

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v89i3.7115>

Conducta suicida en la población adolescente de la ciudad de Puno: estudio comparativo entre los años 2005 y 2018

Suicidal behavior in the adolescent population of Puno city: a comparative study between 2005 and 2018

Horacio Vargas-Murga^{1, 2, a, b} , Ybeth Luna-Solis^{1, 2, c, d} ,
Kenneth Vargas-Suárez^{1, 3, e} 

RESUMEN

Objetivo: Comparar las prevalencias de la conducta suicida (deseos de morir, ideación, planeamiento e intento suicida) y las diferencias según el sexo en la población adolescente de la ciudad de Puno, Perú, en los años 2005 y 2018.

Materiales y métodos: Estudio analítico y comparativo de corte transversal, que utiliza datos de investigaciones epidemiológicas del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Se incluyeron adolescentes de 12 a 17 años: 525 en 2005 y 438 en 2018, seleccionados mediante muestreo probabilístico por conglomerados en tres etapas. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Salud Mental, validado en adolescentes peruanos. El análisis consideró frecuencias, proporciones y la prueba de homogeneidad de Rao-Scott ($p < 0,05$), procesado a través del *software* SPSS v. 20 para muestras complejas.

Resultados: Las prevalencias de deseos de morir, ideación suicida y planeamiento suicida no mostraron cambios significativos entre 2005 y 2018 ($p > 0,05$) en la población adolescente de Puno; sin embargo, sí se evidenciaron diferencias según el sexo. En las mujeres, la prevalencia de vida de intento suicida aumentó de 1,35 % a 7,75 % ($F = 13,004$; $p < 0,001$), mientras que, en el último año, incrementó de 1,05 % a 5,41 % ($F = 7,893$; $p = 0,005$). En los varones, en el último año, el deseo de morir disminuyó de 9,95 % a 5,13 % ($F = 15,299$; $p < 0,001$), y en el último mes descendió de 2,58 % a 0,65 % ($F = 8,537$; $p = 0,004$). **Conclusiones:** Aunque la prevalencia global se mantuvo estable, el aumento de intentos suicidas en mujeres muestra un cambio crítico y exige intervenciones con enfoque de género.

Citar como:

Vargas-Murga H, Luna-Solis Y, Vargas-Suárez K. Conducta suicida en la población adolescente de la ciudad de Puno: estudio comparativo entre los años 2005 y 2018. *Rev Neuropsiquiatr.* 2026; 89(3): 250-260. DOI: 10.20453/rnp.v89i3.7115

Recibido: 03-09-2025

Aceptado: 17-01-2026

En línea: 23-07-2026

Correspondencia:

Horacio Vargas-Murga
✉ horacio.vargas@upch.pe



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

© Los autores

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina, Departamento de Clínicas Médicas. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Lima, Perú.

³ Asociación Civil Impacta Salud y Educación. Lima, Perú.

^a Doctor en Medicina.

^b Psiquiatra de niños y adolescentes.

^c Maestra en Gestión Estratégica de la Calidad y Auditoría Médica.

^d Psiquiatra.

^e Médico cirujano.

Asimismo, la disminución de deseos de morir en varones podría reflejar factores protectores aún no explorados.

Palabras clave: conducta suicida; ideación suicida; adolescentes; salud mental; prevalencia.

ABSTRACT

Objective: To compare the prevalence of suicidal behavior (desire to die, suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts), as well as gender differences, in the adolescent population of the city of Puno, Peru, in 2005 and 2018. **Materials and methods:** Analytical and comparative cross-sectional study using data from epidemiological investigations of the National Institute of Mental Health. Adolescents aged 12 to 17 years were included: 525 in 2005, and 438 in 2018, selected through probabilistic multistage cluster sampling. The instrument was the Mental Health Questionnaire, validated for Peruvian adolescents. The statistical analysis included frequencies, proportions, and the Rao-Scott corrected chi-square test ($p < 0.05$), processed with SPSS v.20 for complex samples. **Results:** The prevalence of desire to die, suicidal ideation, and suicide planning did not show significant changes between 2005 and 2018 ($p > 0.05$). However, marked gender differences were observed: among females, the lifetime prevalence of suicide attempts increased from 1.35% to 7.75% ($F = 13.004$; $p < 0.001$), and attempts in the past year rose from 1.05% to 5.41% ($F = 7.893$; $p = 0.005$). Among males, the prevalence of desire to die in the past year decreased from 9.95% to 5.13% ($F = 15.299$; $p < 0.001$), and in the past month from 2.58% to 0.65% ($F = 8.537$; $p = 0.004$). **Conclusions:** Although overall prevalence remained stable, the increase in suicide attempts among females indicates a critical epidemiological change, and calls for gender-focused interventions. Similarly, the reduction in desire to die among males may reflect protective factors that remain to be explored.

Keywords: suicidal behavior; suicidal ideation; adolescents; mental health; prevalence.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye un período particularmente vulnerable en el que se articulan tres fenómenos principales: i) la culminación del desarrollo de la corteza prefrontal (1); ii) una deficiencia regulatoria derivada del desequilibrio entre el sistema mesolímbico (vinculado a la recompensa) y la inhibición frontal (2); y iii) una discrepancia cognitiva, en la cual la emergencia de la abstracción y la metacognición coexiste con estrategias de afrontamiento rudimentarias, entre ellas la rumiación persistente (3).

La conducta suicida es un fenómeno multifactorial, de crucial importancia en la adolescencia debido a su coincidencia con la transición hacia la adultez y la aparición de nuevos desafíos psicosociales (4). Su etiología entrelaza diversas dimensiones: factores biológicos, como alteraciones neuroquímicas y antecedentes familiares de trastornos mentales o conductas suicidas (5); factores psicológicos, que incluyen la desesperanza, la impulsividad, las

distorsiones cognitivas y la baja autoeficacia (6); y factores sociales, tales como la presión externa, el impacto de las redes sociales y diversos estresores (como el abuso y el *bullying*), los cuales incrementan la sensación de aislamiento y desesperanza (4).

El suicidio en adolescentes constituye un desafío prioritario a nivel mundial, al representar la segunda causa de mortalidad en jóvenes y haber superado a los accidentes durante la pandemia de COVID-19 (8). La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta sobre la alta proporción de intentos e ideación suicida (9, 10). La tendencia al alza en su prevalencia y su aparición cada vez más temprana exigen máxima atención a las señales de advertencia (11, 12). Esta alta prevalencia se confirma a nivel regional. En Chile, un estudio basado en una encuesta autoadministrada aplicada a una muestra de 1567 adolescentes encontró que el 62 % reportó ideación suicida y el 19 % intentos suicidas, con mayor prevalencia en mujeres y en estudiantes de instituciones públicas (13). En Colombia, un análisis

secundario de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 aplicada en una muestra de 1754 adolescentes desplazados por el conflicto armado reveló tasas de ideación suicida (19,8 %) e intentos suicidas (9,1 %) significativamente superiores a las de sus pares no desplazados (14).

En el Perú, la conducta suicida en adolescentes representa un problema apremiante de salud pública. Las investigaciones desarrolladas por el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (INSM «HD-HN») han revelado datos alarmantes en diversas regiones. En Lima Metropolitana, se estimó una prevalencia de vida de ideación suicida de 2,7 % en adolescentes (15). Por su parte, en Abancay, la prevalencia de vida de intentos de suicidio pasó de 1,1 %, en 2010, a 3,8 %, en 2016 (16). En Ayacucho, entre 2003 y 2017, la ideación suicida aumentó de 10,2 % a 14,2 % (aunque sin alcanzar significancia estadística) y la planificación suicida creció de 3,5 % a 6,8 % (17). La crisis sanitaria por la COVID-19 también ha intensificado las dificultades emocionales y conductuales en la niñez y adolescencia (18, 19), lo cual representa un factor de riesgo adicional para la aparición de ideación e intentos suicidas.

En este sentido, el objetivo de este estudio fue comparar la prevalencia de los deseos de morir, la ideación suicida, la planificación y los intentos suicidas en adolescentes de Puno, Perú, prestando especial atención a las diferencias según el sexo, en los años 2005 y 2018, a partir de estudios previos realizados por el INSM HD-HN (20, 21). Esta comparación entre los resultados de ambos años resulta fundamental no solo para examinar la evolución de las tendencias en una región con dinámicas sociales particulares y limitaciones en el acceso a servicios específicos, sino también para evaluar el impacto de las transformaciones contextuales ocurridas durante más de una década. De este modo, se aporta insumos actualizados y pertinentes para el diseño de políticas y programas de salud mental eficaces a nivel regional y nacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio observacional de corte transversal, con diseño analítico y comparativo, fundamentado en el análisis de datos secundarios. La información provino de los estudios epidemiológicos de salud mental efectuados en Puno por el INSM HD-HN en 2005 (20) y 2018 (21). La población objetivo estuvo conformada por adolescentes de entre 12 y 17 años de edad. La muestra de 2005 incluyó a 525 participantes, mientras que la de 2018 alcanzó a 438. En ambos

períodos, la selección se realizó mediante muestreo probabilístico por conglomerados en tres etapas.

A fin de garantizar la comparabilidad de los hallazgos, se mantuvieron los mismos criterios diagnósticos y metodológicos en ambas mediciones, aunque el estudio de 2018 incorporó variables adicionales (factores socioeconómicos, experiencias adversas y violencia intrafamiliar) para un abordaje más integral del problema.

El instrumento empleado para indagar sobre la conducta suicida fue el Cuestionario de Salud Mental, diseñado en Colombia y adaptado para población adolescente en el Perú. Este cuestionario incluye preguntas específicas sobre deseos de morir, ideación, planeamiento e intento suicida, y cuenta con evidencias de validez y confiabilidad documentadas por el INSM HD-HN en investigaciones previas (22, 23).

Dado su carácter de análisis de datos secundarios, la presente investigación fue exonerada de revisión por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INSM «HD-HN». No obstante, los estudios primarios (2005 y 2018) contaron con la aprobación del CIEI, lo cual aseguró el respeto a los principios éticos en la recopilación de información y garantiza la confidencialidad y la obtención del consentimiento informado de los participantes.

Aunque las publicaciones originales no detallan de manera exhaustiva el manejo de los casos de ideación suicida detectados durante las entrevistas, se aplicaron procedimientos de protección. Se dispuso de un sistema de identificación y derivación inmediata hacia servicios especializados para quienes presentaran riesgo suicida, además de brindar información de apoyo profesional. Los encuestadores recibieron formación específica para reconocer estas situaciones y responder de forma ética y responsable. Cada adolescente recibió una explicación clara sobre los objetivos del estudio, la naturaleza voluntaria de su participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. Esta medida tuvo la finalidad de no solo recabar datos de utilidad científica, sino también salvaguardar el bienestar de los participantes, dada la naturaleza sensible del estudio sobre conducta suicida en una muestra vulnerable (20, 21).

En el análisis estadístico, se aplicaron técnicas descriptivas (frecuencias, medidas de tendencia central y proporciones). Para comparar las variables nominales entre 2005 y 2018 (p. ej., presencia vs. ausencia de ideación suicida), se utilizó el estadístico F

derivado de la corrección de segundo orden de Rao-Scott para la prueba de chi-cuadrado, estableciendo un nivel de significancia de $p < 0,05$. El procesamiento de las muestras se efectuó con el programa IBM SPSS Statistics v. 20.

Los resultados se organizaron en tres períodos de evaluación (prevalencia de vida, en el último año y en el último mes) y se estratificaron por sexo (total, masculino y femenino). Adicionalmente, se incluyó el tamaño muestral, el porcentaje de prevalencia, el intervalo de confianza (IC 95 %) y el estadístico F de Rao-Scott para determinar la significancia de las diferencias entre ambos cortes temporales.

Durante la preparación de este trabajo, se empleó ChatGPT (modelo de lenguaje desarrollado por OpenAI) como apoyo en la redacción y organización del manuscrito, lo que permitió optimizar la claridad y la coherencia en la exposición de los resultados y la discusión; de igual modo, la redacción final fue revisada por los autores.

RESULTADOS

La prevalencia de vida de deseos de morir se mantuvo estable en la población adolescente de Puno, con 27,85 %, en 2005, y 27,23 %, en 2018, sin representar cambios estadísticamente significativos ($F = 0,035$; $p = 0,851$). De manera similar, la prevalencia del último año disminuyó de 15,68 % a 12,97 % ($F = 0,920$; $p = 0,338$), sin alcanzar significancia estadística. La prevalencia del último mes se redujo de 5,08 % a 2,55 %; aunque la disminución fue cercana al 50 %, no resultó estadísticamente significativa ($F = 3,631$; $p = 0,057$). El hallazgo más consistente fue la mayor prevalencia de deseos de morir en las mujeres. Esta diferencia se observó en ambos años y en los tres períodos evaluados. En 2018, por ejemplo, la prevalencia de vida fue de 38,17 % en las mujeres y de 16,54 % en los varones ($F = 23,269$; $p < 0,001$). En conjunto, los resultados evidencian estabilidad temporal en la prevalencia de deseos de morir, pero una marcada diferencia según el sexo, con mayor afectación en las adolescentes mujeres (tabla 1).

Tabla 1. Deseos de morir en la población adolescente de la ciudad de Puno en 2005 y 2018.

Sexo	2005				2018				2005 vs. 2018
	n	%	IC 95 %	Estadísticos	n	%	IC 95 %	Estadísticos	Estadísticos
Prevalencia de vida de deseos de morir									
Total	120	27,85	24,21-31,79	F = 5,354; p = 0,022	119	27,23	22,77-32,20	F = 23,269; p < 0,001	F = 0,035; p = 0,851
Masculino	45	21,87	16,15-28,92		31	16,54	11,41-23,37		F = 1,447; p = 0,230
Femenino	75	33,66	27,95-39,88		82	38,17	32,02-44,73		F = 1,044; p = 0,308
Prevalencia en el último año de deseos de morir									
Total	65	15,68	12,41-19,64	F = 6,805; p = 0,010	51	12,97	9,50-17,45	F = 15,299; p < 0,001	F = 0,920; p = 0,338
Masculino	19	9,95	6,06-15,93		8	5,13	2,33-10,93		F = 2,159; p = 0,143
Femenino	46	21,22	15,95-27,66		43	20,99	15,36-28,00		F = 0,003; p = 0,957
Prevalencia en el último mes de deseos de morir									
Total	24	5,08	3,15-8,08	F = 5,626; p = 0,019	14	2,55	1,47-4,36	F = 8,537; p = 0,004	F = 3,631; p = 0,057
Masculino	7	2,58	1,23-5,33		2	0,65	0,16-2,59		F = 3,544; p = 0,061
Femenino	17	7,49	4,19-13,05		12	4,49	2,48-8,01		F = 1,563; p = 0,213

F: estadístico de la prueba de homogeneidad para muestras complejas.

La prevalencia de vida de la ideación suicida para la población total fue de 9,49 % en 2005 y 10,56 % en 2018, lo cual no constituye un cambio estadísticamente significativo ($F = 0,223$; $p = 0,637$). Esta tendencia también se observa en los períodos del último año y mes (ambos con $p > 0,05$). El análisis por sexo confirma que, si bien las mujeres presentan consistentemente cifras más elevadas que los varones (p. ej., 16,92 % vs.

4,34 % en prevalencia de vida de 2018), la diferencia entre 2005 y 2018 no fue estadísticamente significativa en ninguna de las mediciones de tiempo, ni para la población masculina ($p = 0,871$ en prevalencia de vida) ni para la femenina ($p = 0,44$ en prevalencia de vida). En resumen, la ideación suicida de los adolescentes de Puno se mantuvo constante en su magnitud y distribución por sexo a lo largo de los trece años (tabla 2).

Tabla 2. Ideación suicida en la población adolescente de la ciudad de Puno en 2005 y 2018.

Sexo	2005				2018				2005 vs. 2018
	n	%	IC 95 %	Estadísticos	n	%	IC 95 %	Estadísticos	Estadísticos
Prevalencia de vida de ideación suicida									
Total	42	9,49	6,92-12,88		46	10,56	7,90-13,99		F = 0,223; p = 0,637
Masculino	10	4,73	2,14-10,11	F = 6,649; p = 0,011	10	4,34	2,19-8,41	F = 16,779; p < 0,001	F = 0,027; p = 0,871
Femenino	32	14,12	9,82-19,88		36	16,92	12,32-22,80		F = 0,588; p = 0,444
Prevalencia en el último año de ideación suicida									
Total	20	4,56	2,84-7,24		24	5,76	3,79-8,66		F = 0,514; p = 0,474
Masculino	5	2,64	0,85-7,90	F = 2,155; p = 0,145	2	1,29	0,26-6,19	F = 9,135; p = 0,003	F = 0,551; p = 0,459
Femenino	15	6,42	3,88-10,44		22	10,33	6,73-15,52		F = 2,148; p = 0,144
Prevalencia en el último mes de ideación suicida									
Total	8	1,64	0,82-3,26		11	2,35	1,22-4,48		F = 0,545; p = 0,461
Masculino	1	0,30	0,04-2,16	F = 7,012; p = 0,009	1	0,28	0,04-1,94	F = 13,002; p < 0,001	F = 0,003; p = 0,954
Femenino	7	2,95	1,43-5,96		10	4,47	2,23-8,75		F = 0,701; p = 0,403

F: estadístico de la prueba de homogeneidad para muestras complejas.

La prevalencia de vida del planeamiento suicida para la población total pasó de 3,71 %, en 2005, a 5,43 %, en 2018, lo cual no constituye un cambio estadísticamente significativo ($F = 1,253$; $p = 0,264$). Sin embargo, al analizar los datos por sexo, se detectó un hallazgo clave: en las adolescentes mujeres, la prevalencia de planeamiento en el último año incrementó de 1,72 %, en 2005, a 4,87 %, en 2018, una diferencia que resultó ser estadísticamente significativa ($F = 4,037$;

$p = 0,046$). Para la prevalencia de vida en mujeres, el aumento de 5,07 % a 9,52 % se acerca a la significancia ($p = 0,064$). Por otro lado, la población masculina no registró cambios estadísticamente significativos en ninguna de las mediciones de tiempo ($p > 0,05$), manteniendo una prevalencia baja. Este resultado subraya un aumento en la progresión hacia etapas más avanzadas de la conducta suicida, particularmente en el grupo femenino (tabla 3).

Tabla 3. Planeamiento suicida en la población adolescente de la ciudad de Puno en 2005 y 2018.

Sexo	2005				2018				2005 vs. 2018
	n	%	IC 95 %	Estadísticos	n	%	IC 95 %	Estadísticos	Estadísticos
Prevalencia de vida de planeamiento suicida									
Total	17	3,71	2,22-6,14	F = 1,318; p = 0,253	24	5,43	3,59-8,13	F = 11,089; p = 0,001	F = 1,253; p = 0,264
Masculino	4	2,32	0,65-7,88		3	1,43	0,41-4,84		F = 0,300; p = 0,585
Femenino	13	5,07	2,97-8,51		21	9,52	6,11-14,55		F = 3,462; p = 0,064
Prevalencia en el último año de planeamiento suicida									
Total	8	1,86	0,79-4,27	F = 0,029; p = 0,864	11	2,55	1,34-4,79	F = 14,563; p < 0,001	F = 0,349; p = 0,555
Masculino	3	1,99	0,47-8,02		1	0,28	0,04-1,94		F = 3,565; p = 0,060
Femenino	5	1,72	0,73-3,98		10	4,87	2,50-9,26		F = 4,037; p = 0,046
Prevalencia en el último mes de planeamiento suicida									
Total	2	0,37	0,09-1,47	-	3	0,44	0,14-1,38	F = 0,455; p = 0,501	F = 0,038; p = 0,845
Masculino	0	0,0	-		1	0,28	0,04-1,94		-
Femenino	2	0,73	0,18-2,89		2	0,61	0,15-2,45		F = 0,032; p = 0,858

F = estadístico de la prueba de homogeneidad para muestras complejas.

La prevalencia de vida del intento suicida aumentó de 1,02 %, en 2005, a 4,49 %, en 2018 ($F = 11,677$; $p < 0,001$), mientras que la prevalencia durante el último año pasó de 0,70 % a 3,33 % ($F = 8,776$; $p = 0,003$). Se observa, por tanto, un incremento significativo generalizado, el cual se concentra principalmente en las mujeres. En ellas, la prevalencia de vida aumentó de 1,35 % a 7,75 % ($F = 13,004$; $p < 0,001$), y la prevalencia del último año pasó de 1,05 % a 5,41 % ($F = 7,893$; $p = 0,005$). En los varones no se identificaron diferencias significativas entre ambos períodos. En 2018, las mujeres presentaron una prevalencia de vida significativamente mayor que los varones, con 7,75 % frente a 1,29 % ($F = 5,969$;

$p = 0,016$). En contraste, la prevalencia del intento suicida durante el último mes se mantuvo estable en la población total: 0,38 % en 2005 y 0,36 % en 2018 ($F = 0,002$; $p = 0,969$) (tabla 4).

En el análisis global, se observa una estabilidad general en las prevalencias de la mayoría de los niveles de conducta suicida entre ambos períodos. Esto sugiere que, a nivel de la población adolescente en general, la carga de la conducta suicida se ha mantenido relativamente constante en este lapso de 13 años. A pesar de la estabilidad general, el análisis por sexo revela un cambio epidemiológico crítico y estadísticamente significativo: aumento en el intento suicida en mujeres y disminución en el deseo de morir en varones.

Tabla 4. Intento suicida en la población adolescente de la ciudad de Puno en 2005 y 2018.

Sexo	2005				2018				2005 vs. 2018
	n	%	IC 95 %	Estadísticos	n	%	IC 95 %	Estadísticos	Estadísticos
Prevalencia de vida del intento suicida									
Total	6	1,02	0,46-2,22		19	4,49	2,71-7,34		F = 11,677; p < 0,001
Masculino	2	0,67	0,16-2,67	F = 0,696; p = 0,406	2	1,29	0,26-6,19	F = 5,969; p = 0,016	F = 0,396; p = 0,530
Femenino	4	1,35	0,51-3,52		17	7,75	4,60-12,76		F = 13,004; p < 0,001
Prevalencia en el último año del intento suicida									
Total	4	0,70	0,26-1,86		13	3,33	1,85-5,93		F = 8,776; p = 0,003
Masculino	1	0,34	0,05-2,43	F = 1,048; p = 0,308	2	1,29	0,26-6,19	F = 3,281; p = 0,072	F = 1,252; p = 0,264
Femenino	3	1,05	0,33-3,25		11	5,41	2,89-9,90		F = 7,893; p = 0,005
Prevalencia en el último mes del intento suicida									
Total	2	0,38	0,09-1,50		2	0,36	0,09-1,50		F = 0,002; p = 0,969
Masculino	0	0,0	-		1	0,28	0,04-1,94	F = 0,119; p = 0,731	-
Femenino	2	0,74	0,18-2,95	-	1	0,45	0,06-3,21		F = 0,173; p = 0,678

F: estadístico de la prueba de homogeneidad para muestras complejas.

DISCUSIÓN

El análisis comparativo evidencia variaciones en la prevalencia de la conducta suicida en los adolescentes de Puno entre los años 2005 y 2018. Aunque los indicadores de las etapas iniciales (deseos de morir e ideación suicida) permanecieron relativamente estables, se identificaron diferencias marcadas según el sexo. El incremento más notorio corresponde a los intentos suicidas en mujeres, lo que plantea la necesidad de reforzar las estrategias de prevención y priorizar los factores de riesgo específicos de este grupo. En contraste, la aparente reducción de los deseos de morir en varones, aunque relevante, debe ser evaluada con cautela y en relación con otros parámetros, dado que no se acompaña de una disminución significativa en los intentos suicidas dentro de este mismo grupo. Estos hallazgos son coherentes con las tendencias internacionales y regionales que muestran un aumento de la conducta suicida en jóvenes. Tanto la OMS (10) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (9) han alertado sobre la magnitud de este problema, catalogándolo como un desafío global de salud pública.

Al confrontar los resultados de Puno con otros estudios nacionales, se advierten similitudes y particularidades que reflejan la influencia de factores locales. En Lima Metropolitana, una investigación poblacional realizada en 2012 estimó una prevalencia de vida de ideación suicida de 2,7 % en adolescentes (15), cifra muy inferior a lo encontrado en Puno (9,49 % en 2005 y 10,56 % en 2018), diferencia que podría estar relacionada con vulnerabilidades específicas de las regiones andinas. En Abancay, la prevalencia de intentos suicidas se elevó de 1,1 %, en 2010, a 3,8 %, en 2016 (p = 0,002), y, según el sexo, el aumento fue de 0,4 % a 2,8 % (p = 0,007) en varones y de 1,9 % a 4,8 % (p = 0,037) en mujeres (16), delineando una tendencia similar a la observada en Puno. En Ayacucho, se reportó una reducción de los deseos de morir entre 2003 y 2017, de 34,5 % a 27,0 % (p = 0,025); no obstante, la ideación suicida aumentó de 10,2 % a 14,2 % y la planificación de 3,5 % a 6,8 % (p = 0,036), con un notorio predominio femenino (17). Estos datos refuerzan la evidencia de que la conducta suicida en adolescentes, especialmente en mujeres, continúa representando un importante problema de salud pública en diversas regiones del país.

El patrón de mayor prevalencia de ideación e intentos suicidas en mujeres adolescentes, documentado en Puno y en otros estudios peruanos (16, 17), coincide con las tendencias globales. Aunque los hombres muestran más muertes por suicidio consumado, las mujeres presentan con mayor frecuencia ideación e intentos suicidas (24).

Un estudio realizado en 1567 adolescentes de 14 a 19 años de la ciudad de Santiago de Chile encontró que el 62 % refirió ideación suicida y el 19 % intentos de suicidio (13). En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 mostró qué, entre los adolescentes desplazados por el conflicto armado, el 19,8 % reportó ideación suicida y el 9,1 % intentos suicidas, frente al 5,8 % y 2,1 % en los no desplazados, respectivamente (14).

En términos generales, la estabilidad en la prevalencia global de conductas suicidas sugiere que, a nivel poblacional, la magnitud del problema no ha variado sustancialmente en los últimos trece años en Puno. Esto coincide con estudios internacionales que señalan que, aunque las cifras totales se mantengan, los cambios al interior de subgrupos pueden ser significativos (25).

El análisis por sexo revela una situación más preocupante: la prevalencia de vida de los intentos suicidas en mujeres adolescentes aumentó de manera notable de 1,35 % a 7,75 %, acompañada por un incremento de los intentos recientes. Este hallazgo coincide con lo encontrado en el estudio de Hernández-Vásquez et al. (26), en donde las mujeres presentaron una mayor prevalencia de ideación suicida (27,5 %; IC 95 %: 24,9-30,4) e ideación más planificación suicida (18,5 %; IC 95 %: 16,4-20,7) en comparación con los hombres. El análisis multivariado encontró que ser mujer, tener poco apoyo o comprensión de los padres, sentirse solo, haber sufrido agresiones físicas, haber sido acosado y el consumo de alcohol se asociaron con la ideación suicida e ideación más la planificación suicida en estudiantes adolescentes.

En contraste, los varones mostraron una reducción significativa en los deseos de morir entre 2005 y 2018 (de 21,87 % a 16,54 % en prevalencia de vida, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa), lo que podría asociarse con mejoras en ciertos factores de riesgo o con programas dirigidos a la salud mental masculina. Sin embargo, cabe destacar que la mortalidad por suicidio sigue siendo mayor en hombres, lo que matiza esta interpretación (27, 28).

La OMS (10) estima que cerca del 50 % de los trastornos mentales, uno de los principales factores de riesgo para la conducta suicida, se inician antes de los 14 años. Esta información refleja que la situación en Puno no es aislada, sino que forma parte de una tendencia más amplia a nivel regional y mundial.

Entre los factores de riesgo mayormente vinculados a la conducta suicida en adolescentes se incluyen depresión, ansiedad, consumo de sustancias, antecedentes familiares de suicidio, interacciones familiares disfuncionales, maltrato físico o psicológico, desesperanza y eventos estresantes (24, 29). Por el contrario, los factores protectores comprenden soporte familiar, disponibilidad de servicios de salud, habilidades de regulación emocional y pertenencia a redes de apoyo social (29). Reconocer estos elementos resulta esencial para diseñar programas preventivos efectivos.

La pandemia de COVID-19 también ha exacerbado esta problemática. En España, un estudio multicéntrico de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) evidenció, entre marzo de 2019 y marzo de 2021, un incremento del 122 % en los diagnósticos de «intoxicación no accidental por fármacos» y del 56 % en los cuadros relacionados con suicidio, intentos o ideación autolítica. En dicho análisis prospectivo se registraron 281 intentos, en su mayoría en adolescentes mujeres (90,1 %), con una edad promedio de 14,8 años; cabe destacar que el 34,9 % no presentó diagnóstico psiquiátrico previo y el 57,7 % tenía antecedentes de intentos suicidas (30).

En la misma línea, una revisión de la literatura realizada por Bello et al. (31), que incluyó metaanálisis, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas y no sistemáticas en población infantil y adolescente, confirmó el incremento en la prevalencia de la conducta suicida y en los suicidios consumados, incluso en edades muy tempranas. Este panorama refuerza la necesidad de implementar estrategias preventivas integrales y multidimensionales.

Finalmente, cabe señalar algunas limitaciones del estudio. La primera se relaciona con las diferencias metodológicas de los estudios de 2005 y 2018, pese a los esfuerzos del INSM «HD-HN» por estandarizar los procedimientos. Segundo, el diseño transversal del análisis de prevalencias impide establecer relaciones causales. También debe considerarse el riesgo inherente de sesgos de reporte o de deseabilidad social, asociados a la naturaleza autoadministrada del instrumento al indagar sobre conductas sensibles.

Sin embargo, la consistencia de los hallazgos con lo reportado en Abancay (26), Ayacucho (7) y las tendencias internacionales (9, 10, 13, 14) fortalece la validez de las conclusiones y subraya la urgencia de que las autoridades sanitarias desarrollen estrategias preventivas contextualizadas a las características socioculturales y geográficas de cada región.

CONCLUSIONES

Si bien entre 2005 y 2018 la ideación suicida se mantuvo estable en la población general, existe un incremento alarmante en la prevalencia de los intentos suicidas en las adolescentes mujeres de Puno. Esta disparidad es consistente con lo documentado en otras regiones andinas (Abancay y Ayacucho) y coincide con los patrones de la literatura epidemiológica global, cuya explicación podría sustentarse en que las mujeres presentan vulnerabilidades significativamente superiores a las de los varones.

Frente a la magnitud de este problema, se resalta la urgencia de diseñar e implementar estrategias de prevención y promoción en salud mental que se adapten al contexto de los adolescentes puneños y, en general, de todo el Perú, con especial atención en el grupo femenino. Las implicaciones para las políticas públicas son ineludibles: se requiere la formulación de una política nacional de salud mental con perspectiva de género que priorice la asignación de recursos para la detección precoz, el fortalecimiento de la red de servicios y la atención oportuna del intento suicida en mujeres, dada la escalada crítica en la prevalencia de vida y en el último año.

Se recomienda la implementación urgente de programas de entrenamiento en primeros auxilios psicológicos (PAP) y estrategias de regulación emocional para el personal docente de los centros educativos, orientadores y líderes comunitarios. Esta medida debe acompañarse del establecimiento de un protocolo de derivación inmediata y segura hacia servicios especializados de salud mental, garantizando que el entorno escolar y comunitario actúe como una red de contención activa y eficaz ante los signos de riesgo suicida.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Investigación financiada por el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi».

Contribución de autoría: HVM, YLS y KVS han contribuido equitativamente en la conceptualización,

investigación, metodología, redacción del borrador original y redacción (revisión y edición) de este manuscrito.

Agradecimientos: Al Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» por autorizar el uso de la base de datos de los estudios epidemiológicos en salud mental realizados en la ciudad de Puno y a la licenciada Natali Rubina por el procesamiento de los datos.

REFERENCIAS

1. Oliva A. Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apunt Psicol.* 2012;30(1-3):477-86. doi:10.55414/bk8xk328
2. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, et al. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behaviour in adolescence: a systematic review. *PLoS ONE.* 2016;11(4):e0153760. doi:10.1371/journal.pone.0153760
3. Hallard RI, Wells A, Aadahl V, et al. Metacognition, rumination and suicidal ideation: an experience sampling test of the self-regulatory executive function model. *Psychiatry Res.* 2021;303:114083. doi:10.1016/j.psychres.2021.114083
4. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(3-4):372-94. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
5. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2005;133C(1):13-24. doi:10.1002/ajmg.c.30042
6. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci.* 2003;4:819-28. doi:10.1038/nrn1220
7. World Health Organization. Live Life: Preventing suicide [Internet]. Ginebra: WHO; 2018. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/suicide/live-life-brochure.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística (ES). Defunciones según la causa de muerte, avance enero-mayo de 2019 y de 2020 [Internet]. Madrid: INE; 2020. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio [Internet]. OPS; [s. f.] [citado el 6 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
10. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. OMS; 2025, 25 de marzo. Disponible

- en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
11. Cha CB, Franz PJ, Guzmán EM, et al. Annual Research Review: suicide among youth-epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(4):460-82. doi:10.1111/jcpp.12831
 12. National Institute of Mental Health. Warning Signs of Suicide [Internet]. Bethesda (MD): NIMH; [s. f.] [citado el 6 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/warning-signs-of-suicide>
 13. Ventura-Juncá DR, Carvajal C, Undurraga S, et al. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile*. 2010;138(3):309-16. doi:10.4067/S0034-98872010000300008
 14. Marroquín A, Rincón CJ, Padilla-Muñoz A, et al. Mental health in adolescents displaced by the armed conflict: findings from the Colombian national mental health survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020;14(1):23. doi:10.1186/s13034-020-00327-5
 15. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe general. *An Salud Ment* [Internet]. 2013;29(supl. 1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/7>
 16. Vargas-Murga H, Luna-Solis Y, Vargas-Suárez K. Conducta suicida en la población adolescente de la ciudad de Abancay 2010-2016: estudio comparativo. *Rev Neuropsiquiatr*. 2024;87(4):346-53. doi:10.20453/rnp.v87i4.5586
 17. Vargas-Murga H, Luna-Solis Y, Vargas-Suárez K. Conducta suicida en la población adolescente de la ciudad de Ayacucho: estudio comparativo entre 2003 y 2017. *Rev Neuropsiquiatr*. 2025;88(2):130-46. doi:10.20453/rnp.v88i2.5875
 18. Ministerio de Salud (PE); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID-19. Estudio en línea | Perú 2020 [Internet]. Lima: MINSA, UNICEF Perú; 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/Salud%20menta%20en%20>
 19. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Impacto en la salud mental de los niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19. *Rev Psicol Hered*. 2022;15(1):21-34. doi:10.20453/rph.v15i1.4301
 20. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en fronteras 2005. Informe general. *An Salud Ment* [Internet]. 2006;22(1-2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/20>
 21. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Arequipa, Moquegua y Puno 2018. Informe general. *An Salud Ment* [Internet]. 2022;38(1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/24>
 22. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la selva peruana. *An Salud Ment* [Internet]. 2009;25(supl. 1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/31>
 23. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de la sierra rural 2008 y trapezio andino 2010. *An Salud Ment* [Internet]. 2023;39(2). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/488>
 24. Chalán D, Chalan M, Carrión MS, et al. Factores de riesgo asociados a las conductas suicidas en adolescentes: un artículo de revisión. *Nure Investig*. 2024;21(129). doi:10.58722/nure.v21i129.2450
 25. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-54. doi:10.1093/epirev/mxn002
 26. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Díaz-Seijas D, et al. Prevalencia de comportamientos suicidas y sus factores asociados en estudiantes adolescentes peruanos: análisis de encuesta de 2010. *Medwave*. 2019;19(9):7753. doi:10.5867/medwave.2019.11.7753
 27. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1998;28(1):1-23. doi:10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x
 28. Mars B, Heron J, Klonsky ED, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(4):327-37. doi:10.1016/S2215-0366(19)30030-6

29. Hughes JL, Horowitz LM, Ackerman JP, et al. Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention. *BMJ*. 2023;381:e070630. doi:[10.1136/bmj-2022-070630](https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070630)
30. Vázquez P, Armero P, Martínez-Sánchez L, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes: lo que la pandemia nos ha desvelado. *An Pediatr*. 2023;98(3):155-246. doi:[10.1016/j.anpede.2022.11.005](https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.11.005)
31. Bello I, Rodríguez-Quiroga A, Quintero J. Suicidal and self-harm behavior in adolescents, an unsolved problem. A comprehensive review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2023;51(1):10-20. PMCID:[PMC10258850](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC10258850/)