

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO**  
**CIRUJANO**

**Prevalencia y factores asociados a la ideación suicida en**  
**adultos discapacitados peruanos: un análisis de la ENDES**  
**2015-2019**

**PRESENTADO POR:**

Bach. Gadea Regalado, Elia Elena  
ORCID: 0000-0002-1284-9031

**ASESOR:**

Mc.Mg. Solar Rossel, Jorge Luis  
ORCID: 0000-0001-6136-1668

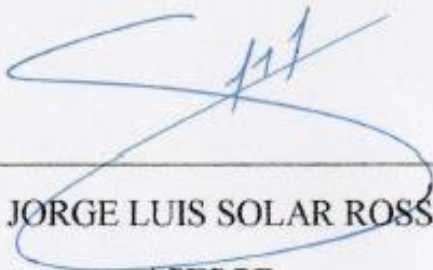
**NUEVO CHIMBOTE – PERÚ**

**2023**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



Revisado y V° B° de:



---

DR. JORGE LUIS SOLAR ROSSEL  
ASESOR

DNI: 41201689

COD. ORCID: 0000-0001-6136-1668

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



Revisado y V° B° de:

DR. ANTHONY J. TABOADA QUEZADA

PRESIDENTE

DNI: 46706726

COD. ORCID: 0000-0002-0941-589X

DR. LORENZO E. PEREZ LUJÁN

SECRETARIO

DNI: 32816855

COD. ORCID: 0000-0001-9118-3938

DR. JORGE L. SOLAR ROSSEL

INTEGRANTE - ASESOR

DNI: 41201689

COD. ORCID: 0000-0001-6136-1668

## ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el día Aula Magna 02, siendo las 15:05 horas del día 14 febrero 2023, dando cumplimiento a la Resolución N° 046-2023-UNS-FC se reunió el Jurado Evaluador presidido por M. Mg. Anthony Juan Taboada Quezada, teniendo como miembros a M. Mg. Lorenza Emilia Rozglia (secretario) (a), y M. Mg. Jorge Luis Solar Rosel (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Medico cirujano realizado por el, (la), (los) tesista (as) Ella Elena Gadea Regalado

..... quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada: "Prevalencia y factores asociados a la rotación súbita en adultos discapacitados peruanos: un análisis de la ENDES 2015-2019"

Terminada la sustentación, el, (la), (los) tesista (as) respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Aprobado asignándole un calificativo de 17 puntos, según artículo 111° del Reglamento General de Grados y Títulos vigente (Resolución N° 560-2022-CU-R-UNS)

Siendo las 16:30 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad

[Firma]  
Nombre: Anthony Taboada  
Presidente

[Firma]  
Nombre: Lorenza Emilia Rozglia  
Secretario

[Firma]  
Nombre: Jorge Luis Solar Rosel  
Integrante

Distribución: Integrantes J.E ( ), tesistas ( ) y archivo (02).





## DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD Y DE NO PLAGIO

Yo, Gadea Regalado Elia Elena identificado con DNI N° 70230638, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa, autora de la tesis titulada:

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADULTOS DISCAPACITADOS PERUANOS: UN ANÁLISIS DE LA ENDES 2015 – 2019”**

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

La tesis presentada para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano es original, así como, resultado del trabajo y esfuerzo personal, no ha sido copiado, no se han utilizado ideas, formulaciones, citas integrales ni ilustraciones diversas sacadas de otras tesis, obras, artículos, memorias, etc., (en versión digital o impresa), sin mencionar de forma exacta y clara su origen, fuente o autor, tanto en el cuerpo o texto, gráficos o figuras. Cuadros, tablas u otro contenido protegido por los derechos de autor.

Declaramos que el trabajo de investigación que presentamos para su evaluación no ha sido presentado anteriormente en ninguna página o sitio alguno, ni tampoco fue usado para la obtención de algún grado académico título.

Estamos conscientes de que el hecho de no respetar los derechos de autor y hacer falsificación o plagio es causa suficiente de sanciones universitarias, por lo que asume cualquier responsabilidad que pudiere derivarse y comprobarse de irregularidades en la tesis.

Nuevo Chimbote, 14 de febrero de 2023



---

Tesista: Gadea Regalado Elia Elena

## DEDICATORIA

A ti mi Dios, por ser mi fortaleza día con día.

Te dedico con todo mi corazón y mi ser, madre mía, por acompañarme día a día, sin importar la distancia tú estabas conmigo, y jamás ello fue un impedimento, por permitirme cumplir mi sueño, sin ti no lo habría logrado.

Papi, tú que cada día estabas conmigo por medio de llamadas, por ser mi alarma cada mañana, por haberme forjado la persona que soy. Cada logro se lo debo a ustedes.

A mi hermano que fuiste mi compañero, mi confidente, mi paciente.

Un pedacito de ser iluminó mis días poco antes de finalizar la carrera, te dedico a ti mi niña, que eres la razón y el motivo que tengo para luchar y seguir adelante.

A la persona que me acompañó día a día en mi etapa universitaria, a ti amor, amigo, compañero y ahora esposo. Hoy puedo decir lo logré junto a ti. LO LOGRAMOS!!!

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, dar gracias a Dios, por acompañarme día a día; El Señor es mi fuerza y mi escudo; mi corazón en él confía; de él recibo ayuda. Mi corazón salta de alegría, y con cánticos le daré gracias. Todo te lo debo a ti mi Dios.

A mi familia, que son mi motor y motivo; papi, mami, a ustedes se lo debo todo, que siempre confiaron en mí, me dieron aliento cuanto más lo necesité y celebraron cada triunfo conmigo, cada obstáculo junto a ustedes fue un triunfo.

No puedo dejar de mencionar al que ahora es mi esposo; juntos iniciamos la carrera, recorrimos de la mano cada aula, hospital, trabajos, obstáculos, triunfos. Fuiste la pieza fundamental en esta hermosa etapa.

A la casa de estudios que me albergó estos siete años, que permitió que pueda estudiar esta carrera profesional; así mismo a cada docente de esta casa de estudios que impartió conocimiento en mi persona.

Asimismo, agradezco a mi asesor Jorge Luis Solar Rossel, por brindarme la oportunidad de ser su asesora, de impartir sus conocimientos, tenerme paciencia y contribuir en el desarrollo de esta tesis.

Gracias infinitas a todos.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTOS .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT .....	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	14
1.1. PROBLEMÁTICA .....	14
1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN .....	16
1.3. OBJETIVO GENERAL .....	16
1.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
II. MARCO TEÓRICO .....	18
III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	20
IV. RESULTADOS .....	27
V. DISCUSIÓN.....	36
VI. CONCLUSIONES.....	40
VII. RECOMENDACIONES.....	41
VIII. REFERENCIAS .....	42
IX. ANEXOS .....	48



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de adultos discapacitados del Perú, ENDES 2015-2019 (n=3.900; N=820.629) .....	28
Tabla 2. Características generales de adultos discapacitados del Perú según la presencia de ideación suicida .....	29
Tabla 3. Modelos lineales generalizados crudos y ajustados de la familia de Poisson para evaluar los factores asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados del Perú .....	31
Tabla 4. Análisis estratificado por edad para evaluar los factores asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados del Perú .....	33

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de la selección de la muestra, ENDES 2015-2019 .....	27
---	----

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo 1: Ítems a utilizar disponibles en los cuestionarios de la ENDES 2015-2019... 48

## RESUMEN

**Antecedentes:** La discapacidad, debido a la carga mórbida que representa, es un factor predisponente a la ideación suicida. Sin embargo, en adultos discapacitados no se han evaluado cuáles son los factores asociados a la ideación suicida. Esto nos permitiría orientar estrategias de salud pública sobre este grupo vulnerable.

**Objetivo:** Estimar la prevalencia y factores asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados peruanos.

**Métodos:** Análisis transversal de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2015-2019. Consideramos a la discapacidad como la limitación permanente para moverse, hablar, escuchar, ver, comprender o comunicarse/interactuar con otras personas. La ideación suicida estuvo determinada por presentar "Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarte de alguna manera" durante las últimas 2 semanas, ítem extraído del Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9). Se construyeron modelos de regresión de Poisson para calcular las Razones de Prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa), con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%) para evaluar los factores asociados a la ideación suicida.

**Resultados** Analizamos 3.900 adultos discapacitados. La prevalencia de ideación suicida fue del 25,97%. Tras ajustar por variables de confusión, una edad de 60 años o más (RPa: 1,21; IC 95%: 1,01-1,47; p=0,049) y tener síntomas depresivos (RPa: 7,73; IC 95%: 5,81-10,29; p<0,001) se asoció con una mayor probabilidad de ideación suicida, mientras que un nivel de educación secundarios (RPa: 0,76; IC 95%: 0,58-0,99; p=0,044) o superiores (RPa: 0,46; IC 95%: 0,28-0,77; p=0,003) se asoció a una menor probabilidad de ideación suicida.

**Conclusiones:** Uno de cada cuatro adultos discapacitados presentó ideación suicida. Tener edad de 60 años o más y tener síntomas de depresión son factores que se asocian a una mayor probabilidad de ideación suicida, mientras que contar con estudios secundarios o superiores se asoció a una menor probabilidad de ideación suicida en adultos discapacitados del Perú.

**Palabras clave:** Personas Discapacitadas; Ideación Suicida; Perú.

## **ABSTRACT**

**Background:** Disability, due to the morbid burden it represents, is a predisposing factor to suicidal ideation. However, in disabled adults, the factors associated with suicidal ideation have not been evaluated. This would allow us to guide public health strategies on this vulnerable group.

**Objective:** To estimate the prevalence and factors associated with suicidal ideation in disabled Peruvian adults.

**Methods:** Cross-sectional analysis of the Demographic and Family Health Survey, ENDES 2015-2019. We consider disability as the permanent limitation to move, speak, hear, see, understand or communicate/interact with other people. Suicidal ideation was determined by presenting "Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way" during the last 2 weeks, an item extracted from the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Poisson regression models were built to calculate the crude Prevalence Ratios (PRc) and adjusted (PRa), with their respective 95% confidence intervals (95% CI) to evaluate the factors associated with suicidal ideation.

**Results:** We analyzed 3,900 disabled adults. The prevalence of suicidal ideation was 25.97%. After adjusting for confounding variables, age 60 years or older (aPR: 1.21; 95% CI: 1.01-1.47; p=0.049) and having depressive symptoms (aPR: 7.73; 95% CI: 5.81-10.29; p<0.001) was associated with a higher probability of suicidal ideation, while a secondary education level (aPR: 0.76; 95% CI: 0.58-0.99; p=0.043) or higher (aPR: 0.46; 95% CI: 0.28-0.77; p=0.003) was associated with a lower probability of suicidal ideation.

**Conclusions:** One in four disabled adults presented suicidal ideation. Being 60 years of age or older and having symptoms of depression are factors associated with a higher probability of suicidal ideation while having secondary education or higher was associated with a lower probability of suicidal ideation in disabled adults in Peru.

**Keywords:** Disabled People; Suicidal Ideation; Peru.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. PROBLEMÁTICA

El suicidio representa un importante problema de salud pública cuyas tendencias han venido aumentando en los últimos años (Alicandro et al., 2019; World Health Organization, 2021b). Este corresponde a la cuarta causa principal en jóvenes de 15 a 19 años de edad (World Health Organization, 2021b). Asimismo, trae consecuencias que afectan a las familias, comunidades o naciones enteras, cuya duración suele ser considerable (World Health Organization, 2021b). Además, es un problema que se puede prevenir pero que debido a la falta de atención por parte de las autoridades, en algunas naciones, no se ha logrado controlar (Mann et al., 2005).

A nivel mundial, desde la década del 2000 se observó una disminución en las tasas de mortalidad por suicidio en la mayoría de países, las cuales sufrieron variaciones tras la crisis mundial del 2008, mostrando aumentos significativos en algunos países como Brasil, México, Estados Unidos y Australia (Alicandro et al., 2019). Asimismo, existen diferencias entre las naciones sobre el suicidio, siendo más prevalente en países de bajos y medianos ingresos (World Health Organization, 2021b). En América Latina y el Caribe, la tasa de mortalidad por suicidio tiene tendencias al alta y presentó su pico más alto en el año 2017 (6.4 por cada 100,000 habitantes) (Organización Mundial de la Salud, 2019a).

En el Perú, la tasa de mortalidad por suicidio ha tenido variaciones a través de los años que se han mantenido dentro de un mismo rango, evidenciando la mayor tasa de mortalidad por suicidio en el 2010 (3.5 por cada 100,000 habitantes) y para el 2019 se registró una tasa de mortalidad por suicidio de 2.8 por cada 100,000 habitantes (Organización Mundial de la Salud, 2019b). Asimismo, según un análisis de defunciones del periodo 2017-2021, los departamentos con mayor frecuencia de suicidio fueron Lima (20,3%), Arequipa (19,2%), Cusco (9,5%) y Junín (7,8%) (Contreras-Cordova et al., 2022).

El suicidio o la intención de suicidio puede ser desencadenado por diversos factores agobiantes a largo plazo, pero la identificación de individuos con ideación suicida representa un buen punto de partida para reducir esta problemática. Un estudio en EE. UU. encontró que la ideación suicida diaria

se asoció con diez veces mayor el riesgo de intención de suicidio y muerte por suicidio durante un periodo de un año (Simon et al., 2013). Asimismo, la depresión y ansiedad aumenta la probabilidad de ideación e intento de suicidio. Se estima que la depresión aumenta el riesgo de suicidio de hasta 44 veces más con respecto a personas sin depresión y de hasta 8 veces más en comparación con otros pacientes psiquiátricos (Bedoya Cardona & Montaña Villalba, 2016; Nemeroff et al., 2001). Sin embargo, los niveles de depresión y ansiedad entre las personas con ideación suicida y sin ella pueden variar, encontrando diferencias entre estudios (Fairweather et al., 2006).

En población general adulta, los factores de riesgo pueden variar según el grupo de edad, como en adultos jóvenes y de mediana edad y en adultos mayores. En ambos grupos, ser mujer, mayor aislamiento, un mayor afecto negativo, mayor discapacidad, presencia de inseguridad alimentaria y presencia de un mayor número de condiciones crónicas se asociaron con tasas más altas de ideación suicida (Cabello et al., 2020; Calati et al., 2019). Por otro lado, ingresos económicos más altos se asociaron con tasas más bajas de ideación suicida en adultos jóvenes y de mediana edad (Cabello et al., 2020). Asimismo, se describe que ante un determinado patrón de eventos estresantes de la vida, estos podrían contribuir con la ideación suicida (Fairweather et al., 2006; McFeeters et al., 2015). También, un estudio transnacional reportó que la educación, el estado civil y sufrir de algún trastorno psiquiátrico constituyen factores de riesgo para la ideación, planeamiento e intención suicida (Nock et al., 2008).

Las personas con discapacidad están expuestas a estigmas propios o sociales, ya sea de naturaleza intrínseca (actitudes negativas, prejuicios y estereotipos) y extrínsecos (discriminación y etiquetaje) (Buljevac et al., 2012). También, experimentan desempleo y pérdida del papel dentro de la familia (Ali et al., 2012). Todo esto contribuye a un mayor riesgo de condiciones mentales como la depresión (Shen et al., 2017) y por ende sugiere un mayor riesgo de ideación suicida. Un estudio realizado en una muestra de 45 estudiantes universitarios con discapacidad, encontró que el 27% señaló tener pensamientos suicidas (Moreira-Solórzano et al., 2021). Solamente por discapacidad física, se ha documentado que las personas presentan una autopercepción de ser una carga constante para los demás, viendo al suicidio como una solución a este problema percibido (Joiner,



2019). Si bien diversos estudios respaldan a la discapacidad como factor de riesgo de ideación suicida (Cabello et al., 2020; McConnell et al., 2016; Russell et al., 2009), en población discapacitada, no se ha documentado cuáles son los factores de riesgo que se asocian a la ideación suicida.

### **1.1.1. Problema**

¿Cuál es la prevalencia y que factores están asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados peruanos?

## **1.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

La ideación suicida es el primer paso, que, si no se actúa, puede traer graves consecuencias como prácticas autolesivas o incluso la muerte. En el Perú se han identificado un aumento en las tasas de mortalidad por suicidio en los últimos años, y más aún tras la pandemia por COVID-19. Diversos estudios apoyan la idea de que la discapacidad está asociada a la ideación e intención suicida en diferentes grupos etarios. Sin embargo, de nuestro conocimiento, no se han documentado estudios que evalúen cuáles son los factores asociados a la ideación suicida en población discapacitada. Si bien existen diferentes organizaciones encargadas de ayudar a esta población vulnerable, diferencias de acceso podrían generar disparidades del problema, principalmente debido a la urbanidad de dichas personas. Asimismo, otros hábitos de estas personas, en comparación con la población en general, como el consumo de alcohol o el tabaquismo podrían aumentar la frecuencia de ideación suicida. La identificación de los factores asociados proporcionará evidencia para la formulación de estrategias dirigidas a estos grupos vulnerables por parte de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONGs). Por ello, el objetivo del presente estudio es evaluar la prevalencia y factores asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados, utilizando una encuesta representativa del Perú durante el periodo 2015-2019.

## **1.3. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la prevalencia y los factores asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados peruanos.

### **1.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer la prevalencia de la ideación suicida en adultos discapacitados peruanos.

- Conocer la frecuencia de las características sociodemográficas, condiciones clínicas (diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial) y la depresión según la presencia de ideación suicida en adultos discapacitados peruanos.
- Estimar la dirección y fuerza de asociación entre las características sociodemográficas, condiciones clínicas (diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial) y la depresión con la presencia de ideación suicida en adultos discapacitados peruanos.

#### **1.4. HIPÓTESIS**

Los factores sociodemográficos (como el sexo, la edad, el nivel de educación, el estado civil, el seguro de salud, el índice de riqueza, la región geográfica de residencia, el área de residencia), condiciones clínicas (diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial) y la depresión son factores que se asocian con la ideación suicida en adultos discapacitados del Perú.

## II. MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define a la discapacidad como un fenómeno complejo que limita la interacción entre las personas y factores biopsicosociales (World Health Organization, 2021a). En estas personas, debido a deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, a largo plazo o permanentes, en interacción con otras barreras, su participación plena, efectiva y en igualdad de condiciones dentro de una sociedad se ve obstaculizada (Organización Panamericana de la Salud, 2020). De acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), la discapacidad se clasifica o motora, sensorial, intelectual y psíquica (Bickenbach et al., 2003). Asimismo, esta puede ser evaluada como una limitación o dificultad permanente para moverse, hablar, escuchar, ver, comprender o comunicarse/interactuar con otras personas (Barboza et al., 2020). Se estima que aproximadamente el 15% de la población global presenta algún tipo de discapacidad (World Health Organization, 2021a).

Existen disparidades de acceso de salud en personas discapacitadas y cuando acceden a los servicios de salud sufren de estigmatización, discriminación y reciben atención sanitaria deficiente (Rocío Hurtado & Arrivillaga, 2018; Tamayo et al., 2018). Ante las disparidades de acceso en salud, las personas discapacitadas requieren atención urgente centrado en atención primaria como intervenciones de rehabilitación y de mejora de la salud mental (Hayes et al., 2018; Kohli-Lynch et al., 2019; World Health Organization, 2019). Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidad tienen derecho a gozar de salud (Organización Naciones Unidas (ONU), 2008), por lo que el apoyo constante permitirá sobrellevar y manejar adecuadamente la vida diaria.

La discapacidad propicia a las personas que la sufren de experiencias no agradables como estigmas propios o sociales, disfunción dentro de la familia y la (Ali et al., 2012; Buljevac et al., 2012) que contribuye el riesgo de desarrollo de enfermedades mentales como la depresión (Shen et al., 2017). Asimismo, la depresión y ansiedad se identificaron como factores de riesgo importantes para la ideación suicida, intención suicida y mortalidad por suicidio (Bedoya Cardona & Montaña Villalba, 2016; Nemeroff et al., 2001). Así también, se ha descrito a la ideación suicida como un predictor importante de intención y mortalidad por

suicidio en grupos con depresión y sin depresión. La ideación suicida en discapacitados es un tema relevante pero muchas veces desatendido. Un estudio realizado en una muestra de 45 estudiantes universitarios con discapacidad, encontró que el 27% señaló tener pensamientos suicidas (Moreira-Solórzano et al., 2021). Solamente por discapacidad física, se ha documentado que las personas presentan una autopercepción de ser una carga constante para los demás, viendo al suicidio como una solución a este problema percibido (Joiner, 2019). Otro estudio realizado en personas con discapacidad física, encontró que, la ira clínica, que evaluó el estado emocional sobre su entorno, aumentó el riesgo de tener ideación suicida (Andleeb et al., 2021).

Diversos estudios establecen cuestionarios que evalúan trastornos mentales como la depresión. Al evaluar depresión, en un afán de estandarización, se observa que los cuestionarios presentan múltiples coincidencias con respecto a resultados relacionados con ideación autolesiva o suicida en el peor de los casos (Kendrick et al., 2009; Valuck et al., 2012). Por ejemplo, al utilizar el Cuestionario de Salud del Paciente para la Depresión – 9 (PHQ-9), la respuesta al ítem 9, determinada por la pregunta: “Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse a sí mismo de alguna manera?”, representa un predictor moderado de intento de suicidio o muerte por suicidio (Simon et al., 2013). Por lo que la aplicación del cuestionario PHQ-9 puede ser útil para identificar poblaciones en riesgo de suicidio.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **Tipo y diseño de estudio**

Estudio observacional analítico de corte transversal, de tipo análisis secundario de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) durante el periodo 2015-2019.

#### **Población de estudio**

La población está compuesta por personas discapacitadas de edad mayor o igual a 15 años de edad de todos los departamentos del Perú. La discapacidad se determinó como una respuesta positiva a alguna de las seis preguntas presentes en el cuestionario sobre si el encuestado presenta limitación permanente para moverse, hablar, escuchar, ver, comprender o comunicarse/interactuar con otras personas.

#### **Unidad de análisis**

Adultos discapacitados de edad mayor o igual a 18 años de edad de todos los departamentos del Perú.

#### **Criterios de elegibilidad**

##### **Criterios de inclusión**

- Adultos de ambos sexos discapacitados (según preguntas de la ENDES) con edad mayor o igual a 18 años residentes de la región y zona encuestada que aceptaron y dieron su consentimiento informado para ser encuestados. Además, es importante mencionar que el cuestionario ENDES excluyó a aquellas personas que no estaban presentes en su vivienda el día anterior a la encuesta y a los visitantes que se quedaron la noche antes de la realización de esta.

##### **Criterios de exclusión**

- Adultos discapacitados encuestados con datos faltantes en alguna de las variables de interés, necesarias para el análisis del presente estudio.

#### **Diseño muestral**

##### **Muestra**

El tamaño muestral de la ENDES 2018 y 2019 fue de 36,760 viviendas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018; Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019a), de la ENDES 2016 y 2017 fue de 35,910 viviendas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016, 2017) y de la ENDES 2015 fue de 35,900 viviendas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015).

### **Tipo de muestreo**

La ENDES es una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú anualmente. El muestreo es de tipo aleatorio y complejo. La muestra es bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019a).

En zonas rurales, las unidades primarias de muestreo (UPM) están constituidas por conglomerados y el área de empadronamiento rural; mientras que las unidades secundarias de muestreo (USM) corresponde a la vivienda particular que integra la UPM. En zonas urbanas, la UPM es el conglomerado; y la USM es la misma que en las zonas rurales (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019b).

### **Potencia estadística**

Para el cálculo de la potencia estadística se utilizó Epidat v4.2 y se consideró lo siguiente:

- $n$  de 3,900 encuestados (discapacitados).
- Error estándar = 5%
- Dado que se trata de un estudio de factores asociados, para realizar el cálculo de potencia estadística, consideraremos al menos una variable evaluada como factor de riesgo, siendo el sexo el seleccionado como factor de riesgo asociado a la ideación suicida según lo reportado en un estudio previo (Cabello et al., 2020). Por ello, la proporción de ideación suicida fue de 35.33% para el grupo de mujeres y 22.91% para el grupo de hombres.

El resultado de la potencia estadística fue **100%**.

### **Técnicas para la recolección de datos**

El marco muestral de la ENDES lo constituyó la información de los Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda del año 2007 y la Actualización SISFOH 2012-2013 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019a).

La metodología de recolección de datos de la ENDES se realizó a partir de entrevista directa, hecha por un personal capacitado utilizando un cuestionario escrito. Para lo cual, se explicó los procedimientos y objetivos; y finalmente se entregó un consentimiento informado para que firmen en caso desearan participar.

La ENDES aplicó tres cuestionarios para cubrir los temas relevantes para la salud pública (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019a). Se aplicaron el Cuestionario del Hogar, Cuestionario Individual de la mujer y el Cuestionario de Salud. Para fines del presente estudio, se destaca el rol de los encuestados; los informantes del Cuestionario del Hogar fueron el jefe del hogar o adulto presente y los informantes del Cuestionario de Salud fueron las personas de 15 años a más de edad.

### **Procedimientos**

La base de datos que fue analizada se obtuvo de los registros correspondientes al Cuestionario del Hogar y el Cuestionario de Salud. Las secciones que se utilizaron del Cuestionario del Hogar fueron: Características del Hogar (Módulo 64; RECH0, RECH1, RECH4), Características de la Vivienda (Módulo 65; RECH23); mientras que las secciones que se utilizaron del Cuestionario de Salud fue la Encuesta de Salud (Módulo 414; CSALUD01).

Las bases seleccionadas fueron unidas utilizando el identificador común "HHID" entre las bases. Primero, utilizamos a la base RECH0 como base maestra (de referencia), para luego unir las bases RECH23, CSALUD01, RECH1 y RECH4 sucesivamente. Se excluyeron las observaciones de las bases que no logren encontrar un par (matching) con la base maestra RECH0.

### **Variables**

Nuestro desenlace fue la ideación suicida, el cual fue extraída a partir de la octava pregunta del Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (PHQ-9). Esta requiere que el encuestado emita una respuesta positiva o informe "si durante las últimas 2 semanas, cuántos días ha sentido alguno de los siguientes problemas", siendo la ideación suicida determinada por el ítem: "Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarte de alguna manera" (**ANEXO 1**).



Las variables sociodemográficas más relevantes a incluir fueron: edad categorizada (18-59 años,  $\geq 60$  años), estado civil (soltero(a), conviviente, casado(a), viudo(a), divorciado(a)/separado(a)), nivel de educación (sin educación, primaria, secundaria, superior), seguro de salud (sí, no), índice de riqueza (muy pobre, pobre, medio, rico, muy rico), región geográfica de residencia (Lima metropolitana, resto de la costa, sierra, selva), área de residencia (rural, urbano), diabetes mellitus tipo 2 (no, si), hipertensión arterial (no, si), depresión (no significativo, leve, moderado, severo).

### *Síntomas de depresión*

La depresión o síntomas de depresión, fue evaluada mediante el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) disponible en el cuestionario de salud de la ENDES. El PHQ-9 ha sido previamente validada en población peruana (Calderón et al., 2012). Este cuestionario evalúa la frecuencia en la que el encuestado "durante las últimas 2 semanas, cuántos días ha sentido alguno de los siguientes problemas". Presenta nueve ítems: i) "Pocas ganas o interés en hacer las cosas"; ii) "Sentirse desanimada, deprimida, triste o sin esperanza"; iii) "Problemas para dormir o mantenerse dormida, o en dormir demasiado"; iv) "Sentirse cansada o con poca energía sin motivo"; v) "Falta de apetito o comer en exceso"; vi) "Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas"; vii) "Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta o intranquila de lo normal"; viii) "Pensamientos de que sería mejor estar muerta o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir"; ix) "Sentirse mal acerca de si misma o sentir que es una fracasada o que se ha fallado a sí misma o a su familia". Luego, las respuestas de cada pregunta se recodificaron utilizando un protocolo estandarizado, 0 a 1 día se recodificó como "0"; 2 a 6 días se recodificó como "1"; 7 a 11 días se registró como "2"; y de 12 a 14 días se recodificó como "3". La puntuación total se dividió en las siguientes categorías de gravedad creciente: 1-4 para depresión no significativa; 5-9 para depresión leve, 10-14 para depresión moderada; y  $\geq 15$  para depresión moderadamente severa/grave (Kroenke et al., 2001). Consideramos un valor mayor o igual a 5 como depresión para realizar los análisis.

## Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores
Ideación Suicida	Presencia del problema: Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarte de alguna manera durante las últimas 2 semanas al realizar la encuesta.	Cualitativa	Respuesta positiva a pregunta del cuestionario ENDES	Nominal	No Sí
Sexo	Característica biológica, precisada en la encuesta demográfica.	Cualitativa	Identificada en el DNI	Nominal	Femenino Masculino
Edad categorizada	Años cumplidos al momento de la encuesta, categorizada en deciles.	Cualitativa	Años cumplidos identificado en el DNI	Nominal	18-59 años ≥60 años
Estado civil	Estado de unión al momento de realizada la encuesta.	Cualitativa	Situación marital identificado en el DNI	Nominal	Soltero(a) Conviviente Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)/Separado(a)
Nivel de educación	Máximo nivel educativo alcanzado al momento de realizada la encuesta.	Cualitativa	Nivel educativo según el máximo año académico alcanzado	Ordinal	Sin educación Primaria Secundaria Superior
Seguro de salud	Contar con acceso a algún establecimiento de salud y que sea subvencionado de manera particular o por el estado.	Cualitativa	Reporte del encuestado de contar con seguro privado, SIS, EsSalud, FFAA o PNP	Nominal	No Sí
Índice de riqueza	Índice compuesto que otorga un nivel socioeconómico específico al Hogar, a	Cualitativa	Nivel socioeconómico, categorizado según el	Ordinal	Muy pobre Pobre

	partir de las características de la vivienda y de la disponibilidad de determinados bienes de consumo duradero.		INEI		Medio Rico Muy rico
Región de residencia	Lugar en la cual la mujer residía al momento de realizada la encuesta.	Cualitativa	Región geográfica del Perú	Nominal	Lima metropolitana Resto de la costa Sierra Selva
Área de residencia	Zona en la cual el encuestado reside al momento de realizada la encuesta, definida según el número y distribución de viviendas y habitantes.	Cualitativa	Zona en la que el encuestado reside actualmente, con un contexto sociocultural específico	Nominal	Urbano Rural
Diabetes mellitus 2	Condición crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre.	Cualitativa	Reporte del participante de contar con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o de elevada azúcar en sangre.	Nominal	No Si
Hipertensión arterial	Presión sanguínea arterial sistémica persistentemente elevada.	Cualitativa	Reporte del participante de contar con diagnóstico de hipertensión arterial o presión arterial alta.	Nominal	No Si
Depresión	Baja afectividad positiva, que incluye tristeza, ausencia de positividad y entusiasmo y pérdida de iniciativa.	Cualitativa	Cuestionario PHQ-9 disponible en ENDES	Nominal	No significativa Leve Moderada Severa

## **Análisis estadísticos**

Se descargaron las bases de datos de la ENDES en formato SPPS, correspondientes al periodo 2015-2019. Luego fueron exportados y analizados con el paquete estadístico STATA v16.0 (Texas, StataCorp LP). Se tomó en cuenta el diseño muestral complejo de la ENDES y se analizó de acuerdo al estrato y factor de ponderación, utilizando el comando svyset y svy.

En el análisis descriptivo, las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes. Las variables numéricas se expresaron con medidas de tendencia central y de dispersión previa evaluación de normalidad. Para determinar si existen diferencias significativas entre las variables independientes según la presencia de ideación suicida, se utilizó la prueba de Chi cuadrado con corrección de Rao Scott para muestreos complejos.

Para conocer la asociación entre las variables independientes y la presencia de la ideación suicida (si/no) se construyeron modelos lineales generalizados de la familia de Poisson (Barros & Hirakata, 2003) para calcular las Razones de Prevalencia crudas (RPC) y ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). El primer modelo fue una regresión bivariada, mientras que el segundo modelo fue ajustado por las variables confusoras según un criterio estadístico considerando un valor  $p < 0,2$  en el modelo crudo. Para evaluar la colinealidad, se determinaron los factores de inflación de la varianza (FIV), considerando un punto de corte menor a 5. Se fijó como estadísticamente significativo un valor  $p < 0.05$  en todos los análisis.

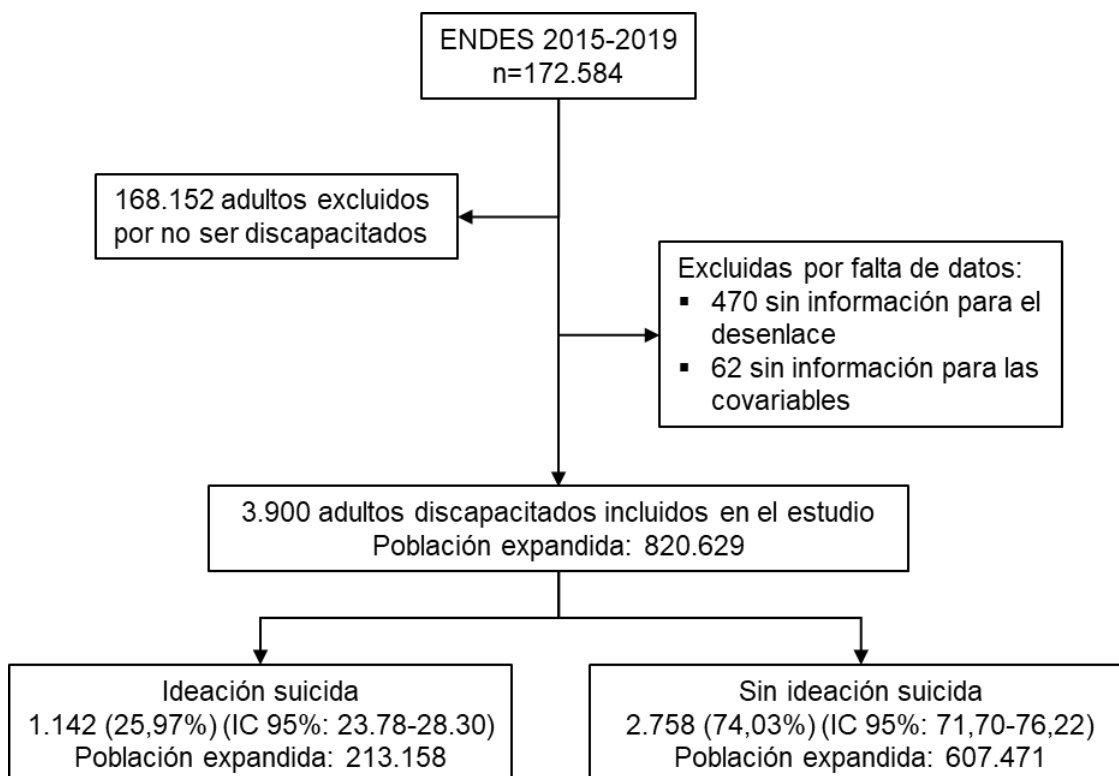
## **Aspectos éticos**

El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional del Santa. Dado que se trata de un análisis secundario, no se trabajaron directamente con sujetos humanos. Las bases de datos se encuentran disponibles en la página web del INEI (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>) y son de acceso libre. Las bases de datos son descargables sin identificadores, respetando la confidencialidad de los participantes. Además, todos los participantes brindaron su consentimiento informado al momento de realizar la encuesta.

#### IV. RESULTADOS

##### Selección de la muestra

La población general durante el 2015 al 2019 estuvo compuesta por 172.584 personas, de las cuales se excluyeron 168.152 adultos por no ser discapacitados y 532 adultos por no presentar datos completos para las variables de interés. Finalmente, se analizaron 3.900 adultos discapacitados que representaron una población de 820,629 personas (**Figura 1**).



**Figura 1. Flujograma de la selección de la muestra, ENDES 2015-2019.**

##### Características generales de la muestra

De la muestra evaluada, el 53,26% eran de sexo masculino y la edad promedio fue de 63,88 años con una mayoría de participantes con edades entre 60 años o más (64,80%). La mayoría contaba con estudios primarios en el nivel educativo alcanzado (42,85%), el 36,17% era conviviente y el 82,70% contaba con un seguro de salud. La mayoría presentó un índice de riqueza de nivel muy pobre (36,63%), el 60,72% vivía en un área de tipo urbana y el 40,61% pertenecía a la Sierra. Además, la frecuencia de diabetes mellitus 2 fue del 7,47%, la frecuencia de hipertensión arterial fue del 24,30% y la frecuencia de síntomas depresivos fue del 42,70%. La frecuencia de la ideación suicida fue del 26,88% en la población de estudio (**Tabla 1**).

**Tabla 1. Características generales de adultos discapacitados del Perú, ENDES 2015-2019 (n=3.900; N=820.629).**

Características	Frecuencias absolutas		Proporciones ponderadas*	
	n	%	IC 95%	
<b>Sexo</b>				
Femenino	1933	46.74	44.24-49.27	
Masculino	1967	53.26	50.73-55.76	
<b>Edad (años)</b>				
18-59	1420	35,20	32,85-37,63	
60 o más	2480	64,80	62,37-67,15	
Promedio (IC 95%)	63,88		62,92-64,85	
<b>Nivel de educación</b>				
Sin educación	960	19.70	17.99-21.53	
Primaria	1730	42.85	40.37-45.36	
Secundaria	784	23.15	20.85-25.62	
Superior	426	14.30	12.60-16.17	
<b>Estado civil</b>				
Soltero(a)	458	12.27	10.61-14.14	
Conviviente	1336	36.17	33.75-38.67	
Casado(a)	668	16.86	15.02-18.87	
Viudo(a)	994	23.28	21.25-25.45	
Divorciado(a)	444	11.42	9.88-13.17	
<b>Seguro de salud</b>				
No	643	17.30	15.50-19.25	
Si	3257	82.70	80.75-84.50	
<b>Índice de riqueza</b>				
Muy Pobre	1912	36.63	34.25-39.08	
Pobre	808	19.84	17.88-21.96	
Medio	517	13.71	12.08-15.53	
Rico	408	15.62	13.67-17.79	
Muy Rico	255	14.19	12.05-16.65	
<b>Área de residencia</b>				
Urbana	1856	60.72	58.29-63.09	
Rural	2044	39.28	36.91-41.71	
<b>Región geográfica de residencia</b>				
Lima Metropolitana	347	28.48	25.62-31.52	
Resto de la costa	875	20.15	18.21-22.24	
Sierra	2004	40.07	37.28-42.90	
Selva	674	11.30	9.89-12.88	
<b>Diabetes mellitus 2</b>				
No	3642	92,53	90,83-93,94	
Si	258	7,47	6,06-9,17	
<b>Hipertensión arterial</b>				
No	3009	75,70	73,38-77,88	
Si	891	24,30	22,12-26,62	
<b>Depresión</b>				
No significativa	2089	57.30	54.67-59.89	
Leve	875	20.13	18.30-22.08	
Moderada	446	10.65	9.22-12.27	
Severa	490	11.93	10.36-13.68	
<b>Ideación suicida</b>				
No	2758	74.03	71.70-76.22	
Si	1142	25.97	23.78-28.30	

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

\*Se incluyeron los pesos y el efecto del diseño del muestreo de la encuesta compleja.

### Características generales según la presencia de ideación suicida

En el análisis bivariado según la presencia de ideación suicida, encontramos diferencias estadísticamente significativas para todas las variables evaluadas, exceptuando al seguro de salud ( $p=0,195$ ) y la diabetes mellitus 2 ( $p=0,815$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2. Características generales de adultos discapacitados del Perú según la presencia de ideación suicida.**

Características	Ideación Suicida						valor p*
	No			Si			
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
<b>Sexo</b>							<0,001
Femenino	1248	68.27	64.74-71.60	685	31.73	28.40-35.26	
Masculino	1510	79.08	76.19-81.71	457	20.92	18.29-23.81	
<b>Edad (años)</b>							<0,001
18-59	1182	85,56	82,63-88,06	238	14,44	11,94-17,37	
60 o más	1576	67,76	64,66-70,71	904	32,24	29,29-35,34	
Promedio (IC 95%)	61,45		60,25-62,65	70,83		69,50-72,15	<0,001
<b>Nivel de educación</b>							<0,001
Sin educación	500	52.15	47.12-57.13	460	47.85	42.87-52.87	
Primaria	1222	72.51	69.19-75.59	508	27.49	24.41-30.81	
Secundaria	654	84.29	79.51-88.12	130	15.71	11.88-20.49	
Superior	382	92.10	87.46-95.12	44	7.90	4.88-12.54	
<b>Estado civil</b>							<0,001
Soltero(a)	371	83.60	78.15-87.90	87	16.40	12.10-21.85	
Conviviente	938	72.18	68.27-75.78	398	27.82	24.22-31.73	
Casado(a)	544	85.65	81.54-88.97	124	14.35	11.03-18.46	
Viudo(a)	566	60.75	55.70-65.57	428	39.25	34.43-44.30	
Divorciado(a)	339	79.49	72.75-84.90	105	20.51	15.10-27.25	
<b>Seguro de salud</b>							0,195
No	480	77.08	71.72-81.67	163	22.92	18.33-28.27	
Si	2278	73.39	70.86-75.77	979	26.61	24.23-29.14	
<b>Índice de riqueza</b>							<0,001
Muy Pobre	1182	61.73	58.12-65.22	730	38.27	34.78-41.88	
Pobre	604	74.03	69.05-78.47	204	25.97	21.53-30.95	



Medio	414	80.27	74.37-85.08	103	19.73	14.91-25.63	
Rico	339	83.35	77.00-88.22	69	16.65	11.78-23.00	
Muy Rico	219	89.44	83.85-93.25	36	10.56	6.75-16.15	
<b>Área de residencia</b>							<b>&lt;0,001</b>
Urbana	1472	81.73	78.78-84.35	384	18.27	15.65-21.22	
Rural	1286	62.12	58.59-65.53	758	37.88	34.47-41.41	
<b>Región geográfica de residencia</b>							<b>&lt;0,001</b>
Lima Metropolitana	293	85.40	79.87-89.61	54	14.60	10.39-20.13	
Resto de la costa	728	84.63	80.97-87.70	147	15.37	12.30-19.03	
Sierra	1200	58.87	55.52-62.14	804	41.13	37.86-44.48	
Selva	537	80.16	75.57-84.07	137	19.84	15.93-24.43	
<b>Diabetes mellitus 2</b>							0,815
No	2570	73,93	71,61-76,12	1072	26,07	23,88-28,39	
Si	188	75,22	63,31-84,23	70	24,78	15,77-36,69	
<b>Hipertensión arterial</b>							<b>0,046</b>
No	2180	75,19	72,61-77,61	829	24,80	22,39-27,39	
Si	578	70,38	65,77-74,61	313	29,62	25,39-34,23	
<b>Depresión</b>							<b>&lt;0,001</b>
No significativa	1958	94.57	92.91-95.86	131	5.43	4.14-7.09	
Leve	506	58.86	53.74-63.80	369	41.14	36.20-46.26	
Moderada	177	43.91	36.76-51.33	269	56.09	48.67-63.24	
Severa	117	27.81	21.68-34.89	373	72.19	65.11-78.32	

**IC 95%:** Intervalo de confianza al 95%.

Se incluyeron los pesos y el efecto del diseño del muestreo de la encuesta compleja.

\*Se refiere a la significancia estadística obtenida de la comparación de proporciones entre las categorías de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

### **Factores asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados**

En el modelo crudo, encontramos asociación para todas las variables con la ideación suicida, exceptuando al seguro de salud y la diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, tras ajustar por variables de confusión, la asociación solo se mantuvo presente para una edad de 60 años o más

(RP: 1,21; IC 95%: 1,01-1,47; p=0,049), un nivel de educación secundaria (RP: 0,76; IC 95%: 0,58-0,99; p=0,044) o superior (RP: 0,46; IC 95%: 0,28-0,77; p=0,003) y tener síntomas de depresión (RP: 7,73; IC 95%: 5,81-10,29; p<0,001) (Tabla 3).

**Tabla 3. Modelos lineales generalizados crudos y ajustados de la familia de Poisson para evaluar los factores asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados del Perú.**

Exposición	Ideación suicida					
	Modelo crudo <sup>a</sup>			Modelo ajustado <sup>a,b</sup>		
	RP	IC 95%	valor p	RP	IC 95%	valor p
<b>Sexo</b>						
Femenino	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Masculino	0,66	0,56-0,78	<0,001	1,01	0,88-1,17	0,839
<b>Edad (años)</b>						
18-59	Ref.	---	---	Ref.	---	---
60 o más	2,23	1,82-2,74	<0,001	1,21	1,01-1,47	<b>0,049</b>
<b>Nivel de educación</b>						
Sin educación	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Primaria	0,57	0,50-0,67	<0,001	0,90	0,79-1,03	0,112
Secundaria	0,33	0,24-0,44	<0,001	0,76	0,58-0,99	<b>0,044</b>
Superior	0,17	0,10-0,27	<0,001	0,46	0,28-0,77	<b>0,003</b>
<b>Estado civil</b>						
Soltero(a)	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Conviviente	1,67	1,23-2,34	0,001	1,05	0,81-1,37	0,687
Casado(a)	0,87	0,59-1,29	0,500	0,79	0,56-1,10	0,167
Viudo(a)	2,39	1,74-3,28	<0,001	1,13	0,87-1,48	0,353
Divorciado(a)	1,25	0,83-1,88	0,282	0,85	0,60-1,19	0,332
<b>Seguro de salud</b>						
No	Ref.	---	---			
Si	1,16	0,92-1,46	0,204		No evaluado*	
<b>Índice de riqueza</b>						
Muy Pobre	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Pobre	0,68	0,55-0,83	<0,001	1,07	0,88-1,30	0,475
Medio	0,52	0,39-0,69	<0,001	1,05	0,74-1,49	0,788

Rico	0,43	0,31-0,62	<0,001	1,03	0,70-1,52	0,862
Muy Rico	0,28	0,18-0,43	<0,001	0,90	0,56-1,43	0,649
<b>Área de residencia</b>						
Urbana	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Rural	2,07	1,73-2,48	<0,001	1,07	0,86-1,35	0,532
<b>Región geográfica de residencia</b>						
Lima Metropolitana	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Resto de la costa	1,05	0,71-1,57	0,799	0,84	0,59-1,19	0,321
Sierra	2,82	2,00-3,96	<0,001	1,20	0,93-1,80	0,129
Selva	1,36	0,92-2,02	0,128	0,99	0,69-1,41	0,941
<b>Diabetes mellitus 2</b>						
No	Ref.	---	---		No evaluado*	
Si	0,95	0,62-1,46	0,817			
<b>Hipertensión arterial</b>						
No	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Si	1,19	1,01-,1,42	0,043	1,10	0,96-1,26	0,158
<b>Depresión</b>						
No	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Si	9,86	7,45-13,04	<0,001	7,73	5,81-10,29	<0,001

RP: Razón de prevalencias; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

<sup>a</sup>Se realizó un modelo lineal generalizado de la familia de Poisson con link log considerando el efecto del diseño y los pesos del muestreo complejo de la encuesta. <sup>b</sup>Ajustado por sexo, edad, nivel de educación, estado civil, índice de riqueza, área de residencia y región geográfica de residencia, hipertensión arterial y depresión.

\*No incluido en modelo ajustado por no cumplir con criterio estadístico.

### Factores asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados según estratificación por edad

Al estratificar por grupos de edad, encontramos que, en adultos discapacitados de 18 a 59 años, hubo mayor probabilidad de ideación suicida en aquellos con síntomas depresivos (RP: 10,05; IC 95%: 5,91-17,06; p<0,001), mientras que hubo menor probabilidad de ideación suicida en aquellos con un nivel de educación primario (RP: 0,67; IC 95%: 0,50-0,90; p=0,007), secundario (RP: 0,50; IC 95%: 0,33-0,76; p=0,001) o superior (RP: 0,37; IC 95%: 0,18-0,75; p=0,006); un índice de riqueza medio (RP: 0,40; IC 95%: 0,21-0,74; p=0,003), rico (RP: 0,32; IC 95%: 0,13-0,82; p=0,018) o muy rico (RP: 0,35; IC 95%: 0,13-0,94; p=0,037); así como vivir en un área rural (RP: 0,64; IC 95%: 0,42-0,97; p=0,035)

**(Tabla 4).** Al evaluar los factores asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados mayores de 60 años, hubo una mayor probabilidad de ideación suicida en aquellos que viven en un área rural (RP: 1,29; IC 95%: 1,01-1,66; p=0,047), que viven en la Sierra (RP: 1,59; IC 95%: 1,06-2,38; p=0,025) comparados con los que viven en Lima Metropolitana y aquellos con síntomas de depresión (RP: 7,16; IC 95%: 5,14-9,97; p<0,001). Al contrario, hubo una menor probabilidad de ideación suicida en aquellos que contaban con educación superior (RP: 0,52; IC 95%: 0,27-0,99; p=0,046) y tenían diabetes mellitus tipo 2 (RP: 0,35; IC 95%: 0,15-0,82; p=0,016) **(Tabla 4)**.

**Tabla 4. Análisis estratificado por edad para evaluar los factores asociados a la ideación suicida en adultos discapacitados del Perú.**

Exposición	Ideación suicida					
	Modelo crudo <sup>a</sup>			Modelo ajustado <sup>a,b</sup>		
	RP	IC 95%	valor p	RP	IC 95%	valor p
<b>18 a 59 años</b>						
<b>Sexo</b>						
Femenino	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Masculino	0,58	0,40-0,85	0,005	0,98	0,72-1,34	0,909
<b>Nivel de educación</b>						
Sin educación	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Primaria	0,51	0,34-0,77	0,001	0,67	0,50-0,90	<b>0,007</b>
Secundaria	0,25	0,15-0,40	<0,001	0,50	0,33-0,76	<b>0,001</b>
Superior	0,15	0,07-0,32	<0,001	0,37	0,18-0,75	<b>0,006</b>
<b>Estado civil</b>						
Soltero(a)	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Conviviente	1,32	0,79-2,21	0,282	0,99	0,68-1,43	0,949
Casado(a)	0,85	0,50-1,43	0,536	0,82	0,52-1,29	0,388
Viudo(a)	1,80	0,75-4,28	0,187	0,81	0,42-1,59	0,546
Divorciado(a)	1,22	0,68-2,18	0,499	0,99	0,65-1,53	0,985
<b>Seguro de salud</b>						
No	Ref.	---	---			
Si	1,38	0,87-2,20	0,175		No evaluado*	
<b>Índice de riqueza</b>						
Muy Pobre	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Pobre	0,74	0,49-1,11	0,144	0,69	0,47-1,01	0,058

Medio	0,34	0,18-0,64	0,001	0,40	0,21-0,74	<b>0,003</b>
Rico	0,33	0,12-0,87	0,026	0,32	0,13-0,82	<b>0,018</b>
Muy Rico	0,28	0,11-0,69	0,006	0,35	0,13-0,94	<b>0,037</b>
<b>Área de residencia</b>						
Urbana	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Rural	1,79	1,25-2,58	0,002	0,64	0,42-0,97	<b>0,035</b>
<b>Región geográfica de residencia</b>						
Lima Metropolitana	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Resto de la costa	0,79	0,40-1,53	0,483	0,66	0,38-1,17	0,154
Sierra	1,92	1,08-3,39	0,025	0,76	0,43-1,35	0,352
Selva	1,01	0,53-1,93	0,979	0,61	0,35-1,07	0,087
<b>Diabetes mellitus 2</b>						
No	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Si	0,48	0,21-1,07	0,072	0,35	0,15-0,82	<b>0,016</b>
<b>Hipertensión arterial</b>						
No	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Si	1,67	1,09-2,57	0,019	1,09	0,78-1,52	0,624
<b>Depresión</b>						
No	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Si	11,69	7,08-19,31	<0,001	10,05	5,91-17,06	<b>&lt;0,001</b>
<b>60 años o más</b>						
<b>Sexo</b>						
Femenino	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Masculino	0,72	0,60-0,86	<0,001	1,03	0,88-1,21	0,699
<b>Nivel de educación</b>						
Sin educación	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Primaria	0,62	0,53-0,73	<0,001	0,90	0,78-1,04	0,162
Secundaria	0,47	0,32-0,69	<0,001	0,88	0,63-1,24	0,472
Superior	0,22	0,11-0,41	<0,001	0,52	0,27-0,99	<b>0,046</b>
<b>Estado civil</b>						
Soltero(a)	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Conviviente	1,23	0,79-1,93	0,361	1,02	0,72-1,43	0,922
Casado(a)	0,80	0,45-1,40	0,434	0,75	0,48-1,18	0,212

Viudo(a)	1,57	1,02-2,41	0,041	1,11	0,80-1,54	0,533
Divorciado(a)	0,94	0,53-1,66	0,825	0,76	0,49-1,19	0,238
<b>Seguro de salud</b>						
No	Ref.	---	---			
Si	0,89	0,70-1,14	0,360		No evaluado*	
<b>Índice de riqueza</b>						
Muy Pobre	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Pobre	0,73	0,58-0,93	0,009	1,20	0,97-1,48	0,095
Medio	0,65	0,48-0,88	0,005	1,43	0,98-2,07	0,061
Rico	0,51	0,35-0,74	<0,001	1,47	0,98-2,22	0,064
Muy Rico	0,29	0,18-0,48	<0,001	1,22	0,71-2,10	0,462
<b>Área de residencia</b>						
Urbana	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Rural	1,97	1,62-2,40	<0,001	1,29	1,01-1,66	<b>0,047</b>
<b>Región geográfica de residencia</b>						
Lima Metropolitana	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Resto de la costa	1,15	0,72-1,84	0,558	0,94	0,61-1,45	0,784
Sierra	2,92	1,94-4,39	<0,001	1,59	1,06-2,38	<b>0,025</b>
Selva	1,57	0,98-2,52	0,061	1,25	0,81-1,92	0,320
<b>Diabetes mellitus 2</b>						
No	Ref.	---	---			
Si	0,94	0,61-1,47	0,800		No evaluado*	
<b>Hipertensión arterial</b>						
No	Ref.	---	---			
Si	0,93	0,77-1,12	0,433		No evaluado*	
<b>Depresión</b>						
No	Ref.	---	---	Ref.	---	---
Si	8,44	6,09-11,68	<0,001	7,16	5,14-9,97	<b>&lt;0,001</b>

**RP:** Razón de prevalencias; **IC 95%:** Intervalo de confianza al 95%.

<sup>a</sup>Se realizó un modelo lineal generalizado de la familia de Poisson con link log considerando el efecto del diseño y los pesos del muestreo complejo de la encuesta. <sup>b</sup>Ajustado por sexo, nivel de educación, estado civil, seguro de salud, índice de riqueza, área de residencia, región geográfica de residencia, diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y depresión.

\*No incluido en modelo ajustado por no cumplir con criterio estadístico.

## V. DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos muestran que, la prevalencia de ideación suicida estuvo presente en uno de cada cuatro adultos discapacitados del Perú. Tener una edad de 60 años o más y tener síntomas de depresión son factores que se asocian a una mayor probabilidad de ideación suicida en adultos discapacitados del Perú. Al contrario, contar con estudios secundarios o superiores se asoció a una menor probabilidad de ideación suicida en adultos discapacitados del Perú.

Los resultados relacionados al suicidio incluyen la ideación suicida, planificación suicida y el intento de suicidio, los cuales tienen aparición progresiva y son cada vez más alarmantes. Nuestro estudio encontró una prevalencia de ideación suicida aproximada del 26%. Similar a lo encontrado, una revisión sistemática de 24 estudios que evaluó las tendencias suicidas en adultos con discapacidad intelectual, informó encontró una prevalencia de conductas relacionadas al suicidio entre el 20 y 42% (Dodd et al., 2016). Aunque, esta revisión incluyó a población de todas las edades, incluyendo niños y adolescentes. Contrario a lo reportado, en Estados Unidos, un estudio que utilizó la encuesta "National Survey on Drug Use and Health" (NSDUH), reportó una prevalencia de 6,7% de ideación suicida en aquellos adultos con alguna discapacidad durante el periodo 2015-2019 (Marlow et al., 2021). Otro estudio que utilizó la misma encuesta, reportó para el 2019 una prevalencia del 12,6% (Chan & Marsack-Topolewski, 2022). Sin embargo, nuestros resultados no son comparables y las diferencias en los porcentajes puede deberse a la diferencia en los instrumentos de medición utilizados. Nuestro estudio utilizó solo una pregunta del PHQ-9, del cual mantiene una fuerte relación con la depresión y resultados relacionados al suicidio, además de contar con amplias características de validez y confianza (Na et al., 2018; Simon et al., 2013).

Encontramos que tener síntomas depresivos se asoció con una mayor probabilidad de tener ideación suicida en adultos discapacitados. En comparación a la población en general, nuestros resultados son coherentes con lo descrito en la literatura. Se sabe que la depresión está fuertemente asociada a resultados relacionados al suicidio, incluidos la ideación suicida (Organización Mundial de la Salud, 2021; Wolfersdorf, 2008). Asimismo, en poblaciones con discapacidad intelectual, una revisión sistemática informó que la presencia de trastornos mentales, incluida la depresión, fue un factor de



riesgo asociado a las conductas suicidas (Dodd et al., 2016). Por ello, la depresión representaría una de las principales causas de resultados relacionados al suicidio, mostrando relaciones bidireccionales con otros factores que contribuyen a mayores prevalencias de resultados relacionados al suicidio. Es así que, según la OMS, la depresión afecta al 5% de la población adulta y a un 5,7% de adultos mayores de 60 años a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2021). Esto explicaría porque en adultos discapacitados mayores de 60 años aumenta la probabilidad de ideación suicida, por factores como el aumento de la prevalencia de depresión según la edad.

Contar con estudios secundarios o superiores se asoció con una menor prevalencia de ideación suicida en comparación con aquellos con educación primaria o sin estudios. Similar a nuestros resultados, algunos estudios han encontrado resultados similares. Por ejemplo, en población psiquiátrica, se ha descrito que un bajo nivel educativo se asoció con un mayor riesgo de ideación suicida comparados con aquellos que cuentan con estudios de posgrado (Agerbo, 2007).

Adicional a lo reportado, al estratificar por edad, para el grupo de 18 a 59 años encontramos que un mejor índice de riqueza se asoció con una menor prevalencia de ideación suicida. Esto, a diferencia del grupo de adultos mayores de 60 años en el que no se encontró asociación, puede ser debido a la calidad de vida y de acceso a la salud que los adultos de mediana edad experimentan producto de mejores condiciones económicas (Hernández-Vásquez et al., 2020). Mientras que, en adultos mayores, el índice de riqueza no es un factor asociado probablemente debido a la dependencia económica a la familia, además de un mayor grado de incapacidad y disfuncionalidad que podría limitar las actividades y estilos de vida.

En adultos discapacitados mayores de 60 años, vivir en un área rural y en la Sierra se asoció con una mayor prevalencia de ideación suicida. Estos resultados mostrarían consonancia con lo que ocurre con la población peruana en general. En el Perú, un reporte identificó que la población andina presentaba una mayor prevalencia de depresión para el año 2008 (Instituto Nacional de Salud (INS), 2009), lo cual contribuiría con las conductas relacionadas al suicidio. Además, el contexto social como el deficiente acceso a tratamientos, la ruralidad, las barreras lingüísticas pueden haber influido en ello. Asimismo,

las experiencias o antecedentes de violencia política (presente en Perú desde la década de 1980 hasta el 2000) que han sido descritos como asociados a problemas de salud mental en la población de América Latina (Borges, 2019) y la región andina del Perú (Mendoza-Amaya & Saavedra-Castillo, 2013; Zevallos Bustamante, 2015) influenciarían en la salud mental de las poblaciones y con ella contribuyen a una mayor prevalencia de conductas relacionadas al suicidio.

Existen otros factores que pueden contribuir con la prevalencia de ideación suicida en adultos discapacitados, y estos están en consonancia con la población en general. Una revisión informó que, en adultos con discapacidad funcional, factores como la depresión clínica, antecedentes de autolesiones, desempleo, soledad, una mayor necesidad de apoyo de otros, enfermedad mental de aparición temprana y ser resistente al tratamiento eran los factores de riesgo principalmente al suicidio, intentos de suicidio y comportamientos relacionados al suicidio (Mollison et al., 2014). Muchas de estas variables no pudieron ser evaluadas en nuestro estudio, sin embargo, nuestro estudio muestra un enfoque que evalúa los determinantes sociales que condicionan la presencia de ideación suicida en adultos discapacitados.

La discapacidad y su relación con conductas relacionadas al suicidio, estaría explicado por una compleja interacción entre diversos factores con gran influencia de la depresión. En general, la depresión per se, manifiesta incapacidad en los individuos (Friedman et al., 2008) y está asociada a comorbilidades como la diabetes y la hipertensión, enfermedades que contribuyen o generan un cuadro de discapacidad en las personas (Valladares-Garrido et al., 2020). Inversamente, la discapacidad está asociada a la gravedad de síntomas depresivos (Barboza et al., 2020) y representa una condición crónica o permanente muchas veces estresante que contribuye con el desarrollo de depresión (Noh et al., 2016). Asimismo, una disminución o nula actividad física debido a limitaciones por discapacidad también representa un mayor riesgo de depresión (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2007). Por otro lado, diferencias del contexto social y familiar, en comparación con los adultos sanos podría aumentar la gravedad de depresión (Grey et al., 2018).

De nuestro conocimiento, todos los estudios evalúan a la discapacidad como un factor de riesgo para la presencia de resultados relacionados al suicidio

como la ideación suicida. Sin embargo, la evidencia sobre los factores de riesgo dentro de una población discapacitada no está esclarecido. Esto revela la relevancia de nuestros resultados permitiéndonos reflexionar sobre las estrategias utilizadas en Perú y replantear modificaciones enfocadas a las poblaciones vulnerables. Si bien en el Perú, existe la Ley de Salud Mental (N° 30947) (Gobierno del Perú, 2019), la cual fue promulgada en el 2019, aún es necesario reforzar las estrategias y políticas públicas ante la creciente epidemia que afecta a la salud mental de las poblaciones. Además, es necesario evaluar el impacto que estas tienen sobre los diferentes grupos sociales haciendo énfasis en las minorías vulnerables.

Nuestro estudio cuenta con algunas limitaciones. Primero, al ser un estudio de diseño transversal, no se pueden establecer relaciones de causalidad entre los factores encontrados y la ideación suicida. Segundo, algunas de las variables fueron evaluadas a partir del autoreporte de los participantes lo cual pudo haber introducido cierto sesgo, como en el caso de la definición de discapacidad. Tercero, la población de estudio fue en mayoría adultos mayores de 60 años, y, a pesar de haber estratificado por grupo étnico, la no inclusión de otras variables confusoras como la presencia de otras comorbilidades incluidas las psiquiátricas, el hacinamiento, calidad de vida o variables de estilo de vida pudo haber limitado la estimación de las medidas de efecto. A pesar de lo descrito, utilizamos una base de datos secundarios representativa a nivel nacional, por lo que los resultados son extrapolables a nuestra población de estudio en todo el Perú.

## **VI. CONCLUSIONES**

- En conclusión, uno de cuatro adultos discapacitados del Perú presentó ideación suicida.
- Tener una edad de 60 años o más y tener síntomas de depresión son factores que se asocian a una mayor probabilidad de ideación suicida en adultos discapacitados del Perú. Al contrario, contar con estudios secundarios o superiores se asoció a una menor probabilidad de ideación suicida en adultos discapacitados del Perú.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Se requiere el fortalecimiento de los programas de atención psicológica y apoyo social. Es importante que se proporcione a los adultos discapacitados peruanos acceso a servicios de atención psicológica y apoyo social de calidad. Esto podría incluir la creación de programas de terapia y apoyo grupal, así como la capacitación de profesionales de la salud mental para abordar las necesidades específicas de esta población.
- Es esencial que se promueva la inclusión social y se mejore la accesibilidad para los adultos discapacitados peruanos. Esto podría incluir la mejora de las infraestructuras y los servicios públicos para hacerlos más accesibles, así como la promoción de oportunidades de empleo y participación social para esta población.
- El planteamiento y reforzamiento de futuras políticas públicas a nivel nacional con respecto a la prevención del suicidio y mejora de la salud mental requiere de un enfoque integral, que involucre diferentes sectores y comunidades y este basado en evidencia científica sólida, requiriendo una especial atención en las minorías vulnerables.

## VIII. REFERENCIAS

- Agerbo, E. (2007). High income, employment, postgraduate education, and marriage: A suicidal cocktail among psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1377-1384.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.12.1377>
- Ali, A., Hassiotis, A., Strydom, A., & King, M. (2012). Self stigma in people with intellectual disabilities and courtesy stigma in family carers: A systematic review. En *Research in Developmental Disabilities* (Vol. 33, Número 6, pp. 2122-2140). Pergamon. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.06.013>
- Alicandro, G., Malvezzi, M., Gallus, S., La Vecchia, C., Negri, E., & Bertuccio, P. (2019). Worldwide trends in suicide mortality from 1990 to 2015 with a focus on the global recession time frame. *International Journal of Public Health*, 64(5), 785-795. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01219-y>
- Andleeb, N., Ahsan, S., Zaheer, S., & Sajjad, F. (2021). Relationship between clinical anger and suicidal ideation among people with physical disabilities. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(10), 2442-2444. <https://doi.org/10.47391/JPMA.12-1470>
- Barboza, J. J., Soriano-Moreno, A. N., Copez-Lonzoy, A., Pacheco-Mendoza, J., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2020). Disability and severe depression among Peruvian older adults: Analysis of the Peru Demographic and Family Health Survey, ENDES 2017. En *BMC Psychiatry* (Vol. 20, Número 1, pp. 1-7). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02664-3>
- Barros, A. J. D., & Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
- Bedoya Cardona, E. Y., & Montaña Villalba, L. E. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*, 179-201. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>
- Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Bedirhan Üstün, T. (2003). Ageing, Disability and the WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 28(2), 294-303.  
<https://doi.org/10.1111/1468-0440.00224>
- Borges, L. A. (2019). BAIXA CONSCIÊNCIA DEMOCRÁTICA E DIREITOS SOCIAIS: QUANDO OS DIREITOS POLÍTICOS FOMENTAM NOVOS DIREITOS. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*, 5(1), 1.  
<https://doi.org/10.26668/indexlawjournals/2526-0022/2019.v5i1.5370>
- Buljevac, M., Majdak, M., & Leutar, Z. (2012). The stigma of disability: Croatian experiences. *Disability and Rehabilitation*, 34(9), 725-732.  
<https://doi.org/10.3109/09638288.2011.616570>
- Cabello, M., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Caballero, F. F., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Haro, J. M., Koskinen, S., Leonardi, M., & Borges, G. (2020). Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation and attempts in older and young-and-middle age people. *Aging and Mental Health*, 24(9), 1533-1542.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1603284>

- Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. En *Journal of Affective Disorders* (Vol. 245, pp. 653-667). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
- Calderón, M., Gálvez-Buccollini, J. A., Cueva, G., Ordoñez, C., Bromley, C., & Fiestas, F. (2012). Validation of the Peruvian version of the PHQ-9 for Diagnosing depression. En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* (Vol. 29, Número 4, pp. 578-579). <https://doi.org/10.1590/S1726-46342012000400027>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2007). Physical Activity Among Adults With a Disability—United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 56(39), 1021-1024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17914329/>
- Chan, K. T., & Marsack-Topolewski, C. N. (2022). The Association of Opioid Misuse and Suicidality among People with Disabilities. *Substance Use & Misuse*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2125271>
- Contreras-Cordova, 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-Psiquiatria*, 85(1), 19-28. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>
- Dodd, P., Doherty, A., & Guerin, S. (2016). A systematic review of suicidality in people with intellectual disabilities. En *Harvard Review of Psychiatry* (Vol. 24, Número 3, pp. 202-213). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000095>
- Fairweather, A. K., Anstey, K. J., Rodgers, B., & Butterworth, P. (2006). Factors distinguishing suicide attempters from suicide ideators in a community sample: Social issues and physical health problems. *Psychological Medicine*, 36(9), 1235-1245. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007823>
- Friedman, B., Lyness, J. M., Delavan, R. L., Chunyu Li, & Barker, W. H. (2008). Major depression and disability in older primary care patients with heart failure. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21(2), 111-122. <https://doi.org/10.1177/0891988707311563>
- Gobierno del Perú. (2019). Ley 30947: Ley de Salud Mental. En *El peruano*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>
- Grey, J. M., Totsika, V., & Hastings, R. P. (2018). Physical and psychological health of family carers co-residing with an adult relative with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31, 191-202. <https://doi.org/10.1111/jar.12353>
- Hayes, L., Brophy, L., Harvey, C., Tellez, J. J., Herrman, H., & Killackey, E. (2018). Enabling choice, recovery and participation: evidence-based early intervention support for psychosocial disability in the National Disability Insurance Scheme. En *Australasian Psychiatry* (Vol. 26, Número 6, pp. 578-585). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/1039856218759407>
- Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Bendezu-Quispe, G., &

- Grendas, L. N. (2020). Depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey. *Journal of Affective Disorders*, 273, 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.100>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Ficha Técnica - Encuesta Demográfica y De Salud Familiar. *INEI*. <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2018-5/FichaTecnica.pdf?fbclid=IwAR0pQfXOulBxblr994j9Aqy8fuvpCmveQspO-zo15QSKBkilR XuR7VRhFXo>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). Ficha Técnica - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. *INEI*. [www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales](http://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Ficha Técnica - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. *INEI*.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). Ficha Técnica - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. *INEI*. [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/recursos/endes\\_2017\\_ficha\\_tecnica.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/recursos/endes_2017_ficha_tecnica.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019a). Ficha Técnica - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. *INEI*. <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2019-5/FichaTecnica.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019b). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 - Nacional y Departamental. *INEI*, 414. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Endes2019/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/)
- Instituto Nacional de Salud (INS). (2009). Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra rural 2008. *Anales de Salud Mental*, 15(1-2), 323. <https://openjournal.insm.gob.pe/index.php/EESM/article/view/22>
- Joiner, T. (2019). Why People Die by Suicide. En *Harvard University Press*. First Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjghv2f>
- Kendrick, T., Dowrick, C., McBride, A., Howe, A., Clarke, P., Maisey, S., Michael Moore, & Smith, P. W. (2009). Management of depression in UK general practice in relation to scores on depression severity questionnaires: Analysis of medical record data. *BMJ (Online)*, 338(7697). <https://doi.org/10.1136/bmj.b750>
- Kohli-Lynch, M., Tann, C. J., & Ellis, M. E. (2019). Early intervention for children at high risk of developmental disability in low-and middle-income countries: A narrative review. En *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 16, Número 22, p. 4449). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224449>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>



- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. En *Journal of the American Medical Association* (Vol. 294, Número 16, pp. 2064-2074). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Marlow, N. M., Xie, Z., Tanner, R., Jo, A., & Kirby, A. V. (2021). Association Between Disability and Suicide-Related Outcomes Among U.S. Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(6), 852-862. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.035>
- McConnell, D., Hahn, L., Savage, A., Dubé, C., & Park, E. (2016). Suicidal Ideation Among Adults with Disability in Western Canada: A Brief Report. *Community Mental Health Journal*, 52(5), 519-526. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9911-3>
- McFeeters, D., Boyda, D., & O'Neill, S. (2015). Patterns of Stressful Life Events: Distinguishing Suicide Ideators from Suicide Attempters. *Journal of Affective Disorders*, 175, 192-198. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.034>
- Mendoza-Amaya, C. A., & Saavedra-Castillo, J. E. (2013). La violencia política y su relación con ansiedad, depresión y abuso de alcohol en la población adolescente de tres ciudades de la sierra del Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 75(4), 111-119. <https://doi.org/10.20453/rnp.v75i4.1215>
- Mollison, E., Chaplin, E., Underwood, L., & McCarthy, J. (2014). A review of risk factors associated with suicide in adults with intellectual disability. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 8(5), 302-308. <https://doi.org/10.1108/AMHID-05-2014-0021>
- Moreira-Solórzano, C., Oviedo-Gutiérrez, A., & Cedeño-Cedeño, H. (2021). Depresión e Ideación Suicida en los estudiantes con discapacidad de la Universidad Técnica de Manabí. *Polo del Conocimiento*, 6(11), 1072-1087. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i11.3315>
- Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L., Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V. (2018). The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Journal of Affective Disorders*, 232, 34-40. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.045>
- Nemeroff, C. B., Compton, M. T., & Berger, J. (2001). The depressed suicidal patient: Assessment and treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05795.x>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Wai, T. C., De Girolamo, G., Gluzman, S., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Noh, J. W., Kwon, Y. D., Park, J., Oh, I. H., & Kim, J. (2016). Relationship between physical disability and depression by gender: A panel regression

model. *PLoS ONE*, 11(11), e0166238.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166238>

Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 000 habitantes) - Latin America & Caribbean | Data*.  
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?contextual=ma&end=2019&locations=ZJ&start=2000>

Organización Mundial de la Salud. (2019b). *Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 000 habitantes) - Perú | Data*. Banco Mundial.  
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?contextual=mi&n&locations=PE>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. OMS.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Naciones Unidas (ONU). (2008). *Convención sobre los Derechos para las Personas con Discapacidad*.  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiurJ2Olp\\_2AhWHRTABHd6BB8MQFnoECFEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fesa%2Fsocdev%2Fenable%2Fdocuments%2Fcccconv.pdf&usg=AOvVaw32YohZY0KJJ37FtJGrw3Uy](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiurJ2Olp_2AhWHRTABHd6BB8MQFnoECFEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fesa%2Fsocdev%2Fenable%2Fdocuments%2Fcccconv.pdf&usg=AOvVaw32YohZY0KJJ37FtJGrw3Uy)

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Discapacidad*. OPS.  
<https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>

Rocío Hurtado, L., & Arrivillaga, M. (2018). Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 100-109.  
<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n1/100-109/es/>

Russell, D., Turner, R. J., & Joiner, T. E. (2009). Physical Disability and Suicidal Ideation: A Community-Based Study of Risk/Protective Factors for Suicidal Thoughts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(4), 440-451. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.4.440>

Shen, S. C., Huang, K. H., Kung, P. T., Chiu, L. T., & Tsai, W. C. (2017). Incidence, risk, and associated factors of depression in adults with physical and sensory disabilities: A nationwide population based study. *PLoS ONE*, 12(3), e0175141.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175141>

Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operaskalski, B., & Ludman, E. J. (2013). Does response on the PHQ-9 depression questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? *Psychiatric Services*, 64(12), 1195-1202.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200587>

Tamayo, M., Besoain, Á., & Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 96-100. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>

Valladares-Garrido, M. J., Soriano-Moreno, A. N., Rodrigo-Gallardo, P. K., Moncada-Mapelli, E., Pacheco-Mendoza, J., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2020). Depression among Peruvian adults with hypertension and diabetes: Analysis of a national survey. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 14(2), 141-146.  
<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.02.001>

- Valuck, R. J., Anderson, H. O., Libby, A. M., Brandt, E., Bryan, C., Allen, R. R., Staton, E. W., West, D. R., & Pace, W. D. (2012). Enhancing electronic health record measurement of depression severity and suicide ideation: A distributed ambulatory research in therapeutics network (DARTNet) study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(5), 582-593. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.05.110053>
- Wolfersdorf, M. (2008). Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(4), 443-450. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0513-x>
- World Health Organization. (2019). *Mental health, disability and human rights. WHO QualityRights Core training - for all services and all people.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329546/9789241516709-eng.pdf>
- World Health Organization. (2021a). *Disability and health.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- World Health Organization. (2021b). *Suicide.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Zevallos Bustamante, S. (2015). Prevalencia de depresión en poblaciones andinas. *Anales de Salud Mental*, 21(2), 9-22. <https://openjournal.insm.gob.pe/index.php/EESM/article/view/48>

## IX. ANEXOS

### Anexo 1: Ítems a utilizar disponibles en los cuestionarios de la ENDES 2015-2019.

#### Definición de personas discapacitadas

25C	<p>A continuación le haré algunas preguntas para saber si Usted presenta alguna dificultad o limitación <b>PERMANENTE</b>, que le impida desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.</p> <p>¿Tiene alguna dificultad o limitación permanente para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ver, aún usando anteojos?</li> <li>2. Oír, aún usando audífonos?</li> <li>3. Hablar o comunicarse, aún usando la lengua de señas u otro?</li> <li>4. Moverse o caminar para usar brazos y /o piernas?</li> <li>5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?</li> <li>6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?</li> </ol>	<p>PARA VER                    SI.....1    NO.....2</p> <p>PARA OIR                    SI.....1    NO.....2</p> <p>PARA HABLAR                SI.....1    NO.....2</p> <p>PARA MOVERSE              SI.....1    NO.....2</p> <p>PARA ENTENDER            SI.....1    NO.....2</p> <p>PARA RELACIONARSE      SI.....1    NO.....2</p>
-----	---	--

#### Ideación suicida (PHQ-9)

700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p><b>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD</b>          SI RESPONDE "SI", PREGUNTE: ¿Cuántos días?          SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p><b>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</b></p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PARA NADA</th> <th>VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><b>H. MORIR.....</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>1</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>3</b></td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	<b>H. MORIR.....</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																
<b>H. MORIR.....</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>																																																
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																

## Sexo

20	REGISTRE DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (LISTADO DEL HOGAR) EL NOMBRE (PREGUNTA 2), NÚMERO DE ORDEN (PREGUNTA 1) Y CIRCULE EL SEXO (PREGUNTA 6) DE LA PERSONA SELECCIONADA PARA EL CUESTIONARIO DE SALUD	NOMBRE: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEXO: HOMBRE..... 1 MUJER..... 2
----	--	---

## Edad

23	¿Cuántos años cumplidos tiene? CONSISTENCIE PREGUNTA 22 CON PREGUNTA 23 Y CORRIJA DE SER NECESARIO	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MEF PASE A LA PREGUNTA 28
----	---	---

## Nivel de educación

25	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó? - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">CIRCULE NIVEL</th> <th style="text-align: center;">AÑO</th> <th style="text-align: center;">ANOTE GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL / PRE-ESCOLAR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		CIRCULE NIVEL	AÑO	ANOTE GRADO	INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CIRCULE NIVEL	AÑO	ANOTE GRADO																											
INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
POSTGRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											

## Estado Civil

<b>ESTADO CIVIL</b>
<b>PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS</b>
¿Cuál es su estado civil o conyugal?
1 CONVIVIENTE 2 CASADO(A) 3 VIUDO(A) 4 DIVORCIADO(A) 5 SEPARADO(A) 6 SOLTERO(A)

## Seguro de salud

26	¿Tiene usted seguro de salud?	SI..... 1 NO..... 2
----	-------------------------------	------------------------

## Tabaquismo

202	¿Fuma usted diariamente?	SI..... 1 NO..... 2
-----	--------------------------	------------------------

## Consumo de alcohol

211	Durante los últimos 30 días, ¿Cuantas veces tomó usted alguna bebida alcohólica o licor?	NÚMERO DE VECES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8 _____
-----	--	---

\*Aquellas variables como el **Índice de riqueza, región geográfica de residencia y el área de residencia** estuvieron disponibles a partir de la información brindada por la ENDES.