

Artículo original

Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019



Víctor Roman-Lazarte^{a,b}, Enrique Moncada-Mapelli^{b,c} y Jeff Huarcaya-Victoria^{d,e,*}

^a Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco, Perú

^b COLÓNIDA, Grupo de Investigación de Pregrado, Perú

^c Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina Humana, Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú

^d Centro de Investigación en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú

^e Unidad de Psiquiatría de Enlace, Servicio de Psiquiatría de Adultos, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Departamento de Psiquiatría, Seguro Social de Salud EsSalud, Lima, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de enero de 2021

Aceptado el 23 de marzo de 2021

On-line el 29 de mayo de 2021

Palabras clave:

Suicidio

Perú

Edad

Sexo

Mortalidad

R E S U M E N

Introducción: Cada año, los casos de suicidio vienen en notable aumento en todo el mundo por diversos factores de riesgo. El objetivo de este estudio es conocer las tasas de mortalidad por suicidios y su distribución entre los años 2017 y 2019.

Métodos: Se analizaron los registros nacionales del Sistema Nacional de defunciones del Ministerio de Salud del Perú. Se calcularon las tasas regionales de mortalidad por suicidios ajustadas por edad y sexo mediante la estandarización recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

Resultados: Se identificaron 1.666 casos de suicidio (el 69,3% varones); el grupo etario con mayor frecuencia fue el de 20 a 29 años (27,8%); la media de edad al suicidio fue mayor en los varones ($37,49 \pm 18,96$ frente a $27,86 \pm 15,42$; $p < 0,001$). El ahorcamiento fue el método de suicidio más prevalente entre los varones (58,87%) y las mujeres (48,14%). En el caso de los varones, los demás métodos fueron envenenamiento (22,6%) y armas de fuego (4,59%); en el de las mujeres, envenenamiento (38,75%) y uso de armas de fuego (0,59%). La tasa de suicidio aumento de 2017 (1,44 muertes/100.000 hab.) a 2019 (1,95). Las mayores tasas se identificaron en los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna.

Conclusiones: En los últimos años ha habido un aumento en el número de casos de suicidio y en las tasas por departamento; el mayor número de casos reportados se da en los varones, que tienden a utilizar métodos de suicidio más violentos. Se requiere conocer los factores de riesgo en las poblaciones vulnerables identificadas en este estudio.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jhuarcayav@usmp.pe (J. Huarcaya-Victoria).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.005>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Evolution and Differences of Suicide Rates in Peru by Gender and Department, 2017-2019

A B S T R A C T

Keywords:

Suicide
Peru
Age
Gender
Mortality

Introduction: Annual suicide rates are increasingly notably worldwide due to various accompanying risk factors. The objective of this study is to know the suicide mortality rates and their distribution between the years 2017 and 2019.

Methods: The national death registries of the Ministry of Health of Peru were analysed, calculating the regional death rates from suicides adjusted for age and gender using the standardisation recommended by the World Health Organization.

Results: A total of 1,666 cases of suicide were identified (69.3% males); the age group with the highest frequency was that of 20 to 29 years (27.8%); the mean age at suicide was higher in males (37.49 ± 18.96 vs. 27.86 ± 15.42 ; $p < 0.001$). Hanging was the most common suicide method among both males (58.87%) and females (48.14%). For males, hanging was followed by poisoning (22.6%) and firearms (4.59%); for females, by poisoning (38.75%) and firearms (0.59%). The suicide rate increased from 2017 (1.44/100,000 inhabitants) to 2019 (1.95). The highest rates were identified in the departments of Arequipa, Moquegua and Tacna.

Conclusions: In recent years, there has been an increase in the number of suicide cases and the rates by department, with the highest number of cases reported in males. Males tend to use more violent suicide methods. The risk factors in the vulnerable populations that were identified in this study need to be known.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El suicidio se considera un problema de salud pública. La conducta suicida, en su definición, comprende desde la ideación suicida hasta el intento suicida o el suicidio consumado. En el mundo, más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año, y en Estados Unidos cerca de 45.000; sin embargo, es posible que estos datos subestimen el problema, no solo por el estigma social asociado y en algunos casos hasta su ilegalidad, sino por omisiones al determinar la causa de muerte¹. En los últimos años las tasas de suicidio han variado según la región y el país que reporte los datos. En 2016 se obtuvo una carga de aproximadamente 817.000 muertes por suicidio en el mundo, lo cual corresponde al 1,49% del total de muertes, y se registró un aumento de 1990 a 2016 del 6,7% en las muertes por suicidio². En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que los casos de suicidio crecerían un 50% y alcanzarían 1,5 millones de muertes anuales; esto quiere decir que aproximadamente cada 40 s se suicida una persona³. También se ha podido determinar un incremento en la tasa de suicidio entre los jóvenes, hasta el punto de que representan el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo⁴.

La tasa aproximada de muertes por suicidio se estima en 10,5/100.000 hab., aunque existe una diferencia si se separan las tasas por sexo (16,3 varones y 4,6 mujeres cada 100.000 hab.)⁵. Esta diferencia también se acentúa según la edad de la víctima, y se registra un mayor número de fallecimientos de adolescentes y adultos jóvenes⁶.

Existen múltiples factores de riesgo de suicidio; la enfermedad mental y el abuso de sustancias son los principales factores; no obstante, los problemas económicos y de pareja,

las crisis recientes o los problemas médicos se catalogan como potenciales factores asociados con el contexto personal⁷. Existen grupos especiales que requieren una mayor atención, pues reportan una mayor tasa de suicidio en comparación con la población general, como policías, bomberos, reos, hospitalizados y personas sin hogar⁸.

La salud mental en Perú sigue siendo un problema de salud pública; debido a esto se observan altas tasas en enfermedades mentales. Se estima que en Perú aproximadamente un 25% de la población sufre de depresión, y el 15% de esta se considera grupo en riesgo de suicidio⁹. Las tasas de suicidio que reporta el estudio de Hernández-Vásquez et al.¹⁰ tuvieron un aumento significativo, aunque existen variaciones entre los años en que se hizo el estudio; la tasa de suicidios ajustada de 2004 fue de 0,46/100.000 hab., mientras que en 2013 aumentó a 1,13. Las tendencias de suicidio y depresión pueden tener un crecimiento en los años posteriores, lo cual refleja la necesidad de estudiar en profundidad ambas entidades.

El objetivo del presente estudio de investigación es dar a conocer las características y la distribución de los casos de suicidio en Perú de 2017 a 2019 por sexo y por departamento.

Métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a partir del análisis secundario del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) brindado por el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS). El REUNIS es un sistema de información que permite explorar datos de

diversos sectores (sociales, económicos, de salud, etc.) de Perú, en el cual se encuentra anexado SINADEF, que viene a ser el programa informático que permite ingresar datos de fallecidos y generar certificados de defunción e informes estadísticos, incluidas las defunciones fetales y de personas no identificadas.

Participantes y variables

La base de datos proporciona un apartado de los casos de muerte violenta ocurridos desde 2017, para lo cual se filtraron e identificaron los casos de suicidio de 3 años (2017, 2018 y 2019). Las variables que se extrajeron fueron: edad, sexo, nivel de instrucción, departamento, estado civil, tipo de seguro médico, registro de necropsia y método de suicidio utilizado. Se excluyeron los casos en los que no se registraron los datos de edad o departamento o si el caso era de un individuo nacido en Perú pero fallecido en otro país.

Análisis estadístico

El análisis estadístico descriptivo se realizó con el programa STATA v16.0 (Stata Corp., Estados Unidos), mediante el cual se hicieron las medidas de tendencia central y dispersión de las variables numéricas y frecuencias y porcentajes de las variables categóricas. Las variables incluidas en el análisis univariable fueron las características sociodemográficas y las características del suicidio (tipo y si se realizó necropsia). Para el análisis bivariable, se usó la prueba de la t de Student para evaluar la diferencia de edades entre varones y mujeres y, para la asociación de variables cualitativas, la prueba de la χ^2 o, en su defecto, la prueba exacta de Fisher. Para el cálculo de las tasas de mortalidad por suicidio por departamento, se utilizó la estandarización recomendada por la OMS¹¹, que están

ajustadas por grupo etario y mediante un coeficiente; los resultados se expresan en número de casos/100.000 hab.; asimismo los datos poblacionales se obtuvieron del mismo sistema de información (REUNIS) y se proyectan a partir de las mediciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI Perú). Para la elaboración de los gráficos y las tablas, se utilizó el programa Excel 2016.

Aspectos éticos

Este estudio se basó en un análisis de base de datos secundaria que se encuentra disponible para la población general (<https://www.minsa.gob.pe/defunciones/>); los datos obtenidos se trataron con confidencialidad debido a la codificación que mantiene el SINADEF. Al ser un estudio de datos secundarios, no se requirió la aprobación de un comité de ética.

Resultados

De 2017 a 2019, se registraron en la base del SINADEF 1.679 suicidios. Se retiraron los casos en que no se registró el departamento ($n = 12$) o la edad ($n = 1$), de modo que se incluyó en el análisis un total de 1.666 casos.

Las tasas de suicidio ajustadas por edad en Perú fueron de 1,44/100.000 hab. en 2017, 1,77 en 2018 y 1,95 en 2019. Comparando los 3 años analizados, se puede observar que en 2019 se registró el mayor número de suicidios, con un total de 636 (37,98%), con predominio de varones, 434 casos (68,24%).

La media de edad fue $34,53 \pm 18,49$ años. Del total de suicidios registrados, 1.155 (69,32%) fueron de varones. La media de edad al suicidio fue mayor entre los varones que entre las mujeres ($37,49 \pm 18,96$ frente a $27,86 \pm 15,42$; $p < 0,001$). Las tasas de suicidio ajustadas por edad fueron mayores en los varones (2017, 2,07; 2019, 2,75) que en las mujeres (2017, 0,89;

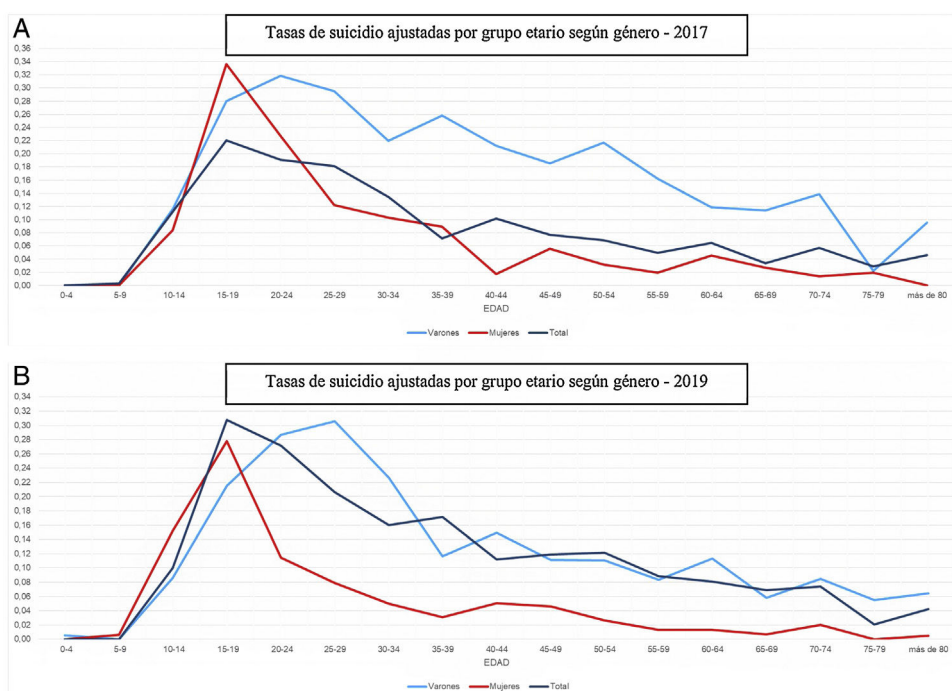


Figura 1 - Tasas de suicidio ajustadas por grupo etario según género. A. para el 2017 B. para el 2019.

Tabla 1 – Características generales de los suicidios ocurridos en Perú durante el periodo 2017-2019

	2017 (n = 460)	2018 (n = 570)	2019 (n = 636)
<i>Edad (años)</i>	34,19 ± 18,86	33,68 ± 18,33	35,56 ± 18,34
<i>Grupos etarios</i>			
5-9 años	1 (0,22)	0	0
10-14 años	38 (8,26)	43 (7,55)	34 (5,35)
15-19 años	75 (16,3)	91 (15,96)	105 (16,51)
20-29 años	128 (27,83)	169 (29,65)	166 (26,1)
30-44 años	99 (21,52)	131 (22,98)	147 (23,11)
45-59 años	57 (12,39)	62 (10,88)	101 (15,88)
≥ 60	62 (13,47)	74 (12,98)	83 (13,05)
<i>Sexo</i>			
Varones	320 (69,57)	401 (70,35)	434 (68,24)
Mujeres	140 (30,43)	169 (29,65)	202 (31,76)
<i>Nivel de instrucción</i>			
Deconocido	26 (5,65)	60 (10,53)	51 (8,02)
Iletrado	10 (2,17)	8 (1,40)	8 (1,26)
Primaria incompleta	43 (9,35)	72 (12,64)	60 (9,43)
Primaria completa	48 (10,43)	66 (11,58)	70 (11,01)
Secundaria incompleta	128 (27,83)	138 (24,21)	190 (29,87)
Secundaria completa	106 (23,04)	130 (22,81)	135 (21,23)
Superior no universitaria incompleto	23 (5,00)	22 (3,86)	26 (4,09)
Superior no universitaria completa	23 (5,00)	20 (3,51)	22 (3,46)
Superior universitaria incompleta	15 (3,26)	20 (3,51)	27 (2,25)
Superior universitaria completa	38 (8,26)	34 (5,96)	47 (7,39)
<i>Estado civil</i>			
Deconocido	2 (0,43)	7 (1,23)	7 (1,10)
Sin registro	61 (13,26)	68 (11,93)	71 (11,16)
Soltero	314 (68,26)	359 (62,98)	443 (69,65)
Casado	50 (10,87)	70 (12,28)	86 (13,52)
Viudo	3 (0,65)	8 (1,40)	4 (0,63)
Divorciado	5 (1,09)	5 (0,88)	4 (0,63)
Separado	2 (0,43)	3 (0,53)	3 (0,47)
Conviviente	23 (5,00)	50 (8,77)	18 (2,83)
<i>Tipo de seguro médico</i>			
Desconocido	185 (40,22)	303 (53,16)	255 (10,09)
Seguro Integral de Salud	164 (35,65)	174 (30,53)	254 (39,94)
EsSalud	55 (11,96)	40 (7,02)	72 (11,32)
Policial/Ejército	11 (2,39)	4 (0,71)	6 (0,94)
Privado	6 (1,30)	2 (0,35)	8 (1,26)
Otros	39 (8,48)	47 (8,24)	41 (6,45)
<i>Registro de necropsia</i>			
Se realizó	427 (92,83)	530 (92,98)	595 (93,55)
No se realizó	17 (3,70)	6 (1,05)	41 (6,45)
Sin registro	16 (3,48)	34 (5,96)	0
<i>Método de suicidio</i>			
Ahorcamiento	246 (53,48)	333 (58,42)	347 (54,56)
Arma de fuego	16 (3,48)	13 (2,28)	27 (4,25)
<i>Envenenamiento</i>			
Organofosforados, plaguicidas	33 (7,17)	38 (6,67)	46 (7,23)
Otros	102 (22,17)	112 (19,65)	134 (21,06)
Otros	41 (8,91)	34 (5,96)	45 (7,08)
No especificado/sin registro	22 (4,78)	40 (7,02)	37 (5,82)

Los valores expresan n (%) o media ± desviación estándar.

2019, 1,19). El grupo etario en que se reportó la mayor cantidad de suicidios fue el de 20-29 años, con 463 casos (27,79%) (fig. 1). Se encontró en adultos mayores (edad > 59 años) un total de 219 casos (13,14%). Tenían educación secundaria completa 371 (22,26%), 1.116 (66,99%) eran solteros y 592 (35,53%) contaban con Seguro Integral de Salud (SIS). Del total de los

suicidios registrados, se realizó la necropsia a 1.552 (93,08%) (tabla 1).

El método de suicidio más frecuente fue el ahorcamiento (926; 55,58%). Respecto a las diferencias entre las víctimas según el sexo, el ahorcamiento fue el método de suicidio más prevalente entre los varones (58,87%) y las mujeres (48,14%),

Tabla 2 – Análisis bivariable de las características generales y el sexo de las víctimas

	Mujeres, n (%)	Varones, n (%)	p
<i>Método de suicidio</i>			
Ahorcamiento	246 (48,14)	680 (58,87)	0,001 ^a
Arma de fuego	3 (0,59)	53 (4,59)	
Envenenamiento	203 (38,75)	262 (22,60)	
<i>Estado civil</i>			
Con pareja	69 (13,50)	228 (19,59)	0,007 ^a
Sin pareja	437 (85,52)	916 (79,31)	
Desconocido	5 (0,98)	11 (0,95)	
<i>Lugar</i>			
Domicilio	300 (58,71)	746 (64,59)	0,002 ^b
Otro	211 (41,29)	409 (35,41)	
<i>Nivel de instrucción</i>			
Sin instrucción	104 (20,35)	244 (21,13)	0,116
Primaria	187 (36,59)	358 (31,00)	
Secundaria	186 (36,40)	454 (39,31)	
Superior	34 (6,65)	99 (8,57)	

^b Estadísticamente significativo, prueba de la χ^2 .

^a Estadísticamente significativo, prueba exacta de Fisher.

seguido del envenenamiento (el 22,6 y el 38,75%) y las armas de fuego (el 4,59 y el 0,59%). Estas diferencias fueron significativas (tabla 2).

En cuanto a las tasas ajustadas por departamentos y grupos etarios, se observó en promedio de los 3 años que los departamentos con menores tasas de suicidio cada 100.000 hab. fueron Piura, la provincia Constitucional del Callao y Amazonas. Los departamentos con las mayores tasas fueron Tacna, Madre de Dios y Arequipa (fig. 2 y tabla 3).

Discusión

Características generales de la población estudiada

Los casos de suicidio revelan el estado de salud mental en cada país o región; el estudio individual de cada caso es necesario para poder intervenir adecuadamente y reducir la cantidad al mínimo posible. El total de casos de suicidio en Perú fue de 1.666 en 2017-2019 según el SINADef. Las tasas de suicidio reportadas en este estudio son menores que lo documentado en otros países de Sudamérica. Las incidencias de suicidio más altas se reportan en Uruguay y Cuba (17-18/100.000 hab.) y las más bajas, en Bolivia y Perú (2,3 y 1,9)¹². En otro estudio realizado en Perú, se ha reportado una tasa de suicidios de 0,46 (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,38-0,55) a 1,13 (IC95%, 1,01-1,25) 2004 y 2013 respectivamente¹⁰. Si bien las tasas de suicidio entre los países de Latinoamérica son aún menores que lo reportado en países desarrollados, las tendencias recientes evidencian un fuerte patrón de crecimiento, especialmente entre los varones jóvenes. En países como Chile o Brasil se ha documentado un incremento de la tasa de suicidio en adolescentes¹³. En México se ha documentado una tendencia al aumento de los suicidios, que supone una de las principales causas de muerte de los jóvenes de dicho país¹⁴, mientras que en Colombia, en el periodo 2000-2010, las tasas de suicidio presentaron una tendencia a la baja, de 6 a 4,7 casos/100.000 hab.¹⁵.

El grupo de 20-29 años registra la mayor frecuencia de suicidios, lo cual concuerda con investigaciones en el mundo que reportan que los adolescentes y jóvenes adultos de 15 a 29 años presentan la tasa más alta⁴. Este problema se relaciona en otros estudios con la poca búsqueda de ayuda terapéutica por los adultos jóvenes⁵. En el caso del grupo etario de 5-14 años, si bien no se tuvo una alta frecuencia de casos de suicidio, se requiere un análisis exploratorio para determinar los factores asociados hallados en diversos estudios, de los que el más importante es los problemas familiares¹⁶. El suicidio de niños y adolescentes no debe tomarse a la ligera. Es un problema de salud serio que afecta a todas las sociedades y culturas. Ningún niño o adolescente debería considerar el suicidio como una respuesta a cualquier problema emocional o situacional. En Perú se ha reportado que entre un 16-24,4% de los adolescentes tienen ideación suicida, y un 3% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida¹⁷. No obstante, hay menos información en nuestro país respecto al suicidio consumado de niños y adolescentes. Debido a que en el mundo el suicidio en niños y adolescentes se da con una alta prevalencia, y de manera cada vez más frecuente, es necesario realizar más investigaciones al respecto en Perú.

La frecuencia de suicidios de adultos mayores (edad > 59 años) de este estudio (13,14%) representa una proporción más baja que las encontradas en otros países como Estados Unidos, Australia y Canadá, donde representan más del 18%¹⁸. Algunos factores asociados en esta población son la exclusión social, la soledad, el duelo, las enfermedades crónicas y el dolor físico^{19,20}.

En cuanto al nivel de estudios y el estado civil, se ve una diferencia considerable en los casos sin educación superior completa y ser soltero respectivamente. Más de 2/3 individuos eran solteros, y esto concuerda con los datos mundiales, donde diversos estudios refieren el matrimonio como factor protector²¹; además, se observó que más del 90% de los casos no tienen educación superior completa, por lo que se puede proponer de acuerdo con la evidencia que hay una menor frecuencia de suicidios de personas con educación superior¹⁹.

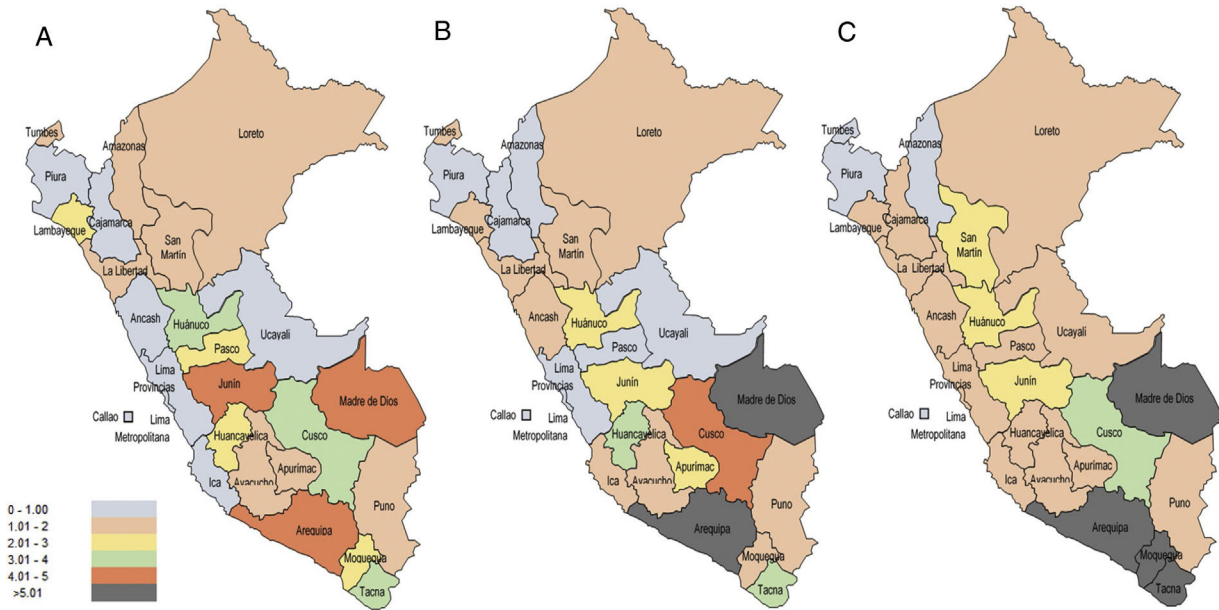


Figura 2 – A. Tasa de suicidios ajustada por grupo etario para el 2017 según departamentos. B. Tasa de suicidios ajustada por grupo etario para el 2018 según departamentos. C. Tasa de suicidios ajustada por grupo etario para el 2019 según departamentos.

Tabla 3 – Tasa de suicidios ajustada por grupo etario según departamentos del Perú, 2017-2019

Departamento	2017		2018		2019	
	Población	Tasa	Población	Tasa	Población	Tasa
Amazonas	426.806	1,03	425.829	0,99	426.806	0
Ancash	1.160.490	0,88	1.166.182	1,61	1.171.756	1,48
Apurímac	462.791	1,68	464.584	2,08	467.026	1,83
Arequipa	1.315.528	5,28	1.329.802	8,60	1.350.676	8,22
Ayacucho	703.629	0,90	711.058	1,63	718.634	1,54
Cajamarca	1.537.172	0,54	1.540.004	0,30	1.543.104	1,15
Callao	1.038.706	0,09	1.053.029	0,64	1.067.815	0,98
Cusco	1.331.758	3,17	1.338.898	4,79	1.346.233	3,50
Huancavelica	506.284	2,10	505.680	3,23	509.117	1,72
Huánuco	874.523	2,97	878.199	2,92	889.134	2,90
Ica	802.610	0,63	810.213	1,56	817.965	1,06
Junín	1.364.274	4,23	1.379.937	2,88	1.389.850	2,27
La Libertad	1.905.301	0,95	1.928.197	1,69	1.956.389	1,60
Lambayeque	1.280.788	2,49	1.290.617	1,54	1.300.720	1,30
Lima	10.143.003	0,83	10.298.161	0,97	10.458.367	1,42
Loreto	1.058.946	1,31	1.068.132	0,98	1.077.831	1,91
Madre de Dios	143.687	4,83	146.856	6,85	150.181	8,56
Moquegua	184.187	2,61	186.036	1,54	187.941	6,39
Pasco	308.465	2,47	310.578	0,84	312.777	1,10
Piura	1.873.024	0,21	1.887.210	0,52	1.901.896	0,75
Puno	1.442.930	0,99	1.456.989	1,29	1.471.405	1,89
San Martín	862.822	1,04	873.593	1,50	884.795	2,17
Tacna	349.505	3,50	354.158	3,76	358.314	6,44
Tumbes	243.362	1,46	246.050	1,19	248.877	0,65
Ucayali	506.881	0	512.376	0	518.190	1,86
Nacional	31.826.018	1,44	32.162.368	1,77	32.525.165	1,95

Diferencias por sexo

Los casos se dan en una relación varones:mujeres de 2:1, lo que concuerda con el estudio epidemiológico de la base de datos de la OMS²². Asimismo, el estudio de carga mundial por

enfermedad determina una tasa más alta para los varones mayores de 20 años en todas las regiones y los países registrados³. Algunos investigadores sostienen que las mujeres intentan suicidarse antes que los varones en la evolución de la morbilidad psiquiátrica, lo que puede representar menos

una intención de morir y más un deseo de comunicar angustia o de cambiar su entorno social²³. Otra teoría relacionada con los roles de género menciona que los varones tienen una mayor intención de morir que las mujeres, que son reacias a realizar intentos graves de suicidio porque se considera «masculino»²⁴.

Respecto al método de suicidio, resulta interesante comparar los resultados de este estudio con los de Hernández-Vásquez et al.¹⁰, quienes encontraron que en el periodo 2004-2013 el método de suicidio más frecuente en Perú fue el envenenamiento. No obstante, en dicho estudio se reportó que con el paso de los años la frecuencia de envenenamiento fue disminuyendo, mientras que los suicidios por ahorcamiento se incrementaron. Esto concuerda con este estudio, a saber, que el método de suicidio más empleado fue el ahorcamiento, lo cual también se ha encontrado en otras investigaciones en el mundo²⁵. Encontramos que los varones usaron métodos más violentos para el suicidio (ahorcamiento y armas de fuego), mientras que las mujeres usaron métodos menos violentos (intoxicación). Esta diferencia es similar a la reportada en otros estudios^{23,24,26}. En un estudio realizado en Europa se encontró que el ahorcamiento fue el método de suicidio más prevalente entre los varones (54,3%) y las mujeres (35,6%). En el caso de los varones, otros medios fueron armas de fuego (9,7%) y envenenamiento (8,6%), mientras que en el de las mujeres, fueron envenenamiento (24,7%) y arrojarse al vacío (14,5%)²⁶. En todos los países, los varones tenían más riesgo que las mujeres de usar armas de fuego y ahorcarse y menos riesgo de intoxicación por drogas, asfixia y arrojarse al vacío²⁶. Si bien las mujeres intentan suicidarse con más frecuencia que los varones, a medida que los intentos de suicidio se vuelven más graves desde el punto de vista médico, aumenta el porcentaje de varones involucrados en tales intentos y disminuyen las diferencias por sexo²⁷. Schrijvers et al.²⁸ señalan que la duración total del proceso suicida es a menudo más corto en los varones debido a que solo unos pocos intentos de suicidio ya pueden resultar en un suicidio consumado en ellos. Además, debe tenerse en cuenta que los métodos aplicados para suicidarse no solo dependen de la disponibilidad y la accesibilidad del método, sino también de los valores culturales, religiosos y sociales de cada región²⁸. El suicidio de las mujeres está culturalmente menos aceptado, por lo que no todos los suicidios femeninos se registran como tales²⁷. Además, es posible que con el envenenamiento los suicidios resulten menos obvios, a diferencia de los métodos más violentos de los varones, que raramente se podrían calificar como muertes accidentales²⁸.

Diferencias por departamentos

Analizando la distribución por departamentos, hay diferencia entre los departamentos con población que supera el millón de habitantes; una limitación del estudio es la falta de correlación entre ciudades de la costa, la sierra y la selva para desarrollar modelos predictivos por ciudades. Por región, a pesar de que la mayor cantidad de casos en números absolutos se da en la ciudad y capital del país (Lima), con 146 casos en 2019, por tasas de población este número pierde relevancia, ya que se hallan 1-2 casos/100.000 hab., lo cual se debe a su gran densidad poblacional, pues aproximadamente un tercio de la población nacional se concentra en la ciudad de Lima.

Implicaciones para la salud pública y la toma de decisiones

Los resultados de este estudio reflejan la necesidad de crear programas específicos para la prevención y la vigilancia de las poblaciones vulnerables y posibles víctimas. La necesidad de mejorar la salud mental en Perú en todos los ámbitos llevó a la creación de los Centros de Salud mental Comunitarios, los cuales brindan atención incluso a domicilio para evitar sucesos fatales²⁹. Estos centros requieren una distribución más amplia a partir de los datos revelados en este artículo y de esta forma potenciar las atenciones en los departamentos donde se evidenció un incremento de las tasas ajustadas de muerte por suicidio²⁹.

Otra estrategia es distribuir a los médicos y profesionales de la salud afines a la salud mental (psiquiatras, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, etc.) a las zonas donde se encuentran las tasas más altas, ya que hay reportes de que más del 80% de los médicos psiquiatras se encuentran concentrados en la ciudad de Lima³⁰. Según la OMS, entre las medidas de prevención y control del suicidio están la restricción al acceso a los medios de suicidio, una información responsable de los medios de comunicación, la identificación y el tratamiento tempranos, la capacitación del personal sanitario no especializado y el seguimiento adecuado de las atenciones, entre otros³¹.

Fortalezas y limitaciones

Una fortaleza del presente estudio es que cuenta con todos los casos registrados como suicidio en el país; también el detalle del lugar donde se produjo el fallecimiento es un gran instrumento para un análisis de las tasas confiable y extrapolable a cada una de las regiones. Al tener las tasas específicas por región, por edad y sexo, se puede dirigir la atención a la población con mayores tasas.

No obstante, este estudio debe entenderse en el marco de sus potenciales limitaciones metodológicas. Al ser de naturaleza descriptiva, no muestra relaciones causales, de riesgo o asociación; esta es una de las principales limitaciones, así como la poca cantidad de variables que se encuentran en el SINADef. Para futuros estudios, se requieren bases de datos con más información para realizar análisis inferencial. Dentro del repositorio de datos del SINADef, se debe considerar datos forenses y datos recomendados por expertos para poder realizar un mejor análisis y establecer los factores de riesgo de suicidio en la comunidad peruana. Además, hay un subregistro de los casos de suicidio por cuestiones culturales, religiosas o problemas con el procedimiento de registro; por lo tanto, las tasas de mortalidad pueden estar subestimadas.

Conclusiones

Se encontró en el análisis de la base de datos del SINADef que la tasa de suicidios en Perú se ha incrementado en los últimos años. La población joven adulta masculina es la que tiene la mayor tasa de suicidios del país. Asimismo, los casos de suicidio fueron más frecuentes entre las personas solteras y con un nivel educativo no superior. Los varones tienden a utilizar métodos de suicidio más violentos que las mujeres. Las mayo-

res tasas se identificaron en los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna. Se requieren políticas de datos abiertos nacionales para poder continuar con la investigación sobre este tema y conocer los factores relacionados con el suicidio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Bazán-López JL, Olórtogui-Malaver VM, Vargas-Murga HB, Huayanay-Falconí L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Rev Neuropsiquiatr.* 2016;79:3-16.
- Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ.* 2019;364:194.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (SUPRE). 2016. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/. Consultado 12 Dic 2020.
- Organización Panamericana de la Salud. El suicidio es una de las tres primeras causas mundiales de muerte de jóvenes, dice la OMS. 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com.content&view=article&id=1761:2009-suicide-one-three-leading-causes-death-young-people-who&Itemid=135&lang=es>. Consultado 12 Dic 2020.
- Khazaei S, Armanmehr V, Nematollahi S, Rezaeian S, Khazaei S. Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries. *J Epidemiol Glob Health.* 2017;7:131-4.
- Varin M, Orpana HM, Palladino E, Pollock NJ, Baker MM. Trends in suicide mortality in Canada by sex and age group, 1981 to 2017: A population-based time series analysis. *Can J Psychiatry.* 2020, 706743720940565.
- Logan J, Hall J, Karch D. Suicide categories by patterns of known risk factors: a latent class analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68:935-41.
- Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7).
- Paredes PC, Orbegoso RO, Rosales TP. Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2006;23:293-6.
- Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Rubilar-González J, Huarez B, Grendas L. Evolution and regional differences in mortality due to suicide in Peru, 2004-2013. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33:751-7.
- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington: OPS; 2018.
- Teti GL, Rebok F, Rojas SM, Grendas L, Daray FM. Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;36:124-33.
- Mascayano F, Irrazabal M, Wyatt DE, Vaner SJ, Sapag JC, Alvarado R, et al. Suicide in Latin America: a growing public health issue. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2015;72:295-303.
- Cervantes CAD, Montaña AMP. Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23.
- Cardona Arango D, Medina-Pérez ÓA, Cardona Duque DV. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45:170-7.
- Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, Felts A, Fontanella CA, Campo JV, et al. Suicide in elementary school-aged children and early adolescents. *Pediatrics.* 2016;138:e20160436.
- Vargas H, Saavedra JE. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Rev Peru Epidemiol.* 2012;16:1-11.
- Shah A, Bhat R, Zarate-Escudero S, DeLeo D, Erlangsen A. Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape. *Aging Ment Health.* 2016;20:131-8.
- Xu H, Qin L, Wang J, Zhou L, Luo D, Hu M, et al. A cross-sectional study on risk factors and their interactions with suicidal ideation among the elderly in rural communities of Hunan, China. *BMJ Open.* 2016;6:e010914-10920.
- Velásquez Suarez JM. Suicidio en el anciano. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;43Supl1:80-4.
- Frénisy MC, Plassard C. Suicide in the elderly. *Soins.* 2017;62:39-41.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global un imperativo global. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2014.
- Freeman A, Mergl R, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E, et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry.* 2017;17:234.
- Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1998;28:1-23.
- Bustamante F, Ramirez V, Urquidí C, Bustos V, Yaseen Z, Galynker I. Trends and most frequent methods of suicide in Chile between 2001 and 2010. *Crisis.* 2016;37:21-30.
- Värnik A, Kölves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:545-51.
- Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg Med (Fremantle).* 2002;14:35-42.
- Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord.* 2012;138:19-26.
- Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian mental health reform: a framework for scaling-up mental health services. *Int J Health Policy Manag.* 2017;6:501-8.
- Bojórquez Giraldo E, Chacón Antezana Ó, Rivera Ramírez G, Donadio G, Stucchi S, Sihuas C, et al. Colegio Médico del Perú: propuesta de reforma de la salud mental en el Perú. *Acta Med Peruana.* 2012;29:43-55.
- Agra Varela Y, Suárez Alonso A, López Franco MA, Latasa Zamalloa P. Día Mundial para la Prevención del Suicidio Trabajando juntos por su prevención. *Rev Esp Salud Publica.* 2019;93.