



# Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021.

Suicides in Perú: Epidemiological description through SINADEF in the period 2017-2021.

Coco R. Contreras-Cordova <sup>1,a,b</sup>, Joel I. Atencio-Paulino <sup>1,c</sup>, Carlos Sedano <sup>1,e</sup>, Francklin J. Ccoicca-Hinojosa <sup>1,d,e</sup>, Waldir Paucar Huaman <sup>1,c,e</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** Descripción de características epidemiológicas de suicidios ocurridos en el Perú durante el periodo 2017-2021. **Material y Métodos:** Estudio de tipo descriptivo-comparativo, basado en la revisión del Sistema Informático Nacional de Defunciones entre los años 2017-2021; la muestra final incluyó un total de 2579 suicidios. **Resultados:** El 69,5% de los suicidios ocurrieron en el género masculino, el promedio de edad fue 34,87 años, 79,5% solteros y 26,6% con instrucción secundaria completa. Los departamentos con mayor frecuencia de suicidio fueron Lima (20,3%), Arequipa (19,2%), Cusco (9,5%) y Junín (7,8%). Según CIE-10 la causa principal de muerte fue edema cerebral (20,06%) y el domicilio, el lugar más frecuente (63,4%). Las modalidades utilizadas fueron ahorcamiento (56,6%), envenenamiento (29,2%), arma de fuego (4,0%), precipitación (3,1%) y arma blanca (1,7%). Se pudo establecer diferencias significativas con un  $p < 0,05$  entre tipo de suicidio y género, identificando un 74% de casos por ahorcamiento en el sexo masculino; entre tipo de suicidio y región natural: 60% de ahorcamientos en la costa; entre rango etario y tipo de suicidio: ahorcamiento 10-19 años (27,7%) y envenenamiento 20-29 años (26,5%), La mayoría (70,7%) cometió suicidio por ahorcamiento en su domicilio, seguida por envenenamiento en establecimientos de salud (56,9%) y por precipitación en la vía pública (16,8%). **Conclusiones:** El tipo más frecuente de suicidio fue por ahorcamiento, en personas jóvenes-adultas de sexo masculino y por envenenamiento en personas de sexo femenino.

PALABRAS CLAVE: Suicidio, ahorcamiento, envenenamiento, defunciones.

## SUMMARY

**Objectives:** Description of epidemiological features of suicides in Peru between the years 2017-2021. **Material and Methods:** Descriptive-comparative study based on the review of the national computerized registry of SINADEF deaths between the years 2017-2021; the final sample included a total of 2579 suicides. **Results:** Male gender reached 69.5%, average age 34.87 years, 79.5% were single, and 26.6% had complete secondary education. The departments with highest frequency of suicides were Lima (20.3%), Arequipa (19.2%), Cusco (9.5%) and Junín (7.8%). According to ICD-10, the main cause of death was cerebral edema (22.71%), and place of death at home (63.4%). Suicide modalities included hanging (56.6%), poisoning (29.2%), firearm (4%), precipitation (3.1%),

<sup>1</sup> Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo, Junín, Perú.

<sup>a</sup> Docente Asociado ; <sup>b</sup> Médico Especialista en Geriátrica; <sup>c</sup> Magister en Gerencia de servicios de salud; <sup>d</sup> Médico Residente de Anestesiología R1-UPCH; <sup>e</sup> Médico-Cirujano.

and knife (1.7%). It was possible to establish significant differences with a  $p < 0.05$  value in: type of suicide and gender, 74% of hangings among males; type of suicide and natural region: hanging in the coast (60%); type of suicide and age range: hanging 10-19 years (27.7%) and poisoning 20-29 years (26.5%). A majority (70.7%) died at home by hanging, followed by poisoning in health facilities (56.9%), and by precipitation (16.8%) on public roads. **Conclusions:** The most frequent type of suicide was by hanging in young-adult males, and poisoning among females.

**KEYWORDS:** Suicide, hanging, poisoning, deaths.

## INTRODUCCIÓN

En el mundo se estima que 1000 personas cometen suicidio cada día, en Estados Unidos significa la octava causa de muerte con 75 suicidios al día o cada 20 minutos, y en cifras anuales unas 30 000 personas las realizarán (1). Yun y col., describen que entre los años 1999-2017 aumentó la tasa de mortalidad siendo en el año 2017 (10,7) por cada 100 000 y la tasa ajustada por edad se incrementó de 4,9 a (8,7); asimismo la tasa por sexo en mujeres se incrementó de 1,6 a 3,5 (2). Se estima que en los últimos años la población aproximada que comete suicidio es 800 000, más frecuente en países de medianos ingresos siendo común en personas jóvenes de 15 a 19 años (3). En el Perú se calcula que hay 548 intentos de suicidios anualmente, siendo los meses con más intentos julio y diciembre; frecuentemente por jóvenes de condiciones económicas bajas y con problemas básicos de personalidad (4). Además, se estima que el 25% de la población nacional sufre de depresión y que de ese porcentaje el 15% es considerado un grupo importante de riesgo suicida, así por su parte la tasa de suicidios ha aumentado en los últimos años siendo de 0,9 en el año 2000 a 1,01 en el año 2009 esto por cada 100 000 habitantes (5). En los últimos 10 años desde 2004 al 2013 la tasa de mortalidad por suicidios ha variado, las regiones más afectadas de la macrorregión central fue Pasco con una tasa de 8,85 suicidios seguido por la región Junín con 8,32 casos por cada 100 000 habitantes (5).

Mejías-Martín y col., en el año 2019 señalan que, en una población de 5202 suicidios, las causas fueron: por drogas, envenenamiento, colgado y ahogo; siendo las tasas de suicidios por cada 100 000 personas 17,0% en hombres y en mujeres 4,6%; el método más frecuente de suicidio fue ahorcamiento en hombres 86,8%, consumo de drogas 45% y ahogamiento 40% en mujeres (6).

Hernández-Vásquez y col., en su estudio del Ministerio de Salud entre los años 2004-2015 en una cantidad de 3161 casos de suicidio determinó: sexo

masculino 67,2%, grupo etario 20-29 años 28,7%, región natural sierra 71%, ocupación desocupado 43,4%, estado civil soltero 42,1%, tipo de suicidio envenenamiento 49,2%, las regiones más afectadas con una alta tasa fueron: Huánuco, Pasco, Arequipa, Moquegua y Tacna encontrándose diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) según sexo y en el transcurso de los años (5).

Vásquez y col., indicaron que en 548 pacientes atendidos como intentos de suicidios del Hospital Honorio Delgado las principales características fueron: sexo femenino 75,7%, ocurrencia en el mes de marzo (68/548), grupo etario 18-25 años 46,5%, estado civil soltero 62,2%, grado de instrucción secundaria 65,7%, procedencia San Martín de Porres 29,7%, ocupación estudiante 39,2% y con diagnóstico de trastorno depresión mayor 49,9% (4); además en nuestro país las investigaciones sobre afecciones en salud mental son muy bajas en comparación a otros países, siendo uno de ellos el suicidio (7,8).

El objetivo del presente estudio fue describir las características epidemiológicas de los suicidios ocurridos en el Perú periodo 2017-2021.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo básico. Diseño descriptivo-comparativo (9,10).

Se realizó un análisis con datos secundarios del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) del Ministerio de Salud, entre el periodo 1 de enero del año 2017 hasta 26 de noviembre del 2021, además se hizo una filtración de datos para tener una mejor calidad de dichos registros; siendo la cantidad total de defunciones en dichos años según SINADEF: 778205; posteriormente se hizo una selección de registros que cumplan con los criterios de los investigadores para así tener una muestra final significativa, esto se puede ver en el diagrama de población de estudio en la figura 1.

Para el estudio no se aplicó ninguna fórmula, se trató de estudiar a toda la población disponible por lo cual es de tipo censal, para ello la muestra final fue

aquella que cumpla con los criterios del investigador siendo la muestra final 2579 suicidios.

El muestreo fue no probabilístico por criterio intencional de los investigadores propuesto en los criterios de inclusión y exclusión.

*Criterios de inclusión:*

- Personas inscritas en el (SINADEF) como causa de muerte violenta suicidio.
- Pacientes que registran como suicidios entre el 1 de enero de 2017 hasta el 26 de noviembre de 2021.
- Pacientes que registran como suicidios y además que cuenten con la necropsia de ley, para tener la

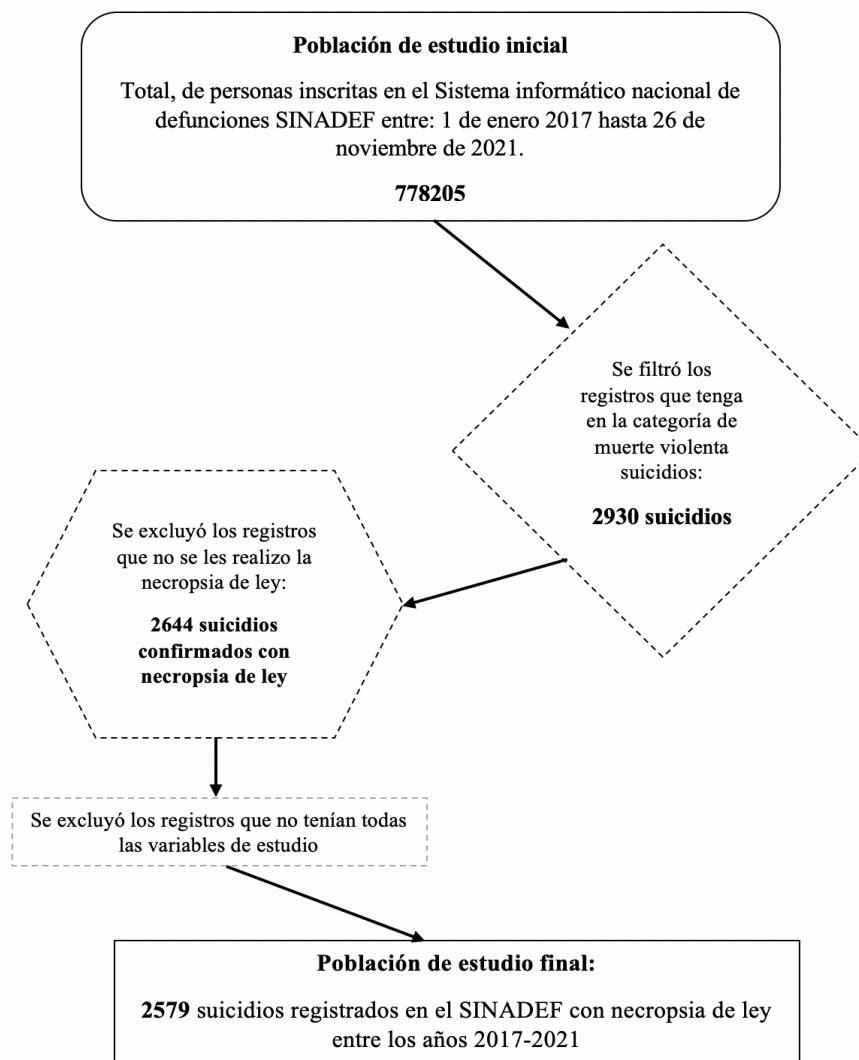
seguridad sobre la causa de muerte y evitar sesgo de confusión.

*Criterios de exclusión:*

- Suicidios que ocurrieron fuera del rango de los años a estudiar.
- Registros que no cuenten con todas las variables de estudio.

La técnica de estudio fue el análisis documental ya que solo se revisó los registros secundarios es así que es de un carácter retrospectivo (9,10).

Para el análisis estadístico, en primer lugar, se utilizó la estadística descriptiva con las medidas de tendencia central como son la media, mediana con sus intervalos de confianza, después la estadística inferencial con su p valor donde  $<0,05$  es significativa,



**Figura 1** Flujograma de la población de estudio

para una visualización más entendible se usó para describir gráfico de barras compiladas (9,10).

Para el estudio se utilizó los programas estadísticos como Excel, Spss 25.0, Epidat, EpiInfo y MedClac siendo algunos de uso libre y otros requieren la compra del software oficial.

En las consideraciones éticas al ser un estudio con datos y análisis secundarios disponibles para las variables de estudio no requieren de una autorización oficial, sin embargo, se presentó al comité de ética e investigación de la Universidad Nacional del Centro de Perú para su aprobación correspondiente por el comité de investigación de dicha institución.

**Tabla 1.** Características epidemiológicas de suicidios ocurridos en el Perú el periodo 2017-2021 (N=2579)

<b>Género</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Masculino	1793	69,5
Femenino	786	30,5
<b>Edad (años)</b>	<b>Media (±DS)</b>	<b>34,87 (18,79)</b>
<b>Grupos etarios</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Niñez	5	0,2
Pubertad	197	7,6
Adolescencia media	423	16,4
Juventud	456	17,7
Adulto joven	669	25,9
Adulto maduro	591	22,9
Adulto mayor	238	9,2
<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Soltero(a)	1760	79,5
Casado(a)	314	14,2
Conviviente/concubina	84	3,8
Divorciado(a)	22	1,0
Viudo(a)	18	0,8
Ignorado(a)	10	0,5
Separado(a)	7	0,3
<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Preescolar	2	0,1
Iletrado/analfabeto	42	1,6
Primaria incompleta	245	9,5
Primaria completa	258	10,0
Secundaria incompleta	607	23,5
Secundaria completa	686	26,6
Superior no univ. incompleta	106	4,1
Superior no univ. completa	118	4,6
Superior univ. incompleta	174	6,7
Superior univ. completa	104	4,0
<b>Región Natural</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Costa	1547	60,0
Sierra	830	32,2
Selva	197	7,6
Sin registro	5	0,2
<b>Total</b>	<b>2579</b>	<b>100,0</b>

## RESULTADOS

Las principales características epidemiológicas y geográficas de los suicidios se pueden visualizar en las tablas 1, 2 y 3. En el año 2019 se tuvo la mayor frecuencia de suicidios (23,1%), intervalo de edad 20-29 años (26,2%) y grupo etario adulto joven (25,9%). Siendo el domingo el día de la semana más frecuente

con el (15,8%) y asimismo el mes de octubre (9,7%). Según codificación CIE-10 como causa final de muerte las 5 primeras causas más prevalentes fueron: edema cerebral (20,06%), asfixia mecánica (12,22%), insuficiencia respiratoria (11,31%), edema pulmonar (6,79%) y efecto toxico de una sustancia no especificada (4,68%).

**Tabla 2.** Características Geográficas de suicidios ocurridos en el Perú el periodo 2017-2021 (N=2579)

Departamento	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Lima	523	20.3
Arequipa	496	19.2
Cusco	245	9.5
Junín	201	7.8
Huánuco	110	4.3
La Libertad	104	4.0
Lambayeque	99	3.8
Puno	79	3.1
Cajamarca	68	2.6
Tacna	68	2.6
San Martín	65	2.5
Loreto	64	2.5
Piura	57	2.2
Ancash	56	2.2
Madre de Dios	51	2.0
Ica	47	1.8
Ayacucho	45	1.7
Callao	42	1.6
Huancavelica	41	1.6
Moquegua	32	1.2
Apurímac	26	1.0
Tumbes	23	0.9
Pasco	15	0.6
Amazonas	11	0.4
Ucayali	6	0.2
Sin registro	5	0.2
Día de la semana	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Lunes	405	15.7
Martes	373	14.5
Miércoles	344	13.3
Jueves	335	13.0
Viernes	357	13.8
Sábado	357	13.8
Domingo	408	15.8
<b>Total</b>	<b>2579</b>	<b>100,0</b>

Comparando tipo de suicidio con el género, existen diferencias significativas con un valor  $p < 0,05$  siendo el tipo ahorcamiento mucho más frecuente en el sexo masculino (74%) y por envenenamiento en el sexo femenino (42%); así por su parte cuando se comparó tipo de suicidio con el año del evento si se pudo demostrar diferencias ( $p = 0,047$ ) identificando que los casos por envenenamiento han aumentado en los últimos años siendo mayor en el año 2021 con un (32,4%). Comparando tipo de suicidio y región natural se obtuvo ( $p < 0,05$ ), siendo del total de casos por ahorcamiento (60%) fue en la costa y (30%) en la sierra; en cambio por envenenamiento en la costa fue (57%) y en la sierra (38%) . Respecto al uso de arma de fuego en la costa hubo un mayor registro con un (65,7%) siendo mayor respecto a las otras regiones del Perú.

Entre rango etario y tipología de suicidio se obtuvo ( $p < 0,05$ ), siendo por ahorcamiento en el rango etario 10-29 años (54,7%) y por envenenamiento en el mismo rango (48%). Finalmente comparando lugar de muerte

y tipo de suicidio se pudo demostrar diferencias con un ( $p < 0,05$ ), siendo las frecuencias más resaltantes: en la causa de suicidio por ahorcamiento el (79,1%) falleció en su domicilio al igual que por arma blanca (62,8%); en establecimientos de salud por envenenamiento (26,8%) y por precipitación (37,5%) en la vía pública. Todo esto visto en los gráficos 1, 2 y 3.

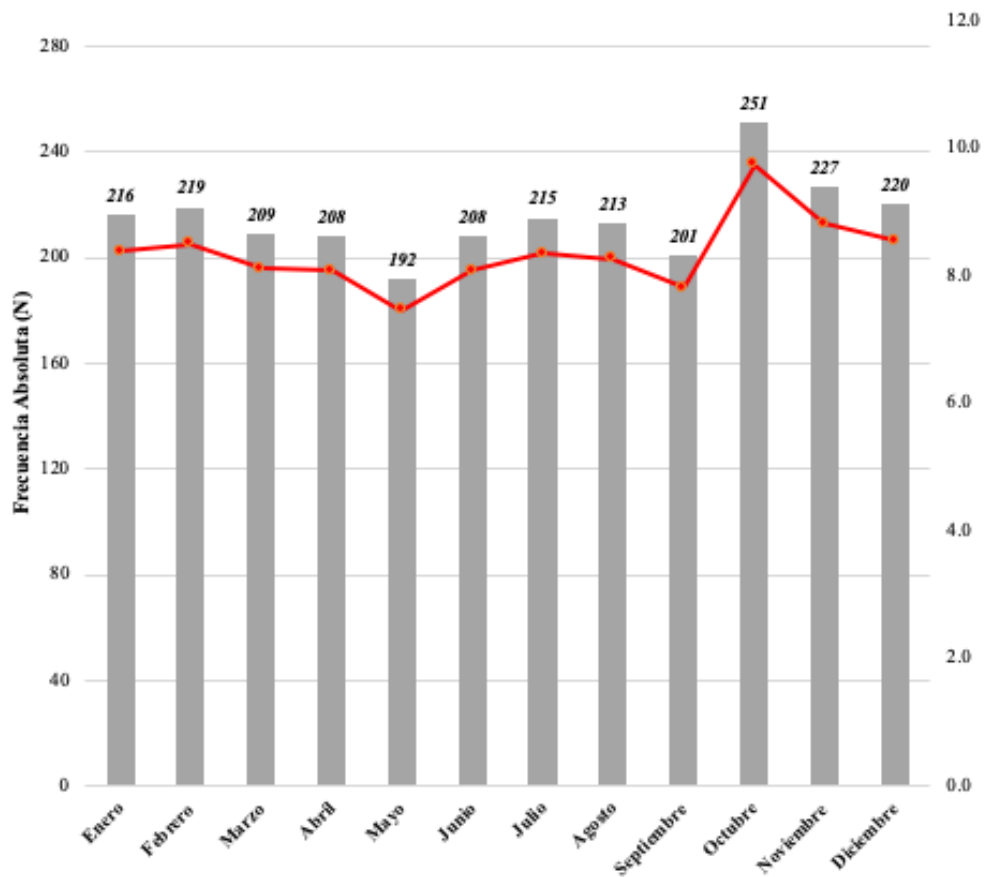
## DISCUSIÓN

En los resultados se determinó que el género masculino fue (69,5%), media de edad 34,87 años, estado civil soltero (79,5%), secundaria completa (26,6%), departamentos de procedencia Lima (20,3%), Arequipa (19,2%), Cusco (9,5%) y Junín (7,8%) y causa de suicidio por ahorcamiento (56,6%) seguido de envenenamiento (29,2%).

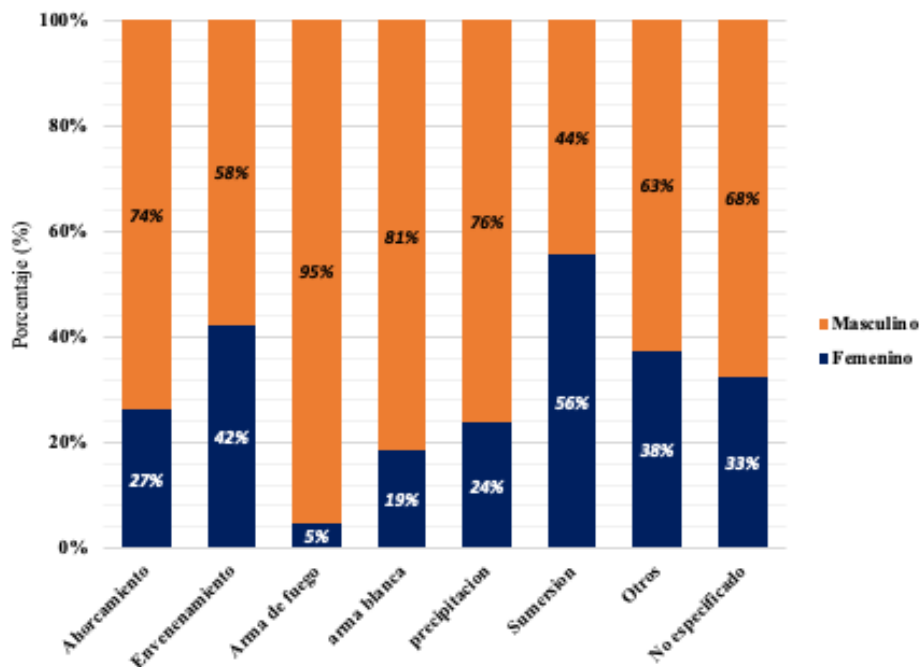
Borges y col., determinaron que el rango de edad más frecuente de los casos de suicidio es 20-39 años siendo las causas: por ahorcamiento (76%), arma de fuego (12%), envenenamiento (8%) y ahogamiento

**Tabla 3.** Lugar final y tipo de suicidios ocurridos en el Perú el periodo 2017-2021 (N=2579)

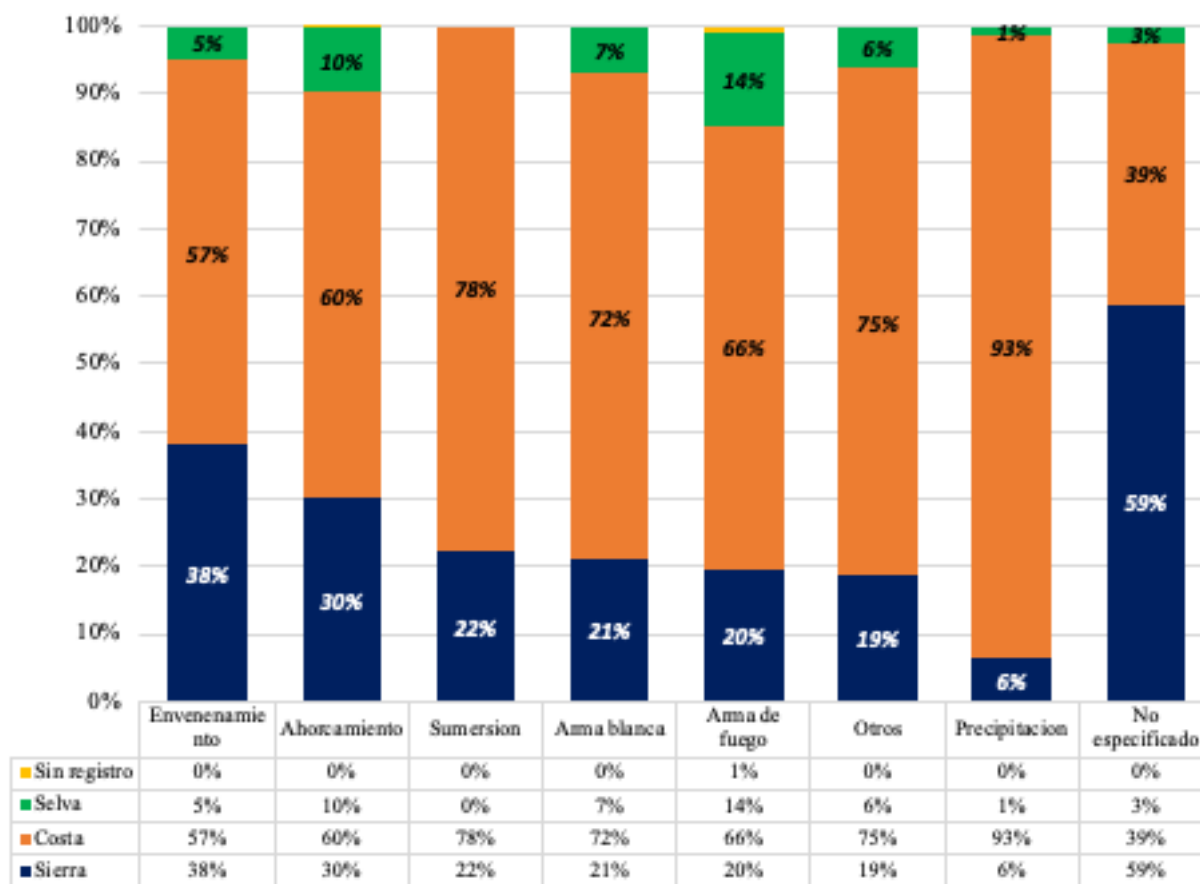
<b>Lugar final de muerte</b>	<b>Frecuencia (N)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<input type="checkbox"/> Domicilio	1634	63,4
<input type="checkbox"/> Establecimiento de salud	355	13,8
<input type="checkbox"/> Otros	293	11,4
<input type="checkbox"/> Vía pública	179	6,9
<input type="checkbox"/> En transito	79	3,1
<input type="checkbox"/> Centro laboral	26	1,0
<input type="checkbox"/> Ignorado/no se registro	13	0,5
<b>Tipo/causa de suicidio</b>	<b>Frecuencia (N)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<input type="checkbox"/> Ahorcamiento	1461	56,6
<input type="checkbox"/> Envenenamiento	754	29,2
✓ Envenenamiento/causa desconocida/otros	606	23,5
✓ Envenenamiento/insecticida/órgano fosforado	49	1,9
✓ Envenenamiento/plaguicidas/pesticidas	47	1,8
✓ Envenenamiento/insecticida/órgano fosforado y carbamato	33	1,3
✓ Envenenamiento/insecticida/carbamato	19	0,7
<input type="checkbox"/> Arma de fuego	102	4,0
<input type="checkbox"/> Precipitación	80	3,1
<input type="checkbox"/> Arma blanca	43	1,7
<input type="checkbox"/> Sumersión	9	0,3
<input type="checkbox"/> Otros	16	0,6
<input type="checkbox"/> No especificado	114	4,4
<b>Total</b>	<b>2579</b>	<b>100,0</b>



**Gráfico 1.** Mes más prevalente de las personas que registran suicidios en el Perú según SINADEF entre los años 2017-2021.



**Gráfico 2.** Tipología de suicidios según género que registran en el Perú según SINADEF entre los años 2017-2021



**Gráfico 3.** Comparación de la Tipología de suicidio y de la región natural en el Perú, según SINADEF entre los años 2017-2021.

(1%) (11). Ocampo y col., identificaron las siguientes frecuencias: sexo masculino (80,1%), escolaridad primaria o menos (65,9%) y estado civil casado (49,9%) (12). Cuchara y col., por su parte en los Estados Unidos determinó que las causas principales de suicidio son por ahorcamiento (31,2%), arma de fuego (20,3%), intoxicación por drogas (15,7%), edad promedio 44,5 años, sexo masculino (77,9%), uso de antidepresivos (20,1%), opioides (14,9%), y benzodiazepinas (12,9%) (13). Conner y col., sobre registros médicos establecieron que los casos de suicidios son mayores en hombres que mujeres, en personas mayores de 65 años (35,4%) y tipología ahorcamiento (75,3%) (14). En Nepal identificaron que el suicidio por ahorcamiento en hombres es (63%) y en mujeres (37%) ambos en su domicilio (15).

En los Estados Unidos desde el año 2011 se ha emitido líneas de prevención del suicidio, dentro de estas estrategias se refuerza la teoría que existe grupos de riesgo como adolescentes y jóvenes (18), grupos discriminados por su orientación sexual, etnias

raciales entre otras (19), que dificultan un abordaje adecuado por el estigma cultural que existen en dichos grupos (20); lo cual se puede asemejar a nuestro país donde existe un desentendimiento del gobierno central respecto a salud mental en el abordaje de esta problemática en grupos específicos y esto aún se agrava más cuando los grupos etarios de riesgo sufren de trastornos mentales, discriminaciones, bullying, abandono del estado, etc .

Por ende, existe una indiferencia total y un estigma muy difícil de solucionar de parte de las autoridades con la sociedad, haciendo que las intervenciones no sean las más efectivas en la actualidad, así mismo en diferentes estudios se describe que las mujeres tienen una alta tasa de intento de suicidio y los hombres de suicidios consumados (21), las coordinaciones con el ministerio de la mujer enfocan esta problemática que todavía existe en el interior del país.

Se pudo demostrar diferencias significativas según género, edad, región natural, lugar de muerte,



seguro de salud y tipología de suicidio con un ( $p < 0,05$ ), siendo la cantidad de casos por ahorcamiento en el sexo masculino (74%), en la costa fue mayor la tipología ahorcamiento (60%) ; en cambio por envenenamiento en la sierra fue (38%). Además, por ahorcamiento el rango etario 10-19 años fue (27,7%), por envenenamiento 20-29 años (26,5%); según el tipo de seguro médico SIS el (52,9%) fue por ahorcamiento y (35,2%) por envenenamiento; finalmente el (70,7%) falleció en su domicilio por ahorcamiento, (56,9%) por envenenamiento en establecimientos de salud; y (16,8%) por precipitación en la vía pública.

Mejías-Martín et al., en su investigación describieron que las causas más frecuentes son envenenamiento por drogas, envenenamientos por otros medios, colgado y ahogo; siendo las tasas de suicidios mayor en hombres que en mujeres siendo en hombres (86,8%) (6). Mokhtari A et al, describieron que la mortalidad es 64,9% en hombres y 69,6% en residentes urbanos (16). Alarcão et al., determinaron que las tasas de mortalidad son mayor en el grupo etario 25-29 años, además los factores asociados fueron: escolaridad, ingresos, desempleo e informalidad (17). Por su parte en el estudio más grande realizado sobre suicidio en el Perú, Hernández-Vásquez y col., determinaron las características más importantes: sexo masculino (67,2%), grupo etario 20-29 años (28,7%), región natural sierra (71%), ocupación desocupado (43,4%), estado civil soltero (42,1%); regiones más afectadas: Huánuco, Pasco y Arequipa; así mismo encontraron diferencias significativas según sexo y en el transcurso de los años; finalmente la causa de suicidio más frecuente fue envenenamiento (49,2%) (5). Muñoz y col., en su estudio determinaron sexo masculino (65,6%), estado civil soltero (66,7%), grupo etario 20-29 años (27,8%), día de ocurrencia del suicidio lunes (28,1%), periodicidad en la tarde (31,2%), estación primavera (37,5%) y más frecuente en los meses de noviembre y mayo (15,6%) (1).

En Brasil se describió que los casos de suicidios son iguales en ambos sexos en comunidades indígenas rurales (21), este dato que contrasta los antecedentes a nivel mundial refleja que existe variables que aún no se han determinado su rol frente a esta problemática; esto comparado al Perú se ve una variabilidad en los últimos años respecto a los datos de muerte violenta como es el suicidio, esto probablemente a que existen variables confusoras como la región geográfica, grupo etario entre otras asociadas a suicidio, y que no existen estudios regionales ni mucho menos nacionales con un ente rector de parte del ministerio de salud que

enfoquen este tema, en consecuencia, dichas razones podrían dar explicación a dichas diferencias con otros estudios.

Entre las limitaciones se describe que a pesar que recién se lleva muy pocos años usando el SINADEF, es fundamental contar con datos en una nube virtual para tener los registros con una disponibilidad rápida y veraz, no obstante puede existir sesgos de notificación de suicidios tanto de la base manual que se tenía antes como de la policía nacional como los actuales, por otra parte el muestreo aunque los investigadores trataron de filtrar según los criterios que ellos plantearon el muestreo probabilístico siempre será el más óptimo que el no probabilístico; finalmente es una aproximación los siguientes resultados ya que no existe un ente rector definido o con datos oficiales del Perú de este tipo de muerte.

En conclusión los casos de suicidios fueron más frecuente en el sexo masculino, adultos jóvenes, tipología de suicidio ahorcamiento, aunque la causas por envenenamiento se ha incrementado en los últimos años.

#### **Correspondencia:**

Joel Atencio,  
Dirección: Av. Manantial 4817, Sapallanga- Huancayo;  
código postal: 12000;  
Celular: 51931077361  
Correo electrónico: yoel\_005@yahoo.com

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Muñoz J, Vega J, Mendoza C, Muñoz H. Suicidio e intento de suicidio por salto de altura en el Puente Villena. *Rev Neuropsiquiatr.* 2005;68(3-4):140-52.
2. Yu B, Chen X. Age and Birth Cohort–Adjusted Rates of Suicide Mortality Among US Male and Female Youths Aged 10 to 19 Years From 1999 to 2017. *JAMA Netw Open.* 2019;2(9): e1911383. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.11383
3. Chavez-Cáceres R, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Ubillus-Jacinto J, Lopez-Correa L. Factores de riesgo asociados a ideación suicida en pacientes de un Hospital del Perú. *Rev Fac Med Humana.* 2020;20(3):1-1.
4. 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.* 2005;68(1-2):67-82.
5. 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):751-757.
6. Mejías-Martín Y, Luna del Castillo J, Rodríguez-Mejías C, Martí-García C, Valencia-Quintero J, García-Caro M. Factors Associated with Suicide Attempts and Suicides in the General Population of Andalusia (Spain). *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(22): 4496. doi: 10.3390/ijerph16224496
  7. Atencio-Paulino J, Paucar-Huaman W, Condor-Elizarbe I. Publicación científica en especialidades de Neurología y Psiquiatría en el Perú a través del SCImago Journal and Country Rank. *Rev Neuro-Psiquiatr*. 2019;82(3):227-9.
  8. Atencio-Paulino J, Condor-Elizarbe I, Paucar-Huaman W. [Development of the collaboration in publications on public health in Latin America and the Caribbean]. *Gac Sanit*. 2020;34(2):214-5.
  9. Supo J. Taxonomía de la investigación: El arte de clasificar aplicado a la investigación científica. CreateSpace Publishing Platform; 2015. 70 p.
  10. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación Para las Ciencias de la Salud. CreateSpace Publishing Platform; 2014.40 p.
  11. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora M. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública México*. 2010;52(4):292-304.
  12. Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Pública México*. 2009;51(4):306-13.
  13. Cuchara B, Diaz F. An 8-Year Retrospective Study on Suicides in Washington, DC. *Am J Forensic Med Pathol*. 2020;41(1):18-26.
  14. Conner A, Azrael D, Miller M. Suicide Case-Fatality Rates in the United States, 2007 to 2014: A Nationwide Population-Based Study. *Ann Intern Med*. 2019;171(12):885-95.
  15. Atreya A, Nepal S, Kanchan T. Study on Hanging with Brief Discussion upon Ambiguity in Method of Choice and Gender Differences for Completed Suicide in Existing Literatures in Nepalese Scenario. *KUMJ*. 2019;17(65):25-9.
  16. Mokhtari A, Sahraian S, Hassanipour S, Baseri A, Mirahmadizadeh A. The epidemiology of suicide in the elderly population in Southern Iran, 2011-2016. *Asian J Psychiatry*. 2019; 44:90-4.
  17. Alarcão A, Dell' Agnolo C, Vissoci J, Carvalho E, Staton C, de Andrade L, et al. Suicide mortality among youth in southern Brazil: a spatiotemporal evaluation of socioeconomic vulnerability. *Braz J Psychiatry*. 2019;42(1):46-53.
  18. Liu RT, Walsh RFL, Sheehan AE, Cheek SM, Carter SM. Suicidal Ideation and Behavior Among Sexual Minority and Heterosexual Youth: 1995-2017. *Pediatrics*. 2020;145(3):2019-2221.
  19. Raifman J, Charlton BM, Arrington-Sanders R, Chan PA, Rusley J, Mayer KH, et al. Sexual Orientation and Suicide Attempt Disparities Among US Adolescents: 2009-2017. *Pediatrics*. 2020;145(3):e20191658. Doi: 10.1542/peds.2019-1658
  20. Xiao Y, Lu W. Temporal Trends and Disparities in Suicidal Behaviors by Sex and Sexual Identity Among Asian American Adolescents. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):2144-98.
  21. Rosa CM, Nogueira LMV, Trindade L de NM, Rodrigues ILA, André SR, Silva IFS da, et al. Suicide in indigenous and non-indigenous population: a contribution to health management. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73 (suppl 1). Doi:10.1590/0034-7167-2020-0186

Recibido: 04/11/2021

Aceptado: 07/12/2021