



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE APURÍMAC DURANTE EL PERIODO 2021 Y 2022

**Línea de investigación:
Salud mental**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Autora

Ascorra Ibarra, Gabriela Vanessa

Asesora

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

ORCID: 0000-0001-6213-3018

Jurado

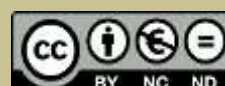
Figueroa Gonzales, Julio Lorenzo

Flores Vásquez, María Elizabeth

Barboza Navarro, Evelyn

Lima - Perú

2026



FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE APURÍMAC DURANTE EL PERIODO 2021 y 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

2%

2

www.coursehero.com

Fuente de Internet

2%

3

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.unicesmag.edu.co:8080

Fuente de Internet

1%

5

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.udec.cl

Fuente de Internet

1%

7

alicia.concytec.gob.pe

Fuente de Internet

1%

8

repositorio.ujcm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

9

up-rid.up.ac.pa

Fuente de Internet

<1%

10

fr.scribd.com

Fuente de Internet

<1%

11

repositorio.upla.edu.pe

Fuente de Internet

<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS EN ADOLESCENTES
HOSPITALIZADOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN UN ESTABLECIMIENTO DE
SALUD DE APURÍMAC DURANTE EL PERIODO 2021 Y 2022**

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Autora:

Ascorra Ibarra, Gabriela Vanessa

Asesora:

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

ORCID: 0000-0001-6213-3018

Jurado:

Figuerola Gonzales, Julio Lorenzo

Flores Vásquez, María Elizabeth

Barboza Navarro, Evelyn

Lima – Perú

2026

ÍNDICE

Resumen	v
Abstract	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción y formulación del problema	2
1.2. Antecedentes	5
1.2.1. <i>Antecedentes Nacionales</i>	5
1.2.2. <i>Antecedentes Internacionales</i>	8
1.3. Objetivos	10
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	10
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	10
1.4. Justificación	10
II. MARCO TEÓRICO	12
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	12
2.1.1 <i>Factores sociodemográficos</i>	12
2.1.2 <i>Factores clínicos</i>	14
III. MÉTODO	24
3.1. Tipo de investigación	24
3.2. Ámbito temporal y espacial	24
3.3. Variables	24
3.4. Población y muestra	27
3.5. Instrumentos	28
3.6. Procedimientos	29
3.7. Análisis de datos	30
3.8. Consideraciones éticas	30

IV. RESULTADOS	31
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	37
VI. CONCLUSIONES	43
VII. RECOMENDACIONES	44
VIII. REFERENCIAS.....	45
IX. ANEXOS	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de los factores sociodemográficas y clínicos del intento de suicidio en adolescentes de Apurímac	25
Tabla 2. Factores sociodemográficos en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio	30
Tabla 3. Frecuencia de intento de suicidio en adolescentes según el mes	31
Tabla 4. Método usado y motivo referido del intento de suicidio en adolescentes	32
Tabla 5. Características asociadas del intento de suicidio en adolescentes	33
Tabla 6. Diagnóstico del tipo de suicidio según el CIE-10 en adolescentes.....	35
Tabla 7. Factores clínicos en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en adolescentes	37

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y clínicos en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en un establecimiento de salud de Apurímac durante el periodo 2021 y 2022. **Método:** Se utilizó un diseño no experimental de corte transversal y retrospectivo, la muestra estuvo conformada por 47 adolescentes con edades de 11 a 17 años, se recolectaron los datos a través de las historias clínicas. **Resultados:** Mayor incidencia en mujeres con 80,9%, grado de instrucción secundaria incompleta 74,5%, lugar de procedencia urbana con 80,9%. Respecto a los factores clínicos se obtuvo mayor prevalencia en método con el uso de veneno (55,3%) y medicamentos (19,1%), el motivo referido fue el de problemas familiares (48,9%) y tristeza (9,8%), en las características asociadas al intento de suicidio el 12,8% de los casos realizó la planificación previa del intento de suicidio y el 12,8% presentó antecedentes de conducta suicida. **Conclusiones:** El intento de suicidio es un fenómeno multifactorial, con mayor incidencia de intentos de suicidio en adolescentes mujeres, de procedencia urbana.

Palabras claves: intento de suicidio, adolescencia, factores sociodemográficos, factores clínicos, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To determine the sociodemographic and clinical factors in adolescents hospitalized for suicide attempts at a health facility in Apurímac during the period 2021 and 2022. **Method:** A non-experimental, cross-sectional, and retrospective design was used. The sample consisted of 47 adolescents aged 11 to 17 years. The data was collected through medical records. **Results:** A higher incidence was found in females (80.9%), with incomplete secondary education (74.5%) and urban origin (80.9%). Regarding clinical factors, the most prevalent methods were poison (55.3%) and medication (19.1%), while the most common reasons given were family problems (48.9%) and sadness (9.8%). Among the characteristics associated with the suicide attempt, 12.8% of cases had planned the attempt, and 12.8% had a history of suicidal behavior. **Conclusions:** Suicide attempts are a multi-factorial phenomenon, with a higher incidence of suicide attempts in adolescent girls from urban areas.

Keywords: suicide attempt, adolescence, sociodemographic factors, clinical factors, risk factors.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano en la que ocurre una transición entre la infancia y la adultez, se presentan cambios a nivel biológico, psicológico y social, en esta transición se construye la identidad personal y social del individuo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). Durante esta etapa, los cambios se ven influenciados por factores culturales, socioeconómicos y familiares, que pueden actuar como elementos protectores o de riesgo, ya que los adolescentes buscan el establecimiento de mayor independencia y autonomía en la toma de decisiones, que puede repercutir en su futuro (Steinberg, 2014). El desarrollo emocional durante la adolescencia también se encuentra en transformación. La intensidad de las emociones, la búsqueda de aceptación social, la necesidad de pertenencia y la presión por cumplir con expectativas externas pueden generar sentimientos de confusión, angustia o vulnerabilidad (Blakemore y Mills, 2014). La presente investigación aborda el intento de suicidio en adolescentes, que se encuentra determinado por diversos factores clínicos y sociodemográficos, la conducta suicida ha presentado un notable incremento de casos en adolescentes lo que representa un problema dentro de la salud pública mundial.

Esta primera sección aborda la descripción del problema, contextualizado a nivel nacional e internacional, los objetivos y la justificación que sustenta esta investigación. En la segunda sección se desarrolla el marco teórico, donde se profundiza en los factores sociodemográficos y clínicos, las definiciones, características, cuadro clínico del intento de suicidio y el modelo teórico que respalda el desarrollo de las conductas suicidas. El tercer apartado describe el método y tipo de investigación, la definición a nivel conceptual y operacional de la variable de intento de suicidio, así como los criterios de inclusión y exclusión de la muestra y el instrumento usado para la recolección de la información de las historias clínicas. El cuarto acápite presenta los resultados más resaltantes y su organización según las variables de estudio, el quinto apartado expone la discusión de los hallazgos en comparación

con los estudios más relevantes. Finalmente, en el sexto y séptimo apartado exponen las conclusiones y las recomendaciones para futuras investigaciones, así como referencias y anexos. Por tanto, el estudio tiene como principal aporte el conocimiento teórico debido a la ausencia de estudios recientes que describan los factores sociodemográficos y clínicos de los intentos de suicidio en adolescentes de la población de Abancay.

1.1. Descripción y formulación del problema

El suicidio es la acción deliberada que comete una persona de acabar con su propia vida, la conducta suicida está conformada por la planificación del suicidio, intento de suicidio y cometer el suicidio (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2016). Existen diversos componentes biológicos, genéticos, psicológicos y sociales que explican la etiología de la conducta suicida. Asimismo, los factores sociodemográficos de vulnerabilidad asociados son: Sexo, edad, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico, los cuales podrían predecir la incidencia de casos de suicidio e intento suicida. Existe un factor fundamentalmente asociado con el riesgo de suicidio y es el diagnóstico de un trastorno de salud mental, el INSM (2016) calcula que del 90 a 95% de personas que intentan suicidarse o se suicidan tienen un trastorno mental, sobresaliendo la depresión mayor 50%, bipolaridad, esquizofrenia y trastornos de la personalidad emocionalmente inestable y antisocial. La conducta suicida es un problema dentro de la salud pública mundial, según la OMS (2021) se suicidan 720 000 personas aproximadamente cada año, siendo el suicidio el tercer lugar de motivo de muerte en adolescentes y adultos jóvenes con edades de 15 a 29 años. A nivel nacional, las estadísticas respecto a los casos de suicidio durante los años 2004 al 2013 de los registros nacionales de defunciones del Ministerio de Salud (MINSA) reportaron 3162 casos de suicidios donde, las edades de 20 a 29 años representaron el grupo con mayor incidencia (28,7%) (Hernández-Vásquez et al., 2016). Posteriormente, la revisión del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) del MINSA indican 2579 casos de suicidio entre el 2017 al 2021 de

los cuales 22,9% son adultos maduros, 25,9% adultos jóvenes, jóvenes 17,7%, adolescentes 16,4% y púberes 7,6% lo que nos indica un notable incremento en el porcentaje de suicidio en la población peruana (Contreras-Córdova et al., 2022).

La adolescencia representa una transición compleja hacia la vida adulta, está conformada por la adolescencia temprana (10-15 años) y la adolescencia tardía (15-19 años), en la que se dan cambios a nivel físico, emocional y sexual, así también a nivel cognitivo se encuentra en desarrollo la identidad, la autonomía, la toma de decisiones, la planificación y el control de impulsos. Al ser una etapa de múltiples cambios y estar altamente influenciada por las relaciones con su grupo de pares, se evidencian dificultades en la toma de decisiones y el manejo de la presión de grupo, que pueden desencadenar en problemas de conducta que son considerados conductas de riesgo (Güemes-Hidalgo et al., 2017). Asimismo, es durante la adolescencia que se desarrollan hábitos sociales y emocionales que influyen en la salud mental, como la regulación de sueño, el ejercicio, el afrontamiento y la resolución de problemas y conflictos y el control de las emociones (OMS, 2026).

En cuanto a tasas de suicidio en adolescentes, según los datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) del MINSA en el 2021 evidenciaron un aumento de casos, siendo que en las mujeres se presentó mayor incidencia de casos de intento de suicidio entre 15 a 19 años. En cuanto a las muertes ocasionadas por suicidio en la población adolescente se ha evidenciado un aumento según datos del SINADEF en el año 2022, el porcentaje de suicidios en adolescentes (12 a 17 años) fue de 3.6 suicidios por 100 000 habitantes, la cual es mayor al porcentaje de la población general 2.2 suicidios por 100 000 habitantes (MINSA, 2023).

La OMS enfatiza en la relación que tiene la pobreza sobre la salud mental, refieren que el 77% de los casos de suicidio reportados durante el año 2019 se dieron en países que presentaron ingresos bajos y medianos. El departamento de Apurímac se encuentra en el

segundo grupo de departamentos con mayor pobreza monetaria alcanzando niveles de 28,3% a 32,71% y de pobreza extrema con 5,8% a 7,9% (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2022). En el primer estudio de carga de enfermedad en la región Apurímac realizado por la CDC Perú (2020) evidencia que los Trastornos mentales y del comportamiento son la séptima causa de carga de enfermedad en Apurímac, siendo las subcategorías más predominantes la depresión unipolar, ataques de pánico, esquizofrenia y en menor porcentaje el suicidio y la dependencia de alcohol. En la provincia de Abancay, el estudio epidemiológico de salud mental realizado por INSM (2011) se evidencia que 28,5% alguna vez tuvo un diagnóstico de trastorno mental y un 9,2% lo presentaba en ese año. Sumado a esto la región presenta deficiencias tanto en la oferta de servicios de salud mental como en la disponibilidad de recursos humanos especializados, lo que restringe el acceso a una atención adecuada.

Respecto al suicidio en Abancay, 35,9% de adultos, alguna vez durante su vida ha presentado deseos de morir; un 9,4% ha considerado el suicidio en el último año y un 3,7%, en el último mes. Respecto a la ideación suicida de manera más específica, el 14,9% ha pensado en quitarse la vida y el 6,6% ha tenido planes suicidas. En cuanto al intento suicida el 3,2% alguna vez en su vida ha tenido un intento suicida y un 0,6% en el último año (INSM ,2011). Datos más recientes del SINADEF respecto a la conducta suicida en Apurímac refieren que la cantidad de suicidios durante el periodo de 2017 a 2021 fue de 26 lo que representa un 1% del total de casos a nivel nacional (Contreras-Córdova et al., 2022).

Respecto a la salud mental de los adolescentes se estima que a nivel mundial una de cada siete personas entre los 10 a 19 años sufre algún trastorno mental (14,3 %) siendo la depresión, ansiedad y trastornos del comportamiento las principales causas de enfermedad y discapacidad en los adolescentes. La salud mental puede estar determinada por múltiples factores, que pueden hacer más vulnerables a los adolescentes de padecer un problema de salud mental, como la pobreza, la violencia, la presión social del entorno, crianza estricta,

discriminación o exclusión para acceder a servicios y apoyo de calidad. En esa misma línea muchas conductas de riesgo suelen iniciarse en la adolescencia, como el consumo de sustancias psicoactivas o prácticas sexuales de riesgo, como mecanismo para hacer frente al malestar emocional (OMS, 2026)

El suicidio en adolescentes se encuentra determinado por múltiples factores y en diversas investigaciones se ha reportado que un trastorno de salud mental preexistente como la depresión representa uno de los factores de riesgo más frecuentes, en cuanto a la dinámica familiar prevalece la familia disfuncional y con antecedentes de consumo de alcohol y de intentos de suicidio previos en familiares (Hilt y Chaudron, 2024), otros estudios reportan que los factores psicológicos como impulsividad, desesperanza y baja autoestima son considerados factores que predisponen el intento de suicidio y entre los factores ambientales prevalecen haber sido víctima de abuso físico, sexual y emocional; y negligencia (Ardiles et al., 2018).

Por tal motivo se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en un establecimiento de salud de Apurímac durante el periodo 2021 al 2022?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Nacionales

El estudio retrospectivo realizado en Apurímac en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega por Arias (2021) planteo conocer los aspectos relacionados al intento de suicidio entre 2018 y 2020, para lo cual revisó 162 historias clínicas del servicio de psiquiatría. Obtuvo que la prevalencia de intento de suicidio alcanzó el 33.3%, los factores sociodemográficos asociados fueron edad entre 19 y 29 (23.5%), estado civil: soltero (22.2%) y de ocupación estudiantes (17.9%). Por otro lado, no se evidenció relación significativa con el género, estado civil, grado de instrucción, estado socioeconómico y lugar de procedencia. En cuanto al ámbito

clínico, los resultados evidenciaron asociación con antecedentes de enfermedad médica (16%), enfermedad mental (30,2%) y episodios previos de intento de suicidio (12,3%).

En la investigación de tipo caso-control realizada en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima determinaron los factores de riesgo asociados al intento de suicidio mediante la comparación entre 82 adolescentes hospitalizados con diagnóstico de intento de suicidio (casos) y 82 hospitalizados sin dicho antecedente (controles). Obtuvo que el 97.6% de los casos oscilan en edades de 15 a 19 años, el sexo femenino fue el de mayor incidencia con 80.5%, respecto a los casos de intento de suicidio 69.5% lo realizaron en su vivienda, el 45.1% fue por consumo de plaguicidas y el motivo más frecuente para cometer el acto fue por conflictos familiares con 29.3%. Asimismo, el intento de suicidio en adolescentes guarda una relación significativa con múltiples factores de riesgo, destacando la depresión (OR=16,01) y la disfunción familiar (OR=10,11), además del consumo de alcohol en familiares (OR=5,46), el tabaquismo en los adolescentes (OR=5,06), los conflictos de pareja (OR=6,23) y los antecedentes de intento suicida (OR=2,79) (Parhuana, 2020).

Soto et al. (2023) determinaron los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en 38 pacientes adolescentes del Hospital Sub Regional de Andahuaylas - Apurímac, recolectaron la muestra a través de historias clínicas. Como resultados obtuvieron que el 84.2% presentaban edades entre 15 a 19 años, de sexo femenino (68.4%) y procedencia rural (50%). Entre los factores de riesgo clínicos hallaron que 47.4% realizaron el intento de suicidio en su casa, 44.7% usaron plaguicidas u órganos fosforados y 34.2% medicamentos; el motivo para cometer el intento fueron presentar problemas con los padres 50% y con la pareja 24%, asimismo el 68% de los casos planificó el intento de suicidio, 50% presentaron antecedentes de intentos de suicidios. Respecto a los antecedentes clínicos evidenciaron que el 100% fueron víctimas de violencia psicológica, 55.3% física, 47.4% sexual, 37% fueron víctimas de

bullying, 82% presentaron antecedente de trastornos mentales como depresión, ansiedad, psicosis y el 50% presentó consumo de sustancias psicoactivas.

Vargas et al. (2024) en su investigación comparativa usaron como fuentes secundarias los datos de estudios epidemiológicos en salud mental en la ciudad de Abancay realizados por el INSM, que buscaron comparar la prevalencia de conducta suicida y la diferencia entre sexos en 2010 y 2016, en 725 y 718 adolescentes, respectivamente. En cuanto a los resultados de la comparación obtuvieron que entre los años 2010 y 2016 el sexo femenino presentó mayor incidencia de conducta suicida en comparación con el sexo masculino, la prevalencia de deseos de morir en el último mes disminuyó de 4,9 % a 1,9 %, la prevalencia de vida de intento suicida se incrementó del 1,1 % a 3,8 %, respecto a los varones la prevalencia de vida de intento suicida ascendió considerablemente de 0,4% a 2,8 % y en mujeres, de 1,9% a 4,8%.

Contreras-Córdova et al. (2022). Describieron los datos epidemiológicos de 2579 suicidios entre los años 2017 al 2021, donde usaron como fuente secundaria la revisión del SINADEF. Obtuvieron como resultado mayor prevalencia en hombres (69,5%) con edad promedio 34,87 años, en cuanto a la prevalencia de suicidio en la pubertad fue de 7,6 % y en la adolescencia media 16,4 %, que representa el 24 % de los casos. La incidencia de casos en la ciudad de Apurímac representó el 1 % a nivel de departamentos con 26 casos, los que presentaron mayor frecuencia fueron Lima (20,3%), Arequipa (19,2%), Cusco (9,5%) y Junín (7,8%). El lugar más frecuente en donde se cometió el suicidio fue el domicilio con 63,4%. Las modalidades utilizadas fueron ahorcamiento (56,6%), envenenamiento (29,2%), arma de fuego (4,0%), precipitación (3,1%) y arma blanca (1,7%). En la comparación realizada entre el género y el tipo de suicidio, el ahorcamiento tuvo mayor frecuencia en el sexo masculino (74%) y por envenenamiento en el sexo femenino (42%).

1.2.2. Internacionales

Persaud et al. (2023) realizaron un estudio descriptivo en 145 niños y adolescentes (6-18 años), ingresados en un hospital de Cuba por intento de suicidio en el 2018, recolectaron características sociodemográfica y epidemiológicamente a través de las historias clínicas. Obtuvieron como resultados que el 75,2 % fueron mujeres y el grupo etario mayoritario fue de 15 a 18 años (64,8 %) y el de 12 a 14 años (31,7 %), 11.7% presentaron antecedentes de trastorno mental y 31% presentaron antecedentes de trastorno mental en sus familiares, 2.8% tuvieron un intento previo de suicidio y 3.4% antecedente de intento de suicidio en familiares, respecto a la situación familiar 26.8% refirieron Violencia o situaciones humillantes intrafamiliares, 60,6% conflictos familiares y 46,2% falta de apoyo familiar, el método más empleado en el intento de suicidio fue la ingesta de psicofármacos (84,1 %).

Rubio (2023) determinó la relación entre los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, desregulación emocional, búsqueda de ayuda y apoyo parental con la conducta suicida no letal en 373 adolescentes, usuarios del servicio de salud pública. La muestra fue recolectada de una base de datos secundaria. Obtuvo como resultados que 60,1% presentaron ideación suicida y que 32,7% ha realizado como mínimo un intento de suicidio. Respecto a los factores de vulnerabilidad que incrementan la ideación suicida encontró que pertenecer al género femenino (OR = 1,66, p = 0,021) y tener antecedente familiar de trastorno mental (OR = 2,01, p = 0,003) aumentan la probabilidad de presentarlo, asimismo halló que la ideación e intento de suicidio presentaron como factores de vulnerabilidad compartidos la desregulación emocional y síntomas de depresión, ansiedad y estrés; y algunos factores protectores, como el apoyo parental y la capacidad de buscar ayuda.

Tamayo et al. (2021) determinaron los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos de un hospital en Cuba entre los años 2018 al 2019, tuvo un enfoque experimental de tipo caso y control. Optaron por

dos muestras de 30 casos y 60 controles, la recolección de datos la realizaron a través de las historias clínicas y entrevistas a los apoderados de los pacientes. Obtuvieron como resultados que según el análisis univariado los factores sociodemográficos como edad ($OR=1,000$) y sexo ($OR=1,000$) no se consideran factores de vulnerabilidad del intento de suicidio. Por otro lado, antecedentes de ansiedad ($OR=6,000$) y depresión ($OR=3,500$); problemas de pareja ($OR=25,375$); rechazo escolar ($OR=39,333$) y antecedentes familiares de depresión ($OR=11,800$) y ansiedad ($OR=14,500$), se asociaron con un aumento en la probabilidad de intento suicida en la población adolescente, así también el antecedente familiar de suicidio no tuvo relación estadística significativa.

En la revisión sistemática realizada por Hernández-Bello et al. (2020) establecieron la prevalencia y los factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes, recopilaron 23 investigaciones entre enero y febrero de 2019. Las investigaciones reportaron que los factores de vulnerabilidad asociados a la conducta suicida según las variables sociodemográficas fueron, sexo femenino (39% de los estudios), problemas económicos (13% de los estudios) y factores biológicos como antecedentes de intento de suicidio o suicidio consumado en los adolescentes o en sus familiares (43%); los factores sociales reportados en 56% de los estudios fueron: disfuncionalidad familiar severa, bajo apoyo social y familiar, y presencia de violencia psicológica o sexual. En cuanto a los trastornos mentales más directamente asociados encontraron que la depresión y la ansiedad, y el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas incrementaron la conducta suicida en un 30%.

En la revisión sistemática realizada por Sequeiros et al. (2022) tuvieron como objetivo identificar los factores de riesgo del suicidio en población adolescente entre 2021 y 2022, seleccionaron 9 estudios para la revisión, de los que destacaron como los principales resultados que los factores que predicen el suicidio fueron la depresión, ansiedad y desesperanza, a nivel conductual factores como el maltrato infantil y el bullying y entre los factores

sociodemográficos el nivel económico y el sexo. No obstante, reportaron que los estudios presentaron una capacidad limitada de generalización de resultados, por lo que se requieren más investigaciones, con más rigor metodológico, que respalden los resultados obtenidos.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores sociodemográficos y clínicos en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en un establecimiento de salud de Apurímac durante el periodo 2021 y 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir los factores sociodemográficos (edad, sexo, ocupación y lugar de procedencia) en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en un establecimiento de salud de Apurímac durante el periodo 2021 y 2022.
- Describir los factores clínicos (diagnóstico del tipo de suicidio, diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento y diagnóstico de Factores que influyen en el estado de salud) en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en un establecimiento de salud de Apurímac durante el periodo 2021 y 2022.
- Describir las características asociadas del intento de suicidio (mes en que ocurrió, método utilizado, motivo referido, antecedente de conducta suicida, planificación del intento de suicidio, consumo de alcohol durante el intento) en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en un establecimiento de salud de Apurímac durante el periodo 2021 y 2022.

1.4. Justificación

La presente investigación posee notabilidad teórica debido a la ausencia de estudios recientes que describan los factores sociodemográficos y clínicos de los intentos de suicidio en adolescentes de la población de Abancay. Por ello, esta investigación permitirá profundizar en

las características específicas del intento de suicidio para que futuros estudios puedan determinar los factores de riesgo del intento de suicidio.

Asimismo, en el aspecto metodológico, esta investigación podrá servir como base para futuros estudios en poblaciones similares de la región, promoviendo el desarrollo de nuevas líneas de investigación sobre la salud mental y el intento de suicidio en adolescente.

A nivel práctico los hallazgos de la investigación permitirán identificar variables de riesgo que pueden ser utilizadas por profesionales de la salud mental para mejorar los procesos de evaluación, diagnóstico e intervención en adolescentes con conducta suicida. Esta información posibilitará una comprensión más precisa de los aspectos de la entrevista clínica que requieren mayor profundización, lo que contribuirá al fortalecimiento de los protocolos de evaluación inicial y a la adecuada selección y aplicación de pruebas psicológicas durante el proceso de ingreso. De este modo, se favorecerá un registro más completo y sistemático de los síntomas y características de esta población, promoviendo una atención clínica más oportuna, pertinente y de mayor calidad.

Finalmente, a nivel social la investigación adquiere relevancia debido al incremento de los intentos de suicidio en población adolescente. Comprender los factores asociados permitirá beneficiar de manera directa a los usuarios del hospital, ya que facilitará el diseño de estrategias de prevención más focalizadas y eficaces en contextos clínicos, y contribuir a la formulación de políticas y programas orientados a la atención oportuna de esta problemática, como campañas de tamizaje y talleres de prevención del suicidio.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos constituyen variables que permiten describir a las personas en un contexto social y poblacional. En este sentido, se ha identificado que variables como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y el lugar de procedencia se asocian significativamente con el riesgo de suicidio. Estas variables son ampliamente utilizadas en investigación epidemiológica para identificar grupos de riesgo y analizar su asociación con diversos problemas de salud, como el intento de suicidio en adolescentes, así como por su capacidad para identificar desigualdades en salud y grupos en situación de vulnerabilidad (OMS, 2010; Solar e Irwin, 2010).

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, los factores sociodemográficos adquieren un papel central en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad. Este enfoque plantea que las condiciones en las que las personas se desarrollan desde su nacimiento hasta su muerte influyen de manera significativa en su bienestar físico y mental, así como en la aparición de conductas de riesgo, entre ellas la conducta suicida (OMS, 2014; Marmot, 2005). En este sentido, el suicidio no se debe definir únicamente como un fenómeno individual o clínico, sino como un evento multifactorial en el que intervienen variables sociales, económicas y culturales (OMS, 2014).

De manera complementaria, el modelo ecológico del desarrollo humano planteado por Urie Bronfenbrenner establece que la conducta humana surge de la interacción entre el individuo y los diversos sistemas que lo rodean, tales como la familia, la escuela, la comunidad y el entorno sociocultural (Bronfenbrenner, 1979). Bajo esta perspectiva, los factores sociodemográficos influyen en la conducta suicida en tanto configuran el entorno en el que el

adolescente se desarrolla, condicionando el acceso a recursos, el apoyo social y las oportunidades de afrontamiento ante situaciones adversas.

Asimismo, la teoría del estrés social plantea que las condiciones estructurales desfavorables, como la pobreza, la desigualdad social y la exclusión, generan una mayor exposición a eventos estresantes y limitan los recursos para afrontarlos, incrementando el riesgo de problemas de salud mental y conductas suicidas (Marmot, 2005). Esta perspectiva resulta particularmente relevante en contextos donde existen brechas sociales marcadas, como en determinadas regiones del Perú.

El suicidio constituye una de las principales causas de muerte en adolescentes a nivel mundial (OMS, 2021). Diversos estudios han evidenciado que la conducta suicida en esta población está influenciada por múltiples factores, entre ellos los sociodemográficos (Nock et al., 2008; Hawton et al., 2012). En relación con el sexo, revisiones sistemáticas han encontrado que las mujeres presentan mayores tasas de intento de suicidio, por el contrario, los hombres tienen mayor probabilidad de consumarlo, lo cual se ha asociado a diferencias en la socialización de género, la expresión emocional, la impulsividad y el uso de métodos más letales (Hawton et al., 2012). Estas diferencias también se vinculan con normas socioculturales vinculados a estereotipos de masculinidad que promueven en los varones la autosuficiencia y dificultan la búsqueda de ayuda. (Prades-Caballero et al., 2025; Ghadipasha et al., 2024).

Respecto a la edad, la adolescencia es una etapa donde se dan cambios biológicos, psicológicos y sociales importantes que pueden aumentar la vulnerabilidad emocional. En particular, el grupo de 15 a 19 años presenta mayores tasas de suicidio en comparación con adolescentes más jóvenes, lo que puede explicarse por la presencia de factores como la inestabilidad emocional, la construcción de la identidad, la presión social y la exposición a eventos estresantes. Asimismo, se ha observado que el riesgo suicida tiende a incrementarse

progresivamente con la edad dentro del rango adolescente y juvenil (Prades-Caballero et al., 2025; Ghadipasha et al., 2024).

Por otro lado, el nivel socioeconómico se ha asociado de manera significativa con el riesgo de conducta suicida. Las personas que viven en condiciones de desventaja social enfrentan mayores niveles de estrés crónico, limitaciones en el acceso a servicios de salud mental y menor disponibilidad de redes de apoyo, lo que incrementa su vulnerabilidad. En la misma línea, el lugar de procedencia también constituye un factor relevante, dado que las poblaciones rurales o de zonas alejadas suelen presentar mayores barreras de acceso a servicios de salud, así como condiciones de aislamiento social que pueden influir negativamente en la salud mental (OMS, 2014), en esa misma línea varios estudios han confirmado la relación entre desempleo y suicidio, reportando tasas de suicidio más altas en áreas con un estatus socioeconómico más bajo (Ghadipasha et al., 2024).

En el contexto peruano, diversas investigaciones han evidenciado que las condiciones sociales y económicas, así como el lugar de procedencia, influyen en la conducta suicida, especialmente en poblaciones adolescentes. Estas desigualdades reflejan la necesidad de abordar el suicidio desde un enfoque integral que considere no solo los factores clínicos, sino también los determinantes sociales que configuran el riesgo (Bazán-López et al., 2016).

En síntesis, los factores sociodemográficos constituyen un componente fundamental en el análisis del intento de suicidio en adolescentes, ya que permiten comprender cómo las condiciones estructurales y contextuales influyen en la aparición y mantenimiento de esta conducta. Su inclusión en el presente estudio resulta esencial para identificar grupos de riesgo y orientar estrategias de prevención e intervención más efectivas.

2.1.2 Factores clínicos

Los factores clínicos se refieren a aquellas características relacionadas con el estado de salud mental y física del individuo que pueden influir en la aparición, mantenimiento o

agravamiento de determinadas conductas, incluyendo el comportamiento suicida. Estos factores comprenden la presencia de trastornos mentales, antecedentes de intentos suicidas, consumo de sustancias psicoactivas, alteraciones emocionales como la depresión y la ansiedad, así como rasgos de personalidad como la impulsividad (American Psychiatric Association [APA], 2022; Hawton et al., 2012).

Desde una perspectiva clínica, el estudio de los factores clínicos resulta fundamental para comprender el riesgo suicida, ya que múltiples investigaciones han demostrado que existe una relación entre las conductas suicidas y presentar al menos un trastorno mental diagnosticable, siendo los más frecuentes los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Hawton et al., 2012).

2.1.2.1 Suicidio e intento suicida.

A. Definición de suicidio. El suicidio es un problema complejo que afecta la salud pública a nivel mundial, ha sido abordado desde distintas disciplinas como la psicología, la psiquiatría y la sociología. La Organización Mundial de la Salud (2021) define el suicidio como la acción deliberada e intencional que comete una persona con el objetivo de acabar con su propia vida. A nivel mundial se estima que más de 720 000 personas mueren por suicidio cada año y es la tercera causa de muerte entre adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años, el intento de suicidio es un importante factor de riesgo para cometer un suicidio.

Desde una perspectiva clínica, la Asociación Americana de Psicología (APA, 2025) lo define como el acto de quitarse la vida intencionalmente, que puede presentarse principalmente en el contexto de un episodio depresivo mayor, en casos de uso de sustancias psicoactivas o al padecer otro trastorno de salud mental, pero puede también presentarse por otros factores de riesgo que aumentan su incidencia .

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) define el intento de suicidio como una secuencia de conductas iniciada por el propio individuo y que en

el momento en que las inicia busca que las acciones que comete lo lleven a su propia muerte (APA, 2022).

Desde una perspectiva sociológica Durkheim (1897), plantea que se distingue diferentes tipos de suicidio según el grado de integración e interacción social del individuo con su entorno, por lo que plantea que la presencia o ausencia de vínculos sociales influyen en la conducta suicida, entre ellos menciona: el suicidio egoísta, el suicidio altruista y el suicidio anómico.

B. Diagnóstico del intento de suicidio. El DSM-5 no formula la conducta suicida como un diagnóstico nosológico psiquiátrico oficial, pero propone el Trastorno de comportamiento suicida en la Sección III del libro, como una de las “Afecciones que necesitan más estudio”, los diagnósticos en esta sección no están habilitados aun para su uso clínico, pero sí para empoderar a futuros investigadores a usar un lenguaje y parámetros en común. Plantea que el Trastorno de comportamiento suicida se caracteriza por un intento de suicidio en los últimos 24 meses (criterio A). La acción no cumple con los criterios para autolesiones sin intención suicida, como una autolesión que se realiza en la piel con el objetivo de aliviar el malestar emocional o cognitivo o para obtener un estado de ánimo positivo (criterio B). También detalla que el diagnóstico no se aplica en casos de ideación suicida (pensamiento) o actos preparatorios, así como en presencia de estados de delirio o confusión o donde el intento fue con fines políticos o religiosos (criterio C, D y E), finalmente considera importante especificar si el episodio se encuentra en presencia actual o remisión inicial, donde han pasado más de 12 a 24 meses desde el último intento (APA, 2022).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10° revisión, el intento de suicidio no está contemplado en un código en específico, pero se asocia a los códigos usados para los envenenamientos autoinfligido intencionalmente (X60 a X68) y las lesiones autoinfligidas intencionalmente (X70 a X83), que incluyen diversos métodos por los que una

persona puede haber intentado causarse daño con el objetivo de acabar con su vida, además se contempla el código R45.851 para la ideación suicida, que resulta relevante para la identificación de conductas de riesgo (OMS, 1992).

Por tanto, resulta fundamental el uso de ambos manuales de diagnóstico para la correcta codificación del intento de suicidio y para obtener la recopilación y análisis de datos epidemiológicos.

C. Cuadro clínico del intento de suicidio. El intento de suicidio es considerado una expresión conductual grave que produce altos nivel de malestar psicológico y emocional, las investigaciones demuestran que la mayoría de casos de intento de suicidio presentan antecedentes psiquiátricos como: trastornos depresivos, de ansiedad y por consumo de sustancias (APA, 2022).

Es importante diferenciar entre los distintos niveles del comportamiento suicida. Según O'Connor y Nock (2014), este comportamiento puede dividirse en tres etapas: la ideación suicida (pensamientos de autolesión o muerte), el plan suicida (elaboración de un plan para llevarlo a cabo), y el intento suicida (acción concreta que puede o no resultar en la muerte).

Clínicamente a nivel psicológico y psiquiátrico, los individuos que han realizado un intento de suicidio pueden presentar los siguientes síntomas y signos:

- Ideación suicida persistente: pensamientos recurrentes sobre la muerte o el deseo de morir, planificación del intento de suicidio y verbalización de intenciones suicidas (Baca-García et al., 2007).
- Síntomas depresivos: tristeza intensa, desesperanza, anhedonia, alteraciones del apetito y del sueño, disminución de la energía y de la concentración (APA, 2022).
- Ansiedad o agitación psicomotriz, irritabilidad, angustia emocional.
- Sentimientos de inutilidad, fracaso o culpa patológica, especialmente en adolescentes con baja autoestima o que han sufrido experiencias de violencia o negligencia (OMS, 2014).

- Aislamiento social y retraimiento progresivo.
- Consumo de sustancias psicoactivas: el uso de alcohol, cannabis y otras drogas es común en adolescentes que han intentado suicidarse y se asocia con mayor impulsividad y riesgo de recurrencia (Castillo-Carniglia et al., 2020).

En adolescentes, estos síntomas suelen coexistir con factores contextuales como conflictos familiares, acoso escolar, dificultades académicas y disfunción en redes de apoyo, lo que puede agravar la sintomatología y aumentar la probabilidad de intento de suicidio (Ministerio de Sanidad, 2022).

D. Modelo Motivacional-Volitivo de la conducta suicida de Rory O'Connor. Uno de los modelos teóricos más representativos que explican la conducta suicida es el Modelo Motivacional-Volitivo (IMV) propuesto por O'Connor (2011) que plantea que el suicidio es el resultado de un proceso progresivo y multifactorial.

Entre los orígenes teóricos del presente modelo que aportaron en su desarrollo se encuentran cuatro perspectivas, que se describen a continuación (O'Connor y Kirtley, 2018):

- El modelo de diátesis-estrés, plantea que los factores de vulnerabilidad individuales representan un alto factor de riesgo para el desarrollo de la ideación suicida cuando se activan por estresores.
- La teoría del comportamiento planificado (TPB) sostiene que un fuerte predictor del comportamiento suicida es la motivación e intención que tiene una persona para llegar a cometer la acción y aporta las fases de formación de la intención y ejecución del comportamiento.
- La Teoría del grito de dolor del suicidio de Williams (1997) aporta al modelo en su fase motivacional, ya que plantea que la derrota, la humillación, y la trampa guardan una relación que conllevan a la ideación suicida, estos términos son extraídos del concepto *huida detenida*, que describe la experiencia de sentirse como si uno ha sido derrotado y no tiene

perspectiva de escape o rescate (trampa), dicha explicación guarda relación con la *visión de túnel* que se suele observar en personas con comportamientos suicidas, por la que perciben como la única ruta de escape al suicidio.

- La hipótesis de activación diferencial postula que, ante la experiencia de angustia, se establece una asociación entre la sensación de angustia y la ideación suicida, por lo que, ante subsiguientes episodios de angustia, se consolidará la relación entre la vía de angustia a las cogniciones suicidas y se activará con mayor facilidad. Incluso en casos donde la persona ya no presente angustia las vías permanecen latentes hasta que se activan por un estado de ánimo negativo o estrés.

El modelo de IMV está compuesto por tres fases que explican cómo se origina la ideación suicida y cuál es la ruta para llegar a las conductas suicidas (O'Connor y Kirtley, 2018).

- La fase premotivacional plantea que los factores de vulnerabilidad que predisponen al individuo al riesgo suicida pueden ser biológicos, genéticos o cognitivos, como antecedentes familiares, rasgos de personalidad, traumas infantiles y factores sociodemográficos. Entre ellos uno de los factores estudiados que se ha asociado sistemáticamente con el riesgo de suicidio es el perfeccionismo socialmente prescrito, que se define como la expectativa irrealista que se cree que el entorno tiene sobre uno mismo por lo que aumenta la probabilidad de que un individuo se sienta derrotado cuando ocurre una crisis interpersonal.
- La fase motivacional, aquí se sostiene que existen procesos psicológicos que desarrollan la ideación suicida y la intención de morir. Se postula que esta fase es activada por eventos estresantes percibidos que generan sentimientos de derrota, humillación y una sensación de estar atrapado (trampa) y estos serán los predictores del surgimiento de la ideación suicida. Postula también que existen moderadores motivacionales que aumentan o disminuyen la probabilidad de que la sensación de sentirse atrapado se convierta en la una ideación suicida,

por lo que la baja autoestima, la desesperanza y el poco soporte social intensifican este proceso.

- La fase volitiva, donde la ideación suicida se convierte en un intento de suicidio, se presenta como factores asociados a los moderadores volitivos que influyen en la transición de la ideación a la acción suicida. Estos moderadores volitivos pueden ser de carácter ambiental, psicológico, social o fisiológico, como el acceso a métodos letales, planificación del intento, exposición al suicidio por antecedentes en su entorno, impulsividad, alta resistencia/sensibilidad al dolor físico, pérdida del miedo a la muerte, imágenes mentales del suicidio y presencia de antecedentes de conducta suicida como autolesiones. Estos elementos explican por qué algunas personas con pensamientos suicidas actúan y otras no.

E. Factores de riesgo del intento de suicidio en la adolescencia. Las características descritas anteriormente influyen en que durante la adolescencia se puedan presentar trastornos de salud mental como la depresión, la ansiedad e ideación o intento suicida, por lo que resulta pertinente identificar los factores que representan un riesgo para la integridad física y emocional del adolescente. La OMS (s.f.) reconoce la existencia de factores de riesgo que aumentan la incidencia del intento de suicidio, entre los cuales destaca los antecedentes familiares de suicidio, violencia física o sexual, el aislamiento social, trastornos y eventos vitales estresantes.

A continuación, se describen según grupos los principales factores de riesgo del intento de suicidio:

- Factores individuales. Trastornos de salud mental preexistentes, como la depresión que representa el trastorno con mayor asociación, seguidos de otros trastornos como el bipolar, de ansiedad, de personalidad, por consumo de sustancias y asociados a efectos del trauma. Los antecedentes personales y familiares de intentos de suicidios previos, antecedentes de conducta suicida previa (pensamiento e ideación suicida) y conducta autolesiva

intencionalmente. Presentar una discapacidad intelectual aumenta en 42% las tasas de suicidio en niños y adolescentes, así también la discapacidad física y de aprendizaje tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con los adolescentes sin discapacidad. El consumo de sustancias en adolescentes aumenta significativamente el riesgo de conductas suicidas, debido a un deterioro del juicio, la inhibición y efectos neurocognitivos/conductuales crónicos negativos (Hilt y Chaudron, 2024).

- Factores relacionales. Experiencias adversas en la infancia, asimismo los eventos vitales negativos experimentados en cualquier etapa de la vida, los conflictos familiares, problemas interpersonales, rupturas vinculares actúan como desencadenantes motivacionales que incrementan el riesgo de ideación e intento suicida. (O'Connor y Kirtley, 2018). Haber sido víctima de abuso físico, sexual y emocional; negligencia, en cuanto al uso de redes sociales hay evidencia que aquellos adolescentes que son víctimas de ciberacoso tienen un mayor riesgo de intentar suicidarse, autolesionarse y tener pensamientos suicidas (Hilt y Chaudron, 2024).
- Factores comunitarios, sociales, estructurales y culturales. Evidencias recientes señalan que existen factores sociales y ambientales que influyen en el riesgo del intento de suicidio, como la desigualdad socioeconómica, el impacto de los cambios sociales rápidos, (O'Connor y Kirtley, 2018). Vivir en zonas rurales representa el doble de riesgo en las tasas de suicidio en comparación con grupos urbanos. La orientación sexual también es considerada un factor de riesgo ya que los intentos fueron mayores entre los jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y no conformes con su género (46,8%) en comparación con sus pares heterosexuales (14,5%) (Hilt y Chaudron, 2024).

2.1.2.2 Diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento. El diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento es un proceso clínico en el cual se identifican y clasifican los trastornos de un individuo, basándose en criterios diagnósticos estandarizados

incluidos en el capítulo V (F00–F99) de la CIE-10. Este diagnóstico se realiza a partir de la evaluación sistemática de síntomas, duración, intensidad, curso clínico y grado de deterioro funcional, permitiendo ubicar el cuadro dentro de categorías específicas como trastornos del estado de ánimo, trastornos neuróticos, trastornos del comportamiento, entre otros. La CIE-10 define estos trastornos como condiciones caracterizadas por alteraciones clínicamente significativas en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento, que se asocian generalmente con malestar o deterioro en áreas importantes del funcionamiento personal, social o académico (OMS, 1992).

Respecto a los trastornos que se encuentran más comúnmente asociados en la conducta suicida en adolescentes se encuentra los trastornos emocionales como ansiedad generalizada y ansiedad social, trastorno depresivo mayor, trastornos de la personalidad, abuso de alcohol y otras drogas, así como presentar antecedentes de ideación suicida e intentos de suicidio previos (Bazán-López et al., 2016; Prades-Caballero et al., 2025), por otro lado Richardson et al. (2024) encontraron que la presencia de cualquier trastornos de salud mental aumentó el riesgo de intentos de suicidio. Los factores psicológicos asociados al riesgo de suicidio incluyen baja autoestima, desesperanza, miedos sobre el futuro, estrés, problemas de autopercepción, falta de optimismo y dificultades para afrontar situaciones desafiantes (Prades-Caballero et al., 2025). Asimismo, reportaron que existe mayor prevalencia de suicidio en regiones con un alto número de pacientes con depresión tratada o bajo tratamiento por trastornos mentales (Ghadipasha et al., 2024).

2.1.2.3 Diagnóstico de Factores que influyen en el estado de salud. Se refiere a la identificación y clasificación de aquellas condiciones, circunstancias o problemas que influyen en el estado de salud de una persona, pero que no constituyen en sí mismos enfermedades o trastornos. Según la CIE-10, estos factores se encuentran codificados en el capítulo XXI (Z00–Z99). Estos diagnósticos incluyen situaciones como problemas familiares, condiciones

psicosociales, dificultades económicas, antecedentes personales o factores relacionados con el entorno, que pueden afectar la salud o motivar la búsqueda de atención sanitaria. Su registro permite complementar la evaluación clínica, comprender el contexto del paciente y orientar intervenciones integrales (OMS, 1992).

La familia, al constituir el primer espacio de socialización, desempeña un papel esencial en el desarrollo de las habilidades comunicativas, el establecimiento de vínculos y la interiorización de valores. Al aparecer situaciones que desestructuran o fragmentan la dinámica familiar, como violencia, conflictos, inestabilidad familiar, antecedentes de enfermedad mental y suicidio, los adolescentes pueden manifestar comportamientos disruptivos, incluidos comportamientos suicidas (Goodday et al., 2019).

Las evidencias indican que el impacto de la familia en el comportamiento suicida en adolescentes es el factor de riesgo más significativo para el suicidio adolescente. Se consideran alguno de los siguientes factores de riesgo en el funcionamiento de la familia para la conducta suicida, como desorganización familiar, monoparentalidad, negligencia física o emocional, desempleo, conflicto intrafamiliar, problemas en las relaciones parentales y el maltrato físico y el abuso sexual. La falta de cohesión, apoyo, seguridad, comunicación, cuidado y afecto en el entorno familiar es un factor crítico para la conducta suicida en adolescentes (Prades-Caballero et al., 2025).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, debido a que se realizó la recolección de datos para comprobar hipótesis, con el propósito de establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández et al., 2014). Asimismo, se trata de un diseño no experimental de corte transversal, ya que no se manipulan las variables de forma intencionada y la recolección de los datos se realizó en un solo momento determinado. A su vez, el tipo de investigación es descriptivo y retrospectivo.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La revisión de las historias clínicas se realizó durante los meses de diciembre del 2022 a febrero del 2023, con respecto al ámbito espacial se recolectaron los datos a partir de las historias clínicas del archivo del hospital, ubicado en la provincia de Abancay en el departamento de Apurímac, Perú.

3.3. Variables

Definición conceptual

Factores sociodemográficos. Son el conjunto de características sociales y demográficas que describen a una población, tales como la edad, sexo, ocupación y lugar de procedencia. Estas variables permiten comprender el contexto en el que se desarrolla el individuo y su posible influencia en la salud y el comportamiento.

Factores clínicos. Son el conjunto de características relacionadas con la condición de salud del individuo, determinadas a partir de la evaluación médica y psicológica.

Características asociadas. Son en el conjunto de características que están asociadas al intento de suicidio, tales como mes en que ocurrió, método utilizado, motivo referido, antecedente de conducta suicida, planificación del intento de suicidio y consumo de alcohol durante el intento.

Definición operacional

Factores sociodemográficos. Se consideraron las características sociales y demográficas de los adolescentes hospitalizados por intento de suicidio, las cuales serán obtenidas mediante la revisión de historias clínicas y la sistematización en la lista de chequeo. Estas serán medidas a través de variables como edad, sexo, ocupación y lugar de procedencia, y se expresarán en categorías o valores numéricos según corresponda.

Factores clínicos. Se consideraron los principales diagnósticos de ingreso al hospital de los adolescentes hospitalizados por intento de suicidio, el diagnóstico se clasificó en base a la CIE-10, que es un sistema de la Organización Mundial de la Salud que clasifica los trastornos y enfermedades, para lo cual se incluyó los trastornos mentales y del comportamiento (códigos F) y los directamente relacionados al intento de suicidio (X60–X84). Estos serán medidos a través de variables como diagnóstico del tipo de suicidio, diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento y diagnóstico de Factores que influyen en el estado de salud.

Características asociadas. Se consideraron las principales características que están asociadas al intento de suicidio, las cuales serán obtenidas mediante la revisión de historias clínicas y la sistematización en la lista de chequeo. Estas serán medidas a través de variables como mes en que ocurrió, método utilizado, motivo referido, antecedente de conducta suicida, planificación del intento de suicidio y consumo de alcohol durante el intento, y se expresarán en categorías o valores numéricos según corresponda.

Tabla 1

Operacionalización de los factores sociodemográficos y clínicos del intento de suicidio en adolescentes de Apurímac.

Variable	Subvariable	Definición	Tipo
Factores sociodemográficos	Edad	Años de vida	Cuantitativa ordinal

	Sexo	Según su género	Cualitativa nominal
	Ocupación	Ocupación referida	Cualitativa nominal
	Lugar de procedencia	Procedencia referida	Cualitativa nominal
Factores clínicos	Diagnóstico del tipo de suicidio	Diagnóstico de tipo de suicidios según los criterios del CIE-10	Cualitativa nominal
	Diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento	Si el paciente presentó diagnóstico de Trastornos mentales y del comportamiento según los criterios del CIE-10	Cualitativa nominal
	Diagnóstico de los Factores que influyen en el estado de salud	Si el paciente presentó diagnóstico de Factores que influyen en el estado de salud según los criterios del CIE-10	Cualitativa nominal
Características asociadas	Mes	Mes del año en el que ocurrió el intento	Cualitativa nominal
	Métodos utilizados	Método qué utilizó para intentar quitarse la vida	Cualitativa nominal
	Motivo referido	Motivo aparente por el cual el paciente intentó suicidarse.	Cualitativa nominal
	Antecedente de conducta suicida	Si el paciente ha intentado quitarse la vida anteriormente.	Cualitativa nominal

Planificación del intento de suicidio	Si el paciente presentó planificación previa para realizar el intento de suicidio.	Cualitativa nominal
Consumo de alcohol durante el intento de suicidio	Si el paciente consumo de alcohol durante el intento de suicidio.	Cualitativa nominal

3.4. Población y muestra

La población estuvo conformada por pacientes adolescentes del sexo hombre y mujer, ingresados a hospitalización por intento de suicidio y que fueron atendidos por el servicio de psicología entre enero de 2021 y diciembre 2022.

Para la presente investigación se realizó un muestreo censal, ya que se tomó en cuenta el 100% de la población. La muestra estuvo conformada por 47 adolescentes hombres y mujeres con edades de 11 a 17 años.

Asimismo, los criterios de selección fueron los siguientes:

Criterios de inclusión

Pacientes con intento de suicidio que fueron hospitalizados con diagnóstico por el CIE-10 de lesión autoinfligida intencionalmente y envenenamiento autoinfligido intencionalmente (X60 a X83) y que durante su hospitalización recibieron atención por el servicio de psicología.

Criterios de exclusión

Pacientes que al ingresar solo presentaron ideas suicidas, aquellos que no fueron hospitalizados, que durante su hospitalización por intento de suicidio no recibieron atención por el servicio de psicología y que presentaron historias clínicas con información incompleta.

3.5. Instrumentos

La recolección de los factores sociodemográficos y clínicos se realizó a través de una lista de chequeo, que fue elaborada para efectos del estudios para la revisión de las historias

clínicas, de las cuales se obtuvo la información de la hoja de ingreso por parte del servicio de Medicina con los datos sociodemográficos y la hoja de atención de interconsulta por el servicio de Psicología, donde se detallan los factores clínicos, diagnósticos e información adicional de las atenciones en base a la entrevista realizada por el Servicio de Psicología (ver anexo 1).

Lista de chequeo de intento de suicidio en adolescentes

La lista de chequeo de intento de suicidio en adolescentes es un instrumento estructurado, diseñado para recolectar datos y sistematizar información sociodemográfica y clínica de los pacientes incluidos en el estudio. Está organizada en varias secciones:

- Datos de identificación: Incluye el número de historia clínica, lo que permite el registro y seguimiento de los casos sin comprometer la confidencialidad.
- Características sociodemográficas: Comprende variables como sexo, edad, grado de instrucción, lugar de procedencia y ocupación. Estas permiten describir el perfil social y educativo de los adolescentes.
- Características clínicas del intento suicida: Recoge información sobre el método utilizado (por ejemplo, envenenamiento, cutting, ahorcamiento, entre otros), el consumo de alcohol durante el intento, la presencia de antecedentes de conducta suicida y si existió planificación previa.
- Motivo referido del intento: Identifica las causas reportadas por el adolescente, como problemas familiares, de pareja, tristeza o eventos estresantes significativos.
- Diagnóstico clínico: Incluye el registro de diagnósticos según la clasificación correspondiente, tanto de trastornos mentales y del comportamiento como de factores que influyen en el estado de salud.

Este instrumento permitió obtener información organizada, uniforme y relevante para el análisis de los factores sociodemográficos y clínicos asociados al intento de suicidio en adolescentes.

3.6. Procedimientos

Para comenzar con la recolección de datos, se envió el proyecto de investigación a la oficina de apoyo a la docencia e investigación del hospital y se solicitó la aprobación por el comité de ética para recolectar la información de las historias clínicas. Posteriormente se pidió al servicio de Psicología sus archivos de Sistema de Información Hospitalaria (HIS), que es una herramienta de sistematización y seguimiento de casos establecida por el Ministerio de Salud, donde se archivan todos los casos atendidos por el servicio con su respectivo diagnóstico y codificación, luego se seleccionaron los casos que ingresaron por emergencia por lesión autoinfligida intencionalmente con códigos desde el X60 al X83. Una vez seleccionados los casos se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se llevó a cabo la recopilación de datos de los factores sociodemográficos y clínicos a través de la lista de chequeo, revisando la hoja de ingreso del servicio de Medicina y la hoja de atención por interconsulta del servicio de Psicología.

3.7. Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25 y se utilizó la estadística descriptiva para analizar los datos de acuerdo a los objetivos planteados, usando las frecuencias y porcentajes.

3.8. Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en el Código de Ética de la APA (2002) y debido a que esta investigación se considera como no experimental, este estudio se desarrolló conforme a los criterios de investigación y publicación. Debido a que el presente estudio se realizó en un hospital se siguió el criterio de autorización institucional, el cual consiste en brindar información precisa acerca de la propuesta de investigación, la obtención de la autorización correspondiente por parte de las autoridades antes de realizar la investigación y dirigir la investigación de acuerdo con el protocolo autorizado. El presente estudio se

desarrolló respetando los principios éticos establecidos por el Colegio de Psicólogos del Perú (2024), se garantizó el cumplimiento del principio de investigación de protección del bienestar del participante. Asimismo, se resguardó la confidencialidad de la información recolectada y el respeto al secreto profesional, asegurando que los datos sean utilizados únicamente con fines académicos y sin revelar la identidad de los participantes.

IV. RESULTADOS

Las principales características sociodemográficas se muestran en la Tabla 2, la muestra estuvo conformada mayoritariamente por adolescentes mujeres con 80,9% y en menor medida por hombres con 19,1%. En cuanto a la media de edad fue de 15,23 años, con un rango mínimo de 11 años y máximo de 17 años.

Tabla 2

Factores sociodemográficos en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio

Factores sociodemográficos	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	38	80,9
Hombre	9	19,1
Grado de instrucción		
Primaria incompleta	1	2,1
Secundaria incompleta	35	74,5
Secundaria completa	11	23,4
Ocupación		
Estudiante	43	91,5
Trabajador	2	4,3
Estudiante y trabajador	2	4,3
Lugar de procedencia		
Urbano	38	80,9
Rural	9	19,1

En la tabla 3 se observa una mayor frecuencia de intentos de suicidio en adolescentes en el año 2021 con 51,1% (24 casos), seguido por el año 2022 con 48,9% (23 casos). Respecto

al mes del intento de suicidio hubo mayor incidencia en los meses de junio (10 casos - 21,3%), noviembre (7 casos – 14,9%), septiembre (6 casos – 12,8%) y menor incidencia de casos en los meses de marzo (1 – 2,1%) y mayo (1 – 2,1%).

Tabla 3

Frecuencia de intento de suicidio en adolescentes según el mes y año

		Frecuencia	Porcentaje
Mes	Enero	2	4,3
	febrero	2	4,3
	marzo	1	2,1
	abril	4	8,5
	mayo	1	2,1
	junio	10	21,3
	julio	2	4,3
	agosto	5	10,6
	septiembre	6	12,8
	octubre	5	10,6
	noviembre	7	14,9
	diciembre	2	4,3
Año	2021	24	51,1%
	2022	23	48,9%

Respecto al método usado en el intento de suicidio hubo una prevalencia significativa en intento de suicidios por uso de veneno (55,3%) y medicamentos (19,1%). El motivo referido del intento de suicidio estuvo asociado principalmente a problemas familiares y tristeza con 48,9% y 29,8% (ver tabla 4).

Tabla 4*Método usado y motivo referido del intento de suicidio en adolescentes*

	Frecuencia	Porcentaje
Método usado en el intento de suicidio		
Ahorcamiento	2	4,3
Cutting	4	8,5
Intoxicación alcohólica	2	4,3
Medicamentos	9	19,1
Químicos	3	6,4
Veneno	26	55,3
Salto de un puente	1	2,1
Motivo referido del intento de suicidio		
Problemas de pareja	8	17,0
Problemas familiares	23	48,9
Muerte de un familiar o amigo	2	4,3
Tristeza	14	29,8

En la tabla 5 se describen las características asociadas al intento de suicidio, el 12,8% de los casos realizó la planificación previa del intento de suicidio, asimismo el 12,8% presentó antecedentes de conducta suicida.

Tabla 5*Características asociadas del intento de suicidio en adolescentes*

	Frecuencia	Porcentaje
Consumo de alcohol durante el intento de suicidio		
Si	9	19,1

No	38	80,9
Planificación del intento de suicidio		
Si	6	12,8
No	41	87,2
Antecedente de conducta suicida		
Si	6	12,8
No	41	87,2

En la tabla 6 se observa que el tipo de suicidio más frecuente fue el Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas (X68) con 55,3% de los casos.

Tabla 6

Diagnóstico del tipo de suicidio según el CIE-10 en adolescentes

Diagnóstico del tipo de suicidio	Frecuencia	Porcentaje
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a sedantes (X61)	9	19,1
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos (X69)	3	6,4
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas (X68)	26	55,3
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol (X65)	2	4,3

Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado (X80)	1	2,1
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)	2	4,3
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante (X78)	4	8,5

Los principales diagnósticos clínicos de los adolescentes que intentaron suicidarse se visualizan en la tabla 7, respecto a los diagnósticos de Trastornos mentales y del comportamiento la que tuvo mayor predominancia fue el Episodio depresivo moderado (F32.1) con 83%, en cuanto el primer diagnóstico de los Factores que influyen en el estado de salud se obtuvo la totalidad de los casos Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado (Z63.2) y el segundo diagnóstico más resaltante fue Negligencia y abandono por padre o madre (Y06.1) con 68,1%.

Tabla 7

Factores clínicos en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio

	Frecuencia	Porcentaje
1° Diagnóstico: Trastornos mentales y del comportamiento		
Episodio depresivo moderado (F32.1)	39	83,0
Episodio depresivo leve (F32.0)	2	4,3
Reacción al estrés agudo (F43.0)	1	2,1
Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones (F92)	3	6,4

Otros trastornos mixtos de la conducta y de las emociones (F92.8)	2	4,3
---	---	-----

1° Diagnóstico: Factores que influyen en el

estado de salud

Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado (Z63.2)	47	100,0
---	----	-------

2° Diagnóstico: Factores que influyen en el

estado de salud

Negligencia y abandono por padre o madre (Y06.1)	32	68,1
Otros síndromes de maltrato (formas mixtas) (T748)	2	4,3
No presentó	13	27,7

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación desde un enfoque descriptivo y retrospectivo tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos y clínicos en adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en un establecimiento de salud de Apurímac.

Los hallazgos del estudio muestran que las mujeres representaron la mayoría de los casos de adolescentes hospitalizados por intento de suicidio, siendo el método más usado el veneno y el consumo de medicamentos. Los resultados evidenciaron que los principales factores relacionados fueron la presencia de Problemas familiares, diagnóstico de Episodio Depresivo y Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado. Asimismo, la mayoría de los casos no realizó la planificación previa del intento de suicidio y no presentó antecedentes de conducta suicida.

El 80,9% de adolescentes hospitalizados fueron mujeres, estos datos concuerda con la tendencia reportada en la literatura, ya que el CDC Perú del MINSA reportó que en el 2021 evidenciaron un aumento de casos de intento de suicidio en adolescentes, siendo el 69% de mujeres que presentaron estos casos en edades de 15 a 19 años, asimismo Persaud et al. (2023), registraron que 75,2% de su muestra estuvo conformada por mujeres, en la revisión sistemática de Sequeiros et al. (2022) indicaron que se halló un mayor porcentaje de mujeres, lo cual constituye un factor que predispone al suicidio. De igual forma Hernández-Bello et al. (2020) señalan que 39% de los estudios reportan la pertenencia al sexo femenino como un factor de vulnerabilidad asociada a la conducta suicida.

Respecto a las edades, en el presente estudio la media de edad fue de 15,23 años, con un rango mínimo de 11 años y máximo de 17 años, otros estudios indican edades entre los intervalos de 6 a 18 años presentándose la mayor incidencia en grupos de 15 a 18 años con el 64,8% (Persaud et al., 2023).

En cuanto a la incidencia de intentos de suicidio por año, no se obtuvo una diferencia significativa entre los años 2021 y 2022, pues únicamente se observó una reducción de un caso. Respecto a la incidencia mensual, se registró una mayor frecuencia en los meses de junio (10 casos; 21,3 %), noviembre (7 casos; 14,9 %) y septiembre (6 casos; 12,8 %). A nivel internacional se ha evidenciado cierta estacionalidad en lo que respecta a intentos de suicidio, en la revisión sistemática de 29 artículos de 16 países se observó una tendencia general a un pico en primavera y/o verano, independientemente del sexo, la región y el método utilizado (Coimbra et al., 2016). De modo similar, el estudio de 2131 casos de intento de suicidio en jóvenes en Estambul (Turquía) encontró que los intentos se producían con más frecuencia en verano (junio-agosto: ~30.6 %) en comparación con primavera (~25.4 %), otoño (~23.8 %) e invierno (~20.1 %) (Akkaya-Kalayci et al., 2017). Por lo tanto, aunque las cifras obtenidas en el presente estudio aún no permiten generalizar una estacionalidad de los intentos de suicidio, sí contribuyen a aportar información relevante que puede orientar futuras investigaciones en esta línea.

En relación con el lugar de procedencia el 80,9% de los casos fueron en zona urbana y el 19,1% en zona rural. En contraste con ello, Fontanella et al. (2015) reportaron que las tasas de suicidio en jóvenes han sido consistentemente mayores en áreas rurales que en urbanas, siendo casi el doble, tanto para hombres como para mujeres e independientemente del método utilizado. Respecto al método señalan que las tasas de suicidio por arma de fuego y por ahorcamiento/asfixia fueron desproporcionadamente más altas en las zonas rurales, y las diferencias entre zonas rurales y urbanas aumentaron con el tiempo, asimismo plantean como posibles explicaciones para estas tendencias a las brechas entre los factores estructurales como acceso a armas y medios letales, acceso a servicios de salud mental, estigmatización de la salud mental, aislamiento geográfico y social y los cambios sociodemográficos y económicos. En la misma línea, en el estudio de Hua et al. (2024) indican que la mortalidad por suicidio en jóvenes

es aproximadamente el doble en áreas rurales respecto a urbanas en EE. UU. y también sugiere como explicación el difícil acceso a servicios y barreras para la atención, así como la disponibilidad del acceso a armas. Si bien los resultados obtenidos son opuestos a los de las investigaciones internacionales, es importante reconocer que según el enfoque de los determinantes sociales de la salud los factores sociodemográficos influyen de manera significativa en el bienestar físico y mental de las personas, asimismo la teoría del estrés social plantea que las condiciones estructurales desfavorables, como la pobreza, la desigualdad social y la exclusión, incrementan el riesgo de padecer problemas de salud mental. Por tanto, resulta importante evaluar el acceso a la atención de salud mental, pues es un problema persistente en las comunidades rurales debido a la escasez crónica de profesionales, siendo que en Abancay, Apurímac, provincia en la que se encuentra el establecimiento de salud de donde se recopilaron los datos, existen 13 centros de salud, de atención general y tan solo 2 centros de salud mental comunitarios, lo que muestra la escasez de establecimientos especializados, asimismo es importante recalcar que un factor que puede haber influido en la incidencia de casos en zonas rurales es la lejanía al hospital por lo que gran cantidad de casos de intentos de suicidio de zonas rurales son atendidos en centros de salud menor nivel y solo los de mayor letalidad son derivados al hospital.

Se obtuvo como resultados que el principal motivo que indicaron los adolescentes para cometer el intento de suicidio fue presentar problemas familiares (48,9%) y tristeza (29,8%), respecto a los factores clínicos que influyen en el estado de salud se encontró que la totalidad de los casos presentaron Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado (Z63.2), así como Negligencia y abandono por padre o madre (Y06.1) en el 68,1% de los casos.

Estos hallazgos concuerdan con los de diversas investigaciones como los de Pu et al. 2025 que señalan que la disfunción familiar se asocia con un riesgo casi doble de conductas suicidas en adolescentes, asimismo en un estudio longitudinal de una cohorte de más de 7 000

adolescentes, el conflicto familiar al inicio del estudio se asoció con un mayor riesgo de ideación suicida, planificación e intento de suicidio en el seguimiento (Yang et al., 2021). La familia al ser el primer lugar de socialización, desempeña un rol fundamental en el desarrollo habilidades y vínculos del niño y del adolescente (Goodday et al., 2019), el modelo ecológico del desarrollo humano plantea que el comportamiento humano es el producto de la interacción entre el individuo y los sistemas en los que se encuentra inmerso, como la familia, la escuela, la comunidad y el contexto sociocultural (Bronfenbrenner, 1979). Las evidencias indican que el impacto de la familia en el comportamiento suicida en adolescentes es el factor de riesgo más significativo para el suicidio adolescente (Prades-Caballero et al., 2025). Esta información se condice con la del modelo teórico de IMV, que explica que en la fase premotivacional existen factores de vulnerabilidad que predisponen al individuo al riesgo suicida (O'Connor y Kirtley, 2018), evidenciándose en esta investigación a los problemas familiares, soporte familiar inadecuado, negligencia y abandono como los factores que motivaron a cometer el intento de suicidio en adolescentes.

En la misma línea durante la fase motivacional, la ideación suicida se sostiene en base a los procesos psicológicos y es activada por eventos estresantes que generan sentimientos de derrota, humillación y una sensación de estar atrapado (O'Connor y Nock, 2014), un episodio depresivo se caracteriza por presencia de tristeza intensa, desesperanza, anhedonia, alteraciones del apetito y del sueño, disminución de la energía y de la concentración, que actúan como moderadores motivacionales aumentando la probabilidad de que la sensación de sentirse atrapado se convierta en la ideación suicida y estos serán los predictores del surgimiento de la ideación suicida, lo que concuerda con los resultados siendo que el trastorno mental y del comportamiento más frecuente fue el Episodio depresivo moderado (F32.1) con 83%, estos resultados coinciden con lo reportados en múltiples estudios pues indican que la depresión es uno de los factores de riesgo psicológicos y de salud mental más frecuentes (Morcillo et al.,

2025). Diversos estudios indican que los adolescentes con síntomas depresivos significativos presentan un mayor riesgo de conductas suicidas, debido a factores como la desesperanza, la percepción negativa de sí mismos y la sensación de que no existen alternativas para afrontar sus problemas (Labelle et al., 2013; Andrews y Lewinsohn, 1992). Durante esta etapa del desarrollo, la vulnerabilidad emocional, la impulsividad y los cambios neurobiológicos hacen que los episodios depresivos tengan mayor impacto en la conducta (Hilt y Chaudron, 2024). La depresión actúa como un factor de riesgo central para el intento de suicidio en adolescentes, tanto por sus síntomas emocionales y cognitivos como por su interacción con estresores contextuales (O'Connor y Kirtley, 2018). Por ello, la detección temprana y el tratamiento oportuno de la depresión son fundamentales para la prevención de conductas suicidas en esta población.

Finalmente, durante la fase volitiva del modelo IVM, se presentan factores que influyen en la transición de la ideación a la acción suicida, siendo estos de carácter ambiental, psicológico, social o fisiológico, como el acceso a métodos letales. Lo que se corresponde con los resultados, puesto que el método empleado con mayor frecuencia fue el Envenenamiento autoinfligido por exposición a plaguicidas (55,3%) y la exposición a sedantes (19,1%), que también concuerda con la evidencia nacional reportando que el método más frecuente fue el consumo de plaguicidas con cifras entre 45.1% y 44.7%, seguido del consumo de medicamentos con 34.2% (Parhuana, 2020; Soto et al., 2023). En esa línea, los datos epidemiológicos de la revisión de los casos de suicidios del SINADEF entre 2017 a 2021 indican que las modalidades con mayor incidencia fueron ahorcamiento (56,6%) y envenenamiento (29,2%), siendo más frecuente el ahorcamiento en hombre y el envenenamiento en mujeres (Contreras-Córdova et al., 2022). Este predominio del uso de plaguicidas en el contexto peruano podría explicarse por su amplia disponibilidad en zonas rurales, el acceso no regulado a productos altamente tóxicos y la limitada supervisión en su

comercialización, factores que facilitan su uso como medio letal en situaciones de crisis. Por lo que la Organización Mundial de la Salud (2024), subraya que el almacenamiento seguro de plaguicidas en áreas rurales es una de las intervenciones más prometedoras para prevenir suicidios por envenenamiento.

Este estudio se realizó en un hospital de referencia, lo que limita la generalización de los resultados, dado que los casos de intento de suicidio que llegan a este nivel de atención suelen corresponder a cuadros de mayor gravedad física. Por ello, es importante considerar la realidad global de los intentos de suicidio que no requieren hospitalización y que son atendidos en establecimientos de menor complejidad de la provincia de Abancay, pues estos podrían presentar características sociodemográficas y clínicas distintas. Asimismo, la ausencia de fichas estandarizadas para la evaluación de ingreso dificultó la recolección de datos, debido a que las características clínicas de los intentos de suicidio no se consignan siguiendo un protocolo uniforme, sino según el criterio individual del evaluador. Esta variabilidad en el registro puede generar inconsistencias en la calidad de la información, afectar la comparabilidad entre casos y limitar la precisión en la identificación de patrones clínicos relevantes.

En síntesis, el intento de suicidio es un fenómeno multicausal, en el que confluyen factores sociodemográficos y clínicos, siendo imprescindible una aproximación integral para su prevención, por tanto, los resultados sugieren la importancia de implementar programas de prevención de ideación suicida en adolescentes, así como intervenciones en donde se preste mayor atención a la dinámica familiar a través de la terapia familiar.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 Se evidenció que las características sociodemográficas predominantes fueron mayor incidencia de intentos de suicidio en adolescentes mujeres, de procedencia urbana.
- 6.2 Se halló que las características clínicas predominantes en cuanto al diagnóstico de trastorno mental fue el Episodio depresivo moderado, el diagnóstico de Factores que influyen en el estado de salud más frecuente fue Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado y Negligencia y abandono por padre o madre.
- 6.3 Se identificaron las siguientes características asociadas predominantes, el motivo referido para cometer el intento de suicidio fueron problemas familiares y tristeza, el método con mayor incidencia fue el uso de plaguicidas y sedantes y que la mayoría de casos no presentaron antecedentes de conductas suicida, planificación del intento de suicidio y consumo de alcohol durante el intento.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Implementar en el proceso de evaluación de ingreso de los pacientes una ficha de registro de las características clínicas del intento de suicidio a través de una entrevista estructurada.
- 7.2 Aplicar al ingreso a hospitalización un instrumento que mida la ideación suicida, lo que permitirá tener información relevante y estandarizada para continuar con las investigaciones al respecto.
- 7.3 Evaluar la dinámica familiar de los pacientes, debido a que los conflictos familiares ha sido uno de los motivos de intento de suicidio más frecuentes reportados por los pacientes, por lo que la aplicación de un test o entrevista estructurada permitirá conocer las características de la relación familiar de los pacientes y ahondar en los factores de riesgo de manera más específica.
- 7.4 Implementar en los establecimientos de salud unidades de atención con infraestructura adecuada y personal especializado en prevención del intento de suicidio en adolescentes, así como en el abordaje en crisis de estos casos, para garantizar la recuperación de la salud mental de los pacientes.
- 7.5 Ampliar la investigación de los intentos de suicidio a través de la recolección de datos en los establecimientos de salud de menor nivel de la ciudad, lo que permitirá tener datos esclarecedores de los intentos de suicidios de menor letalidad al no requerir hospitalización, así como el panorama global en la ciudad.

VIII. REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060–1073. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1060>
- American Psychological Association. (31 de mayo de 2025). *Suicide*. En *APA Dictionary of Psychology*. <https://dictionary.apa.org/suicide>
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed., texto rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 655–662. <https://doi.org/10.1097/00004583-199207000-00012>
- Ardiles Irrarrázabal, R. A., Alfaro Robles, P. A., Díaz-Mancilla, I. E., & Martínez Guzmán, V. V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichán*, 18(2), 160–170. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.4>
- Arias Bravo, P. I. (2021). *Aspectos relacionados con el intento de suicidio en pacientes atendidos en el área de psiquiatría del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el periodo 2018–2020* [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/3242>
- Akkaya-Kalayci, T., Vyssoki, B., Winkler, D., Özlü-Erkilic, Z., Kapusta, N. D., & Sonneck, G. (2017). *The effect of seasonal changes and climatic factors on suicide attempts of young people*. *BMC Psychiatry*, 17, 365. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1532-7>

- Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., García Resa, E., Blasco, H., Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., & de Leon, J. (2007). Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(3), 154–159. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0703-3>
- Bazán-López, J. L., Olórtégui-Malaver, V. M., Vargas-Murga, H. B., & Huayanay-Falconí, L. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 3–16. <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2763>
- Blakemore, S.-J., & Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, 65, 187–207. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2020). *Carga de enfermedad en el nivel regional: Apurímac*. Ministerio de Salud del Perú. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargaEnfermedad/2020/APURIMAC.pdf>
- Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., & Cerdá, M. (2020). Psychiatric comorbidities in adolescent suicide: A review of national epidemiological surveys. *Journal of Affective Disorders*, 265, 463–470. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.079>
- Coimbra, D. G., Pereira e Silva, A. C., de Sousa-Rodrigues, C. F., Barbosa, F. T., de Siqueira Figueredo, D., Araújo Santos, J. L., Barbosa, M. R., de Medeiros Alves, V., Nardi, A. E., & de Andrade, T. G. (2016). Do suicide attempts occur more frequently in the spring too? A systematic review and rhythmic analysis. *Journal of Affective Disorders*, 196, 125–137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.036>

- Colegio de Psicólogos del Perú. (2024). *Código de ética y deontología*.
- Contreras-Córdova, C. R., Atencio-Paulino, J. I., Sedano, C., Ccoicca-Hinojosa, F. J., & Paucar Huaman, W. (2022). Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017–2021. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 19–28. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie*. Félix Alcan.
- Fontanella, C. A., Hiance-Steelesmith, D. L., Phillips, G. S., Bridge, J. A., Lester, N., Sweeney, H. A., & Campo, J. V. (2015). Widening rural–urban disparities in youth suicides, United States, 1996–2010. *JAMA Pediatrics*, 169(5), 466–473. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.3561>
- Ghadipasha, M., Talaie, R., Mahmoodi, Z., Karimi, S. E., Forouzesh, M., Morsalpour, M., Mahdavi, S. A., Mousavi, S. S., Ashrafiesfahani, S., Kordrostami, R., & Dadashzadehasl, N. (2024). Spatial, geographic, and demographic factors associated with adolescent and youth suicide: a systematic review study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1261621. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1261621>
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M. J., & Hidalgo Vicario, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia: Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 233–244. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
- Goodday, S. M., Shuldiner, J., Bondy, S., & Rhodes, A. E. (2019). Exposure to parental psychopathology and offspring's risk of suicide-related thoughts and behaviours: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(2), 179–190. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000397>

- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5).
- Hernández-Bello, L., Hueso-Montoro, C., Gómez-Urquiza, J. L., & Cogollo-Milanés, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202009094. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272020000900009>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Hernández-Vásquez, A., Azañedo, D., Rubilar-González, J., Huarez, B., & Grendas, L. (2016). Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004–2013. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 751–757. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2562>
- Hilt, R. J., & Chaudron, L. H. (2024). *Suicide and suicide risk in adolescents*. *Pediatrics*, 153(1), e2023064800. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-064800>
- Hua, L. L., Lee, J., Rahmandar, M. H., & Sigel, E. J. (2024). *Suicide and suicide risk in adolescents*. *Pediatrics*, 153(1), e2023064800. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-064800>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2016). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la conducta suicida en emergencia* (Resolución Directoral N.º 244-2016-DG/INSM-HD-HN). <https://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2016/RD%20244-2016%20DG.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2022). *Presentación de resultados de pobreza 2021* [Informe].

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/pobreza2021/Presentacion_resultados_pobreza2021.pdf

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2011). *Anales de Salud Mental* (Vol. 27, Suplemento 1). Ministerio de Salud del Perú. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3196.pdf>

Labelle, R., Breton, J. J., Pouliot, L., Dufresne, M. J., & Berthiaume, C. (2013). Cognitive correlates of serious suicidal ideation in a community sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 370–377. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.027>

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

Ministerio de Salud del Perú. (10 de setiembre de 2022). *El 71.5 % de los casos de intento de suicidio en el Perú es de personas entre 15 y 34 años*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/648965-el-71-5-de-los-casos-de-intento-de-suicidio-en-el-peru-es-de-personas-entre-15-y-34-anos>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026* [Informe]. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Estrategia_SaludMental_SNS_2022_2026.pdf

Morcillo, V., Ferrer-Ribot, M., Mut-Amengual, B., Bagur, S., & Rosselló, M. R. (2025). Mental health and suicide attempts in adolescents: A systematic review. *Healthcare*, 13, 1039. <https://doi.org/10.3390/healthcare13091039>.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., & Williams, D. R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>

- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational–volitional model of suicidal behavior. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(6), 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10.^a rev.).
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Organización Mundial de la Salud. (26 de noviembre de 2024). *La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Prevención del suicidio: restricción de acceso a los plaguicidas* [Manual]. <https://iris.who.int/handle/10665/328770>
- Organización Mundial de la Salud. (25 de marzo de 2025). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud. (31 de mayo de 2025). *Prevención del suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

- Parhuana, A. (2020). *Factores de riesgo de intento de suicidio en adolescentes. Hospital Nacional Dos de Mayo* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16459>
- Persaud, A., Soler Santana, R., Donatien Rojas, N. C., & Inciarte Tamayo, K. (2023). Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de niños y adolescentes con intento de suicidio en el municipio de Santiago de Cuba. *MEDISAN*, 27(4), e4467. <https://doi.org/10.47382/medisan.v27i4.4467>
- Prades-Caballero, V., Navarro-Pérez, J. J., & Carbonell, Á. (2025). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes: una revisión general utilizando el modelo socioecológico. *Community Mental Health Journal*, 61, 612–628. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01368-2>
- Pu, M., Guo, L., Cheng, P., Gao, Q., & Zhu, H. (2025). Family dysfunction and risk of suicidal behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 370, 427–433. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.025>
- Richardson, R., Connell, T., Foster, M., Blamires, J., Keshoor, S., Moir, C., & Zeng, I. S. (2024). Risk and protective factors of self-harm and suicidality in adolescents: An umbrella review with meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(6), 1301–1322. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-01969-w>
- Rubio Ramírez, F. F. (2023). *Factores de riesgo y de protección asociados a la conducta suicida no letal en una muestra clínica de adolescentes de la región del Maule* [Tesis de pregrado, Universidad de Concepción]. Repositorio Institucional de la Universidad de Concepción. <https://repositorio.udec.cl/items/d4a77a07-7352-42ac-ae97-fb06209be46f>

- Sequeiros Villaplana, C., Jerez González, N., & Luis Suárez, I. (2022). *Factores de riesgo de suicidio en adolescentes: una revisión sistemática desde el año 2021–2022* [Trabajo académico de pregrado, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28375>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
- Soto Calderón, M., Torres Arbieto, B. S., & Vilcapoma Melo, L. (2023). *Factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas-Apurímac-2022* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cañete]. Repositorio UNDC. <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8487>
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Tamayo Cordoví, A., Elías Montes, Y., Coto Batista, T., & Sánchez Pérez, Y. Y. (2021). Factores de riesgo asociados a la tentativa de suicidio en adolescentes. Unidad de terapia intensiva pediátrica, 2018–2019. *Multimed*, 25(3), e1753. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000300002
- Vargas, H., Luna-Solís, Y. L. S., & Vargas-Suárez, K. (2024). Conducta suicida en la población adolescente de la ciudad de Abancay, 2010–2016: Estudio comparativo. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 87(4), 346–353. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/5586/5969>
- Williams, J. M. G. (1997). *Cry of pain: Understanding suicide and self-harm*. Penguin Books.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

Yang, X. F., Liu, Z. Z., & Jia, C. X. (2021). A longitudinal study of the relationship between family conflict and suicidal behavior in adolescents. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 42(11), 1976–1982. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112338-20210317-00215>

IX. ANEXOS

Anexo A. Lista de chequeo de intento de suicidio en adolescentes

LISTA DE CHEQUEO DE INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES					
N° DE HISTORIA CLÍNICA			EDAD		
SEXO	Mujer			Estudiante	
	Hombre				
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria incompleta		OCUPACIÓN	Trabajador	
	Secundaria incompleta			Estudiante y trabajador	
	Secundaria completa		MOTIVO REFERIDO	Problemas de pareja	
	LUGAR DE PROCEDENCIA	Rural			Problemas familiares
Urbano				Tristeza	
MÉTODO	Veneno				Muerte de un amigo o familiar
	Cutting		CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL INTENTO	Si	
	Medicamentos			No	
	Ahorcamiento		ANTECEDENTE DE CONDUCTA SUICIDA	Si	
	Químicos			No	
	Intoxicación alcohólica		PLANIFICACIÓN DEL INTENTO	Si	
	Salto de un puente			No	
DX del tipo de suicidio					
1° DX Trastornos mentales y del comportamiento					
2° DX Trastornos mentales y del comportamiento					
1° DX Factores que influyen en el estado de salud					
2° DX Factores que influyen en el estado de salud					
3° DX Factores que influyen en el estado de salud					