

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Factores asociados al riesgo suicida en adultos de una zona
rural de Jauja al final de la pandemia por COVID-19, 2022**

Jazmin Valery Egas Llacza
Luis Francisco Villasante Mesia

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

DEDICATORIA

A mis maravillosos padres y mejores amigos, Nancy y Javier, a mi prima Ruth, a mi tía Ana y a mi primo Carlos, personas más cercanas a mí, que me cuidaron y que también me forjaron como la persona que soy. Agradezco por su formación con reglas, valores y libertades que hicieron que desarrolle mi carácter, pero al final de cuentas motivándome y sobre todo apoyándome incondicionalmente para alcanzar mis anhelos. Dedico cada día de mi vida a ustedes.

Jazmín

A Dios, y luego a todas las personas que me han apoyado y que han hecho todo lo posible para que el trabajo se realice.

A mi familia, sobre todo a mis padres, amigos y personas especiales en mi vida. No me puedo sentir más feliz con la confianza puesta en mí, especialmente cuando he contado con su apoyo desde que tengo memoria.

Este nuevo logro es, en parte, gracias a ustedes, concluyendo con éxito un proyecto que pudo parecer una tarea titánica e imposible.

A ustedes, personas de bien, que ofrecen bienestar y amor.

Luis

AGRADECIMIENTOS

Incondicionalmente al Mg. Erick Osorio, por su apoyo y sencillez, a los grandes maestros que me guiaron a través de este largo pero gratificante camino, a mis buenos compañeros con quienes compartimos grandes momentos, apoyándome y motivándome en momentos cruciales.

Jazmín

A mi padre, Hugo Villasante, quien fue mi apoyo incondicional en cada paso que di en la formación de mi profesión como médico cirujano.

A mis hermanos, Mario y Nora Villasante, motivos de mi fortaleza y, sobre todo, agradezco con especial cariño a mi madre difunta, Clara Mesia, quien fue mi inspiración en este corto camino.

A todos los médicos, mentores, amigos y profesionales de la salud que me brindaron sus conocimientos y consejos en este periodo de aprendizaje.

Luis

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción	xii
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. Delimitación de la investigación	14
1.1.1. Delimitación territorial	14
1.1.2. Delimitación temporal.....	14
1.1.3. Delimitación conceptual.....	14
1.1.4. Delimitación práctica	15
1.2. Planteamiento del problema.....	15
1.3. Formulación del problema	18
1.3.1. Problema general.....	18
1.3.2. Problemas específicos	18
1.4. Objetivos de la investigación	18
1.4.1. Objetivo principal.....	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	18
1.5. Justificación de la investigación.....	18
1.5.1. Justificación teórica.....	18
1.5.2. Justificación práctica	19
1.5.3. Justificación metodológica	20
1.5.4. Importancia.....	20
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes de la investigación	21
2.1.1. Antecedentes internacionales	21
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	23
2.2. Bases teóricas	25
2.2.1. Teoría sociológica	25
2.2.1.1. Teoría sociocultural.....	25

2.2.2.	Teoría psicológica	25
2.2.2.1.	Teoría cognitiva.....	25
2.2.2.2.	Teoría psicoanalítica del suicidio	25
2.2.2.3.	Teoría interpersonal - psicológica del suicidio.....	25
2.2.2.4.	Modelo integrado motivacional volitivo	26
2.2.2.5.	Teoría de tres pasos	26
2.2.3.	Teoría fisiopatológica del suicidio	27
2.2.3.1.	Alteración del eje hipotálamo - pituitario adrenal	27
2.2.3.2.	Alteración del sistema serotoninérgico.....	27
2.2.3.3.	Alteración del sistema noradrenérgico	28
2.2.3.4.	Alteración del sistema dopaminérgico	28
2.2.4.	Factores asociados al suicidio	28
2.2.5.	Escala de riesgo suicida de Pultchick.....	30
2.3.	Definición de términos básicos	31
2.3.1.	Conducta suicida	31
2.3.2.	Ideación suicida.....	31
2.3.3.	Suicidio.....	31
2.3.4.	Intento de suicidio	32
2.3.5.	Autolesiones	32
2.3.6.	Deseos de muerte.....	32
2.3.7.	Plan suicida	32
2.3.8.	Comportamiento suicida preparatorio	32
2.3.9.	Intento de suicidio abortado	32
2.3.10.	Intento de suicidio interrumpido	32
2.3.11.	Comunicación suicida	32
2.3.12.	El riesgo suicida	33
2.3.13.	Depresión	33
2.3.14.	Ansiedad.....	33
CAPÍTULO III.....		34
HIPÓTESIS Y VARIABLES.....		34
3.1.	Hipótesis de la investigación.....	34
3.1.1.	Hipótesis general	34
3.1.2.	Hipótesis específicas	34
3.1.2.1.	Hipótesis nula	34
3.1.2.2.	Hipótesis alternativa	35
3.2.	Identificación de variables	35
3.2.1.	Operacionalización de variables.....	35

3.2.1.1. Variable independiente.....	35
3.2.1.2. Variables dependientes.....	35
3.3. Definición operacional de variables.....	36
CAPÍTULO IV.....	40
METODOLOGÍA.....	40
4.1. Método, tipo y nivel de investigación.....	40
4.1.1. Metodología de la investigación.....	40
4.1.2. Tipo de investigación.....	40
4.1.2.1. Según la interpretación del investigador.....	40
4.1.2.2. Según la planificación de toma de datos.....	40
4.1.2.3. Según el número de ocasiones en las que se mide la variable de estudio	40
4.1.2.4. Según el número de variables asociadas.....	41
4.1.3. Nivel de investigación.....	41
4.2. Diseño de la investigación.....	41
4.3. Población y muestra.....	41
4.3.1. Población.....	41
4.3.2. Muestra.....	42
4.3.2.1. Unidad de análisis.....	42
4.3.2.2. Muestreo.....	42
4.3.2.3. Criterios de selección.....	43
4.4. Técnica de recolección de datos.....	43
4.4.1. Técnica.....	43
4.4.2. Instrumento de recolección de datos.....	43
4.4.2.1. Diseño.....	43
4.4.2.2. Confiabilidad.....	44
4.4.2.3. Validez.....	44
4.5. Procedimiento de la investigación.....	44
4.5.1. Análisis de datos.....	44
4.6. Consideración ética.....	45
CAPÍTULO V.....	46
RESULTADOS.....	46
5.1. Descriptivo.....	46
5.1.1. Datos generales.....	46
5.2. Analítico.....	49
5.2.1. Bivariado.....	49
5.2.2. Multivariado.....	51

CAPÍTULO VI.....	53
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	53
6.1. Prevalencia	53
6.2. Factores demográficos	54
6.3. Factores económicos	55
6.4. Factores familiares	55
6.5. Factores personales	56
Conclusiones	58
Recomendaciones	60
Lista de referencias	62
Anexos	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición operacional de las variables de riesgo suicida y de los factores asociados evaluados en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en el 2022	36
Tabla 2. Definición operacional de las variables de la escala de riesgo de Plutchick evaluadas en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en 2022	38
Tabla 3. Piloto del tamaño muestral	42
Tabla 4. Características generales de la población rural de Jauja, parte de la serranía del centro del Perú.....	47
Tabla 5. Porcentaje de las preguntas del test del riesgo suicida de Plutchik en pobladores de una zona rural de Jauja, parte de la serranía del centro del Perú.....	48
Tabla 6. Análisis bivariado del riesgo suicida en la población rural de Jauja, parte de la serranía del centro del Perú.	50
Tabla 7. Modelos crudos y ajustados de las variables asociadas al riesgo suicida en la población rural de Jauja, parte de la serranía del centro del Perú	52
Tabla 8. Matriz de consistencia	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ubicación geográfica del distrito de Sincos y provincia de Jauja.	14
Figura 2. Diseño de investigación relacional simple	41
Figura 3. Densidad poblacional de acuerdo con los puntajes del riesgo suicida en la población rural de Jauja, parte de la serranía del centro del Perú	49
Figura 4. Vacunación contra el Covid-19, 2022, primera recolección	84
Figura 5. Vacunación contra el Covid-19, 2022, primera recolección	85
Figura 6. Vacunación contra el Covid-19, 2022, segunda recolección.....	86
Figura 7. Vacunación contra el Covid-19, 2022, segunda recolección.....	87
Figura 8. Vacunación contra el Covid-19, 2022, tercera y cuarta recolección	87
Figura 9. Vacunación contra el Covid-19, 2022, tercera y cuarta recolección	88
Figura 10. Vacunación contra el Covid-19, 2022, quinta recolección.....	89
Figura 11. Vacunación contra el Covid-19, 2022, quinta recolección.....	90

RESUMEN

Introducción: el riesgo suicida es una conducta multicausal presente en toda la historia, incluyendo a todas las sociedades y sin discriminar las edades. Por esta razón se convierte en un problema importante de salud pública, generando millones de muertes a nivel mundial. **Objetivo:** determinar los factores asociados al riesgo suicida que afectan a los adultos de una población de una zona rural del distrito de Jauja. **Metodología:** se realizó una investigación transversal analítica en un distrito de Jauja, teniendo como población a adultos entre 18 y 65 años que accedieron a participar del estudio. Se aplicó la encuesta «Escala de riesgo suicida Plutchik» que mide el riesgo suicida en una persona. Tras el filtrado de calidad y digitación de la información se efectuó el análisis estadístico generado por el programa Stata Software. **Resultados:** de los 520 adultos encuestados en su mayoría, el 78.27 % no presentó riesgo suicida a comparación del resto de encuestados, 21.73 %, presentó riesgo suicida y estar en peligro de poder cometerlo. **Discusión:** se encontró entre los encuestados un bajo porcentaje de personas que tienen riesgo suicida, a quienes se les debe de dar mayor atención y, sobre todo, brindar una asesoría psicológica o psiquiátrica para poder prevenir sucesos catastróficos. También se deben implementar mejores planes de intervención.

Palabras claves: adulto, factores de riesgo de conducta suicida, intento de suicidio
riesgo suicida, suicido

ABSTRACT

Introduction: suicidal risk is a multicausal behavior present throughout history, including in all societies, and without discriminating ages. For this reason, it becomes a major public health problem generating millions of deaths worldwide. **Objective:** to determine the factors associated with suicide risk that affect adults in a population of a rural area of the district of Jauja. **Methodology:** an analytical cross-sectional investigation was conducted in a district of Jauja, with adults between 18 and 65 years of age who agreed to participate in the study as a population. The survey "Plutchik Suicide Risk Scale" was applied, which measures the suicidal risk in a person. After filtering the quality and typing of the information, the statistical analysis generated by the Stata Software program was conducted. **Results:** of the 520 adults surveyed, the majority, 78.27%, did not present a suicidal risk compared to the rest of the respondents, 21.73%, who presented a suicidal risk were in danger of being able to commit it. **Discussion:** a low percentage of people who are at risk of suicide were found among those surveyed, who should be given more attention and provide psychological or psychiatric cocounseling prevent catastrophic events. Better intervention plans must also be implemented.

Keywords: adult, risk factors for suicidal behavior, suicide, suicide attempt, suicide risk

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida y el acto de suicidio *per se* es un fenómeno que posee muchas causas y variantes. Esta conducta a lo largo de la historia ha estado presente afectando a todas las sociedades, razas, sexos y edades.

Esta acción resuena, sobre todo, en la vida de los allegados que se ven afectados profundamente a nivel social, emocional y económicamente, y sin poseer ningún tipo de discriminación, ha tenido una gran repercusión sobre la salud pública, siendo considerado ahora como un problema socio-sanitario, generando muchas muertes y discapacidades a nivel mundial y repercutiendo en un mayor gasto económico e inversión para el aseguramiento y recuperación de las personas que cometen estos actos y, también, para el reconocimiento y detección de los sujetos en riesgo. En consecuencia, este problema tan grave debe ser considerado por las autoridades, por la sociedad y ante todo por el personal de salud.

El 31 de diciembre del 2019 fue notificado el primer caso de Covid-19 en la ciudad de Wuhan - China y el 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara pandemia por Covid-19 debido al excesivo número de casos registrados en 112 países fuera de China (1). El virus llega al Perú el 5 de marzo del 2022, siendo reconocida la infección por este patógeno en una persona que tenía un historial de viaje por España, Francia y República Checa (2).

La llegada de esta enfermedad modificó muchas normativas dentro del Perú para fomentar el distanciamiento social y el aislamiento de las personas, para así evitar el contagio y expansión de este virus. Estas pautas generaron una alerta y preocupación basándose en las posibles consecuencias que podría ocasionar este confinamiento, pudiendo repercutir en el aumento de actos de suicidios a nivel mundial. El gran miedo que produjo la inmersión del coronavirus, tanto en su contagio como en su letalidad, afectó a todos los ciudadanos, generando gran incertidumbre y pánico.

La duda de no saber qué es lo que va a pasar, el temor de enfermarse, morir, perder el trabajo, aislamiento, el aumento de violencia familiar y el miedo de recibir falsa información fueron situaciones a las que la mayoría de las personas estaban expuestas, originando hechos de estrés durante la pandemia, que afectó en la población, la capacidad de salir adelante, viéndose esto hasta hoy.

Esta investigación está basada en el estudio y valoración del riesgo suicida en los pobladores adultos de una zona rural de Jauja. Este estudio es importante, ya que ayudará a identificar la prevalencia y cuáles son los factores de la conducta suicida que se presentan en dicha población, asimismo, a contribuir en la identificación de debilidades y flaquezas de la prevención y estrategias de salud.

El objetivo general del estudio que se planteó es caracterizar el riesgo suicida e identificar, los factores asociados al riesgo suicida en adultos mayores de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en el 2022, orientado en la valoración de acuerdo con las siguientes dimensiones: estado civil, solvencia económica, consumo de drogas o sustancias alucinógenas y antecedente de tratamiento psicológico o psiquiátrico.

La investigación busca lograr despertar el interés por mejorar las estrategias y prevención en el riesgo suicida en los pobladores de dicha comunidad rural. Todo ello en beneficio y en esperanza de obtener garantía, tanto para estas personas que poseen este peligro como para el establecimiento de salud que brinda el apoyo y atención a los pobladores.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Delimitación de la investigación

1.1.1. Delimitación territorial

El estudio se desarrolló en el distrito de Sincos, perteneciente a uno de los 34 distritos de la provincia de Jauja, dentro del departamento de Junín. Este territorio engloba una superficie de 236,74 km² y se encuentra a una altura de 3500 m s. n. m. y cuenta con una población de 4056 habitantes (3).

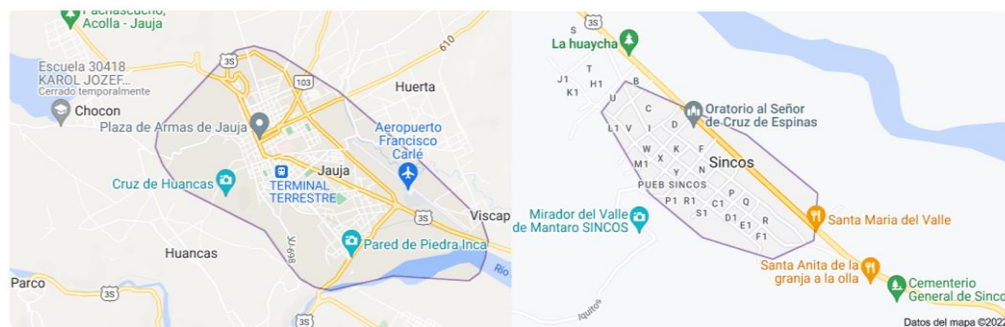


Figura 1. Ubicación geográfica del distrito de Sincos y provincia de Jauja. Tomada de Google Maps

1.1.2. Delimitación temporal

La toma y recolección de datos se realizó en el 2022 durante los meses de enero a junio, periodo incluido en la emergencia sanitaria por Covid-19, determinado por el Estado peruano mediante el Decreto Supremo N.º 003-2022-SA (4).

1.1.3. Delimitación conceptual

La presente investigación tiene un alcance no experimental, transversal y

relacional, puesto que estudia la relación de los factores generales y el riesgo de suicidio que poseen los pobladores adultos del distrito de Sincos.

1.1.4. Delimitación práctica

Los resultados de la presente investigación permitirán identificar aquellos factores generales a los que el poblador adulto está propenso a poseer y que lo predispone a sufrir de algún riesgo de suicidio y así generar, principalmente, la difusión de la información dentro de los trabajadores y jefes del establecimiento de salud, así como de sus directivos para la toma de decisiones en favorecimiento de la prevención y promoción de la salud.

1.2. Planteamiento del problema

Se tiene muy en claro que el suicidio consumado y su intento son acciones devastadoras que suceden de forma imprevista, por lo tanto, no se puede predecir de una forma certera, pero es muy útil comprender que pone en peligro a una persona y afecta indirectamente a sus allegados y la comunidad (5).

La Real Academia Española (RAE) define como suicidio del latín *suicidium*, *sui* - de sí mismo y *cidium* - acción de matar, considerándolo como el acto voluntario de una persona para ponerle fin a su existencia (6). La OMS define el suicidio como un acto deliberado, iniciado y llevado a cabo con el conocimiento o perspectiva de que el resultado final será la muerte; en cambio, un intento de suicidio es un acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que puede o no tener esta como resultado, pudiendo generar lesiones graves. También, la OMS considera el riesgo suicida como la probabilidad de que una persona pueda intentar quitarse la vida (5).

En la actualidad, este hecho es considerado como un problema de salud pública muy importante, pero muchas veces descuidado, lleno de estigmas, mitos y tabúes (5). Anualmente, se considera que a nivel mundial cerca de 703 000 personas se arrebatan la vida y una cifra mucho mayor intentan hacerlo (5). Esta cifra corresponde a 1 de cada 100 muertes (7) o a una muerte cada 40 segundos (8). Se tiene en cuenta que el suicidio sigue siendo una de las causas principales de muerte en el mundo, publicada en el *Suicide Word Wide* por la OMS en el 2019 (9).

Incluso se ha visto que se pierden más vidas por suicidio que por la infección del virus

de inmunodeficiencia humana (VIH), cáncer de mama, paludismo o incluso por muertes en la guerra o por causa de homicidios. También se considera que, entre los jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio encaja en la cuarta causa de muerte detrás de los traumatismos por accidente, tuberculosis y violencia interpersonal (7).

La tasa de suicidio varía de acuerdo con los países, regiones o incluso entre hombres y mujeres, teniendo una tasa de 1.2 por 100 000 en África, 10.5 por 100 000 en Europa, 10,2 por 100 000 en Asia sudoriental en el 2019. Se halló que la tasa había disminuido en los últimos 20 años en un 36 % a comparación de América, donde la tasa se vio aumentada en un 17 % teniendo como factor importante la no implementación o el mal desarrollo de los programas de prevención (10; 9). En la actualidad, la tasa de suicidio en el Perú se mantiene desde el 2019 en un 2.9 por 100.000 según el Banco Mundial (10).

Se estima que un aproximado de 79 % de los suicidios es realizado por los hombres y la tasa de suicidio ajustada por edad es tres veces mayor en varones que en mujeres (11). Se estima que más del doble de varones se suicidan (12.6 hombres y 5.4 mujeres por 100 000 habitantes) y que estas tasas poseen una variación para los varones en países de altos ingresos (16.5 por 100 000) y en la mujeres en países de bajos ingresos (7.1 por 100 000), por ello, esta es una variable importante en las investigaciones (7).

Se toma en cuenta que, dentro de los factores que influyen en el desarrollo del acto suicida en personas del sexo masculino se tienen a la dependencia a alucinógenos o alcohol, antecedentes de enfermedades psiquiátricas y no contar con pareja (12).

Dentro de los grupos de riesgo existe un vínculo muy marcado entre el suicidio y los trastornos mentales (sobre todo, la depresión y el consumo de bebidas alcohólicas) en los países de ingresos altos. Entre otras situaciones, este acto se comete de forma impulsiva al no poder afrontar las tensiones de la vida como los problemas económicos, rupturas amorosas, dolores crónicos o por enfermedades, etc. (5; 13). La depresión es el trastorno mental más común (5 % de todos los adultos, lo padecen) siendo la causa principal de discapacidad y de morbilidad a nivel mundial (14).

Existen también otros factores de riesgo relativo que incluyen el aislamiento geográfico y social, acceso deficiente de atención en salud, falta de empleo y dependencia a narcóticos (15). Además, se ha demostrado que vivir en conflicto, catástrofes, violencia, abuso

de todo tipo, pérdida de seres queridos pueden generar conductas suicidas. Al igual que pertenecer a grupos vulnerables (refugiados o migrantes, homosexuales, reclusos, etc.) presentan altas tasas de intento de suicidio. Pero es ya considerado al intento previo de suicidio como el primer factor de riesgo a nivel mundial (5).

Se está frente una situación que reta a todas las personas, particularmente a aquellas que poseen situaciones de vulnerabilidad y problemas de salud mental (16; 14). Desde que la OMS declaró al Covid-19 como pandemia, en marzo del 2020, más individuos a nivel mundial experimentaron pérdidas de familiares y seres queridos, sufrimiento, depresión y estrés (11). Durante todo este periodo se evidenció un aumento en el número de suicidios y, además, se sospechó una relación entre el mecanismo inmunitario frente al SRAS-CoV2 con el aumento del riesgo suicida, aunque no se poseen datos concretos (17).

Se considera que los suicidios son prevenibles con una intervención oportuna, basada en evidencia y de bajo costo económico (18). En junio del 2021, la OMS publicó *Live Life* (vivir la vida) que es una guía de cuatro intervenciones clave para prevenir el suicidio a nivel mundial. Cuenta con un enfoque multisectorial para llegar a involucrar a la sociedad y a las partes interesadas en un esfuerzo de colaboración para la prevención del suicidio (19). A pesar de ello, el tercer informe regional de mortalidad por suicidio, que fue publicado en marzo del 2021, indica que este problema sigue siendo un tema muy importante de la salud pública, sobre todo, en las regiones de América (20).

Todos estos actos son considerados como tragedias que no solo afectan a los protagonistas, sino también a los familiares, comunidad, al país y al Estado (5). Por lo tanto, la prevención no solo es exclusiva del sistema sanitario, también incluye a muchos agentes (educativo, familiar, social, etc.) que deben de abordarlo de forma correspondiente entre todos los sectores implicados (21).

Esta prevención debe ser basada según la publicación de la OMS - *Live Life* centrada en cuatro estrategias (limitar a accesos de suicidios como plaguicidas o armas de fuego, fomentar medios de comunicación, fomentar competencias socioeconómicas y detección temprana de pensamientos y comportamiento suicida) y así poder contribuir en el número de conductas suicidas (11).

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados al riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022?

1.3.2. Problema específico

¿Cuál es la prevalencia del riesgo suicida con los adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo principal

Determinar los factores asociados al riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en el 2022.

1.4.2. Objetivos específicos

- 1) Determinar la prevalencia del riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en 2022.
- 2) Determinar la asociación del riesgo suicida con los factores demográficos en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en 2022.
- 3) Determinar la asociación entre los factores económicos y riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en 2022.
- 4) Determinar la asociación entre los factores familiares y riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en 2022.
- 5) Determinar la asociación entre los factores personales y riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en 2022.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

El suicidio de una persona se considera una pérdida invaluable, por ende, constituye un gran problema que está muy presente en la sociedad, este puede estar

influenciado por múltiples factores sobre los que se tiene poco conocimiento y en muchos casos tienen un subregistro en el Perú. Actualmente, existen escasos estudios sobre este problema, pero dentro de los encontrados, los factores de riesgo más resaltantes son la depresión y consumo de sustancias (22; 26).

En el último censo sobre el suicidio, registrado a nivel mundial, mostró que en el 2018 el Perú presentó un aproximado de 520 fallecidos registrados por suicidio, incluyendo 157 mujeres y 371 hombres, obteniendo una tasa de 1.6 muertes por 100 000 habitantes (27). A nivel regional, en 2018, se presentaron 21 casos de suicidios en el departamento de Junín (28).

Al analizar la estadística del sistema de egresos y emergencias del hospital Domingo Olavegoya, ubicado en la provincia de Jauja, durante 2021 y 2022, se puede advertir que, se produjeron un total de 35 y 46 intentos de suicidio anuales respectivamente (29) y según el Sinadef (Sistema Informático Nacional de Defunciones) en los últimos 5 años de los 40 casos de suicidio registrados en los 34 distritos que conforman la provincia de Jauja. El distrito de Sincos registró 7 de ellos, siendo casi 7 veces más frecuente que en la mayoría de los distritos y convirtiéndolo en el distrito con más casos de suicidio registrados en esta provincia (30).

De este suceso proviene el interés en abarcar esta problemática, y proponer soluciones para esta población. Analizar el riesgo suicida de esta muestra brindará un mejor panorama de los factores de riesgo de suicidio y el porqué de la diferencia entre el distrito de Sincos y los demás distritos. El resultado de este estudio proporciona una mirada a la realidad que podrían compartir muchas poblaciones en nuestro país, con lo que, se puede evidenciar el porcentaje de riesgo de suicidio que presenta una de las zonas más pobres del Perú.

1.5.2. Justificación práctica

Al analizar los datos recolectados se pudo reconocer cuáles son los factores principales que favorecen al desarrollo del riesgo suicida y el porcentaje en esta población estudiada. Y a la vez, los resultados de esta investigación serán entregados a la dirección del centro de salud de Sincos, provincia de Jauja, para la futura aplicación de estrategias de prevención que beneficie a la población total que forma parte del distrito de Sincos.

Este estudio aspira a ser una aproximación a este problema para las autoridades y profesionales de salud y de la educación, de modo que puedan conocer este fenómeno que está sucediendo en este distrito. Asimismo, este estudio sentará las bases para evidenciar el porcentaje de riesgo de suicidio que presenta una de las zonas más pobres del Perú y con esto abrir las puertas a futuras investigaciones en más poblaciones peruanas.

1.5.3. Justificación metodológica

Este estudio se apoyó en la escala de riesgo suicida de Plutchik, que, al crearla, los autores decidieron que debía contener datos relevantes como desencadenantes, entre los que se encuentran: antecedentes de intentos de suicidio, impulsos y planes dirigidos hacia la autodestrucción, sentimientos de desesperanza, depresión, medicación frecuente, tanto psiquiátrica como de cualquier otra patología, entre otras (31).

Se tuvo como resultado que esta prueba era confiable para discriminar la presencia de indicios suicidas y de ausencia de estos en pacientes de a pie (32; 12). Además, en 2015 se expone que funciona como instrumento válido y con alta confiabilidad (33), para evaluar el riesgo suicida, por lo que ha sido usada en diversas investigaciones y tesis en el territorio peruano (34 - 37). Con esta encuesta se espera registrar y analizar los datos obtenidos de la muestra y contrastar con los porcentajes nacionales y mundiales.

1.5.4. Importancia

Esta investigación se considera de importancia debido a la realidad que atraviesa actualmente el Perú en esta época de pandemia por Covid-19, sobre todo en Sincos, distrito rural de Jauja, por sus antecedentes frente al suicidio y la poca investigación alrededor de este tema. Por lo que, este estudio servirá para estimar la prevalencia y presencia de factores de riesgo suicida en pobladores del distrito ya mencionado y con esto tener bases y registros estadísticos para ayudar a enfrentar estos casos de gran importancia en la salud mental y pública.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

En el estudio titulado «*Categorización rutinaria del riesgo de suicidio en estratos procesables: establecimiento de la validez de un marco de evaluación del riesgo de suicidio existente en una muestra de pacientes ambulatorios*», se concluye que un médico debe ejecutar la valoración del riesgo de suicidio y así poder uniformar el diagnóstico y manejo de forma oportuna en dolientes de manera ambulatoria (38).

En el artículo «*Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en residentes de residencias de mayores en edad laboral de nuevo ingreso*» (39), se encontró que el 1,27 % intentó quitarse la vida. Los motivos para decidir esto son: ser menores de edad, hospitalizaciones previas por patologías médicas o mentales, tener alguna percepción de su propio detrimento o daño moral, dolencias, rehusarse a tener atenciones por personal de salud o diagnóstico de enfermedades mentales concomitantes. Se tiene como conclusión que no solo un diagnóstico de patología mental es necesario para que se haga una evaluación continua de riesgo de suicidio en los miembros de asilos en edad laboral recién ingresados (39).

En el estudio «*Una revisión sistemática de la conducta suicida en hombres: una síntesis narrativa de los factores de riesgo*» (12), se incluyó 105 estudios elegibles. Donde se encontró que los factores de riesgo más importantes en los hombres son: el alcoholismo, el uso / adicción de drogas; encontrarse soltero, divorciado o viudo, y ser

diagnosticado con depresión. En otros estudios, la evidencia fue más consistente con los factores sociodemográficos, salud física o mental y situaciones de riesgo de la vida. Se concluye que muchos factores pueden interactuar y cambiar las correlaciones a lo largo de la vida de una persona (12).

Del estudio «*Identificar los factores de riesgo clínicos que se correlacionan con los intentos de suicidio en pacientes con un primer episodio de trastorno depresivo mayor*». Este estudio revela que como factores asociados a intentos de suicidio reciente se tienen el incremento en la exaltación, la irritabilidad, la ansiedad, la depresión y la elevación de hormona tiroidea libre. Sin embargo, los intentos reiterados de suicidio se asocian a la falta de pareja, grados elevados de ansiedad, irritabilidad, etc. Por lo tanto, no solo el diagnóstico de trastorno depresivo mayor es importante como factor de riesgo para los intentos de suicidio, también lo son los antecedentes médicos y demográficos (40).

En el estudio «*Factores de riesgo de conducta suicida de inicio preadolescente en una muestra de jóvenes de alto riesgo*», los resultados indican que contar con un diagnóstico de depresión es el factor más grande que se puede usar para predecir un comportamiento suicida. En estos casos, el riesgo es 3 veces más en individuos en la etapa de prepubertad. Con respecto al diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como antecedente, ser mujer y la ideación suicida fueron los mejores indicadores en el riesgo en adolescentes (41).

En una revisión de artículos «*Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes*», elaborada por la escuela médica y psicológica de la universidad de Caldas en Colombia y publicada el 14 de diciembre del 2018, que obtuvo información de diferentes países del mundo como Australia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, España, EE. UU., México, Portugal y Taiwán (42).

El estudio encontró que la ideación suicida a nivel mundial oscila entre un 10 % a 35 % y que el intento suicida esta entre un 5 % a 15 %, también se evidenció que los jóvenes que estudian, tienen menor riesgo que los jóvenes que no lo hacen, de igual manera, se observó que los factores asociados al intento e ideación suicida se clasifican en cuatro grupos: emociones negativas y factores estresantes, interacciones interpersonales, familiares y conyugales, factores biopsicosociales y problemas

laborales o de desigualdad social. Finalmente, concluyó que la depresión, ansiedad y trastornos mentales son factores que aumentan el riesgo de ideación e intento suicida (42).

2.1.2. Antecedentes nacionales

El estudio «*Factores asociados a ideación suicida en pacientes de un hospital de Perú*» (26) realizado del mes de enero a febrero del 2022, donde se encuestó a 201 pacientes que acudieron a la atención de consultorios externos del hospital María Auxiliadora. Esta investigación menciona que la salud mental es parte integral de la existencia del ser humano, ya que, si es influenciado por diversos factores tanto sociales como psicológicos o biológicos que afecta negativamente a la persona, puede terminar en trastornos mentales, como la ansiedad o depresión, o conllevar a ideaciones suicidas, o mucho peor, al mismo suicidio (26).

También este estudio refiere que la pobreza aumenta el riesgo suicida y que los factores individuales, familiares y sociales son los más frecuentes y considera que el factor de riesgo más importante es el intento de suicidio previo no consumado. Como resultados importantes concluyó que, de los 201 pacientes entrevistados el 76.1 % (153) eran de sexo femenino, el 68.2 % (137) estaban casados o convivían con su pareja, el 51 % (103) o más de la mitad provenían de la ciudad de Lima, 83 % recibió tratamiento psiquiátrico por más de un año, 46.3 % consumía alcohol, 26.4 % consumía tabaco y 18 % drogas (26).

De igual manera, se observó que del total, 46 encuestados (22 %) presentaron pensamientos suicidas a lo largo de su vida y, de estos, la mayoría eran de sexo femenino 58.7 %, 58.7 % eran solteros y 69.7 % eran de Lima. Esta publicación concluyó que el consumo de estimulantes o drogas se asoció con la ideación suicida en los pacientes entrevistados del servicio de consultorios externos del hospital María Auxiliadora (26).

En otro estudio «*Prevalencia y factores asociados a conductas suicidas en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú*» (43), se tomó una muestra de 1819 estudiantes y se usó para la recolección de datos de encuestas nacionales de salud mental validadas el 2002 y 2012, escalas de depresión y ansiedad de Zung y el cuestionario de CAGE para el alcoholismo. Los autores mencionan que el

22 % de la muestra tuvo ideas de suicidio y que el 11 % ha intentado quitarse la vida. Los mecanismos más frecuentes, empleados para el acto, fueron cortarse las venas y medicación, los dos juntos representan el 29 % seguidos de la estrangulación con un 21 % (43).

Respecto al desencadenante, el 39 % de la muestra refiere conflictos con sus progenitores, el 30 % por dificultades de aprendizaje, el 20 % por problemas amorosos, 18 % por problemas económicos. También se observó un grupo donde no se especificó al causante, representando un 10 % de la población (43).

Se encontró que el 8 % pertenece a féminas con ideas suicidas que en los últimos 3 meses dio a luz o sufrió un aborto. Otro dato importante es que una pequeña fracción, 16 %, solicitó ser atendida por un profesional de la salud, mientras tanto un 22 % buscó ayuda de parientes o amigos y el 62 % no le comentó a ninguna persona. También del grupo que intentó suicidarse, el 46 % mencionó que resolvió el problema desencadenante y que un 21 % de estos volvería a intentar suicidarse (43).

El estudio «*Emergencias psiquiátricas en niños y adolescentes: relación entre características clínicas y demográficas*» realizado entre 2014 y 2015 con un total de 2.187 pacientes psiquiátricos. Cuyo objetivo fue determinar una relación entre las variables clínicas y demográficas en pacientes menores de 18 años atendidos en emergencia psiquiátrica del hospital Hermilio Valdizán, Lima, Perú (44).

Se demostró que, del total de atendidos en emergencias psiquiátricas de dicho hospital, se presentó que el 13 % (285) eran pacientes pediátricos, entre 12 a 17 años, en su mayoría. La muestra estuvo conformada por 171 (60 %) féminas y 114 (40 %) hombres, quienes tuvieron como causantes más usuales la heteroagresividad (28.9 %), alucinaciones (13.7 %), irritabilidad (11.9 %) y autoagresividad (10.9 %). La ideación suicida se evidenció solo en el grupo de féminas en un 9.1 %. Se concluyó con el estudio que la heteroagresividad fue la causa más frecuente y que el sexo femenino tuvo mayor índice de ideación suicida, al igual que trastornos del ánimo y depresión (44).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría sociológica

2.2.1.1. Teoría sociocultural

En esta teoría se plantea que los hechos sociales deben estudiarse como realidades externas al individuo (45). De Durkheim se puede concluir que:

- El suicidio progresa a la par de la ciencia (46; 47).
- El hombre se mata porque la sociedad a la que pertenece se desintegró (46; 47).
- El suicidio es inversamente proporcional al grado en el que se pierde la cohesión de los grupos sociales de los que forma parte el individuo (46; 47).
- La religión es un factor protector sobre el suicidio, porque constituye una sociedad (46; 47).

2.2.2. Teoría psicológica

2.2.2.1. Teoría cognitiva

Esta teoría postulada por Beck se enfoca en visiones negativas que forman la tríada cognitiva de Beck sobre sí mismo, el mundo y del futuro. La teoría cognitiva no refuta ideas anteriores, pero afirma que los pensamientos negativos son un factor fundamental en los procesos depresivos. Estos se retroalimentan y empeoran los síntomas pudiendo llegar al suicidio (48).

2.2.2.2. Teoría psicoanalítica del suicidio

Según su máximo representante, Freud, el comportamiento humano se explica por deseos o instintos y lo dirige una meta específica. Identifica dos fuerzas básicas: la voluntad de vivir, que tiene como objetivo unir y crear, a la que llamó Eros; y la pulsión de muerte que busca destruir y separar, a la que llamó Tánatos. Así, la teoría psicoanalítica explica el suicidio como el deseo destructivo del individuo hacia su objetivo (él mismo). Resaltando que la verdadera contribución de la perspectiva psicoanalítica es describir la voluntad destructiva como silenciosa e inconsciente (49).

2.2.2.3. Teoría interpersonal - psicológica del suicidio

Los primeros dos factores que comprenden el deseo de suicidio: la carga percibida y la pertenencia frustrada (50). Cuando esta situación no mejora

genera ideas suicidas activas, pero aun así no es suficiente para la ejecución de estas. El tercer factor llamado capacidad adquirida hace que el deseo se convierta en intención (51).

2.2.2.4. Modelo integrado motivacional volitivo

Esta teoría combina tres modelos conceptuales que explican cómo los pensamientos suicidas pasan a la acción, considerando la angustia como principal factor y dividiendo esta última en tres etapas: premotivacional (factores de fondo y eventos desencadenantes), motivación (formación de pensamientos / intenciones) y etapa volitiva (en la acción conductual) (52).

Empezando por la valoración de la derrota y la humillación, esto induce una sensación de estar atrapado, donde el suicidio parece ser la única solución a las circunstancias y crea motivos suicidas. Los moderadores específicos de la etapa premotivacional determinan el paso de la derrota y la humillación al atrapamiento, el apego a pensamientos o intenciones y el comportamiento suicida (53).

2.2.2.5. Teoría de tres pasos

A) Primer paso (donde se desarrolla la idea suicida)

Se desencadena con el dolor, pero este por sí solo no es suficiente, porque podría mantener la esperanza de que esa situación dolorosa podría cambiar, por lo que la desesperanza también es necesaria para el desarrollo de una idea suicida (54).

B) Segundo paso (donde se tiene desde una idea moderada versus una fuerte)

Engloba el vínculo que existe entre el individuo y algún apego como un interés en particular o algo que lo mantenga interesado en continuar viviendo. El individuo no buscará suicidarse siempre que la conexión con la vida sea mayor que el dolor. De no ser así la ideación suicida se incrementa (54).

C) Tercer paso (explica la progresión de la idea a los intentos)

Este es el paso más importante en la progresión hacia un suicidio (54).

Se enfoca en la capacidad para llevar a cabo su suicidio (50) y plantea tres categorías de factores que influyen en la capacidad suicida: la disposicional (generalmente impulsada por factores genéticos), la adquirida (se refiere a la habituación a experiencias dolorosas) y la práctica (apunta hacia los medios prácticos que se encuentran cerca para lograr el suicidio, como chalcas o armas) (54).

2.2.3. Teoría fisiopatológica del suicidio

Estas teorías estudian las interacciones entre los niveles de serotonina, noradrenalina, la alteración del eje hipotálamo - hipofisiario - adrenal y otros biomarcadores (55; 56).

2.2.3.1. Alteración del eje hipotálamo - pituitario adrenal

Se ha informado que la actividad del eje hipotálamo - pituitario - suprarrenal, así como los niveles de cortisol en plasma basal y LCR, son más altos en individuos que intentaron suicidarse, en comparación con controles sanos o deprimidos que no lo intentaron (57).

2.2.3.2. Alteración del sistema serotoninérgico

Asberg et al. (58) durante 1970 publicaron la primera posible evidencia de alteración serotoninérgica específica para el suicidio (58). Iniciando una serie de investigaciones cada vez más frecuentes sobre la serotonina, sus metabolitos y su relación con el suicidio, convirtiéndola en la alteración más estudiada.

La síntesis de serotonina (5HT) se realiza a partir de la interacción del aminoácido llamado triptófano con la enzima triptófano - hidroxilasa (TPH), y es justo en el gen asociado a esta última donde se encontró una alteración (59). El polimorfismo del gen TPH cuenta con dos alelos llamados U y L y los antecedentes de intentos de suicidio se han asociado significativamente al alelo L (59). Otro polimorfismo encontrado en el gen transportador es el polimorfismo 5-HTTLPR, este predice un incremento de riesgo de suicidio de tres veces más en paralelo con otros alelos (60; 61). También se halló evidencia en el gen del transportador de serotonina, el área polimórfica 5-HTTLPR puede verse alterada por estresores ambientales e influenciar para el desarrollo del

suicidio (60).

Se encontraron niveles bajos de ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA) en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidas, por lo que lo relacionan como predictor de conducta suicida futura (58; 62).

Se tiene amplia evidencia que el SERT (transportador de serotonina) juega un papel fundamental en el suicidio. Se observó que en personas con depresión que intentaron suicidarse tenían un bajo número de SERT en el mesencéfalo y un receptor de serotonina más alto en los núcleos del rafe (63), también se evidenció una disminución de la unión del SERT en la corteza prefrontal ventral en la autopsia de cerebros de suicidas en comparación de los controles (64).

Desde el descubrimiento de los 13 subtipos de receptores de serotonina (65) se han realizado más estudios con los receptores 5HT1 y 5HT2 y su relación con el suicidio y la conducta suicida. Hallándose que los receptores 5HT2 se encontraban aumentados significativamente en pacientes con depresión en comparación con los sujetos de control (66).

2.2.3.3. Alteración del sistema noradrenérgico

Los polimorfismos (por inserciones, deleciones o cambios de aminoácidos) con mejor evidencia del sistema noradrenérgico como la D β H, el transportador de norepinefrina y los receptores de NE fueron asociados significativamente con el suicidio (67; 68).

2.2.3.4. Alteración del sistema dopaminérgico

Al analizar biomarcadores clave como el transportador de dopamina (DAT) y los receptores de dopamina D1 y D2 se evidenció una elevación de D1 y D2 en el estriado dorsal en pacientes suicidas en comparación con los controles, y una significativa disminución de DAT y D1 apareció con la edad.

2.2.4. Factores asociados al suicidio

Dentro de los factores asociados al riesgo de suicidio se resaltan tanto la edad, el estado conyugal y el género, así también se relacionan los rasgos de personalidad, la

orientación sexual, la identidad de género y las patologías físicas y psicológicas concomitantes (69).

Las condiciones en las que los individuos viven son influyentes entre los contratiempos tanto internos como externos y el desarrollo del riesgo de suicidio (70). El aspecto más resaltante puede ser la desigualdad. Lo más creíble es que el asidero de factores socioeconómicos desfavorables juega un papel más interesante en los grupos de capital más bajos de cada país, sin concernir si son países de capital alto, medio o bajo en términos absolutos (71).

Se ha relacionado significativamente con la conducta suicida, el bullying en el colegio, la colocación económica, conductas e historial de suicidio, sufrimientos durante los estudios y el deficiente rendimiento en la escuela (72). La desidia de descanso nocturno o un ciclo de sueño adecuado y el deficiente rendimiento en los estudios (73).

Los historiales de actitudes suicidas en los parientes se asocian a un mayor entusiasmo de suicidio en la descendencia. La inclinación familiar al suicidio podría estar distante de los antecedentes psiquiátricos de la familia. Los niños con mala relación familiar o con progenitores que padecen trastornos psicológicos o psiquiátricos muestran más intentos de suicidio, cuando hay historial de conducta suicida de los padres, en metáfora con los hijos cuyos progenitores no tuvieron ese antecedente (74; 75).

Resaltaron que los estudiantes que consumieron licor, que usaron tabaco, que fueron víctimas de acoso y que sufrieron de agresiones físicas, mostraron contar con un número grande de riesgo suicida y de la consumación de este (76).

Los acontecimientos difíciles a lo largo de la vida mostraron tener gran relación con las actitudes suicidas (77). En Colombia, la segregación social, el rapto, el suplicio y el daño ocasionado por las guerrillas son situaciones que de alguna forma conllevan a posturas estresantes entre los adolescentes, estas fomentan el desarrollo de actitudes autolesivas y suicidas (78; 79).

El punto de emulación podría estar asociado al influjo social que tiene el

suicidio. Aproximadamente por cada suicidio cometido en España se realizan entre 20 y 30 intentos de suicidio, con lo que el riesgo de recurrencia es resaltante, en este caso, porque se sabe que hasta un 35 % - 50 % vuelven a intentarlo y dentro de los que lograron suicidarse un 40 % tuvo un intento como antecedente (80).

2.2.5. Escala de riesgo suicida de Plutchik

La Escala de riesgo de suicidio de Plutchik es originalmente una escala creada con 26 ítems que evalúa la agresión, la impulsividad, las tendencias suicidas y otros aspectos relacionados con los intentos de suicidio (81). Contenía trece ítems para pacientes con antecedentes de intento de suicidio, con una consistencia interna inicial de 0,8, pero en esa versión no se realizó el análisis factorial, por lo que no pudo ser viable (81).

Otro estudio hecho por Koslowsky et al. (33) a 80 soldados en 1991 mostró una estructura de cuatro factores denominada «sentimientos de inutilidad, ideación suicida, desesperanza y factores sociales» basada en las propiedades psicométricas de la escala de riesgo suicida de Plutchik, además de una consistencia interna de 0,75. Mas, se encontró que esta escala no es eficaz para diferenciar la gravedad de la conducta suicida (82), pero sí nos ayuda a detectar la presencia de riesgo suicida.

La escala de riesgo de suicidio de Plutchik actualmente consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas de sí o no, cada respuesta positiva adiciona un punto, catalogando la presencia de riesgo suicida a partir de 6 respuestas positivas, aumentando el riesgo a mayores respuestas positivas y con un puntaje máximo de 15. La consistencia interna de la validación al español es 0,90, la confiabilidad test - retest 0,89, la sensibilidad y especificidad 88 % (83). Mientras tanto en la población latinoamericana, Ramírez y Olivella, analizaron una muestra colombiana y hallaron una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,77 (78).

Los cuatro factores que la componen son:

- a) Factor 1: sentimiento de inutilidad, que evalúa ansiedad (¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo?), autoestima (¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?), abandono personal (¿Se ha sentido alguna vez fracasado, que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?), cambio

brusco de estado anímico (¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado que habría sido capaz de matar a alguien?) (36; 82; 84).

- b) Factor 2: ideación suicida que evalúa presagio o proyecto suicida (¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?), pensamiento suicida (¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?), alteraciones del sueño (¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?) (36; 82; 84).
- c) Factor 3: desesperanza que evalúa sentimientos de desesperanza (¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo? ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza? y ¿Está deprimido ahora?) (36; 82; 84).
- d) Factor 4: factores sociales que evalúa el estado civil (¿Está Ud. separado/a, divorciado/a o viudo/a?), relación social (¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?), consumo de medicamentos (¿Toma de forma habitual algún medicamento o pastillas para dormir?), intento de suicidio previo (¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?), antecedentes familiares de intento de suicidio (¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?) (36; 82; 84).

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Conducta suicida

Hace referencia a una amplia gama de conductas manifiestas en términos de ideas, amenazas, intentos y el suicidio consumado (85).

2.3.2. Ideación suicida

Es estimar o tener el deseo de acabar con la propia vida. Clásicamente, la ideación suicida varía desde una ideación pasiva hasta una ideación activa (86). El suicidio con o sin intención suicida, o exponer la intención suicida sin cometer esa conducta (87) se caracteriza por planes y deseos constantes de cometer suicidio.

2.3.3. Suicidio

Es un acto llevado a cabo por un individuo que da como resultado final de su acción, su muerte, teniendo en conocimiento el resultado potencialmente fatal, y en el que la intención puede ser incierta, donde puede suponer el riesgo de morir o puede no

implicar la intención explícita de morir (87).

2.3.4. Intento de suicidio

Acción de un individuo en la que se autolesiona, teniendo como fin fallecer, pero no lo logra (87; 79).

2.3.5. Autolesiones

Acción en la que un individuo que dé propia iniciativa logra realizarse daño alguno (87).

2.3.6. Deseos de muerte

Cuando el individuo aguarda el momento de su fallecimiento sin intenciones de suicidarse (87).

2.3.7. Plan suicida

Se define cuando el individuo, de forma premeditada, tiene en mente detalles sobre su autoeliminación como el lugar y el momento en el que llevarán a cabo su acto. Sin embargo, no existe disposición activa (87).

2.3.8. Comportamiento suicida preparatorio

Disponer todo para realizar el suicidio, pero sin todavía haber realizado alguna acción que le cause daño (87).

2.3.9. Intento de suicidio abortado

Cuando el individuo ya inició su plan suicida, pero lo aborta antes de causarse algún tipo de daño (87).

2.3.10. Intento de suicidio interrumpido

Cuando el individuo ya inició su plan suicida, pero es interrumpido por otro individuo antes de causarse alguna lesión (87).

2.3.11. Comunicación suicida

Es la acción de dar a conocer sus planes o pensamientos con evidencia que este no se realice para solicitar autorización (87).

2.3.12. El riesgo suicida

Se trata del porcentaje de riesgo que tiene un individuo de intentar quitarse la vida (88; 89).

2.3.13. Depresión

La depresión es una patología usual, pero incapacitante que se interpone con las actividades rutinarias como acudir al trabajo, estudiar, concentrarse, alimentarse, disfrutar las cosas que antes se disfrutaban. Este trastorno es producido debido a la asociación de factores tanto genéticos, medioambientales, mentales y físicos (14).

2.3.14. Ansiedad

Situación de agitación, inquietud o zozobra del estado de ánimo (90).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de la investigación

3.1.1. Hipótesis general

Existen factores asociados al riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.

3.1.2. Hipótesis específicas

3.1.2.1. Hipótesis nula

- 1) No existe una prevalencia del riesgo suicida en los adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.
- 2) No existe una asociación del riesgo suicida con los factores demográficos en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.
- 3) No existe una asociación entre los factores económicos y riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.
- 4) No existe una asociación entre los factores familiares y riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.

- 5) No existe una asociación entre los factores personales y riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.

3.1.2.2. Hipótesis alternativa

- 1) Existe una prevalencia del riesgo suicida en los adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.
- 2) Existe una asociación del riesgo suicida con los factores demográficos en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.
- 3) Existe una asociación entre los factores económicos y riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.
- 4) Existe una asociación entre los factores familiares y riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.
- 5) Existe una asociación entre los factores personales y riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022.

3.2. Identificación de variables

3.2.1. Operacionalización de variables

3.2.1.1. Variable independiente

- a) Factores asociados al riesgo suicida

3.2.1.2. Variable dependiente

- a) Riesgos suicidas

3.3. Definición operacional de variables

Tabla 1. Definición operacional de las variables de riesgo suicida y de los factores asociados evaluados en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en el 2022

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Operacionalización		
				Indicadores	Escala de medición	Tipo de variable
Riesgo suicida	Posibilidad de que una persona que posea factores de riesgo atente deliberadamente con su vida	Puntaje de riesgo que posea el encuestado según la escala de riesgo suicida de Plutchik	Prevalencia del riesgo suicida	0 = Presentó riesgo suicida 1 = No presentó riesgo suicida	Nominal dicotómica	Cualitativa
			Edad	Edad en años colocada por el participante en la ficha de recolección de datos	Razón	Cuantitativa
Factores asociados al riesgo suicida: demográficos	Variables demográficas, económicas, familiares y personales que actúan de forma individual o combinada e inciden de forma positiva o negativa sobre el riesgo suicida.	Número de personas por cada factor asociado al riesgo suicida	Sexo	0 = Masculino 1 = Femenino	Nominal Dicotómica	Cualitativa
			Grado de instrucción	0 = Ninguno 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Superior 4 = Posgrado	Ordinal politómica	Cualitativa
			Procedencia	0 = Urbano 1 = Rural	Nominal Dicotómica	Cualitativa

Factores asociados al riesgo suicida: económicos	Variables demográficas, económicas, familiares y personales que actúan de forma individual o combinada e inciden de forma positiva o negativa sobre el riesgo suicida.	Número de personas por cada factor asociado al riesgo suicida	Estado civil	0 = Soltero 1 = Casado 2 = Viudo 3 = Divorciado 4 = Conviviente	Nominal politómica	Cualitativa nominal
			Solvencia económica	0 = Suficiente 1 = Insuficiente	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal
Factores asociados al riesgo suicida: familiares	Variables demográficas, económicas, familiares y personales que actúan de forma individual o combinada e inciden de forma positiva o negativa sobre el riesgo suicida.	Número de personas por cada factor asociado al riesgo suicida	Tipo de Familia	0 = Solo 1 = Acompañado	Nominal dicotómica	Cualitativa ordinal
			Relación Familiar	0 = Buena 1 = Regular 2 = Mala 3 = Indiferente	Nominal politómica	Cualitativa ordinal
Factores asociados al riesgo suicida: personales	Variables demográficas, económicas, familiares y personales que actúan de forma individual o combinada e inciden de forma positiva o negativa sobre el riesgo suicida.	Número de personas por cada factor asociado al riesgo suicida	Consumo de alcohol	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal
			Consumo de tabaco	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal
			Consumo de drogas	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal
			Antecedente de tratamiento psicológico o psiquiátrico	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa nominal

Tabla 2. Definición operacional de las variables de la escala de riesgo de Plutchik evaluadas en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en 2022

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Operacionalización		
				Indicadores	Escala de medición	Tipo de variable
Riesgo suicida: sentimiento de inutilidad	Posibilidad de que una persona que posea factores de riesgo atente deliberadamente con su vida	Puntaje de riesgo que posea el encuestado en el factor I según la escala de riesgo suicida de Plutchik	Ansiedad	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
			Autoestima	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
			Abandono personal	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
			Cambio brusco de estado anímico	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
Riesgo suicida: ideación suicida	Posibilidad de que una persona que posea factores de riesgo atente deliberadamente con su vida	Puntaje de riesgo que posea el encuestado en el factor II según la escala de riesgo suicida de Plutchik	Presagio o proyecto suicida	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
			Pensamiento suicida	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
			Alteraciones del sueño	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
Riesgo suicida: desesperanza	Posibilidad de que una persona que posea factores de riesgo atente deliberadamente con su vida	Puntaje de riesgo que posea el encuestado en el factor III según la escala de riesgo suicida de Plutchik	Sentimientos de desesperanza	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa

Riesgo suicida: sociales	Posibilidad de que una persona que posea factores de riesgo atente deliberadamente con su vida	Puntaje de riesgo que posea el encuestado en el factor IV según la escala de riesgo suicida de Plutchik	Estado civil	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
			Relación social	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
			Consumo de medicamentos	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
			Intento de suicidio previo	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa
			Antecedentes familiares de intento de suicidio	0 = Sí 1 = No	Nominal dicotómica	Cualitativa

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método, tipo y nivel de investigación

4.1.1. Metodología de la investigación

Se realizó un estudio no experimental, transversal, correlacional (91). Es observacional, ya que no se realiza ningún tipo de intervención en la muestra por parte de los investigadores, es transversal porque se efectúa en una sola encuesta y analítica, ya que se plantea obtener una asociación entre los factores y el riesgo suicida (92).

4.1.2. Tipo de investigación

4.1.2.1. Según la interpretación del investigador

Esta investigación tiene una base observacional, ya que no se ha realizado ningún tipo de intervención por los investigadores (91).

4.1.2.2. Según la planificación de toma de datos

Esta investigación tiene una base prospectiva, debido a que emplea datos primarios por el análisis (91).

4.1.2.3. Según el número de ocasiones en las que se mide la variable de estudio

Esta investigación tiene una base transversal, debido a que todas las variables son medidas en una misma ocasión (91).

4.1.2.4. Según el número de variables asociadas

Esta investigación tiene una base analítica, ya que se ha planteado una hipótesis y esta se ha puesto a prueba buscando establecer una asociación entre las variables planteadas (91).

4.1.3. Nivel de investigación

La presente tesis cuenta con un nivel relacional, ya que busca establecer la presencia de asociación entre las variables que se plantearon (93).

4.2. Diseño de la investigación

La presente tesis cuenta con un diseño de investigación de tipo epidemiológico, ya que estudia la morbilidad de un evento que afecta la salud, el riesgo suicida y analítico, puesto que su fin es hallar asociaciones entre las variables observando cómo influyen ante el cambio de otras y, así mismo, cuenta con un diseño relacional simple (93).

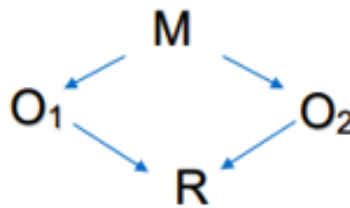


Figura 2. Diseño de investigación relacional simple

Donde

M: pobladores adultos

O1: riesgo suicida

O2: factores asociados

R: relación entre variables

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población del distrito de Sincos - Jauja cuenta con 4056 pobladores, incluyendo a ambos sexos y de diferentes edades (3). De esta población, solo 2511 habitantes poseen una edad delimitada entre los 18 a 64 años, considerándose como una edad adulta, registrada en el Programa de Salud Local (PSL) elaborado el 2021 por miembros de los establecimientos de salud, en el último censo de la provincia de Jauja (94).

4.3.2. Muestra

4.3.2.1. Unidad de análisis

Pobladores adultos, mayores de 18 años y menores de 65 años, que vivan en una zona rural de la provincia de Jauja, distrito de Sincos, durante los meses de enero a mayo del 2022, periodo incluido al final de la pandemia por Covid-19 (4).

4.3.2.2. Muestreo

Para la obtención de la muestra se optó por realizar un piloto en la aplicación Stata Software contando con la entrevista de 30 habitantes, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, en donde se pudo efectuar el cruce de la variable dependiente (riesgo suicida) con cinco variables independientes (sexo, estado civil, consumo de alcohol, antecedente de tratamiento psicológico o psiquiátrico y satisfacción de las necesidades del hogar y alimentación), evidenciando la diferencia de proporción por el número mayor de la variable sexo y que el tamaño de la muestra debió de contar con 511 encuestas (valor mayor calculado).

Esta formulación cuenta con un nivel de confianza de 95 %, un margen de error del 5 % y una potencia del 80 % para una muestra única. En la tabla 3 se evidencia el piloto que se realizó para hallar el tamaño muestral.

Tabla 3. Piloto del tamaño muestral

Tabla 5. Perfil del tamaño muestral			
Variable	Riesgo suicida		Tamaño muestral
	NO (%)	SÍ (%)	
Sexo			
Femenino	11 (84.62)	2 (15.38)	511
Masculino	16 (88.9)	2 (11.1)	
Estado civil			
Soltero	16 (88.9)	2(11.1)	50
Casado	3 (75,0)	1 (25,0)	
Divorciado	2 (100,0)	0 (0,0)	
Consumo de alcohol			
Sí	5 (100,0)	00(00,0)	22
No	22 (84.62)	4 (15,38)	
Recibió tratamiento psicológico o psiquiátrico			
Sí	1 (50,0)	1(50,0)	10
No	26 (89.66)	3 (10.34)	
Satisface las necesidades del hogar			
Sí puede	10 (90,0)	1 (10,0)	29
No puede	17 (71,8)	3 (28,2)	

Fuente: Stata Software

4.3.2.3. Criterios de selección

A) Criterios de inclusión

- a) Pobladores adultos que habitan en el distrito de Sincos, Jauja, 2022.
- b) Pobladores que posean entre 18 y 64 años.
- c) Pobladores que acepten la participación en la investigación de forma voluntaria.

B) Criterios de exclusión

- a) Pobladores adultos que no habiten en el distrito de Sincos, Jauja, 2022.
- b) Pobladores que posean una edad menor de 18 o mayor de 65 años.
- c) Pobladores que no acepten la participación en la investigación de forma voluntaria.
- d) Entrevistados que no hayan completado de forma completa y adecuada la encuesta.
- e) Pobladores que posean alguna circunstancia que afecte el estado emocional (embarazadas, tratamiento con psicofármacos, entre otros).

4.4. Técnica de recolección de datos

4.4.1. Técnica

La técnica usada en esta investigación fue la encuesta, la primera parte estuvo compuesta por datos sociodemográficos y, la segunda, por la escala de riesgo suicida de Plutchik.

4.4.2. Instrumento de recolección de datos

La escala de riesgo suicida Plutchik creada el 2010, realizó la extracción de 4 factores predisponentes que componían la escala, dentro de ellos se encuentra el factor I llamado «Sentimiento de inutilidad» que está formado por las preguntas 3, 6, 8 y 12, el factor II denominado «Ideación suicida» tiene como componentes las preguntas 2, 13 y 14, factor III nombrado «Desesperanza», contiene los ítems 5, 7 y 9, el factor IV llamado «Factores sociales» se compone de las preguntas 1, 4, 10, 11 15 (95; 31).

4.4.2.1. Diseño

La escala cuenta con 15 ítems, que pueden ser respondidos con «Sí» o «No» donde las respuestas afirmativas adicionan un punto. En esta escala no se clasifica la gravedad del riesgo, sino la presencia de este, interpretándolo

como positivo con la suma de mayor o igual a 6 puntos (31; 96).

4.4.2.2. Confiabilidad

Esta prueba cuenta con consistencia interna de 0,90; fiabilidad test - retest de 0,89; sensibilidad, especificidad del 88 %, confiabilidad de 0.75 (33; 96).

4.4.2.3. Validez

Prueba validada en población latinoamericana e hispanohablante en distintos países y utilizado para diversos estudios y tesis en el territorio nacional (34 - 36).

4.5. Procedimiento de la investigación

Luego de realizarse un estudio piloto con 30 personas se procedió a solicitar permiso a las respectivas autoridades de ambas partes, tanto al comité de ética de la Universidad Continental (anexo 2) como también al CLAS Sincos para poder ejecutar la investigación.

4.5.1. Análisis de datos

En cuanto al análisis estadístico, como primer punto se ejecutó una afinación de la data, donde se excluyeron los datos que no cumplían los criterios de inclusión y exclusión, en el programa Microsoft Excel. Luego de obtener la base de datos filtrada, esta se exportó al programa Stata donde se realizó la estadística descriptiva de las variables categóricas, de igual manera, se hallaron las frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se ejecutó la prueba de normalidad, describiendo las medidas de tendencia central y dispersión.

En segundo punto, para la estadística analítica se trabajó con una significancia del 95 % y se utilizó un análisis bivariado chi cuadrado con el fin de hallar la fuerza de asociación con cada una de las variables de interés, así mismo, se elaboraron modelos lineales generalizados para obtener las razones de prevalencia crudas (RPc), ajustadas (RPa). El análisis tiene un intervalo de confianza de 95 % (IC95 %) y los valores p se consideraron estadísticamente significativos a los valores $p < 0.05$. Obteniendo los resultados concretos de la investigación.

4.6. Consideración ética

El estudio primario no tiene conflicto de intereses entre los autores. Al igual, esta investigación cuenta con la aprobación del comité de ética de las respectivas instancias para su realización, revisión y aprobación. Adicionalmente, se le sumó al comienzo de la encuesta, información acerca de la investigación a realizar, donde se especifica el anonimato de los datos brindados por el encuestado, en qué serían empleados y que al rellenar la encuesta se brinda de manera implícita la autorización de la participación en la investigación (anexo 3).

Los resultados obtenidos de la prueba del estudio se entregarán de forma personal y privada a cada participante. De igual manera concluida la investigación, el estudio se les entregará el resultado de manera general a los jefes y directivos del centro de salud para la toma de decisiones.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descriptivo

5.1.1. Datos generales

Se demostró en el estudio que de los 520 encuestados y dentro de los factores demográficos, el 62.7 % [326] de los encuestados fueron del género femenino, una población mayor a comparación del sexo masculino 37.3 % [194]. También, se presentó una mediana de edad de 32 años [rango intercuartílico 25 - 37 años] y un grado de instrucción que concluyó la secundaria de 52.5 % [273] y una comparación menor de estudiantes universitarios de 47.5 % [247]. En relación con su características demográficas o zona de residencia, se halló que el 53.5 % [278] vive en una zona urbana, mientras que el resto consideró que vivían en una zona rural. Respecto al estado civil, el 57.3 % [298] son no solteros.

También, se halló en el factor económico, que más de la mitad de los encuestados, el 61.5 % [320] percibían ingresos insuficientes para solventar la canasta básica alimenticia. Mientras que el resto, 38.5 % [200], considera que puede cubrir los gastos básicos. Se encontró, de igual manera, como resultado dentro de los factores familiares, que el 89.4 % [465] vive en compañía y de los que el 70.2 % considera que tiene una buena calidad de convivencia con sus familiares.

Dentro de los factores personales y considerando los hábitos nocivos, solo el 7.3 % [38] consume cigarrillos, el 24.0 % [125] consume alcohol y el 1.1 % [6] ha consumido drogas en alguna oportunidad de su vida y del total de pacientes

encuestados, el 96.2 % [500] no percibe algún tipo de tratamiento mientras que un 3.8 % [20] si lo reciben para mejorar su salud mental. Todo esto se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 4. Características generales de la población rural de Jauja, parte de la serranía del centro del Perú

Variables	Dimensiones	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje (%)	
Factores asociados a riesgo suicida	Factores demográficos	Género o sexo	Femenino	326	62,7
			Masculino	194	37,3
		Edad (años)	Media y desviación estándar	32,8	9,8
			Media y rangos intercuárticos	32	25-37
		Grado de instrucción	Universitaria	247	47,5
			Solo secundaria	273	52,5
		Zona de residencia	Urbana	278	53,5
			Rural	242	46,5
		Estado civil	No solteros	298	57,3
			Solteros	222	42,7
	Factores económicos	Apoyo económico	No posee	320	61,5
			Sí posee	200	38,5
	Factores familiares	Convivencia	Con compañía	465	89,4
			Solo	55	10,6
		Calidad de convivencia	Buena	365	70,2
			No buena	155	29,8
	Factores personales	Consume de cigarrillos	No	482	92,7
			Sí	38	7,3
		Consume alcohol	No	395	76,0
			Sí	125	24,0
		Consumo de drogas	No	514	98,9
			Sí	6	1,1
		Percibe algún tipo de tratamiento	No	500	96,2
			Para salud mental	20	3,8

Se muestran la mediana y los rangos intercuartílicos.

Al evaluar el riesgo suicida en esta población se encontró que dentro del factor I: sentimientos de inutilidad, el 36,5 % percibió que pudo perder el control sobre sí mismo en alguna ocasión, el 21,7 % se ha sentido inútil o inservible alguna vez, el 35,6 % alguna vez se ha sentido fracasado, que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo, el 12,7 % se ha sentido tan enfadado en algún momento que habría sido capaz de matar a alguien.

Dentro del factor II: ideación suicida, el 11,3 % ha comunicado sus intenciones de suicidio a otra persona, El 13,6 ha tenido ideas de suicidio alguna vez, el 23,1 % tiene dificultad en conciliar el sueño. En tanto en el factor III: desesperanza, el 23,6 % percibe su futuro con más pesimismo que optimismo, el 14 % ve su futuro sin ninguna esperanza, el 16,9 % se siente deprimido al momento de la encuesta.

Mientras que en el factor IV: factores sociales, el 14,8 % se encuentra separado, divorciado o viudo, el 31 % tiene poco interés en relacionarse con el resto de las personas, el 2,9 % toma de forma habitual algún medicamento, el 5,6 % ha intentado quitarse la vida en alguna ocasión, el 18,3 % conoce que un miembro de su familia ha intentado suicidarse en algún momento. Todo esto se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 5. Porcentaje de las preguntas del test del riesgo suicida de Plutchik en pobladores de una zona rural de Jauja, parte de la serranía del centro del Perú

Preguntas	No	Sí
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	97,1 %	2,9 %
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	76,9 %	23,1 %
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo?	63,5 %	36,5 %
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	69,0 %	31,0 %
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	76,4 %	23,6 %
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	78,3 %	21,7 %
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	86,0 %	14,0 %
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado, que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	64,4 %	35,6 %
9. ¿Está deprimido ahora?	83,1 %	16,9 %
10. ¿Está Ud. separado, divorciado o viudo?	85,2 %	14,8 %
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	81,7 %	18,3 %
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado que habría sido capaz de matar a alguien?	87,3 %	12,7 %
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	86,4 %	13,6 %
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	88,7 %	11,3 %
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	94,4 %	5,6 %

De los 520 encuestados que accedieron al estudio se evidenció que la mayor densidad poblacional correspondiente a 78.27 %, es decir, 431 encuestados presentó menos de 5 factores de riesgo. Se tiene como consideración que un 21.7 % [113] no presentó ningún factor asociado al riesgo suicida, también se observó que 16.92 % [88] presentó 1 factor de riesgo, 19.42 % [101] presentó 2 factores, 13.08 % [68] presentó 3 factores, 7.12 [37] presentaron 4 factores y solo 4.62 % [24] presentaron 5 factores de riesgo.

Se ha demostrado que un 21.73 % [89] presenta riesgo suicida [puntuación ≥ 6], de los cuales el 5.58 % [29] presentó 6 factores de riesgo suicida, 3.08 % [16] presentó 7 factores, 2.50 % [13] 8 factores, 3.08 % [16] 9 factores, 2.5 % [13], 3.08 % [16], 0.58 % [3], 1.54 % [8], 0.19 % [1], 0.58 % [3], así sucesivamente hasta 15 factores de riesgo correspondientemente. Siendo todas estas personas consideradas como un grupo de riesgo suicida.

Se tiene en cuenta que los encuestados que poseen una puntuación de menor o igual a 5 (≤ 5) no poseen riesgo suicida, a comparación de las puntuaciones mayor o igual a 6 (≥ 6) si presentan riesgo suicida.

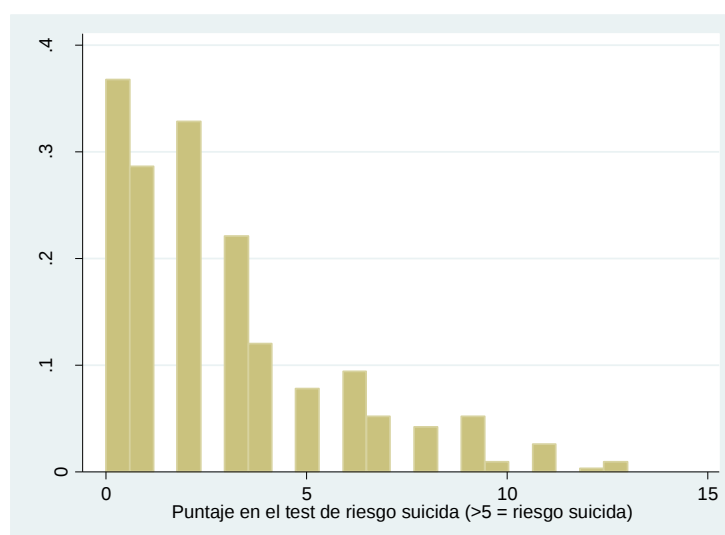


Figura 3. Densidad poblacional de acuerdo con los puntajes del riesgo suicida en la población rural de Jauja, parte de la serranía del centro del Perú

5.2. Analítico

5.2.1. Bivariado

Al ejecutar el análisis bivariado de los datos recolectados se obtuvo que, al tomar en cuenta el reporte del riesgo suicida se encontró asociación significativa entre esta variable y el grado de instrucción, la convivencia, la calidad de convivencia y la percepción de medicamentos, todo esto tomado de la población adulta de Sincos, Jauja a finales de la pandemia por Covid-19, 2022. También se observó una asociación con la zona de residencia, apoyo económico y el consumo de tabaco y alcohol.

Teniendo en cuenta las demás variables sobre el riesgo suicida, se encontró que el sexo, la edad, estado civil, apoyo económico y el consumo de drogas no poseían una

asociación significativa para los pobladores de dicha zona.

Tabla 6. Análisis bivariado del riesgo suicida en la población rural de Jauja, parte de la serranía del centro del Perú.

Variables	Dimensiones	Indicadores	Riesgo suicida		Valor p	
			No n (%)	Si n (%)		
Factores asociados al riesgo suicida	Factores demográficos	Género o sexo	Femenino	264 (81,0)	62 (19,0)	0,135
			Masculino	167 (86,1)	27 (13,9)	
		Edad (años)		32 (25-36)	33 (27-43)	0,073
			Grado de instrucción	Universitaria	222 (90,0)	25 (10,1)
		Solo secundaria		209 (76,6)	64 (23,4)	
		Zona de residencia	Urbana	243 (87,4)	35 (12,6)	0,003
			Rural	188 (77,7)	54 (22,3)	
		Estado civil	No solteros	252 (84,6)	46 (15,4)	0,239
			Solteros	179 (80,6)	43 (19,4)	
	Factores económicos	Apoyo económico	No posee	255 (79,7)	65 (20,3)	0,014
			Si posee	176 (88,0)	24 (12,0)	
	Factores familiares	Convivencia	Con compañía	395 (85,0)	70 (15,0)	<0,001
			Solo	36 (65,5)	19 (34,5)	
		Calidad de convivencia	Buena	332 (91,0)	33 (9,0)	<0,001
			No buena	99 (63,9)	56 (36,1)	
		Consumo de tabaco	No	394 (81,7)	88 (18,3)	0,014
			Sí	37 (97,4)	1 (2,6)	
		Consume alcohol	No	335 (84,8)	60 (15,2)	0,038
			Sí	96 (76,8)	29 (23,2)	
		Factores personales	Consumo de drogas	No	425 (82,7)	89 (17,3)
	Sí			6 (100,0)	0 (0,0)	
	Percibe algún tipo de tratamiento		No	423 (84,6)	77 (15,4)	<0,001
			Para salud mental	8 (40,0)	12 (60,0)	

Los valores de p se obtuvieron a través suma de rangos (variable edad) y la prueba de χ^2 (otras variables cualitativas).

Como se ha observado en los resultados del análisis descriptivo, el grado de instrucción es un factor asociado al riesgo suicida, afectando de mayor manera a la población que recibió una educación solo hasta secundaria ($p < 0,001$). Mientras que, los que presentaban mayor riesgo suicida eran las personas que mostraban convivencia con algún familiar y presentaban una mala calidad de convivencia. Una variable distinta con gran repercusión, con gran asociación suicida, fue si reciben alguna especie de tratamiento, psicológico o psiquiátrico, en donde se mostró que poseen mayor riesgo las personas que no perciben ningún tipo de asesoría en estos campos.

5.2.2. Multivariado

En el modelo multivariado se encontró que la asociación a tener instrucción solo hasta secundaria (RPa: 2,35; IC95 % 1,46-3,77; valor $p < 0,001$), vivir en zona rural (RPa:1,61; IC95 % 1,09-2,38; valor $p < 0,016$), encontrarse solteros (OR: 2,32; IC95 % 1,61-3,35; valor $p < 0,001$), vivir solo (RPa:1,75; IC95 % 1,19-2,58 valor $p < 0,005$), percibir mala relación de convivencia en su hogar (RPa: 3,98; IC95 % 2,76-5,75; valor $p < 0,001$), consumir bebidas alcohólicas (RPa: 2,06; IC95 % 1,37-3,09; valor $p < 0,001$) y antecedente de tratamiento en salud mental (RPa:2,91; IC95 % 1,59-5,31; valor $p < 0,001$) se asocian al desarrollo de riesgo suicida.

De todos estos factores demográficos hallados, se puede considerar que la instrucción solo hasta secundaria y ser solteros poseen una fuerte significancia (valor $p < 0,001$), de igual manera, se observa que no percibir una buena convivencia tiene la misma significancia dentro de los factores familiares. En los factores personales el que cuenta con mayor significancia es el consumo de alcohol.

También, los resultados muestran que ser del sexo masculino (RPa:0,59; IC95 % 0,39-0,88; valor $p < 0,010$) y el consumo de tabaco (RPa:0,12; IC95 % 0,02-0,83; valor $p < 0,031$) se consideran como factores protectores para el desarrollo de riesgo suicida.

Finalmente, no se halló asociación entre edad (RPa: 0,991; IC95 % 0,971-1,011; valor $p < 0,386$) y tener apoyo económico (RPa:0,80; IC95 % 0,52-1,23; valor $p < 0,305$), con el desarrollo de riesgo suicida.

Tabla 7. Modelos crudos y ajustados de las variables asociadas al riesgo suicida en la población rural de Jauja, parte de la serranía del centro del Perú

Variables	Dimensiones	Indicadores	Análisis bivariado	Análisis multivariado
Factores asociados al riesgo suicida	Factores demográficos	Sexo masculino	0,73 (0,48-1,11) 0,141	0,59 (0,39-0,88) 0,010
		Edad (años)*	1,021 (1,002-1,039) 0,029	0,991 (0,971-1,011) 0,386
		Instrucción hasta secundaria	2,32 (1,51-3,56) <0,001	2,35 (1,46-3,77) <0,001
		Vive en zona rural	1,77 (1,20-2,62) 0,004	1,61 (1,09-2,38) 0,016
		Estado civil solteros	1,25 (0,86-1,83) 0,239	2,32 (1,61-3,35) <0,001
	Factores económicos	Tiene apoyo económico	0,59 (0,38-0,91) 0,017	0,80 (0,52-1,23) 0,305
	Factores familiares	Vive solo	2,29 (1,50-3,50) <0,001	1,75 (1,19-2,58) 0,005
		Percibe no buena convivencia	4,00 (2,71-5,89) <0,001	3,98 (2,76-5,75) <0,001
		Consumo de tabaco	0,14 (0,02-1,01) 0,051	0,12 (0,02-0,83) 0,031
	Factores personales	Consumo de alcohol	1,53 (1,03-2,27) 0,036	2,06 (1,37-3,09) <0,001
		Consumo drogas	No converge	No ingresó al modelo
		Con tratamiento en salud mental	3,90 (2,58-5,89) <0,001	2,91 (1,59-5,31) 0,001

Los valores de p se obtuvieron a través de la suma de rangos (variable edad) y la prueba de χ^2 (otras variables cualitativas).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El riesgo, el intento de suicidio y este acto *per se* son situaciones devastadoras que afecta tanto a la persona que comete el hecho como a sus familiares y allegados y, al mismo tiempo, este acto contribuye a un gran problema de salud pública en todas las regiones, países y a nivel mundial (7; 9). Se tiene claro que el riesgo suicida y su conducta en la población peruana y en la población estudiada es multifactorial, demostrada en este estudio como en otros (44).

Nuestro objetivo en el presente estudio es determinar la relación entre los factores asociados al riesgo suicida en pobladores adultos al final de la pandemia por Covid-19 en 2022. Se investigaron variables relacionadas al aumento del riesgo suicida incluyendo a 520 adultos encuestados voluntariamente que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Dentro de los cuatro factores estudiados se encontraron dimensiones con asociación altamente significantes para el riesgo suicida, también se encontraron dimensiones con poca asociación y otras que no muestran asociación alguna al aumento del riesgo suicida.

6.1. Prevalencia

En los resultados del estudio se evidenció que del total de la muestra [520 encuestados] de una población total de 4056, solo el 21.73 % (89) presentaron riesgo suicida. Esto quiere decir que se encontró una prevalencia de 2.19 % de pobladores con riesgo suicida en adultos de una comunidad de Jauja, Sincos, al final de la pandemia por Covid-19 del 2022.

Estos datos se comparan con los casos de intento de suicidio que se evidenciaron y registraron en el hospital Domingo Olavegoya - Jauja en 2021, teniendo como diagnóstico de intentos de suicidios en 35 pacientes atendidos en emergencia, de igual manera se evidenció una creciente en los casos de intento de suicidios hasta el 3 de octubre de 2022, teniendo 46 pacientes atendidos con el diagnóstico de intento de suicidio (29; 30). De la misma forma, se puede contrastar con lo evidenciado en 2018 donde se encontraron 21 casos de intentos de suicidios en el departamento de Junín (28).

Con estos datos se puede demostrar que, con el paso de los años, sobre todo con la llegada del Covid-19 y sus nuevas medidas de seguridad implementadas, los casos de intentos de suicidios han aumentado. También se observó que la prevalencia de personas con riesgo de suicidios en adultos mayores en la comunidad de Sincos - Jauja a fin de la pandemia por Covid-19 es mayor, casi el doble, a los casos de intento de suicidios reportados en los últimos años [2021 y 2022] del hospital Domingo Olavegoya.

6.2. Factores demográficos

Dentro de los factores demográficos se evidenció que la mayoría de encuestados fueron de sexo femenino, 67.2 % [326], y de las cuales el 19.0 % [62] presentaron riesgo suicida. Mientras que los del sexo masculino presentó 13.9 % [27] de riesgo. En el análisis multivariado muestra que el sexo masculino posee significancia como factor protector [OR 0,59] al estar junto a otras variables. Esto se contrasta con el estudio *«Revisión sistemática de la conducta suicida en hombres: una síntesis narrativa de los factores de riesgo»* donde señala que ser hombre y al encontrarse junto a otras variables como el consumo de alcohol y estar soltero, viudo o divorciado aumentan su riesgo significativamente (12). En otros estudios se demuestra que la mujer tiene mayor riesgo suicida por diferentes factores (26; 44).

Según la dimensión edad se evidenció una media de 32 años [rango intercuartil 27 - 43] y concluyendo que esta dimensión no posee asociación significativa para riesgo suicida. Contrariamente, se puede evidenciar en otros estudios nacionales e internacionales que a menor edad, posee un mayor riesgo (39; 41; 43).

De acuerdo con el grado de instrucción el 52.5 % [273] de los encuestados presentaban estudios solo hasta secundaria y de ellos el 23,4 % [64] presentaba riesgo suicida. Esta dimensión posee gran significancia en la asociación de riesgo suicida, ya que posee un valor $p < 0,001$ [RPa: 2,35; IC95 % 1,46-3,77]. La falta de educación superior es un claro ejemplo

de riesgo, por lo que la falta de conocimientos o falta de ganas de superación aumenta la depresión en las personas y genera una mala toma de decisiones, esto se evidencia en diferentes estudios, donde este grupo demuestra un factor importante en el aumento de riesgo suicida (40 - 44).

Según la zona de residencia de los encuestados se halló que el 46.5 % [242] vivía en una zona rural, un número mucho menor a los que vivían en una zona urbana 53.5 % [278], pero con mayor índice de riesgo suicida con 22,3 % [54] a comparación de la zona urbana. No se encontró evidencia que puede contrastar con el resultado sobre el aumento de riesgo en los pobladores que viven en una zona rural, pero se halló en dos estudios que las diferencias socioeconómicas y de clase social, sobre todo el lugar de residencia, afectan la calidad de vida por el aumento en el peligro, miedo y otros factores que generan estrés (12; 42).

Al analizar el estado civil se encontró que el 57.3 % [298] se consideraron como no solteros, pudiendo estar casado o conviviendo con su pareja. Los solteros fueron uno de los más afectados, siendo 19.4 % [4] los que presentaron riesgo suicida, similar a los datos hallados en el estudio titulado «*Revisión sistemática de la conducta suicida en hombres: una síntesis narrativa de los factores de riesgo*» donde se describe que el hombre que no tiene pareja [soltero, viudo o divorciado] tiene mayor riesgo (12). El análisis multivariado concluye que hay otros factores que pueden aumentar el riesgo suicida en este grupo de personas, de igual forma se evidencia en otros estudios (26; 40; 42).

6.3. Factores económicos

De los 520 encuestados el 61.5 % [320] refiere que no cuenta con la economía suficiente para poder cubrir con los gastos básicos de supervivencia (vivienda y comida) y de estos en 20.3 % [65] tiene un riesgo suicida. Las diferencias socioeconómicas y de las clases sociales aumentan de muchas formas el riesgo suicida demostrado en diferentes estudios nombrados (12; 42). En el estudio «*Factores asociados a ideación suicida en pacientes de un hospital de Perú*» se crea una fuerte relación entre el consumo de drogas y la falta económica para cubrir las necesidades básicas creando una importare ideación suicida (26).

6.4. Factores familiares

Dentro de esta variable se encontró que el 89.4 % [465] poseía como mínimo un conviviente dentro del hogar, pudiendo ser padre, hijos, pareja, entre otros; y el resto, 10.6 % [55] no poseía algún conviviente. Del total de encuestados que vivían con algún familiar el

70.2 % [365] consideró que su relación es buena mientras el 29.8 % [155] consideró tener una mala relación con sus allegados. Siendo la convivencia y la calidad de estos factores muy significativa en el aumento del riesgo suicida en pobladores adultos de una zona rural de Jauja.

También se observó que el 15 % [70] de personas acompañadas tenían riesgo suicida significativo, siendo una cantidad menor comparado al índice de riesgo suicida que poseían las personas que vivían solas; 34.7 % [19]. El hecho de vivir solas o sentir que no tienen algún tipo de apoyo emocional genera un aumento de la depresión de las personas, evidenciado en varios estudios ya nombrados (12; 39 – 42).

De igual manera la mayoría de las personas que convivían con algún familiar y que refieren que poseen una mala relación de convivencia mostraron un riesgo de suicidio alto 36.1 % [56]. En diferentes estudios se muestra que tener una mala calidad de convivencia o tener problemas con los padres o apoderados aumenta significativamente el índice de riesgo suicida (12; 40; 42). Contrariamente en un estudio se demostró que contar a algún familiar sobre su ideación suicida disminuyó el intento de acabar con su vida, de igual manera, el 46 % de las personas que intentaron suicidarse, solucionaron su problema, por el que decidieron cometer este acto, al hablar con sus familiares (43).

6.5. Factores personales

Dentro de esta variable se encuentra el consumo de cigarro el que solo un 7.3 % [38] de la población lo consumía, también se encuentra el consumo de alcohol, drogas o medicamentos donde sus resultados fueron 24.0 % [125], 1.1 % [6] y 3.8 % [20] respectivamente.

De esta variable, según el análisis bivariado, la dimensión más importante es el consumo de medicación para la salud mental, ya que posee un valor $p < 0,001$ y un índice de riesgo suicida de un 60 % [12]. Esto se debe a que las enfermedades mentales tales como la depresión, ansiedad, y otras patologías que deben ser medicadas aumentan no solo el riesgo, sino que también aumenta el intento de suicidio y las muertes por autoeliminación, toda esta información se repite en los diferentes estudios nombrados (12; 26; 39 – 42; 44).

En el análisis multivariado se observa que el consumo de alcohol es una dimensión significativamente importante, ya que posee un valor $p < 0,001$ y un índice de suicidio de 23.2 % [29]. Esta dimensión se vuelve significativamente importante al juntarse con otras

variables, siendo estas un desencadenante y teniendo al alcohol como un medio de valentía para efectuar el intento de suicidio o causarse la muerte. Todo esto se compara en los diferentes estudios (12; 26; 42; 43).

CONCLUSIONES

1. En este estudio se determinó que, dentro de los factores asociados a riesgo suicida, las dimensiones que se presentan con mayor frecuencia [en orden descendente] son el no percibir una buena convivencia con la familia [RPa = 3,98], tener antecedente de tratamiento en salud mental [RPa = 2,91], haber recibido instrucción solo hasta secundaria [RPa = 2,35], tener estado civil soltero [RPa = 2,32] el consumo de alcohol [RPa = 2,06], vivir solo [RPa = 1,75]. En contraste, los resultados muestran que ser del sexo masculino [RPa: 0,59] y el consumo de tabaco [RPa: 0,12] se consideran como factores protectores para el desarrollo de riesgo suicida. Finalmente, no se halló asociación entre edad [valor $p = 0,386$] y tener apoyo económico [valor $p = 0,305$], con el desarrollo de riesgo suicida.
2. De los 520 encuestados, 89 personas, 21.7 % tiene riesgo suicida, teniendo así una prevalencia de 2.19 % de personas con riesgo suicida en los pobladores adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en el 2022, esto de una población total de 4056 habitantes.
3. Dentro de los factores demográficos se determinó que el grado de instrucción solo hasta secundaria [RPa: 2,35; IC95 % 1,46-3,77; valor $p < 0,001$] es la dimensión que se asocia con más fuerza y con más significancia al riesgo suicida dentro de esta variable. De igual manera, se observó que la zona de residencia y ser solteros aumenta el riesgo suicida al juntarse con otros factores en los pobladores del distrito. También se muestra que el ser del sexo masculino [RPa:0,59; IC95 % 0,39-0,88; valor $p = 0,010$] es un factor protector significativo.
4. En el factor económico, finalmente, se determinó que no existe asociación entre tener apoyo económico [valor $p = 0,305$] y el desarrollo de riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en el 2022.
5. Dentro de los factores familiares se determinó que ambas dimensiones, convivencia y la calidad de esta, son factores asociados significativamente al aumento del riesgo suicida en pobladores de esta comunidad. Siendo la percepción de mala relación de convivencia en su hogar [RPa: 3,98; IC95 % 2,76-5,75; valor $p < 0,001$] la dimensión con más fuerza de asociación del estudio en general.

6. Dentro de los factores personales se determinó que, el consumo de medicamentos por tratamientos de salud mental [RPa:2,91; IC95 %1,59-5,31; valor $p = 0,001$] es un factor con mayor asociación de esta variable para aumentar el riesgo suicida, seguido del consumo de alcohol [RPa: 2,06; IC95 % 1,37-3,09; valor $p < 0,001$] que presentó mayor significancia sumado a otros factores asociados. Dentro de este mismo factor, el consumo de tabaco [RPa:0,12; IC95 % 0,02-0,83; valor $p = 0,031$] se mostró como un factor protector significativo.

RECOMENDACIONES

1. Debido a que gran parte de la población de este distrito ha concluido estudios solo hasta secundaria y al hallarse que esto es un factor de riesgo asociado al suicido se recomienda incentivar con información sobre becas, dando charlas a la población, apoyándose de otras entidades como la municipalidad, para alcanzar más niveles académicos de acuerdo a su vocación laboral. En el caso de no ser posible continuar con los estudios, realizar charlas y talleres de orientación vocacional e inteligencia emocional en diferentes oportunidades desde el primer año de secundaria.
2. Para abarcar el riesgo suicida en zonas de residencia rurales se recomienda fortalecer la cobertura, los mecanismos de prevención y tratamiento para aumentar la confianza sobre las terapias e intervenciones en salud mental y así combatir contra los factores de riesgo que aumentan significativamente el riesgo suicida o el suicidio *per se*, se recomienda una difusión adecuada en las diversas jurisdicciones y autoridades.
3. Para prevenir el riesgo suicida en personas que no cuentan con ingresos suficientes para satisfacer su canasta básica se recomienda realizar mecanismos de prevención mediante campañas de salud donde se les enseñen maniobras de afrontamiento y se hable sobre el suicidio, su riesgo, su intento y sus consecuencias y en cómo puede afectar a los familiares.
4. Para atender las dimensiones, convivencia y la calidad de esta, la recomendación es incentivar a realizar actividades grupales para transmitir los valores propios de sus familias y de la comunidad, fomentando la pertenencia a ella.
5. Para intervenir el factor de riesgo de suicidio del ítem «El consumo de medicamentos por tratamientos de salud mental», se recomienda crear y mejorar los mecanismos de prevención o identificación y, sobre todo, seguimiento para hallar los casos de riesgo de manera oportuna, y poder generar una intervención para la salud mental, todo ello, con el fin de disminuir de forma considerable los actos suicidas en esta población.
6. Frente al consumo de alcohol se recomienda controlar la venta y distribución de bebidas alcohólicas de calidad y contribuir en el desarrollo de actividades recreacionales que no impliquen beber.

7. Para reducir o prevenir el consumo de tabaco se recomienda realizar talleres o actividades en el colegio, la escuela y las reuniones comunales donde se puedan enseñar consecuencias del uso de tabaco, para prevenir su consumo.
8. La última recomendación es incentivar a realizar actividades grupales para transmitir los valores propios de la comunidad a la que se pertenece y fomentar la pertenencia a ella.

En conclusión, esta investigación servirá para hacer trabajos dirigidos a prevenir, elaborar, implementar y ejecutar acciones dirigidas a los adultos mayores de 18 y menores de 65 años para disminuir el riesgo suicida, asimismo, está la necesidad de informar y sensibilizar a los trabajadores de salud y autoridades para su mejor manejo.

LISTA DE REFERENCIAS

1. Organización mundial de la salud. Covid-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---Covid-19>
2. Ministerio de Salud. Coronavirus en el Perú: casos confirmados [Internet]. [cited 2022 Oct 8]. Available from: <https://www.gob.pe/8662-ministerio-de-salud-coronavirus-en-el-peru>
3. Municipalidad de Jauja [Internet]. [cited 2022 Aug 30]. Available from: <http://www.munijauja.gob.pe/>
4. Ministerio de Salud - Gobierno del Perú. Decreto Supremo N.º 003-2022-SA - Normas y documentos legales - [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 30]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2714086-003-2022-sa>
5. Suicidio [Internet]. 2021 [cited 2022 May 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
6. RAE. Definición de Suicidio [Internet]. Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE. [cited 2022 Aug 24]. Available from: <https://dpej.rae.es/lema/suicidio>
7. Organización Mundial de la Salud. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. 17 De Junio. 2021 [cited 2022 May 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
8. OMS- Organización Mundial De La Salud. Cada 40 segundos se suicida una persona [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 24]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
9. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Health Organization, Geneva [Internet]. 2021 Jun 16 [cited 2022 Aug 24]; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
10. World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository. Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 000 habitantes) - Peru | Data [Internet]. [cited 2022 Aug 24]. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?locations=PE>
11. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 24]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
12. Richardson C, Robb KA, O'Connor RC. A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. Soc Sci Med. 2021 May 1;276:113831.

13. MSD Manuals. Conducta suicida [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 30]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>
14. Organización Panamericana de la Salud. Depresión. [Internet]. [cited 2022 May 10]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/depression>
15. Baldessarini RJ. Epidemiology of suicide: recent developments. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2019 Nov 7 [cited 2022 May 10];29:e71. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/epidemiology-of-suicide-recent-developments/14DD2CAE663E499A9F8E11C40804B9BF>
16. Al-Halabi Susana. Impacto de la Covid-19 en las tasas de suicidio: una oportunidad para la prevención [Internet]. Infocop. 2021 [cited 2022 Aug 24]. Available from: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=17018
17. Banerjee D, Kosagisharaf JR, Sathyanarayana Rao TS. The dual pandemic of suicide and Covid-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Res*. 2021 Jan 1;295:113577.
18. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Ops-Oms. 2020 [cited 2022 May 10]. p. 1–6. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
19. OMS. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Vivir la vida Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. 2021 Aug 24;
20. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas Informe regional 2010-2014. 2021 Apr 15;
21. Castellvi-Obiols P, Piqueras Rodríguez JA. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir [Internet]. Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas. 2018 [cited 2022 Aug 24]. Available from: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
22. Cano P, Gutiérrez C, Nizama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonía peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2009 [cited 2022 Oct 4];26(2):175–81. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Sandoval Ato R, Vilela Estrada MA, Mejía CR, Caballero Alvarado J, Sandoval Ato R, Vilela Estrada MA, et al. Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de

- secundaria. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 4];89(2):208–15. Available from:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200208&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Perales A, Sánchez E, Barahona L, Oliveros M, Bravo E, Aguilar W, et al. Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2019 Mar 27 [cited 2022 Oct 4];80(1):28–33. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 25. Sindeev A, Arispe Alburqueque CM, Villegas Escarate JN. Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima. Revista Medica Herediana [Internet]. 2019 Jan 13 [cited 2022 Oct 4];30(4):232–41. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2019000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 26. Chávez-Cáceres R, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Jacinto-Ubillus J, Correa-López L, Chávez-Cáceres R, et al. Factores asociados a la ideación suicida en pacientes de un hospital de Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2020 Jul 9 [cited 2022 Oct 4];20(3):374–80. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300374&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 27. Suicidios 2020 [Internet]. Datosmacro.com. [cited 2022 Oct 8]. Available from:
<https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/causas-muerte/suicidio>
 28. 21 casos de intento de suicidio se registraron el 2018 en la región Junín [Internet]. Dirección Regional de Salud de Junín. 2019 [cited 2022 Oct 8]. Available from:
http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019022244_21_casos_de_intento_de_suicidio_se_registraron_el_2018_en_la_regin_junn/
 29. Sistema de egresos y emergencias hospital Domingo Olavegoya: unidad de Tecnologías de la Información - IDSC. Resumen de intentos de suicidio años: ene - dic 2021- ene - ago 2022. Jauja; 2022 Oct.
 30. Sinadef. Tablero de Control [Internet]: Reunis: Repositorio Único Nacional de Información en Salud - Ministerio de Salud. 2022 [cited 2022 Oct 2]. Available from:
https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/defunciones_registradas.asp
 31. Santana-Campas MA, Santoyo Telles F. Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. Avances en Psicología [Internet]. 2018 Aug 26 [cited 2022 May 12];26(1):57–64. Available from:

- <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1127>
32. Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. Risk suicide assessment scales in primary care. *Revista Facultad de Medicina* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2022 May 12];63(4):707–16. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50849>
 33. Koslowsky M, Bleich A, Greenspoon A, Wagner B, Apter A, Solomon Z. Assessing the validity of the Plutchik Suicide Risk Scale. *J Psychiatr Res* [Internet]. 1991 [cited 2022 Sep 26];25(4):155–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1779413/>
 34. Alcázar Córcolas MÁ, Verdejo García A, Bouso JC. Propiedades psicométricas de la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. *Actas españolas de psiquiatría*, ISSN 1139-9287, Vol 44, Nº 1 (Enero-Febrero 2016), 2016, págs 13-19 [Internet]. 2016 [cited 2022 Sep 26];44(1):13–9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5369347&info=resumen&idioma=EN> G
 35. Suárez-Colorado Y, Sañudo JP, Caballero-Domínguez CC, Carlos Y, Pineda-Roa A. Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 26];(3):145–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>
 36. Díaz Rivadeneira IR, Abanto Horna MM. Factores de riesgo asociados al intento suicida en estudiantes de la Universidad Nacional de Cajamarca - Jaén 2013 [internet]. [Jaén-Perú]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018 [cited 2022 Sep 26]. Available from: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2108/T016_44609699_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 37. Sandoval Ato R, Vilela Estrada MA, Mejía CR, Caballero Alvarado J, Sandoval Ato R, Vilela Estrada MA, et al. Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 26];89(2):208–15. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200208&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 38. Gallyer AJ, Chu C, Klein KM, Quintana J, Carlton C, Dougherty SP, et al. Routinized categorization of suicide risk into actionable strata: Establishing the validity of an existing suicide risk assessment framework in an outpatient sample. *J Clin Psychol* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 May 10];76(12):2264–82. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jclp.22994>
 39. Hugunin J, Yuan Y, Rothschild AJ, Lapane KL, Ulbricht CM. Risk factors associated with suicidal ideation in newly admitted working-age nursing home residents. *J Affect Disord*. 2021 Dec 1;295:243–9.
 40. Li XY, Tabarak S, Su XR, Qin Z, Chai Y, Zhang S, et al. Identifying clinical risk factors

- correlate with suicide attempts in patients with first episode major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2021 Dec 1;295:264–70.
41. Zelazny J, Stanley B, Porta G, Mann JJ, Oquendo M, Birmaher B, et al. Risk factors for pre-adolescent onset suicidal behavior in a high-risk sample of youth. *J Affect Disord*. 2021 Jul 1;290:292–9.
 42. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA, Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 8];20(80):387–97. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 43. Perales A, Sánchez E, Barahona L, Oliveros M, Bravo E, Aguilar W, et al. Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2019 Mar 27 [cited 2022 Oct 4];80(1):28–33. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/15872>
 44. Osorio-Martínez M, Peralta-Carmelino F, Chamberg-Romero O. Emergencias psiquiátricas en niños y adolescentes: Relación entre características clínicas y demográficas. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2017 Jul 17 [cited 2022 May 10];78(2):19. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 45. Ruiz-Funes M. El suicidio estudio de sociología por Emilio Durkheim [Internet]. Editorial Reus, editor. Murcia; 1928 [cited 2022 Oct 5]. Available from: https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/el_suicidio_-_durkheim_emilie.pdf
 46. Felipe Palacio A. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, ISSN-e 0123-8884, Vol 7, N° 12, 2010 [Internet]. 2010 [cited 2022 Sep 27];7(12):6. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3703186&info=resumen&idioma=ENG>
 47. Rodríguez Pulido F, Glez de Rivera y Revuelta JL, Gracia Marco R, Montes de Oca Hernández D. El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis* (Mexico). 1990.
 48. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press [Internet]. 1976 [cited 2022 Oct 5]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000>
 49. Freud S. Sigmund Freud, Obras completas - tomo XI [Internet]. Amorrortu, editor. Vol. XI. Amorrortu editores; 1910 [cited 2022 Oct 5]. Available from: <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/11%20-%20Tomo%20XI.pdf>

50. Joiner TE. Why People Die by Suicide [Internet]. Harvard University Press. First Harvard University Press; 2005 [cited 2022 Oct 5]. 1–288 p. Available from: <https://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674025493>
51. van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev* [Internet]. 2010 Apr [cited 2022 Oct 5];117(2):575. Available from: [/pmc/articles/PMC3130348/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21945841/)
52. Keefner TP, Stenvig T. Rethinking Suicide Risk With a New Generation of Suicide Theories. *Res Theory Nurs Pract*. 2020;34(4):389–408.
53. O'Connor RC. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis* [Internet]. 2011 [cited 2022 Oct 5];32(6):295–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21945841/>
54. David Klonsky E, May AM. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *Int J Cogn Ther* [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 5];8(2):114–29. Available from: [/record/2015-29534-003](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29534003/)
55. Castillo A. Fisiopatología del suicidio. [cited 2022 Oct 5]; Available from: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rev.peru.psiquiatr/v1n2/a2.pdf>
56. John Mann J. The neurobiology of suicide. *Nat Med* [Internet]. 1998 [cited 2022 Oct 5];4(1):25–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9427602/>
57. Chatzittofis A, Nordström P, Hellström C, Arver S, Åsberg M, Jokinen J. CSF 5-HIAA, cortisol and DHEAS levels in suicide attempters. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2013 Oct [cited 2022 Oct 7];23(10):1280–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23453639/>
58. Åsberg M, Träskman L, Thorén P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1976 [cited 2022 Oct 7];33(10):1193–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/971028/>
59. Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M, Tokola R, Rawlings R, Linnoila M. Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1994 [cited 2022 Oct 6];51(1):34–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7506517/>
60. Sarmiento-Hernández EI, Ulloa-Flores RE, Camarena-Medellín B, Sanabrais-Jiménez MA, Aguilar-García A, Hernández-Muñoz S. Association between 5-HTTLPR polymorphism, suicide attempt and comorbidity in Mexican adolescents with major depressive disorder. 2019 Jan 1 [cited 2022 Oct 7]; Available from: <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio//21/117/ENG/21-117-ENG-1-6-524995.pdf>
61. Nielsen DA, Deng H, Patriquin MA, Harding MJ, Oldham J, Salas R, et al. Association of TPH1 and serotonin transporter genotypes with treatment response for suicidal ideation: a preliminary study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2020 Aug 1

- [cited 2022 Oct 7];270(5):633–42. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30923939/>
62. Mann JJ, Malone KM, Sweeney JA, Brown RP, Linnoila M, Stanley B, et al. Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 1996 [cited 2022 Oct 6];15(6):576–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8946432/>
 63. Miller JM, Everett BA, Oquendo MA, Ogden RT, Mann JJ, Parsey R v. Positron emission tomography quantification of serotonin transporter binding in medication-free bipolar disorder. *Synapse* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2022 Oct 7];70(1):24–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26426356/>
 64. Mann JJ, Arango V, Underwood MD. Serotonin and suicidal behavior. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 1990 [cited 2022 Oct 7];600(1):476–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2252327/>
 65. Bradley PB, Engel G, Feniuk W, Fozard JR, Humphrey PPA, Middlemiss DN, et al. Proposals for the classification and nomenclature of functional receptors for 5-hydroxytryptamine. *Neuropharmacology* [Internet]. 1986 [cited 2022 Oct 7];25(6):563–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2875415/>
 66. Pandey GN, Pandey SC, Janicak PG, Marks RC, Davis JM. Platelet serotonin-2 receptor binding sites in depression and suicide. *Biol Psychiatry* [Internet]. 1990 Aug 1 [cited 2022 Oct 7];28(3):215–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2378926/>
 67. Cao SX, Li HF, Zhao XF, Pang JY, Liu Q, Xie GR. Association between T-182C, G1287A polymorphism in NET gene and suicidality in major depressive disorder in Chinese patients. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. 2018 Oct 2 [cited 2022 Oct 7];22(4):304–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29703117/>
 68. González-López E, Vrana KE. Dopamine beta-hydroxylase and its genetic variants in human health and disease. *J Neurochem* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2022 Oct 7];152(2):157–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31613389/>
 69. Serrano Ruiz CP, Olave Chaves JA. Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes [Internet]. Vol. 20, *MedUNAB*. 2017 [cited 2022 May 10]. p. 139–47. Available from:
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2272/2806>
 70. Balazs J, Miklosi M, Halasz J, Horváth LO, Szentiványi D, Vida P. Suicidal risk, psychopathology, and quality of life in a clinical population of adolescents. *Front Psychiatry*. 2018 Feb 5;9(FEB):17.
 71. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 Jul 6 [cited 2022 May 24];15(7). Available from:
</pmc/articles/PMC6068947/>

72. Jacqueline P. Programa de prevención de conducta suicida (Preconsui) Y Autoestima En Adolescentes De La Institución Educativa Estatal Mariscal Castilla - Distrito El Tambo - Huancayo, 2013 [Internet]. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018 [cited 2022 May 11]. Available from:
[https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2354/DOCTOR - Jacqueline Jorka Peña Marín.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2354/DOCTOR-Jacqueline%20Jorka%20Pe%C3%91a%20Mar%C3%ADn.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
73. Kim SY, Sim S, Choi HG. High stress, lack of sleep, low school performance, and suicide attempts are associated with high energy drink intake in adolescents. PLoS One [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2022 May 11];12(11):e0187759. Available from:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187759>
74. Diamanduros T, Tysinger PD, Tysinger JA, Fenning PA. Child and Adolescent Mental Health [Internet]. Child and Adolescent Psychopathology for School Psychology. 2022 [cited 2022 May 10]. Available from: <https://iacapap.org/english.html>
75. Lensch T, Clements-Nolle K, Oman RF, Lu M, Dominguez A. Prospective impact of individual, family and community youth assets on adolescent suicide ideation. J Epidemiol Community Health (1978) [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 May 11];73(3):219–24. Available from: <https://jech.bmj.com/content/73/3/219>
76. Arce Cardozo RK, Alvarez Antezana A. Consumo de alcohol, participación de los padres, y otros predictores de suicidio en la juventud boliviana TT - Alcohol consumption, parent involvement, and other predictors of suicide in the Bolivian youth [Internet]. Vol. 40, Gac. méd. boliv. 2017 [cited 2022 May 10]. p. 29–34. Available from:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662017000100007
77. Liu BP, Wang XT, Liu ZZ, Wang ZY, Liu X, Jia CX. Stressful life events, insomnia and suicidality in a large sample of Chinese adolescents. J Affect Disord. 2019 Apr 15;249:404–9.
78. Diana P, Ramirez C, Mgs O, Giselle P, López O. Validación de la escala de riesgo suicida de plutchik, en población civil colombiana y policías activos de la policía nacional de Colombia [Internet]. Universidad Popular del Cesar. [Bogotá]: Universidad Popular Del Cesar; 2015 [cited 2022 May 12]. Available from:
<https://biblioteca.konradlorenz.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=21567>
79. Pérez-Olmos I, Ibáñez-Pinilla M, Reyes-Figueroa JC, Atuesta-Fajardo JY, Suárez-Díaz MJ. Factores asociados al intento e ideación suicidas persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. Revista de Salud Pública [Internet]. 2008 [cited 2022 May 11];10(3):374–85. Available from:
<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2008.v10n3/374-385>
80. Hernández Castillo M. Uso de programas para la prevención del suicidio. [Almería]:

Universidad de Almería; 2016.

81. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk 1: The suicide risk measure. *Compr Psychiatry*. 1989 Jul 1;30(4):296–302.
82. Koslowsky M, Bleich A, Greenspoon A, Wagner B, Apter A, Solomon Z. Assessing the validity of the Plutchik suicide risk scale. *J Psychiatr Res [Internet]*. 1991 Jan 1 [cited 2022 Oct 13];25(4):155–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395691900197>
83. Rubio G, Montero I, Jauregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr) [Internet]*. 1998 [cited 2022 May 12];61(2):143–52. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2000-02758-005>
84. Santana M, Santoyo F. Psychometric properties of the Plutchik suicide risk scale in a sample of young Mexicans deprived of liberty. *Av.psicol*. 2018;26(1):57–64.
85. Toro R. Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. Fundación SERÉ, Universidad Católica de Colombia. 2013;7:1900–2386.
86. Miranda R, Ortin A, Scott M, Shaffer D. Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 Nov 1;55(11):1288–96.
87. de Leo D, Goodfellow B, Silverman M, Berman A, Mann J, Arensman E, et al. International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: A survey exploring preferred terminology. *BMJ Open [Internet]*. 2021 Feb 9 [cited 2022 May 10];11(2):43409. Available from: [/pmc/articles/PMC7875264/](https://pmc/articles/PMC7875264/)
88. Martínez Glatli H. Evaluación del Riesgo de Suicidio. Hojas clínicas de Salud Mental [Internet]. [cited 2022 Sep 26]; Available from: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf?fbclid=IwAR09oHfTid1GWLMaxRCXxuvSJ1RaRzQGg1GhkrxXtH2D47NMDz1Uy1Woi_A
89. Mansilla Izquierdo F. SUICIDIO Y PREVENCIÓN [Internet]. [cited 2022 Sep 26]. Available from: <http://www.psicodoc.org/edoc/E-531.pdf>
90. ansiedad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2022 May 11]. Available from: <https://dle.rae.es/ansiedad>
91. Supo J. Seminarios de Investigación Científica [Internet]. Lima; 2012 [cited 2022 Oct 17]. Available from: <http://red.unal.edu.co/cursos/ciencias/1000012/un3/pdf/seminv-sinopsis.pdf>
92. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. Metodología De La Investigación [Internet]. 6th ed. Toledo Castellanos MÁ, Rocha Martínez MI, editors. McGraw-Hill / Interamericana Editores,

- S.A. DE C.V.; 2014 [cited 2022 May 11]. Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
93. Supo J. seminarios de investigación científica . 2012 [cited 2022 Aug 30]; Available from: <http://red.unal.edu.co/cursos/ciencias/1000012/un3/pdf/seminv-sinopsis.pdf>
94. CLAS Sincos. Programa de Salud Local (PSL) - Sincos 2021. Jauja; 2021.
95. Sábado J, Royo C. Propiedades métricas de la escala de riesgo suicida de Plutchik en profesionales de enfermería. *Interpsiquis*. 2010;11:1–6.
96. Escala de riesgo suicida de Plutchik [Internet]. Repositorio Universidad de Zaragoza. 2013 [cited 2022 Sep 26]. Available from: https://zaguan.unizar.es/record/10484/files/TAZ-TFG-2013-101_ANE.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 8. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores	Metodología	Población y muestra
General ¿Cuáles son los factores asociados al riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022?	General Determinar los factores asociados al riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022	General Existen factores asociados al riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022		Método: estudio de tipo no experimental, analítico, prospectivo.	
Específicos 1) ¿Cuál es la prevalencia del riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022? 2) ¿Cuál es la asociación entre los factores demográficos y riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022? 3) ¿Cuál es la asociación entre el Factor económico y riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022? 4) ¿Cuál es la asociación entre los Factores Familiares y riesgo	Específicos 1) Determinar la prevalencia del riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19, 2022. 2) Determinar si los factores demográficos es un factor de riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en el año 2022. 3) Determinar si el factor económico es un factor de riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en el año 2022. 4) Determinar si los Factores Familiares son un factor de riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la	Específicas 1) Existe prevalencia del riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022 2) Existe asociación entre los factores demográficos y riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022 3) Existe asociación entre el factor económico a y riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022 4) Existe asociación entre los Factores Familiares y riesgo	Variable independiente: riesgo suicida Indicadores: presencia de riesgo suicida Variable dependiente: factores asociados a riesgo suicida Indicadores: a) Factores demográficos b) factores económicos c) factores familiares d) factores sociales e) factores personales	Tipo: tipo analítica porque su fin es hallar asociaciones entre variables para observar cómo influye una de ellas ante cambios en la otra. Enfoque: la presente tesis cuenta con un nivel relacional, ya que busca establecer la presencia de asociación entre las variables que se plantearon. Diseño: la presente tesis cuenta con un diseño de investigación de tipo epidemiológico, ya que estudia la morbilidad de un evento que afecta la salud, el riesgo suicida, y analítico, puesto que su fin es hallar asociaciones	Población: constituida por N = 4056 pobladores del distrito de Sincos - Jauja Muestra: constituida por las n = 520 encuestas que cumplen con criterios de inclusión. Técnicas: aplicación de una encuesta y una escala Instrumentos: 1) Encuesta sociodemográfica 2) Escala de riesgo suicida de Plutchik

suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022? 5) ¿Cuál es la asociación entre los Factores Personales y riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022?	pandemia por Covid-19 en el año 2022. 5) Determinar si los Factores Personales son un factor de riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por Covid-19 en el año 2022.	suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022 5) Existe asociación los Factores Personales y riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por Covid-19, 2022	entre las variables observando cómo influye de ellas ante el cambio de otras y así mismo cuenta con un diseño relacional simple.
--	---	---	---

Anexo 2

Documento de aprobación por el comité de ética



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huancayo, 23 de junio del 2022

OFICIO N°062-2022-VI-UC

Investigadores:

Jazmin Valery Egas Llacza

Villasante Mesia Luis Francisco

Presente-

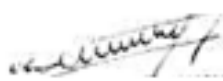
Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **"FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA EN ADULTOS DE UNA ZONA RURAL DE JAUJA AL FINAL DE LA PANDEMIA POR COVID-19, 2022"**.

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,




Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

Anexo 3

Consentimiento informado

Estimado/a participante, le pedimos la colaboración en relación de una investigación conducida por Jazmín Valery Egas Llacta y Luis F. Villasante Mesia, bachilleres egresados de la Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Continental de Huancayo – Perú. Esta investigación está asesorada por el Dr. Christian Richard Mejía Álvarez. La investigación denominada “Factores asociados al riesgo suicida en adultos de una zona rural al final de la pandemia por COVID-19, 2022”. Tiene como propósito hallar la asociación entre las variables con el desarrollo de riesgo suicida. Para ello, se le solicita contribuir en una encuesta que le tomará 10 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Asimismo, participar en esta encuesta no tiene ningún costo ni le generará algún infortunio. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente. Su identidad será tratada de manera anónima, es decir, el investigador no conocerá la identidad de quién completó la encuesta. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de los demás participantes y servirá para la elaboración de un proyecto de tesis. Los resultados obtenidos del test se entregarán de forma personal y privada a cada participante. De igual manera concluida la investigación, el estudio se les entregará el resultado de manera general al los jefes del Centro de Salud para la toma de decisiones. Por lo tanto, al responder la encuesta doy mi consentimiento para que se utilice la información para los fines ya mencionados. Marcar con una cruz (o aspa) las opciones que correspondan.

1. ¿Cuántos años tienes?.....

2. A qué sexo perteneces:

Masculino () Femenino ()

3. Grado de instrucción.

Ninguno () Primaria ()

Secundaria () Superior ()

4. ¿De qué lugar procedes?

Urbano () Rural ()

5. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltero () Casado () Separado () Conviviente ()

6. ¿Cuentas con apoyo económico suficiente como para solventar tus gastos de vivienda y alimentación?

Sí () No ()

7. ¿Con quién(es) vives en casa?

Solo () Con otros familiares ()

8. ¿Cómo es tu relación con las personas con las que convives?

Buena () Regular ()

Mala () indiferente ()

9. ¿Fumas tabaco?

Sí () No ()

10. ¿Consumes bebidas alcohólicas?

Sí () No ()

11. ¿Consumes drogas?

Sí () No ()

12. ¿Recibio tratamiento psicológico o psiquiátrico?

Sí () No ()

Anexo 4
Permiso institucional



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huancayo, 08 de junio del 2022

CARTA Nro.005-2022-DEAPMH-UC

MC.
ERIK ARTURO OSORIO PARIONA
DIRECTOR DEL CLAS SINCOS

PRESENTE:

De mi mayor consideración;

Me dirijo a usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de la EAP Medicina Humana de la Universidad Continental y a su vez solicitar las facilidades para que nuestros estudiantes egresados puedan aplicar encuestas validada a nivel nacional en la institución que usted dirige, con la finalidad de realizar el trabajo de investigación titulado "Factores Asociados a Riesgos Suicidas en Adultos en una zona Rural de Jauja al final de la Pandemia por COVID-19, 2022"

Asimismo, presento a los estudiantes egresados:

DNI	APELLIDOS Y NOMBRES
74048003	Egas Uacza Jazmin Valery
74884779	Villasante Mesia Luis Francisco

Agradeciendo su gentil atención al presente y propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y deferencia.

Atentamente,


 Dr. Roberto Carrasco Navarro
Director
E.A.P. Medicina Humana
Universidad Continental

Anexo 5

Permiso institucional

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huancayo, 04 de Mayo de 2022

Investigadores:

Jazmin Valery Egas Llacza

Villasante Mesia Luis Francisco

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO SUICIDA EN ADULTOS DE UNA ZONA RURAL DE JAUJA AL FINAL DE LA PANDEMIA POR COVID-19, 2022". Cuenta con PERMISO por parte de la dirección del CLAS Sincos para su realización, bajo la siguiente precisión:

- Entregar una copia impresa del estudio con sus respectivos resultados al culminarse.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD JUNIN C.S. CLAS SINCOS
.....
M.C. Erika A. Osorio Pariona
PRESIDENTE CLAS SINCOS
CMP 59763

Anexo 6

Permiso institucional



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huancayo, 30 de setiembre del 2022

CARTA Nro.016-2022-DEAPMH-UC

CD. LOURDES ANALIA AYALA DIAZ
DIRECTORA EJECUTIVA RED DE SALUD JAUJA

Con atención:
Jefe del Área de Capacitación – Docencia e Investigación

PRESENTE:

De mi mayor consideración;

Me dirijo a usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de la EAP Medicina Humana de la Universidad Continental y a su vez solicitar las facilidades para que nuestros egresados puedan acceder al área de epidemiología de la institución que usted dirige y obtener datos sobre suicidio e intento de suicidio, para realizar el trabajo de investigación ***"Factores asociados al riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por COVID 19, 2022"***.

Se adjunta relación de egresados:

DNI	APELLIDOS Y NOMBRES
74048003	Egas Llacza Jazmín Valery
74884779	Villasante Mesía Luis Francisco

Agradeciendo su gentil atención al presente y propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y deferencia.

Atentamente,



Carlos Cabrera Huaran
Director
E.A.P. Medicina Humana
Universidad Continental

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores

Anexo 7
Permiso institucional

SOLICITO: INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CD. LOURDES ANALIA AYALA DIAZ

DIRECTORA EJECUTIVA RED DE SALUD JAUJA

Con atención:

Unidad tecnológica de la información

De nuestra mayor consideración

Yo, Villasante Mesía Luis Francisco, identificado con el número de DNI 74884779 y Egas Llacza Jazmín Valery, identificada con el DNI 74048003. Nos dirigimos a usted para hacerle llegar un cordial saludo y a su vez solicitar la facilidades en brindar los datos sobre información epidemiológica de suicidios e intentos de suicidio de la provincia de Jauja y el distritos de Sincos al área de Unidad tecnológica de la información para realizar el trabajo de investigación "Factores asociados al riesgo suicida en adultos de una zona rural de Jauja al final de la pandemia por COVID 19, 2022".

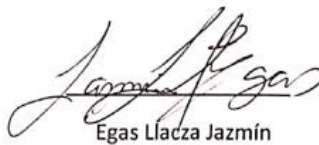
Agradeciendo su gentil atención al presente y propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y deferencia.

Atentamente:



Villasante Mesía Luis

74884779



Egas Llacza Jazmín

74048003

DIRECCIÓN RED DE SALUD JAUJA	
TRÁMITE DOCUMENTARIO	
LEY N° 27444	
REG. DOC. 0667733	FOLIOS: 02
REG. EXP. 04169552	HORA: 16:07
FECHA: 30 SEP 2022	FIRMA: [Firma]
RECEPTOR	
OBSERVACIONES:	

Anexo 8

Escala de riesgo suicida de Plutchik

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Ud. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un “SÍ” o “NO”.

	SÍ	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Si usted considera que necesita apoyo para tu bienestar mental, puede acudir a su establecimiento de salud de preferencia o consultar por vía internet por:

Bienestar online – Facebook:

https://www.facebook.com/safety/wellbeing/suicideprevention/?locale=es_LA

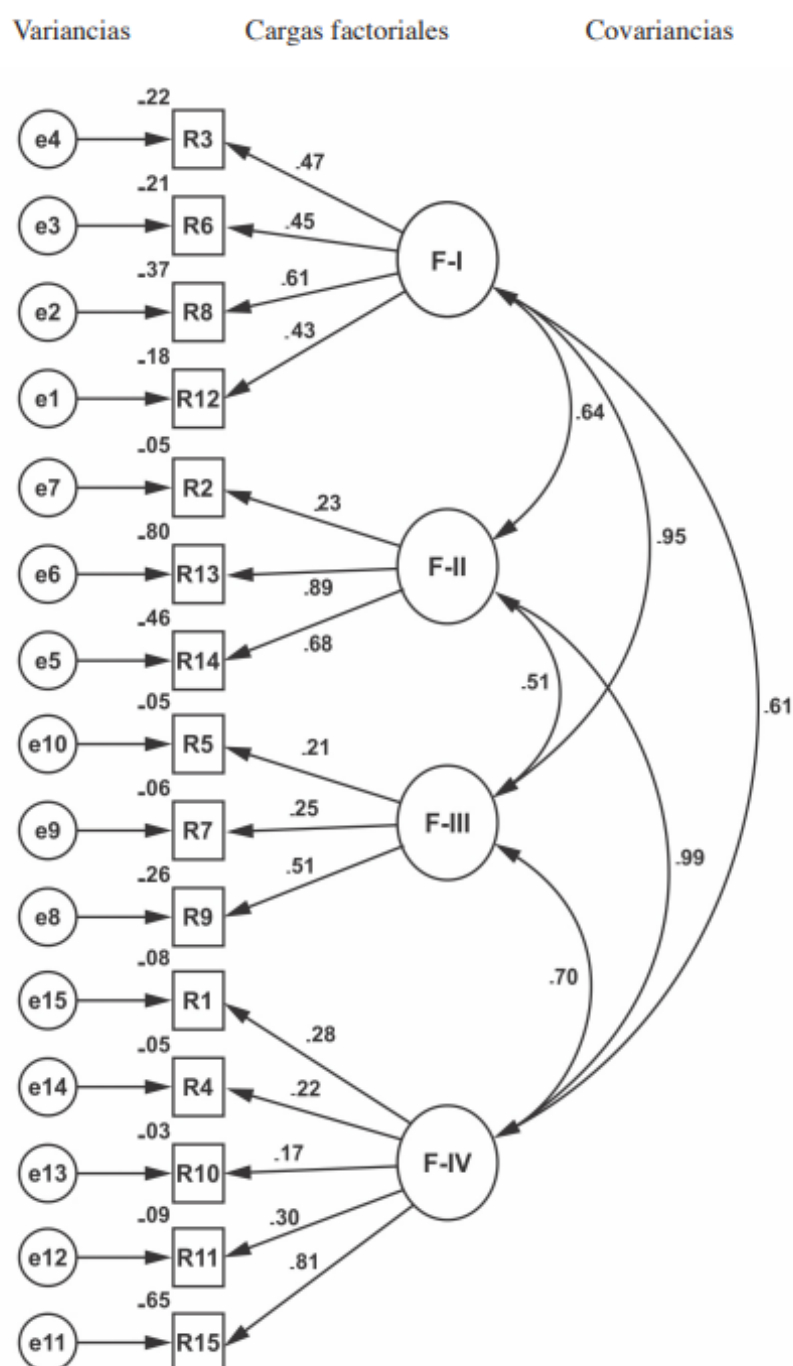
Recursos internacionales de prevención del suicidio:

https://faq.whatsapp.com/general/security-and-privacy/global-suicide-hotline-resources/?lang=es_pe

Anexo 9

Validación del instrumento

Figura 1. Factorial confirmatorio de la Escala de Riesgo de Suicidio



Nota: la figura esquematiza la división de la escala de Plutchik en 4 factores que engloban aspectos que influyen en el riesgo de suicidio y realiza la validación de la encuesta. Tomado de Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad (31).

Anexo 10
Evidencias fotográficas



Figura 4. Vacunación contra el Covid-19, 2022, primera recolección



Figura 5. Vacunación contra el Covid-19, 2022, primera recolección



Figura 6. Vacunación contra el Covid-19, 2022, segunda recolección



Figura 7. Vacunación contra el Covid-19, 2022, segunda recolección



Figura 8. Vacunación contra el Covid-19, 2022, tercera y cuarta recolección



Figura 9. Vacunación contra el Covid-19, 2022, tercera y cuarta recolección



Figura 10. Vacunación contra el Covid-19, 2022, quinta recolección



Figura 11. Vacunación contra el Covid-19, 2022, quinta recolección