



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

# **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

## **TÍTULO:**

**Características del espectro suicida en personas adultas con  
trastornos de ansiedad en Lima Metropolitana**

**Characteristics of the suicide spectrum in adults with anxiety  
disorders in Metropolitan Lima**

## **INVESTIGADORES:**

**CCASANI MEZA, MICHAEL**

**ENCISO TRUJILLO, ALVARO ERICK**

**GONZALES ORIUNDO, LUIS MIGUEL**

## **ASESOR:**

**JAVIER SAAVEDRA CASTILLO**

**Lima - Perú**

**2020**



**JURADO:**

COORDINADORA: SILVANA VIRGINIA SARABIA ARCE

PROFESOR CALIFICADOR: JOHANN MARTÍN VEGA DIENSTMAIER

PROFESOR CALIFICADOR: LUIS FIESTAS TEQUE

**ASESOR:**

JAVIER SAAVEDRA CASTILLO

**AGRADECIMIENTOS:**

AL DR. JAVIER SAAVEDRA CASTILLO POR SU IDEA, PACIENCIA, CORRECCIONES Y APOYO DURANTE EL DESARROLLO DEL PROYECTO

AL DR. ALFREDO DÁVALOS PALOMINO POR SU APOYO INCONDICIONAL, TIEMPO Y POR LOS ÁNIMOS QUE NOS BRINDÓ DURANTE TODAS LAS ETAPAS DEL PROYECTO

**DEDICATORIA:**

A NUESTROS PADRES, VÍCTOR Y MARCELINA; RICARDO Y ROSA; VÍCTOR Y CELINA QUIENES NOS DIERON SU APOYO CONSTANTE DESDE EL INICIO DE LA CARRERA Y QUE AHORA NOS VEN CONCLUIRLA

**FINANCIAMIENTO:**

EL PRESENTE TRABAJO NO HA CONTADO CON FINANCIAMIENTO DE NINGUNA ENTIDAD PÚBLICA NI PRIVADA, HA SIDO ÚNICAMENTE FINANCIADA POR LOS INVESTIGADORES.

**DECLARACIÓN DE LOS AUTORES:**

LA PRESENTE TESIS ES UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO ORIGINAL Y NO ES EL RESULTADO DE UN TRABAJO EN COLABORACIÓN CON OTROS, EXCEPTO CUANDO ASÍ ESTÁ CITADO EXPLÍCITAMENTE EN EL TEXTO. NO HA SIDO NI ENVIADO NI SOMETIDO A EVALUACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE OTRO GRADO O DIPLOMA QUE NO SEA EL PRESENTE.

**TABLA DE CONTENIDOS**

1. Introducción ..... 1

2. Material y métodos ..... 5

3. Resultados ..... 9

4. Discusión ..... 12

5. Conclusiones ..... 17

6. Referencias bibliográficas ..... 18

## **RESUMEN**

**Antecedentes:** Los trastornos de ansiedad han sido relacionados al espectro suicida. Sin embargo, en Latinoamérica, no se cuentan con estudios que evalúen dichos trastornos de ansiedad con todos los componentes del espectro suicida

**Objetivo:** Evaluar la relación entre el espectro suicida con los trastornos de ansiedad, así como estimar su asociación controlando con factores sociodemográficos y presencia de depresión en la población adulta en Lima Metropolitana.

**Material y métodos:** Estudio transversal que utilizó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana del año 2012, con una muestra probabilística tri-etápica de 4 445 personas adultas, utilizando preguntas sobre indicadores suicidas del Cuestionario de Salud Mental de Colombia (modificado) y el MINI International Neuropsychiatric Interview (versión CIE-10) para identificar trastornos mentales. Se realizó un análisis bivariado y multivariado entre los diferentes aspectos del espectro suicida con la presencia o no de trastornos de ansiedad controlando con depresión y variables sociodemográficas. Se utilizó la prueba de chi cuadrado convertidas al estadístico F y regresión logística para obtener OR ( $p < 0,05$ )

**Resultados:** El espectro suicida está relacionado con los trastornos de ansiedad, depresión, sexo, edad y pobreza. Los trastornos de ansiedad presentan OR de 4.9 con deseos de morir; 4.7 con ideación suicida y 11.75 con plan suicida.

**Conclusiones:** Los trastornos de ansiedad incrementan la probabilidad de tener deseos de morir, ideación suicida y planeamiento suicida aun controlando con factores sociodemográficos y depresión en la población adulta de Lima.

**Palabras clave:** Ideación suicida, Trastornos de ansiedad, Depresión



## **SUMMARY**

**Background:** Anxiety disorders have been related to the suicide spectrum. However, in Latin America, there are no studies that evaluate these anxiety disorders with all components of the suicide spectrum.

**Objective:** To assess the relationship between the suicide spectrum with anxiety disorders, as well as estimate their association by controlling with sociodemographic factors and the presence of depression in the adult population in Metropolitan Lima.

**Methods:** Cross-sectional study that used the database of the Epidemiological Study of Mental Health in Metropolitan Lima in 2012, with a tri-ethnic probabilistic sample of 4 445 adults, using questions about suicidal indicators of the Colombian Mental Health Questionnaire (modified) and the MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (version CIE-10 to identify mental disorders. A bivariate and multivariate analysis was performed between the different aspects of the suicide spectrum with the presence or absence of anxiety disorders controlling depression and sociodemographic variables. The chi-square test converted to the F statistic and logistic regression was used to obtain OR ( $p < 0.05$ )

**Results:** The suicide spectrum is related to anxiety disorders, depression, sex, age and poverty. Anxiety disorders show an OR of 4.9 with a wish to die; 4.7 with suicidal ideation and 11.75 with suicidal plan.

**Conclusions:** Anxiety disorders increase the probability of having wish to die, suicidal ideation and suicidal planning even controlling with sociodemographic factors and depression in the adult population of Lima.

**Keywords:** Suicide, Attempted; Anxiety disorders; Depression

## 1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es la respuesta ante un peligro, daño o desgracia futura que nuestro organismo intentará evitar siendo esta una señal de alerta que permite a la persona tomar medidas necesarias para afrontar a la amenaza. Se requiere un cierto grado de ansiedad para poder manejar los distintos escenarios a los que nos enfrentamos día a día (1). Sin embargo, cuando esta ansiedad sobrepasa la capacidad adaptativa de la persona, estamos frente a una ansiedad patológica, la cual produce una situación de malestar significativo y una serie de síntomas que afectan las áreas física, psicológica y conductual (2). Los trastornos de ansiedad son un conjunto de patologías caracterizadas por una sensación de ansiedad desproporcionada a la situación en la cual se encuentra un individuo o ante la ausencia de una amenaza siendo estas, según la CIE-10, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés postraumático (1). Si bien no se sabe exactamente la causa de dichos trastornos, se ha vinculado rasgos hereditarios, sexo femenino y a ciertas experiencias de la vida como acontecimientos traumáticos (3). Los desórdenes de ansiedad son altamente prevalentes alrededor de todo el mundo (4). En Lima Metropolitana, la prevalencia de vida para cualquier trastorno mental clasificado en el CIE-10 en el 2012 en la población adulta fue de 26.1%, ocupando los trastornos de ansiedad un 12.2% (5). Si los trastornos de ansiedad no se tratan adecuadamente, podrían llevar a un impacto significativo en la calidad de vida y desenvolvimiento social de la persona como abuso de alcohol, depresión secundaria e inclusive el suicidio (6).

En este sentido, alrededor del mundo, más de 800,000 personas fallecen por suicidio cada año siendo este, según la OMS, 1 de las 10 principales causas de muerte en el mundo, por lo que es un problema de salud pública importante (7). El espectro suicida abarca un amplio campo, encontrándose en distintas formas de presentación: deseos de morir, ideación suicida (pensamientos suicidas), planes suicidas (planeamiento del suicidio) e intento suicida (intento de morir o conductas suicidas) las cuales aparecen en el momento en que el individuo se encuentra insatisfecho e inconforme con su modo de vida. Si bien no es posible predecir qué personas con pensamientos suicidas intentarán suicidarse (8), los indicadores del espectro suicida son más sensibles antes del suicidio por lo que identificarlos podrían llevar a las acciones preventivas correspondientes incidiendo en la identificación de los factores de riesgo para el suicidio (9).

Se ha visto que la historia previa de intentos suicidas es el factor de riesgo más importante que predice el suicidio ya que 1 de cada 100 sobrevivientes que se intentó suicidar morirá por suicidio dentro de un año después del intento (este riesgo es aproximadamente 100 veces la de la población general) (9). El riesgo de suicidio está asociado también a las personas con enfermedad psiquiátrica como: esquizofrenia, depresión mayor unipolar, trastorno bipolar, desórdenes de personalidad y trastornos de ansiedad como trastorno de pánico y de estrés postraumático (10,11,12).

De los mencionados, estudios en países desarrollados han reportado que los trastornos de ansiedad duplicarían el riesgo de intento suicida (odds ratio de 2.2) (13), siendo la

combinación de depresión y trastorno de ansiedad un riesgo considerablemente mayor (odds ratio de 17) (11). Asimismo, los trastornos de ansiedad también se han relacionado a la ideación suicida (14), demostrando la importancia de dicho trastorno con el espectro suicida, aunque en algunos estudios encuentran que dicha asociación es pequeña o moderada (15).

Son escasos los estudios realizados entre ansiedad e indicadores suicidas en Latinoamérica. El único estudio que evaluó la relación entre la ideación suicida y los trastornos de ansiedad fue publicado por Arenas y colaboradores en Colombia en 2015 mediante una encuesta a nivel nacional encontrando que hay mayor riesgo de ideación suicida grave en personas con depresión y ansiedad (16). Sin embargo, dicho estudio solo evaluó uno de los componentes del espectro suicida: la ideación suicida. Además, no consideró a la depresión como factor confusor.

En el Perú, solo hay 2 estudios que investigaron la relación entre algunos componentes del espectro suicida con los trastornos de ansiedad. El primero fue realizado en Lima rural por Bazán y colaboradores en 2016 encontrando en adolescentes asociaciones entre deseos de morir con ansiedad generalizada además de depresión mayor (17). El segundo se encuentra en una tesis de Trujillo realizada por Abanto en el 2018 a los estudiantes de los primeros años de medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego concluyendo que existe influencia de ansiedad y depresión con la ideación suicida (18).

Los estudios revisados del primer mundo contrastan con las características socioculturales de nuestro país (5,9). Al no tener estudios latinoamericanos que evalúen todos los componentes del espectro suicida (haciendo énfasis en el intento suicida) con los trastornos de ansiedad, asociada o no a la depresión, es meritorio buscar su relación en un medio como el nuestro. Por estas razones es que el objetivo del presente estudio es evaluar la relación entre el espectro suicida y los trastornos de ansiedad en la población adulta de Lima Metropolitana. Además, como objetivo específico se estimará la prevalencia de los indicadores suicidas en personas con trastornos de ansiedad, depresión y características sociodemográficas, así como estimar la magnitud de asociación entre los indicadores suicidas y trastornos de ansiedad controlando con presencia de depresión y factores sociodemográficos.

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

### ***Diseño de estudio***

Transversal, analítico de base secundaria

### ***Población del estudio:***

Población adulta (mayor de 18 años), sin problemas que limiten la comunicación verbal, participantes del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana del año 2012 (EESMLM) que tuvo como población total del área de estudio al 99.6% de todos los residentes de las provincias de Lima y Callao, excluyendo a los distritos que se encuentran en los balnearios del sur por presentar poca población. Dicho estudio registra los problemas de salud mental más importantes y sus implicancias en las personas que lo padecen. La tasa de no respuesta del estudio fue de 13.6% (5).

### ***Muestra:***

La utilizada por EESMLM con población de 4 445 personas adultas. La muestra probabilística fue seleccionada en 3 etapas y de forma independiente en Lima y Callao: Selección de unidades primarias, secundarias y finales de muestreo, respectivamente (5).

### ***Definición operacional de variables***

Las variables que fueron evaluadas son las mostradas en la Anexo 1.

### ***Procedimiento y Técnicas***

El estudio original fue realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM) en el segundo semestre del año 2012. La muestra fue seleccionada de tal manera que la información recolectada fuera representativa de la población adulta de Lima Metropolitana, utilizando como marco muestral información proporcionada por el INEI. Participaron encuestadores egresados o licenciados de carreras de la salud, especialmente psicólogos, entrenados por especialistas del INSM. Solo se ingresaron a viviendas particulares y las entrevistas se realizaron a personas residentes en dichos hogares. En todo momento se procuró privacidad. El estudio incluyó procedimientos para garantizar la calidad de información a través de supervisiones de campo y de registros dobles al momento de ingresar la data.

En cuanto a los instrumentos de medición, el que se utilizó en el EESMLM mediante el cual se evaluó los trastornos de ansiedad y el episodio depresivo fue la MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión española CIE-10, la cual recoge información estandarizada acerca de los principales trastornos psiquiátricos, siendo adaptado para obtener prevalencia de vida, prevalencia anual, prevalencia a 6 meses y prevalencia actual de dichos trastornos. Se basa en los criterios de investigación de la CIE-10, el cual fue validado lingüísticamente por el INSM (19). Estudios psicométricos sobre fiabilidad y validez estadística de los instrumentos utilizados por el INSM han sido publicados anteriormente (20). Las preguntas sobre el espectro suicida se



obtuvieron del Cuestionario de Salud Mental de Colombia, modificado para obtener información específica sobre pensamiento suicida. Se consideraron los diferentes componentes del espectro suicida por separado (deseos de morir, ideación suicida, planes suicidas e intento suicida) registrándolos en el EESMLM. Se plantearon las siguientes preguntas con respuestas dicotómicas (Sí/No): ¿Alguna vez en su vida ha deseado morir?; ¿Alguna vez en su vida ha pensado en quitarse la vida?; ¿Alguna vez en su vida ha planeado quitarse la vida?; ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?. Se indagó sobre la última ocasión de dichos sucesos para estimar la prevalencia de vida anual y en los últimos 30 días.

### ***Aspectos éticos del estudio***

El EESMLM recibió la aprobación del Comité de Investigación y el Comité de Ética del INSM. Se solicitó un consentimiento informado previo al inicio de cada encuesta. Las fuentes de financiamiento del estudio provinieron de recursos ordinarios y directamente recaudados del instituto.

Se solicitó la autorización del INSM para el uso de la base de datos de la unidad de análisis del adulto del EESMLM realizado en el 2012. Para el análisis, la base de datos fue anonimizada y no hubo posibilidad de identificar a las personas encuestadas bajo ninguna forma. Finalmente, el presente estudio fue revisado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### ***Plan de análisis***

Se reagruparon las categorías de pobre y pobre extremo, antes del análisis, debido a que el número de casos de pobreza extrema era muy poco para el análisis. Además, se construyó una variable que resuma los 4 indicadores de suicidio de tal forma que las categorías de la nueva variable tengan casos excluyentes evidenciándose que la categoría intento suicida tenía poco tamaño muestral por lo que se decidió excluir del análisis multivariado.

Se realizaron análisis exploratorios para identificar posibles errores entre las variables como datos extremos o presencia de datos perdidos importantes. Asimismo, se estimaron las frecuencias y se procedió a recodificar variables si fuera necesario para lograr idealmente frecuencias mayores o iguales a 10%. Todos los análisis se realizaron con ponderaciones para obtener la distribución poblacional según sexo y grupos etarios. El análisis descriptivo se realizó empleando las frecuencias y porcentajes al ser variables cualitativas. Se realizaron análisis bivariados entre los distintos aspectos del espectro suicida con trastornos de ansiedad, depresión y variables sociodemográficas. Se utilizó la prueba de chi cuadrado convertidas al estadístico F como variante del estadístico chi cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden. Se consideró estadísticamente significativo cuando el error alfa sea menor de 5%. Posteriormente se realizó un análisis multivariado utilizando la regresión logística. Se utilizó como variable dependiente indicadores del espectro suicida y como variable independiente la presencia de trastornos de ansiedad y la presencia de depresión, así como variables sociodemográficas obteniéndose los OR ( $p < 0.05$ ). El análisis de datos se realizó con SPSS versión 25.0 para muestras complejas

### 3. RESULTADOS

Se encontró que en las características sociodemográficas de la población estudiada el 52% fueron mujeres, el 40.6% se encontraba en la edad adulta media (25 a 44 años); el 56.6% se encontraban casados o convivían, y el 21.8% se encontraba en situación de pobreza. Por otra parte, el 5.5% presentó depresión en el último año, el 2.3% trastornos de ansiedad y el 0.6% tuvo depresión y trastornos de ansiedad en el último año. En cuanto al espectro suicida, el 2.9% tuvo en el último año deseo de morir, el 1.2% ideación suicida, el 0.6% llegó a planificar suicidarse y el 0.4% intentó suicidarse (Tabla 1). En cuanto a los trastornos de ansiedad, el 9.7% tuvo deseos de morir en el último año, el 2.6% ideación suicida, el 2.8% planeamiento suicida y el 0.3% intento suicida (Tabla 2).

También se encontró que las mujeres en comparación con los hombres tienen 2.4 veces la probabilidad de tener deseos de morir, y 5.4 veces la probabilidad de planificar suicidarse, pese que el OR de la ideación suicida fue de 1.4, este OR no fue significativo (Tabla 3).

A pesar que en el análisis bivariado la edad se encontró asociada con los indicadores de suicidio, en el análisis multivariado solo se encontró que las personas entre 25 y 44 años tienen 0.49 veces la probabilidad de tener deseos de morir en comparación con los jóvenes entre 18 y 24 años (Tabla 3).

Asimismo, en cuanto al nivel de pobreza, se encontró que los pobres en comparación de los no pobres tienen 1.8 veces la probabilidad de tener deseos de morir, por otra parte, no se encontró asociación significativa entre la pobreza con la ideación ni planeamiento suicida (Tabla 3).

Se encontró que los indicadores de suicidio se asociaron a los trastornos psiquiátricos (depresión y trastornos de ansiedad) ( $p < 0.001$ ) en general, siendo las personas con depresión las que presentaron una mayor asociación en comparación con los que padecen trastornos de ansiedad o depresión y trastorno de ansiedad juntos. También se evidenciaron otros determinantes asociados con los indicadores suicidas como el sexo ( $p < 0.001$ ), la edad ( $p = 0.004$ ) y el nivel de pobreza ( $p < 0.043$ ) (Tabla 2).

El tener depresión incrementó en 7.7 veces la probabilidad de tener deseos de morir, en 21.9 veces la probabilidad de tener pensamientos suicidas, y en 21.8 veces la probabilidad de planificar suicidarse; estas medidas se calcularon comparando con personas que no tienen ningún problema de depresión o ansiedad (Tabla 3).

El tener trastornos de ansiedad incrementó en 4.9 veces la probabilidad de tener deseos de morir, en 4.7 veces la probabilidad de tener pensamientos suicidas, y en 11.8 veces la probabilidad de planificar suicidarse; estas medidas se calcularon comparado con personas que no tienen ningún problema de depresión o trastornos de ansiedad (Tabla 3).

El tener depresión y trastornos de ansiedad incrementó en 8.4 veces la probabilidad de tener deseos de morir, en 27.5 veces la probabilidad de tener pensamientos suicidas, a pesar de que el OR de planificar suicidarse fue de 8.4, este OR no fue significativo; estas medidas se calcularon comparado con personas que no tienen ningún problema de depresión o trastorno de ansiedad (Tabla 3).

#### 4. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se encontró que hay una relación significativa de los componentes del espectro suicida con los trastornos de ansiedad en la población estudiada, en concordancia con otros estudios publicados en otras poblaciones de Latinoamérica (16,17,18). La presente investigación aporta evidencia adicional sobre la particular importancia de la ansiedad para el suicidio en el contexto latinoamericano, aunque esta relación no ha sido esclarecida, la ansiedad *per se* parece jugar un papel en la conducta suicida (21).

Respecto a las variables sociodemográficas, las variables sexo, edad, nivel de pobreza y trastornos mentales resultaron estadísticamente significativas para el espectro suicida, en concordancia con los hallazgos latinoamericanos (16,22). El estado civil fue la única variable que no mostró significancia estadística de la misma forma que la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en Colombia el 2015 aunque esta involucró 34 departamentos siendo una muestra más representativa (16).

En cuanto al sexo, estimaciones de encuestas comunitarias en 21 países (n >100 000 individuos) estiman que la prevalencia al año de ideación suicida es más en mujeres que en hombres (2.2 a 2.4% vs. 1.6 a 1.7%); la de planeamiento suicida (0.6 a 0.8% vs. 0.5 a 0.6%) mientras que el intento suicida son similares (0.3 a 0.5% vs. 0.3 a 0.4%) (23). Estas estimaciones son diferentes a las encontradas en nuestro estudio, esto puede ser debido tanto a la heterogeneidad de las poblaciones con la nuestra como al tamaño de muestra.

En cuanto a la edad, el único hallazgo significativo en el análisis multivariado es que las personas entre 25 y 44 años tienen la mitad de probabilidad de tener deseos de morir en comparación a las personas entre 18 y 24 años. Esto puede ser explicado de manera general debido a que, según las estimaciones de la OMS en el 2012, el suicidio fue la segunda causa de muerte entre esos rangos de edad (24). Finalmente, con relación a la pobreza, se halló diferencias significativas entre pobre y no pobre, lo cual contrasta con el estudio de Colombia (16), esto podría ser explicado por la diferencia de su instrumento de medición (índice de pobreza multidimensional) teniendo el doble de indicadores del utilizado en el presente estudio.

Respecto a la relación entre de los indicadores suicidas en personas con trastornos de ansiedad, el 9.7% tuvo en el último año deseos de morir; el 2.6%, ideación suicida; el 2.8%, planes suicidas; y el 0.3%, intento suicida. En la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia la prevalencia al año fue de 4.5% para ideación suicida, 1.7% para planes suicidas y 2.0% para intento suicida (16). Cabe destacar que los términos en el campo de las conductas suicidas ha tenido una evolución continua siendo incluso a veces debatible (25) por lo que en este caso no es posible comparar el deseo de morir. Cabe destacar que en otros estudios este indicador sugiere tener significancia clínica aún en ausencia de depresión (26, 27). Sin embargo, los hallazgos de los demás componentes del espectro suicida difieren con nuestros hallazgos, esto puede ser porque el estudio de Colombia involucró una muestra más grande.

Al realizar el análisis multivariado, en el presente estudio se evidencia que los trastornos de ansiedad, controlando con factores sociodemográficos y depresión, incrementan la probabilidad de tener deseos de morir, ideación suicida y planeamiento suicida por lo que tratar los trastornos de ansiedad podrían ser oportunidades para disminuir los riesgos de estas conductas (11)

Los estudios en Latinoamérica que realizan análisis multivariados de los indicadores suicidas con trastornos de ansiedad son muy escasos, por lo que compararlos resulta dificultoso. Sin embargo, se compararán los resultados con estudios de otros países. En cuanto a los deseos de morir, un estudio realizado en Chile encontró, dentro de los trastornos de ansiedad, que el trastorno de ansiedad generalizada incrementa en 2.4 veces la probabilidad de tener deseos de morir al igual que la agorafobia incrementa en 3 veces la probabilidad de tener ideación suicida aunque en este estudio no hubo control con otras variables además de no estudiar todos los trastornos de ansiedad (22). Acerca de la ideación suicida, estudios que sí ajustaron con factores sociodemográficos y trastornos mentales encuentran OR de 2.1; 2.3 y 3.2 evidenciándose, en concordancia con nuestro estudio, que los trastornos de ansiedad incrementan la probabilidad de tener ideación suicida (11,13,28) . En cuanto al efecto que la depresión y los trastornos de ansiedad pudiesen tener en la ideación suicida, los estudios encontraron un efecto sinérgico aunque con OR variables de 4.3 y 17.6 (11, 21). Respecto al planeamiento suicida, no hay estudios que hagan análisis multivariados para poder compararlo. Según nuestro hallazgo, el tener trastorno de ansiedad incrementa el riesgo de tener plan suicida, esto concuerda con la literatura porque se sabe que tener trastornos de



ansiedad confieren mayor riesgo en la conversión de la ideación al planeamiento suicida (21). Sin embargo, en cuanto al resultado de nuestro estudio sobre la influencia de tener depresión y trastornos de ansiedad, sin ajustar con las demás variables, resulta que disminuyó la probabilidad de tener plan suicida que la depresión o los trastornos de ansiedad por separado. No existen estudios con los cuales comparar este resultado, posiblemente una explicación sea que las personas que tengan depresión con trastornos de ansiedad no consideren planificar suicidarse por miedo o temor.

Las políticas nacionales sobre la prevención del suicidio ha puesto énfasis no solo en la depresión sino también en comorbilidades psiquiátricas como los trastornos de ansiedad (25, 29) por su relación con la conducta suicida.

En cuanto a las limitaciones del estudio, no se consideraron el impacto de algunas comorbilidades como esquizofrenia, trastorno bipolar o los trastornos de personalidad. Además, respecto al estudio base, los diagnósticos no fueron evaluados por un psiquiatra y las encuestas a los participantes se realizaron basándose en su memoria pudiendo alterar la información obtenida. Asimismo, no se puede descartar que aspectos relacionados a la deseabilidad social pudieran inhibir a los informantes de responder preguntas sobre indicadores suicidas, aunque el estudio original procuró privacidad durante las encuestas y utilizó tarjetas para realizar preguntas sensibles para disminuir este riesgo. Por consiguiente, se sugieren estudios que incluyan una muestra mayor, que evalúen los trastornos de ansiedad por separado para una mejor discriminación con el espectro suicida así como estudios prospectivos.

Nuestro estudio al haber sido analizado a nivel Metropolitano, podría ser extrapolado a otras ciudades de Latinoamérica con similares características, aunque no necesariamente al interior del país debido a la diversidad cultural con ciudades de la Sierra y Selva.

## **5. CONCLUSIONES**

En la población de Lima Metropolitana hay una asociación entre el espectro suicida y los trastornos de ansiedad incrementando la probabilidad de tener deseos de morir, ideación suicida y planeamiento suicida aun controlando con factores sociodemográficos y depresión. El presente estudio puede servir para hacer un mayor énfasis de la prevención de las conductas suicidas por su relación con comorbilidades como los trastornos de ansiedad

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-Estar Subj.* 2003; 3(1):10-59
- (2) Fernández O, Jiménez B, Alfonso R, Molina D, Cruz R. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur.* 2012; 10(5):466-79
- (3) Blanco C, Rubio J, Wall M, Wang S, Jiu C, Kendler K. Risk factors for anxiety disorders: Common and specific effects in a national sample. *Depress Anxiety.* 2017; 31(9):756-64
- (4) Sorsdahl K, Blanco C, Rae D, Pincus H, Narrow W, Suliman S, Stein D. Treatment of anxiety disorders by psychiatrists from the American Psychiatric Practice Research Network. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35:136-41
- (5) Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de la Salud Mental.* 2013; 29(1):32-33
- (6) Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017; 19(2): 93-107
- (7) GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249

causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053): 1459-1544

(8) Sher L. Preventing suicide. *QJM* 2004; 97(10):677-80

(9) Schreiber J, Culpepper L. Suicidal ideation and behavior in adults. In: Roy-Byrne P, Solomon D, editors. UpToDate [Internet] Waltham (MA): UpToDate Inc; 2019. [updated 2019 Sep 17; cited 2020 Feb 26] Available on: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults>

(10) Tidemalm D, Långström N, Lichtesnstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder. Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008; 337:1-6

(11) Sareen J, Cox B, Afifi T, de Graff R, Asmundson G. Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1249-1257.

(12) Vargas E., Saavedra J. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Rev Per Epidemiol*. 2012; 16(3):1-11

(13) Bolton J, Cox B, Afifi T, Enns M, Bienvenu O, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety*. 2008; 25(6):477-81

(14) Bomyea J, Lang A, Craske M, Chavira D, Sherbourne C, Rose R, Golinelli D, Campbell-Sills L, Welch S, Sullivan G, Bystritsky A, Roy-Byrne P, Stein M. Suicidal

ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. *Psychiatry Res.* 2013; 209(1): 60–65.

(15) Stanley I, Boffa J, Rogers M, Hom M, Albanese B, Capron D, Chu C, Schmidt N, Joiner T. Anxiety Sensitivity and Suicidal Ideation/Suicide Risk: A Meta-Analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2018; 86(11):946-960

(16) Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiat.* 2016; 45(S1):68-75

(17) Bazán J, Olórtegui V, Vargas H, Huayanay L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Rev Neuropsiquiatr.* 2016; 79(1):3-15

(18) Abanto M. Influencia del estrés, ansiedad y depresión en ideación suicida en estudiantes de medicina [Tesis de titulación]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018

(19) Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de lima y de la Selva Peruana. *Anales de la Salud Mental.* 2009; 25(1):1-259

(20) Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar C. The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): The

development and validation of a structured diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(20):22-33

(21) Baca E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*. 2014; 37(5):373-380

(22) Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Rev Med Chile*. 2013; 141:1275-1282

(23) Borges G, Nock M, Haro J, Hwang I, Sampson N, Alonso J, et. al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(12):1617-1628

(24) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Depresión Mayor en la Infancia y en la adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en infancia y adolescencia: Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS

- (25) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, un imperativo global. Organización Panamericana de la Salud. 2014
- (26) Raue P, Morales K, Post E, Bogner H, Ten T, Bruce M. The wish-to-die five-year mortality in elderly primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010; 18(4):341-350
- (27) Kim S, Choi KH, Lee KS, Kim DJ, Hong SC, Lee HK, Kweon YS, Lee CT, Lee KU. Risk factors for serious suicide attempts with high medical severity. *Suicide Life Threat Behav*. [published online: October 23, 2019]. 10.1111/sltb-12597
- (28) Beurs D, Have M, Cuijpers P, Graaf R. The longitudinal association between lifetime mental disorders and first onset or recurrent suicide ideation. *BMC Psychiatry*. 2019; 19:345
- (29) Roncal S. Relación entre la ansiedad infantil y lenguaje en un grupo de niños en Lima [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2019



## Tablas

**Tabla 1: Variables sociodemográficas vs. Indicadores suicidas**

Variables Sociodemográficas		Total	Ninguno	Deseos de morir	Ideación suicida	Planes suicidas	Intento suicida	F corregida	p	
										N
<b>Sexo</b>										
	Masculino	1987	48.0% (45.8-50.3)	97.3% (96.1-98.1)	1.6% (1.0-2.5)	0.9% (0.4-1.7)	0.2% (0.1-0.5)	0.1% (0.0-0.5)	9.21	0.000
	Femenino	2548	52.0% (49.7-54.2)	92.6% (91.3-93.7)	4.1% (3.3-5.2)	1.6% (1.1-2.2)	1.0% (0.6-1.7)	0.7% (0.4-1.2)		
<b>Edad</b>										
	18 – 24	703	18.2% (16.7-19.8)	93.0% (90.3-95.0)	3.6% (2.2-5.7)	1.4% (0.7-2.8)	0.6% (0.2-1.8)	1.4% (0.7-2.8)	2.15	0.004
	25 – 44	1970	40.6% (38.8-42.3)	95.5% (94.2-96.5)	2.1% (1.4-3.0)	1.2% (0.7-2.0)	0.9% (0.5-1.5)	0.3% (0.1-0.7)		
	45 – 64	1171	27.5% (25.9-29.1)	94.8% (92.8-96.2)	3.4% (2.3-5.1)	1.5% (0.8-2.6)	0.2% (0.1-0.8)	0.1% (0.0-0.7)		
	65 a más	601	13.8% (12.4-15.3)	95.6% (93.4-97.1)	3.3% (2.1-5.3)	0.6% (0.2-1.7)	0.5% (0.1-1.8)	-		
<b>Estado civil</b>										
	Con pareja (casado /conviviente)	2500	56.6% (54.8-58.5)	95.4% (94.3-96.3)	2.6% (1.9-3.5)	1.1% (0.7-1.6)	0.7% (0.4-1.1)	0.2% (0.1-0.6)	1.19	0.311
	Sin pareja (soltero/viudo/ divorciado)	1943	43.4% (41.5-45.2)	94.1% (92.7-95.3)	3.2% (2.4-4.4)	1.5% (0.9-2.3)	0.5% (0.2-1.2)	0.6% (0.3-1.2)		
<b>Nivel de Pobreza según NBI</b>										
	Pobre (una o más NBI)	1118	21.8% (19.8-24.0)	93.2% (91.1-94.8)	4.4% (3.1-6.3)	1.4% (0.8-2.3)	0.4% (0.2-1.0)	0.6% (0.2-1.5)	2.49	0.043
	No pobre (ninguna NBI)	3327	78.2% (76.0-80.2)	95.3% (94.3-95.6)	2.5% (1.9-2.3)	1.2% (0.8-1.8)	0.7% (0.4-1.1)	0.3% (0.2-0.7)		
<b>Total</b>		4431	100%	94.9% (94.0-95.6)	2.9% (2.3-3.6)	1.2% (0.9-1.7)	0.6% (0.4-1.0)	0.4% (0.2-0.7)		

**Tabla 2: Trastornos mentales vs. Indicadores de suicidio**

Trastornos Mentales	N	Total	Ninguno	Deseos de morir	Ideación suicida	Planes suicidas	Intento suicida	F corregida	P
		%	%	%	%	%	%		
Ninguno	4023	91.6% (90.5-92.5)	96.8 (96.1-97.4)	2.1 (1.6-2.1)	0.6% (0.4-2.0)	0.3% (0.1-0.6)	0.2% (0.1-0.4)	36.15	0.000
Depresión	259	5.5% (4.8-6.4)	69.0 (61.4-75.7)	12.6 (7.8-19.7)	9.7% (6.1-15.0)	5.1% (2.7-9.3)	3.7% (1.6-8.0)		
Trastornos de Ansiedad	111	2.3% (1.8-2.8)	84.5 (76.4-90.1)	9.7 (5.6-16.5)	2.6% (0.8-8.6)	2.8% (1.0-7.6)	0.3% (0.0-2.4)		
Depresión y Trastornos de Ansiedad	27	0.6% (0.4-0.9)	70.8 (50.0-85.5)	14.2 (5-34.1)	13.1% (4.3-33.3)	1.9% (0.3-12.7)	0.0% -		

**Tabla 3: Estimación de OR ajustados entre Factores demográficos y Trastornos mentales con los Indicadores suicidas**

Factores	Deseos de morir		Ideación suicida		Planes suicidas	
	OR crudo	OR ajustado	OR crudo	OR ajustado	OR crudo	OR ajustado
<b>Sexo</b>						
Femenino vs. Masculino	2.78 (1.61-4.80)	2.44 (1.40-4.25)	1.88 (0.89-4.00)	1.39 (0.65-2.98)	6.81 (2.06-22.53)	5.44 (1.60-18.46)
<b>Edad</b>						
25 – 44 vs. 18 a 24	0.56 (0.30-1.05)	0.49 (0.26-0.91)	0.86 (0.36-2.10)	0.72 (0.29-1.77)	1.32 (0.39-4.45)	1.16 (0.34-3.98)
45 – 64 vs. 18 a 24	0.93 (0.48-1.79)	0.94 (0.48-1.83)	1.04 (0.41-2.61)	0.98 (0.39-2.47)	0.38 (0.08-1.76)	0.33 (0.07-1.55)
65 a más vs. 18 a 24	0.90 (0.44-1.64)	0.94 (0.45-1.97)	0.41 (0.11-1.49)	0.34 (0.08-1.39)	0.75 (0.14-3.96)	0.58 (0.11-3.19)
<b>Nivel de Pobreza según NBIs</b>						
Pobre vs No pobre	1.83 (1.14-2.93)	1.83 (1.13-2.96)	1.16 (0.60-2.27)	0.99 (0.49-1.99)	0.63 (0.22-1.81)	0.45 (0.15-1.32)
<b>Trastornos mentales</b>						
Depresión vs. Ninguno	8.54 (4.65-15.68)	7.70 (4.20-14.11)	21.99 (11.21-43.12)	21.97 (11.13-43.37)	26.08 (9.24-73.60)	21.81 (7.6-62.51)
Trastornos de Ansiedad vs. Ninguno	5.40 (2.77-10.52)	4.91 (2.46-9.79)	4.92 (1.27-19.00)	4.72 (1.25-17.85)	11.63 (3.07-44.03)	11.75 (3.09-44.64)
Depresión y Trastornos de Ansiedad vs. Ninguno	9.39 (2.86-30.83)	8.38 (2.39-29.42)	28.95 (7.76-108.0)	27.50 (7.83-96.64)	9.54 (1.07-84.66)	8.43 (0.96-73.91)

/OR Ajustado por las variables edad, sexo, nivel de pobreza y trastornos mentales. Se excluyeron los casos del intento suicida.

### Anexo 1: Variables

Nombre	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Forma de registro
Espectro suicida	Cualitativa, politómica, dependiente	Nominal	Presencia o no de diferentes aspectos del espectro suicida. Preguntas realizadas del Cuestionario de Salud Mental de Colombia, modificado para obtener información específica sobre pensamiento suicida: (1) Deseos de morir [¿Alguna vez en su vida ha deseado morir?]; (2) Ideación suicida [¿Alguna vez en su vida ha pensado en quitarse la vida?]; (3) Planes suicidas [¿Alguna vez en su vida ha planeado quitarse la vida?]; (4) Intento suicida [¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?]	Para cada aspecto: Si No
Trastornos mentales	Cualitativa, politómica, independiente	Nominal	(1) Trastornos de ansiedad: Presencia o no de los trastornos de ansiedad clínicamente diagnosticables (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés post-traumático); (2) Depresión: Presencia o no de episodio depresivo; (3) Trastornos de Ansiedad y depresión: Presencia o no de ambos trastornos anteriores; (4) Ninguno de los anteriores. Medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10	Trastornos de Ansiedad Depresión Trastornos de ansiedad y depresión Ninguna
Sexo	Cualitativa, dicotómica, independiente	Nominal	Género registrado en Documento Nacional de Identidad	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativa, discreta, independiente	De razón	Años de las personas participantes del EESMLM	Edad en años
Estado civil	Cualitativa, dicotómica, independiente	Nominal	Condición de la persona según el registro civil en función si tiene pareja (casamiento/convivencia) o no (soltería/viudez/separado)	Con pareja Sin pareja
Nivel de pobreza según NBI	Cualitativa, politómica, independiente	Nominal	Se refiere a las necesidades básicas insatisfechas (NBI) siendo las utilizadas: a) hacinamiento; b) vivienda inadecuada; c) abastecimiento inadecuado de agua; d) carencia o inconveniencia de servicios sanitarios para el desecho de excretas; e) inasistencia a escuelas primarias de los menores en edad escolar. Según esto se define: (1) Pobre extremo: $\geq 2$ NBI; (2) Pobre: una NBI; (3) ninguna NBI	Pobre extremo Pobre No pobre

