

Prevalencia de comportamientos suicidas y sus factores asociados en estudiantes adolescentes peruanos: análisis de encuesta de 2010

Prevalence of suicidal behaviors and associated factors among Peruvian adolescent students: an analysis of a 2010 survey

Akram Hernández-Vásquez^a, Rodrigo Vargas-Fernández^b, Deysi Díaz-Seijas^{c,d}, Elena Tapia-López^e,
Guido Bendezu-Quispe^{f,*}

^a Universidad San Ignacio de Loyola, Vicerrectorado de Investigación, Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud. Lima, Peru

^b Universidad Científica del Sur. Lima, Peru

^c Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Peru

^d Instituto Nacional Cardiovascular Carlos Alberto Peschiera Carrillo - INCOR, EsSalud. Lima, Peru

^e Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Peru

^f Universidad San Ignacio de Loyola, Vicerrectorado de Investigación, Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud. Lima, Peru

*Autor corresponsal gbendezu@usil.edu.pe

Citación Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Díaz-Seijas D, Tapia-López E, Bendezu-Quispe G. Prevalence of suicidal behaviors and associated factors among Peruvian adolescent students. *Medwave* 2019;19(9):7753

Doi 10.5867/medwave.2019.11.7753

Fecha de envío 5/9/2019

Fecha de aceptación 20/11/2019

Fecha de publicación 26/12/2019

Origen No solicitado

Tipo de revisión Con revisión por pares externa, por cuatro árbitros, a doble ciego

Palabras clave adolescent behavior, suicide, adolescent health

Resumen

Introducción

La adolescencia es una de las etapas de la vida que presenta mayor cantidad de suicidios. En Perú, 22% de los suicidios ocurren en personas entre 10 y 19 años. Sin embargo, existen pocos estudios en salud mental y sobre los factores asociados con los comportamientos suicidas.

Objetivo

Determinar la prevalencia de comportamientos suicidas (ideación e ideación más planificación suicida) y sus factores asociados en adolescentes escolares peruanos.

Métodos

Se realizó un estudio transversal que analizó los datos para Perú de la *Global School-based Student Health* 2010, para medir la prevalencia de comportamientos suicidas (ideación e ideación más planificación) y sus factores asociados en adolescentes peruanos.

Resultados

De los 2521 estudiantes evaluados, el 19,9% (intervalo de confianza 95%: 17,8 a 22,2) presentaron ideación suicida el 12,7% (intervalo de confianza 95%: 11,1 a 14,5) presentaron planificación suicida en los últimos 12 meses. En las mujeres se presentó una mayor prevalencia de ideación (27,5%, intervalo de confianza 95%: 24,9 a 30,4) e ideación más planificación suicida (18,5%, intervalo de confianza 95%: 16,4 a 20,7) en comparación con los hombres. El análisis multivariado encontró que ser mujer, tener poco apoyo o comprensión de los padres, sentirse solo, haber sufrido agresiones físicas, haber sido acosado y el consumo de alcohol se asociaron con la ideación e ideación más la planificación suicida en estudiantes adolescentes.

Conclusión

La ideación y la ideación más la planificación suicida son un problema en la población adolescente peruana y se vincula con varios factores. Se necesitan estrategias para identificar y registrar el suicidio entre los adolescentes en Perú y para desarrollar programas de prevención.

Abstract

Introduction

Adolescence is one of the stages in life most affected by suicide. In Peru, 22% of suicides occur in people 10 to 19 years old. However, mental health overall and factors associated with suicidal behaviors have not been well studied.

Objective

To determine the prevalence of suicidal behaviors (ideation and ideation plus suicidal planning) and associated factors in Peruvian adolescent students.

Methods

A cross-sectional study analyzing data from the Global School-based Student Health Survey for Peru in 2010 was conducted to measure the prevalence of suicidal behaviors (ideation and ideation plus suicidal planning) and associated factors in Peruvian adolescent students.

Results

Of the 2521 students evaluated, 19.9% (95% CI: 17.8 to 22.2) presented suicidal ideation and 12.7% (95% CI: 11.1 to 14.5) presented suicidal planning in the last 12 months. Females had a higher prevalence of both ideation (27.5%, 95% CI: 24.9 to 30.4) and ideation plus suicidal planning (18.5%, 95% CI: 16.4 to 20.7). Multivariate analysis found that being female, having little parental support, having felt loneliness, having suffered from physical aggression, having been bullied, and alcohol consumption, were associated with ideation and ideation plus suicidal planning in adolescent students.

Conclusion

Ideation and ideation plus suicidal planning is a problem in the Peruvian adolescent population and is associated with several factors. Strategies are needed to identify and register suicide in adolescents in Peru and to develop prevention programs.

Ideas clave

- El suicidio es un problema de salud pública en los adolescentes. Hasta la fecha, sólo se ha reportado información descriptiva sobre comportamientos suicidas en adolescentes peruanos.
- Una de las limitaciones de este estudio es que, al ser de carácter transversal, no permite establecer relaciones temporales entre los factores sociodemográficos estudiados y los comportamientos suicidas.
- Además, los datos más recientes del *Global School-based Student Health* para Perú son de 2010, por lo que algunos factores de riesgo asociados a comportamientos suicidas podrían haber cambiado, limitando la comparabilidad de los resultados con estudios recientes sobre comportamientos suicidas.

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública en todo el mundo que genera una gran carga económica, social y psicológica. En 2012 aproximadamente 800 000 muertes fueron reportadas como suicidios, lo que representa una tasa estandarizada de mortalidad de 11,4 por 100 000 personas (15,0 hombres y 8,0 mujeres). Esta es la décimo quinta causa principal de mortalidad, correspondiendo al 56% de todas las muertes violentas y al 1,4% de todas las muertes a nivel mundial¹. Sin embargo, estas cifras pueden estar subreportadas debido a la sensibilidad que genera el tema del suicidio en varios países¹. Por ello, durante la sexagésima sexta Asamblea Mundial de la Salud en 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el Plan de Acción de Salud Mental para el período de 2013 a 2020, destinado a reducir la tasa de suicidios en un 10% entre los Estados miembros para 2020².

El suicidio como parte de las lesiones autoinfligidas en la población adolescente es uno de los mayores problemas a nivel mundial, causando el 6% de las muertes y un alto número de años potenciales de vida perdidos³. En 2012 el suicidio fue la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años, representando 8,5% del total de muertes, con predominio en hombres¹. Se ha descrito que la prevalencia de comportamientos suicidas, incluyendo la ideación (común en adolescentes, que implica pensar en cometer suicidio), o la planificación suicida (que se refiere a la formulación de un método específico de suicidio) en los países de ingresos bajos y medianos (*Low-to-Middle-Income Country*, LMIC, por sus siglas en inglés) es de 16,9% y 17,0%, respectivamente⁴, y se asocia con experiencias traumáticas previas, intentos de suicidio o suicidio^{1,5,6}.

En Perú, entre enero de 2017 y junio de 2018, el Instituto Nacional de Salud Mental reportó 64 casos de intento de suicidio en niños de entre 8 y 17 años, cifra superior a la registrada en años anteriores⁷.

Adicionalmente, un estudio previo con datos de mortalidad del Ministerio de Salud de Perú, reportó que entre 2004 y 2013, el 22% de los suicidios se produjeron en la población peruana entre 10 y 19 años⁸. El Ministerio de Salud ha recogido información sobre salud mental en escolares peruanos, no obstante, sólo se ha reportado información descriptiva sobre comportamientos suicidas⁸, y no se han descrito factores asociados con el comportamiento suicida en adolescentes peruanos (incluyendo ideación y planificación). El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de ideación e ideación más planificación suicida, junto a los factores asociados en estudiantes adolescentes peruanos.

Métodos

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio analítico transversal de la *Global School-based Student Health Survey 2010* (dd) en Perú por el Ministerio de Salud en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los *Centers for Disease Control and Prevention*.

Fuentes de información

La *Global School-based Student Health Survey* es una encuesta nacional realizada a los estudiantes de segundo, tercer y cuarto año de educación secundaria en las escuelas públicas entre noviembre y diciembre de 2010. La *Global School-based Student Health Survey 2010* utilizó un método de muestreo en dos etapas con el fin de obtener una muestra representativa de estudiantes de segundo, tercer y cuarto grado en escuelas secundarias públicas peruanas. La primera etapa correspondió a la identificación de todas las escuelas que tenían cualquiera de los grados de nivel secundario ya mencionados y la segunda etapa a la selección aleatoria de las clases de cada escuela.

Esta encuesta constó de 71 preguntas y 12 módulos, proporcionando información sobre conductas, comportamientos de riesgo y factores preventivos relacionados con la salud de estos escolares. Fue respondida por 2882 estudiantes de las 50 instituciones educativas públicas seleccionadas, lo que corresponde a una tasa de respuesta a nivel de escuelas del 100%, una tasa de respuesta a nivel estudiantil del 85%, y una tasa de respuesta total del 85%. El diseño, recolección de datos, instrumento y otras especificaciones de la encuesta se pueden encontrar con mayor detalle en el informe de la *Global School-based Student Health Survey 2010* para escolares peruanos⁹.

Las variables del estudio fueron definidas según el estudio de Mckinnon y colaboradores¹⁰. Las variables dependientes más relevantes fueron ideación suicida (pregunta "Durante los últimos 12 meses, ¿consideró seriamente intentar suicidarse?") así como planificación suicida (pregunta "Durante los últimos 12 meses, ¿hizo un plan sobre cómo intentaría suicidarse?"). Las variables independientes fueron sexo (masculino, femenino), edad (por grupos de edad), apoyo parental durante los últimos 30 días (frecuentemente/siempre, a veces, nunca/raramente), sensación de soledad durante los últimos 12 meses (nunca, a veces/raramente, frecuentemente/siempre), inseguridad alimentaria en los últimos 30 días (nunca, a veces/raramente, frecuentemente/siempre), número de buenos amigos (tres o más, uno o dos, ninguno), número de agresiones físicas en los últimos 12 meses

(ninguno, uno, dos o más), número de días de acoso en los últimos 30 días (ninguno, uno a dos, tres o más), número de días que han fumado en los últimos 30 días (ninguno, uno a dos, tres o más) y número de días que han bebido alcohol en los últimos 30 días (ninguno, uno a cinco, seis o más).

Análisis estadístico

Las bases de datos de la *Global School-based Student Health Survey 2010* están disponibles gratuitamente y pueden obtenerse en el portal web de la OMS¹¹. La base de datos de la encuesta fue procesada y analizada usando el software estadístico Stata v14.2 (*Stata Corporation, College Station, Texas, Estados Unidos*).

En la primera etapa se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes para describir las variables categóricas. La segunda etapa consistió en análisis bivariados y multivariados para cada una de las variables independientes, para las cuales se utilizaron modelos lineales generalizados con distribución de Poisson y función log link, considerando el diseño muestral complejo de la encuesta y los factores de ponderación para determinar la asociación de ideación e ideación suicida más planificación suicida. Para el análisis multivariado, se incluyeron variables independientes que mostraron un valor $p < 0,2$ en el análisis bivariado y se reportaron razones de prevalencia (RP) con intervalos de confianza del 95% (intervalo de confianza 95%). Un valor $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo en todos los análisis.

Consideraciones éticas

La realización del estudio no requirió la aprobación de un comité de ética por ser un análisis de datos secundarios obtenidos de un dominio público y de libre acceso que no permite la identificación de los adolescentes encuestados.

Resultados

Los datos que se obtuvieron de la *Global School-based Student Health Survey 2010* provino de un universo total de 2521 escolares, que proporcionó información completa relacionada con las variables del estudio (comportamientos suicidas y factores asociados). La mayoría de los estudiantes eran mujeres, y la proporción más alta de adolescentes era de 15 años (32,7%).

Entre los adolescentes estudiados, el 40,3% señaló no haber recibido apoyo parental de sus padres en los últimos 30 días; el 39,6% indicó haber sentido soledad durante los últimos 12 meses; el 48% informó haber tenido alimentación adecuada; el 66,1% afirmó que tenía tres o más buenos amigos; el 37,7% había sufrido uno o más ataques físicos durante los últimos 12 meses y el 46,6% había sufrido acoso al menos una vez en los últimos 30 días. En cuanto a las preguntas que evaluaron el comportamiento durante los últimos 30 días, el 18,6% informó haber fumado y el 7,9% de los escolares informó haber consumido alcohol seis o más veces durante los últimos 30 días.

De todos los estudiantes evaluados, 19,9% (intervalo de confianza 95%: 17,8 a 22,2) reportaron ideación suicida en el último año y 12,7% (intervalo de confianza 95%: 11,1 a 14,5) informaron ideación más planificación suicida. Las mujeres presentaron una mayor

prevalencia de ideación (27,5%; intervalo de confianza 95%: 24,9 a 30,4) e ideación más planificación suicida (18,5%; intervalo de confianza 95%: 16,4 a 20,7) en comparación con los hombres que presentaron valores 50% menos que las mujeres (Tabla 1). Los estudiantes adolescentes con poco o ningún apoyo de sus padres en los últimos 30 días tuvieron una mayor prevalencia de ideación (25,7%, intervalo de confianza 95%: 22,4 a 29,3) e ideación más planificación (17,1%, intervalo de confianza 95%: 14,7 a 19,8) que sus pares, quienes a veces o con frecuencia recibían apoyo parental.

De manera similar, los estudiantes con sentimientos frecuentes de soledad en los últimos 12 meses presentaron una mayor prevalencia de ideación (53,2%; intervalo de confianza 95%: 46,1 a 60,3) e ideación más planificación (38,1%; intervalo de confianza 95%: 32,3 a 44,3) que sus compañeros que reportaron nunca o raramente haber presentado sentimientos de soledad. Los adolescentes con inseguridad alimentaria frecuente o prevalente presentaron mayor prevalencia de ideación (25,3%; intervalo de confianza 95%: 15,8 a 37,8) e ideación más planificación (21,6%; intervalo de confianza 95%: 12,8 a 34,2). Asimismo, la ideación y planificación fueron más prevalentes en estudiantes que habían experimentado dos o más episodios de agresión física en el último año (31,4% y 22,4%, respectivamente), y en aquellos que habían experimentado más días de acoso en los últimos 30 días (37,0% y 27,1%, respectivamente). Se encontró una mayor prevalencia de ideación e ideación más planificación suicida en estudiantes que habían fumado durante tres o más días (38,3% y 31,1%, respectivamente) y aquellos que habían bebido alcohol durante seis o más días en los últimos 30 días (34,0% y 28,0%, respectivamente).

El modelo bivariado (Tabla 2) mostró que las siguientes variables fueron asociadas con ideación suicida e ideación suicida más planificación: sexo, apoyo parental en los últimos 30 días, sentimientos de soledad durante los últimos 12 meses, inseguridad alimentaria, número de episodios de agresión física en el último año, número de días que han sido objeto de intimidación en los últimos 30 días, número de días que han fumado en los últimos 30 días y número de días que han bebido alcohol en los últimos 30 días.

En el modelo ajustado, se encontró que se asociaron con ideas suicidas el ser mujer (razón de prevalencia: 2,07; intervalo de confianza 95%: 1,75 a 2,44); rara vez o nunca tener apoyo parental (razón de prevalencia: 1,37; intervalo de confianza 95%: 1,21 a 1,55); tener sentimientos de soledad en los últimos 12 meses (a veces/raramente: razón de prevalencia: 1,55, intervalo de confianza 95%: 1,30 a 1,84; frecuentemente/siempre: razón de prevalencia: 2,68; intervalo de confianza 95%: 2,21 a 3,25); haber experimentado agresión física durante los últimos 12 meses (una vez con razón de prevalencia de 1,33 e intervalo de confianza 95%: 1,10 a 1,60; dos o más veces con razón de prevalencia de 1,49 e intervalo de confianza 95%: 1,28 a 1,74); haber experimentado acoso en los últimos 30 días (uno a dos días con razón de prevalencia de 1,38 e intervalo de confianza 95%: 1,15 a 1,67; tres o más con razón de prevalencia de 1,55 e intervalo de confianza 95%: 1,25 a 1,92); y haber bebido alcohol en los últimos 30 días (uno a cinco días con razón de prevalencia de 1,74 e

intervalo de confianza 95%: 1,44 a 2,11; o seis días o más con razón de prevalencia de 1,69 e intervalo de confianza 95%: 1,38 a 2,07).

Las siguientes variables se relacionaron con la presencia de ideación más planificación suicida: ser mujer (razón de prevalencia: 2,46; intervalo de confianza 95%: 1,88 a 3,23); a veces haber recibido apoyo parental en los últimos 30 días (razón de prevalencia: 1,34; intervalo de confianza 95%: 1,03 a 1,74); raramente o no haber recibido apoyo parental (razón de prevalencia: 1,52; intervalo de confianza 95%: 1,22 a 1,90); haber sentido soledad en los últimos 12 meses (a veces/raramente con razón de prevalencia de 1,74 e intervalo de confianza 95%: 1,24 a 2,43; frecuentemente/siempre con razón de prevalencia de 3,00 e intervalo de confianza 95%: 2,24 a 4,03); haber experimentado agresiones físicas durante los últimos 12 meses (una vez con razón de prevalencia de 1,41 e intervalo de confianza 95%: 1,08 a 1,84; dos o más veces con razón de prevalencia de 1,69 e intervalo de confianza 95%: 1,34 a 2,14); haber experimentado acoso durante tres o más días en los últimos 30 días (razón de prevalencia: 1,61, intervalo de confianza 95%: 1,28 a 2,05), y haber bebido alcohol en los últimos 30 días (uno a cinco días con razón de prevalencia de 1,81 e intervalo de confianza 95%: 1,32 a 2,49; seis días o más con razón de prevalencia de 2,22 e intervalo de confianza 95%: 1,63 a 3,03).

Discusión

El estudio buscó medir la prevalencia de ideación e ideación más planificación suicida y factores asociados en adolescentes peruanos, empleando una base de datos nacional. Entre los principales resultados se encontró que dos de cada diez estudiantes adolescentes presentaron ideación suicida, mientras que al menos uno de cada 10 tuvo ideación más planificación suicida en el último año. La prevalencia de ambos problemas fue más del doble entre las mujeres que entre los hombres. Además del sexo, se vincularon con la presentación de ideas y planificación suicida el que rara vez o nunca haber tenido el apoyo de los padres durante los últimos 30 días, haber experimentado agresión física o sentir soledad en los últimos 12 meses; junto con haber experimentado acoso o haber bebido alcohol en los últimos 30 días.

La prevalencia de ideación suicida en adolescentes peruanos fue cercana a la prevalencia global (16,9%) reportada en 59 países de ingresos bajos y medios en la que se realizó la *Global School-based Student Health Survey 2010* (que incluyó datos recogidos entre 2003 y 2015)⁴. En cuanto a ideación más planificación, el análisis de esta encuesta en 59 países de ingresos bajos y medios reportó una prevalencia global de planificación del suicidio de 17%⁴. Este último valor indica que la prevalencia de la planificación suicida en adolescentes peruanos fue menor que la media reportada en países de ingresos bajos y medios. Los resultados sobre ideación y planificación suicida encontrados fueron similares a los reportados en un centro de estudios preuniversitarios en Lima, caracterizado por tener estudiantes de diferentes regiones del país¹² y en un estudio basado en la *Global School-based Student Health Survey 2010* realizado en dos sitios de la capital peruana¹³. Teniendo en cuenta que casi una cuarta parte de los suicidios en Perú ocurren en personas de entre 10 y 19 años, los

comportamientos suicidas parecen ser prevalentes en la población adolescente peruana.

En cuanto al sexo, la prevalencia de la ideación, la ideación y la planificación suicida fue mayor en las estudiantes adolescentes. Este hallazgo es consistente con los resultados de estudios sobre la prevalencia de ideación e ideación más planificación suicida realizados por la *Global School-based Student Health Survey 2010*, y en estudios de cohorte realizados en adolescentes^{4,10}. Una mayor prevalencia de comportamientos suicidas en mujeres adolescentes puede deberse a una mayor prevalencia de problemas como ansiedad, depresión y problemas psicosociales basados en el género¹⁴⁻¹⁸. La relación mujer/hombre encontrada para la presencia de ideación o ideación más planificación suicida en estudiantes adolescentes peruanos fue superior a 2:1.

El estudio de la *Global School-based Student Health Survey 2010* realizado en 59 países, incluidos los datos hasta 2015, reveló diferencias en la prevalencia de la ideación por sexo (18,5% en las mujeres y 15,1% en los hombres), con una relación mujer/hombre para la región de las Américas de casi el doble y presentando las diferencias más significativas (22,1% en mujeres y 12,8% en hombres)⁴. De manera similar, la prevalencia de ideación suicida en países de ingresos bajos y medios fue mayor en mujeres (18,2% en mujeres y 15,6% en hombres), mostrando la mayor diferencia en la región de las Américas (19,9% en mujeres y 12,1% en hombres)⁴. Por lo tanto, la prevalencia de ideación e ideación más planificación suicida en adolescentes peruanos encontrados en este estudio estaban en línea con lo que se ha informado en otras partes de la región de América que muestra que las estudiantes tenían mayor prevalencia de conductas suicidas, como ideación o planificación, en comparación con sus contrapartes masculinos.

Factores como el acoso y la agresión física se asociaron con una mayor prevalencia de ideación y planificación suicida en estudiantes adolescentes de Perú. En cuanto a la intimidación, se ha informado que en 2015 el 75,3% de las niñas y los niños de 9 a 11 años habían sido víctimas de violencia por sus compañeros en instituciones educativas en algún momento de sus vidas, con un 51,5% de casos de mujeres y con un aumento de 0,9 puntos porcentuales respecto a los resultados de 2013¹⁹. Además, el 75% de los estudiantes peruanos informaron haber sido víctimas de agresiones verbales o físicas por parte de sus compañeros en algún momento¹⁹. La mitad de los estudiantes no buscan ayuda, y los que tienen limitaciones físicas son más propensos a sufrir agresiones¹⁹. El acoso, la intimidación y la agresión física se describen asociados a los comportamientos suicidas en la literatura^{4,10,20-24}. Por lo tanto, es necesario que las estrategias de apoyo social incluyan programas escolares que apoyen a los estudiantes que sufren estos problemas, además de capacitar al personal profesional de los centros educativos para que detecten estos problemas.

Los estudiantes adolescentes que informaron no recibir o recibir poco apoyo parental presentaron una mayor prevalencia de ideación e ideación más planificación suicida, al igual que los estudiantes que informaron sentirse solos. La sensación de soledad y no recibir apoyo

parental se ha descrito como asociada con el comportamiento suicida^{4,10,25}. En cuanto al apoyo social, aunque en la literatura se ha reportado que tener amigos cercanos es un factor de apoyo social para prevenir el suicidio, este factor no se encontró asociado con la ideación o planificación suicida en escolares peruanos^{26,27}. Otro apoyo social relacionado con esta materia es el apoyo escolar prestado por instituciones educativas^{26,28}. Este factor no fue estudiado en la encuesta *Global School-based Student Health Survey 2010*, y por lo tanto no pudimos estudiar su relación con la ideación o planificación suicida en estudiantes adolescentes peruanos. Teniendo esto en cuenta, es esencial elaborar estrategias que hagan hincapié en el apoyo de los padres en relación con el problema del suicidio para este grupo de edad y población.

La exposición al consumo de alcohol está asociada con el comportamiento suicida en estudiantes adolescentes peruanos. Aunque se ha informado ampliamente que el tabaquismo, el uso indebido de sustancias como el cannabis u otras drogas ilícitas y la exposición a lesiones personales autoinfligidas están ligados con el suicidio²⁹⁻³², no se encontró que el tabaquismo estuviera asociado con los comportamientos suicidas en la población estudiada. Además, la exposición a estos factores de grupos expuestos a comportamientos de riesgo, como adolescentes que sufren autolesiones físicas y comportamientos de adaptación social deficiente, induce un mayor riesgo de suicidio³³. Por lo tanto, es importante detectar personas con ideación o planificación suicida en grupos de alto riesgo, destacando el consumo de alcohol como factor vinculado al comportamiento suicida en adolescentes peruanos³².

Las muertes por suicidio pueden prevenirse. Considerando que el suicidio es una de las principales causas de mortalidad en los adolescentes, y dado que la ideación y la ideación más la planificación suicida están vinculadas con el suicidio y la prevalencia del comportamiento suicida es importante en la población escolar adolescente del Perú, las estrategias que buscan reducir los intentos de suicidio deben ser capaces de identificar a los adolescentes que presentan comportamientos suicidas. En consonancia con la propuesta de la OMS de reducir la mortalidad por suicidio en 10% para 2020, en abril de 2019 el gobierno peruano publicó la Ley de Salud Mental, afirmando que todo ciudadano tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud mental sin discriminación alguna, a que se garantice el derecho al acceso libre y voluntario a los servicios de salud mental públicos y privados, y a recibir una atención oportuna según el problema de salud mental que presente³⁴. Además, el Ministerio de Salud del Perú ha establecido a la salud mental como una de las prioridades nacionales de investigación para el período entre 2019 y 2023, para promover la generación y transferencia de conocimientos científicos y técnicos en esta área, incluida la promoción y prevención de la salud mental³⁵.

Entre las limitaciones de este estudio, su diseño transversal no permite establecer relaciones temporales entre los factores sociodemográficos estudiados y la ideación o planificación suicida. En segundo lugar, los datos de la *Global School-based Student Health Survey 2010* son autorreportados, lo que podría verse afectado por el sesgo de recuerdo y la deseabilidad social. Otro aspecto es que los datos de dicha

encuesta en Perú no contenían datos relacionados con los intentos de suicidio, lo que habría sido útil para determinar el grado de asociación entre la ideación suicida y la planificación. Además, la *Global School-based Student Health Survey 2010* no incluía datos sobre adolescentes que no asistían a escuelas públicas. Por lo tanto, los resultados son sólo representativos de los adolescentes peruanos que asisten a escuelas públicas. Finalmente, para Perú los datos más recientes de este instrumento son de 2010, lo que significa que algunos factores de riesgo asociados con los comportamientos suicidas podrían haber cambiado. Además, limita la comparabilidad de los resultados con estudios recientes sobre el suicidio y el comportamiento suicida en adolescentes peruanos. A pesar de ello, la *Global School-based Student Health Survey 2010* es una encuesta multinacional con representación nacional de estudiantes de escuelas públicas que ha generado datos desde 2003 y recopila datos sobre salud mental, permitiendo así no sólo el estudio del suicidio en varios países de ingresos bajos y medios, sino también la comparación entre ellos.

Conclusión

La ideación e ideación más planificación suicida es un problema en la población adolescente peruana, siendo las mujeres las que presentan mayor prevalencia de comportamientos suicidas.

Las estrategias contra el suicidio en la población estudiantil adolescente deben tener en cuenta la identificación de los comportamientos suicidas y factores coadyuvantes, como la falta de apoyo social (parental), el acoso (intimidación y abuso físico) y el consumo de alcohol para priorizar intervenciones en grupos con mayor riesgo.

Notas

Contribuciones de autoría

AHV: conceptualización, supervisión, metodología, conservación de datos y gestión de proyecto.

GBQ: supervisión y gestión de proyecto.

GBQ, AHV, RVF, ETL, y DDS: redacción, revisión y edición.

Agradecimientos

A la Organización Mundial de la Salud por hacer públicas las bases de datos necesarias para la realización de este estudio.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Fuentes de financiación

El presente estudio se autofinanció.

Fuente de datos

Global School-Based Student Health Survey (GSHS): <https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/perudataset/en/>

De los editores

Este trabajo fue originalmente enviado a la revista en inglés. Esta versión traducida por los autores ha sido sometida a edición técnica y de estilo por parte de la revista.

Referencias

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. WHO; 2014. [on line] | [Link](#) |
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020 WHO; 2013. [on line]. | [Link](#) |
3. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009 Sep 12;374(9693):881-92. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Uddin R, Burton NW, Maple M, Khan SR, Khan A. Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019 Apr;3(4):223-233. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016 Jan;46(2):225-36. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-54. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. 64 casos de intentos de suicidio entre escolares. Lima 2018. [on line] | [Link](#) |
8. 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 Oct-Dec;33(4):751-757. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Ministerio de Salud. Encuesta Global de Salud Escolar. Resultados – Perú 2010. 2010. [on line]. | [Link](#) |
10. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2016 May 1;94(5):340-350F. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. World Health Organization. Global school-based student health survey (GSHS) 2019. [on line] | [Link](#) |
12. Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2006;23(4):239-46. | [Link](#) |
13. Sharma B, Nam EW, Kim HY, Kim JK. Factors Associated with Suicidal Ideation and Suicide Attempt among School-Going Urban Adolescents in Peru. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Nov 20;12(11):14842-56. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. Breslau J, Gilman SE, Stein BD, Ruder T, Gmelin T, Miller E. Sex differences in recent first-onset depression in an epidemiological sample of adolescents. *Transl Psychiatry*. 2017 May 30;7(5):e1139. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
15. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Mar;113(3):180-206. | [PubMed](#) |
16. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017 Aug;143(8):783-822. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
17. Mallon S, Galway K, Hughes L, Rondón-Sulbarán J, Leavey G. An exploration of integrated data on the social dynamics of suicide among women. *Sociol Health Illn*. 2016 May;38(4):662-75. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
18. Vijayakumar L. Suicide in women. *Indian J Psychiatry*. 2015 Jul;57(Suppl 2):S233-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

19. Instituto Nacional Estadística Informática. Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2013 y 2015 (Principales Resultados) 2016 [on line]. | [Link](#) |
20. Sigurdson JF, Undheim AM, Wallander JL, Lydersen S, Sund AM. The Longitudinal Association of Being Bullied and Gender with Suicide Ideations, Self-Harm, and Suicide Attempts from Adolescence to Young Adulthood: A Cohort Study. *Suicide Life Threat Behav.* 2018 Apr;48(2):169-182. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
21. Bauman S, Toomey RB, Walker JL. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *J Adolesc.* 2013 Apr;36(2):341-50. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
22. Kim YS, Koh YJ, Leventhal B. School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics.* 2005 Feb;115(2):357-63. | [PubMed](#) |
23. Pranjić N, Bajraktarević A. Depression and suicide ideation among secondary school adolescents involved in school bullying. *Primary Health Care Research & Development.* 2010;11(4):349-62. | [CrossRef](#) |
24. Geoffroy MC, Boivin M, Arseneault L, Turecki G, Vitaro F, Brendgen M, et al. Associations Between Peer Victimization and Suicidal Ideation and Suicide Attempt During Adolescence: Results From a Prospective Population-Based Birth Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Feb;55(2):99-105. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
25. Sharma B, Lee TH, Nam EW. Loneliness, Insomnia and Suicidal Behavior among School-Going Adolescents in Western Pacific Island Countries: Role of Violence and Injury. *Int J Environ Res Public Health.* 2017 Jul 15;14(7). pii: E791. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
26. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *J Adolesc Health.* 2015 Mar;56(3):286-92. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
27. Chang EC, Chang OD, Martos T, Sallay V, Lee J, Stam KR, et al. Family support as a moderator of the relationship between loneliness and suicide risk in college students: having a supportive family matters!. *The Family Journal.* 2017;25(3):257-63. | [CrossRef](#) |
28. Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis.* 2013;34(3):164-82. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
29. Schilling EA, Aseltine RH Jr, Glanovsky JL, James A, Jacobs D. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *J Adolesc Health.* 2009 Apr;44(4):335-41. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
30. Swahn MH, Bossarte RM, Sullivent EE 3rd. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics.* 2008 Feb;121(2):297-305. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
31. Sher L, Zalsman G. Alcohol and adolescent suicide. *Int J Adolesc Med Health.* 2005 Jul-Sep;17(3):197-203. | [PubMed](#) |
32. Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2019 Apr;6(4):327-337. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
33. Thullen MJ, Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ. Suicide Ideation and Attempts Among Adolescents Engaged in Risk Behaviors: A Latent Class Analysis. *J Res Adolesc.* 2016 Sep;26(3):587-594. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
34. Republica del Perú, Presidente de la República, Congreso de la República. LEY N° 30947. Ley de Salud Mental 2019. [on line]. | [Link](#) |
35. Republica del Perú, Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA: Prioridades nacionales de investigación en salud en Perú 2019 – 2023. MINSA; 2019. [on line]. | [Link](#) |

Tabla 1. Prevalencia de comportamientos suicidas en adolescentes de escuelas públicas en los últimos 12 meses según factores sociodemográficos. GSHS Perú, 2010.

Características	Número de estudiantes	%*	Estudiantes adolescentes que experimentaron ideas suicidas		Estudiantes adolescentes que experimentaron idea-ción y planificación suicida	
			%* (IC 95%)	Valor p**	%* (IC 95%)	Valor p**
Total	2521	100	19,9 (17,8 a 22,2)		12,7 (11,1 a 14,5)	
Sexo						
Masculino	1227	50,3	12,3 (10,5 a 14,4)	< 0,001	7,0 (5,6 a 8,8)	< 0,001
Femenino	1294	49,7	27,5 (24,9 a 30,4)		18,5 (16,4 a 20,7)	
Grupos de edad (años)						
13 o menos	488	21,1	18,5 (15,1 a 22,6)	0,719	11,8 (8,8 a 15,5)	0,729
14	741	30,1	19,7 (16,2 a 23,6)		13,6 (10,7 a 17,0)	
15	858	32,7	20,1 (17,0 a 23,6)		12,2 (10,3 a 14,3)	
16 o más	434	16,1	21,5 (17,8 a 25,6)		13,3 (10,1 a 17,2)	
Apoyo parental en los últimos 30 días						
Frecuentemente/siempre	926	36,1	14,1 (12,1 a 16,5)	< 0,001	7,9 (6,5 a 9,7)	< 0,001
A veces	591	23,6	18,7 (15,6 a 22,3)		12,4 (9,7 a 15,8)	
Nunca/raramente	1004	40,3	25,7 (22,4 a 29,3)		17,1 (14,7 a 19,8)	
Soledad						
Nunca	1508	60,4	12,0 (10,0 a 14,2)	< 0,001	6,7 (5,1 a 8,8)	< 0,001
A veces/raramente	748	29,4	24,5 (22,1 a 27,1)		16,2 (13,8 a 18,8)	
Frecuentemente/siempre	265	10,2	53,2 (46,1 a 60,3)		38,1 (32,3 a 44,3)	
Seguridad alimentaria						
Nunca	1214	48,0	17,2 (14,7 a 20,1)	0,011	10,5 (8,9 a 12,3)	0,004
A veces/raramente	1236	49,1	22,2 (19,4 a 25,2)		14,3 (11,9 a 17,0)	
Frecuentemente/siempre	71	2,9	25,3 (15,8 a 37,8)		21,6 (12,8 a 34,2)	
Número de amigos cercanos						
3 o más	1665	66,1	18,8 (16,5 a 21,3)	0,238	11,9 (10,2 a 13,9)	0,402
1 – 2	722	1,6	21,6 (17,8 a 26,0)		13,9 (10,5 a 18,2)	
0	134	0,5	23,7 (16,2 a 33,3)		15,3 (9,4 a 23,8)	
Agresiones físicas en los últimos 12 meses						
0	1573	62,3	15,0 (13,0 a 17,4)	< 0,001	8,8 (7,4 a 10,5)	< 0,001
1	480	19,1	24,3 (20,7 a 28,3)		15,8 (12,2 a 20,1)	
2 o más	468	18,6	31,4 (26,6 a 36,7)		22,4 (18,6 a 26,8)	
Días de acoso en los últimos 30 días						
0	1350	53,4	12,7 (10,8 a 14,9)	< 0,001	7,6 (6,1 a 9,4)	< 0,001
1 – 2	857	34,2	24,8 (21,7 a 28,3)		15,4 (12,6 a 18,6)	
3 o más	314	12,4	37,0 (30,9 a 43,5)		27,1 (21,5 a 33,5)	
Haber fumado en los últimos 30 días						
0	2049	81,4	17,7 (15,7 a 19,8)	< 0,001	10,8 (9,3 a 12,5)	< 0,001
1 – 2	397	15,6	27,8 (22,0 a 34,5)		19,0 (14,4 a 24,6)	

3 o más	75	3,0	38,3 (28,5 a 49,2)		31,1 (20,2 a 44,5)	
Haber tomado alcohol en los últimos 30 días						
0	1765	70,5	14,7 (13,0 a 16,6)	< 0,001	8,7 (7,3 a 10,4)	< 0,001
1 – 5	551	21,6	31,4 (26,2 a 37,1)		20,0 (15,6 a 25,3)	
6 o más	205	7,9	34,0 (28,0 a 40,5)		28,0 (22,4 a 34,4)	

* Proporción ponderada que incluye los pesos y las especificaciones de la muestra de la GSHS.

** Valor p obtenido por la prueba de Chi-cuadrado.

IC: Intervalo de confianza.

GSHS: *Global School-based Student Health Survey* 2010.

Fuente: preparado por los autores a partir de los datos del estudio.

Tabla 2. Factores asociados a comportamientos suicidas en adolescentes de escuelas públicas en los últimos 12 meses. GSHS Perú 2010.

Variables	Ideación suicida*				Ideación y planeación suicida*			
	RPc (IC 95%)	Valor p	RPa [†] (IC 95%)	Valor p	RPc (IC 95%)	Valor p	RPa [†] (IC 95%)	Valor p
Sexo								
Masculino	Referencia				Referencia			
Femenino	2,24 (1,90 a 2,64)	< 0,001	2,07 (1,75 a 2,44)	< 0,001	2,64 (2,06 a 3,39)	< 0,001	2,46 (1,88 a 3,23)	< 0,001
Grupos de edad (años)								
13 o menos	Referencia		No incluido		Referencia		No incluido	
14	1,06 (0,84 a 1,34)	0,601			1,15 (0,84 a 1,58)	0,369		
15	1,09 (0,88 a 1,34)	0,420			1,03 (0,80 a 1,34)	0,794		
16 o más	1,16 (0,88 a 1,52)	0,278			1,13 (0,75 a 1,70)	0,560		
Apoyo parental en los últimos 30 días								
Frecuentemente/ siempre	Referencia				Referencia			
A veces	1,32 (1,10 a 1,59)	0,004	1,14 (0,98 a 1,32)	0,087	1,57 (1,21 a 2,04)	0,001	1,34(1,03 a 1,74)	0,029
Nunca/raramente	1,82 (1,53 a 2,16)	< 0,001	1,37 (1,21 a 1,55)	< 0,001	2,16 (1,74 a 2,68)	< 0,001	1,52 (1,22 a 1,90)	0,001
Soledad								
Nunca	Referencia				Referencia			
A veces/raramente	2,05 (1,72 a 2,44)	< 0,001	1,55 (1,30 a 1,84)	< 0,001	2,42 (1,75 a 3,33)	< 0,001	1,74 (1,24 a 2,43)	0,002
Frecuentemente/siempre	4,45 (3,61 a 5,49)	< 0,001	2,68 (2,21 a 3,25)	< 0,001	5,71 (4,12 a 7,90)	< 0,001	3,00 (2,24 a 4,03)	< 0,001
Seguridad alimentaria								
Nunca	Referencia				Referencia			
A veces/ raramente	1,29 (1,08 a 1,53)	0,006	0,95 (0,81 a 1,12)	0,549	1,36 (1,14 a 1,62)	0,001	0,95 (0,77 a 1,16)	0,593
Frecuentemente/ siempre	1,47 (0,93 a 2,31)	0,092	0,97 (0,60 a 1,57)	0,902	2,06 (1,22 a 3,50)	0,009	1,31 (0,74 a 2,31)	0,337
Número de amigos cercanos								
3 o más	Referencia		No incluido		Referencia		No incluido	
1 – 2	1,15 (0,95 a 1,39)	0,137			1,16 (0,88 a 1,55)	0,270		
0	1,26 (0,85 a 1,88)	0,240			1,28 (0,77 a 2,14)	0,328		
Agresiones físicas en los últimos 12 meses								
0	Referencia				Referencia			
1	1,62 (1,35 a 1,94)	< 0,001	1,33 (1,10 a 1,60)	0,004	1,78 (1,39 a 2,29)	< 0,001	1,41 (1,08 a 1,84)	0,015
2 o más	2,09 (1,74 a 2,52)	< 0,001	1,49 (1,28 a 1,74)	< 0,001	2,54 (2,00 a 3,23)	< 0,001	1,69 (1,34 a 2,14)	< 0,001
Días de acoso en los últimos 30 días								
0	Referencia				Referencia			
1 – 2	1,95 (1,62 a 2,35)	< 0,001	1,38 (1,15 a 1,67)	0,001	2,01 (1,54 a 2,63)	< 0,001	1,29 (0,99 a 1,69)	0,058
3 o más	2,91 (2,37 a 3,59)	< 0,001	1,55 (1,25 a 1,92)	< 0,001	3,55 (2,68 a 4,71)	< 0,001	1,61 (1,28 a 2,05)	< 0,001

Haber fumado en los últimos 30 días

0	Referencia				Referencia				
1 – 2	1,57 (1,25 a 1,99)	< 0,001	1,14 (0,90 a 1,43)	0,263	1,76 (1,32 a 2,34)	< 0,001	1,18 (0,91 a 1,54)	0,200	
3 o más	2,17 (1,63 a 2,88)	< 0,001	1,31 (0,97 a 1,78)	0,075	2,87 (1,88 a 4,39)	< 0,001	1,45 (0,92 a 2,28)	0,103	

Haber bebido alcohol en los últimos 30 días

0	Referencia				Referencia				
1 – 5	2,13 (1,73 a 2,62)	< 0,001	1,74 (1,44 a 2,11)	< 0,001	2,29 (1,67 a 3,15)	< 0,001	1,81 (1,32 a 2,49)	0,001	
6 o más	2,30 (1,88 a 2,82)	< 0,001	1,69 (1,38 a 2,07)	< 0,001	3,22 (2,44 a 4,24)	< 0,001	2,22 (1,63 a 3,03)	< 0,001	

* Todos los análisis incluyen los pesos y las especificaciones de la muestra de la GSHS.

¶ Ajustado para todas las variables mostradas en la columna de características que obtuvieron un valor p inferior a 0,2 en el análisis crudo.

GSHS: *Global School-based Student Health Survey* 2010.

RPc: razón de prevalencia cruda.

RPa: razón de prevalencia ajustada.

IC: intervalo de confianza.

Fuente: preparado por los autores a partir de los datos del estudio.

Correspondencia a
Universidad San Ignacio de Loyola
550 La Fontana
Av. La Molina 00012
Lima
Perú



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.