



# Conducta suicida: Datos y propuestas en población peruana

*Suicidal behavior:  
Data and proposals for the Peruvian population*

*Alberto Perales-Cabrera<sup>1</sup>, Manuel Castro-Baca<sup>2</sup>, Luis Matos-Retamozo<sup>3</sup>,  
Freddy Vásquez-Gómez<sup>4</sup>, Maria H. Sjogren<sup>5</sup>*

Prevenir un suicidio es, actualmente, prioridad en Salud Pública ya que es la principal razón de muerte violenta en el mundo. Globalmente, cada año, cerca de un millón de personas mueren por suicidio, aunque hay un sub-registro significativo<sup>(1)</sup>. La epidemiología y tasa de suicidios es diferente en el mundo; así, se registra mayor número de suicidios en Europa del Este, comparado a América Latina. Igualmente, el género masculino registra mayor cantidad de suicidios consumados, aunque el sexo femenino tiene un número mayor de intentos suicidas. Vale mencionar que, frecuentemente, se observa intentos previos antes de consumarlo. Tal conducta debe alertarnos pues ofrece esperanza que una intervención apropiada y pronta puede reducir el número de víctimas.

Una reciente publicación describe la epidemiología de suicidios en Perú utilizando el sistema informático nacional de defunciones en el período 2017-2021. Se observó que la mayoría de los suicidios ocurrieron en el género masculino, casi un 70%, la mayoría solteros (79.5%), con edad promedio de alrededor de 35 años y menos del 30%, contaban con instrucción secundaria completa. La mayoría cometió suicidio por ahorcamiento en su domicilio. La segunda causa de suicidio fue envenenamiento (56.9%), método preferido por el sexo femenino. A pesar de este esfuerzo, los autores concluyen que sus datos son una aproximación de la realidad ya que no existe un sistema definido con datos oficiales del Perú<sup>(2)</sup>. Aparte de estos datos generales no hay información concreta sobre

diferentes grupos en riesgo de suicidio en la ciudadanía peruana.

Las investigaciones realizadas sobre conducta suicida en población estudiantil en la Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima, han demostrado prevalencias mayores a las reportadas en población general además de incremento en los últimos tiempos<sup>(3,4)</sup>.

Una pregunta que surge es por qué hay mayor número de suicidios en los médicos y personal de salud. La Asociación de Psiquiatría Americana estima una tasa suicida del doble de médicos comparado a la población general y hay mayor índice de suicidio en las especialidades de psiquiatría y anestesiología<sup>(11)</sup>. Se observa que rasgos suicidas en la población general se concentran en estos profesionales, donde los niveles de estrés, depresión, agotamiento profesional y el pensamiento el médico no se equivoca, no comete errores acentúa la desesperanza. Pedir ayuda es considerado evidencia de vulnerabilidad y posible pérdida de prestigio o trabajo. Además, los profesionales en medicina tienen acceso a drogas adictivas y potencialmente letales. Hay algunos atributos personales que incrementan el grado de conflicto interno y el riesgo de auto punición, así cuanto más rígida la personalidad es menor la aceptación de errores, mayor el temor al estigma o perjudicar su carrera. El profesional antes de buscar ayuda

<sup>1</sup>Docente Extraordinario Experto, Psiquiatría, Ética y Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Miembro Fundador y Ex-director; Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina, UNMSM. Miembro Honorario y Ex-presidente, Academia Nacional de Medicina del Perú. Codirector de la Mentoría Centrada en la Persona y el Desarrollo Humano. Facultad de Medicina. UNMSM. ORCID iD: 0000-0002-3940-5182. <sup>2</sup>Médico Cirujano, Facultad de Medicina, UNMSM. Magister en Salud Pública, Universidad del Estado de Michigan, Lansing, MI, USA. Doctorado en Administración, University of Maastricht y Centrum Católica - Perú. ORCID iD: 0000-0003-2697-3145. <sup>3</sup>Médico Psiquiatra, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Médico Psiquiatra, Dirección de Salud Colectiva del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado -Hideyo Noguchi" Maestrías: Salud Pública - Universidad Peruana Cayetano Heredia, Psicoterapia. Vicepresidente de la Sociedad Peruana de Psiquiatría Infanto-Juvenil. ORCID iD: 0009-0000-9527-9080. <sup>4</sup>Médico de la UNMSM, Especializado en Psiquiatría de la UPCH. Médico Psiquiatra, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado -Hideyo Noguchi". Fundador del Programa de Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental Lima y de la Sociedad Peruana de Prevención del Suicidio. Representante Nacional de International Association for Suicide Prevention (IASP) desde 2012, y de Asociación de Prevención del Suicidio en Latinoamérica y el Caribe (ASULAC) desde 2008. ORCID iD: 0009-0003-1829-1125. <sup>5</sup>Médico Cirujano, Facultad de Medicina, UNMSM. Maestría, Salud Pública, Universidad Johns Hopkins, Maryland. Profesora Asociada de Medicina Preventiva, Servicios Uniformados de la Universidad de Ciencias de la Salud. Gastroenteróloga, Hepatóloga, Centro Médico Militar Nacional Walter Reed, Bethesda, Maryland. Miembro, Academia Nacional de Medicina del Perú. ORCID iD: 0000-0003-3318-3950.

puede automedicarse, usar alcohol en exceso o desarrollar conducta riesgosa como promiscuidad, juegos patológicos, abuso de drogas y otros.

La Peruvian American Medical Society (PAMS) consciente de lo crítico de esta información, convocó a un Webinar con la participación de cuatro prestigiosos académicos versados en el tema, en el mes de febrero de 2023. Este artículo resume sus aportes y establece conclusiones, que pueden ser útiles para el sistema universitario peruano, su sistema de salud y tal vez los de otros países.

Es cierto que diversos trastornos mentales se asocian a mayor prevalencia de suicidio; pero es importante recalcar que el suicidio es una conducta humana y no necesariamente una enfermedad mental. Clínicamente se pueden distinguir cinco etapas en la conducta suicida: pensamientos sobre la muerte - pensamiento suicida - plan suicida - intento suicida y suicidio consumado. Usualmente, el suicidio consumado es el final de un largo proceso donde la víctima va elaborando un plan de auto eliminación, que puede cumplirse o extinguirse durante la vida del sujeto.

Es probable que la ideación de quitarse la vida ha existido desde el inicio de la humanidad, sin embargo, las estadísticas en los últimos diez años nos indican que hay aproximadamente 30 intentos de suicidio por cada muerte consumada. Algunos expertos calculan que un 10% de la población mundial en algún momento de la vida ha contemplado ideas suicidas. China e India registran 50% de los suicidios mundiales<sup>(1)</sup>. Igualmente, África registra gran tasa de muertes por suicidio. En Estados Unidos de Norte América se calcula 15 suicidios por cada 100,000 habitantes<sup>(6)</sup>. Claramente el problema no es inusual o concentrado en ciertas poblaciones y es más común de lo que se piensa.

Existen factores de riesgo que acrecientan el peligro: intentos previos, enfermedad mental, crisis económica, enfermedades crónicas y dolor crónico son importantes. Hay otras características, tal como mayor número de suicidios en bisexuales u homosexuales que en heterosexuales: 16%, 11%, 6%, respectivamente<sup>(7)</sup>. La ocupación y grado de educación podrían jugar un rol determinante, se observa mayor tendencia al suicidio en obreros que en ejecutivos, y en trabajadores de salud y en servicio militar que en otras profesiones<sup>(8)</sup>. Poblaciones rurales están en mayor riesgo comparadas a poblaciones metropolitanas<sup>(9)</sup>. Antecedente familiar de suicidio y adversidad en la niñez no son causas determinantes, pero pueden ser significativas. Algunos estudios señalan el acceso a las armas de fuego, el sensacionalismo de la prensa<sup>(10)</sup> y el aislamiento social como factores de riesgo importantes. Poblaciones vulnerables como inmigrantes refugiados y prisioneros tienen mayor riesgo de conducta suicida.

La pandemia con SARS-Covid-19 ha sido un factor exponencial. La nota de prensa del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado -Hideyo Noguchi" del 10 de septiembre de 2021 nos dice que los indicadores suicidas se incrementaron en tiempos de pandemia en Lima. De 0.6 a 1.6%

en la idea de acabar con la vida y de 2.8 a 7.5% en cifras de depresión. El personal de salud llegó a los límites de su resistencia durante esta crisis. Asimismo, la pandemia incrementó el estado de orfandad en menores de 18 años, con la consiguiente inseguridad de supervivencia y el fomento de sentimientos de depresión y desesperanza.

En los estudiantes universitarios la ideación de suicidio interfiere seriamente con procesos de aprendizaje y rendimiento académico<sup>(3,4)</sup>. El capital social que representa la población estudiantil universitaria constituye, para el país y la sociedad, un potencial de desarrollo que debe ser preservado. Investigaciones en estudiantes destacan conflictos con los padres como el motivo más frecuentemente asociado al intento suicida. Estos conflictos usualmente están presentes por largo tiempo. La población debe ser concientizada sobre el impacto de la conducta y el lenguaje con los niños. Las entrevistas con jóvenes potencialmente suicidas revelan conflicto y menor estima personal debido a palabras y acciones severas recibidas a temprana edad.

El suicidio fue la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años en 2019<sup>(11)</sup>. Sin embargo, no existe amplio conocimiento de predictores de riesgo en preadolescentes. Las investigaciones sugieren un incremento de las tasas de intentos y suicidios consumados; en reconocimiento de esta crisis, el Instituto Nacional de Salud Mental en USA ha designado la reducción del suicidio en niños como una prioridad<sup>(12)</sup>. La importancia radica no solo en la morbilidad y mortalidad durante la niñez sino en que la ideación suicida precoz puede pronosticar malos resultados a lo largo de la vida. Es imperativo obtener datos de riesgo de suicidio en niños preadolescentes para entender el alcance del problema y su tratamiento y prevención. Denominadores comunes parecen ser depresión, ansiedad y falta de contacto con profesionales especializados en salud mental. En julio de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó cifras de casos atendidos por intento de suicidio en los últimos dos años: 1.6% en niños de 0 a 11 años y 37% en edades de 12 a 17 años. Desafortunadamente esto no es nuevo, ya en el año 2003 se remarcó que el intento de suicidio era una emergencia pediátrica. Los principales factores de riesgo fueron sexo femenino, ausencia de los padres, maltrato infantil, fracaso escolar, cambio en la conducta y deseo o acto de fuga<sup>(13)</sup>. A estas causas se añade el "bullying" que puede ser acoso directo (físico, psicológico, sexual, humillación/exclusión) acoso por redes sociales o teléfonos (sexting). Los métodos de suicidio en niños y adolescentes fueron usualmente: ahorcamiento (70%), envenenamiento (25%), lanzamiento (4.5%), armas de fuego, heridas cortantes, y otros.

Un concepto de importancia es que el suicida no quiere necesariamente quitarse la vida, lo que desea es un cambio que le permita encontrar paz interna. Hay diferencia entre desesperación y desesperanza. Esto último es la certeza que no hay solución posible.

Estadísticas nos informan que 80% de los suicidas adultos visitaron a su médico primario en los últimos 12 meses

antes de consumir el acto, sin embargo, solo un 25% acudieron a ver a un psiquiatra<sup>(14)</sup>. Esto sugiere que la prevención y tratamiento es tarea multidisciplinaria, los médicos generales necesitan ser capacitados para diagnosticar la conducta suicida precozmente y enlazar a la potencial víctima con los servicios necesarios.

Un aspecto importante es reconocer que una baja autoestima, tal vez no cultivada en el seno familiar, y el desequilibrio de valores personales y factores de protección (relaciones personales sólidas, creencias religiosas, resiliencia personal) contribuyen significativamente a ideación suicida. Las madres y su cariño materno desde una temprana edad juegan un rol importante en conferir cierta inmunidad a

sentimientos de desesperanza y pueden ayudar al equilibrio emocional frente a vicisitudes del diario vivir.

### Conclusión

El suicidio ha aumentado su prevalencia en la última década. Se requiere investigar el grado y alcance de la conducta suicida en estudiantes universitarios; en nuestro caso estudiantes peruanos.

Urge que las universidades, en cumplimiento de su responsabilidad social, organicen intervenciones preventivas y terapéuticas al respecto, a nivel universitario y poblacional en general.

### Referencias bibliográficas

- GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators.** Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause -specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1459.
- Contreras-Córdova CR, Atencio-Paulino, JI, Cedano Carlos, et al.** Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del sistema informático nacional de defunciones (SINADEF) en el período 2017-2021. *Rev. Neuropsiquiatr* 2022;85(1):19-28.
- Perales A, Sánchez E, Barahona I, et al.** Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. *An Fac Med.* 2019, 80(1):28-33.
- Perales A, Izaguirre M, Sánchez E, et al.** Salud mental en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. *An Fac Med.* 2019;80(4):443-50.
- Hampton T.** Experts Address Risk of Physician Suicide. *JAMA.* 2005;294(10):1189-1191.
- Curtin SC, Warner M, Hedegaard H.** Increase in suicide in the United States, 1999-2014, NCHS Data Brief 2016;1.
- Salway T, Ross LE, Fehr CP, et al.** A systematic review and meta-analysis of disparities in the prevalence of suicide ideation and attempt among bisexual populations. *Arch Sex Behav* 2019;48:89.
- McIntosh WL, Spies E, Stone DM.** Suicide rates by occupational group - 17 states, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:641.
- Rubin R.** Suicide rates higher in rural areas for most demographic groups. *JAMA* 2017; 318:1969.
- Gunnell D, Biddle L.** Suicide and the media: reporting could cost lives. *BMJ.* 2020;18:368.
- World Health Organization Newsletter.** June 17, 2021.
- National Institutes of Mental Health.** Identifying research priorities in child suicide risk. 2019. <https://www.nimh.nih.gov/news/events/2019/identifying-research-priorities-in-child-suicide-risk-shtml>
- Huanca I, Ademir R.** El "intento de suicidio" una emergencia pediátrica en la actualidad *Rev Peru Pediatr.* 2003;56(1):11-15.
- Walby F, Overlien M, Kildahe T.** Contact with mental health services prior to suicide: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv* 2018;69:751.

**Contribución de autoría:** *Todos los autores* han participado en la concepción del artículo, la recolección de datos, su redacción y aprobación de la versión final.

**Conflicto de interés:** Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Perales-Cabrera A, Castro-Baca M, Matos-Retamozo L, Vásquez-Gómez F, Sjogren MH. Conducta suicida: Datos y propuestas en población peruana. *Diagnóstico (Lima).* 2023;62(3):211-213.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v62i3.472>

**Correspondencia:** Alberto Perales Cabrera.

**Correo electrónico:** perales.alberto@gmail.com

**Teléfonos:** + 51 999-665455 / + 51 1-4764939

**FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE**

• [fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe](mailto:fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe) • [www.fihu.org.pe](http://www.fihu.org.pe)