

#### ADOLESCENCIAS, JUVENTUDES Y SUICIDIO PERÚ 2017-2025

Apuntes sobre Evidencia y Políticas en Salud Mental

www.libremente.pe habla@libremente.pe Lima, 2025

#### intro ducción

La presente publicación, elaborada por Libremente, forma parte de una nueva colección de informes breves temáticos en salud mental, concebidos como herramientas para la incidencia en políticas públicas para el Perú y la región, basadas en la más reciente evidencia disponible y con información clave para facilitar su consulta.

En esta primera entrega presentamos un análisis de fuentes secundarias sobre el suicidio y la conducta suicida en adolescencias y juventudes en el Perú, integrando datos epidemiológicos locales con evidencias globales, factores de riesgo interseccionales y una revisión breve de las respuestas institucionales.

La data refleja un problema de salud pública caracterizado por un aumento continuado en la identificación tanto de los intentos de suicidio como de los suicidios consumados durante las etapas jóvenes de la vida. Esta tendencia se ha intensificado en la post-pandemia de COVID-19, con cifras para 2024 que superaron en 50% a las de 2023.

De las 6,106 muertes reportadas por suicidio en Perú durante la última década, un 50% fueron identificadas en los últimos tres años.

A nivel mundial, el suicidio es la tercera causa de muerte entre las personas jóvenes de 12 a 29 años (OMS, 2025)¹. En el Perú, este grupo demográfico es el de mayor vulnerabilidad, concentrando el 73.5% de todos los intentos de suicidio reportados.

La tasa de mortalidad por suicidio para las y los adolescentes peruanos (10-29 años) alcanzó 4.7 por 100,000 habitantes en 2022, una cifra superior al promedio nacional de 2.75 (al mismo año), pero aún por debajo de la tasa global ajustada por edad de 8.9 por 100,000 (OMS, 2025).

Mirando más de cerca la data, encontramos que el reporte de los suicidios consumados es predominantemente en hombres

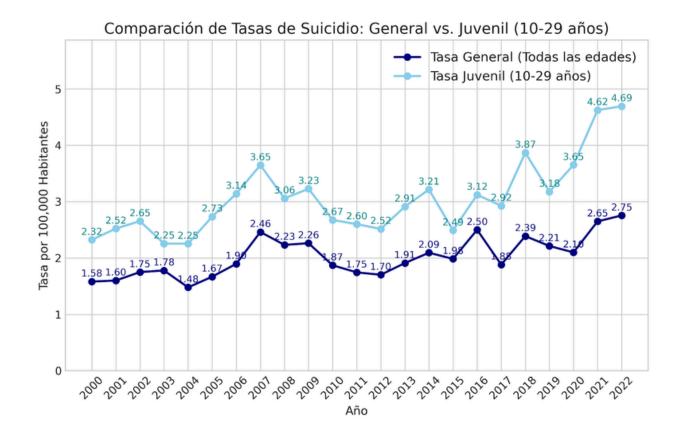
<sup>1.</sup> OMS (2025) Suicide worldwide in 2021: global health estimates. Geneva: World Health Organization

(aprox. 69.5%), utilizando métodos de alta letalidad como el ahorcamiento; mientras que los intentos de suicidio reportados son mayoritariamente en mujeres (aprox. 72.2%) y asociados con mayor frecuencia al envenenamiento.

Además, <u>la conducta suicida está</u>
<u>ligada a la alta prevalencia de</u>
<u>trastornos de salud mental</u>
<u>subyacentes, como la depresión y la</u>

ansiedad, que afectan a casi un tercio de las juventudes peruanas.

Estas necesidades de salud mental son exacerbadas por factores de riesgo psicosociales, que incluyen la violencia familiar, el acoso escolar, la precariedad socioeconómica, la violencia de género y, de forma creciente, los riesgos del entorno digital.



1

# PERFILES CIFRAS Y TENDENCIAS

#### Prevalencias locales y Tendencias

Los registros del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) muestran un incremento recurrente en la tasa de mortalidad por suicidio en los años previos a la pandemia, pasando de 1.9 muertes por 100,000 habitantes en 2017 a 2.8 en 20223

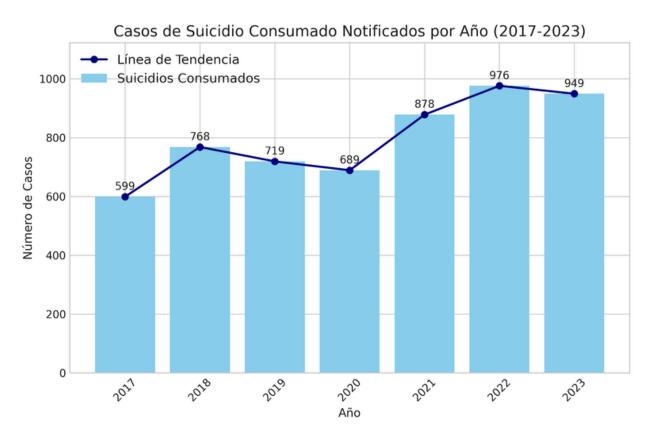
Si bien esta cifra es inferior a la tasa global ajustada por edad de 8.9 por 100,000 y a la de la Región de las Américas de 9.2 por 100,000 en 2021 (OMS, 2025)<sup>2</sup>, la trayectoria ascendente en el Perú es un indicador de alerta.

A nivel mundial, las tasas de suicidio

han disminuido un 35% entre 2000 y 2021, pero esta tendencia no se refleja en todas las regiones ni en todos los grupos de edad.

La Región de las Américas es la única que ha experimentado un aumento en su tasa de suicidio (+17%) en el mismo período (OMS, 2025)<sup>3</sup>. La situación en el Perú, con un pico histórico de 878 decesos en 2021 y 976 en 2022 <sup>4</sup>, se alinea con esta preocupante tendencia regional.

<sup>4.</sup> Repositorio Único Nacional de Información en Salud (2025) Comparación de tasas de mortalidad a travées de los años / Suicidio. MINSA-REUNIS

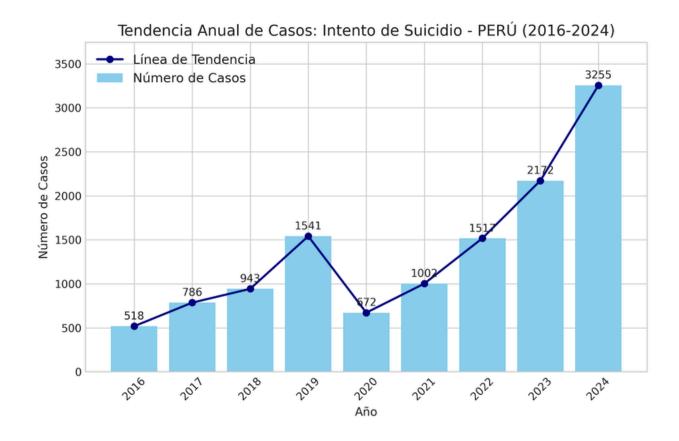


<sup>2.</sup>lbídem

<sup>3.</sup> lbíd.

Mientras los suicidios consumados miden la mortalidad, los intentos revelan la magnitud del sufrimiento. Los datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (CDC-MINSA)<sup>5</sup> muestran un incremento sostenido en la notificación de intentos de suicidio entre 2016 y 2024, con un clara tendencia al alza durante 2025 con un acumulado mayor a 12% para el mismo periodo del año (enero a julio) en comparación al año pasado.

<sup>5.</sup> Centro Nacional de Epidemiologia prevención y control de enfermedades (2025) <u>Sala Situacional</u> <u>de Problemas de Salud Mental Priorizados</u>. MINSA, Perú



## Aporte de las juventudes al suicidio

La característica más definitoria del suicidio en el Perú es su concentración en las etapas tempranas de la vida, un patrón consistente a nivel global.

Distribución de Suicidios por Año

Hombres Jóvenes (10-29 años)

Mujeres Jóvenes (10-29 años)

500

500

200

100

201

Año

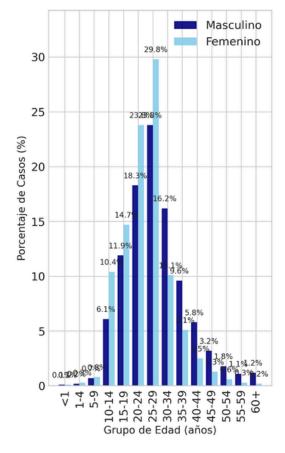
Año

- El grupo de 20 a 29 años concentra la mayor frecuencia de suicidios consumados (25.9% del total entre 2017-2022).
- La vulnerabilidad es particularmente aguda en la población adolescente. En 2021, la

tasa de suicidios en el grupo de 10 a 29 años alcanzó los 4.6 por 100,000 habitantes, una cifra superior a la tasa nacional de 2.2.

los suicidios consumados registrados es abrumadoramente joven. El 73.5% de todos los intentos registrados corresponden a personas de entre 10 y 29 años

Intentos de Suicidio por Grupo de Edad y Sexo



### Particularidades regionales

El suicidio no es un fenómeno homogéneo en el territorio peruano. Regiones de la sierra sur (Arequipa, Moquegua, Tacna) y la selva (Madre de Dios) presentan tasas de mortalidad más altas. Este patrón geográfico apunta a una compleja interacción de determinantes sociales, como el desempleo, la migración interna, secuelas de conflictos y el acceso desigual a servicios de salud, identificándo por lo menos tres perfiles de vulnerabilidad juvenil en relación al suicidio en el Perú:

- Perfil Amazónico (Loreto): La región de Loreto presenta un perfil de riesgo juvenil marcadamente feminizado v vinculado al entorno educativo. Un informe de la GERESA Loreto del primer trimestre de 2025 reveló que de 52 intentos de suicidio, el 80% fueron mujeres. Las y los adolescentes (12-17 años) representaron el 15.38% de los casos y las personas jóvenes (18-29 años) el 57.69%. El grupo ocupacional más afectado fue el de "estudiantes" (36.54%), la mayoría con educación secundaria.
- Perfil Urbano (Lima y Arequipa):
   Acá el riesgo se concentra tanto en el entorno escolar como en el universitario. Lima registró el mayor número de intentos de suicidio del

- país (530 hasta agosto de 2024), seguida por Arequipa (193). Estudios específicos en universidades de Lima han encontrado altas prevalencias de conducta suicida, asociadas a factores como la depresión, la ansiedad y la disfunción familiar. En Arequipa, además del estrés urbano, la violencia en el entorno escolar es un factor contextual crítico, con 115 casos de agresión entre estudiantes reportados en 2024 y 153 denuncias contra docentes por violencia entre 2023 y 2024.
- Perfil Andino Rural (Puno, Cusco, Abancay): En zonas rurales andinas, la conducta suicida en juventudes puede estar ligada a factores socioeconómicos y de migración. Un estudio en Juliaca (Puno) asoció el suicidio en hombres ióvenes con la frustración derivada de la migración en busca de oportunidades laborales que no se concretan. Por otro lado, un estudio comparativo en Abancay (Apurímac) entre 2010 y 2016 mostró una prevalencia de vida de ideación suicida del 12% en adolescentes en 2016, subrayando la necesidad de intervenciones de salud mental en contextos rurales con atención a las diferencias de género.

### Perfiles Regionales del Suicidio Juvenil (2022-2025)

Región / Nivel	Prevalencia y Data Cuantitativa Clave	Perfil Demográfico Juvenil Predominante	Factores Psicosociales y Contextuales
Nivel Nacional	Tasa de mortalidad (12-17 años) de 3.6 por 100,000 (2021). Intentos (2024): 23.46% adolescentes (12-17), 51.48% jóvenes (18-29).	Ambos sexos, con mayor prevalencia de intentos en mujeres. Concentración en el rango de 15 a 29 años.	Conflictos con la pareja y los padres ; depresión y ansiedad ; violencia familiar y abuso.
Lima	Mayor número de intentos de suicidio del país (530 a Ago-2024). Alta prevalencia de riesgo suicida en universitarios.	Estudiantes universitarios de ambos sexos, con mayor riesgo en mujeres.	Estrés académico, depresión, ansiedad, disfunción familiar. Prevalencia de deseos de morir en adolescentes de Lima rural (21.4%).
Arequipa	Segundo mayor número de intentos (193 a Ago-2024). 115 casos de violencia escolar en 2024.	Estudiantes de secundaria y jóvenes.	Violencia escolar (bullying) ; violencia contra docentes ; alta prevalencia de violencia de género en el entorno.
Loreto	132 intentos a Ago- 2024. En I Trim 2025: 80% de intentos fueron de mujeres; 36.54% estudiantes.	Mujeres jóvenes y adolescentes, principalmente estudiantes de secundaria.	Conflictos interpersonales, presiones académicas. En comunidades indígenas, se suma la disrupción cultural y la exclusión social.
Puno (Juliaca)	73 intentos a Ago- 2024.	Jóvenes varones migrantes.	Frustración por falta de oportunidades laborales, problemas económicos y violencia familiar.

## 2.

# SUICIDIO JUVENIL EN MUJERES, WISIDADES

#### la paradoja del género en el suicidio juvenil

El fenómeno del suicidio en la juventud peruana está profundamente marcado por las dinámicas de género. Los datos epidemiológicos, los factores de riesgo psicosociales y las narrativas culturales moldean la conducta suicida de maneras distintas y específicas para hombres y mujeres.

El análisis de la conducta suicida en la juventud peruana revela una división consistente por género, conocida como <u>la "paradoja del género en el suicidio".</u>

Este patrón, consistente a nivel global, tiene una relación invertida: las mujeres jóvenes intentan suicidarse con más frecuencia, pero los hombres jóvenes mueren por suicidio en una proporción significativamente mayor

Una posible explicación a esta paradoja estaría en la elección diferenciada de los métodos, un comportamiento que refleja la intención subyacente y las normas socioculturales. Los hombres utilizan métodos de alta letalidad y acción rápida, siendo el ahorcamiento el predominante (utilizado en el 58.9%

de los casos fatales).

Por el contrario, las mujeres jóvenes recurren con mayor frecuencia al envenenamiento (38.8% de los casos fatales en mujeres), un método de letalidad variable que a menudo proporciona un lapso de tiempo mayor para una posible intervención.

- Intentos de Suicidio (Predominio Femenino): Las mujeres jóvenes constituyen aproximadamente el 72.2% de todos los casos de intento de suicidio notificados en el Perú. En algunas regiones, como Huancavelica, esta disparidad alcanza el 86%. Esta alta tasa de intentos funciona como un indicador de niveles extremos de angustia, violencia y desesperanza en esta población.
- Suicidios Consumados
   (Predominio Masculino): En
   contraste, los hombres
   representan consistentemente
   entre el 68% y el 70% de todas
   las muertes por suicidio en el
   Perú. A nivel mundial, la tasa de
   suicidio en hombres es 2.2 veces
   mayor que en mujeres (OMS,
   2025).

#### Juventudes LGBTIQA+ y suicidio

Dentro de la población joven, las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex, queer, asexuales y más (LGBTIQA+) enfrentan un riesgo de suicidio desproporcionadamente alto. Este riesgo no es inherente a su identidad, sino una consecuencia directa del maltrato, el estigma y la discriminación que enfrentan. La "Encuesta Nacional sobre la Salud Mental de las Juventudes LGBTQ+ en Perú" de The Trevor Project (2024)<sup>6</sup> presenta un escenario claro:

- 55% de las, los y les jóvenes
   LGBTIQA+ consideró seriamente
   el suicidio en el último año.
- 37% intentó quitarse la vida en el último año.

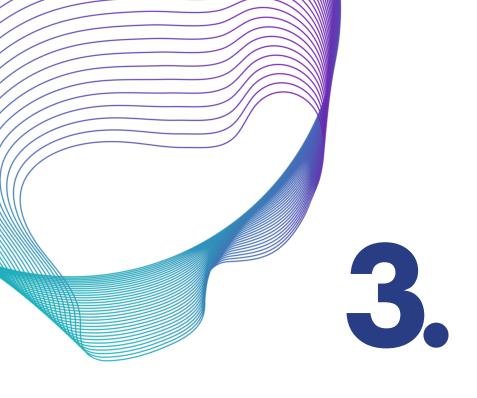
La vulnerabilidad se intensifica en la

intersección de identidades.

Las juventudes transgénero y no binarias presentan las tasas más altas: el 69% consideró el suicidio y el 50% lo intentó. El riesgo también se magnifica al cruzar la identidad LGBTIQA+ con la etnia, donde jóvenes afroperuanas/os/es (46% de intentos) e indígenas amazónicas/os/es (41%) reportan tasas más elevadas que sus pares mestizas/os/es (34%).

Los motores de este riesgo son el rechazo familiar y social, el acoso escolar, la violencia y la falta de acceso a espacios seguros y a una atención en salud afirmativa.

6. León-Morris, F., Reyes-Diaz, E.M., Jauregui, J.C., Konda, K.A., Taylor, et al. (2024) Perú encuesta nacional sobre la salud mental de jóvenes LGBTO+. West Hollywood, California: The Trevor Project.



# PRINCIPALES RESPUESTAS ESTATALES, BARRERAS Y BRECHAS

#### La distancia entre la norma y la realidad

La brecha entre la letra de la ley y su implementación efectiva sigue siendo el principal obstáculo para garantizar el derecho a la salud mental de las juventudes. La ley de Salud Mental N° 30947<sup>7</sup> alinea la legislación peruana con el cambio de paradigma global hacia un modelo de atención comunitaria basado en derechos, tal como lo promueve la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD)<sup>8</sup>.

Este enfoque busca abandonar el modelo hospitalocéntrico y las prácticas coercitivas, priorizando la autonomía, la participación y la inclusión comunitaria.

Sin embargo, la implementación de este marco normativo en el Perú aún tiene retos por cumplir. Por ejemplo, la red de Centros de Salud Mental Comunitaria presenta una brecha de casi 400 centros (calculada a 1 CSMC por cada 50 mil habitantes). Esta situación hace eco de una problemática que alcanza a toda América Latina y el Caribe, donde la inversión en salud mental es desproporcionadamente baja y se concentra aún en hospitales psiquiátricos (Banco Mundial, 2023)<sup>9</sup>.

A pesar de las iniciativas institucionales y de alcance nacional del Ministerio de Salud, del Ministerio de Educación y de la Secretaría Nacional de la Juventud, la respuesta del Estado aún tiene el pendiente de unificar una respuesta articulada y coordinada frente al suicidio juvenil.

Aquí el entorno escolar es un espacio crucial para la prevención. Programas universales como el Good Behavior Game y Youth Aware of Mental Health han demostrado que es posible reducir la ideación suicida a largo plazo (Ackerman et al., 2022<sup>10</sup>) en contextos similares para esta población. La iniciativa peruana "Salud Mental en tu Cole" es un paso en la dirección correcta, pero la evidencia global apunta a que su éxito dependerá principalmente de una implementación sostenida y de la capacitación adecuada del personal docente.

7.Gobierno del Perú (2019) Ley de Salud Mental
8. Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los
Derechos de las Personas con Discapacidad.
9. World Bank Group (2023) Financing Mental
Health in Latin America and the Caribbean.
10. Ackerman · Lisa M. Horowitz (2022) Youth
Suicide Prevention and Intervention Best Practices
and Policy Implications. SpringerBriefs in
Psychology Advances in Child and Family Policy and
Practice

El acceso a la atención especializada en salud mental está determinado también por la ubicación geográfica. Esta centralización crea vacíos de atención en regiones con altas tasas de suicidio, generando una profunda inequidad.

Para un joven que vive fuera de Lima, especialmente en zonas rurales, andinas o amazónicas, la posibilidad de acceder a un especialista es baja, convirtiendo el acceso a la salud mental en un privilegio geográfico.

En la misma líneam, para una parte significativa de la población joven, la incapacidad de pagar por la atención es la razón principal por la que no la reciben, incluso cuando la desean.

Esto es particularmente visible en poblaciones vulnerables; por ejemplo, el 46% de los jóvenes LGBTIQA+ que buscaron atención en salud mental no la obtuvieron por no poder costearla (The Trevor Project, 2024).

Esta barrera económica significa que el estatus socioeconómico de un/a/e joven puede ser el factor determinante para recibir o no un tratamiento que podría salvarle la vida.

Pero una de las fallas más graves del sistema probablemente sea su dificultad para realizar seguimiento después de un intento de suicidio, que es el predictor más potente de una muerte futura por la misma causa

Un informe del CDC de Perú indica que a los tres meses de un intento, el 82.61% de los personas atendidas por esta causa es clasificada como "sin seguimiento". Esta cifra representa una fractura crítica en el sistema de atención. Agravado por falta de lineamientos claros para la continuidad del cuidado de estas personas en altísimo riesgo.

4.

## UNA MIRADA HACIA EL FUTURO

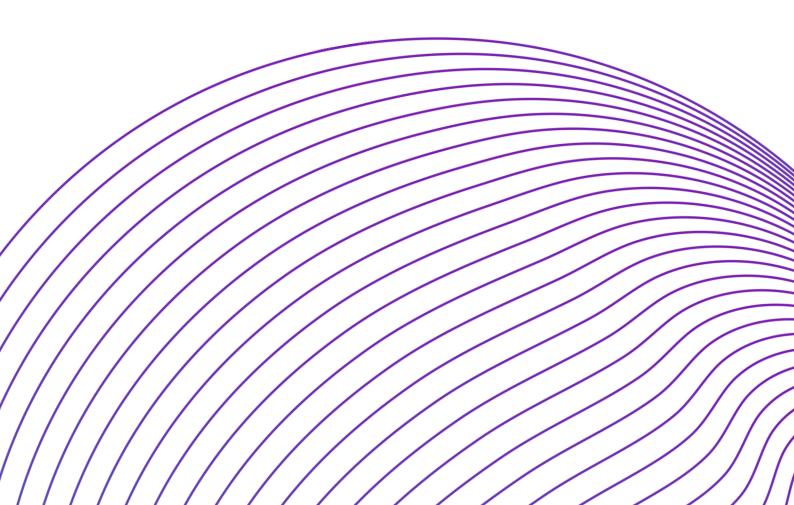
Para abordar la crisis del suicidio en las juventudes de manera integral y sostenible, se proponen seis recomendaciones estratégicas. Cada una detalla la acción coordinada de múltiples actores para generar un cambio sistémico, centrado en las personas y basado en la evidencia:

Evitar la apuesta por un modelo de "una talla estándar": para la prevención del suicidio en juventudes por ser altamente inadecuado para la realidad peruana. Las políticas y la asignación de recursos deben ser descentralizadas para responder a las necesidades específicas de cada territorio. El Ministerio de Salud, en su rol rector, debe liderar el desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio que no prescriba intervenciones uniformes, sino que establezca lineamientos generales y asigne presupuestos flexibles para que los Gobiernos Regionales, a través de sus GERESAS y DIRESAS, diseñen e implementen planes operativos adaptados a sus perfiles epidemiológicos locales. Esto implica diferenciar las estrategias, por ejemplo, para el corredor minero del sur, las zonas rurales andinas, las comunidades amazónicas y los grandes centros urbanos.

Crear una instancia de gobernanza unificada para articular una respuesta nacional, coherente y efectiva frente al suicidio: Adscribir esta instancia al Consejo Nacional de Salud (CNS) podría ser una ruta estratégica y eficiente, ya que el Consejo es, por ley, la máxima instancia de coordinación del sistema de salud. Esta apuesta aprovecharía una estructura multisectorial ya existente, evitando la creación de nueva burocracia, otorgando jerarquía política a la prevención del suicidio, garantizando la sostenibilidad de la iniciativa más allá de los cambios de gobierno, y asegurando que se convierta en una política de Estado permanente. La participación de la sociedad civil en dicha instancia debe ser protagónica y vinculante, asegurando la inclusión activa de personas con experiencia vivida, usuarios de servicios de salud mental, familiares, y organizaciones de la comunidad neurodivergente y de personas con discapacidad. El sector privado puede aportar en catalizar este proceso, apoyando y financiando la innovación y agilidad para diseñar soluciones escalables centradas en las necesidades de las personas usuarias con foco especial en las poblaciones más vulnerabilizadas.

- Fortalecer técnica v financieramente a las oficinas de epidemiología de las **GERESAS/DIRESAS:** para que realicen una vigilancia activa y sistemática de los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Esto incluye la estandarización de la recolección de datos (motivos, métodos, perfiles demográficos) y la producción de boletines epidemiológicos periódicos que permitan identificar en tiempo real los conglomerados de casos, los cambios en las tendencias y los grupos de riesgo emergentes para activar respuestas rápidas y focalizadas.
- Establecer un sistema nacional de seguimiento post-intento: que sea humano y tecnológicamente eficiente, para reducir drásticamente el riesgo de un segundo intento. Esto requiere que el Estado implemente con urgencia un Protocolo Nacional de Seguimiento Post-Alta que garantice una atención en salud mental en un plazo no mayor a 7 días. Este sistema podría ser más robusto si la sociedad civil, especialmente a través de personas con experiencia vivida, integra programas de acompañamiento por pares.
- Convertir al sistema educativo en su totalidad en un eje para el bienestar psicosocial: permitiendo prevenir, identificar y responder a la crisis desde sus raíces. Esto implica que el Estado extienda la política de salud mental impulsada desde "Salud Mental en Mi Cole" a institutos y universidades, creando un continuo de cuidado con roles claros en la prevención, identificación temprana, respuesta inicial, derivación, acompañamiento y postvención. Su diseño debe ser vigilado por la comunidad educativa, incluyendo APAFAs, organizaciones estudiantiles y colectivos de personas neurodivergentes y de personas con discapacidad. El sector privado puede contribuir en la innovación de herramientas y plataformas educativas de alta calidad, asegurando que sean escalables y adaptables a las diversas necesidades del estudiantado.
- Promover liderazgos juveniles diversos: co-diseñando con ellas las políticas, aplicando el enfoque de derechos en todos los servicios. Las organizaciones de la comunidad LGBTIQA+, indígenas, neurodivergentes y con discapacidad deben liderar el diseño, implementación y evaluación de los programas.

# PERFILES REGIONALES CLAVE



#### Loreto

Las juventudes amazónicas y los intentos de suicidio como una forma de comunicación desesperada y radical

Durante el primer trimestre de 2025, en Loreto se notificaron 52 casos de intento de suicidio, con el grupo de 12 a 29 años concentrando un alarmante 73.07% de todos los incidentes. Este fenómeno afecta desproporcionadamente a estudiantes (36.54% de los casos) y a la población en situación de pobreza, evidenciado por el hecho de que el 88.5% de los atendidos contaban con el Seguro Integral de Salud (SIS).

La especificidad de este fenómeno se reveló en un informe de la Gerencia Regional de Salud (GERESA) para el primer trimestre de 2025, que desglosó que el 80% de estos intentos fueron de mujeres. Que una de las ocupaciones más comunes sea "estudiante" sitúa la crisis en el vulnerable periodo de transición a la adultez.

Su riesgo se ve exacerbado por la disrupción sociocultural y la pérdida de roles tradicionales, lo que genera un profundo vacío existencial. Esta situación se enmarca en una dinámica de género alarmante a nivel regional: en Loreto, siete de cada diez jóvenes que ni estudian ni trabajan ("Ninis") son mujeres.

Esta profunda exclusión educativa y laboral genera sentimientos de impotencia y desesperanza, estableciendo un vínculo directo con la alta tasa de intentos de suicidio reportada en la población femenina, que a nivel nacional representa el 72.2% de todas las lesiones autoinfligidas.

Todo esto agravado por fallas estructurales



profundas. El sistema educativo de Loreto ocupa el último lugar nacional en rendimiento, con apenas el 1.1% de los estudiantes de secundaria alcanzando un nivel satisfactorio en matemáticas y lectura. Esta deficiencia alimenta la exclusión laboral: Loreto alberga a 67,000 jóvenes "Ninis", lo que representa el 23.6% de su población juvenil, la segunda tasa más alta del país.

La prevención, por tanto, debe ser tan específica como el problema. Las estrategias clínicas convencionales son insuficientes. Para 2025 y más allá, la intervención en Loreto debe ser intercultural y centrada en el empoderamiento juvenil. Esto implica ir más allá de los centros de salud mental y trabajar directamente en las comunidades para co-crear proyectos de vida para los jóvenes.

Se trata de fortalecer la educación intercultural bilingüe, generar emprendimientos que valoren su herencia cultural y formar líderes juveniles que puedan articular las angustias de su generación y construir resiliencia colectiva

#### Lima

Uno de los principales epicentros de la crisis del suicidio juvenil en Perú, por su densa carga poblacional

En 2024, Lima registró 115 suicidios consumados, posicionándose como la segunda región con más casos a nivel nacional. La situación es aún más crítica en cuanto a los intentos: hasta agosto de 2024, se notificaron 530 tentativas en Lima y supera ampliamente a cualquier otra región. Esta alta concentración de morbilidad y mortalidad subraya la severidad del problema en la jurisdicción limeña.

El perfil de las víctimas en Lima muestra una clara "paradoja de género". La mortalidad es predominantemente masculina, con una razón de 2.6 hombres fallecidos por cada mujer. En contraste, las tentativas de suicidio tienen un rostro mayoritariamente femenino: hasta agosto de 2024, el 72.47% de los intentos en Lima (1,174 casos) correspondieron a mujeres.

El perfil demográfico de quienes fallecieron por suicidio en Lima Metropolitana revela que el 68.78% eran solteros y el 44.54% había alcanzado la educación secundaria como máximo nivel de instrucción.

Un análisis de la DIRIS Lima Este, que sirve como un indicador local importante, muestra que las causas más frecuentes de intentos de suicidio son los conflictos con los padres y las dificultades de salud mental (ambos con 29.4% de los casos), seguidos por los problemas de pareja (23.5%).



En esta misma zona de Lima, se encontró que en el 27.8% de los intentos hubo consumo de alcohol u otras drogas, y <u>un diagnóstico de episodio depresivo estaba presente en un alarmante 64.7% de los casos.</u>

El contexto sistémico en Lima es complejo. La tasa de mortalidad por suicidio en Lima Metropolitana mostró una tendencia al alza, alcanzando un pico de 1.51 por cada 100,000 habitantes en 2019, superior a la tasa de 0.84 registrada en 2017. Estudios epidemiológicos en la ciudad confirman una alta carga de trastornos mentales, con una prevalencia de vida del 17.2% para episodios depresivos.

A pesar de estos datos, una brecha crítica es la falta de información específica para las provincias de la Región Lima, cuya realidad queda invisibilizada al fusionarse con las cifras de la metrópoli, operando como una "caja negra" para la salud pública.

#### **Arequipa**

El perfil epidemiológico del suicidio juvenil revela una crisis alarmante en el sur andino, con Arequipa consolidándose como el epicentro nacional de la mortalidad

En 2024, Arequipa registró 120 suicidios, la cifra más alta del país, superando incluso a Lima (115 casos). Esta tendencia continuó en 2025, con 39 muertes acumuladas para abril.La magnitud del sufrimiento también se refleja en que hasta agosto de 2024, Arequipa notificó 193 intentos de suicidio, posicionándose como la segunda región con más casos, lo que evidencia una crisis profunda y generalizada en la salud mental de su población joven.

Un análisis más profundo de la mortalidad revela la intensidad del riesgo en Arequipa. La carga de 120 muertes en 2024 se traduce en una tasa de mortalidad estimada de 7.53 por cada 100,000 habitantes, una de las más altas del país. El perfil de la crisis sigue la "paradoja de género": de los 193 intentos de suicidio notificados, se estima que aproximadamente 140 fueron de mujeres, quienes soportan la mayor carga de morbilidad. Sin embargo, la mortalidad es predominantemente masculina.

Es crucial señalar que la relación entre los intentos notificados y las muertes en Arequipa es de solo 1.6 a 1, una cifra dramáticamente baja comparada con el estándar de la OMS (20 a 1), lo que sugiere que incluso en esta región con alta notificación, existe un subregistro significativo de los intentos no fatales.

Los determinantes de esta crisis se relacionan a presiones socioeconómicas y violencia de



género. Además de las más de 10,000 denuncias por violencia familiar, Arequipa se situó en 2022 entre las regiones con más feminicidios, registrando 11 casos. La inestabilidad laboral también es un factor clave; en el primer trimestre de 2024, el desempleo juvenil en Arequipa alcanzó el 8.8%, un alarmante incremento del 24.6% respecto al año anterior.

Arequipa cuenta con 15 Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), lo que resulta en una ratio de aproximadamente un centro por cada 106,000 habitantes, por debajo de la eta de 1 por 50 mil. La brecha más severa es la de recursos humanos, con el 81% de los psiquiatras del país concentrados en Lima, dejando un vacío de atención especializada en estas regiones.

A pesar de que el Gobierno Regional de Arequipa declaró la prevención del suicidio como una prioridad y anunció la creación de un "Plan Regional de Prevención del Suicidio" en abril de 2022, la evaluación de resultados aún se encuentra pendiente.

#### CUANDO LA EVIDENCIA HABLA, LAS POLÍTICAS PUBLICAS DEBEN ESCUCHAR.

#### APUNTES SOBRE EVIDENCIA Y POLÍTICAS EN SALUD MENTAL.

En esta colección de informes breves destilamos la evidencia global y local más reciente para forjar herramientas de incidencia afiladas y precisas. Cada publicación está concebida para ir más allá del diagnóstico, ofreciendo rutas y datos clave para quienes toman decisiones en el Perú y la región. Nuestro objetivo: catalizar el debate, informar la acción y transformar el panorama de la salud mental con políticas tan humanas como efectivas.

<u>www.libremente.pe</u> <u>habla@libremente.pe</u> Lima, 2025

