

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

Associations of methods of suicide attempts with mental disorders and self-esteem in adults attended in health establishments in Metropolitan Lima, 2015

Carolina Alva Barreto^{1, a} , Andrea Luisa Tamayo Alarcon^{1, a} ,
Renzo Junior Torres Raymundi^{1, a} , Javier E. Saavedra^{1, 2, b, c} 

RESUMEN

En el Perú, una de cada veinte personas ha intentado suicidarse alguna vez en su vida; y en Lima, cada 22 minutos una persona intenta suicidarse. En este contexto, el método del intento suicida constituye un importante factor que debe ser considerado dentro de las medidas de prevención del suicidio. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el método de intento suicida y los factores sociodemográficos, los trastornos mentales y la autoestima en adultos atendidos en los establecimientos de salud de Lima Metropolitana durante el 2015. **Materiales y métodos:** Estudio transversal analítico, de tipo probabilístico, con análisis de una base de datos secundaria obtenida del «Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana, 2015». Se describen los métodos de intento suicida según las características sociodemográficas y el nivel de pobreza, utilizando tablas de contingencia, indicadores y gráficos estadísticos. **Resultados:** Se encontró un predominio del sexo femenino (78,4 %), con una edad promedio de $39,9 \pm 14,4$ años. El método de suicidio más usado fue la ingesta de sustancias tóxicas (59,2 %). Se halló asociación significativa entre el método de suicidio y el sexo ($p < 0,001$), la edad ($p = 0,001$), el nivel educativo ($p = 0,003$), el estado civil ($p < 0,001$) y la presencia de trastornos mentales ($p = 0,035$). **Conclusiones:** Las asociaciones encontradas son coherentes

Citar como:

Alva C, Tamayo AL, Torres RJ, Saavedra JE. Asociación del método de intento suicida con trastornos mentales y autoestima en adultos atendidos en establecimientos de salud en Lima Metropolitana, 2015. *Rev Neuropsiquiatr.* 2025; 88(3): 194-211. DOI: 10.20453/rnp.v88i3.5253

Recibido: 09-02-2024

Aceptado: 18-06-2025

En línea: 25-09-2025

Correspondencia:

Carolina Alva Barreto
✉ carolina.alva.b@upch.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores
© *Revista de Neuro-Psiquiatría*

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Lima, Perú.

^a Médico cirujano.

^b Médico psiquiatra.

^c Profesor principal.

con las de investigaciones previas, destacando entre ellas la del estado civil. Es de esperarse que estos resultados puedan ayudar en el manejo de personas con riesgos de intento suicida.

Palabras clave: intento suicida; métodos de suicidio; perfil de salud mental; prevención del suicidio.

ABSTRACT

In Peru, 1 out of 20 people has experienced a suicide attempt at some point in his/her life, and in Lima, a person attempts suicide every 22 minutes. The method of attempted suicide is an important factor to be considered among a series of suicide prevention measures. **Objective:** To determine the association of suicide attempt methods with sociodemographic factors, mental disorders and self-esteem in adults attended in health establishments in Metropolitan Lima - 2015. **Materials and methods:** Analytical cross-sectional study, of probabilistic type, with analysis of a database obtained from the Epidemiological Study of Mental Health in general hospitals and health centers of Metropolitan Lima - 2015. Suicide attempt methods will be described according to demographic characteristics and poverty level using contingency tables, indicators and statistical graphics. **Results:** A female predominance was found (78.4%), with an average age of 39.9 ± 14.4 years. The most used suicide method was the consumption of a toxic substance (59.2%). A significant association was found between the suicidal method and sex ($p < 0.001$), age ($p = 0.001$), educational level ($p = 0.003$), marital status ($p < 0.001$) and the presence of a mental disorder ($p = 0.035$). **Conclusions:** The associations found in this study are consistent with those found in previous studies, marital status standing out among them. It is hoped that the results can help in the management of people at risk of a suicidal attempt.

Keywords: suicide attempt; suicide methods; mental health profile; suicide prevention.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los principales problemas de salud global, el suicidio se ubica entre las veinte causas de mortalidad a nivel mundial, por lo que constituye un problema de salud pública (1, 2). En 2012, el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (INSM «HD-HN») describe que, a nivel nacional, una de cada veinte personas ha tenido un intento suicida alguna vez en su vida, y que, en promedio, cada 22 minutos una persona intenta suicidarse en Lima (3). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la tasa de suicidio en el Perú por cada 100 000 habitantes fue de 0,99 entre los años 2005 y 2009 (1).

Asimismo, en un estudio realizado entre los años 2017 y 2021 en el Perú, a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (Sinadef), se identificó que, durante ese período, los departamentos que presentaron mayor frecuencia de suicidios fueron Lima (20,3 %), Arequipa (19,2 %) y Cusco (9,5 %) (4). De la misma manera, la tasa de intentos de suicidio

ha ido cambiando a lo largo del tiempo. En 2003, Vásquez et al. (5) describieron que los intentos suicidas registrados en el INSM «HD-HN» ascendieron a 548, superando en 27 casos al año anterior. En ese marco, en 2018, el Ministerio de Salud (Minsa) (6) registró un total de 1384 intentos de suicidio en los establecimientos de salud del país.

De acuerdo con el National Institute of Mental Health (7), el intento suicida se define como un comportamiento autodirigido con el fin de ocasionarse la muerte, pero que no llega a acontecer en todas las ocasiones. Los intentos suicidas generan un impacto en diversos ámbitos de la persona y su entorno familiar. En el ámbito económico, traen consigo una carga económica a causa del consumo de servicios de salud; no solo por el manejo inmediato del intento en sí, sino también por la discapacidad a largo plazo que, a menudo, se genera debido a posibles lesiones (8). En el ámbito psicológico y social, generan intranquilidad e incertidumbre ante posibles nuevos intentos, lo

que resulta en un peso agobiante para sus allegados. Se sabe que un intento suicida previo incrementa el riesgo de suicidio consumado durante el primer año, especialmente entre el tercer y sexto mes de dicho período (9, 10).

Por otro lado, la existencia de algún trastorno mental es considerado como un predictor fuerte para el suicidio. Los trastornos mentales se definen como patrones psicológicos o conductuales clínicamente significativos, asociados con un malestar o deterioro. Además, se conceptualizan desde una perspectiva biopsicosocial, la cual utiliza de forma conjunta el modelo ambiental, interpersonal, psicológico y el médico-biológico para explicar las causas de este; es decir, se elimina la búsqueda de un causante aislado (11, 12). En 2019, se estimó que 970 millones de personas en el mundo vivían con un trastorno mental, aproximadamente una de cada ocho personas, de las cuales el 82 % procedían de países con bajos y medianos ingresos. Además, la prevalencia mundial de desórdenes mentales se ha mantenido en un 13,0 %, situándose en primer lugar los trastornos de ansiedad con un 31,0 %, seguidos de la depresión, que incluye el trastorno depresivo mayor y la distimia, con un 28,9 % (13).

En el Perú, los estudios realizados por el INSM «HD-HN» evidencian que, en Lima Metropolitana, la prevalencia de cualquier trastorno mental es de 37,2 % a lo largo de la vida; adicionalmente, señalan la prevalencia de depresión en diferentes regiones del Perú, mostrando 30,2 % en Lima Metropolitana, 16,2 % en la región altoandina y 21,4 % en la selva (14, 15, 16). Con respecto a la relación de los trastornos mentales con el suicidio, se ha evidenciado que las patologías que involucran un desbalance en el estado del ánimo son el diagnóstico más preponderante, siendo la depresión la que más se asocia, seguida de los episodios de manía (17). Es importante añadir que la conducta suicida en pacientes con trastornos mentales está relacionada a una mayor proporción de desenlaces fatales de los intentos de suicidio que la de la población general (18).

Por otra parte, la autoestima ha sido descrita como el amor propio, la parte afectiva del yo, la sensación de dominar el ambiente, etc. Lo cierto es que constituye un elemento determinante en la evolución de los aspectos de la personalidad, la adaptación social, el desarrollo emocional y la salud mental en general (19). Por ello, resulta conveniente considerarla al estudiar conceptos como la ideación o el intento suicida. Múltiples estudios han explorado la relación entre la autoestima

y el suicidio, encontrando que representa un factor protector al ser indicador de bienestar, además de un mayor disfrute de las experiencias positivas y un mejor afrontamiento de las experiencias negativas (20). Por el contrario, la percepción negativa de uno mismo incrementa la percepción de que los estresores son extremadamente abrumadores, por consiguiente, la vida se percibe con un menor valor (21).

En relación con los métodos más empleados mundialmente para el suicidio, destacan el ahorcamiento, la ingesta de pesticidas y el uso de armas de fuego (22). En el Perú, en 2003, se describió que los métodos más usados son el estrangulamiento (56,6 %), la intoxicación con veneno (29,2 %), el uso de arma de fuego (4,0 %), el salto al vacío (3,1 %) y el uso de dispositivos punzocortantes (1,7 %) (7). Cabe mencionar que la elección del método en cuestión puede estar marcada por distintos factores. Para empezar, el sexo es uno de los más resaltantes; así, los métodos más comunes entre los hombres son el ahorcamiento, el uso de armas de fuego y el salto al vacío. Por el contrario, la intoxicación se encuentra entre los métodos más comunes usados por el sexo femenino (23). Del mismo modo, la aceptación sociocultural y la disponibilidad son determinantes para la elección del método en el intento suicida (24). En este sentido, se reconoce a Estados Unidos como el país que presenta mayor cantidad de armas, superando incluso el número de ciudadanos, por lo que se hace más accesible su uso para el suicidio (25).

De manera similar, el contexto sociocultural relacionado al tipo de uso que se le atribuye a las armas de fuego —por ejemplo, en actividades deportivas— puede influir en la perspectiva que se tiene sobre su uso y en la facilidad para adquirir estos artefactos (26). Con respecto a la intoxicación por medicamentos, esta puede verse facilitada por el libre acceso a los fármacos en ciertos países. En una serie de casos desarrollada en Brasil, se encontró que los medicamentos empleados para este método de intento suicida eran, en su mayoría, de uso propio; por lo tanto, se concluyó que la elección de este método se caracteriza por la disponibilidad y el control del acceso a estos fármacos (27). Es importante resaltar que también existen diferencias en relación con el diagnóstico psiquiátrico. En países del primer mundo, se ha descrito previamente la asociación de diferentes grupos de diagnóstico psiquiátrico con el método de suicidio. En Taiwán, se observó que el salto al vacío estaba asociado con la severidad de la psicopatología, siendo elegido principalmente por pacientes con esquizofrenia; por otro lado, se observó

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

Por consiguiente, en la presente investigación se plantea estudiar la asociación entre los métodos de intentos suicidas y los trastornos mentales y la autoestima en adultos, con el propósito de identificar potenciales factores de riesgo para los distintos métodos. Se hará uso de la base de datos del estudio más reciente de atención en establecimientos de salud en Lima Metropolitana, 2015, ya que representa una oportunidad única por su naturaleza epidemiológica y cuasi poblacional, con una base de datos de tamaño importante (14). Este informe proporciona mejores condiciones de estudio y una mejor potencia estadística para establecer asociaciones potenciales. Si bien la base de datos es del año 2015, el presente estudio no tiene como objetivo estudiar la prevalencia de las variables consideradas, sino las asociaciones, las cuales están menos influenciadas por el factor temporal. Además, debido a la gran inversión del erario nacional que demandó el estudio original, se genera una responsabilidad académica y científica.

El estudio de los métodos suicidas y su asociación con los trastornos mentales y la autoestima puede ser importante desde cuatro puntos de vista: la prevención del suicidio, la identificación de signos de alerta, un mejor afronte terapéutico y el apoyo a la conciencia pública. Esta investigación también está en línea con el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual se propone reducir en un tercio la tasa de suicidio, a la cual el Perú está adscrito (29). De igual manera, se ajusta a la Ley n.º 30947, Ley de Salud Mental, que, en su artículo 17, establece la necesidad de identificación y monitoreo de factores de riesgo, entre ellos de la depresión y el intento suicida (30).

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio transversal analítico, de tipo probabilístico, con análisis de una base de datos secundaria, obtenida del «Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana, 2015» (14).

Población

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

Para el presente estudio, se partió de la muestra obtenida en la investigación original, compuesta por 10 885 adultos. Se realizó un cribado de las personas que contestaron afirmativamente a la pregunta «¿alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?», obteniéndose 409 adultos (3,8 % de la muestra total).

Como criterios de inclusión, se consideró a personas de 18 años o más que hubieran completado la encuesta del estudio original, que acudieran a las especialidades médicas previamente establecidas en consultorio externo, que presentaran al menos un intento suicida y que proporcionaran información completa sobre trastornos mentales y nivel de autoestima. Por otro lado, se excluyó a aquellas personas con discapacidad intelectual, sensorial o auditiva.

Instrumentos

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

Cuestionario de Salud Mental de Colombia

Evalúa el nivel de salud mental de una población. Su aplicación resulta sencilla y no requiere de experiencia clínica experta. Sus secciones recogen información sobre distintos temas como uso de sustancias, conductas antisociales, síntomas de distrés emocional, conductas de auto y heteroagresividad, etc. Los coeficientes de confiabilidad de alfa de Cronbach encontrados para algunos de sus componentes fueron

los siguientes: confianza en autoridades (0,751), estresores cotidianos (0,757), estados anímicos prevalentes (0,826), satisfacción personal (0,688), satisfacción laboral (0,813), cohesión familiar (0,794), estresores ambientales (0,817).

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (versión en español)

Desarrollada por Lecrubier et al., está basada en criterios de la CIE-10. Es de sencilla aplicación, pues posee una duración aproximada de 15 minutos y no requiere de entrenamiento exhaustivo. Recoge información sobre las patologías psiquiátricas primordiales. Fue adaptada lingüísticamente mediante un ensayo piloto en residentes de 100 viviendas provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. Además, permitió obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis y doce meses, y prevalencia actual de los desórdenes psiquiátricos. Los coeficientes de confiabilidad de alfa de Cronbach encontrados para algunos de sus componentes fueron los siguientes: agorafobia (0,794), trastorno de pánico (0,835), fobia social (0,874), trastorno de ansiedad generalizada (0,888), trastorno de estrés postraumático (0,842), episodio depresivo (0,665), distimia (0,874), episodio psicótico (0,735), dependencia al alcohol (0,748).

Escala de Autoestima de Rosenberg

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

Consideraciones éticas

Para iniciar nuestro proyecto se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Peruana

Cayetano Heredia y del INSM «HD-HN». El estudio original recolectó directamente la información, posterior a un consentimiento informado firmado por cada participante, codificando toda información para mantener la confidencialidad de estos. Una vez se tuvo acceso a la base de datos se procedió a filtrar a los adultos que presentaron intento suicida a partir de la siguiente pregunta: «¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?».

Plan de análisis

Una vez filtrada la información, se describieron los métodos de intento suicida según las características sociodemográficas, educativas y el nivel de pobreza mediante tablas de contingencia y gráficos estadísticos. Asimismo, se evaluó la asociación entre los métodos de intento suicida con las características sociodemográficas, educativas, nivel de pobreza y trastornos mentales mediante pruebas de independencia chi-cuadrado para muestras complejas. La asociación con la autoestima se evaluó mediante el análisis de varianza de un criterio de clasificación (modelo lineal general en muestras complejas). Se realizó un análisis multivariado, en el que se relacionó el método de intento suicida con la autoestima y los trastornos mentales, controlando el posible efecto confusor de las características sociodemográficas y la pobreza, mediante un modelo de regresión logística multinomial. El análisis estadístico se realizó utilizando el módulo de muestras complejas del *software* IBM-SPSS 28.

RESULTADOS

De la muestra de 409 adultos que alguna vez intentaron el suicidio, la mayoría fueron del sexo femenino (75,7 %), con edades que variaron entre 18 y 75 años, con una edad promedio de 39,9 (DE: 14,4). Asimismo, se observó que el nivel educativo más alto alcanzado por la mayoría fue la secundaria (56,5 %); además, la mayor parte tenía pareja (44,7 %), contaba con un trabajo remunerado (51,8 %) y son no pobres (79,0 %) (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de adultos que alguna vez tuvieron intento suicida.

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

En relación con el método utilizado para el intento de suicidio, se identificó que el 59,2 % empleó la intoxicación con pastillas, insecticidas, lejía, ácidos, raticidas, etc. El segundo método más utilizado fue el uso de armas blancas (20,1 %), mediante cortes en las venas o en distintas partes del cuerpo. Una menor proporción optó por lanzarse hacia vehículos en movimiento, desde edificios, cerros o puentes (10,3 %); y, por último, se tiene el ahogamiento/asfixia (8,7 %). Aproximadamente, tres cuartas partes (74,1 %) de los adultos tuvo un solo intento de suicidio, mientras que el resto tuvo de dos a más (tabla 2).

Tabla 2. Método de intento suicida utilizado y número de intentos de suicidio.

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

Por otro lado, el 20,7 % no presentaba ningún trastorno mental, mientras que el 79,3 % sí, considerando trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, psicosis y adicciones al alcohol, tabaco y/o sustancias. En cuanto al número de trastornos, se observó que el 46,5 % presentó un solo trastorno; el 19,2 %, dos trastornos; y el 13,7 %, tres o más trastornos. Por último, se obtuvo que la prevalencia de vida de los trastornos depresivos fue de 70,4 % y la prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad fue de 78,6 % (tabla 3).

Tabla 3. Trastornos mentales en adultos que alguna vez tuvieron un intento suicida.

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

Se encontró que los métodos utilizados para intentar suicidarse difieren significativamente según el sexo ($p < 0,001$). El método más utilizado por las mujeres fue la intoxicación (65,7 %), seguido por el uso de arma blanca (16,3 %). La intoxicación también se mostró como el método más usado por los varones (39,8 %), pero en menor proporción comparado con las mujeres. Asimismo, el segundo método más usado por los varones fue el arma blanca (31,1 %), en una mayor proporción comparada con las mujeres. Adicionalmente, el método utilizado para el intento de suicidio difiere significativamente según el grupo de edad ($p = 0,001$). En este caso, la intoxicación fue el método más frecuentemente usado por adultos de todas las edades, particularmente entre quienes tienen entre 25 y 44 años (60,9 %) y entre 45 a 64 años (65,7 %). En segundo lugar, se tiene el uso de arma blanca, método preferido por los más jóvenes (37,8 %) y los mayores de 65 años (27,8 %) (tabla 4).

Además, se evidenció que el nivel educativo estuvo significativamente relacionado con el método utilizado para intentar el suicidio ($p = 0,003$). Los adultos con menor nivel de instrucción optaron mayoritariamente por arrojar hacia vehículos en movimiento, de cerros o puentes (53,8 %). En cuanto al uso de arma blanca, fue el método preferido por los que tienen un nivel de instrucción superior universitaria (39,5 %). El estado civil de los adultos se relacionó significativamente con el método utilizado para intentar el suicidio ($p < 0,001$) (tabla 4).

La mayoría de las personas que dejaron de tener una pareja (viudos, separados o divorciados) utilizaron la

intoxicación como método para intentar el suicidio (63,9 %). Si bien los solteros optaron principalmente por la intoxicación (52,3 %), también se observó que el 33,3 % de este grupo utilizó las armas blancas para intentar el suicidio. En el caso del nivel de pobreza, no se observaron diferencias significativas entre estos dos grupos; del mismo modo, la situación laboral no se relacionó significativamente con el método de intento de suicidio (tabla 4).

Con relación al número de intentos suicidas, el método más utilizado para el primer y segundo intento fue la intoxicación (>60 %); sin embargo, a partir del tercer intento se disminuye la proporción de intentos por este medio (41,3 %) y se incrementa el uso de arma blanca (30,4 %). A pesar de las variaciones, no se encontró diferencia significativa entre el número de intentos y el método utilizado (tabla 5).

En cuanto a la presencia de trastornos psiquiátricos, esta se relacionó significativamente con el método usado para el intento suicida ($p = 0,035$). Además, se observó que, tanto para los que presentan algún trastorno psiquiátrico como para los que no presentan ninguno, la intoxicación fue el método más frecuente: 61,7 % en personas con algún diagnóstico psiquiátrico y 49,4 % en los que carecen de diagnóstico (tabla 5).

En el grupo que no tiene diagnóstico de algún trastorno mental, el segundo método más utilizado fue el arma blanca (31,3 %), seguido por arrojar (13,3 %) y ahogamiento (6,0 %). Posteriormente, se evaluó la asociación entre el método elegido con los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos; no obstante, no se observaron asociaciones significativas (tabla 5).

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

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

*Prueba de independencia chi-cuadrado para muestras complejas; significativo: $p \leq 0,05$.

Tabla 5. Métodos utilizados para el intento de suicidio, según número de intentos y presencia de trastornos mentales.

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

*Prueba de independencia chi-cuadrado para muestras complejas; significativo: $p \leq 0,05$.

Asimismo, se encontró que los que utilizaron la intoxicación como método para el intento de suicidio presentaron una puntuación ligeramente menor en la Escala de Autoestima de Rosenberg ($27,9 \pm 0,33$), en

comparación con los otros métodos. A pesar de ello, las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas (tabla 6).

Tabla 6. Métodos utilizados para el intento de suicidio según puntuaciones en la Escala de Autoestima de Rosenberg.

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

*Análisis de varianza con muestras complejas; significativo: $p \leq 0,05$. DE: desviación estándar.

Por último, se ajustó un modelo de regresión logística multinomial, en el cual la variable dependiente fue el método de intento suicida. Se incluyeron todas las variables planteadas y se analizó la relación entre cada una y el método de intento suicida, controlando el posible factor confusor de los demás factores. Se obtuvo que el riesgo de intento suicida por intoxicación es significativamente mayor en las mujeres (OR: 5,88; IC 95 %: 2,59-13,32) que en los hombres; a diferencia del uso de arma blanca y arrojar, con los cuales no se encontraron asociaciones significativas (tabla 7).

Adicionalmente, se observó que quienes tienen actualmente una pareja, comparado con los que no,

presentan un riesgo significativamente menor de elegir la intoxicación (OR: 0,32; IC 95 %: 0,11-0,99) o arrojar (OR: 0,19; IC 95 %: 0,04-0,78) como método para el intento de suicidio. En el caso de los que tuvieron una pareja y ya no la tienen, el riesgo de elegir la intoxicación (OR: 0,17; IC 95 %: 0,05-0,55) o un arma blanca (OR: 0,13; IC 95 %: 0,03-0,47) es significativamente menor en comparación con las personas del grupo soltero. Finalmente, se observó que, a medida que la puntuación en la autoestima se incrementa, el riesgo de intento suicida por cualquiera de los métodos se reduce; sin embargo, estas asociaciones no son significativas (tabla 7).

Tabla 7. Modelo logístico multinomial entre factores sociodemográficos, presencia de trastornos mentales y autoestima, asociados con el método de intento suicida.

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

Categoría de referencia: ahogamiento/asfixia y otros. ORaj: odds ratio ajustado; LI: límite inferior del intervalo de confianza; LS: límite superior del intervalo de confianza.

DISCUSIÓN

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

Para empezar, se encontró que el método más usado fue la intoxicación, que concuerda con el estudio realizado por la OMS en 2008, en el cual se identificó que este método es el más empleado en Latinoamérica, especialmente el uso de carbamatos (22). Además, es importante destacar que el sexo es una característica demográfica muy importante para tomar en cuenta en las dimensiones del suicidio. En este estudio, se destaca que la población es predominantemente femenina, y que la mayoría de las mujeres optan por la intoxicación como método de intento suicida. Las personas de este sexo optan por métodos menos letales a diferencia del sexo masculino, quienes optan por métodos más letales, y, por ende, logran consumir el suicidio la mayoría de las veces (32, 33).

Asimismo, Lim et al. (34) muestran que la intoxicación es el método más usado entre las mujeres, hallazgo que refuerza lo encontrado en el presente estudio. Por otro lado, López (35) menciona en su estudio que, si bien se ve que la intoxicación fue el método más prevalente en ambos sexos, existe la tendencia por parte del género masculino en usar métodos más violentos, lo cual es coherente con lo encontrado en nuestro estudio, donde existe una mayor proporción de varones que hicieron uso de armas blancas. En cuanto a la edad, los resultados indican que, para todos los grupos, la intoxicación es el método más usado. El uso de arma blanca está presente en todos los grupos de edad como la segunda opción más común, con excepción del grupo de 45 a 64 años, quienes prefieren optar por arrojar hacia vehículos en movimiento o al vacío. Lo descrito es coherente con los datos obtenidos en un estudio realizado en Argentina, que muestra a la intoxicación y al uso de arma blanca como los métodos más comunes en un grupo de individuos de entre 15 y 74 años (35).

En cuanto a los métodos menos usados, se tiene el ahogamiento/asfixia, aunque es importante resaltar que son los adultos mayores de 65 años los que tienen más predisposición a usarlos. Esto coincide con

estudios que demuestran que los ancianos utilizan métodos de fácil disponibilidad y que suelen asociarse a alta letalidad, como el ahorcamiento, a fin de lograr su cometido sin varios intentos (36). Respecto al nivel educativo, los resultados revelan que a menor nivel de educación mayor es el número de personas que optan por medidas más letales, como arrojar al vacío o hacia un vehículo. Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado en Irán por Shojaei et al. (37), en el que resaltaron el ahorcamiento y las quemaduras como los métodos más frecuentes en la población con menor educación, ambos clasificados como métodos de mayor letalidad.

Por el contrario, la población con secundaria completa optó por utilizar la intoxicación como el método más frecuente. Rezaie et al. (38) sugieren que aquellos que utilizan este método consideran y planifican el acto con mayor cuidado, lo cual podría estar asociado a un mayor nivel educativo. Además, señalan que el analfabetismo y un menor nivel de educación son posibles factores de riesgo para intentos suicidas más letales, ante una pobre respuesta a problemas o incapacidad para entender las consecuencias de sobrevivir a dicho intento suicida.

Con respecto al estado civil, se evidencia una relación significativa con el método de intento suicida. Si bien no existen grandes diferencias entre las tres opciones, debido a que la mayoría usó el método de intoxicación, el grupo casado/conviviente optó por métodos más letales. Similares resultados se obtuvieron en el estudio de Ahmadi et al. (39), en donde se describe que en parejas casadas predomina el uso de fuego, considerado como método de alta letalidad; asimismo, en dicho estudio se describe que entre los posibles factores precipitantes para la elección de algún método de gran letalidad están los problemas matrimoniales crónicos.

Así también, es importante mencionar que el estado civil resultó estar relacionado significativamente con el método de intento suicida en el análisis por regresión logística multinomial. Se encontró que las personas casadas y aquellas que dejaron de tener pareja tuvieron menor riesgo de elegir la intoxicación como método, por lo que se refuerza la relación bivariada mencionada anteriormente. No se ha encontrado en la literatura una posible explicación de este hallazgo, por lo que consideramos importante que en el futuro se pueda explorar más esta asociación.

Por otro lado, para la situación laboral, se encuentra que, en general, la mayoría elige usar la intoxicación.

Sin embargo, en el caso del arma blanca, hay una proporción mayor de personas sin trabajo que lo terminan eligiendo. Por tanto, poseer o no un empleo no inclina al individuo hacia alguna preferencia entre los diversos métodos que existen. Consideramos conveniente mencionar que en otro estudio se encontró una mayor proporción de personas sin empleo que eligieron métodos con letalidad leve a moderada, pero no se encontró alguna diferencia significativa como en nuestro estudio (40). De la misma manera, para el nivel de pobreza, no se encontró significancia en los resultados, lo que es consecuente con estudios en donde tampoco se encontró significancia con el estatus socioeconómico del individuo (41).

Con relación al número de intentos y el método utilizado, se obtuvo que tanto en el primer y segundo intento predominó la intoxicación. Al respecto, similares resultados se obtienen en el estudio de Espanian et al. (42), donde se halló que la intoxicación, por medicamentos específicamente, es el método más usado y que prevalece en el reintento suicida. Asimismo, existe evidencia que sustenta que el uso de un método de intento suicida en una primera oportunidad predispone a repetirlo en un siguiente intento, especialmente la intoxicación, el cual es el más repetido en intentos posteriores (35).

Con respecto a la existencia de algún trastorno mental y el método de intento suicida, se encontró una relación significativa en la cual se observó que personas con algún diagnóstico tendieron a utilizar la intoxicación como un método de elección. Por otro lado, las personas sin diagnóstico se asociaron más con el arma blanca y arrojarle hacia vehículos a velocidad o al vacío. Esto discrepa de lo señalado por Chen et al. (28), quienes indican que en las personas con alguna patología psiquiátrica es más frecuente el método de arrojarle al vacío, y en quienes no tienen algún diagnóstico predomina la intoxicación, usando específicamente la inhalación de monóxido de carbono.

Por otro lado, el estudio de Huisman et al. (43) menciona que las personas con desórdenes depresivos son menos selectivas con el método de elección para el intento suicida, pues se encontró una relación con múltiples de ellos; además, concluyen que podrían cambiar de método dependiendo de la accesibilidad de este. En el presente estudio, se exploró la relación del método con —específicamente— trastornos depresivos y trastornos ansiosos. No obstante, no se llegó a valores significativos, aunque se puede rescatar que hubo prevalencia de personas con trastornos

depresivos que eligieron la intoxicación como método de intento suicida, probablemente por la accesibilidad a estos.

Existen diversos estudios que evidencian la relación cercana de la autoestima con la conducta suicida. No obstante, Andrade y Gonzáles (44) evidencian una correlación poco significativa entre la autoestima y el riesgo de suicidio, destacando que incluso la evidencia de una autoestima baja no constituye el centro del desarrollo del riesgo suicida, y corroborando que el suicidio es un fenómeno complejo cuya comprensión debería ir más allá de una explicación descriptiva. En este estudio se encontró que la asociación entre la autoestima y el método de intento suicida elegido presenta ligeras diferencias, trabajando con los promedios encontrados según la Escala de Rosenberg; sin embargo, no fue estadísticamente significativo. Similares resultados se encontraron en el estudio de Plutchik et al. (45), quienes concluyeron que su relación con la letalidad médica del método elegido es controversial.

Los resultados de este estudio deben considerarse dentro de los márgenes de las limitaciones descritas a continuación. En primer lugar, algunas categorías podrían requerir un tamaño de muestra mayor para realizar un análisis más homogéneo y obtener datos más precisos. En segundo lugar, los instrumentos del estudio original fueron diseñados para responder a los objetivos del estudio original, y no específicamente para los de este estudio. En tercer lugar, al haberse realizado el estudio original mediante entrevistas, existen ciertos sesgos como el característico de la demanda y de conveniencia social. Además, es importante mencionar que no podemos afirmar la veracidad de las respuestas de los participantes ni verificar que, de alguna forma, no hayan sido influenciadas por la incomodidad, falta de voluntad, estigmatización y/o por lo que consideran socialmente aceptable. En cuarto lugar, el diseño del estudio (transversal analítico) no permite establecer relaciones de causa-efecto, debido a que solo se proporciona una vista estática de los datos en un momento específico, por lo que no se pueden examinar cambios a lo largo del tiempo ni evaluar tendencias temporales. En quinto lugar, los resultados no pueden ser generalizados para otras poblaciones dentro del país, debido a la diversidad en cada área, pues hay diferentes factores genéticos, culturales, socioeconómicos y ambientales; y tampoco podría hacerse con otros países.

Finalmente, se propone la realización de estudios posteriores para superar las limitaciones de estudios

transversales. La data recolectada servirá de ayuda a futuros estudios longitudinales con diseños de estudio, tales como el de casos y controles, que permitirá reunir y estudiar varios posibles factores de riesgo a la vez, tal y como son la presencia de trastornos mentales, las características sociodemográficas y la autoestima; y, a su vez, discriminar sobre la importancia de cada uno. Otra metodología que se propone es un estudio de panel que serviría para seguimiento de los participantes, en el que se observe la exposición a posibles factores de riesgo y el desenlace que tiene cada uno sobre la población estudiada.

CONCLUSIONES

La muestra fue mayoritariamente compuesta por el sexo femenino, y el método de suicidio más usado fue la intoxicación. El sexo femenino se asoció con intoxicación con respecto a otros métodos de intento suicida, mientras que el sexo masculino presentó mayor predisposición para el uso de arma blanca.

El método más usado para todos los grupos de edad es la intoxicación, y el segundo fue el uso de arma blanca. Para el grupo mayor de 65 años, se encontró mayor predisposición al método de asfixia. Un menor nivel educativo se asoció a mayor uso de métodos letales, como arrojar hacia un vehículo o al vacío. En personas con secundaria completa, se encontró mayor uso de la intoxicación como método de intento suicida.

En relación con el estado civil, el método más usado fue la intoxicación. Sin embargo, el grupo casado/conviviente optó por métodos más letales, como arrojar hacia un vehículo o salto al vacío, y ahogamiento/asfixia. Es importante hacer énfasis en el estado civil debido a que esta fue la única variable significativa en el análisis multivariado.

Se encontró asociación significativa entre el método de intento suicida y la presencia de trastornos psiquiátricos, observándose un mayor uso de la intoxicación como método. No se logró encontrar una asociación significativa entre el método de intento suicida y la autoestima, resultado coherente con estudios que aseveran una relación controversial.

RECOMENDACIONES

Las implicancias del estudio para la práctica clínica radican en la identificación de la población vulnerable, de acuerdo con los datos sociodemográficos y los métodos de intento suicida más usados, con el objetivo de orientar intervenciones preventivas en pacientes

con riesgo de intento suicida que no cuentan con seguimiento continuo.

Dada la alta frecuencia de trastornos mentales entre las personas que presentaron intentos suicidas, es necesario que en las atenciones de emergencia se establezcan protocolos para la identificación y el manejo oportuno de estas condiciones.

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

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribución de autoría:

CAB, RJTR: investigación, recursos, análisis formal, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

ALTA: conceptualización, investigación, recursos, análisis formal, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

JESC: conceptualización, recursos, análisis formal, redacción (revisión y edición).

Agradecimientos: Al Dr. Saavedra por su valiosa orientación, dedicación y apoyo constante a lo largo del desarrollo de este trabajo. A nuestras familias, por su amor incondicional, paciencia y aliento en cada etapa de este proyecto. Su acompañamiento nos brindó la fuerza para continuar, incluso en los momentos más desafiantes. Por último, agradecemos la colaboración y el trabajo en equipo entre todos los integrantes, que hicieron posible llevar adelante este estudio con respeto, compromiso y entusiasmo.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas: informe regional 2010-2014 [Internet]. Washington, D. C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275323304>
2. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida [Internet]. Washington, D. C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf>
3. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio

- epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. *An Salud Ment* [Internet]. 2012; 29(supl. 1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/7>
4. Contreras-Cordova CR, Atencio-Paulino JI, Sedano C, Ccoicca-Hinojosa FJ, Paucar W. Suicidios en el Perú: descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022; 85(1). Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>
 5. Vásquez F, Nicolás Y, Martínez R, Vite V, Falconi S, Vargas V. El perfil de los intentadores de suicidio atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» 2003. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2005; 68(1-2): 67-82. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1582>
 6. Ministerio de Salud (PE). Minsa registra más de 1300 intentos de suicidio en lo que va del 2018 [Internet]. Plataforma del Estado Peruano; 2018, 7 de septiembre. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/18738-minsa-registra-mas-de-1300-intentos-de-suicidio-en-lo-que-va-del-2018>
 7. National Institute of Mental Health. Suicide [Internet]. NIMH; [s. f.]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>
 8. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf
 9. Hawton K, van Heeringen K, editores. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2008.
 10. Hawton K, Fagg J. Repetition of attempted suicide: the performance of the Edinburgh predictive scales in patients in Oxford. *Arch Suicide Res* [Internet]. 1995; 1(4): 261-272. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13811119508258987>
 11. Hall RC, Platt DE, Hall RC. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics* [Internet]. 1999; 40(1): 18-27. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71267-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71267-3)
 12. Rodrigo M, Hernández R. Patología psiquiátrica en el niño preescolar y escolar. *An Pediatr Contin* [Internet]. 2004; 2(4): 197-206. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281804716431>
 13. Castelpietra G, Knudsen AK, Agardh EE, Armocida B, Beghi M, Iburg KM, et al. The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990-2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Reg Health Eur* [Internet]. 2022; 16: 100341. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100341>
 14. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana 2015. Informe general. *An Salud Ment* [Internet]. 2018; 34(1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/15>
 15. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003. Informe general. *An Salud Ment* [Internet]. 2003; 19(1-2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/3>
 16. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. Informe general. *An Salud Ment* [Internet]. 2005; 21(1-2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/10>
 17. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* [Internet]. 2002; 1(3): 181-185. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1489848/>
 18. Baldessarini RJ. Epidemiology of suicide: recent developments. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2020; 29: e71. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s2045796019000672>
 19. Alonso LM, Murcia G, Murcia J, Herrera D, Gómez D, Comas M, et al. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* [Internet]. 2007; 23(1): 32-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n1/v23n1a05.pdf>
 20. Pérez N, Salamanca Y. Relación entre autoestima e ideación suicida en adolescentes colombianos. *Rev Psicol GEPU* [Internet]. 2017; 8(1): 8-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6919770>

21. Manani P, Sharma S. Self-esteem and suicidal ideation: a correlational study. *MIER J Educ Stud Trends Pract (MJESTP)* [Internet]. 2013; 3(1): 75-83. Disponible en: <https://doi.org/10.52634/mier/2013/v3/i1/1556>
22. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2008; 86(9): 726-732. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2471/blt.07.043489>
23. Zalar B, Kores B, Zalar I, Mertik M. Suicide and suicide attempt descriptors by multimethod approach. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2018; 30(3): 317-322. Disponible en: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol30_no3/dnb_vol30_no3_317.pdf
24. Cantor CH, Baume PJ. Access to methods of suicide: what impact? *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 1998; 32(1): 8-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/00048679809062700>
25. Dogru I. Estados Unidos, el país con más armas que ciudadanos [Internet]. Agencia Anadolu; 2022, 26 de mayo. Disponible en: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/estados-unidos-el-pa%C3%ADs-con-m%C3%A1s-armas-que-ciudadanos/2598695>
26. Baños J. Suicidio por arma de fuego, un problema de salud pública. *MediSur* [Internet]. 2021; 19(2): 342-345. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068639022/html/>
27. Trevisan EP, Oliveira ML. Medicamentos psicoactivos: estudio de mujeres con intento de suicidio en un municipio del sur de Brasil. *Index Enferm* [Internet]. 2012; 21(1-2): 33-37. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100008>
28. Chen YY, Lee MB, Chang CM, Liao SC. Methods of suicide in different psychiatric diagnostic groups. *J Affect Disord* [Internet]. 2009; 118(1-3): 196-200. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.020>
29. World Health Organization. Live Life: An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries [Internet]. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
30. Ley n.º 30947, Ley de Salud Mental [Internet]. Lima: El Peruano; 2019, 23 de mayo. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%C2%BA%2030947.pdf.pdf?v=1608073034>
31. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. *An Salud Ment* [Internet]. 2009; 25(supl. 1). Disponible en: <https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/31>
32. Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely A, Tóth MD, Coyne J, et al. What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. *PLoS One* [Internet]. 2015; 10(7): e0129062. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129062>
33. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis-Woloszczak M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit* [Internet]. 2011; 17(8): PH65-70. Disponible en: <https://doi.org/10.12659/MSM.881887>
34. Lim M, Lee SU, Park JI. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2014; 8: 54. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-54>
35. López LC. Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Cienc Psicol* [Internet]. 2019; 13(2): 197-208. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1872>
36. De Souza ER, Minayo MC, Malaquias JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2002; 18(3): 673-683. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300011>
37. Shojaei A, Moradi S, Alaeddini F, Khodadoost M, Barzegar A, Khademi A. Association between suicide method, and gender, age, and education level in Iran over 2006-2010. *Asia Pac Psychiatry* [Internet]. 2014; 6(1): 18-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/appy.12097>
38. Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel DC. Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. *Burns* [Internet]. 2011; 37(1): 159-163. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2010.07.003>
39. Ahmadi A, Mohammadi R, Stavrinou D, Almasi A, Schwebel DC. Self-immolation in Iran. *J Burn Care Res* [Internet]. 2008; 29(3): 451-460. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/BCR.0b013e31817112f1>

40. Aristizábal A, González A, Palacio C, García J, López C. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2009; 38(3): 446-463. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n3/v38n3a05.pdf>
41. Jeon HJ, Lee JY, Lee YM, Hong JP, Won SH, Cho SJ, et al. Unplanned versus planned suicide attempters, precipitants, methods, and an association with mental disorders in a Korea-based community sample. *J Affect Disord* [Internet]. 2010; 127(1-3): 274-280. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.05.027>
42. Espandian A, González M, Reijas T, Florez G, Ferrer E, Saiz PA, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2020; 13(1): 11-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>
43. Huisman A, van Houwelingen CA, Kerkhof AJ. Psychopathology and suicide method in mental health care. *J Affect Disord* [Internet]. 2010; 121(1-2): 94-99. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.024>
44. Andrade JA, Gonzáles J. Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente* [Internet]. 2017; 20(37): 70-88. Disponible en: <https://doi.org/10.17081/psico.20.37.2419>
45. Plutchik R, van Praag HM, Picard S, Conte HR, Korn M. Is there a relation between the seriousness of suicidal intent and the lethality of the suicide attempt? *Psychiatry Res* [Internet]. 1989; 27(1): 71-79. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90011-5](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(89)90011-5)

ANEXOS

Anexo 1. Relación de establecimientos de salud considerados en el estudio.

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