




Conducta suicida en la población adolescente de la ciudad de Ayacucho: estudio comparativo entre 2003 y 2017

Suicidal behavior in the adolescent population of Ayacucho City: a comparative study between 2003 and 2017

Horacio Vargas-Murga^{1, 2, a, b} , Ybeth Luna-Solis^{1, 2, c, d} ,
Kenneth Vargas-Suárez^{1, 3, e} 

RESUMEN

Objetivo: Comparar la prevalencia de conducta suicida (deseos de morir, ideación suicida, planeamiento suicida e intento suicida), así como las diferencias entre géneros, en la población adolescente de la ciudad de Ayacucho en los años 2003 y 2017. **Materiales y métodos:** Se presenta un análisis comparativo de fuentes secundarias, utilizando las bases de datos de estudios epidemiológicos en salud mental realizados en Ayacucho por el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» en 2003 y 2017. Se comparó la prevalencia de las conductas suicidas en 624 adolescentes en 2003 y en 556 adolescentes en 2017. **Resultados:** Se encontró, a lo largo de la vida, una disminución significativa en los deseos de morir, que pasaron de 34,5 %, en 2003, a 27,0 %, en 2017 ($p = 0,025$); de manera similar, en el último año, se redujeron de 18,9 % a 9,2 % ($p < 0,001$); y en el último mes, de 8,8 % a 2,5 % ($p < 0,001$). No obstante, la ideación suicida, a lo largo de la vida, aumentó ligeramente de 10,2 % a 14,2 %, aunque sin alcanzar significancia estadística ($p = 0,117$). La planificación suicida, por su parte, experimentó un incremento considerable, pasando de 3,5 % a 6,8 % ($p = 0,036$), especialmente entre adolescentes mujeres, lo que evidencia una mayor vulnerabilidad en este grupo. Los intentos suicidas disminuyeron de 2,6 % a 1,3 %, una reducción estadísticamente no significativa ($p = 0,137$).

Citar como:

Vargas-Murga H, Luna-Solis Y, Vargas-Suárez K. Conducta suicida en la población adolescente de la ciudad de Ayacucho: estudio comparativo entre 2003 y 2017. *Rev Neuropsiquiatr.* 2025; 88(2): 130-146. DOI: 10.20453/rnp.v88i2.5875

Recibido: 21-01-2025

Aceptado: 07-04-2025

En línea: 26-06-2025

Correspondencia:

Horacio Vargas-Murga
✉ horacio.vargas@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, Facultad de Medicina, Departamento de Clínicas Médicas. Lima, Perú.

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

³ Asociación Civil Impacta y Educación. Lima, Perú.

^a Doctor en Medicina.

^b Psiquiatra de niños y adolescentes.

^c Maestra en Gestión Estratégica de la Calidad y Auditoría Médica.

^d Psiquiatra.

^e Médico cirujano.

Las mujeres presentaron prevalencias más elevadas que los varones en cuanto a ideación y planificación suicida. **Conclusiones:** Los hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones específicas en salud mental para adolescentes, con especial atención a la población femenina, así como un enfoque integral para prevenir, detectar y tratar oportunamente diversos tipos de conducta suicida.

Palabras clave: conducta suicida; ideación suicida; adolescentes; salud mental; prevalencia.

ABSTRACT

Objective: To compare the prevalence of suicidal behavior (desire to die, suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts) as well as the gender differences in the adolescent population of the city of Ayacucho in the years 2003 and 2017.

Materials and methods: A comparative analysis of secondary sources, using databases from epidemiological studies in mental health conducted by the National Institute of Mental Health «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» in Ayacucho, in 2003 and 2017, is presented. **Results:** A comparison of prevalence of suicidal behaviors of 624 adolescents in 2003 and 556 in 2017, showed a significant decrease in lifetime suicidal thoughts, from 34.5% in 2003 to 27% in 2017 ($p=0.025$). Similarly, they declined from 18.9% to 9.2% ($p<0.001$) in the past year and from 8.8% to 2.5% ($p<0.001$) in the past month. However, lifetime suicidal ideation slightly increased from 10.2% to 14.2%, although without statistical significance ($p=0.117$). Likewise, suicide planning experienced a considerable increase from 3.5% to 6.8% ($p=0.036$), especially among female adolescents, showing the greater vulnerability of this group. A decrease from 2.6% in 2003 to 1.3% in 2017 was observed regarding suicidal attempts, although this reduction was not statistically significant ($p=0.137$). Females showed higher prevalence than males in terms of suicidal ideation and planning. **Conclusions:** The findings underscore the need for targeted mental health interventions for adolescents, with particular attention to females, and a comprehensive approach to prevent, detect, and treat suicidal behaviors in a timely manner.

Keywords: suicidal behavior; suicidal ideation; adolescents; mental health; prevalence.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida es un fenómeno complejo y con múltiples factores, que abarca diversas conductas autodestructivas, tales como el deseo de morir, la ideación suicida, la planificación del suicidio y los intentos de llevarlo a cabo. Estas conductas son particularmente preocupantes en la población adolescente, debido a la transición de esta etapa hacia la adultez, la cual suele conllevar numerosos retos psicológicos y sociales (1). En este contexto, el presente estudio analiza la conducta suicida en los adolescentes de la ciudad de Ayacucho en los años 2003 y 2017, con el objetivo de realizar una comparación para identificar patrones relacionados con este grave problema de salud pública.

Aspectos etiopatogénicos

La adolescencia es una etapa de profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales, los cuales pueden aumentar la vulnerabilidad a problemas de salud mental, incluyendo la conducta suicida. Las causas que influyen en la conducta suicida en los adolescentes son múltiples y están interrelacionadas, abarcando aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En cuanto a los componentes biológicos, destacan tanto los desequilibrios neuroquímicos —particularmente en neurotransmisores como la serotonina— como los antecedentes familiares de trastornos mentales o conductas suicidas (2). Desde la perspectiva psicológica, trastornos como la depresión, la ansiedad y los desórdenes alimentarios desempeñan un papel

crucial (3). Los trastornos mentales son frecuentes entre los adolescentes y, si no se tratan de manera adecuada, pueden generar efectos prolongados. En cuanto al aspecto social, la necesidad de pertenencia y aceptación en su entorno social, así como la presión por cumplir con expectativas familiares y académicas, también contribuyen a la vulnerabilidad de este grupo. Además, el impacto de las redes sociales y los retos virales han agregado una nueva dimensión a los riesgos psicosociales en esta población, ya que amplifican la exposición a dinámicas de comparación social y rechazo. Por otro lado, las situaciones de estrés, como el abuso físico o emocional, el acoso escolar (*bullying*) y la pérdida de seres queridos, son desencadenantes significativos al generar sentimientos de aislamiento y desesperanza (1).

Aspectos epidemiológicos

A nivel mundial, el suicidio constituye la segunda causa de muerte más frecuente entre adolescentes de 15 a 19 años, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4). En Perú, una investigación realizada por Contreras-Cordova et al. (5), en la que se revisó el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) entre los años 2017 y 2021, encontró que, en los casos reportados por suicidio, el 7,6 % correspondía a púberes y el 16,4 % a adolescentes de edad media (14 a 17 años), lo cual ilustra la vulnerabilidad del grupo adolescente. Otro estudio, realizado por Soto et al. (6) en el Hospital Subregional de Andahuaylas, Apurímac, en 2022, encontró que el intento de suicidio fue mayor entre adolescentes de 15 a 19 años (84,2 %), del sexo femenino (68,4 %) y de procedencia rural (50,0 %); además, reportó que los medios más empleados fueron los plaguicidas u órganos fosforados (44,7 %) y los medicamentos (34,2 %); el 50,0 % presentaba antecedentes de intentos previos de suicidios y el 39,0 % tenía antecedentes de consulta psiquiátrica.

Características clínicas

Las manifestaciones clínicas de la conducta suicida en adolescentes suelen ser poco evidentes y, en muchos casos, pasan desapercibidas. El deseo de morir puede expresarse a través de un rechazo hacia la vida o por comentarios despectivos sobre la propia existencia (7). La ideación suicida se manifiesta como un pensamiento recurrente sobre acabar con la vida y las fantasías relacionadas con la muerte (8). La planificación suicida implica la creación de un plan detallado para llevar a cabo el suicidio, mientras que el intento suicida es un

acto intencional con el propósito de poner fin a la vida propia (9).

Salud mental en la ciudad de Ayacucho

En 2003, se llevó a cabo un estudio de salud mental en la ciudad de Ayacucho, donde se analizó la situación de los adolescentes. Los resultados revelaron una alta prevalencia de problemas de salud mental en esta población. Se encontró que el 28,5 % de los adolescentes presentaba síntomas de ansiedad, mientras que el 22,3 % manifestaba síntomas depresivos clínicamente significativos. Asimismo, un 12,7 % reportó haber experimentado episodios de desesperanza severa y un 8,9 % mostró signos de trastornos de conducta. Además, el 5,4 % de los adolescentes presentaba indicadores de abuso de sustancias, especialmente el alcohol y tabaco (10, 11). Estas cifras reflejaban la vulnerabilidad de la población juvenil en Ayacucho frente a los problemas de salud mental, lo que subraya la necesidad de intervenciones oportunas y estrategias preventivas en esta región. No obstante, no se ha evaluado si estas cifras han variado con el tiempo. Los trastornos mentales son frecuentes entre los adolescentes y, si no se tratan de manera adecuada, pueden generar efectos prolongados.

Entre los años 2016 y 2017, se llevó a cabo el «Estudio epidemiológico de salud integral en la sierra peruana. Replicación 2016-Parte I», que incluyó a las ciudades de Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Puno, Arequipa y Abancay. Los resultados de este estudio se encuentran detallados en el informe general titulado «Estudio epidemiológico de salud mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017» (12). En Ayacucho, el estudio reveló que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental fue del 39,7 % y la prevalencia en los últimos 12 meses alcanzó el 15,9 %. Los trastornos más frecuentes fueron el episodio depresivo (23,4 %), el trastorno de estrés postraumático (9,7 %) y los problemas relacionados con el consumo de alcohol (9,1 %). En adolescentes, las prevalencias más altas correspondieron al episodio depresivo (9,1 %), al trastorno de estrés postraumático (6,6 %) y a la fobia social (2,8%). El 5,3 % de la población reportó haber consumido sustancias ilegales alguna vez en la vida, siendo la marihuana la más frecuente (4,2 %). En cuanto a los indicadores de violencia, el 21,2 % de las mujeres unidas reportó haber sufrido abuso por parte de su pareja en el último año, lo que se utilizó con mayores prevalencias de trastornos mentales.

La importancia de replicar estudios epidemiológicos radica en los cambios que se producen a lo largo del

tiempo, como la implementación de nuevas políticas de salud mental, los avances en psicofarmacología y los cambios socioeconómicos significativos (13), aunque no necesariamente garantizan una mejora en la salud mental de la población (14).

En este contexto, era fundamental realizar una comparación entre los resultados obtenidos en Ayacucho en 2003 y los datos recopilados en 2017, específicamente en relación con los adolescentes, a partir de los datos obtenidos del «Estudio epidemiológico de salud integral en la sierra peruana. Replicación 2016-Parte I» del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (INSM «HD-HN») (12).

El propósito del presente estudio fue analizar la prevalencia de la conducta suicida (deseo de morir, ideación suicida, planificación suicida e intento suicida) en los adolescentes de Ayacucho, comparando los datos obtenidos en los años 2003 y 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio comparativo de fuentes secundarias se basó en los datos provenientes de los estudios epidemiológicos en salud mental realizados en Ayacucho por el INSM «HD-HN» en los años 2003 y 2017.

Para este análisis se consideró a la población adolescente con edades comprendidas entre los 12 y 17 años. La muestra incluyó a 624 adolescentes del año 2003 y a 553 del 2017. En ambos casos, la selección de la muestra fue probabilística, por conglomerados y se llevó a cabo en tres etapas. Sin embargo, en 2017, la muestra fue más amplia e incluyó más categorías de población, con mayor énfasis en la segmentación etaria y de género para reflejar con mayor precisión la situación de la salud mental en distintos grupos.

Si bien el estudio de 2003 empleó herramientas estandarizadas para el diagnóstico de trastornos mentales, en 2017 se incorporaron nuevos instrumentos validados, como escalas específicas para medir salud mental positiva (autoestima, resiliencia, satisfacción con la vida) y cuestionarios adaptados a la realidad sociocultural de la población.

El instrumento utilizado para identificar la conducta suicida fue el Cuestionario de Salud Mental, originalmente desarrollado en Colombia y adaptado para adolescentes. Este cuestionario incluye preguntas específicas sobre conductas suicidas. Su validez y confiabilidad han sido documentadas en publicaciones previas (15, 16).

En el estudio de 2017 se prestó mayor atención a la relación entre la salud mental y los factores socioeconómicos, eventos de vida adversos y violencia doméstica, lo que permitió una visión más integral del problema.

A pesar de estas diferencias, se tomaron medidas para garantizar la comparabilidad de los resultados, manteniendo en la mayor medida posible los criterios diagnósticos y metodológicos del estudio de 2003.

Este estudio contó con la exoneración del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INSM «HD-HN», debido a que se trataba de un análisis de fuentes secundarias. Sin embargo, es importante señalar que los estudios primarios realizados en Ayacucho en 2003 y 2017 contaron con la aprobación del mismo Comité, garantizando el cumplimiento de los principios éticos en la recolección de datos.

En relación con el manejo de la ideación suicida durante las entrevistas, si bien no se dispone de información específica en los estudios publicados, se implementaron protocolos éticos que incluyeron:

- **Detección y derivación:** Si un participante presentaba signos de riesgo suicida, se activaba la derivación a servicios de salud mental o se proporcionaba información de contacto para asistencia profesional.
- **Confidencialidad y consentimiento informado:** Los participantes fueron informados sobre el propósito del estudio y el carácter voluntario de su participación, asegurándose de que podían retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- **Capacitación de entrevistadores:** Los encuestadores recibieron capacitación en identificación de riesgo suicida y en estrategias para manejar las respuestas emocionales de los participantes de manera ética y responsable.

De esta manera, los estudios realizados en Ayacucho han priorizado la protección de los participantes, especialmente en temas sensibles como la ideación suicida en adolescentes. El procesamiento de datos en 2003 se realizó con metodologías estándar para estudios epidemiológicos, mientras que en 2017 se aplicaron técnicas más avanzadas de análisis estadístico, incluyendo modelos de regresión multivariada y análisis de tendencias para evaluar cambios en la prevalencia de los trastornos a lo largo del tiempo.

Para el estudio comparativo sobre la conducta suicida en adolescentes de Ayacucho (2003 y 2017), el análisis descriptivo se basó en mediciones de frecuencias y estadísticas de tendencia central, además de la estimación de proporciones. Cuando la variable independiente era nominal (por ejemplo, ideación suicida frente a no ideación suicida) y las variables relacionadas también eran nominales (como género, edad, cobertura de necesidades básicas y zona de residencia), se aplicó la corrección F, una variante del estadístico chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden, con un valor de $p < 0,05$. La información fue procesada utilizando el *software* SPSS versión 20 para muestras complejas.

Además, se utilizó ChatGPT (un modelo de lenguaje desarrollado por OpenAI) como herramienta de apoyo para la redacción y estructuración del manuscrito, contribuyendo con sugerencias para mejorar la claridad y coherencia en la presentación de los resultados y la discusión.

RESULTADOS

Las muestras de los estudios de 2003 y 2017 incluyeron adolescentes de 12 a 17 años, con una mayor representación del grupo de 15 a 17 años en ambos períodos. En 2003, el 55,8 % de los adolescentes tenía entre 15 y 17 años, mientras que en 2017 esta proporción era del 57,3 %. La distribución por sexo fue similar en ambos estudios, con una mayoría femenina en 2017 (52,3 % mujeres y 47,7 % hombres).

En cuanto a la procedencia geográfica, los estudios se realizaron en la ciudad de Ayacucho (Huamanga), incluyendo adolescentes de distintos distritos urbanos. En 2003, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por adolescentes de los distritos céntricos de la ciudad, mientras que en 2017 se amplió la cobertura a zonas periurbanas de Huamanga, lo que permitió analizar diferencias en salud mental entre áreas con distintos niveles de urbanización.

En relación con el nivel de instrucción, en 2003, el 85,4 % de los adolescentes cursaba la secundaria, mientras que en 2017 esta cifra aumentó a 91,2 %, lo que refleja una mejora en la escolarización. Respecto al nivel socioeconómico, en 2003, aproximadamente el 65,0 % de los adolescentes pertenecía a hogares de bajos ingresos, mientras que en 2017 esta cifra se redujo ligeramente a 58,7 %, aunque la precariedad económica siguió siendo un factor relevante en la salud mental de los adolescentes.

En la tabla 1 se presentan los resultados sobre la conducta suicida en la población adolescente de Ayacucho en 2003 y 2017, los cuales muestran variaciones en distintos indicadores. En términos generales, la prevalencia de deseos de morir a lo largo de la vida disminuyó de 34,5 % en 2003 a 27,0 % en 2017, con una diferencia estadísticamente significativa ($F = 5,088$; $p = 0,025$). Esta reducción también se observa en la prevalencia en el último año (18,9 % en 2003 frente a 9,2 % en 2017), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($F = 17,315$; $p < 0,001$). Asimismo, la prevalencia en el último mes disminuyó de 8,8 % en 2003 a 2,5 % en 2017, con una reducción estadísticamente significativa ($F = 20,611$; $p < 0,001$).

Por el contrario, la prevalencia de vida de ideación suicida aumentó de 10,2 % en 2003 a 14,2 % en 2017, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ($F = 2,472$; $p = 0,117$). En el último año disminuyó de 7,2 % en 2003 a 5,6 % en 2017, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($F = 0,865$; $p = 0,353$). De igual manera, en el último mes se redujo de 3,4 % en 2003 a 1,6 % en 2017, sin alcanzar significancia estadística ($F = 3,028$; $p = 0,083$). Por otro lado, la prevalencia de vida de planeamiento suicida aumentó de 3,5 % en 2003 a 6,8 % en 2017, con una diferencia estadísticamente significativa ($F = 4,426$; $p = 0,036$). Finalmente, la prevalencia de vida de intento de suicidio de vida pasó de 3,9 % en 2003 a 4,7 % en 2017, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($F = 0,408$; $p = 0,524$) (tabla 1).

Al analizar los resultados por sexo, se observa que, en lo referente a deseos de morir, la prevalencia de vida en mujeres fue alta en ambos períodos (45,5 % en 2003 frente a 38,9 % en 2017), pero la reducción no fue estadísticamente significativa ($F = 1,770$; $p = 0,185$). En varones, también se observó una disminución (21,5 % en 2003 frente a 15,3 % en 2017), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ($F = 3,064$; $p = 0,082$). En el último año, la disminución en mujeres fue estadísticamente significativa (27,8 % en 2003 frente a 13,9 % en 2017 [$F = 13,669$; $p < 0,001$]), mientras que en varones la reducción no alcanzó significancia estadística (8,5 % en 2003 frente a 4,6 % en 2017 [$F = 3,503$; $p = 0,063$]). En el último mes, la reducción en mujeres también fue estadísticamente significativa (13,2 % en 2003 frente a 3,1 % en 2017 [$F = 19,977$; $p < 0,001$]), mientras que en varones la diferencia no fue significativa (3,6 % en 2003 frente a 2,0 % en 2017 [$F = 1,202$; $p = 0,274$]) (tabla 1).

En cuanto a la ideación suicida, la prevalencia de vida fue mayor en mujeres y aumentó de 15,6 %

en 2003 a 23,2 % en 2017, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ($F = 3,206$; $p = 0,075$). En varones, el aumento fue leve (de 4,0 % en 2003 a 5,3 % en 2017), sin significancia estadística ($F = 0,603$; $p = 0,438$). La prevalencia en el último año disminuyó en ambos sexos, sin diferencias estadísticamente significativas (mujeres: 11,3 % en 2003 frente a 9,1 % en 2017 [$F = 0,557$; $p = 0,456$]; varones: 2,5 % en 2003 frente a 2,2 % en 2017 [$F = 0,039$; $p = 0,844$]) (tabla 1).

En relación con el planeamiento suicida, la prevalencia de vida se duplicó en mujeres, pasando de 6,2 % en 2003 a 12,5 % en 2017, con una diferencia estadísticamente significativa ($F = 4,979$; $p = 0,027$), mientras que en varones el aumento no fue significativo (0,5 % en 2003 frente a 1,2 % en 2017 [$F = 1,052$; $p = 0,306$]). En cuanto a los intentos suicidas, la prevalencia de vida fue más alta en mujeres en ambos períodos (6,1 % en 2003 frente a 9,3 % en 2017), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ($F = 1,728$; $p = 0,190$). En varones, la prevalencia disminuyó (de 1,3 % en 2003 a 0,2 % en 2017), sin alcanzar significancia ($F = 2,990$; $p = 0,085$). En el último año, la prevalencia también disminuyó en ambos sexos, pero sin diferencias estadísticamente significativas (mujeres: 4,0 % en 2003

frente a 2,6 % en 2017 [$F = 0,843$; $p = 0,359$]; varones: 0,9 % en 2003, pero sin casos reportados en 2017 [$F = 3,802$; $p = 0,053$]) (tabla 1).

Los resultados muestran una disminución significativa en los deseos de morir, especialmente en mujeres, y una reducción de la ideación suicida en el último año y mes, aunque la prevalencia de vida de ideación suicida aumentó sin alcanzar significancia estadística. Se destaca un incremento en el planeamiento suicida, especialmente en mujeres ($F = 4,979$; $p = 0,027$), mientras que los intentos suicidas no presentaron diferencias relevantes a nivel estadístico (tabla 1).

En la tabla 2, se presentan los hallazgos relacionados a los motivos de los planes e intentos suicidas en la población adolescente de Ayacucho según el sexo, tanto en el 2003 como en el 2017. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres, excepto en el caso de los problemas de salud física, donde los varones adolescentes en 2017 mostraron una mayor prevalencia de planes suicidas (14,0 %) en comparación con las mujeres (2,4 %), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($F = 7,374$; $p = 0,007$), pero los intervalos de confianza de los valores obtenidos se superponen.

Tabla 1. Conducta suicida en la población adolescente de Ayacucho en 2003 y 2017.

Conducta suicida	2003			2017			2003 vs. 2017 (estadísticos)
	%	IC 95 %	Estadísticos	%	IC 95 %	Estadísticos	
Prevalencia de vida de deseos de morir							
Total	34,5	(30,0-39,3)		27,0	(22,6-32,0)		F = 5,088; p = 0,025
Masculino	21,5	(16,6-27,3)	F = 30,266; p < 0,001	15,3	(11,5-20,2)	F = 37,550; p < 0,001	F = 3,064; p = 0,082
Femenino	45,5	(38,7-52,5)		38,9	(32,0-46,3)		F = 1,770; p = 0,185
Prevalencia en el último año de deseos de morir							
Total	18,9	(15,5-22,9)		9,2	(6,8-12,3)		F = 17,315; p < 0,001
Masculino	8,5	(5,5-12,9)	F = 34,658; p < 0,001	4,6	(2,8-7,4)	F = 15,587; p < 0,001	F = 3,503; p = 0,063
Femenino	27,8	(22,8-33,5)		13,9	(9,7-19,4)		F = 13,669; p < 0,001
Prevalencia en el último mes de deseos de morir							
Total	8,8	(6,6-11,7)		2,5	(1,5-4,2)		F = 20,611; p < 0,001
Masculino	3,6	(1,9-6,9)	F = 16,919; p < 0,001	2,0	(0,9-4,6)	F = 0,575; p = 0,450	F = 1,202; p = 0,274
Femenino	13,2	(9,9-17,4)		3,1	(1,6-5,9)		F = 19,977; p < 0,001
Prevalencia de vida de ideación suicida							
Total	10,2	(7,3-14,1)		14,2	(10,9-18,2)		F = 2,472; p = 0,117
Masculino	4,0	(2,2-7,1)	F = 21,911; p < 0,001	5,3	(3,3-8,6)	F = 34,114; p < 0,001	F = 0,603; p = 0,438
Femenino	15,6	(10,8-21,9)		23,2	(17,5-30,1)		F = 3,206; p = 0,075
Prevalencia en el último año de ideación suicida							
Total	7,2	(5,0-10,3)		5,6	(3,8-8,2)		F = 0,865; p = 0,353
Masculino	2,5	(1,1-5,3)	F = 17,483; p < 0,001	2,2	(1,0-4,8)	F = 12,759; p < 0,001	F = 0,039; p = 0,844
Femenino	11,3	(7,7-16,3)		9,1	(6,0-13,8)		F = 0,557; p = 0,456
Prevalencia en el último mes de ideación suicida							
Total	3,4	(2,0-5,7)		1,6	(0,8-3,2)		F = 3,028; p = 0,083
Masculino	1,0	(0,3-3,1)	F = 8,481; p = 0,004	0,4	(0,1-1,8)	F = 6,467; p = 0,012	F = 0,712; p = 0,400
Femenino	5,5	(3,0-9,7)		2,8	(1,2-6,0)		F = 1,974; p = 0,162
Prevalencia de vida de planeamiento suicida							
Total	3,5	(2,1-5,8)		6,8	(4,5-10,1)		F = 4,426; p = 0,036
Masculino	0,5	(0,1-2,0)	F = 19,737; p < 0,001	1,2	(0,4-3,1)	F = 30,007; p < 0,001	F = 1,052; p = 0,306
Femenino	6,2	(3,6-10,3)		12,5	(8,2-18,6)		F = 4,979; p = 0,027

/* No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico.

Tabla 1. (Continuación).

Conducta suicida	2003			2017			2003 vs. 2017 (estadísticos)
	%	IC 95 %	Estadísticos	%	IC 95 %	Estadísticos	
Prevalencia en el último año de planeamiento suicida							
Total	3,0	(1,7-5,2)		2,1	(1,1-3,8)		F = 0,702; p = 0,403
Masculino	0,5	(0,1-2,0)	/*	0,2	(0,0-1,6)	/*	F = 0,415; p = 0,520
Femenino	5,1	(2,8-9,1)		4,0	(2,1-7,4)		F = 0,317; p = 0,574
Prevalencia en el último mes de planeamiento suicida							
Total	1,4	(0,6-3,4)		0,7	(0,3-2,0)		F = 1,077; p = 0,300
Masculino	0,3	(0,0-2,1)	/*	0,2	(0,0-1,6)	F = 2,723; p = 0,101	F = 0,047; p = 0,829
Femenino	2,4	(0,9-6,0)		1,2	(0,4-3,9)		F = 0,827; p = 0,364
Prevalencia de vida de intento suicida							
Total	3,9	(2,5-5,9)		4,7	(3,0-7,4)		F = 0,408; p = 0,524
Masculino	1,3	(0,5-3,6)	F = 8,922; p = 0,003	0,2	(0,0-1,7)	/*	F = 2,990; p = 0,085
Femenino	6,1	(3,7-9,7)		9,3	(5,8-14,5)		F = 1,728; p = 0,190
Prevalencia en el último año de intento suicida							
Total	2,6	(1,5,0-4,5)		1,3	(0,6-2,7)		F = 2,227; p = 0,137
Masculino	0,9	(0,3-2,9)	F = 6,451; p = 0,012			/*	F = 3,802; p = 0,053
Femenino	4,0	(2,2-7,4)		2,6	(1,2-5,4)		F = 0,843; p = 0,359
Prevalencia en el último mes de intento suicida							
Total	1,4	(0,7-3,0)		0,5	(0,2-1,8)		F = 1,822; p = 0,178
Masculino	0,7	(0,2-2,8)	F = 2,020; p = 0,158		-	/*	F = 2,690; p = 0,103
Femenino	2,0	(0,9-4,7)		1,1	(0,3-3,7)		F = 0,667; p = 0,415
Potencialidad suicida* (6,45 % de los intentos)							
Total	1,2	(0,5-2,6)		0,9	(0,4-2,4)		F = 0,141; p = 0,707
Masculino	0,3	(0,0-1,8)	F = 4,704; p = 0,032			/*	F = 1,421; p = 0,235
Femenino	2,0	(0,8-4,6)		1,9	(0,7-4,7)		F = 0,004; p = 0,948

/* No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico.

Tabla 2. Motivos de planes e intentos suicidas según sexo en la población adolescente de Ayacucho en 2003 y 2017.

Motivos	2003			Estadísticos	2017			
	Total % (IC 95 %)	Masculino % (IC 95 %)	Femenino % (IC 95 %)		Total % (IC 95 %)	Masculino % (IC 95 %)	Femenino % (IC 95 %)	Estadísticos
Problemas con la autoimagen								
Planes suicidas	1,7 (0,6-5,4)	0 (0-0)	2,5 (0,8-7,5)	/*	6,3 (2,7-3,7)	1,3 (0,2-9,2)	8,4 (3,6-18,5)	/*
Intentos suicidas	-	-	-	-	6,9 (1,5-26,8)	0 (0-0)	7,1 (1,5-27,3)	/*
Problemas con los padres								
Planes suicidas	46 (38,3-54,0)	42,3 (29,2-56,6)	47,6 (38,5-56,9)	F = 0,396; p = 0,531	60,2 (48,9-70,4)	58,6 (44,3-71,6)	60,9 (46,9-73,3)	F = 0,063; p = 0,802
Intentos suicidas	72,9 (50,3-87,7)	86,3 (38,4-98,4)	70,4 (45,5-87,1)	F = 0,622; p = 0,432	83,2 (58,0-94,7)	100,0 (100,0-100,0)	82,8 (57,2 -94,6)	/*
Problemas con otros parientes								
Planes suicidas	13,2 (9,3-18,5)	10 (4,4-21,0)	14,6 (9,6-21,4)	F = 0,688; p = 0,408	10,8 (6,2-18,1)	6,3 (2,5-15,1)	12,8 (6,6-23,5)	F = 1,550; p = 0,215
Intentos suicidas	17 (6,7-36,7)	46,9 (9,8-87,9)	11,5 (3,7-30,4)	F = 2,986; p = 0,087	6,4 (2,0-18,9)	0 (0-0)	6,5 (2,0-19,4)	/*
Problemas con la pareja o enamorada(o)								
Planes suicidas	2,3 (0,9-5,6)	1,2 (0,2-7,7)	2,7 (1,0-7,4)	/*	2,6 (0,8-8,3)	1,6 (0,2-10,2)	3,0 (0,7-11,6)	/*
Intentos suicidas	6 (1,5-21,6)	0 (0-0)	7,1 (1,7-25,1)	/*	-	-	-	-
Problemas con amigos(as)								
Planes suicidas	2,9 (1,2-6,8)	0,6 (0,1-4,4)	3,9 (1,6-9,2)	/*	6,6 (3,5-12,0)	2,8 (0,6-11,9)	8,3 (4,2-15,7)	F = 1,887; p = 0,172
Intentos suicidas	-	-	-	-	6,5 (1,5-24,2)	0 (0-0)	6,7 (1,5-24,7)	/*
Problemas con el trabajo								
Deseos de morir, pensamientos, planes suicidas	1,6 (0,4-6,3)	2,9 (0,4-18,3)	1,1 (0,1-7,5)	/*	0,4 (0,1-2,9)	1,3 (0,2-9,2)	0 (0-0)	/*
Intentos suicidas	6,4 (3,6-100,0)	0 (0-0)	7,6 (40,1-100,0)	/*	-	-	-	-
Problemas con los estudios								
Planes suicidas	21,2 (15,8-28)	13,2 (6,1-26,3)	24,5 (17,9-32,6)	F = 2,661; p = 0,106	12,8 (6,1-24,9)	6,4 (2,2-16,8)	15,7 (6,8-32,1)	F = 2,100; p = 0,150
Intentos suicidas	6,7 (2,1-19,5)	0 (0-0)	7,9 (2,4-22,8)	/*	11,0 (3,2-31,4)	0 (0-0)	11,2 (3,3-32,1)	
Problemas económicos								
Planes suicidas	10,5 (6,8-16)	13,4 (5,7-28,3)	9,4 (5,6-15,3)	F = 0,509; p = 0,477	7,6 (4,2-13,3)	2,6 (0,6-10,3)	9,8 (5,2-17,7)	F = 3,441; p = 0,066
Intentos suicidas	-	-	-	-	7,5 (1,8-26,7)	0 (0-0)	7,7 (1,8-27,3)	/*
Problemas con la salud física								
Planes suicidas	3,5 (1,8-6,8)	4,2 (1,2-13,4)	3,2 (1,4-7,1)	F = 0,133; p = 0,716	6,0 (2,9-11,9)	14,0 (5,9-30,4)	2,4 (0,7-7,5)	F = 7,374; p = 0,007
Intentos suicidas	-	-	-	-	-	-	-	-

/* No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico.

Tabla 2. (Continuación).

Motivos	2003			Estadísticos	2017			Estadísticos
	Total % (IC 95 %)	Masculino % (IC 95 %)	Femenino % (IC 95 %)		Total % (IC 95 %)	Masculino % (IC 95 %)	Femenino % (IC 95 %)	
Problemas de salud de un familiar								
Planes suicidas	4 (1,8-8,5)	0 (0-0)	5,6 (2,6-11,8)	/*	2,5 (0,9-6,4)	2,1 (0,3-14,1)	2,7 (0,9-7,8)	/*
Intentos suicidas	-	-	-	-	-	-	-	-
Separación de familiar								
Planes suicidas	5,4 (2,9-10,0)	4,1 (1,5-10,5)	6 (2,8-12,6)	F = 0,379; p = 0,539	5,4 (2,6-10,7)	3,5 (0,8-13,7)	6,2 (2,7-13,6)	F = 0,497; p = 0,482
Intentos suicidas	4,4 (0,6-26,1)	0 (0-0)	5,2 (0,7-29,9)	/*	7,3 (1,8-25,4)	0 (0-0)	7,4 (1,8-25,9)	/*
Separación de pareja o enamorada(o)								
Planes suicidas	0,9 (0,1-6,0)	0 (0-0)	1,2 (0,2-8,3)	/*	0,4 (0,0-2,5)	0 (0-0)	0,5 (0,1-3,6)	/*
Intentos suicidas	-	-	-	-	-	-	-	-
Muerte de un hijo								
Planes suicidas	-	-	-	-	0,4 (0,1-2,8)	0 (0-0)	0,6 (0,1-4,1)	/*
Intentos suicidas	-	-	-	-	-	-	-	-
Muerte de alguno de los padres								
Planes suicidas	2,8 (1,3-6,0)	3,3 (1,1-9,6)	2,5 (0,8-7,3)	F = 0,128; p = 0,721	1,7 (0,2-11,3)	0 (0-0)	2,5 (0,3-15,6)	F = 0,473; p = 0,493
Intentos suicidas	-	-	-	-	9,7 (1,5-44,0)	0 (0-0)	10,0 (1,5-44,6)	/*
Problemas con experiencia traumática								
Planes suicidas	1,3 (0,3-5,1)	0 (0-0)	1,8 (0,5-7,1)	/*	3,1 (1,1-8,4)	0 (0-0)	4,4 (1,6-11,8)	/*
Intentos suicidas	7,5 (1,0-38,6)	0 (0-0)	8,9 (1,2-43,4)	/*	5,0 (0,7-28,1)	0 (0-0)	5,2 (0,7-28,6)	/*
Otro motivo								
Planes suicidas	17,3 (11,9-24,5)	23,4 (13,6-37,3)	14,8 (9,0-23,4)	F = 1,748; p = 0,189	7,7 (4,0-14,1)	4,6 (1,4-14)	9,0 (4,3-17,8)	F = 0,961; p = 0,329
Intentos suicidas	14,4 (4,5-37,9)	33,1 (4,6-83,6)	11 (2,5-37,2)	/*	5,5 (1,4-19,4)	0 (0-0)	5,6 (1,4-19,8)	/*

/* No hay suficientes observaciones para estimar el estadístico.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran una disminución significativa en la prevalencia de deseos de morir en la población adolescente de Ayacucho respecto a 2003 y 2017, tanto a lo largo de la vida como en el último año y mes. Sin embargo, se observa un aumento en la prevalencia de vida de ideación suicida, mientras que la ideación suicida en el último año y mes no presentó diferencias estadísticamente significativas. Además, la prevalencia de vida del planeamiento suicida mostró un incremento significativo, lo que sugiere un cambio en la estructuración de pensamientos suicidas en los adolescentes de la región.

Este patrón podría estar relacionado con una mayor interiorización de pensamientos suicidas en ciertos grupos, lo que implica que, aunque el deseo de morir se expresa con menor frecuencia, algunos adolescentes desarrollarían un proceso más reflexivo y detallado sobre la ideación y planificación de su muerte. Por otro lado, si bien el deseo de morir puede prosperar a una ideación y planeamiento suicida, no se da necesariamente en todos los casos.

En contraste, los intentos suicidas no presentaron diferencias significativas entre ambos períodos, lo que indica que, si bien algunos indicadores de la conducta suicida han cambiado, el comportamiento autolesivo extremo no ha variado de manera significativa. Este hallazgo podría explicarse por la posibilidad de que los adolescentes, a pesar de un incremento en la planificación suicida, aún no lleguen a la ejecución del acto.

Los resultados del estudio sobre la conducta suicida en adolescentes de Ayacucho en 2003 y 2017 pueden contextualizarse al compararlos con otros estudios epidemiológicos realizados por el INSM «HD-HN» en diversas regiones del Perú.

La comparación entre el estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao realizado en 2002 (17) y su réplica en 2012 (18) mostró que no hubo diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de conducta suicida en adolescentes. En 2002, la prevalencia de vida de deseos de morir fue de 29,1 %, y en 2012 fue de 23,4 % ($F = 2,31$; $p = 0,128$). La prevalencia de vida de ideación suicida en 2012 fue de 8,9 %, sin datos comparables en 2002. En cuanto al planeamiento suicida, se reportó un 4,6 % en 2012, sin datos comparables en 2002. La prevalencia de vida de intento suicida fue de 3,6 % en 2002 y 3,0 % en 2012 ($F = 0,89$; $p = 0,349$). Estos hallazgos sugieren

que las tasas de conducta suicida en adolescentes se mantuvieron estables en Lima Metropolitana y Callao entre 2002 y 2012.

Resultados parecidos fueron encontrados en el estudio realizado por Vargas-Murga et al. (19), quienes compararon la prevalencia de conductas suicidas en adolescentes en la ciudad de Abancay, utilizando la base de datos de los estudios epidemiológicos realizados en esa ciudad en los años 2010 y 2016. En 2010, la prevalencia de vida de deseos de morir fue de 27,4 %, y en 2016 fue de 27,0 % ($F = 0,025$; $p = 0,874$); la prevalencia en el último año disminuyó de 13,9 %, en 2010, a 10,5 %, en 2016 ($F = 2,101$; $p = 0,149$); y en el último mes disminuyó de 4,9 %, en 2010, a 1,9 %, en 2016 ($F = 8,378$; $p = 0,004$), siendo esta última diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a la ideación suicida, la prevalencia de vida aumentó de 10,8 %, en 2010, a 12,0 %, en 2016 ($F = 0,363$; $p = 0,548$); en el último año disminuyó de 6,1 %, en 2010, a 5,2 %, en 2016 ($F = 0,349$; $p = 0,556$); y en el último mes disminuyó de 2,0 %, en 2010, a 1,3 %, en 2016 ($F = 1,045$; $p = 0,308$), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

En lo referente a planeamiento suicida, la prevalencia de vida aumentó de 4,3 %, en 2010, a 5,9 %, en 2016 ($F = 1,274$; $p = 0,261$); en el último año aumentó de 1,9 %, en 2010, a 2,7 %, en 2016 ($F = 0,773$; $p = 0,380$); y en el último mes aumentó de 0,6 %, en 2010, a 1,0 %, en 2016 ($F = 0,053$; $p = 0,458$), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al intento suicida, la prevalencia de vida aumentó de 1,1 %, en 2010, a 3,8 %, en 2016 ($F = 9,968$; $p = 0,002$), siendo la diferencia estadísticamente significativa. La prevalencia en el último año aumentó de 0,6 %, en 2010, a 1,0 %, en 2016 ($F = 0,827$; $p = 0,364$), no encontrándose diferencia estadísticamente significativa; y en el último mes se mantuvo igual en 0,2 % en 2010 y 2016 ($F = 0,001$; $p = 0,098$) (19).

De acuerdo con lo encontrado, los adolescentes de la ciudad de Ayacucho presentan una evolución más favorable en cuanto a los deseos de morir, y menos favorable en cuanto a la ideación y planeamiento suicida en comparación con los adolescentes de Lima y Abancay. Hay que tomar en cuenta, sin embargo, que en 2002 no se evaluó en Lima la ideación y el planeamiento suicida, lo que no permitió observar su evolución. Por otro lado, en Abancay, la prevalencia de vida de intento suicida aumentó, a diferencia de Ayacucho, donde la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Una posible explicación de las variaciones encontradas podría ser que, en la ciudad de Abancay, el INSM «HD-HN», entre los años 2010 al 2014, desarrolló un proyecto de intervención para el mejoramiento de la oferta en la atención, involucrando la detección y el abordaje temprano de los trastornos mentales y problemas psicosociales (20). Esta intervención podría haber influido en que no se presentaran aumentos significativos en las prevalencias de ideación y planeamiento suicida en los adolescentes de esta ciudad. En Ayacucho, la violencia ha sido un aspecto que ha impactado en la población y podría influir negativamente en la conducta suicida de los adolescentes. Sin embargo, la prevalencia de vida de intento suicida aumentó significativamente en Abancay y no en Ayacucho.

Hay que considerar que los estudios mencionados se han realizados en años diferentes y que el tiempo de diferencia entre estudio y estudio (es decir, la replicación) ha sido desigual para cada ciudad (10 años para Lima, 6 años para Abancay, y 14 años para Ayacucho). Por tanto, el sesgo del tiempo no deja de ser importante.

Si bien se han realizado estudios epidemiológicos en otras ciudades de la costa (Tumbes, Piura, Trujillo, Chimbote, Ica, Arequipa, Tacna y Moquegua), sierra (Cajamarca, Huaraz, Apurímac, Cerro de Pasco, Cusco, Huancayo, Huánuco, Moquegua y Puno) y selva (Tarapoto, Pucallpa, Puerto Maldonado y Bagua), no se han realizado las réplicas de estos estudios, salvo en Arequipa, pero aún no se publica ningún estudio comparativo. Por ello, no es posible observar la evolución de la conducta suicida en adolescentes de estas ciudades.

No hemos encontrado estudios epidemiológicos en otros países que comparen la conducta suicida en adolescentes en un año específico con otro posterior. Lo que sí hemos encontrado en estudios internacionales son diversos factores relacionados con la conducta suicida en adolescentes.

Casas-Muñoz et al. (21), luego de encuestar a 6766 adolescentes mexicanos entre 11 y 19 años ($16,38 \pm 1,33$), encontraron como factores predictivos ($\chi^2(8) = 387,13$; $p < 0,001$) de la conducta suicida: problemas afectivos/depresión, problemas conductuales, problemas somáticos, problemas oposicionistas desafiantes y problemas de ansiedad. Por lo tanto, intervenciones específicas para abordar problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad podrían contribuir a disminuir la conducta suicida.

Sánchez-Parada et al. (22), en una revisión sistemática destinada a identificar los factores que influyen en la conducta suicida en estudiantes adolescentes, también resaltaron la necesidad de implementar mecanismos y estrategias que reduzcan la conducta suicida mediante servicios de atención psicosocial. Para ello, proponen el uso del entorno virtual, como las redes sociales, donde emerja el desarrollo de la inteligencia emocional. También se ha identificado que factores como la funcionalidad familiar, el uso de sustancias y el consumo de medios de comunicación influyen en la conducta suicida de los adolescentes (23, 24).

La ideación suicida sigue siendo una preocupación, especialmente en contextos de acoso escolar y ciberacoso, que son factores de riesgo bien documentados (23). En la revisión sistemática realizada por Sánchez-Parada et al. (22), que incluyó 29 008 estudiantes, se encontraron las siguientes variables relacionadas con la ideación suicida: tener bajo nivel de inteligencia emocional, de autoestima y/o de asertividad; presencia de baja adaptabilidad social; incremento de estados depresivos y ansiosos; consumo de sustancias psicoactivas (SPA); vivencia de situaciones de *bullying* o *ciberbullying*; apoyo social débil; ser víctima de abuso sexual; así como tener estructuras familiares rígidas y autoritarias.

En cuanto a las diferencias por sexo en la conducta suicida, se observó en la población adolescente de Ayacucho una tendencia tanto en 2003 como 2017, en la que las adolescentes mujeres presentaron una mayor prevalencia en la mayoría de los tipos de conducta suicida en comparación con los varones. Por otro lado, se encontró una reducción significativa de los deseos de morir en mujeres en el último año y mes, mientras que en varones esta disminución no alcanzó significancia estadística. Igualmente, en las adolescentes se registró un aumento alarmante en la prevalencia de vida de planeamiento suicida (de 3,5 % a 6,8 %), lo que indica una mayor estructuración de los pensamientos suicidas en este grupo.

En cuanto a lo encontrado en otros estudios nacionales, el estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao realizado en 2002 (17) y su réplica en 2012 (18), se evidenciaron variaciones al comparar las diferencias por sexo en la conducta suicida en adolescentes (específicamente deseos de morir e intento suicida, ya que la ideación y el planeamiento suicida no fueron medidas el 2002). En mujeres, la prevalencia de deseos de morir alguna vez en la vida disminuyó de 32,8 %, en 2002, a 26,0 %, en 2012; sin embargo, esta reducción no fue

estadísticamente significativa ($F = 2,45$; $p = 0,118$). En 2012, para el último año, la prevalencia fue de 14,2 %; y para el último mes fue de 8,6 %. No se dispone de datos para estos períodos en 2002.

En cuanto a los intentos suicidas alguna vez en la vida, la prevalencia en mujeres se mantuvo constante en 3,2 %, tanto en 2002 como en 2012, sin diferencias estadísticamente significativas ($F = 1,75$; $p = 0,186$). En 2012, para el último año, la prevalencia fue de 1,4 %; y para el último mes fue de 0,5%. Nuevamente, no se cuenta con datos para estos períodos en 2002 (17, 18).

Asimismo, en varones, la prevalencia de deseos de morir alguna vez en la vida disminuyó de 25,3 %, en 2002, a 20,8 %, en 2012; esta reducción tampoco alcanzó significancia estadística ($F = 2,31$; $p = 0,128$). En 2012, para el último año, la prevalencia fue de 10,8 %; y para el último mes fue de 5,9 %. No se dispone de datos para estos períodos en 2002 (17, 18).

Por otro lado, la prevalencia de intentos suicidas en varones se mantuvo en 2,1 % en ambos años, sin diferencias estadísticamente significativas ($F = 0,89$; $p = 0,349$). En 2012, para el último año, la prevalencia fue de 0,9 %; y para el último mes fue de 0,4 %. No se cuenta con datos para estos períodos en 2002 (17, 18).

Estos resultados indican que, aunque hubo una tendencia a la disminución en los deseos de morir en ambos sexos, las diferencias no fueron estadísticamente significativas y la prevalencia de intentos suicidas se mantuvo estable en el período analizado. Es importante señalar que la falta de datos para los períodos del último año y mes en 2002 limita la comparación temporal en estos aspectos (17, 18).

En el estudio realizado por Vargas-Murga et al. (19), quienes compararon la prevalencia de conductas suicidas en adolescentes en la ciudad de Abancay, utilizando la base de datos de los estudios epidemiológicos realizados en esa ciudad en los años 2010 y 2016, también se encontraron resultados por sexo. En mujeres, la prevalencia de deseos de morir en el último mes disminuyó significativamente de 8,7 %, en 2010, a 3,3 %, en 2016 ($F = 7,516$; $p = 0,007$). La ideación suicida en mujeres mostró un aumento en la prevalencia de vida, pasando de 5,6 %, en 2010, a 8,9 %, en 2016, sin alcanzar significancia estadística ($F = 2,178$; $p = 0,141$), mientras que la prevalencia en el último año disminuyó de 3,2 % a 2,4 % en el mismo período, sin diferencias significativas ($F = 0,728$; $p = 0,394$).

El planeamiento suicida en mujeres aumentó en la prevalencia de vida de 1,7 %, en 2010, a 3,5 %, en

2016, sin alcanzar significancia estadística ($F = 3,014$; $p = 0,083$); y la prevalencia en el último año pasó de 0,9 % a 1,1 %, sin diferencia estadística ($F = 0,176$; $p = 0,675$) (19).

Por otro lado, la prevalencia de vida de intento suicida en mujeres aumentó de 1,9 %, en 2010, a 4,8 %, en 2016, con una diferencia estadísticamente significativa ($F = 4,422$; $p = 0,037$). En el último año, pasó de 0,9 %, en 2010, a 1,3 %, en 2016, sin alcanzar significancia estadística ($F = 0,318$; $p = 0,574$); y en el último mes fue baja en ambos años, manteniéndose en 0,4 % sin diferencias significativas ($F = 0,003$; $p = 0,956$) (19).

En varones, la prevalencia de deseos de morir en el último mes se redujo de 1,3 %, en 2010, a 0,4 %, en 2016, sin alcanzar significancia estadística ($F = 2,453$; $p = 0,119$). La ideación suicida en varones mostró un leve incremento en la prevalencia de vida, pasando de 3,0 %, en 2010, a 4,2 %, en 2016, sin diferencia significativa ($F = 0,857$; $p = 0,356$), mientras que la prevalencia en el último año disminuyó de 2,0 % a 1,7 %, sin significancia estadística ($F = 0,241$; $p = 0,624$) (19).

El planeamiento suicida en varones presentó un aumento en la prevalencia de vida de 0,8 %, en 2010, a 2,1 %, en 2016, sin alcanzar significancia estadística ($F = 2,479$; $p = 0,119$); y en el último año pasó de 0,4 % a 0,9 %, sin diferencias significativas ($F = 0,701$; $p = 0,403$) (19).

La prevalencia de vida de intento suicida en varones aumentó significativamente de 0,4 %, en 2010, a 2,8 %, en 2016 ($F = 7,479$; $p = 0,007$). En cuanto a dicha prevalencia en el último año, esta pasó de 0,2 %, en 2010, a 0,5 %, en 2016, sin significancia estadística ($F = 0,605$; $p = 0,438$); y en el último mes fue nula en ambos años (19).

Estos resultados reflejan una disminución significativa en la prevalencia de deseos de morir en mujeres y un aumento significativo en los intentos suicidas en ambos sexos. Asimismo, se observa un leve incremento en la ideación y el planeamiento suicida en varones, aunque sin alcanzar significancia estadística. Esto sugiere un cambio en la estructuración de la conducta suicida en la población adolescente de Abancay entre 2010 y 2016 (19).

Al comparar los estudios epidemiológicos en adolescentes de Ayacucho (2003-2017) y Abancay (2010-2016), se observan similitudes y diferencias en la evolución de la prevalencia de la conducta suicida entre varones y mujeres. En ambas ciudades, las mujeres presentaron sistemáticamente mayores

prevalencias en deseos de morir, ideación suicida, planeamiento suicida e intento suicida en comparación con los varones. Sin embargo, en Ayacucho se registró una disminución significativa en la prevalencia de deseos de morir en mujeres, mientras que en Abancay también se evidenció una reducción, pero con una diferencia más marcada en el último mes. En los varones, los deseos de morir disminuyeron en ambas ciudades, sin alcanzar significancia estadística.

En cuanto a la ideación suicida, en Ayacucho se observó un incremento en la prevalencia de vida en mujeres, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, mientras que en Abancay también aumentó pero de manera más leve. En los varones, la ideación suicida se mantuvo sin cambios significativos en ambas ciudades. Respecto al planeamiento suicida, en Ayacucho aumentó en mujeres de manera significativa, mientras que en Abancay también se incrementó, pero sin alcanzar significancia estadística. En los varones, el planeamiento suicida mostró un leve aumento en ambas ciudades, sin diferencias significativas.

En cuanto a los intentos suicidas, en Ayacucho la prevalencia de vida se mantuvo estable en mujeres y disminuyó en varones, mientras que en Abancay se observó un aumento significativo en ambos sexos, con un incremento mayor en varones. Además, en Abancay se evidenció un aumento en la prevalencia de vida de intento suicida en mujeres, a diferencia de Ayacucho, donde no se registraron cambios significativos. Estos hallazgos sugieren que, mientras que en Ayacucho hubo una tendencia general a la reducción de la conducta suicida en la mayoría de los indicadores, en Abancay se evidenció una disminución en los deseos de morir, pero, a su vez, un incremento en los intentos suicidas, lo que refleja posibles diferencias en los factores asociados a la evolución de la conducta suicida en cada ciudad.

El gran aumento de la prevalencia de planeamiento suicida reportado en las adolescentes de Ayacucho entre 2003 y 2017 refleja una tendencia internacional, donde las mujeres reportan mayores prevalencias de planeamiento suicida, posiblemente debido a factores socioculturales y de género (24). En el Perú, las diferencias de género en actitudes hacia la igualdad también pueden influir en estas tendencias (25).

Los datos obtenidos en Ayacucho indican que las mujeres presentan prevalencias más altas en casi todos los indicadores comparados con los hombres, lo cual es consistente con estudios que muestran que las mujeres tienden a reportar más ideación y planeamiento

suicida, aunque los hombres tienen prevalencias más altas de suicidio consumado (24). Este fenómeno puede estar relacionado con diferencias en la expresión emocional y acceso a redes de apoyo.

Si bien la reducción de ciertas conductas suicidas en Ayacucho es alentadora, el aumento de la ideación y la planificación suicidas, especialmente entre las mujeres, subraya la necesidad de intervenciones específicas. En general, los resultados obtenidos en la población adolescente de Ayacucho muestran mejoras en ciertos aspectos de la conducta suicida, como la disminución de deseos de morir; sin embargo, el aumento en el planeamiento suicida, especialmente entre las mujeres, es preocupante y requiere atención continua.

Al analizar los resultados de los motivos de planes e intentos suicidas en adolescentes de Ayacucho entre 2003 y 2017, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en la mayoría de los motivos, excepto en problemas de salud física en 2017. En este caso, los adolescentes varones mostraron una prevalencia significativamente mayor de planes suicidas (14,0 %) en comparación con las adolescentes mujeres (2,4 %), con un valor de significancia estadística ($F = 7,374$; $p = 0,007$), aunque los intervalos de confianza de los valores se superponen.

En el contexto peruano, los estudios sobre salud mental y suicidio en adolescentes son limitados; sin embargo, se ha identificado que factores como la disfunción familiar y problemas económicos son comunes en esta población. Un estudio en Perú resalta la importancia de la promoción de la salud mental y la intervención temprana en adolescentes para prevenir conductas autodestructivas (26).

A nivel internacional, los estudios no muestran diferencia entre géneros en cuanto a los motivos de la conducta suicida. Por ejemplo, un estudio en Colombia encontró que las mujeres tienen un mayor riesgo de intento de suicidio ($OR = 3,69$; $IC\ 95\ \%: 3,83-3,88$), pero no se especificaron diferencias en los motivos relacionados con la conducta suicida (27). En Chile, se ha reportado que los hombres tienen un mayor riesgo de suicidio que las mujeres ($RR = 3,5$), pero no se especifican diferencias en los motivos relacionados con la conducta suicida (28).

En términos generales, los hallazgos encontrados en los adolescentes de Ayacucho subrayan la importancia de abordar la conducta suicida en adolescentes con un enfoque diferenciado por sexo, ya que las

mujeres presentan mayores prevalencias de ideación, planeamiento e intento suicida, mientras que en los varones se observa una tendencia a la reducción en varios indicadores.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio encontramos las siguientes:

1. Tener una muestra limitada, dado que se centró únicamente en adolescentes de la ciudad de Ayacucho. Esto no permite la generalización de los resultados a otras regiones del país.
2. La muestra utilizada fue evaluada para diversos problemas de salud mental y no fue específica para la conducta suicida.
3. El diseño del estudio no incluyó un seguimiento longitudinal que permitiera observar el desarrollo o cambio de la conducta suicida a nivel individual.
4. Un sesgo potencial de información puede afectar la fiabilidad de los resultados, dado que algunos adolescentes tal vez no informaron con precisión sobre sus emociones o comportamientos.
5. No se controlaron ciertos factores externos, como los cambios socioeconómicos o las políticas de salud mental implementadas entre 2003 y 2017, los cuales podrían haber influido en los resultados del estudio.

CONCLUSIONES

- Se observó una disminución significativa en los deseos de morir entre los adolescentes de Ayacucho en los años 2003 y 2017, lo que podría reflejar, entre otros factores, los avances en la concienciación sobre la salud mental y el acceso a intervenciones.
- El aumento en las prevalencias de la ideación y el planeamiento suicida, especialmente en las adolescentes mujeres, indicaría una mayor vulnerabilidad en este grupo y la necesidad de intervenciones focalizadas.
- A pesar de la reducción en los intentos de suicidio, se mantuvieron diferencias de sexo significativas, con prevalencias más altas de la ideación y el planeamiento suicida en mujeres.

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

Financiamiento: Financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi».

Aprobación de ética: Este estudio contó con la exoneración del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», debido a que se trataba de un análisis de fuentes secundarias.

Contribución de autoría:

HVM, YLS, KVS: conceptualización, investigación, metodología, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

Agradecimientos: Al Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» por autorizar el uso de la base de datos de los estudios epidemiológicos en salud mental realizados en la ciudad de Ayacucho.

REFERENCIAS

1. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2006; 47(3-4): 372-394. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
2. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* [Internet]. 2005; 133C(1): 13-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30042>
3. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2003; 4(10): 819-828. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrn1220>
4. World Health Organization. Suicide prevention [Internet]. WHO; 2023, 23 de marzo. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
5. 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): 19-28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>
6. Soto M, Torres BS, Vilcapoma L. Factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas - Apurímac- 2022 [tesis de segunda especialidad en Internet]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/8487>
7. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* [Internet]. 2012; 379(9834): 2373-2382. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60322-5)

8. Cañón SC, Carmona JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2018; 20(80): 387-395. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en la Sierra Peruana 2003. Informe general. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2023; 19(1-2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/3>
11. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico en salud mental en Ayacucho 2003. Informe general. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2004; 20(1-2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/6>
12. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017. Informe general. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2020; 36(1-2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/19>
13. Kessler RC, Merikangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res* [Internet]. 2004; 13(2): 60-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/mpr.166>
14. Stillwell F, Jordan K. Economic Inequality and (Un)happiness. *Soc Altern*. 2007; 26(4): 16-21.
15. 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. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2009; 25(supl. 1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/31>
16. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de la Sierra Rural 2008 y del Trapecio Andino 2010. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2023; 39(2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/488>
17. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2002; 18(1-2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/1>
18. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012. Informe general. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2013; 29(supl. 1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/7>
19. Vargas-Murga H, Luna-Solis Y, Vargas-Suárez K. Conducta suicida en la población adolescente de la ciudad de Abancay 2010-2016: estudio comparativo. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2024; 87(4): 346-353. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v87i4.5586>
20. Resolución Ministerial n.º 937-2010-MINSA [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2010, 24 de noviembre. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/244573-937-2010-minsa>
21. Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, Rodríguez-Caballero A, Loredó-Abdalá A, Prado-Solé E, Álvarez MG. Asociación entre conducta suicida y síntomas de otros problemas de salud mental en adolescentes mexicanos. *Gac Méd Méx* [Internet]. 2024; 160: 36-42. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/GMM.23000294>
22. Sánchez-Parada L, Grajeda-Gonzalez B, Arcos-Urbe RA, Vargas-Guzman DK, Velazquez-Corona SS, Rodríguez-Bañuelos MA. Factors associated with suicidal ideation in adolescents of a Primary Care Unit in Tijuana. *J Fam Med* [Internet]. 2020; 7(2): 1197. Disponible en: <https://www.austinpublishinggroup.com/family-medicine/fulltext/jfm-v7-id1197.pdf>
23. Ortega J. Prevención del acoso en adolescentes a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación: programa prev@cib [tesis de doctorado en Internet]. Valencia: Universitat de Valencia; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10550/79858>
24. Ribeiro JF, Mascarenhas TB, Araújo AC, Coelho DM, Branca SB, Coelho DM. Perfil sociodemográfico de mortalidade por suicidio. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2018; 12(1): 44-50. Disponible en: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a25087p44-50-2018>

25. Huamani-Cahua JC, Serruto-Castillo A, Rivera-Flores VA, Aguilar-Del Carpio CI. Actitud hacia la igualdad de género: un estudio comparativo de adolescentes de la ciudad de Arequipa, Perú. Univ Cienc Tecn [Internet]. 2020; 24(99): 17-23. Disponible en: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/291>
26. Saavedra G, Victoria FL. Perspectiva de enfermería sobre la promoción de la salud mental de adolescentes. Rev Cienc Tecnol [Internet]. 2013; 9(2): 49-63. Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/pgm/article/view/270>
27. Quemba MP, Herrera JC, Mendoza A, Mendoza B. Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en niños y adolescentes, Colombia 2016-2020. Pediatría [Internet]. 2022; 55(1): 3-10. <https://web.archive.org/web/20241210165724/https://revistapediatria.org/rp/article/view/355>
28. Araneda N, Sanhueza P, Pacheco G, Sanhueza A. Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2021; 45: e4. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>