

Determinantes sociodemográficos del acto suicida en la población peruana: un análisis multivariable

Sociodemographic determinants of the suicidal act in the Peruvian population: a multivariate analysis

Alberto Guevara Tirado^{1a} 

¹ Universidad Científica del Sur, Facultad de Medicina Humana, Lima, Perú

^a Médico cirujano, maestro en medicina

^b Docente universitario

Citar como:

Guevara A. Determinantes sociodemográficos del acto suicida en la población peruana: un análisis multivariable. Rev Méd Hered. 2024; 35(4): 204-211. DOI: 10.20453/rmh.v35i4.5020

Recibido: 17/11/2023

Aceptado: 19/09/2024

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

El estudio fue financiado por el autor. El autor declara no tener conflicto de intereses.

Correspondencia:

Alberto Guevara Tirado
Dirección: Calle Doña Delmira manzana E lote 4 Urbanización Los Rosales, Santiago de Surco, Lima, Perú
Correo electrónico: albertoguevara1986@gmail.com
Teléfono: 978459469



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

© El autor
© Revista Médica Herediana

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al riesgo de suicidio en la población peruana. **Material y métodos:** Estudio analítico y transversal basado en datos de 24 000 fallecidos del sistema nacional de defunciones (SINADEF) del año 2021 registrados como muerte violenta. Las variables fueron: muerte por suicidio, otras muertes violentas, sexo, estado civil, grupo etario, ámbito geográfico, grado de educación. Se realizó la prueba de Chi-cuadrado y el coeficiente V de Cramer para determinar la presencia y grado de asociación de las variables, así como el *Odds Ratio* crudo y ajustado mediante regresión logística binaria. Se consideró un valor de p significativo menor del 0,05 con un intervalo de confianza al 95%. **Resultados:** La mayoría de las personas que murieron por suicidio tuvieron una edad ≤ 39 años, pertenecieron a la región costa, fueron no universitarios y tuvieron pareja al momento del deceso. En el análisis multivariado mediante regresión logística binario, en hombres, pertenecer a la costa (OR=1,307; IC95%=1,185-1,441) y el nivel de educación universitario (OR=1,279; IC95%=1,101-1,485) fueron factores de riesgo de suicidio. En mujeres, el tener pareja (OR=1,311; IC95%=1,020-1,685), la edad ≤ 39 años (OR=3,516; IC95%=2,850-4,337); pertenecer a la región costa (OR=1,344; IC95%=1,127-1,604) y tener un nivel de educación no universitario (OR=1,298; IC95%=1,045-1,612) fueron factores asociados a riesgo de suicidio. **Conclusión:** En hombres, el ámbito geográfico y el nivel de educación se asociaron a un mayor riesgo de suicidio mientras que en las mujeres fueron la situación conyugal, el ámbito geográfico, el nivel de educación y la edad.

PALABRAS CLAVE: Suicidio; salud mental; muerte; factores socioeconómicos; Perú.

SUMMARY

Objective: To determine the sociodemographic risk factors associated with suicidal risk in the Peruvian population. **Methods:** An analytical and cross-sectional study was performed based on data from 24,000 violent deaths registered at the national death system (SINADEF) in 2021. Variables tested were suicidal death, other violent causes of death, sex, age group, geographic location, degree of education, and civil state. Chi-square and Cramer's V tests were used to evaluate associations and crude and adjusted odd ratios through binary logistic regression; a p-value <0.05 and 95% confidence intervals were calculated. **Results:** Most of the people who died of suicide were ≤39 years old, lived on the coast, had no university degree, and had a couple at the time of death. Multivariate analysis in men identified living on the coast (OR=1.307; IC95%=1.185-1.441) and university degree (OR=1.279; IC95%=1.101-1.485) as risk factors for suicide. While in females having a couple (OR=1.311; IC95%=1.020-1.685), age ≤39 years (OR=3.516; IC95%=2.850-4.337); living on the coast (OR=1.344; IC95%=1.127-1.604) and not having a university degree (OR=1.298; IC95%=1.045-1.612) were associated with suicide. **Conclusions:** Geographic location and level of education in males, whereas having a couple, geographic location, age, and level of education were associated with suicide.

KEYWORDS: Suicide; Mental Health; Death; Socioeconomic Factors; Peru.

INTRODUCCIÓN

El suicidio (del latín *suicidium* "quitarse la vida")⁽¹⁾ es toda acción realizada con la intención de autoeliminarse⁽²⁾. Los principales factores de riesgo son los trastornos mentales, físicos, uso o abstinencia de drogas⁽³⁾, aunque algunos tipos de suicidio son provocados por actos impulsivos atribuidos al estrés (como problemas económicos o académicos), problemas de pareja (divorcios, adulterio), acoso, síndrome de burnout, entre otros.⁽⁴⁾

Los métodos más usados suelen ser el ahorcamiento, el uso de armas de fuego o el consumo de pesticidas⁽⁵⁾. Más del 50% de personas muertas por suicidio a nivel mundial tuvieron trastorno depresivo mayor⁽⁶⁾, a su vez, se estima que alrededor del 50% de personas que se suicidaron podrían haber padecido de algún trastorno de personalidad⁽⁷⁾. Los factores psicológicos asociados a un mayor riesgo de suicidio son la ansiedad, rumiación, pensamiento rígido, pobres habilidades interpersonales y de afrontamiento, control deficiente de los impulsos, el aislamiento social, entre otros.⁽⁸⁾

Anualmente, 1,4% de personas mueren por suicidio en todo el mundo⁽⁹⁾, siendo desde el año 2008 la décima causa de muerte a nivel mundial⁽¹⁰⁾. Las tasas de suicidio se incrementaron en 60% en los últimos 60 años, sobre todo en países en vías de desarrollo⁽¹¹⁾, observándose que las tasas difieren según región: en África es de 0,50%, Sur de Asia de 1,90%, en América

fue de 1,10% y en Europa de 1,40%⁽¹²⁾. Asimismo, los países con mayores tasas de suicidio son Groenlandia, Lituania, Japón, Hungría⁽¹³⁾ y China donde el suicidio es la quinta causa principal de muerte⁽¹⁴⁾. En Perú, la tasa de suicidios es de 2,2 por cada 100 000 personas.⁽¹⁵⁾

En Perú, la información estadística es registrada cada año en el sistema nacional de defunciones el cual es una fuente importante para la descripción de este y otros tipos de muertes. La problemática del suicidio ha sido descrita recientemente por Contreras en un estudio cuyo objetivo fue describir las características epidemiológicas de los suicidios en Perú desde 2017 a 2021 donde halló que, en esos 5 años, los suicidios por ahorcamiento fueron más frecuentes en hombres jóvenes y por envenenamiento en mujeres⁽¹⁶⁾. En ese sentido, es necesario conocer los grupos sociodemográficos más susceptibles a este tipo de muerte por lo que el objetivo de esta investigación fue determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al riesgo de suicidio en la población peruana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, que incluyó a fallecidos registrados con causa inmediata de muerte el suicidio, según la base de datos de defunciones del sistema nacional de defunciones (SINADEF) del Ministerio de Salud del Perú en el año 2021. No se aplicaron técnicas de muestreo debido

a que se estudió toda la población disponible la cual estuvo entre 3 000 a 3 500 personas según la variable estudiada, siendo en edad, conformada por 3 363 personas, ámbito geográfico 3 627, nivel de educación 3 263 y situación conyugal 3 062. Fueron incluidas las personas desde los 18 años registradas en el SINADEF con causa de muerte suicidio, careciendo de criterios de exclusión por ser una fuente de datos secundaria.

VARIABLES Y MEDICIONES

Las variables fueron: Muerte por suicidio, que fue dicotomizado en sí y otras causas de muerte, definido como el acto intencionado de auto provocarse la muerte; sexo, dividido en hombre y mujer; situación conyugal, el cual fue dividido en “con pareja” y “sin pareja” en función de si el fallecido tenía alguna relación de pareja, independientemente de la situación legal del estado civil; ámbito geográfico, dividido en “Costa” y “Otras regiones”, esta última categoría incluía a las regiones Sierra y Selva, considerándose separada a la región Costa debido a que esta abarca un mayor tamaño y densidad poblacional, así como un mayor número de áreas urbanas⁽¹⁷⁾; grupo etario, dividido en un grupo de edad entre 18 a 39 años y otro grupo de edad igual o mayor a 40 años; nivel educativo, dividido en universitario y no universitario, en este último se incluyó a todos los grados sean sin estudios, inicial, primaria, secundaria y técnico. Se realizó un análisis documental ya que se revisaron los registros de la base de datos del SINADEF para filtrar los casos pertinentes para la investigación. Las características y frecuencia de las variables mencionadas se pueden observar en la tabla 1.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el software SPSS v. 25 para Windows. Para la estadística se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para evaluar la asociación estadística, los coeficientes de correlación de Phi y V de Cramer, para determinar el grado de asociación, *Odds Ratio* (OR) crudo y mediante regresión logística binaria. Los hallazgos se midieron con un valor de p significativo menor del 0,05 con un intervalo de confianza al 95%

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La información provino de una base de datos secundaria, diseñada a partir de la plataforma nacional

de datos abiertos del gobierno peruano, la cual es pública, acorde a lo expresado en una solicitud consultando sobre uso de datos provenientes de la plataforma de datos abiertos, donde se recibió un memorando de respuesta por parte del Instituto Nacional de Salud, número 001-2023-UDT-OTIC-INS, indicando que las informaciones provenientes de la plataforma de datos abiertos son de libre acceso, no requiriendo de autorización para cada investigación, estando todas bajo licencia *Open Data Commons Open Database License* (ODbL)

RESULTADOS

Las características de la población estudiada según muerte por suicidio u otras causas de muerte se muestran en la tabla 1. Se encontró que, en hombres y en mujeres, los mayores porcentajes de suicidios sucedieron en adultos de edades entre 18 a 39 años, según ámbito geográfico, los suicidios fueron más frecuentes en la región Costa. Según nivel educativo, la mayor parte fue en adultos que no tuvieron estudios universitarios. Asimismo, según la situación conyugal, hubo un mayor porcentaje de suicidios en adultos con pareja (tabla 2).

La asociación fue estadísticamente significativa en la mayoría de las variables contrastadas excepto en la estimación del riesgo entre nivel de estudios universitarios y no universitarios en mujeres, así como en la situación conyugal en hombres. Respecto al riesgo relativo, el mayor riesgo de suicidio se encontró en las mujeres de edad igual o menor a 39 años, quienes tuvieron 4,28 veces mayor probabilidad de suicidarse que las mujeres de 40 años a más (tabla 3).

En el análisis multivariado por medio del modelo de regresión logística binaria, se encontró que, en hombres, solo el ámbito geográfico y el nivel de educación fueron variables predictoras del riesgo de suicidio, obteniéndose valores similares al OR en el exponencial B (tabla 4).

En mujeres, todas las variables fueron predictoras. A su vez el riesgo relativo fue ligeramente menor al hallado en la prueba de OR (tabla 5).

Tabla 1. Características de la población estudiada según muerte por suicidio u otras causas de muerte.

	Causa de muerte	
	Suicidio	Otras causas
Sexo		
Hombre (n=5 342)	1 133 (21,20%)	4 209 (78,80%)
Mujer (n=18 948)	2 533 (13,40%)	16 415 (86,60%)
Total (n=24 290)	3 666 (15,10%)	20 624 (84,90%)
Grupo etario		
18-39 (n=14 096)	2 471 (17,50%)	11 625 (82,50%)
≥ 40 (n=10 186)	1 192 (11,70%)	8 994 (88,30%)
Total (n=24 282)	3 663 (15,10%)	20 619 (84,90%)
Ámbito geográfico		
Costa (n=13 758)	2 294 (16,70%)	11 464 (83,30%)
Sierra y selva (n=10 176)	1 333 (13,10%)	8 843 (86,90%)
Total (n=23 934)	3 627 (15,20%)	20 307 (84,80%)
Nivel de instrucción		
Universitario (n=2 165)	399 (18,40%)	1 766 (81,60%)
No universitario (n=18 548)	2 864 (15,40%)	15 684 (84,60%)
Total (n=20 713)	3 263 (15,80%)	17 450 (84,20%)
Estado conyugal		
Con pareja (n=17 566)	2 518 (14,30%)	15 048 (85,70%)
Sin pareja (n=4 647)	544 (11,70%)	4 103 (88,30%)
Total (n=22 213)	3 062 (13,80%)	19 151 (86,20%)

Tabla 2. Frecuencia de suicidios según variables sociodemográficas de ambos sexos, 2021.

	Mujeres	Hombres	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Edad			
18-39	927 (81,80%)	1 544 (61%)	2 471 (67,50%)
≥ 40	206 (18,20%)	986 (39%)	1 192 (32,50%)
Total	1 133 (100%)	2 530 (100%)	3 663 (100%)
Ámbito geográfico			
Costa	739 (65,70%)	1 555 (62,20%)	2 294 (63,20%)
Otras regiones	386 (34,30%)	947 (37,80%)	1 333 (36,80%)
Total	1 125 (100%)	2 502 (100%)	3 627 (100%)
Nivel de educación			
Universitario	154 (15,20%)	245 (10,90%)	399 (12,20%)
No universitario	856 (84,80%)	2 008 (89,10%)	2 864 (87,80%)
Total	1 010 (100%)	2 253 (100%)	3 263 (100%)
Situación conyugal			
Con pareja	721 (86,30%)	1 797 (80,70%)	2 518 (82,20%)
Sin pareja	114 (12,70%)	430 (19,30%)	544 (17,80%)
Total	835 (100%)	2 227 (100%)	3 062 (100%)

Tabla 3. Asociación y estimación del riesgo de suicidio según factores sociodemográficos en hombres y mujeres.

		p	V de Cramer	OR	IC:95%
Mujer	Entre 18 a 39 - ≥ 40	<0,001	0,253	4,28	3,64-5,03
Hombre	Entre 18 a 39 - ≥ 40	<0,001	0,023	1,14	1,05-1,25
Mujer	Costa-Otras regiones	<0,001	0,046	1,26	1,10-1,45
Hombre	Costa-Otras regiones	<0,001	0,046	1,31	1,20-1,43
Mujer	Universitario-No universitario	0,124	0,024	1,16	0,95-1,42
Hombre	Universitario-No universitario	0,026	0,017	1,17	1,02-1,36
Mujer	Con pareja-Sin pareja	<0,001	0,106	2,12	1,71-2,62
Hombre	Con pareja-Sin pareja	0,178	0,01	1,08	0,96-1,20

OR: Odds Ratio; IC: intervalo de confianza

Tabla 4. Asociación y riesgo de suicidio según factores sociodemográficos en hombres, análisis multivariado.

	B	Error estándar	Wald	Sig.	Exp(B)	IC95%
Situación conyugal (con pareja/sin pareja)	0,109	0,066	2,7	0,1	1,115	0,979 - 1,27
Grupo etario ($\leq 39 / > 39$)	0,095	0,053	3,274	0,07	1,1	0,992 - 1,219
Ámbito geográfico (costa/otras regiones)	0,268	0,05	27,904	<0,001	1,307	1,185 - 1,441
Educación (no universitario/universitario)	0,246	0,076	10,423	<0,001	1,279	1,101 - 1,485

Tabla 5. Asociación y riesgo de suicidio según factores sociodemográficos en mujeres, análisis multivariado.

	B	Error estándar	Wald	Sig.	Exp(B)	IC95%
Situación conyugal (con pareja/sin pareja)	0,271	0,128	4,46	0,035	1,311	1,02 - 1,685
Grupo etario ($\leq 39 / > 39$)	1,257	0,107	137,844	<0,001	3,516	2,85 - 4,337
Ámbito geográfico (costa/otras regiones)	0,296	0,09	10,778	0,001	1,344	1,127 - 1,604
Educación (no universitario/universitario)	0,261	0,110	5,582	0,018	1,298	1,045 - 1,612

gl = 1 en todos los casos

DISCUSIÓN

Los factores sociodemográficos analizados estuvieron asociados a la consumación del acto suicida en la población peruana. Estos factores, que afectan de forma diferente a hombres y mujeres, guardan relación con aspectos como la presión social y económica, la convivencia social y familiar, cultura, edad y género, no actúan de manera aislada e independiente, sino como un conjunto que afecta la salud mental de las personas, predisponiéndolos a comportamientos suicidas que terminan consumándose en el acto suicida.

En hombres, se halló que las variables predictoras asociadas al riesgo de suicidio fueron el ámbito

geográfico y el nivel de educación, mientras que, en mujeres, todas las variables estuvieron asociadas y fueron predictoras; si bien, en hombres, al analizar cada variable por separado según el OR, la única variable no asociada fue la situación conyugal y en mujeres el nivel de estudios, el ajuste del modelo de regresión logística binaria, el cual es un análisis multivariado, permite un ajuste más preciso de las variables de estudio.

Respecto al ámbito geográfico en ambos sexos, el pertenecer a la Costa representó un mayor riesgo de muerte por suicidio que en otras regiones. La región costeña, a diferencia de la región Sierra y Selva, tiene un mayor número de ciudades, modernización y

posee un menor número de zonas rurales⁽¹⁸⁾. El estrés provocado al vivir en ciudades con altos índices de delincuencia, tugurización, tráfico y contaminación, influyen en el desarrollo de trastornos mentales como la depresión y ansiedad⁽¹⁹⁾, los cuales son importantes factores de riesgo para el suicidio.

Respecto al nivel educativo, se encontró un mayor riesgo de suicidio en universitarios de ambos sexos. La vida universitaria representa desafíos en la formación académica y la exigencia psicológica de los estudiantes, predisponiéndolos a problemas de adaptación al nuevo estilo de vida y daños en su autoestima⁽²⁰⁾, también hay carreras con niveles de exigencias muy altos, los cuales provocan cambios emocionales al no poder adaptarse a las demandas de los cursos y horarios⁽²¹⁾, esto aunado a la falta de oportunidades socioeconómicas presentes y futuras⁽²²⁾, predisponen a los estudiantes con factores de riesgo emocionales a potenciales problemas psicopatológicos⁽²³⁾, incrementando el riesgo de cometer actos suicidas como forma de evitación del afrontamiento de las situaciones adversas.

Según grupo etario, el modelo de regresión logística binaria multivariante encontró que las mujeres de 18 a 39 años tuvieron un riesgo mayor de muerte por suicidio que las mujeres de 40 años o más, siendo los valores del modelo ligeramente menores a los hallados en el análisis de asociación y OR, lo que coincide con Stefanac⁽²⁴⁾, quien, en un estudio cuyo objetivo fue examinar los cambios en las tasas y características basadas en el sexo de los suicidios en jóvenes australianos durante 10 años, encontró que las tasas y riesgo de suicidio se incrementaron en mujeres adultas jóvenes, pero no en hombres adultos jóvenes. Por lo que, si bien los suicidios en hombres se dan con mayor frecuencia e independientemente de la edad, hay un incremento progresivo en mujeres adultas jóvenes probablemente debido a factores psicológicos, socioeconómicos y culturales⁽²⁵⁾ que están incidiendo en la consecución del acto suicida⁽²⁶⁾, enfatizando el aspecto de la consecución debido a que, estudios epidemiológicos en países desarrollados, mostraron que las mujeres tienen hasta 4 veces mayor riesgo de ideación suicida que los hombres⁽²⁷⁾, por lo que una serie de factores más allá de los estudiados estarían influyendo en que la ideación suicida se consume en hechos concretos en el sexo femenino.

Se encontró que la situación conyugal, en el modelo de regresión logística binaria, y según el OR, estuvo asociada y fue un factor de riesgo en mujeres, pero

no en hombres, resultados similares a lo hallado por Akbarizadeh⁽²⁸⁾, quien en un estudio realizado en una ciudad de Irán, encontró que las parejas con algún vínculo conyugal (casados, convivientes, divorciados) tuvieron un mayor riesgo de suicidio que las personas sin ningún tipo de pareja, mencionando que el riesgo fue mayor en mujeres. Las mujeres son más susceptibles a los efectos psicológicos de las complicaciones de las relaciones de pareja, debido a que suelen ser proclives a sufrir violencia u hostigamiento, infidelidad⁽²⁹⁾, así como a asumir el mantenimiento del orden del hogar y de los hijos; esto, sumado a que muchas mujeres también trabajan⁽³⁰⁾, son factores mentalmente lesivos para su estabilidad emocional y las hace propensas a la ideación suicida, con el riesgo de concretarla.

La principal limitación de esta investigación fue que el origen de la información provino de datos secundarios, ya que es posible la presencia de sesgos de información, debido a que no se pudo garantizar que el 100% de los datos registrados como suicidios hayan sido consignados correctamente en esa categoría. Asimismo, hubo limitaciones relacionadas al diseño metodológico: no hubo un cálculo muestral ya que se consideró toda la población disponible acorde a los criterios de inclusión siendo un muestreo por conveniencia. Asimismo, en la base de datos del SINADEF no estuvieron disponibles datos que pudieran aportar al modelo como, por ejemplo, las relacionadas al poder adquisitivo y la religión, los cuales no están consignadas en los registros del SINADEF.

En conclusión, los factores predictores sociodemográficos asociados al suicidio fueron: vivir en la región Costa; el nivel educativo universitario. En mujeres, los factores sociodemográficos predictores asociados al suicidio fueron el grupo etario entre 18 a 39 años y tener.

En base a los resultados, es necesario que los organismos estatales y privados enfocados en la salud mental, así como los profesionales relacionados (psicólogos, psiquiatras, terapeutas, médicos de atención primaria, entre otros), desarrollen políticas y procedimientos preventivo-promocionales de salud mental según las características sociodemográficas particulares de hombres y mujeres, asimismo, se recomienda que se desarrollen nuevos estudios que profundicen en la búsqueda de otros posibles factores sociodemográficos que contribuyan en la aparición o empeoramiento de la ideación y acto suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 2018; 13:691–9. doi: 10.2147/CIA.S130670
2. Stone DM, Jones CM, Mack KA. Changes in suicide rates - United States, 2018–2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(8):261–8. doi: 10.15585/mmwr.mm7008a1
3. Hesse M, Thylstrup B, Seid AK, Skogen JC. Suicide among people treated for drug use disorders: a Danish national record-linkage study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):146. doi: 10.1186/s12889-020-8261-4
4. Rugo-Cook KF, Kerig PK, Crowell SE, Bryan CJ. Fluid vulnerability theory as a framework for understanding the association between posttraumatic stress disorder and suicide: A narrative review. *J Trauma Stress*. 2021;34(6):1080–98. doi: 10.1002/jts.22782
5. Zanchi MM, Marins K, Zamoner A. Could pesticide exposure be implicated in the high incidence rates of depression, anxiety and suicide in farmers? A systematic review. *Environ Pollut*. 2023;331(Pt 2):121888. doi: 10.1016/j.envpol.2023.121888
6. Conejero I, Olié E, Calati R, Ducasse D, Courtet P. Psychological pain, depression, and suicide: Recent evidences and future directions. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(5):33. doi: 10.1007/s11920-018-0893-z
7. Rizk MM, Choo T-H, Galfalvy H, Biggs E, Brodsky BS, Oquendo MA, et al. Variability in suicidal ideation is associated with affective instability in suicide attempters with borderline personality disorder. *Psychiatry*. 2019; 82(2):173–8. doi: 10.1080/00332747.2019.1600219
8. Gvion Y, Levi-Belz Y. Serious suicide attempts: Systematic review of psychological risk factors. *Front Psychiatry [Internet]*. 2018; 9. doi: 10.3389/fpsy.2018.00056
9. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. 2018;15(7):1425. doi: 10.3390/ijerph15071425
10. Baldessarini RJ. Epidemiology of suicide: recent developments. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020; 29:e71. Doi:10.1017/S2045796019000672
11. Shoib S, Gaitán Buitrago JET, Shuja KH, Aqeel M, de Filippis R, Abbas J, et al. Suicidal behavior sociocultural factors in developing countries during COVID-19. *Encephale*. 2022;48(1):78–82. doi: 10.1016/j.encep.2021.06.011
12. McDaid D, Kennelly B, Ahern S, McElroy B. An economic perspective on suicide across the five continents. En: Wasserman D, Wasserman C, editores. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention [Internet]*. Londres, Inglaterra: Oxford University Press; 2021 [citado el 23 de octubre de 2024]. p. 409–20. Disponible en: <https://eprints.lse.ac.uk/108989/>
13. Knipe D, Williams AJ, Hannam-Swain S, Upton S, Brown K, Bandara P, et al. Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2019;16(10):e1002905. doi: 10.1371/journal.pmed.1002905
14. Jiang H, Niu L, Hahne J, Hu M, Fang J, Shen M, et al. Changing of suicide rates in China, 2002–2015. *J Affect Disord*. 2018; 240:165–70. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.043
15. Yuncar-Fajardo D, Gutiérrez Crespo HF, Matzumura Kasano JP. Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en profesionales de salud del área de emergencias de un Hospital público en Lima, Perú. *Med Clín Soc*. 2023;7(1):34–40. doi: 10.52379/mcs.v7i1.271
16. Contreras-Cordova CR, Atencio-Paulino JI, Sedano C, Ccoicca-Hinojosa FJ, Paucar Huaman W. Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017–2021. *Rev Neuropsiquiatr*. 2022;85(1):19–28. doi: 10.20453/rnp.v85i1.4152
17. Dioses EA. La vivienda de interés social en ciudades intermedias del Perú Representaciones sociales y prácticas de innovación social. *Rev Cienc Soc*. 2023;36(52). doi: 10.26489/rvs.v36i52.6
18. Barragán JM, de Andrés M. Expansión urbana en las áreas litorales de América Latina y Caribe. *Rev Geogr Norte Gd*. 2016;(64):129–49. doi: 10.4067/s0718-34022016000200009
19. Yu W, Singh SS, Calhoun S, Zhang H, Zhao X, Yang F. Generalized anxiety disorder in urban China: Prevalence, awareness, and disease burden. *J Affect Disord*. 2018; 234:89–96. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.012
20. Hernandez-Flórez N, Lhoeste-Charris A, Moncada-Navas F, Rodríguez Ávila YDC, Barboza Hernandez JL. Suicide risk factors in university students: A review from the literature. *Ciencia Latina*. 2022;6(6):2726–51. doi: 10.37811/cl_rcm.v6i6.3726
21. Okechukwu FO, Ogbá KTU, Nwufó JI, Ogbá MO, Onyekachi BN, Nwanosike CI, et al. Academic

- stress and suicidal ideation: moderating roles of coping style and resilience. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):546. doi: 10.1186/s12888-022-04063-2
22. Xiao Y, Hinrichs R, Johnson N, McKinley A, Carlson J, Agley J, et al. Suicide prevention among college students before and during the COVID-19 pandemic: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *JMIR Res Protoc*. 2021;10(5):e26948. doi: 10.2196/26948
 23. Ruiz-Hernández JA, Guillén Á, Pina D, Puente-López E. Mental health and healthy habits in university students: A comparative associative study. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2022; 12(2):114–26. doi: 10.3390/ejihpe12020010
 24. Stefanac N, Hetrick S, Hulbert C, Spittal MJ, Witt K, Robinson J. Are young female suicides increasing? A comparison of sex-specific rates and characteristics of youth suicides in Australia over 2004–2014. *BMC Public Health*. 2019;19(1). doi: 10.1186/s12889-019-7742-9
 25. Cano-Montalbán I, Quevedo-Blasco R. Sociodemographic variables most associated with suicidal behaviour and suicide methods in Europe and America. A systematic review. *Eur J Psychol Appl Leg Context*. 2018;10(1):15–25. doi: 10.5093/ejpalc2018a2
 26. Kavak F, Kavak F, Aktürk Ü, Özdemir A, Gültekin A. The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(4):574–9. doi: 10.1016/j.apnu.2018.03.016
 27. Llosa Martínez S, Canetti Wasser A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicol Conoc Soc*. 2019;9(1). doi: 10.26864/pcs.v9.n1.1
 28. Akbarizadeh F, Hajivandi A, Hajivandi M, Zeidabadinejad MS. Marriage related suicide fatality rates. *Iran J Psychiatry*. 2019;14(1):54–9. doi: 10.18502/ijps.v14i1.423
 29. Tullio V, Lanzarone A, Scalici E, Vella M, Argo A, Zerbo S. Violence against women in heterosexual couples: A review of psychological and medico-legal considerations. *Med Sci Law*. 2021;61(1_suppl):113–24. doi: 10.1177/0025802420936081
 30. Arcos Rodríguez VA, Suárez Molina AF, Zambrano León MA, Tarapuez Cuatin SL. Diferencias de sexo asociadas al suicidio y años potenciales de vida perdidos: un estudio retrospectivo. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2023;41(2):e350940. doi: 10.17533/udea.rfnsp.e350940