi el 70% eran varones, el grupo con mayor frecuencia de suicidios era el de 20 a 29 años, siendo el ahorcamiento el método más usado (8,10).

El comportamiento suicida ha mostrado relación con diversos factores, ya sean género, edad, espacio geográfico, realidad socio-política, orientación sexual, inmigración, abuso de sustancias, situación económica, entre otros (3).

No se han encontrado datos en nuestro país sobre el acceso a tratamiento y las variables que influyen en esto, por lo que este estudio tiene como objetivo determinar la proporción de personas con suicidalidad que accedieron al tratamiento y explorar sus variables relacionadas, para ello se hará uso de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la proporción de personas con suicidalidad que han tenido acceso a tratamiento de salud mental y explorar las variables relacionadas a éste.

Objetivos específicos

- Determinar la proporción de personas con suicidalidad que han tenido acceso a tratamiento de salud mental.
- Explorar la relación entre el acceso a tratamiento de salud mental en personas con suicidalidad y las siguientes variables:
 - Edad
 - Sexo
 - Grado de instrucción
 - Seguro de salud
 - Área
 - Nivel socioeconómico
 - Tabaco
 - Alcohol
 - Violencia doméstica
 - PHQ-9

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio:

Se planteó un estudio descriptivo, tipo transversal, mediante un análisis secundario de base de datos. Se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del Perú (ENDES), con un tamaño muestral de 34 971 que brinda una muestra representativa para el desarrollo de este estudio y numerosas variables que se evaluaron. La encuesta que se utilizó para este estudio comprende un año calendario completo que es el 2019.

Población:

Población blanco: Personas con suicidalidad.

Población accesible: Para la selección de las personas, se seleccionarán a personas que hayan participado en de la ENDES.

Muestra de estudio:

Personas de 15 o más años que hayan participado en la ENDES y que hayan respondido la Sección 7 de la entrevista que corresponde a Salud Mental.

Criterios de inclusión:

Personas que respondieron “Sí” a la pregunta 700 H o a la pregunta 704 H de la ENDES del 2019.

Metodología:

La ENDES del 2019 tuvo una muestra probabilística de tipo equilibrado, bietápica independiente y estratificada a nivel de departamentos y áreas urbanas o rurales. Se aplicó una encuesta de Hogar general y las demás encuestas se realizaron en base a

las características de la población. Obtuvimos así los resultados basados en el Cuestionario de Hogar (al jefe/a del hogar) y el Cuestionario de Salud (a personas mayores de 15 años, seleccionados del hogar). El Cuestionario de Salud cuenta con 34 971 encuestados, de los cuales no se consideraron a los participantes que no respondieron a todas las preguntas para las variables requeridas, quedando una población de 33 613. Se realizó el análisis estadístico con las variables planteadas a la población que presentaba suicidalidad que eran representadas por 3668 personas.

Variables:

La definición operacional de cada variable se encuentra detallada en la **tabla 1**.

Las preguntas utilizadas del cuestionario del ENDES 2019 se encuentran detalladas en los anexos.

Plan de análisis:

Se realizaron los análisis estadísticos con STATA V.17, considerando el diseño por muestreo complejo de la ENDES.

Para la descripción de las variables categóricas se utilizaron proporciones y en el caso de las variables numéricas se usó medias. Para el Análisis Bivariado entre variables dicotómicas se utilizó χ^2 . Para el análisis entre variables independientes numéricas y dicotómicas se basó en su distribución. Si tuvieron distribución normal se usó t-Student para muestras independientes, y si no tuvieron distribución normal se usó U de Mann-Whitney. Finalmente, se utilizó regresión logística para explorar la relación entre el acceso al tratamiento. Para el Análisis multivariado se utilizó regresión logística para evaluar la relación entre el acceso al tratamiento

(dependiente dicotómica) y las variables independientes que obtuvieron un p menor a 0.1 en el análisis bivariado.

Aspectos éticos:

Nuestra investigación con código SIDISI: 208574 fue aprobada por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia el 20 de julio del 2022.

IV. RESULTADOS

Las personas sin suicidalidad representan el 89,09% (29 945) y las personas con suicidalidad el 10,91% (3 668) de la muestra. De la muestra analizada, se encontró que el 8,91% (327) de las personas con suicidalidad accedieron a tratamiento. Por otro lado, realizando el estimado poblacional, se encontró que el 11% (IC 95%: 9,32% - 12,95%) de las personas con suicidalidad accedieron a tratamiento. Complementando esto, los porcentajes de acceso al tratamiento según las diferentes variables se muestran especificadas en la **tabla 2**.

Respecto a las personas con suicidalidad que accedieron a tratamiento, el promedio de edad fue de 43 años, la media de PHQ-9 fue de 9,66 y el consumo de alcohol fue en promedio de 1 vez una bebida alcohólica durante el último mes. Por otro lado, en personas sin tratamiento, el promedio de edad fue de 49 años, el PHQ-9 de 8,96 e igualmente el consumo de alcohol en promedio fue sólo una bebida alcohólica durante el último mes. Se decidió dicotomizar la variable alcohol, debido a que las personas que no consumieron alcohol durante el último mes superaban ampliamente a las personas que consumieron al menos una vez. Igualmente se decidió dicotomizar la variable de agresión física, debido a que el número de personas que nunca habían sufrido de agresión por su pareja, supera por amplia cantidad a las demás categorías de la variable.

La **tabla 3** muestra la asociación entre diversas variables y el acceso al tratamiento. En el análisis bivariado se encontró que las variables asociadas significativamente a menor acceso al tratamiento fueron sexo masculino (OR 0,55; IC 95% 0,41 - 0,72), personas residentes en áreas rurales (OR 0,46; IC 95% 0,36 - 0,58) y personas

de mayor edad (OR 0,99; IC 95% 0,98 - 0,99). Por otro lado, las variables asociadas significativamente a mayor acceso fueron: personas que sufrieron agresión por parte de su pareja (OR 1,45; IC 95% 1,01 - 2,09), personas con PHQ-9 mayor (OR 1,02; IC 95% 1,001 - 1,04), con mayor grado de instrucción (OR 25,14; IC 95% 6,76 - 93,56) y nivel socioeconómico (OR 4,39; IC 95% 2,86 - 6,73). También se observó una tendencia a mayor acceso a tratamiento entre las personas con seguro de salud. Tanto las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado como la variable “seguro de salud” fueron incluidas en el análisis multivariado. En el análisis multivariado, el acceso al tratamiento continuó estando asociado significativamente con las variables sexo, grado de instrucción y nivel socioeconómico; sin embargo, no se encontró relación con las variables área de vivienda, personas que sufrieron de agresión, edad y PHQ-9. Por otro lado, la relación con tener seguro de salud, que no había alcanzado significancia estadística en el análisis bivariado, pasó a ser significativa en el análisis multivariado.

V. DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que el 11% de las personas encuestadas con suicidalidad tuvieron acceso a tratamiento, a nivel internacional una revisión sistemática indica que el 29,5% de las personas con ideación suicida acuden a un profesional de salud para buscar ayuda (12). La OMS, en su encuesta anual, determinó que la principal barrera por la que las personas no acceden a tratamiento es su baja percepción de su enfermedad (insight), (13) incluso muchas personas con suicidalidad esconden sus ideas o solo las comunican indirectamente, asistiendo así a profesionales de salud por otras razones, pocos meses antes de cometer sus intentos suicidas (14).

En el análisis bivariado de nuestro estudio se encontró que la edad promedio de las personas que accedieron al tratamiento fue significativamente menor; sin embargo, esta significancia no se conservó en el análisis multivariado. En relación con esto, en una revisión sistemática internacional del año 2012 se encontró que menos del 50% de los adultos jóvenes con ideación suicida acudieron a recibir tratamiento. Asimismo, en una encuesta realizada en Estados Unidos, en adolescentes (13 a 18 años) se encontró que 32,7% con ideación suicida accedieron al tratamiento (15).

Con relación al sexo, encontramos que los hombres acceden significativamente menos al tratamiento en comparación a las mujeres, tanto en el análisis bivariado como en el multivariado. En un estudio australiano se observaron similares resultados, la probabilidad de buscar tratamiento era significativamente menor en hombres que en mujeres. Asimismo, se menciona que las mujeres acuden más a los servicios de salud para ser atendidas por enfermedades mentales o físicas. Mientras

que los hombres no suelen buscar ayuda por ideación suicida, ni tienen la intención de hacerlo; esto último podría estar relacionado a la preocupación por la desaprobación social (16).

En nuestro estudio se encontró que las personas con suicidalidad que cuentan con un seguro de salud tienen mayor acceso a tratamiento en comparación a los que no lo tienen. Esto guarda relación con una revisión sistemática realizada por la Universidad de California, donde se encontró que las personas con seguro de salud tienen mayor utilización de servicios médicos generales en comparación a las personas que no cuentan con un seguro de salud (17).

En cuanto al área de residencia de los encuestados, encontramos en el análisis bivariado que hay un acceso significativamente menor en la población con suicidalidad que reside en áreas rurales en comparación con la población urbana. Esto puede estar relacionado con la escasez de centros de salud y de profesionales de la salud en áreas rurales, la lejanía y desventajas socioeconómicas. Esto guarda relación con estudios en otros países como Estados Unidos, donde se evidencia que en los estados menos densamente poblados había mayores tasas de suicidio en comparación con los estados más densamente poblados. Además, se evidencia en países como Inglaterra, Estados Unidos y Australia que el aumento de áreas rurales está relacionado con un incremento en la tasa de muertes por suicidio (18).

En el análisis bivariado encontramos que las personas que sufrieron agresión por parte de sus parejas accedieron más a tratamiento que las personas que no tuvieron agresión alguna. Sin embargo, algunos estudios internacionales como el de Kavak et al, observaron que, a mayor violencia recibida, mayor riesgo de suicidio (19). Nuestros resultados podrían deberse a que las personas que sufren agresión acceden

al tratamiento de manera indirecta mediante otras instituciones, diferentes a centros de salud (Policía, Ministerio Público, Defensoría del Pueblo, Demuna, etc). En un estudio mexicano, el 24,1% de las mujeres que sufren de violencia física deciden buscar ayuda en instituciones que no ofrecen servicios de salud de manera directa (20).

Respecto al nivel socioeconómico, nuestro estudio encontró que cuanto más alto es éste, dentro de una población con suicidalidad, es más probable el acceso a tratamiento. En una encuesta de la Organización Mundial de Salud, realizada en 21 países, se encontró que sólo un 17% de la población de adultos con suicidalidad en países en vías de desarrollo accedía a tratamiento frente a un 56% en países desarrollados (21). En un estudio realizado por la OMS a nivel mundial, se encontró que hubo una menor frecuencia de personas desempleadas con acceso al tratamiento, comparado con las personas con algún tipo de empleo. Sin embargo, esta diferencia no fue significativa (16).

En nuestro estudio, el consumo de alcohol durante el último año o el último mes no tuvo relación con el acceso al tratamiento. Sin embargo, en la literatura se menciona que el alcohol tiene un efecto severo sobre el riesgo suicida especialmente en pacientes con alcoholismo, haciéndolos más susceptibles a situaciones que precipitan comportamientos suicidas (22). Milner et al. encontraron que, luego de un intento suicida, la frecuencia de personas que acceden al tratamiento es mayor en quienes consumen alcohol frente a las quienes no, sin embargo, la asociación no resultó significativa (16).

Se encontró que las personas con suicidalidad que tienen un grado de instrucción más alto (postgrado) accedieron más al tratamiento (50%), mientras que los que

menos accedieron fueron los de inicial (3,83%). Al realizar el análisis bivariado, se evidenció de manera significativa que existía mayor acceso al tratamiento de suicidalidad mientras más educación tenía la persona. En otros estudios se evidencia que existe una relación significativa entre un menor nivel educativo y el aumento de muertes por suicidio solo en la población masculina, en cambio en la población femenina esta desigualdad según el nivel educativo es menor y menos consistente (23).

Respecto al PHQ-9, en el análisis bivariado se encontró una relación significativa, el acceso a tratamiento tiende a aumentar mientras más alto es el valor del PHQ-9. En el análisis multivariado, no resultó significativo. En este sentido, no se pudo comprobar que un valor mayor de PHQ-9, en otras palabras, una mayor severidad de depresión, determine un mayor acceso al tratamiento.

VI. CONCLUSIONES

En Perú, sólo un 11% de personas con suicidalidad acceden a tratamiento de salud mental. Las variables relacionadas a un menor acceso fueron sexo masculino, residencia en áreas rurales, no tener seguro de salud, nivel socioeconómico bajo y un menor nivel educativo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salvo, L., Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(2), 115-123.
2. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021
3. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227–39.
4. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014;29(6):870–7.
5. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1617–28.
6. Dueweke AR, Bridges AJ. Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. *Fam Syst Health*. 2018; 36 (3): 289-302.
7. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2006;23(4):237–8.
8. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Rubilar-González J, Huarez B, Grendas L. Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):751–7.

9. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012 - Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013; 29 (Suplemento 1): 1-392.
10. Roman-Lazarte V, Moncada-Mapelli E, Huarcaya-Victoria J. Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl)*. 2021
11. 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*. 2022;85(1):19–28.
12. Hom MA, Stanley IH, Joiner TE Jr. Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2015 Aug;40:28-39. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.006. Epub 2015 May 27. PMID: 26048165.
13. Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R.C., et al. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 64–70
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084129>.
14. Oquendo MA, Porras-Segovia A. Barriers for the Research, Prevention, and Treatment of Suicidal Behavior. *Curr Top Behav Neurosci*. 2020;46:25-40. doi: 10.1007/7854_2020_159. PMID: 32986218.
15. Husky, M.M., Olfson, M., He, J., Nock, M.K., Swanson, S.A., & Merikangas, K.R. (2012). Twelve-month suicidal symptoms and use of

- services among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey. *Psychiatric Services*, 63(10), 989–996
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201200058>.
16. Milner A, De Leo D. Who seeks treatment where? Suicidal behaviors and health care: evidence from a community survey. *J Nerv Ment Dis*. 2010 Jun;198(6):412-9. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e07905. PMID: 20531119.
17. Buchmueller TC, Grumbach K, Kronick R, Kahn JG. The effect of health insurance on medical care utilization and implications for insurance expansion: a review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2005;62(1):3–30.
18. Hirsch JK, Cukrowicz KC. Suicide in rural areas: An updated review of the literature. *Rural Ment Health*. 2014;38(2):65–78.
19. Kavak F, Aktürk Ü, Özdemir A, Gültekin A. The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Aug;32(4):574-579. doi: 10.1016/j.apnu.2018.03.016. Epub 2018 Mar 14. PMID: 30029750
20. Beltrán, B., Medrano, A. Influencia de factores sociodemográficos en la búsqueda de ayuda por parte de mujeres que experimentan violencia de pareja en México. *Género y Salud en cifras*. 2016;16(1). 5-9.
21. Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.T., Sampson, N, Kessler, R.C., et al. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 64–70
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084129>.

22. Sher L. Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects.
ScientificWorldJournal. 2006 Jun 21;6:700-6. doi: 10.1100/tsw.2006.146.
PMID: 16799741; PMCID: PMC5917128.
23. Lorant V, Kunst AE, Huisman M, Costa G, Mackenbach J. Socio-economic inequalities in suicide: A European comparative study. British Journal of Psychiatry. Cambridge University Press; 2005;187(1):49–54.

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo de Variable	Indicador
Edad	Cantidad de años vividos hasta el momento de la entrevista	Continua	Edad en años
Sexo	Conjunto de características anatómicas, fisiológicas y psicológicas del paciente	Cualitativa Dicotómica	Masculino y Femenino
Grado de instrucción	Es el año o grado de estudios más alto que el entrevistado aprobó	Ordinal	Inicial, Primaria, Secundaria, Superior no universitario, Superior universitario, Postgrado
Seguro de salud	Indica si la persona cuenta con algún tipo de seguro de salud, ya sea público o privado	Cualitativa dicotómica	Sí tiene seguro de salud o no tiene seguro de salud
Área	Es la zona en la cual reside la persona.	Cualitativa Dicotómica	Urbano y rural
Nivel socioeconómico	Nivel de riqueza que tiene una persona, basado en la metodología desarrollada por Shea Rutstein y Kiersten Johnson utilizada por la ENDES.	Ordinal	Los más pobres, Pobre, Medio, Rico, Más rico
Consumo de tabaco	La persona indica si fuma o no cigarrillos de manera diaria	Cualitativa dicotómica	Sí fuma de manera diaria y no fuma de manera diaria
Consumo de alcohol en el último año	Consumo o no de algún tipo de bebida alcohólica o licor 12 veces o más en los últimos 12 meses previos a la entrevista	Cualitativa dicotómica	Sí consumió alcohol 12 o más veces en los últimos 12 meses y no consumió alcohol 12 o más veces en los últimos 12 meses
Consumo de alcohol en el último mes	Número de veces que tomó alguna bebida alcohólica o licor en lo	Cuantitativa discreta	Número de veces que consumió al menos un

	últimos 30 días previo a la entrevista		vaso o unidad similar completa
Violencia doméstica	Es la cantidad de veces, en el último año, que la persona encuestada ha sido agredida físicamente por su pareja	Ordinal	Nunca (0 veces) Rara vez (1-2 veces) A veces (3-5 veces) A menudo (6 o más veces)
PHQ 9	El PHQ 9 es un cuestionario que sirve para identificar síntomas depresivos, la finalidad de este cuestionario es medir el grado de depresión de una persona	Numérica	0 a 27
Acceso a tratamiento	Son personas que han recibido tratamiento de algún profesional de salud por depresión, tristeza, desánimo, falta de interés o irritabilidad, especificada en la pregunta QS 707 del Cuestionario de Salud de la ENDES	Cualitativa dicotómica	Sí recibió tratamiento o no recibió tratamiento

Tabla 2. Porcentaje de acceso a tratamiento de acuerdo a las diferentes variables estudiadas.

Variable	Categorías	Número de personas que accedieron a tratamiento	Porcentaje de acceso a tratamiento	P
Sexo	Femenino	262	10.23%	17,99
	Masculino	65	5.88%	
Grado de instrucción	Inicial	21	3,83%	
	Primaria	93	6,63%	
	Secundaria	138	10,76%	

	Superior no universitario	40	16,67%	<0,001
	Superior universitaria	30	16,22%	
	Postgrado	5	50%	
Seguro de salud	Sí	281	9,34%	3,66
	No	46	6,99%	
Área	Urbano	217	12,03%	42,39
	Rural	110	5,9%	
Nivel socioeconómico	Los más pobres	98	5,43%	<0,001
	Pobre	83	9,09%	
	Medio	60	12,3%	
	Rico	52	17,75%	
	Más rico	34	20,12%	
Consumo de tabaco	Sí	4	8,16%	0,03
	No	323	8,93%	
Consumo de alcohol en el último año	Sí	25	8,71%	0,02
	No	302	8,93%	
Violencia doméstica	No	290	8,63%	4,06
	Sí	37	12,05%	

Tabla 3. Asociación entre el acceso al tratamiento y las variables evaluadas

Variable frente al acceso a tratamiento	Análisis bivariado			Análisis Multivariado		
	OR simple	IC 95%	p	OR ajustado	IC 95%	p
Sexo masculino versus femenino	0,55	0,41-0,72	<0,001	0,58	0,43-0,78	<0,001
Población con seguro de salud versus sin seguro de salud	1,37	0,99-1,89	0,057	1,82	1,29-2,56	0,001
Área rural versus área urbana	0,46	0,36-0,58	<0,001	0,96	0,67-1,37	0,821
Sí fuma a diario versus no fuma a diario	0,91	0,32-2,54	0,853			
Sí han consumido alcohol en el último año versus los que no han consumido alcohol en el último año	0,97	0,63-1,49	0,899			
Los que han consumido alcohol en el último mes versus los que no han consumido alcohol en el último mes	1,1	0,86-1,43	0,453			
Sí sufrieron agresión física versus no han sufrido agresión física	1,45	1,01-2,09	0,045	1,07	0,73-1,57	0,737
Edad	0,99	0,98-0,99	<0,001	10,001	0,99-1,007	0,961
PHQ 9 (puntaje)	1,02	1-1,04	0,049	1,02	0,99-1,04	0,081
Grado de instrucción de las personas que tuvieron acceso a tratamiento						
Primaria versus Inicial	1,79	1,1-2,89	0,019	1,77	1,06-2,93	0,028

Secundaria versus Inicial	3,03	1,89-4,86	<0,001	2,6	1,47-4,62	0,001
Superior no universitario versus Inicial	5,03	2,89-8,74	<0,001	3,59	1,86-6,93	<0,001
Superior universitario versus Inicial	4,87	2,71-8,74	<0,001	3,19	1,57-6,48	0,001
Postgrado versus Inicial	25,14	6,76-93,56	<0,001	11,58	2,83-47,43	0,001
Nivel socioeconómico de las personas que tuvieron acceso a tratamiento						
Pobre versus Los más pobres	1,74	1,29-2,36	<0,001	1,35	0,93-1,97	0,118
Media versus Los más pobres	2,44	1,74-3,42	<0,001	1,71	1,09-2,7	0,021
Rico versus Los más pobres	3,76	2,62-5,39	<0,001	2,6	1,59-4,25	<0,001
Más rico versus Los más pobres	4,39	2,86-6,73	<0,001	2,67	1,52-4,68	0,001

IX. ANEXOS

Anexo 1. Preguntas seleccionadas del Cuestionario ENDES 2019

Variable	Pregunta	Respuestas
Edad (QS23)	¿Cuántos años cumplidos tiene?	Edad en años cumplidos
Sexo (QSSEXO)	Sexo	Hombre Mujer
Grado de instrucción (QS25N)	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?	Inicial / Pre-escolar Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria Postgrado
Seguro de salud (QS26)	¿Tiene usted seguro de salud?	Sí No
Área (HV025)	Área de residencia	Urbano Rural
Nivel socioeconómico (HV270)	Índice de riqueza	Los más pobres Pobre Medio Rico Más rico
Consumo de tabaco (QS202)	¿Fuma usted diariamente?	Sí No
Consumo de alcohol en el último año (QS209)	¿En los últimos 12 meses, usted tomó bebidas alcohólicas o licor 12 veces o más? CONSIDERE TODAS LAS VECES A LO LARGO DE LOS 12 MESES	Sí No No sabe / No recuerda
Consumo de alcohol en el último mes (QS211C)	Durante los últimos 30 días, ¿Cuántas veces tomó usted alguna bebida alcohólica o licor?	Número de veces No sabe / No recuerda
Violencia doméstica (QS710)	¿En los últimos 12 meses, cuántas veces su pareja le golpeó con el pie, el puño o	Nunca / No Rara vez (1 - 2 veces)

	alguna otra parte del cuerpo (cabeza, codo, rodilla)?	A veces (3 - 5 veces) A menudo (6 veces o más)
PHQ 9 (QS700 y QS704)	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<p>Para nada</p> <p>Varios días (1 a 6 días)</p> <p>La mayoría de días (7 a 11 días)</p> <p>Casi todos los días (12 a más días)</p>
Acceso a tratamiento (QS707)	¿En los últimos 12 meses usted ha recibido tratamiento de algún profesional de salud por depresión, tristeza, desánimo, falta de interés o irritabilidad?	Sí No No sabe / No recuerda
