

Explorando el estigma del suicidio en población peruana: un análisis de redes

Exploring suicide stigma in the Peruvian population: a network analysis

Explorando o estigma do suicídio em população peruana: uma análise de redes

 Jonatan Baños-Chaparro¹
 Jessica Aranda-Turpo²
 Fernando Lamas Delgado³
 Dante Jesus Jacobi-Romero⁴
 Johnny Marín-Contreras⁵
 Paul Ynquillay-Lima¹

¹ Universidad Científica del Sur

² Universidad Peruana Unión

³ Universidad Ricardo Palma

⁴ Universidad César Vallejo

⁵ Universidad de San Martín de Porres

⁵ Universidad para el Desarrollo

Recibido: 19/12/2022

Aceptado: 01/02/2024

Correspondencia:

Jonatan Baños-Chaparro,
jbanos@cientifica.edu.pe

Cómo citar: Baños-Chaparro, J., Aranda-Turpo, J., Lamas Delgado, F., Jacobi-Romero, D. J., Marín-Contreras, J., & Ynquillay-Lima, P. (2024). Explorando el estigma del suicidio en población peruana: un análisis de redes. *Ciencias Psicológicas*, 18(1), e-3150. <https://doi.org/10.22235/cp.v18i1.3150>

Disponibilidad de datos: El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

Resumen: El estigma público del suicidio es una barrera potencial para su prevención, un obstáculo para la búsqueda de apoyo profesional y perjudica el bienestar psicológico y físico de las personas afectadas. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación y centralidad del estigma público del suicidio en adultos peruanos de población general. Participaron 1013 adultos (55.6 % mujeres) que respondieron un cuestionario de estigma del suicidio. Se estimó un modelo de red gaussiano para examinar sus propiedades globales, locales y comparación de estructuras según sexo. Los resultados demostraron asociaciones más fuertes entre nobles y dedicadas ($r = .57$), aisladas y solitarias ($r = .47$), inmorales y una vergüenza ($r = .41$). Los nodos centrales y de predictibilidad fueron inmorales, vengativos, vergüenza, perdidos e irresponsables. Además, tanto para las mujeres y hombres, el nodo central fue inmorales, aunque las mujeres describieron como vengativos y una vergüenza, mientras que los hombres como solitarios y cobardes. En conclusión, se evidenció actitudes estigmatizantes hacia las personas que mueren por suicidio, en donde las mujeres y hombres presentan una percepción diferente. Los programas de alfabetización sobre el suicidio pueden reducir el estigma público en la población general.

Palabras clave: suicidio; estereotipo; adulto; estigma; alfabetización en salud mental; análisis de redes

Abstract: The public stigma of suicide is a potential barrier to suicide prevention, an obstacle to seeking professional support, and impairs the psychological and physical well-being of affected individuals. The aim of the study was to analyze the association and centrality of public stigma of suicide in Peruvian adults from the general population. A total of 1013 adults (55.6% women) responded to a suicide stigma questionnaire. A Gaussian network model was estimated, examining its global and local properties and comparing structures according to sex. The results showed stronger associations between noble and dedicated ($r = .57$), isolated and lonely ($r = .47$), immoral and an embarrassment ($r = .41$). The most central nodes and predictability were immoral, vindictive, a shame, lost, and irresponsible. In addition, for both women and men, the central node was immoral, although women described as vindictive and shameful, while men described as lonely and cowardly. In conclusion, there was evidence of stigmatizing attitudes towards people who die by suicide, with women and men presenting different perceptions. Suicide literacy programs can reduce public stigma in the general population.

Keywords: suicide; stereotype; adult; stigma; mental health literacy; network analysis

Resumo: O estigma público do suicídio é uma barreira potencial para a prevenção do suicídio, um obstáculo para a busca de apoio profissional, e prejudica o bem-estar psicológico e físico das pessoas afetadas. O objetivo do estudo foi analisar a associação e a centralidade do estigma público do suicídio em adultos peruanos da população em geral. Um total de 1.013 adultos (55,6% de mulheres) responderam a um questionário de estigma de suicídio. Foi estimado um modelo de rede gaussiana, examinando suas propriedades globais e locais e comparando estruturas segundo o sexo. Os resultados mostraram associações mais fortes entre nobres e dedicados ($r = .57$), isolados e solitários ($r = .47$), imorais e uma vergonha ($r = .41$). Os nós mais centrais e previsíveis foram imorais, vingativos, uma vergonha, perdidos e irresponsáveis. Além disso, tanto para as mulheres quanto para os homens, o nó central foi imorais, embora as mulheres hajam descrito como vingativos e uma vergonha, enquanto os homens como solitários e covardes. Em conclusão, são evidenciadas atitudes estigmatizantes em relação às pessoas que morrem por suicídio, com mulheres e homens tendo percepções diferentes. Os programas de alfabetização sobre o suicídio podem reduzir o estigma público na população em geral.

Palavras-chave: suicídio; estereótipo; adulto; estigma; alfabetização em saúde mental; análise de redes

El suicidio es un problema persistente de salud pública que sigue afectando a los individuos, las familias y las comunidades en general. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año 703.000 personas mueren por suicidio, pero se enfatiza que el 77 % de aquellas muertes son más frecuentes en países de ingresos económicos bajos y medianos (OMS, 2021). En la región de las Américas, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes de 20 a 24 años, aunque las personas de 45 a 59 años tienen la tasa más alta, resultados similares se reportan en Perú, lo que supone que las muertes por suicidio son un problema complejo que involucra cualquier estadio del desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 2022; Roman-Lazarte et al., 2021). No obstante, es probable que las cifras sean una subestimación, debido a que algunos suicidios se clasifican como lesiones no intencionales. A pesar de ello, los diversos esfuerzos para identificar los factores de riesgo y de protección son importantes para abordar su complejidad, dado que no existe una causa común atribuida al suicidio, sino que emerge de la interacción entre factores psicológicos, biológicos y socioculturales (O'Connor & Nock, 2014). En este escenario, la asistencia profesional de salud, el entorno familiar y apoyo social son el primer contacto de ayuda y soporte para la comunicación o situación en crisis de un individuo. Sin embargo, una revisión sistemática sobre los factores asociados con la búsqueda de ayuda profesional para las conductas suicidas identificó que una de las barreras potenciales eran las actitudes estigmatizantes hacia los problemas de salud mental, tratamiento profesional y suicidio (Han et al., 2017).

En esta misma línea, la OMS afirma que uno de los obstáculos para una adecuada prevención del suicidio es el estigma (OMS, 2021). Aunque el estigma es un constructo complejo con definiciones variables, en el campo de la suicidología se ha definido como estigma personal y estigma público. El primero se enfoca desde la experiencia personal del individuo, en donde la percepción y las experiencias tienen consecuencias en el grupo afectado, como las personas en duelo por suicidio y los individuos con antecedentes personales o familiares de conductas suicidas (Baños-Chaparro, 2022; Sheehan et al., 2020). Mientras que el estigma público se define como las actitudes, comportamientos y creencias negativas de la sociedad sobre el suicidio (Sheehan et al., 2017). Este último es de interés para el estudio actual, dado que el suicidio no es estrictamente un problema personal, sino también social. Los miembros de una comunidad o sociedad ocupan un rol importante para la prevención del suicidio, especialmente para afrontar el estigma y el aislamiento (Fitzpatrick, 2015).

Estudios recientes basados en población general identificaron el estigma público como una barrera para la prevención del suicidio, debido a la falta de conciencia como un problema destacado de salud pública y la extensión de estereotipos (p. ej., "Las personas que mueren por suicidio son cobardes"), prejuicios (p. ej., "Siento pánico si me acerco a esa persona que intentó suicidarse") y discriminación (restricción de derechos y oportunidades) sobre las muertes por suicidio (An et al., 2022; Sheehan et al., 2017; Oliffe et al., 2016). Una investigación sobre el estigma del suicidio en población general australiana describió a las personas que mueren por suicidio como irresponsables y cobardes (estigma), perdidas, aisladas y solitarias (aislamiento), y valientes y dedicadas (glorificación) (Batterham et al., 2013a). Otro estudio en Corea del Sur identificó etiquetas de incompetentes, inmorales, egoístas y desviadas para la sociedad (An et al., 2022); mientras que en Canadá se evidenció un respaldo para los estereotipos de perdidas, solitarias, aisladas y desconectadas (Oliffe et al., 2016). Además, al parecer existe un comportamiento diferencial respecto al sexo, en donde los hombres

consideran que las personas que mueren por suicidio son débiles, cobardes y conceptualizan el suicidio como un acto vergonzoso y pecaminoso (Pereira & Cardoso, 2018), en tanto que las mujeres consideran que son personas desconectadas, perdidas y solitarias (Oliffe et al., 2016).

En ese sentido, es importante sensibilizar a la comunidad general y disminuir el estigma para que la sociedad de un determinado país pueda avanzar en la prevención del suicidio. Los últimos avances en el campo de la psicología vienen impulsados por el modelo de redes, un enfoque alternativo al modelo biomédico. Al respecto, el modelo biomédico sostiene que los signos y síntomas se agrupan porque comparten una causa común, es decir, la entidad de la enfermedad subyacente (Borsboom & Cramer, 2013). Por el contrario, el enfoque de red de la psicopatología indica que el trastorno es un fenómeno emergente que surge de las interacciones de los síntomas y su tendencia a reforzarse causalmente entre sí (Isvoranu et al., 2022). Desde esta perspectiva, un trastorno no es una entidad latente que causa la aparición y covarianza de los síntomas (modelo biomédico), más bien los síntomas y las asociaciones entre ellos son el trastorno en sí mismo (Borsboom & Cramer, 2013). A modo introductorio, una estructura de red está compuesta por nodos (síntomas, actitudes, etcétera) y aristas (correlaciones). Por lo tanto, el análisis de redes no solo se restringe a los síntomas y la comorbilidad entre ellos, sino que también incorpora las actitudes y rasgos de un individuo (Baños-Chaparro et al., 2022; Dalege et al., 2017; Ramos-Vera et al., 2022) y problemas físicos (Ramos-Vera et al., 2021), lo que amplía la arquitectura de la red desde la psicología hasta la medicina (Isvoranu et al., 2021).

En una breve revisión de la literatura no se encontró evidencia de análisis del estigma del suicidio en cualquier estadio de desarrollo desde el enfoque de redes. Dado que la evidencia sugiere que el estigma del suicidio se encuentra más frecuente en la población general y, mayor aún, con niveles de educación bajo o muy bajos (Batterham et al., 2013a; Park et al., 2015), se optó por explorar este constructo en la población general sin educación superior concluida. El objetivo general de la investigación fue analizar la asociación y centralidad del estigma público del suicidio en adultos peruanos de población general. Además, como objetivo específico se realizó una comparación de redes según sexo para comprobar diferencias vinculadas al estigma público del suicidio.

Materiales y método

Diseño

El propósito de la investigación fue analizar las asociaciones condicionales de las variables (nodos) incluidos en la red. En ese sentido, el diseño de investigación es no experimental y el enfoque es cuantitativo, siendo básica, transversal y asociativa (Ato et al., 2013).

Participantes

En el estudio participaron 1013 adultos peruanos, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia con los siguientes criterios de inclusión: a) tener una edad mayor o igual a 18 años, b) residir en Lima Metropolitana, c) no tener educación superior concluida (técnico, universitario o posgrado) y d) aceptación del consentimiento informado.

En ese sentido, la participación de mujeres (55.6 %) y hombres (44.4 %) fue similar y la edad promedio fue de 35 años ($DE = 13.2$) en un rango de 18 a 89 años. En relación a las características de los participantes, se evidenció un gran porcentaje de solteros (42 %), seguido de casados (23.4 %) y convivientes (22.5 %). El nivel de educación predominante fue secundaria completa (48.4 %), técnico incompleto (20.4 %) e universitario incompleto (11.4 %), además que la mayoría tenía un trabajo actual (78.4 %) y vivía en zona urbana (70.8 %). Asimismo, el 66.6 % señaló que no tenía una enfermedad crónica, no consumió alcohol en los últimos 12 meses (72.5 %), no tenía deudas económicas pendientes (69.2 %) y tampoco fue despedido (64.6 %) o degradado (71.4 %) laboralmente alguna vez en su vida.

Instrumento

Cuestionario sociodemográfico. Se elaboró un apartado para la recolección de información sociodemográfica de los participantes, en donde se preguntó: sexo, edad, estado civil, nivel de educación, trabajo, zona de residencia, enfermedades crónicas, consumo de alcohol en los últimos 12 meses, deudas económicas pendientes y si fue despedido o degradado laboralmente.

Stigma of Suicide Scale - Short Form (SOSS-SF). La escala está conformada por 16 ítems y evalúa el estigma público hacia el suicidio a través de tres dimensiones (estigma, aislamiento y glorificación) desarrollado en Australia (Batterham et al., 2013b) y traducido al español en población peruana (Baños-Chaparro et al., 2023). En ese sentido, cada ítem consiste en una descripción de una palabra vinculada a una persona que muere por suicidio (p. ej., “En general, las personas que mueren por suicidio son irresponsables”), con cinco opciones de respuesta (desde 1: *totalmente en desacuerdo* hasta 5: *totalmente de acuerdo*). La puntuación total se realiza para cada dimensión y puntuaciones altas indican mayor estigma hacia las personas que mueren por suicidio. En este estudio, se obtuvo una aceptable confiabilidad para la dimensión estigma ($\omega = .88$), aislamiento ($\omega = .83$) y glorificación ($\omega = .77$).

Procedimiento

La recolección de información se realizó de manera presencial durante los meses de septiembre y octubre del 2022 en los diversos distritos de Lima Metropolitana y respetando las recomendaciones vigentes sobre el Covid-19. Cuatro reclutadores (FLD, DJR, JMC, PYL) capacitados en el contenido y formato de encuesta explicaron a cada participante el objetivo de la investigación, el anonimato de sus respuestas, la participación voluntaria, la confidencialidad de la información recopilada y la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. El orden de presentación de la encuesta fue con el consentimiento informado, preguntas demográficas e instrumento psicológico. La encuesta fue entregada a los adultos que firmaron el consentimiento informado y no recibieron recompensa económica.

Análisis de datos

Inicialmente, se exploró las estadísticas descriptivas de tendencia central (media aritmética) y dispersión (desviación estándar) de los ítems. Asimismo, se evaluó la consistencia interna de su puntuación total a través de un método de ecuaciones estructurales (coeficiente omega) para cada dimensión, siendo valores aceptables mayores a .70 (McDonald, 1999). En esta misma línea, previo al análisis de una estructura de red, se examinó el solapamiento topológico de los nodos determinando una redundancia superior al 25 % con un valor p de .05 para determinar la significancia estadística (Jones et al., 2021).

A partir de los análisis preliminares, se construyó una red mediante un campo aleatorio de Markov por pares (PMRF, por sus siglas en inglés), que es una clase de modelos de red no dirigidos, en donde las variables están representadas por nodos conectados por aristas (líneas azules son correlaciones positivas y líneas rojas correlaciones negativas) que indican la asociación condicional entre dos variables después de controlar todas las demás variables de la red (Isvoranu et al., 2022). Dada la naturaleza ordinal de los ítems, se estimó un modelo gráfico gaussiano (GGM, por sus siglas en inglés), que cuantifica las aristas con coeficientes de correlación parcial y se empleó el método de correlación de Spearman, recomendado para datos distribuidos sin normalidad (Isvoranu & Epskamp, 2021). Para garantizar un modelo disperso e interpretable, se utilizó el algoritmo gráfico operador de selección y contracción mínima absoluta (GLASSO; Friedman et al., 2008) en combinación con el criterio de información bayesiano extendido (EBIC; Chen & Chen, 2008), con un parámetro de ajuste establecido en $\gamma = .50$, recomendado habitualmente para estimar modelos GGM multivariantes (Isvoranu et al., 2022). Para el diseño de la red, se utilizó el algoritmo de Fruchterman-Reingold, que utiliza un proceso iterativo para calcular un trazado tal que los nodos con mayor conexión serán arrastrados hacia el centro de la red y los nodos más desconectados serán ubicados en la periferia de la red (Fruchterman & Reingold, 1991).

Posteriormente, se analizó la arquitectura de la red mediante sus propiedades globales (inferencia en la red general) y locales (inferencia en partes específicas de la red). En relación con las métricas globales, se exploró la organización de los nodos a través de la transitividad (C^{Δ}), que determina la agrupación global promedio de los nodos en una red y las propiedades medias de las aristas a través de la longitud media del camino más corto (APL, por sus siglas en inglés), que cuantifica la media de las distancias más cortas entre cada par de nodos (Isvoranu et al., 2022). Dado que algunas estructuras de red pueden presentar una agrupación de nodos alta, pero un APL bajo, se calculó el índice de mundo pequeño (S), que evalúa el grado de asociación entre los nodos, siendo recomendable un $S > 1$ (Humphries & Gurney, 2008). Respecto a las métricas locales, se analizó la centralidad de los nodos a través de la influencia esperada, la cual considera las aristas de un nodo con otro nodo en direcciones

opuestas, y la predictibilidad, que calcula la varianza explicada (R^2) de cada nodo (Haslbeck & Waldorp, 2018).

Por otra parte, se llevó a cabo un análisis de precisión y estabilidad del modelo de red estimado. Respecto a la precisión, se aplicó el método Bootstrapping no paramétrico basado en 1000 muestras para construir los intervalos de confianza (IC) del 95 % de los pesos de las aristas de la red. Mientras que en el análisis de estabilidad para el índice de influencia esperada se realizó mediante el procedimiento Bootstrap de caída de casos, el cual elimina participantes de los datos de forma iterativa (p. ej., 10 %, 20 %, etcétera). Este método se puede resumir en el coeficiente de estabilidad de correlación (CS), el cual debería ser superior a .25 y preferiblemente mayor a .50 (Isvoranu et al., 2022). Mientras que, para evaluar las diferencias entre grupos independientes (p. ej., mujeres vs. hombres), se aplicó una prueba de comparación de redes (NCT; van Borkulo et al., 2022) basado en 1000 permutaciones aleatorias. Este proceso se realizó a partir de la invarianza de la estructura de red mediante el estadístico M y la invarianza de fuerza global mediante el estadístico S . El proceso estadístico se realizó en el software libre Rstudio versión 4.1.1 con los paquetes bootnet, qgraph, psych, mgm, careless, MBESS, Network Comparison Test y networktools (Epskamp et al., 2018; Haslbeck & Waldorp, 2020; Jones, 2021; Kelley, 2007; Revelle, 2018, van Borkulo et al., 2022).

Consideraciones éticas

El presente estudio respetó los lineamientos de la Declaración de Helsinki y el código de ética mencionado en el capítulo tres para las buenas prácticas de investigación del Colegio de Psicólogos del Perú (2017). Todos los participantes fueron informados sobre las condiciones de anonimato, confidencialidad y voluntariedad de la participación.

Resultados

Propiedades globales y locales de la estructura de red

En relación con la tendencia central y dispersión se observa que la media se ubicó entre el ítem 15 ($M = 2.53$) y el ítem 10 ($M = 3.24$), mientras que el ítem 5 presentó la mayor la desviación estándar ($DE = 1.12$) (Tabla 1). En el análisis de solapamiento topológico no hubo sugerencias, lo que evidencia ausencia de redundancia entre los nodos incluidos en la red.

En términos de estructura global, se observó un APL de 1.5, una C^Δ de .60 y, por lo tanto, un índice S de 1.29, considerando una topología de red de mundo pequeño. En la Tabla 1 se puede observar las propiedades de la estructura local, los nodos más centrales de acuerdo a la influencia esperada (IE) fueron inmorales (IE = 1.14), vengativas (IE = .98), una vergüenza (IE = .96) y pérdidas (IE = .94). Asimismo, la media de predictibilidad fue de 47.2 %, la mayor predictibilidad se ubica en el nodo inmorales (63.3 %), una vergüenza (62.2 %), vengativas (59.3 %), aisladas (58.5 %) e irresponsables (58.4 %).

La estructura de red del estigma del suicidio se presenta en la Figura 1. En ese sentido, se evidencia que el modelo de red tuvo una conectividad de 6.55, densidad .05 y un número de conexiones de 62, en donde 51 son aristas positivas y 11 negativas. Además, se observa que las asociaciones condicionales más fuertes surgieron entre nobles y dedicadas ($r = .57$), aisladas y solitarias ($r = .47$), inmorales y una vergüenza ($r = .41$). Igualmente, en menor magnitud, pérdidas y desconectadas ($r = .32$), aisladas y pérdidas ($r = .29$), como también una vergüenza e irresponsables ($r = .28$).

Tabla 1

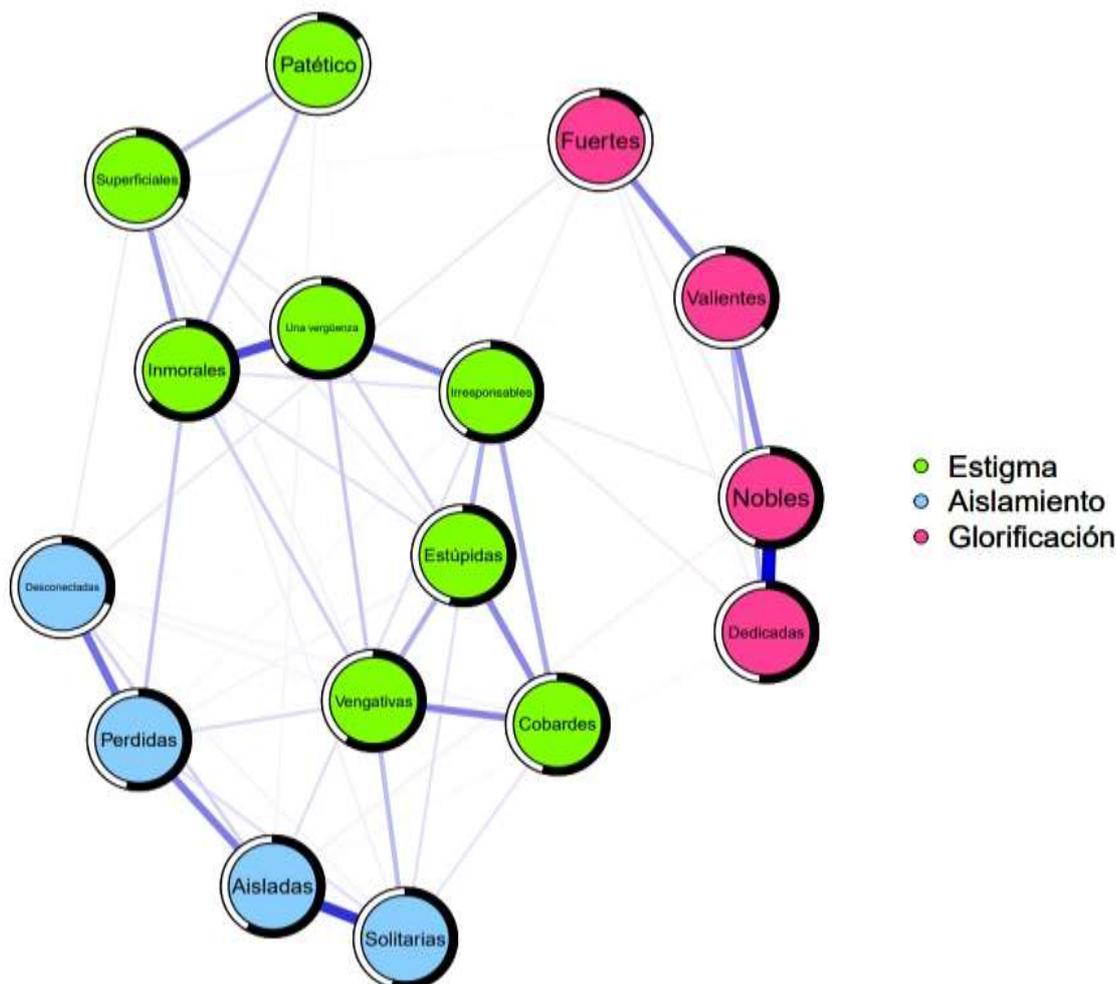
Contenido de los ítems, estadísticas descriptivas y propiedades locales de la red.

Ítems	Media	DE	Influencia esperada	Predictibilidad
1. Patético	2.89	1.07	.33	15.7%
2. Superficiales	2.72	1.07	.57	31.2%
3. Inmorales	2.89	1.09	1.14	63.3%
4. Una vergüenza	2.88	1.11	.96	62.2%
5. Irresponsables	3.07	1.12	.79	58.4%
6. Estúpidas	2.87	1.09	.87	54.3%
7. Cobardes	3.05	1.07	.83	54.8%
8. Vengativas	2.93	1.07	.98	59.3%
9. Solitarias	3.22	1.04	.87	54.2%
10. Aisladas	3.24	1.04	.86	58.5%
11. Perdidas	3.08	1.01	.94	53.9%
12. Desconectadas	2.98	.93	.58	30.5%
13. Fuertes	2.78	1.04	.34	15.9%
14. Valientes	2.67	1.06	.68	35.7%
15. Nobles	2.53	.98	.78	55.1%
16. Dedicadas	2.55	1.02	.70	52.1%

Nota. DE: desviación estándar.

Figura 1

Estructura de red del estigma del suicidio en adultos peruanos.



Precisión de la estructura de red y estabilidad del índice de centralidad

En general, los IC Bootstrap para las aristas fueron estrechos y en su mayoría no estaban superpuestos (Figura 2). Además, la estimación del índice de IE fue estable, con un coeficiente CS $\approx .75$, aquello sugiere que el 75 % de los datos podrían eliminarse para conservar un 95 % de certeza, una correlación de .70 con el conjunto de datos original (Figura 3).

Figura 2

Intervalos de confianza bootstrap no paramétricos de aristas estimadas para el estigma del suicidio

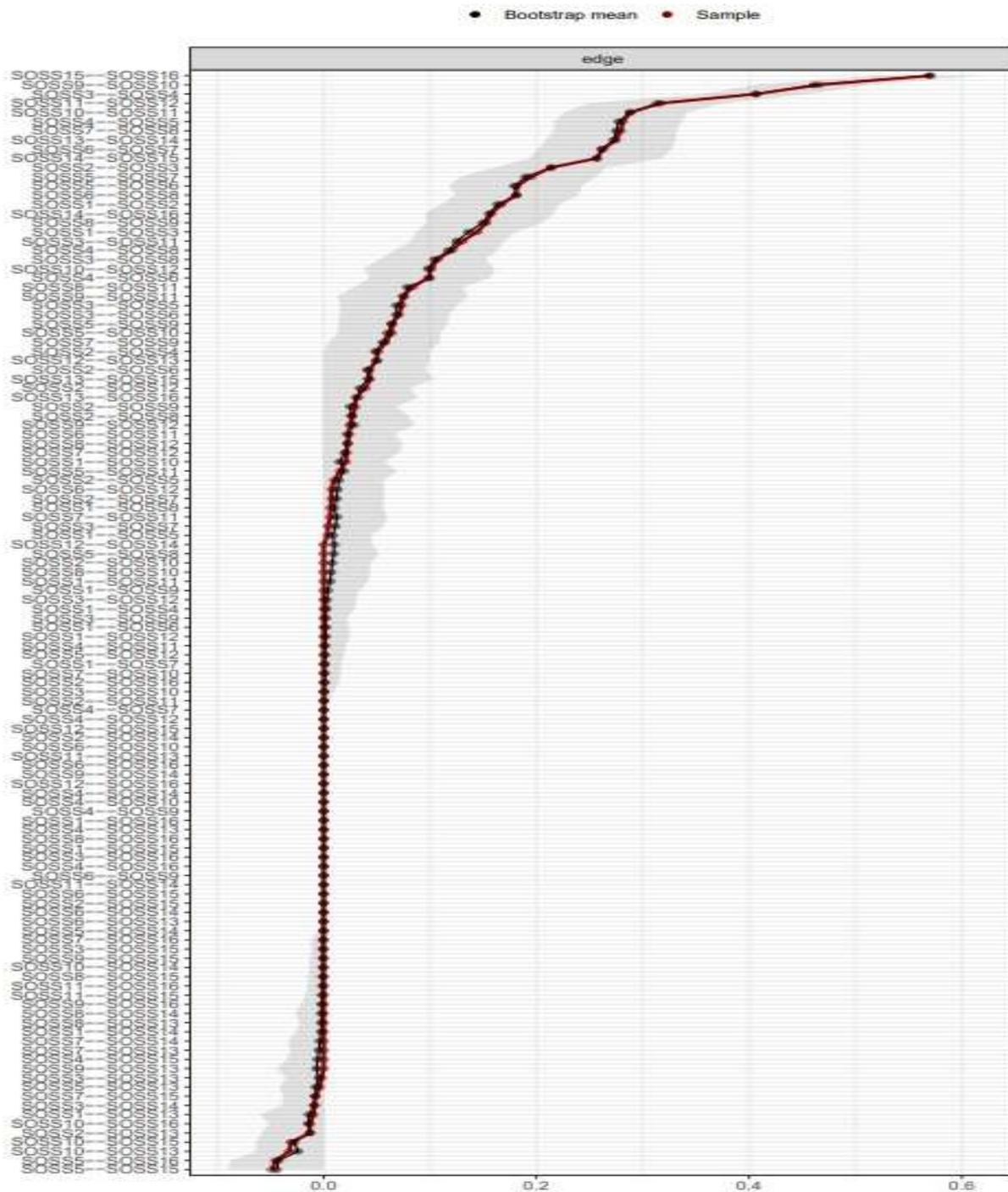
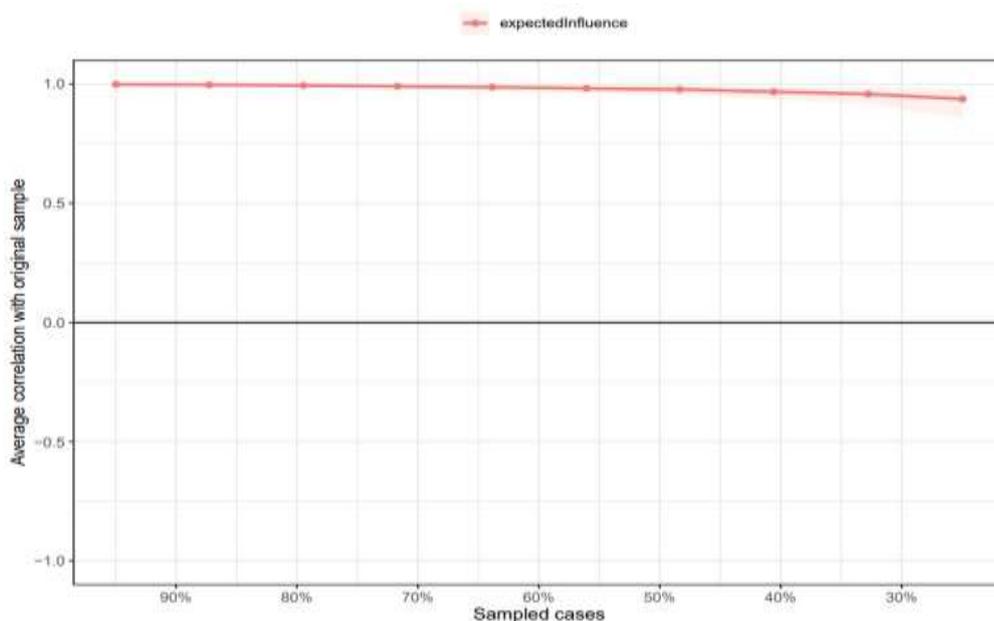


Figura 3

Estabilidad del índice de centralidad de influencia esperada



Análisis comparativo de redes según sexo

En la Figura 4 se reportan las características globales entre la red de mujeres ($n = 563$) y hombres ($n = 450$). La prueba de invarianza basada en su estructura indicó que no eran significativamente diferentes ($M = .151$, $p = .367$) y tampoco a nivel de la fuerza global ($S = .239$, $p = .481$). De hecho, la correlación entre ambas estructuras de red es similar ($r = .92$). Respecto a la IE, tanto para las mujeres como para los hombres, el nodo central fue inmorales ($IE_{mujeres} = 1.08$, $IE_{hombres} = 1.19$). No obstante, se evidenciaron en las mujeres otros nodos centrales, como vengativas ($IE = 1.05$) y una vergüenza ($IE = 1.02$), mientras que en los hombres fueron solitarias ($IE = .97$) y cobardes ($IE = .90$).

estereotipos y prejuicios fueron más frecuentes en las personas que intentaron suicidarse (Sheehan et al., 2017). Esto sugiere que las interacciones sociales basadas en principios y creencias compartidas dan origen a las actitudes estigmatizantes hacia las personas que intentan o mueren por suicidio en una sociedad y, en consecuencia, el estigma público podría internalizarse en un estigma personal, en donde los afectados se ven a sí mismos como nobles, dedicadas, una vergüenza o cobardes (Batterham et al., 2013a, Sheehan et al., 2017).

Por otro lado, las propiedades locales indicaron una mayor centralidad para las descripciones como inmorales, vengativas, una vergüenza y perdidas; resultados similares se encontraron en la predictibilidad, aunque adicionalmente se destacó las descripciones de aisladas e irresponsables. Esto indica que la mayoría de aquellas descripciones fueron las que estaban más fuertemente conectadas con el resto de nodos incluidos en la red y que dichas actitudes son las más representativas en la población de estudio. Los hallazgos se encuentran en línea con otros trabajos previos, en donde una comunidad general australiana describe a las personas que mueren por suicidio como irresponsables, perdidas y aisladas (Batterham et al., 2013a); en Corea del Sur como inmorales y vengativas (An et al., 2022); mientras que en Canadá las califican de perdidas, aisladas y solitarias (Olliffe et al., 2016). Es necesario considerar en los programas de alfabetización aquellas descripciones para reducir el estigma público del suicidio en dicha población y mitigar estas atribuciones dirigidas a un concepto de aislamiento y estigma en las personas afectadas.

En esta misma línea, en la comparación de redes según sexo, se identificó que ambas estructuras eran similares en términos de asociación y conectividad. No obstante, cuando se exploraron los nodos más centrales en la red, se encontró que a pesar de que ambos géneros compartían una actitud similar (inmorales), diferían en otras descripciones como vengativas y una vergüenza (mujeres) y en solitarias y cobardes (hombres). Esto coincide con la literatura en donde los hombres mayormente denominan el suicidio como un acto de cobardía y debilidad para afrontar los problemas de la vida (Pereira & Cardoso, 2018); una percepción diferente a las mujeres, en donde las muertes por suicidio son calificadas como una manifestación de venganza, desconexión y perdidas en el mundo, como también una acción de vergüenza para la resolución de los conflictos, vista como una actitud estigmatizante prevalente en la edad adulta (Olliffe et al., 2016; Pereira & Cardoso, 2018).

En este contexto, el suicidio es un problema de salud pública que sigue afectado por el estigma público de las sociedades contemporáneas. Diversos estudios basados en países culturalmente diferentes han reportado niveles altos de actitudes estigmatizantes hacia las personas que mueren por suicidio (An et al., 2022; Batterham et al., 2013a; Olliffe et al., 2016; Pereira & Cardoso, 2018), lo que involucra un gran desafío para los profesionales de la salud y comunidad general en todo el mundo. Las implicancias del estudio permiten comprender las actitudes de la población general adulta peruana sobre el suicidio y este conocimiento es fundamental para el desarrollo de estrategias dirigidas a la disminución del estigma público. Un número creciente de investigaciones destaca que las campañas sociales o programas de prevención del suicidio dirigidas a la comunidad general, familias, profesionales de la salud y personas afectadas, basadas en orientaciones de la alfabetización, factores asociados, tratamiento y acciones preventivas, pueden reducir el estigma público del suicidio, promover el apoyo social o la búsqueda de atención profesional sanitaria y disminuir las muertes por suicidio (De Matos e Souza & Bisol, 2021; van der Burgt et al., 2021). Esto permitiría superar la barrera de la búsqueda de tratamiento y combatir la idea a la persona estigmatizada de que la mejor solución para sus problemas y sufrimiento es el suicidio, además de los estereotipos y prejuicios. Sobre esta base, los hallazgos también servirían de fuente de información significativa y basada en evidencia para promover un plan nacional de prevención del suicidio en el contexto peruano, partiendo desde un enfoque multisectorial en coordinación con agencias gubernamentales y no gubernamentales a nivel nacional y en cada provincia dirigido por un ministerio de salud, cuyo principio y fin es abordar la complejidad de las conductas suicidas desde una categoría individual, comunitario y social (Baños-Chaparro et al., 2021).

Por último, a pesar de las fortalezas del estudio, como su método estadístico empleado, considerable tamaño de muestra e información inicial sobre el estigma público del suicidio en población general peruana, es necesario reconocer algunas limitaciones en el estudio. Primero, el método de muestreo fue por conveniencia y criterios de inclusión, los cuales pueden no ser representativos para toda la población general adulta del Perú, por lo cual se sugiere no extender los hallazgos a otras etapas de desarrollo (p. ej., adolescentes), adultos con educación superior concluida y otros departamentos del país. Segundo, el análisis actual partió de datos transversales, por tanto, no es posible inferir causalidad,

es decir, las direcciones de las aristas. Los resultados exploratorios de este estudio podrían confirmarse con análisis de redes dirigidas. Tercero, la información recopilada fue a partir de las puntuaciones de un autoinforme, lo que puede limitar capturar un fenómeno psicológico. Cuarto, los análisis se basaron en el estigma público del suicidio, es necesario explorar el estigma personal del suicidio y replicar los análisis. Es probable que la estructura de red y las actitudes hacia este grupo de personas sean muy diferentes en cuanto a los estereotipos, prejuicios y discriminación. Quinto, un aspecto fundamental es la escasez de divulgación sobre la información y la educación del estigma público sobre el suicidio, acompañado de tabú, mitos y ausencia de un plan nacional de prevención del suicidio. La falta de divulgación puede ser un factor importante en la estimación del estigma público del suicidio. No obstante, el estudio actual permite reducir esta brecha al aportar evidencia empírica al respecto y visibilizar su relevancia en la sociedad contemporánea.

Conclusión

Las creencias y actitudes culturales negativas hacia las personas que mueren por suicidio no solo afectan al entorno familiar y social del difunto, sino también en el avance de la prevención del suicidio en una sociedad, dado que es un obstáculo para la búsqueda de ayuda profesional, resta valor al suicidio como problema relevante de la salud pública y perjudica el bienestar psicológico y físico de las personas estigmatizadas.

Los hallazgos del estudio evidenciaron actitudes estigmatizantes hacia las personas que mueren por suicidio, en donde las mujeres y hombres que no presentan educación superior concluida muestran una percepción diferente. Las campañas sociales y programas de prevención de alfabetización sobre el suicidio pueden reducir el estigma público en la población general que no presenta educación superior concluida, promover el apoyo social y profesional, y reducir las muertes por suicidio. Considerar en este tipo de estrategias las percepciones diferentes de hombres y mujeres sería un método adecuado para abordar el estigma público del suicidio. En ese sentido, los profesionales de la salud, las ciencias sociales y la sociedad en general desempeñan un rol importante en la prevención del suicidio. Las muertes por suicidio son prevenibles y una mejor comprensión del estigma en un país sin un plan nacional o políticas sobre el suicidio son un paso inicial, pero muy importante, para su educación, prevención e intervención en el contexto nacional peruano.

Referencias

- An, S., Lee, H., Lee, J., & Kang, S. (2022). Social stigma of suicide in South Korea: A cultural perspective. *Death Studies*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2051096>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Baños-Chaparro, J. (2022). Duelo por suicidio: ¿Qué sucede después en la familia? *Revista de Investigación en Psicología*, 25(1), 159-170. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i1.22287>
- Baños-Chaparro, J., Lamas Delgado, F., Ynquillay-Lima, P., Jacobi-Romero, D. J., & Fuster Guillen, F. G. (2022). Análisis de red de la comorbilidad entre síntomas de ansiedad e insomnio en adultos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 51(2), e02201891.
- Baños-Chaparro, J., López-Vega, D. J., Lamas Delgado, F., Jacobi-Romero, D. J., Marín-Contreras, J., & Ynquillay-Lima, P. (2023). Traducción y validez del Stigma of Suicide Scale Short Form (SOSS-SF) en población peruana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 52(2), e02302553.
- Baños-Chaparro, J., Ynquillay-Lima, P., Lamas Delgado, F., & Fuster Guillen, F. G. (2021). Análisis de redes de las conductas suicidas en adultos peruanos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(3), e02101450.
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013a). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 406-417. <https://doi.org/10.1111/sltb.12026>

- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013b). The Stigma of Suicide Scale: Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(1), 13-21. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000156>
- Borsboom, D., & Cramer, A. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Chen, J., & Chen, Z. (2008). Extended Bayesian information criteria for model selection with large model spaces. *Biometrika*, 95(3), 759-771. <https://doi.org/10.1093/biomet/asn034>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y deontología*. http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Dalege, J., Borsboom, D., van Harreveld, F., & van der Maas, H. L. (2017). Network analysis on attitudes: A brief tutorial. *Social Psychological and Personality Science*, 8(5), 528-537. <https://doi.org/10.1177/1948550617709827>
- De Matos e Souza, F. G., & Bisol, L. W. (2021). Suicide prevention in Brazil: General concepts and the experience of a life support program (PRAVIDA). *Current Research in Psychiatry*, 1(2), 27-30. <https://doi.org/10.46439/psychiatry.1.010>
- Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. I. (2018). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior Research Methods*, 50, 195-212. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1>
- Fitzpatrick, S. J. (2015). Suicidology as a social practice. *Social Epistemology*, 29(3), 303-322. <https://doi.org/10.1080/02691728.2014.895448>
- Friedman, J. H., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2008). Sparse inverse covariance estimation with the graphical lasso. *Biostatistics*, 9(3), 432-441. <https://doi.org/10.1093/biostatistics/kxm045>
- Fruchterman, T. M., & Reingold, E. M. (1991). Graph drawing by force-directed placement. *Journal of Software: Practice and Experience*, 21(11), 1129-64. <https://doi.org/10.1002/spe.4380211102>
- Han, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Randall, R. (2017). Factors Influencing Professional Help-Seeking for Suicidality: A Systematic Review. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(3), 175-196. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000485>
- Haslbeck, J. M., & Waldorp, J. (2020). mgm: Estimating time-varying mixed graphical models in high-dimensional data. *Journal of Statistical Software*, 93(8), 1-46. <https://doi.org/10.18637/jss.v093.i08>
- Haslbeck, J. M., & Waldorp, L. J. (2018). How well do network models predict observations? On the importance of predictability in network models. *Behavior Research Methods*, 50, 853-861. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0910-x>
- Humphries, M. D., & Gurney, K. (2008). Network 'Small-World-Ness': A quantitative method for determining canonical network equivalence. *PLoS ONE*, 3(4), e0002051. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002051>
- Isvoranu, A. M., & Epskamp, S. (2021). Which estimation method to choose in network psychometrics? Deriving guidelines for applied researchers. *Psychological Methods*. <https://doi.org/10.1037/met0000439>
- Isvoranu, A. M., Abidin, E., Chong, S. A., Vaingankar, J., Borsboom, D., & Subramaniam, M. (2021). Extended network analysis: from psychopathology to chronic illness. *BMC Psychiatry*, 21(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03128-y>
- Isvoranu, A. M., Epskamp, S., Waldorp, L. J., & Borsboom, D. (2022). *Network psychometrics with R*. Routledge.
- Jones, P. J., Ma, R., & McNally, R. J. (2021). Bridge centrality: A network approach to understanding comorbidity. *Multivariate Behavioral Research*, 56(2), 353-367. <https://doi.org/10.1080/00273171.2019.1614898>
- Kelley, K. (2007). Methods for the behavioral, educational, and social sciences: An R package. *Behavior Research Methods*, 39, 979-984. <https://doi.org/10.3758/BF03192993>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Monteith, L. L., Smith, N. B., Holliday, R., Dorsey Holliman, B. A., LoFaro, C. T., & Mohatt, N. V. (2020). "We're Afraid to Say Suicide": Stigma as a barrier to implementing a community-based suicide prevention program for rural veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(5), 371-376. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001139>

- 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)
- Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., Gordon, S. J., Creighton, G., Kelly, M. T., Black, N., & Mackenzie, C. (2016). Stigma in male depression and suicide: A Canadian sex comparison study. *Community Mental Health Journal*, 52, 302-310. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9986-x>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Prevención del Suicidio*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Park, S., Kim, M. J., Cho, M. J., & Lee, J. Y. (2015). Factors affecting stigma toward suicide and depression: A Korean nationwide study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(8), 811-817. <https://doi.org/10.1177/0020764015597015>
- Pereira, A. G., & Cardoso, F. M. (2018). Stigmatising attitudes towards suicide by gender and age. *CES Psicología*, 12(1), 1-16. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.1.1>
- Ramos-Vera, C., Baños-Chaparro, J., & Ogundokun, R. O. (2021). The network structure of depressive symptomatology in Peruvian adults with arterial hypertension. *F1000Research*, 10, 19. <https://doi.org/10.12688/f1000research.27422.2>
- Ramos-Vera, C., Serpa-Barrientos, A., Baños-Chaparro, J., Vallejos-Saldarriaga, J., & Saintila, J. (2022). Enneagram typologies and healthy personality to psychosocial stress: A network approach. *Frontiers in Psychology*, 13, 1051271. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1051271>
- Revelle, W. (2018). *Psych: Procedures for Personality and Psychological Research*. Northwestern University.
- Roman-Lazarte, V., Moncada-Mapelli, E., & Huarcaya-Victoria, J. (2021). Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.005>
- Sheehan, L., Dubke, R., & Corrigan, P. W. (2017). The specificity of public stigma: A comparison of suicide and depression-related stigma. *Psychiatry Research*, 256, 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.015>
- Sheehan, L., Oexle, N., Dubke, R., Ting Wan, H., & Corrigan, P. W. (2020). The self-stigma of suicide attempt survivors. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 34-57. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1510797>
- van Borkulo, C. D., Boschloo, L., Kossakowski, J., Tio, P., Schoevers, R., Borsboom, D., & Waldorp, L. (2022). Comparing network structures on three aspects: A permutation test. *Psychological Methods*. <https://doi.org/10.1037/met0000476>
- van der Burgt, M. C., Beekman, A. T., Hoogendoorn, A. H., Berkelmans, G., Franx, G., & Gilissen, R. (2021). The impact of a suicide prevention awareness campaign on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking. *Journal of Affective Disorders*, 279, 730-736. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.024>

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT): 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición.

J. B. CH. ha contribuido en 1, 3, 5, 6, 7, 12, 13, 14; J. A. T. en 1, 5, 6, 11, 13, 14; F. L. D. en 2, 5, 13, 14; D. J. J. R. en 5, 13, 14; J. M. C. en 5, 13, 14; P. Y. L. en 10, 13, 14.

Editora científica responsable: Dra. Cecilia Cracco.