UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

T E S I S

Tendencias temporales y patrones espaciales de suicidio en el Perú, 2019 – 2025

Para optar el título profesional de:

Médico Cirujano

Autora:

Bach. Luz Angela ROMAN LAZARTE

Asesor:

Dr. Rober Wesmel SANCHEZ TRINIDAD

Cerro de Pasco – Perú – 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

T E S I S

Tendencias temporales y patrones espaciales de suicidio en el Perú, 2019 – 2025

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Carlos Armando ORTIZ MATOS	**Dra. Sonia ROBLES CHAMORRO**
PRESIDENTE	**MIEMBRO**

Mag. Jackie Marcelina ANDAMAYO FLORES

MIEMBRO

Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion
Facultad de Medicina Humana
Unidad de Investigacion

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 017-2026-UNDAC-UI-FMH

La Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con el software antiplagio Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por
ROMAN LAZARTE Luz Angela

Escuela de Formación Profesional
Medicina Humana

Tipo de trabajo
Tesis

Titulado
TENDENCIAS TEMPORALES Y PATRONES ESPACIALES DE SUICIDIO EN EL PERÚ, 2019 – 2025

Asesor
Dr. SANCHEZ TRINIDAD Rober Wesmel

Indice de similitud
3%

Calificativo
APROBADO

Se adjunta al presente el reporte de evaluación del software antiplagio

Cerro de Pasco,28 de Septiembre del 2026

1940103036-1

Firmado digitalmente por NAPA SANCHEZ Cesar Martin FAU 20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 28.09.2026 14:32:31 -05:00

DEDICATORIA

A mis padres, Carmen y Fidel, por su apoyo incondicional y por enseñarme paciencia ante mis errores. A mi hermano, Victor, por ser mi mentor y mi guía en la vida y en el mundo de la investigación. A mi abuela, Victoria, por su cariño e inspiración.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por su constante presencia y su ayuda constante e incondicional en todo este proceso.

A la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, mi alma mater, por brindarme la formación académica y humana que hizo posible el desarrollo de esta investigación.

A mi asesor, Dr. Rober Sánchez, por su orientación, paciencia y acompañamiento durante la elaboración de la presente tesis, así como sus aportes académicos y metodológicos.

A todos ustedes, mis expresiones de gratitud y reconocimiento eterno.

RESUMEN

Objetivo: Describir las tendencias temporales y los patrones espaciales de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal de tendencia, utilizando información secundaria del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF). Se analizaron los casos de suicidio ocurridos en el Perú entre los años 2019 – 2025. Se calcularon frecuencias, porcentajes y tasas de suicidio por cada 100000 habitantes según variables sociodemográficas y geográficas. Además, se realizó el análisis espacial mediante tasas suavizadas, índice de Moran Global y clústeres LISA para identificar patrones de autocorrelación espacial. **Resultados:** Durante el periodo estudiado se registraron 4790 casos de suicidio, con una tasa promedio anual de 2,05 por cada 100000 habitantes. El sexo masculino presentó mayor frecuencia y tasas de suicidio en comparación con el sexo femenino durante todos los años analizados. Los grupos etarios con mayor frecuencia correspondieron a los adolescentes y adultos jóvenes, especialmente entre 15 – 24 años. El método más utilizado fue el ahorcamiento. Las mayores tasas se observaron en departamentos del sur y sudeste del país, destacando Madre de Dios, Arequipa, Moquegua, Cusco, Tacna y Puno. El análisis espacial evidenció autocorrelación espacial positiva significativa y conglomerados de alta incidencia (High – High) en departamentos del sur del Perú, demostrando que la distribución espacial del suicidio no fue aleatoria. **Conclusiones:** El suicidio en el Perú presentó variaciones temporales y patrones espaciales definidos durante el periodo 2019 – 2025, con predominio en hombres, adolescentes y adultos jóvenes. Además, se identificaron conglomerados geográficos de alta incidencia en el sur y suroriente del País.

Palabras clave: Suicidio, análisis espacial, tendencias temporales, salud mental, Perú.

ABSTRACT

Objective: To describe the temporal trends and spatial patterns of suicide cases in Peru during the period 2019–2025. **Materials and Methods:** An observational, descriptive, retrospective study with a longitudinal trend analysis was conducted using secondary data from the National Death Information System (SINADEF). Suicide cases occurring in Peru between 2019 and 2025 were analyzed. Frequencies, percentages, and suicide rates per 100,000 inhabitants were calculated according to sociodemographic and geographic variables. In addition, spatial analysis was performed using smoothed rates, the Global Moran's I index, and Local Indicators of Spatial Association (LISA) clusters to identify spatial autocorrelation patterns. **Results:** During the study period, 4,790 suicide cases were recorded, with an average annual rate of 2.05 per 100,000 inhabitants. Males had higher frequencies and suicide rates than females in every year analyzed. The age groups with the highest frequencies were adolescents and young adults, particularly those aged 15–24 years. Hanging was the most used method. The highest rates were observed in departments in southern and southeastern Peru, particularly Madre de Dios, Arequipa, Moquegua, Cusco, Tacna, and Puno. The spatial analysis revealed significant positive spatial autocorrelation and high-incidence clusters (High–High) in southern Peru, indicating that the spatial distribution of suicide was not random. **Conclusions:** Suicide in Peru exhibited temporal variations and defined spatial patterns during the 2019–2025 period, predominantly affecting males, adolescents, and young adults. Furthermore, high-incidence geographic clusters were identified in southern and southeastern Peru.

Keywords: Suicide, spatial analysis, temporal trends, mental health, Peru.

INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su impacto sobre la mortalidad prematura, la salud mental colectiva y las repercusiones familiares, sociales y económicas que genera. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), anualmente fallecen aproximadamente 720000 personas a causa del suicidio, representando una de las principales causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes entre 15 a 29 años.

La identificación de patrones geográficos y temporales del suicidio resulta especialmente relevante en un país caracterizado por marcadas desigualdades sociales, económicas y territoriales como el Perú. Diversos factores como la pobreza, la ruralidad, las limitaciones en la cobertura de servicios de salud mental y las diferencias en la infraestructura sanitaria podrían influir en la distribución heterogénea de los casos de suicidio entre regiones.

El presente estudio tuvo como objetivo describir las tendencias temporales y los patrones espaciales de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025. Para ello, se realizó un estudio ecológico, utilizando la información del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) y se analizaron variables sociodemográficas y geográficas.

Los hallazgos de esta investigación buscan aportar evidencia epidemiológica actualizada sobre el comportamiento del suicidio en el Perú, fortalecer las estrategias nacionales de prevención, optimizar la asignación de recursos en salud mental y favorecer el desarrollo de intervenciones focalizadas en las regiones de mayor riesgo.

La Autora

ÍNDICE

Página.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema 1

1.2. Delimitación de la investigación 3

1.3. Formulación del problema 4

1.3.1. Problema General 4

1.3.2. Problemas Específicos 4

1.4. Formulación de Objetivos 4

1.4.1. Objetivo General 4

1.4.2. Objetivos Específicos 4

1.5. Justificación de la investigación 5

1.6. Limitaciones de la investigación.....6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio 7

2.2. Bases teóricas – científicas 11

2.3. Definición de términos básicos.....13

2.4. Formulación de hipótesis 14

2.4.1. Hipótesis General 14

2.5. Identificación de variables 14

2.6. Definición operacional de las variables e indicadores.....15

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.....17

3.2. Nivel de investigación.....17

3.3. Método de investigación.....17

3.4. Diseño de investigación 18

3.5. Población y muestra.....18

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 19

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....19

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....19

3.9. Tratamiento estadístico 20

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica 20

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo 22

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados 23

4.3. Prueba de hipótesis 82

4.4. Discusión de resultados 83

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Página.

Tabla 1. Tasas de suicidio en el Perú 23

Tabla 2. Tasas anuales de suicidio por departamentos en el Perú, 2019 – 2025 32

Tabla 3. Casos, porcentajes y tasas de suicidio por sexo, 2019 – 2025 35

Tabla 4. Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2019 37

Tabla 5. Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2020 38

Tabla 6. Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2021 39

Tabla 7. Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2022 40

Tabla 8. Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2023 41

Tabla 9. Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupo etario en el Perú, 2024 42

Tabla 10. Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupo etario en el Perú, 2025 43

Tabla 11. Distribución de los casos de suicidio según el estado civil en el Perú, 2019 – 2022 44

Tabla 12. Distribución de los casos de suicidio según el estado civil en el Perú, 2023 – 2025 45

Tabla 13. Distribución de los casos de suicidio según el nivel de instrucción en el Perú, 2019 – 2022 47

Tabla 14. Distribución de los casos de suicidio según el nivel de instrucción en el Perú, 2023 – 2025 48

Tabla 15. Distribución de los casos de suicidio según el método de suicidio en el Perú, 2019 – 2022 50

Tabla 16. Distribución de los casos de suicidio según el método de suicidio en el Perú, 2023 - 2025 50

Tabla 17. Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2019 56

Tabla 18. Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2020 60
Tabla 19. Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2021 64
Tabla 20. Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2022 68
Tabla 21. Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2023 72
Tabla 22. Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2024 76
Tabla 23. Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2025 80
Tabla 24. Índices Globales de Moran, 2019 – 2025 82

ÍNDICE DE FIGURAS

Página.

Figura 1. Tendencias temporales de las tasas de suicidio en el Perú 24

Figura 2. Tasas por departamento del Perú, 2019 25

Figura 3. Tasas por departamento del Perú, 2020 26

Figura 4. Tasas por departamento del Perú, 2021 27

Figura 5. Tasas por departamentos del Perú, 2022 28

Figura 6. Tasas por departamento del Perú, 2023 29

Figura 7. Tasas por departamento del Perú, 2024 30

Figura 8. Tasas por departamento del Perú, 2025 31

Figura 9. Promedio de las tasas por departamento, 2019 – 2025 33

Figura 10. Casos de suicidio en el Perú por sexo, 2019 – 2025 34

Figura 11. Evolución de las tasas de suicidio según sexo en el Perú, 2019 – 2025 36

Figura 12. Distribución porcentual de los casos de suicidio según estado civil en el Perú, 2019 – 2025 46

Figura 13. Distribución porcentual de los casos de suicidio según nivel de instrucción en el Perú, 2019 – 2025 49

Figura 14. Distribución porcentual de los casos de suicidio según el mecanismo de suicidio en el Perú, 2019 – 2025 52

Figura 15. Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2019 54

Figura 16. Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2019 55

Figura 17. Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2019 57

Figura 18. Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2020 58

Figura 19. Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2020 59

Figura 20. Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2020 61

Figura 21. Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2021 62
Figura 22. Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2021 ... 63
Figura 23. Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2021 65
Figura 24. Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2022 66
Figura 25. Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2022 ... 67
Figura 26. Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2022 69
Figura 27. Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2023 70
Figura 28. Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2023 ... 71
Figura 29. Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2023 73
Figura 30. Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2024 74
Figura 31. Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2024 ... 75
Figura 32. Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2024 77
Figura 33. Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2025 78
Figura 34. Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2025 ... 79
Figura 35. Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2025 81

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema

El suicidio constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su impacto en la mortalidad prematura [(1)], las repercusiones familiares y el deterioro de la salud mental colectiva [(2)]. Su comportamiento no ocurre de manera homogénea, ya que existen diferencias temporales y geográficas en su distribución, lo que sugiere la presencia de patrones espaciales y territoriales asociados a este fenómeno. En el Perú, la identificación de provincias con mayor riesgo y la comprensión de la distribución espacial del suicidio continúan siendo limitadas, especialmente desde un enfoque epidemiológico espacial.

El suicidio constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial; la Organización Mundial de la Salud (OMS) [(3)] cataloga al suicidio como la tercera causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, registrándose anualmente 720 000 muertes aproximadamente, lo que se traduce en un caso de suicidio cada 40 segundos.

Estudios realizados en países andinos han evidenciado una marcada

heterogeneidad en las tasas de suicidio entre nacionales de la región. Reportes previos señalaron tasas más elevadas en Bolivia en comparación con Ecuador, Colombia y Perú, lo que pone de manifiesto la variabilidad geográfica del fenómeno suicida en Sudamérica y la necesidad de estudios que permitan caracterizar su comportamiento en cada país. [4,5]. Lo que resalta es la importancia de analizar no solo la magnitud del suicidio sino también su distribución espacial dentro de cada país.

Se tiene en conocimiento que en el Perú el principal departamento con casos de suicidio hasta el 2021 fue Lima con el 20,3% de los casos, seguido de Arequipa con un 19,2% y en tercer lugar Cusco con 9,5% [6]. Tan solo en el departamento de Lima, durante el periodo de 2017 hasta agosto de 2022, se produjeron 559 muertes por suicidio; de las cuales el 71,91% correspondía al sexo masculino y el principal lugar del suceso fue el hogar de la víctima [7].

Aunque se reconoce que la conducta suicida es multifactorial [8], un componente clave para su comprensión y prevención es conocer cómo se comporta en el tiempo y cómo se distribuye geográficamente. A nivel mundial se ha observado un crecimiento de los casos de suicidio, siendo una de las causas principales de la muerte prematura, especialmente en varones jóvenes [9].

Aunque el suicidio es un problema global, el 77% de los casos ocurren en países de ingresos bajos y medianos [10], como es el caso del Perú. En estos contextos, el impacto es doble: por un lado, la falta de redes de protección social y, por otro, el acceso limitado a servicios de salud mental especializados.

En el Perú, los registros de mortalidad han demostrado variabilidad en la frecuencia de suicidios en los últimos años, pero esta información no ha sido analizada de manera sistemática para identificar tendencias, zonas de mayor riesgo o patrones espaciales consistentes. Según el Repositorio Único Nacional de Información

en Salud (REUNIS) [11], en el 2024 se registraron un total de 749 casos de suicidio a nivel nacional y en el 2025 se registraron 807 casos, viéndose así un crecimiento notable en el número de suicidios en el Perú.

En el contexto peruano, la dinámica de las muertes por lesiones autoinfligidas ha mostrado transformaciones significativas en los últimos años, impulsadas por crisis sanitarias, fluctuaciones socioeconómicas y cambios en el tejido social [12]. Entender este fenómeno requiere ir más allá de las cifras agregadas, exigiendo un análisis profundo de dónde y cuándo ocurren estos eventos.

Ante lo expuesto, se evidencia una brecha en el conocimiento respecto a los patrones temporales y espaciales del suicidio en el Perú, así como su posible heterogeneidad entre departamentos o provincias. Esta falta de información limita la formulación de estrategias de prevención basadas en evidencia y dificulta la asignación eficiente de recursos en salud mental, por lo cual la presente investigación se propone analizar las tendencias espaciales y los patrones temporales del suicidio en el Perú durante el septenio 2019-2025.

1.2. Delimitación de la investigación

La investigación se delimita al análisis de casos de suicidio en el territorio peruano. El Perú cuenta con una población aproximada de 34,35 millones de habitantes para el año 2025 [13]. Se encuentra dividido en 24 departamentos y 196 provincias administrativas [14]. El estudio abarca todo el territorio nacional, con desagregación espacial a nivel provincial según disponibilidad de información.

El periodo de estudio comprende desde el 01 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2025. Es importante resaltar que se tomará en cuenta el periodo de crisis sanitaria (2020 al 2022) y la etapa pospandémica.

Metodológicamente, se desarrollará un análisis descriptivo de tendencias

temporales y un análisis espacial, utilizando como fuente principal los datos de SINADEF y las proyecciones poblacionales del INEI. No se incluirán intentos de suicidio ni análisis causal, sino exclusivamente la descripción epidemiológica del fenómeno.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuáles son las tendencias temporales y los patrones espaciales de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025?

1.3.2. Problemas Específicos

a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025?

b) ¿Cómo evolucionan las tasas anuales de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025?

c) ¿Cuáles son las características geográficas de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025?

1.4. Formulación de Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Describir las tendencias temporales y los patrones espaciales de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025

1.4.2. Objetivos Específicos

a) Describir las características sociodemográficas de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025

b) Describir las tasas anuales de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019-2025

c) Describir las características geográficas de los casos de suicidio en el Perú

durante el periodo 2019 – 2025

1.5. Justificación de la investigación

El suicidio constituye un importante problema de salud pública debido a su impacto en la mortalidad prematura, la salud mental y la carga social que genera en las familias y comunidades. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 40 segundos una persona fallece a causa de autolesiones [(3)].

En el Perú, resulta relevante analizar la evolución temporal y la distribución geográfica de la mortalidad por suicidio mediante un enfoque que integre ambas dimensiones. En ese sentido, la presente investigación permitió describir las tendencias temporales y los patrones espaciales del suicidio durante el periodo 2019–2025, considerando las variaciones interanuales y los cambios observados antes, durante y después de la pandemia por COVID-19. Este análisis ofrece una perspectiva conjunta de la evolución temporal y la distribución territorial del fenómeno.

La cobertura nacional y el análisis a nivel provincial permitieron comparar las tasas de mortalidad por suicidio entre territorios e identificar posibles agrupamientos espaciales mediante técnicas de autocorrelación espacial. Estos resultados contribuyen a reconocer áreas con mayor concentración territorial de las tasas registradas y aportan información epidemiológica útil para orientar la vigilancia y la planificación de acciones preventivas, sin establecer relaciones causales.

Finalmente, esta investigación se fundamenta en el compromiso del Perú con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. De manera específica, el estudio contribuye al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Salud y Bienestar) (15), cuya meta 3.4 busca reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, promoviendo activamente la salud mental.

1.6. Limitaciones de la investigación

La principal limitación de la presente investigación radica en el uso de una base de datos secundaria, susceptible a subregistro y variaciones en la calidad del llenado de los registros entre regiones. Asimismo, durante el periodo 2020–2021, la emergencia sanitaria por COVID-19 pudo influir en el registro y la clasificación de las defunciones, lo que potencialmente afectaría la interpretación de las variaciones temporales observadas.

Por otra parte, debido al diseño descriptivo y ecológico del estudio, no es posible establecer relaciones causales entre los patrones temporales y espaciales identificados. Además, los resultados corresponden al nivel poblacional y no permiten realizar inferencias individuales, debido al riesgo de falacia ecológica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Internacionales

Gascoigne et al. [16] en Inglaterra, en el año 2025, realizaron el estudio titulado "Tendencias espacio-temporales y determinantes socioambientales de los suicidios en Inglaterra (2002–2022): un estudio ecológico basado en la población" cuyo objetivo fue evaluar las tendencias espacio-temporales del suicidio y examinar sus características socioambientales mediante un modelo Hurdle Poisson en un marco bayesiano. Los resultados mostraron que el riesgo relativo (RR) fue de 1,04 en 2002 y 1,00 en 2022, con un valor mínimo de 0,92 en 2007. En el análisis espacial, las regiones del noreste y noroeste presentaron una mortalidad por suicidio superior al promedio, mientras que Londres mantuvo un riesgo relativamente bajo. Asimismo, se identificaron disparidades geográficas y una asociación entre el riesgo de suicidio y la deprivación socioeconómica.

Rotejanaprasert et al. [17] en Tailandia, en el año 2025, desarrollaron un estudio titulado "Epidemiología espaciotemporal y análisis jerárquico de la mortalidad por

suicidio y los factores de riesgo asociados en Tailandia utilizando datos de vigilancia nacional durante 1997–2021" cuyo objetivo fue describir las tendencias temporales y las variaciones geográficas de las tasas de suicidio mediante modelos jerárquicos espaciotemporales bayesianos. Durante el periodo estudiado se registraron 106 955 casos, con una tasa bruta promedio de 7,14 por 100 000 habitantes. Entre 2018 y 2021, las tasas aumentaron un 11,5 %, y las tasas en varones fueron aproximadamente tres veces superiores a las de las mujeres. Asimismo, las tasas más elevadas se concentraron principalmente en las provincias de la región norte. Los autores señalaron como limitación el posible subregistro y la clasificación errónea de las causas de muerte. El estudio destaca la utilidad de los modelos bayesianos para estimar el riesgo de mortalidad por suicidio y considerar la variabilidad espacial y temporal.

Feizi et al. [18] en Irán, en el año 2025, realizaron el estudio titulado "Un estudio espacio-temporal de la incidencia del suicidio fatal durante los años 2009 a 2023", cuyo objetivo fue estimar las tasas de suicidio por distrito e identificar patrones espaciales de riesgo. Durante el periodo estudiado se registraron 52 665 casos; el ahorcamiento fue el método más frecuente (53,8 %), seguido del envenenamiento (28,3 %), y la edad media de las personas fallecidas fue de 33,98 años. El índice de Moran global fue de 0,006419 ($p = 0,018$), lo que evidenció una autocorrelación espacial positiva estadísticamente significativa, aunque de magnitud muy pequeña. Asimismo, se identificaron agrupamientos de alto riesgo en varios distritos del país. Los autores observaron una tendencia creciente de las tasas a lo largo del periodo, cuya explicación podría involucrar diversos factores socioeconómicos y políticos.

Souza et al. [19] en Brasil, en el año 2024, realizaron el estudio titulado "Tendencias temporales e identificación de áreas de riesgo de mortalidad por suicidio

en Brasil (2000–2022): ¿Estamos ante una epidemia subestimada?”, cuyo objetivo fue analizar la distribución espacial, temporal y espaciotemporal de la mortalidad por suicidio. A partir de datos del Sistema de Información de Mortalidad y mediante el índice de Moran, identificaron 240 843 defunciones por suicidio, con una tasa promedio nacional de 5,30 por 100 000 habitantes. Los resultados evidenciaron una tendencia creciente de la mortalidad en todas las regiones del país, con mayor concentración de casos en las regiones Sur, Centro-Oeste y Sudeste, así como dependencia espacial entre territorios con patrones similares. Los autores señalaron como limitaciones el uso de datos secundarios y las posibles inconsistencias en el registro de la información.

Cañón-Ayala et al. [20] en Colombia, en el año 2021, realizaron un estudio titulado “Análisis espaciotemporal de los intentos de suicidio en Colombia de 2018 a 2020”, mediante modelos bayesianos. Durante el periodo estudiado se registraron 85 526 intentos de suicidio. La incidencia aumentó entre 2018 y 2019 y disminuyó en 2020, descenso que los autores relacionaron con un posible subregistro durante la pandemia por COVID-19. El mayor riesgo se observó en el grupo de 15 a 19 años, mientras que el análisis espacial identificó áreas de mayor riesgo en la región andina y en departamentos como Putumayo, Vaupés, Arauca, Córdoba y Amazonas. Los autores señalaron como limitaciones las alteraciones en el registro durante la pandemia, la calidad de los datos y la ausencia de un análisis de características sociodemográficas.

2.1.2. Nacionales

Roman V. et al. [21] en el 2023 desarrollaron el estudio titulado “Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019” cuyo objetivo fue describir las características y la distribución departamental de los

casos de suicidio durante dicho periodo. Utilizaron datos del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF), calcularon tasas estandarizadas por edad según el estándar de la Organización Mundial de la Salud y analizaron las diferencias por sexo. En 2019, la tasa nacional de suicidio fue de 1,95 por cada 100 000 habitantes, y los hombres representaron el 68,24 % de los casos. Piura presentó las tasas más bajas, mientras que Tacna, Madre de Dios y Arequipa registraron las más elevadas. Los autores señalaron que el diseño descriptivo no permitía establecer relaciones causales.

Contreras C. et al. [6] en el 2022 realizaron el estudio titulado "Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021", cuyo objetivo fue describir las características epidemiológicas y geográficas de los casos de suicidio durante dicho periodo. A partir de datos secundarios del SINADEF, realizaron un análisis descriptivo de las características de los casos. Lima concentró el 20,3 % del total de suicidios registrados durante los cinco años. Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y el método de suicidio ($p < 0,05$); el ahorcamiento fue más frecuente en varones, quienes representaron el 74 % de los casos correspondientes a este método. Los autores señalaron como limitaciones el posible sesgo en la notificación de los casos y las dificultades relacionadas con el acceso y la confiabilidad de los registros.

Hernández-Vásquez A. et al. [22] en el 2016 realizaron el estudio titulado "Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013". El objetivo fue estimar y analizar las tasas de mortalidad por suicidio en Perú y sus regiones durante el periodo de 2004 a 2013, para poder detectar diferencias y tendencias. Utilizaron datos de la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud y calcularon frecuencias, proporciones y tasas regionales de

mortalidad estandarizadas por edad. Los resultados mostraron que el 67,2 % de los casos correspondió a hombres. La región Sierra concentró el 71 % de los eventos reportados, seguida de la Costa y la Selva. Asimismo, la tasa de mortalidad por suicidio aumentó de 0,46 a 1,13 por cada 100 000 habitantes durante el periodo estudiado. Los autores señalaron el subregistro de las defunciones por suicidio como una limitación.

Los antecedentes revisados evidencian que, si bien existen estudios sobre suicidio en el Perú, son escasos aquellos que integran simultáneamente análisis temporal y espacial en periodos recientes, lo que justifica la presente investigación

2.1.3. Antecedentes locales

Realizada la búsqueda bibliográfica, no se identificaron antecedentes locales que cumplan con el criterio de antigüedad establecido.

2.2. Bases teóricas – científicas

a) ***Suicidio como problema de salud pública***

El suicidio constituye un importante problema de salud pública debido a su impacto en la mortalidad prematura, la carga social y las consecuencias familiares, comunitarias y económicas que genera. La Organización Mundial de la Salud (OMS)[3] lo reconoce como una de las principales causas prevenibles de muerte a nivel mundial, especialmente en adolescentes, adultos jóvenes y poblaciones vulnerables. Su prevención comprende intervenciones basadas en evidencia, como la identificación temprana del riesgo, el acceso oportuno a atención de salud mental, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la restricción del acceso a medios letales [23].

b) ***Teoría interpersonal del suicidio***

La Teoría Interpersonal del Suicidio propuesta por Thomas Joiner en 2005, constituye un modelo teórico para explicar el desarrollo de la conducta suicida. Plantea que el deseo suicida y la capacidad para llevar a cabo un intento suicida son componentes distintos [24].

Según esta teoría, el deseo suicida surge de la interacción entre dos factores: la percepción de no pertenecer y la sensación de ser una carga para los demás. Cuando estos factores coexisten de forma intensa, puede desarrollarse un deseo de morir. A ello se suma la capacidad adquirida para el suicidio, que contribuye a explicar por qué algunas personas con deseo suicida llegan a realizar un intento potencialmente mortal [25].

c) ***Determinantes sociales del suicidio***

Los determinantes sociales del suicidio corresponden a las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales influyen significativamente en la salud mental y en el riesgo de conducta suicida [26]. Entre ellos, la pobreza puede generar estrés crónico, incertidumbre y dificultades para acceder a recursos de apoyo [27]. Asimismo, el aislamiento social y la debilidad de las redes familiares y comunitarias pueden aumentar la vulnerabilidad, especialmente en contextos de conflictos familiares, violencia, soledad persistente o pérdida de vínculos sociales, como puede ocurrir en poblaciones migrantes o desplazadas [28].

d) ***Proceso del suicidio***

La conducta suicida comprende distintas manifestaciones que pueden incluir la ideación suicida, la planificación y el intento de suicidio. Estas manifestaciones no necesariamente ocurren de forma secuencial ni están presentes en todas las personas.

- Ideación suicida: pensamientos relacionados con la posibilidad de quitarse la vida.
- Planificación suicida: elaboración de un plan para llevar a cabo un acto suicida.
- Intento de suicidio: conducta autoinfligida con intención de morir que no produce la muerte.
- Muerte por suicidio: fallecimiento como resultado de una conducta autoinfligida con intención de morir [29].

2.3. Definición de términos básicos

a) *Suicidio*

El suicidio se define como la muerte resultante de una conducta autoinfligida realizada con la intención de morir [30,31].

Para efectos de la presente investigación, se consideró suicidio a toda defunción registrada en el Sistema Informático Nacional de Defunciones cuya clasificación en la variable correspondiente al tipo de muerte violenta fue consignada como “SUICIDIO”.

b) *Tasas de suicidio*

Las tasas de suicidio se basan en el número de personas que han muerto por suicidio por cada 100 000 habitantes [31,32].

c) *Tendencias temporales*

Se refiere a la variación en la frecuencia o tasa de suicidio a lo largo del tiempo. Esto incluye la identificación de aumentos, disminuciones o patrones cíclicos en los datos [33]. Las tendencias temporales se refieren a las variaciones observadas en la frecuencia o tasa de un evento a los largo del tiempo, permitiendo identificar incrementos, disminuciones o fluctuaciones en su comportamiento. Su

descripción facilita la comprensión de la evolución del fenómeno estudiado y la identificación de periodos con cambios relevantes en su magnitud [34].

d) ***Patrones espaciales***

Distribución geográfica de los casos de suicidio. Esto incluye la identificación de "hotspots" (zonas de alta incidencia) y la comparación entre diferentes regiones o localidades [35].

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

- Hipótesis Alterna (Ha): La distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias en el Perú durante el periodo 2019–2025 no es aleatoria.
- Hipótesis Nula (Ho): La distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias en el Perú durante el periodo 2019–2025 es aleatoria.

Las hipótesis se plantean con fines exploratorios.

2.5. Identificación de variables

Variable principal:

Tasas de suicidio

Variables Sociodemográficas

Edad

Sexo

Estado civil

Nivel educativo

Método de suicidio

2.6. Definición operacional de las variables e indicadores

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORÍAS	FUENTE
Tasas de suicidio	Temporal	Frecuencia de las defunciones por suicidio en relación con la población durante un periodo determinado.	Cálculo de las tasas anuales de suicidio en el Perú entre 2019 y 2025, por cada 100 000 habitantes.	Tasa anual de suicidio por 100 000 habitantes.	2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025.	SINADEF, REUNIS e INEI.
	Espacial	Distribución territorial de las tasas de suicidio y grado de asociación espacial entre las unidades geográficas.	Cálculo de tasas provinciales, suavizado mediante Bayes empírico y análisis de autocorrelación espacial global y local.	Tasa provincial de suicidio; índice Global de Moran; clústeres LISA.	Departamentos y provincias; clústeres alto-alto, bajo-bajo, alto-bajo y bajo-alto.	
Sociodemográficas	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de fallecimiento	Registro de la edad al momento de la defunción	Número de casos, porcentaje y tasa de suicidio por grupo de edad.	Grupos etarios empleados en el análisis.	SINADEF
	Sexo	Conjunto de características	Registro del sexo consignado en la	Número de casos, porcentaje	Femenino y masculino.	

		biológicas que permiten distinguir a los individuos según su sexo	base de datos	y tasa de suicidio según sexo		
	Estado Civil	Condición en la que se encuentra una persona con relación a su situación de pareja	Registro del estado civil	Número y porcentaje de casos por estado civil.	Soltero, casado, conviviente y otros.	
	Nivel educativo	Nivel educativo más alto que una persona ha terminado	Registro del nivel educativo	Número y porcentaje de casos por nivel educativo.	Iletrado, inicial, primaria, secundaria y superior.	
Método de suicidio	Método de suicidio	Método utilizado por el individuo para llevar a cabo el acto de suicidio	Identificación del método consignado en SINADEF	Número y porcentaje de casos por método de suicidio.	Ahorcamiento, intoxicación, arma de fuego, precipitación y otros.	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

Según Sánchez Carlessi y Reyes Meza (2015), la investigación debe caracterizarse considerando su naturaleza sustantiva o tecnológica y su orientación básica o aplicada. De acuerdo con esta clasificación, el presente estudio es de tipo sustantiva y básica. Es sustantiva porque busca describir el comportamiento del suicidio en la realidad peruana, mediante el análisis de sus tendencias temporales y patrones espaciales; y es básico porque se orienta a ampliar el conocimiento sobre la distribución de este fenómeno, sin desarrollar una intervención práctica.

3.2. Nivel de investigación

La investigación corresponde a un nivel descriptivo, debido a que buscó caracterizar las tendencias temporales y los patrones espaciales del suicidio en el Perú, mediante el cálculo de tasas [36].

3.3. Método de investigación

Se aplicó el método deductivo, partiendo de la comprensión general del suicidio hacia el análisis específico de las tendencias temporales y patrones espaciales

en las provincias del Perú [37].

3.4. Diseño de investigación

El estudio presentó un diseño observacional, longitudinal y retrospectivo. El carácter longitudinal se estableció a partir del análisis de las tendencias temporales mediante la evaluación anual de las tasas de suicidio. Asimismo, se realizó un análisis espacial para examinar la distribución geográfica de las tasas y la autocorrelación espacial en las provincias del Perú. Al tratarse de un estudio observacional, no se manipularon las variables de interés.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por los registros de defunciones por suicidio ocurridas en el Perú durante el periodo 2019–2025, registrados en el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF).

3.5.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por la totalidad de los registros de defunciones por suicidio correspondientes al periodo de estudio que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Se empleó un muestreo censal, debido a que se incluyeron todos los registros disponibles que cumplieron los criterios establecidos, sin efectuar una selección muestral.

Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los registros de defunción correspondientes al periodo 2019–2025 cuya variable de clasificación del tipo de muerte violenta presentó la categoría “Suicidio”.

Criterios de exclusión

Casos de suicidio que tengan datos no plausibles para la investigación (edad menor de 5 años).

Casos de suicidio que no cuenten con los datos suficientes para cada uno de los análisis realizados.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomaron los datos registrados por el Sistema Nacional de Defunciones (SINADEF), publicados en el portal del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS), que se encuentran de forma pública en su página web: https://www.minsa.gob.pe/reunis/. (Anexo 3)

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

Para este estudio se creó una ficha de extracción de datos; fue elaborada a partir de las variables contenidas en la base oficial del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF). Debido a que constituyó un instrumento de extracción de información secundaria previamente registrada y estandarizada por una fuente oficial, no requirió un proceso formal de validación de contenido ni prueba piloto.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

- Verificación de la base de datos obtenida del SINADEF.
- Identificación de los casos mediante el filtrado de la categoría «SUICIDIO» en la variable tipo de muerte violenta.
- Revisión de duplicados, consistencia temporal, plausibilidad de la edad y disponibilidad del código geográfico de residencia.
- Codificación de las variables y elaboración del diccionario de datos.

- Limpieza y depuración de la base de datos.
- Tabulación de los datos en Microsoft Excel 365 e importación a R versión 4.3.1 mediante RStudio.

3.9. Tratamiento estadístico

Posterior a la limpieza y tabulación de los datos, se realizó el análisis estadístico mediante R y Microsoft Excel 365. Los procedimientos fueron los siguientes:

Cálculo de tasas de suicidio por año y provincia.

Descripción temporal mediante gráficos de las tasas anuales.

Suavización bayesiana empírica local de las tasas provinciales.

Elaboración de mapas coropléticos de las tasas suavizadas.

Cálculo del índice global de Moran.

Análisis local de autocorrelación espacial (LISA).

Para el análisis espacial, los casos se asignaron según la provincia de residencia habitual registrada en el SINADEF, en concordancia con las proyecciones poblacionales utilizadas. Se consideró significancia estadística con valores de $p < 0,05$. Se emplearon los paquetes *sf*, *spdep*, *tmap*, *dplyr* y *RColorBrewer* de R para el procesamiento geoespacial, el análisis de autocorrelación y la elaboración de mapas.

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica

El presente estudio utilizó datos secundarios provenientes de registros oficiales de mortalidad (SINADEF e INEI), los cuales son de acceso público, anónimos y no contienen información que permita la identificación directa o indirecta de personas. Por esta razón, la investigación no implica riesgos para individuos ni requiere obtener consentimiento informado. No se realizó contacto con familiares ni

con personas afectadas, y no se manejó información sensible a nivel individual. El análisis se desarrolló exclusivamente a nivel poblacional y geográfico agregado, garantizando la confidencialidad, privacidad y respeto por la dignidad humana.

Asimismo, el estudio cumplió con las normas éticas nacionales para investigaciones sin riesgo, así como con los principios de la Declaración de Helsinki [38] y las pautas CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas) [39] relativas al uso de datos secundarios.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

El presente trabajo de investigación fue realizado a partir de los datos obtenidos del Sistema Nacional de Defunciones (SINADEF); se obtuvieron los datos de la plataforma del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS). Al obtener todos los datos sobre los casos de suicidio, se procedió a depurar y organizar la información en Microsoft Excel, verificando consistencia, completitud y correspondencia geográfica mediante códigos ubigeo provinciales.

Posteriormente, los datos fueron integrados con cartografía digital provincial del Perú en formato shapefile para el desarrollo del análisis espacial. El procesamiento estadístico y espacial se realizó en el software estadístico R versión 4.3.1.

Se elaboraron mapas coropléticos de tasas crudas y suavizadas para cada año en el periodo 2019 – 2025; posteriormente se evaluó la autocorrelación espacial mediante el índice de Moran global y se identificaron conglomerados espaciales

locales mediante el análisis LISA.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

Los resultados que se presentan se resumen en tablas y gráficos procesados en el software RStudio versión 4.3.1 y en Microsoft Excel; de la misma forma se presenta un análisis e interpretación de cada uno de ellos.

Resultados descriptivos

Tabla 1. *Tasas de suicidio en el Perú*

Tasas anuales de suicidio en el Perú, 2019 - 2025

Año	Suicidios	Población	Tasa
2019	670	32526084	2,06
2020	660	32625948	2,02
2021	744	33039912	2,25
2022	700	33245895	2,11
2023	460	33833230	1,36
2024	749	34110973	2,20
2025	807	34402098	2,35
TOTAL	4790		$\bar{x}$ = 2,05

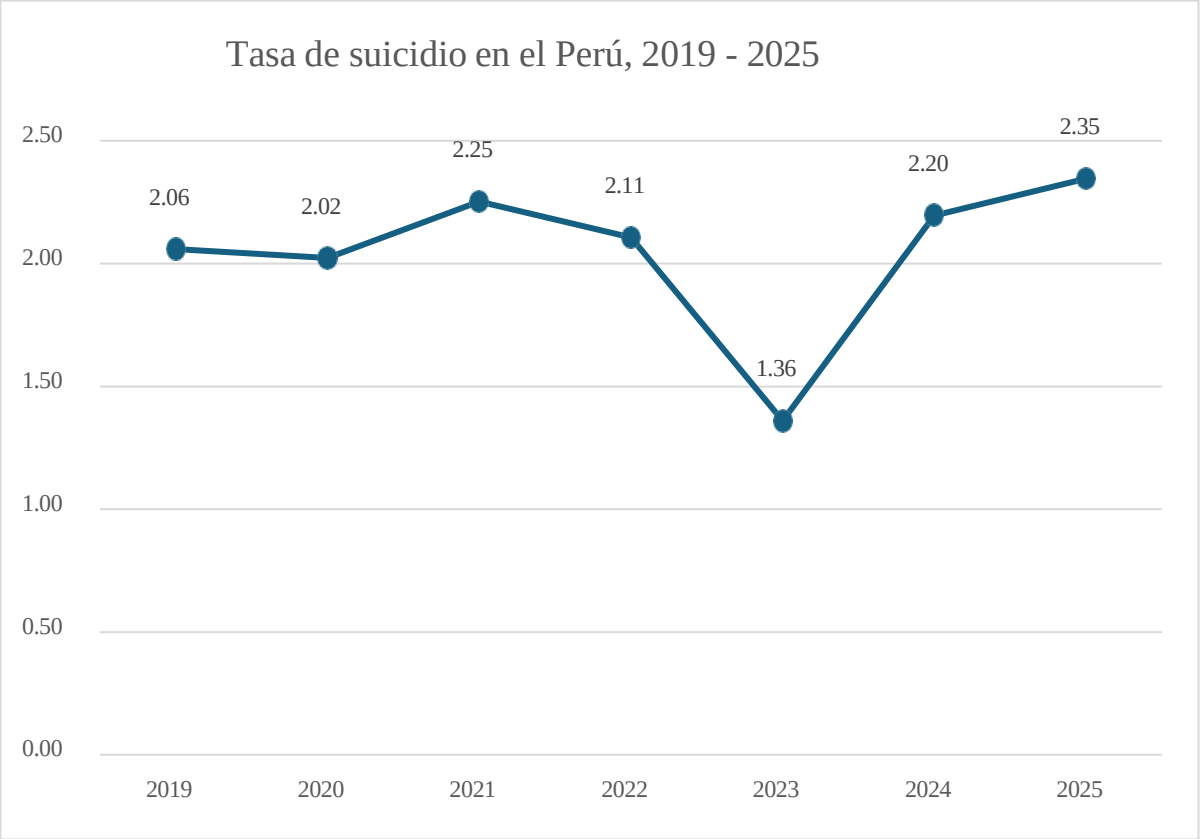
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasas expresadas por cada 100000 habitantes

Interpretación: Durante el periodo 2019 – 2025, se observó un comportamiento fluctuante de las tasas de suicidio en el Perú. En total se notificaron 4790 casos de suicidio en el periodo de estudio, con una tasa promedio de 2,05 casos por cada 100000 habitantes. En el año 2019 se registró una tasa de 2,06 suicidios por cada 100000 habitantes, mientras que en el 2020 se evidenció una ligera disminución; posteriormente, en el 2021 la tasa aumentó a 2,25 suicidios por cada 100000 habitantes. En el 2022, se observó una reducción moderada, seguida de un marcado descenso en el 2023, año en el que se presentó la menor tasa de suicidio en el periodo

de estudio con 1,36 suicidios por cada 100000 habitantes. Sin embargo, las tasas mostraron una tendencia ascendente en 2024 y 2025, llegando a su valor más alto en el último año con una tasa de 2,35 suicidios.

Figura 1. *Tendencias temporales de las tasas de suicidio en el Perú*

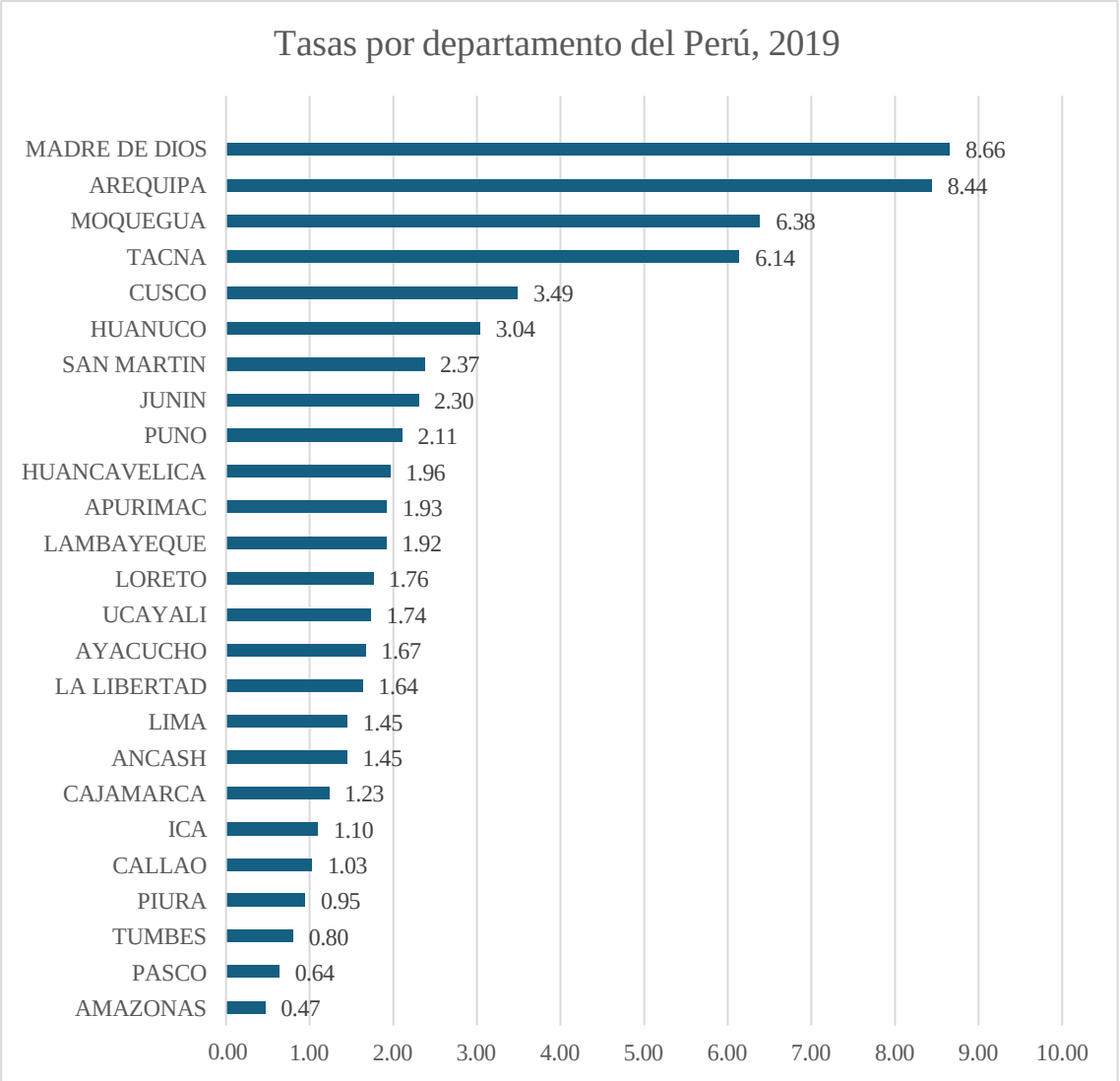


Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 1

Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Las tasas de suicidio en el Perú presentaron fluctuaciones durante el periodo 2019–2025, sin una tendencia lineal constante. Se observó una ligera disminución entre 2019 y 2020, y el valor más bajo se registró en 2023 (1,36 por cada 100 000 habitantes), seguido de un incremento en los años posteriores. La figura evidencia un comportamiento fluctuante de las tasas de suicidio en el Perú, con descensos e incrementos en distintos años del periodo evaluado.

Figura 2. *Tasas por departamento del Perú, 2019*

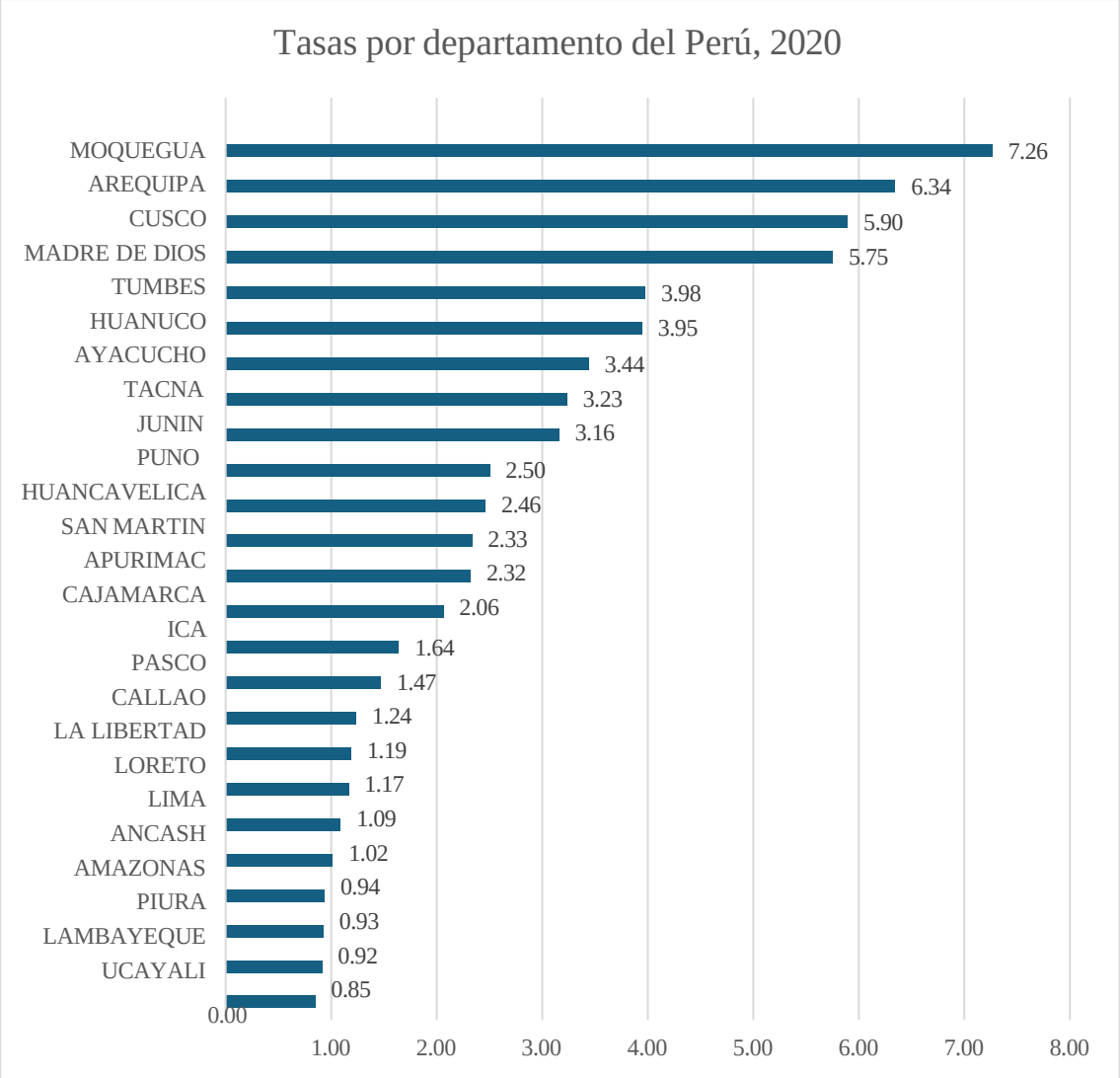


Fuente: Elaboración propia en base a los datos del SINADEF y REUNIS

Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2019 se observó una distribución desigual de las tasas de suicidio entre los departamentos del Perú. Madre de Dios (8,66), Arequipa (8,44), Moquegua (6,38) y Tacna (6,14) registraron las tasas más elevadas, mientras que Amazonas presentó la menor (0,47 por cada 100 000 habitantes). Estos resultados evidencian diferencias territoriales importantes en las tasas de mortalidad por suicidio.

Figura 3. *Tasas por departamento del Perú, 2020*

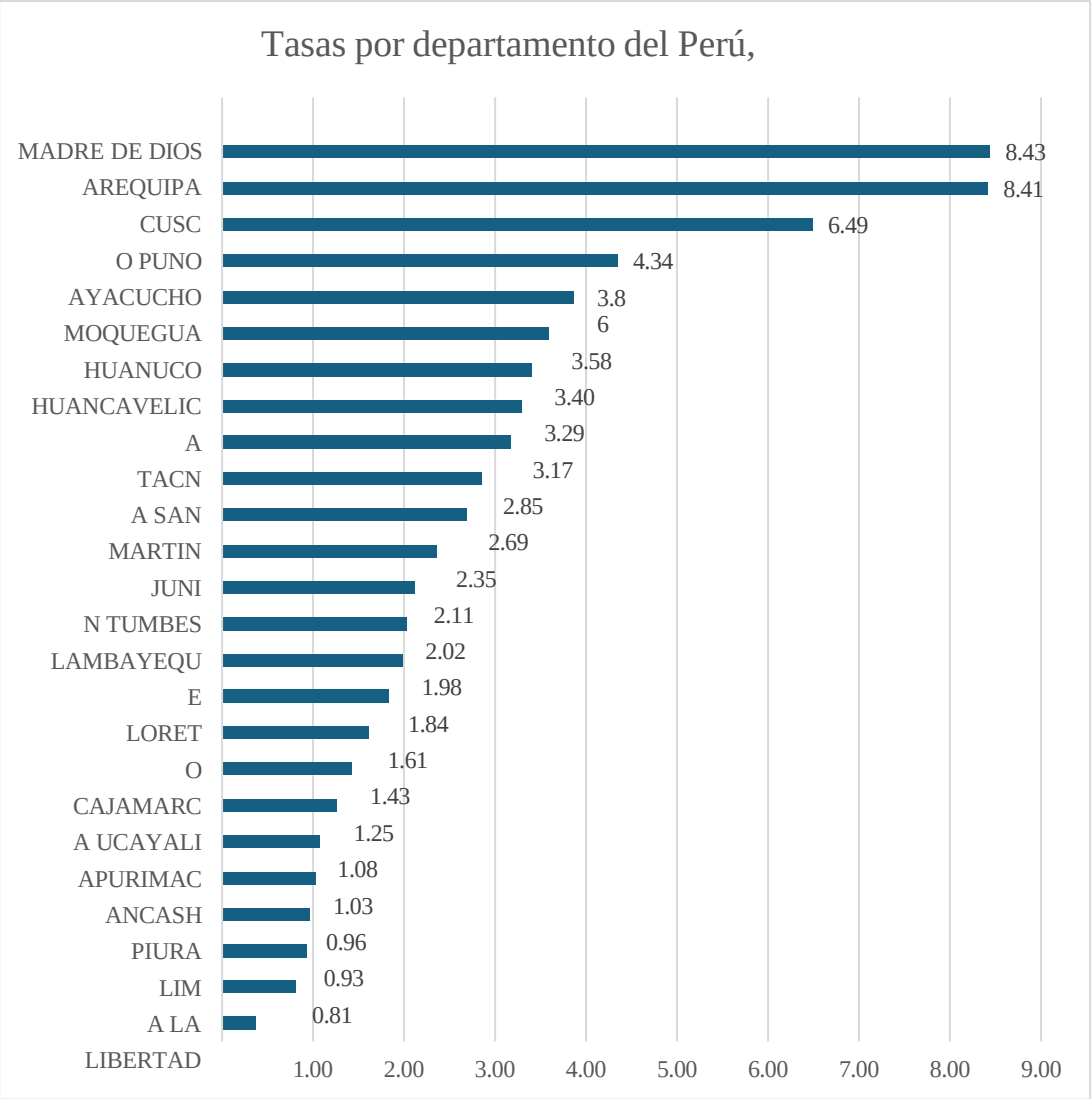


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2020, Moquegua registró la mayor tasa de suicidio (7,26 por cada 100 000 habitantes), seguida de Arequipa (6,34), Cusco (5,90) y Madre de Dios (5,75). En contraste, Ucayali presentó la menor tasa (0,85). Estos resultados muestran diferencias territoriales en la mortalidad por suicidio, con tasas elevadas en varios departamentos del sur del país.

Figura 4. *Tasas por departamento del Perú, 2021*

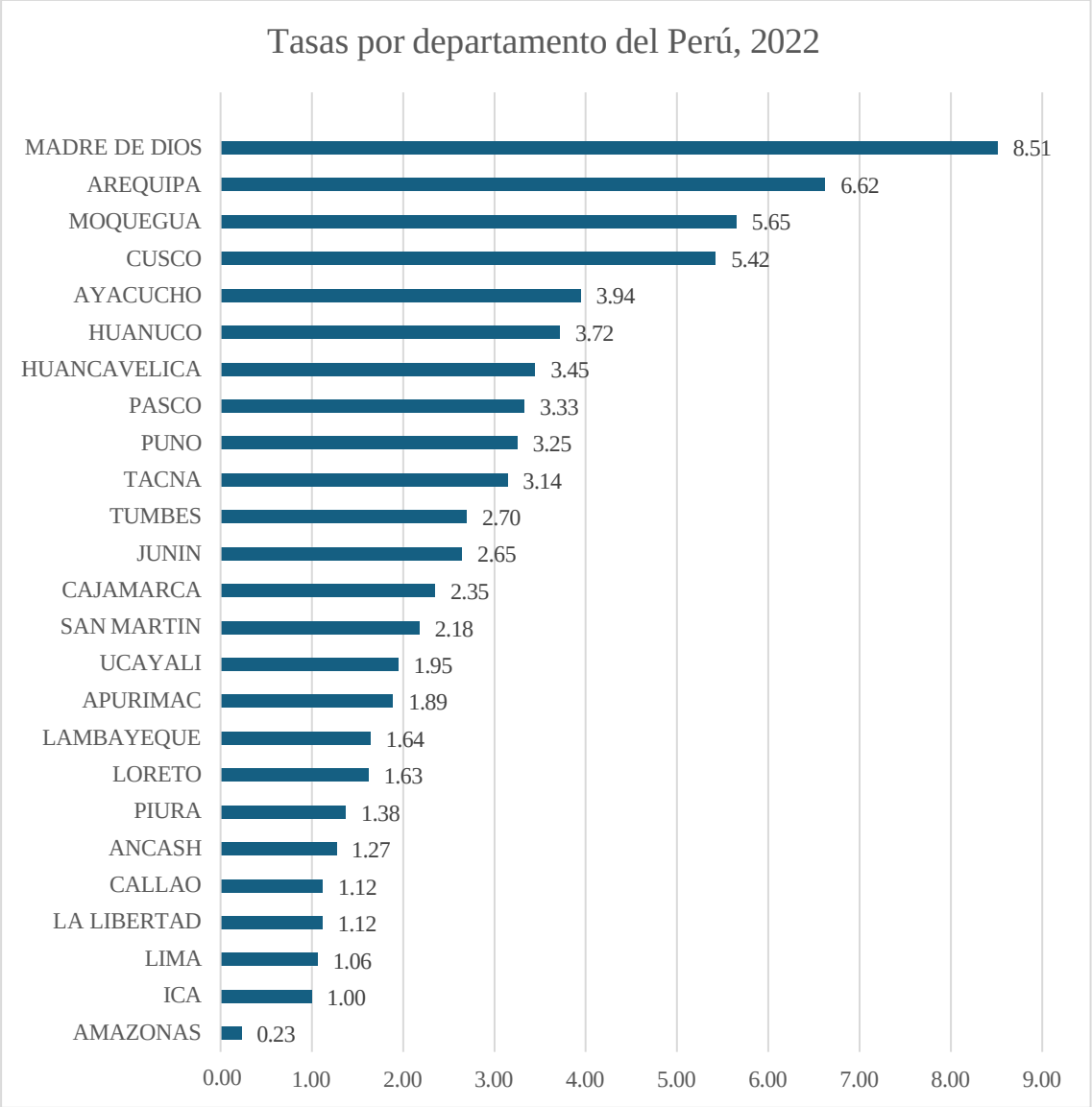


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2021, las mayores tasas de suicidio se registraron en Madre de Dios (8,43) y Arequipa (8,41), seguidas de Cusco (6,49) y Puno (4,34) por cada 100 000 habitantes. Estos departamentos corresponden principalmente a la Sierra y al ámbito amazónico, mientras que Pasco presentó la menor tasa (0,37). La distribución evidencia diferencias territoriales entre los departamentos del país.

Figura 5. *Tasas por departamentos del Perú, 2022*

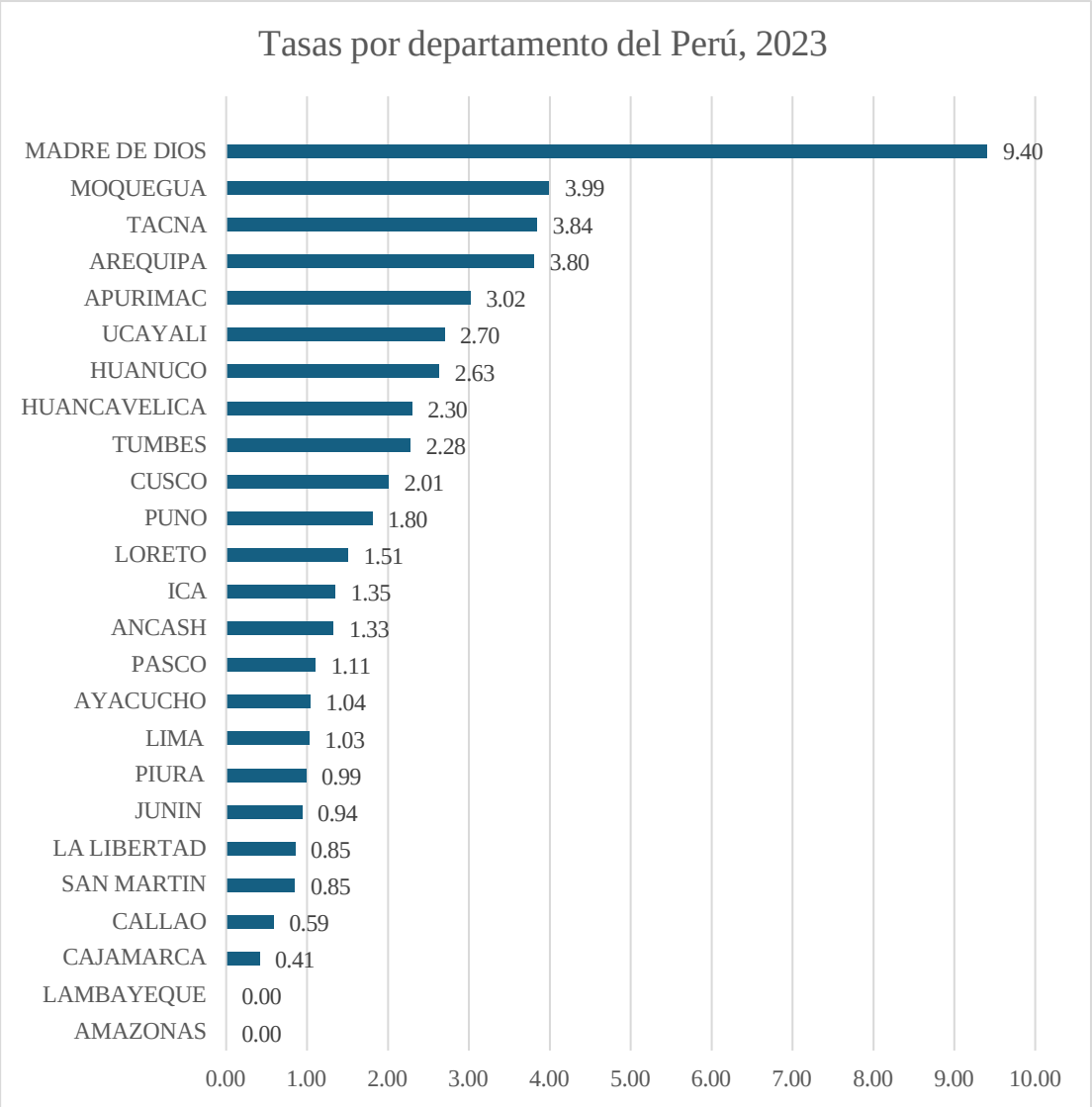


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: n 2022, Madre de Dios registró la mayor tasa de suicidio (8,51 por cada 100 000 habitantes), seguido de Arequipa (6,62), Moquegua (5,65) y Cusco (5,42). En contraste, Amazonas presentó la menor tasa (0,23). Las tasas más elevadas correspondieron principalmente a departamentos del sur y del ámbito andino, aunque Madre de Dios pertenece a la región Selva. Estos resultados evidencian diferencias territoriales en la mortalidad por suicidio.

Figura 6. *Tasas por departamento del Perú, 2023*

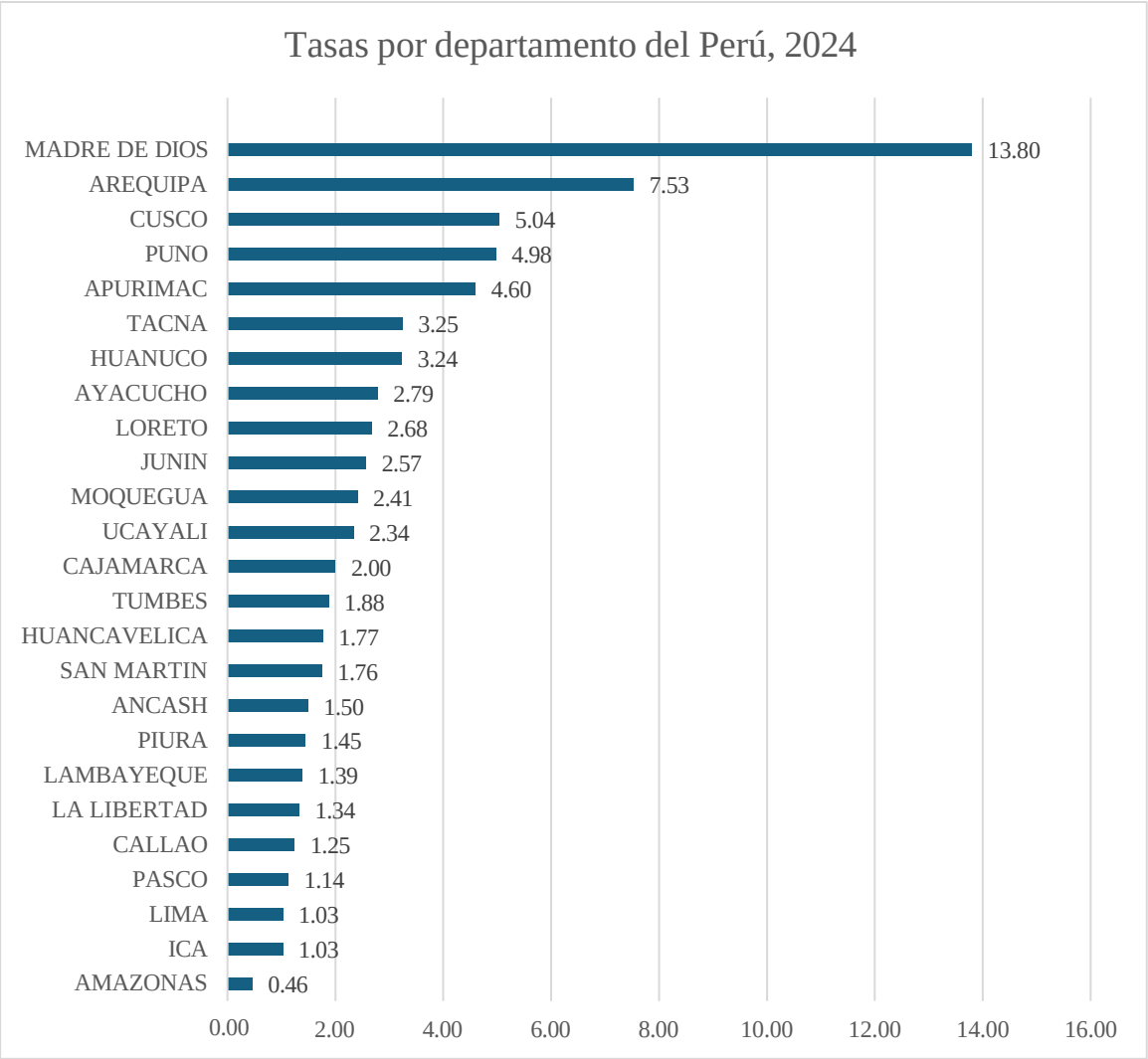


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2023, Madre de Dios registró la mayor tasa de suicidio (9,40 por cada 100 000 habitantes), superando ampliamente al resto de departamentos. Le siguieron Moquegua (3,99), Tacna (3,84) y Arequipa (3,80). En contraste, Lambayeque y Amazonas presentaron tasas de 0,00. Estos resultados muestran diferencias territoriales marcadas, con valores elevados en algunos departamentos del sur y una tasa particularmente alta en Madre de Dios.

Figura 7. *Tasas por departamento del Perú, 2024*

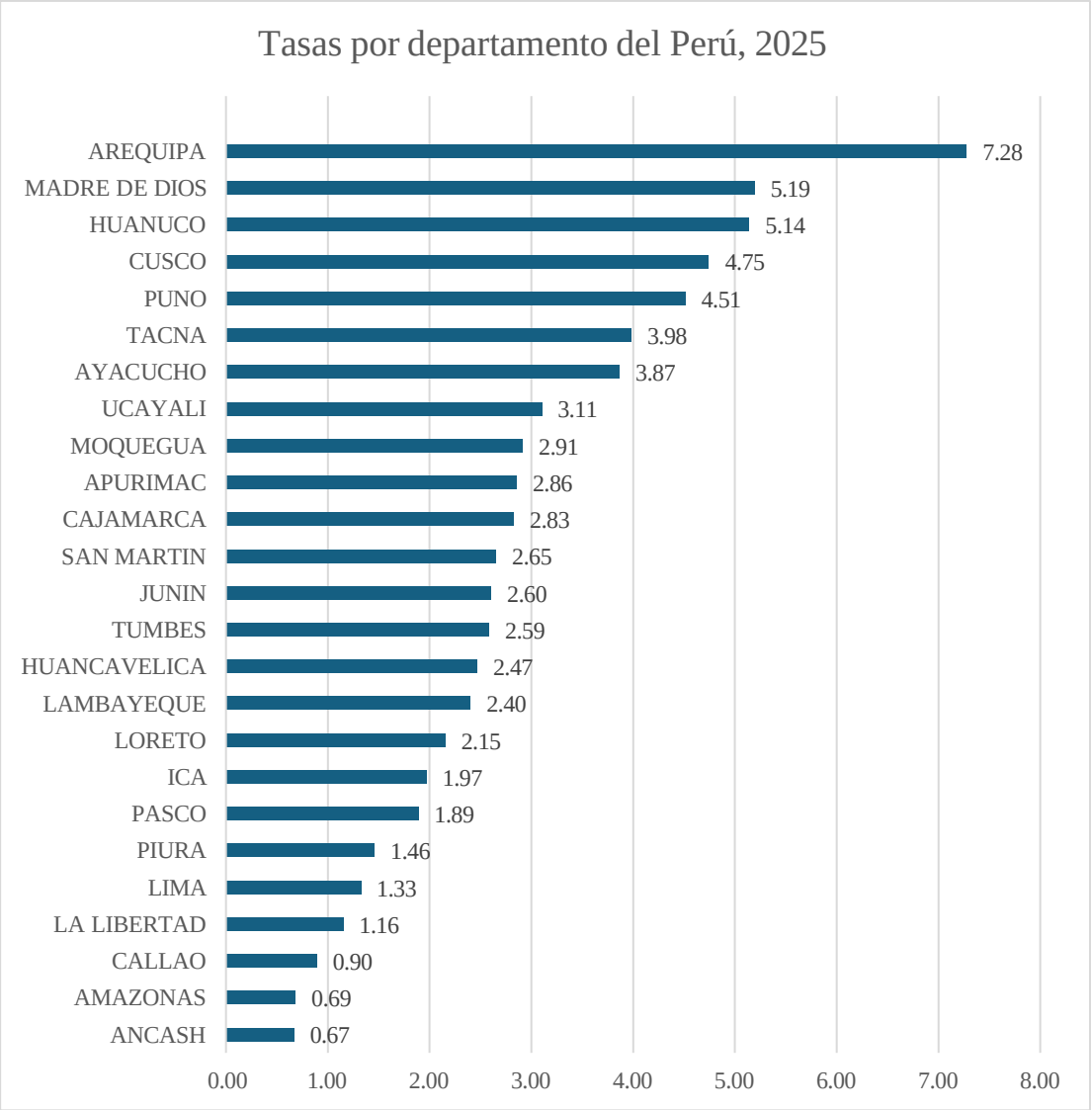


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación En 2024, Madre de Dios registró la mayor tasa de suicidio (13,80 por cada 100 000 habitantes), seguido de Arequipa (7,53), Cusco (5,04) y Puno (4,98). En contraste, Amazonas presentó la menor tasa (0,46). Estos resultados evidencian diferencias territoriales marcadas, con una tasa particularmente elevada en Madre de Dios y valores altos en varios departamentos del sur del país.

Figura 8. Tasas por departamento del Perú, 2025



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2025, Arequipa registró la mayor tasa de suicidio (7,28 por cada 100 000 habitantes), seguida de Madre de Dios (5,19), Huánuco (5,14) y Cusco (4,75). En contraste, Áncash presentó la menor tasa (0,67). A diferencia de los años anteriores, Arequipa ocupó el primer lugar, mientras que Madre de Dios mostró una reducción respecto a 2024. Estos resultados evidencian diferencias territoriales persistentes en la mortalidad por suicidio.

Tabla 2. *Tasas anuales de suicidio por departamentos en el Perú, 2019 – 2025*

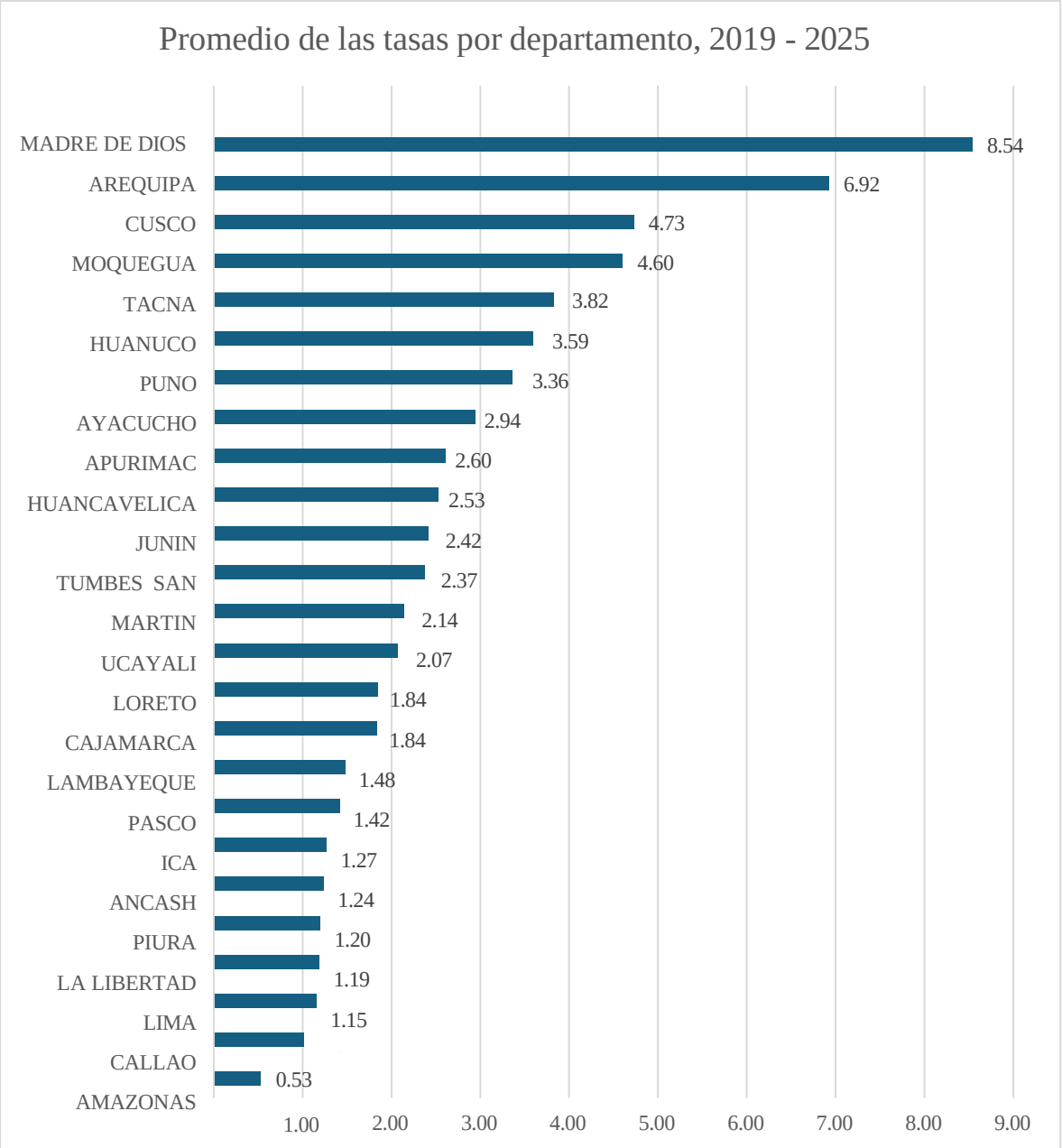
Tasas anuales de suicidio por departamento por año							
	2019	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
AMAZONAS	0.47	0.94	0.93	0.23	0.00	0.46	0.69
ANCASH	1.45	1.02	1.43	1.27	1.33	1.50	0.67
APURIMAC	1.93	2.32	1.61	1.89	3.02	4.60	2.86
AREQUIPA	8.44	6.34	8.41	6.62	3.80	7.53	7.28
AYACUCHO	1.67	3.44	3.86	3.94	1.04	2.79	3.87
CAJAMARCA	1.23	2.06	1.98	2.35	0.41	2.00	2.83
CALLAO	1.03	1.24	0.96	1.12	0.59	1.25	0.90
CUSCO	3.49	5.90	6.49	5.42	2.01	5.04	4.75
HUANCAVELICA	1.96	2.46	3.29	3.45	2.30	1.77	2.47
HUANUCO	3.04	3.95	3.40	3.72	2.63	3.24	5.14
ICA	1.10	1.64	0.81	1.00	1.35	1.03	1.97
JUNIN	2.30	3.16	2.69	2.65	0.94	2.57	2.60
LA LIBERTAD	1.64	1.19	1.03	1.12	0.85	1.34	1.16
LAMBAYEQUE	1.92	0.92	2.11	1.64	0.00	1.39	2.40
LIMA	1.45	1.09	1.08	1.06	1.03	1.03	1.33
LORETO	1.76	1.17	2.02	1.63	1.51	2.68	2.15
MADRE DE DIOS	8.66	5.75	8.43	8.51	9.40	13.80	5.19
MOQUEGUA	6.38	7.26	3.58	5.65	3.99	2.41	2.91
PASCO	0.64	1.47	0.37	3.33	1.11	1.14	1.89
PIURA	0.95	0.93	1.25	1.38	0.99	1.45	1.46
PUNO	2.11	2.50	4.34	3.25	1.80	4.98	4.51
SAN MARTIN	2.37	2.33	2.85	2.18	0.85	1.76	2.65
TACNA	6.14	3.23	3.17	3.14	3.84	3.25	3.98
TUMBES	0.80	3.98	2.35	2.70	2.28	1.88	2.59
UCAYALI	1.74	0.85	1.84	1.95	2.70	2.34	3.11

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS
Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Entre 2019 y 2025, las tasas de suicidio mostraron diferencias territoriales persistentes. Madre de Dios registró los valores más elevados en varios

años y alcanzó su máximo en 2024 (13,80 por cada 100 000 habitantes). Arequipa, Moquegua, Tacna, Cusco y Puno también presentaron tasas elevadas en distintos años del periodo. En 2025, Arequipa ocupó el primer lugar (7,28), mientras que Áncash registró la tasa más baja (0,67).

Fgura 9. *Promedio de las tasas por departamento, 2019 – 2025*

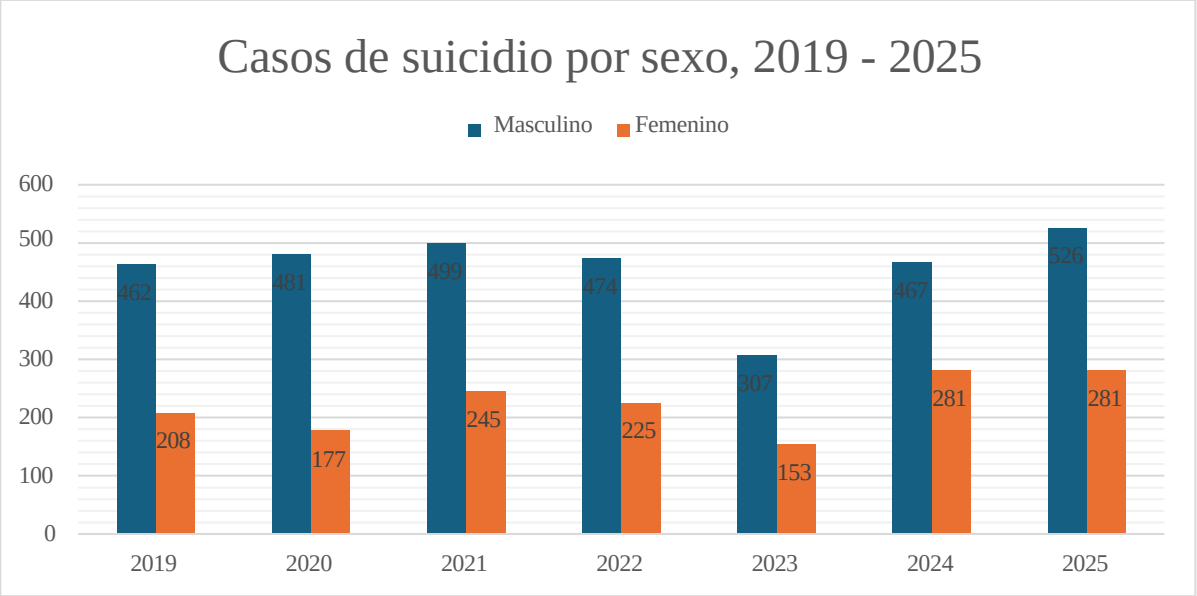


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Promedio de las tasas de suicidio por cada año calculadas por cada 100000 habitantes

Interpretación: Durante el periodo 2019–2025, Madre de Dios registró la mayor tasa promedio de suicidio (8,54 por cada 100 000 habitantes), seguido de Arequipa (6,92), Cusco (4,73) y Moquegua (4,60). En contraste, Amazonas presentó el menor promedio (0,53). Estos resultados evidencian diferencias territoriales en la mortalidad por suicidio, con tasas promedio elevadas principalmente en varios departamentos del sur del país y en Madre de Dios.

Figura 10. *Casos de suicidio en el Perú por sexo, 2019 – 2025*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINADEF y REUNIS

Interpretación: Durante el periodo 2019–2025, los casos de suicidio fueron consistentemente más numerosos en hombres que en mujeres. En ambos sexos, el menor número de casos se registró en 2023, con 307 hombres y 153 mujeres. En 2025, los casos masculinos alcanzaron su máximo (526), mientras que en las mujeres el valor más alto se registró en 2024 y 2025, con 281 casos en cada año. Estos resultados evidencian un predominio sostenido de los casos de suicidio en hombres durante todo el periodo estudiado.

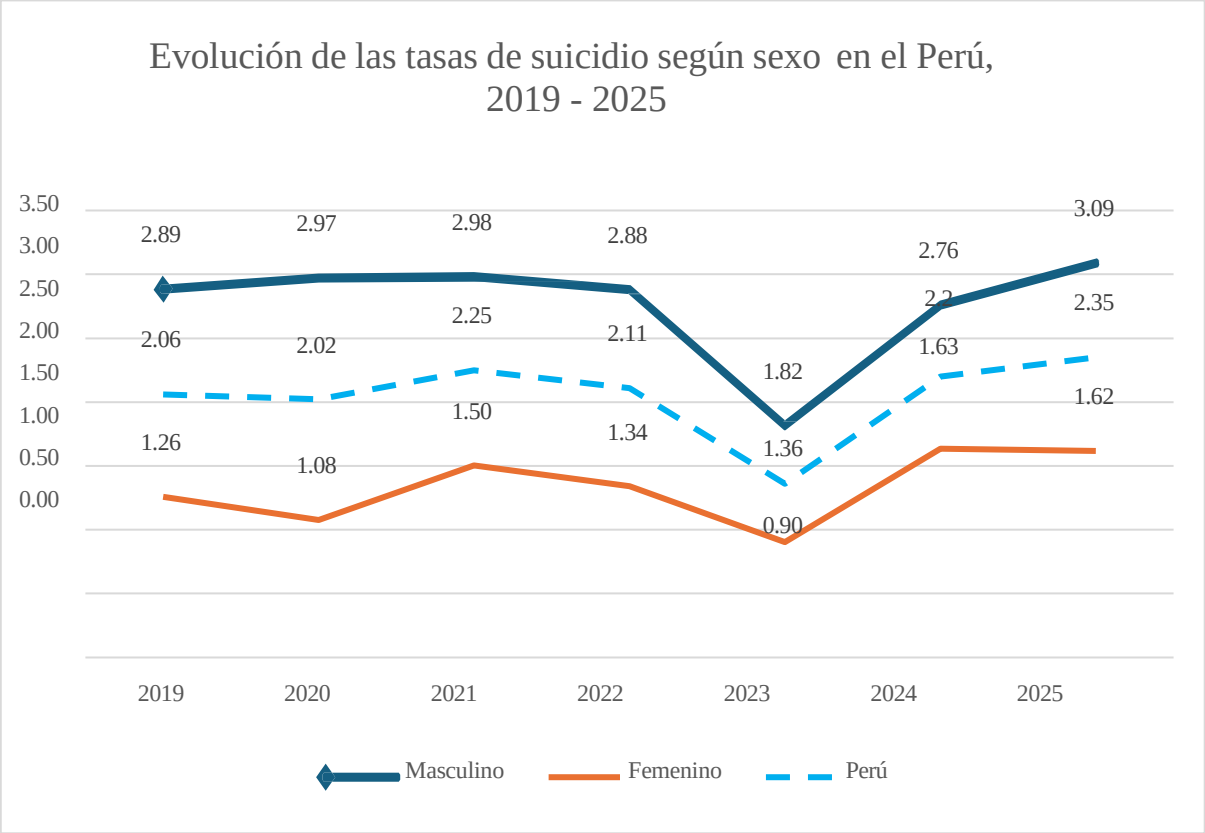
Tabla 3. *Casos, porcentajes y tasas de suicidio por sexo, 2019 – 2025*

Año	Casos de suicidio		Tasas de suicidio*	
	Masculino (%)	Femenino (%)	Masculino	Femenino
2019	462 (69%)	208 (31%)	2,89	1,26
2020	481 (73%)	177 (27%)	2,97	1,08
2021	499 (67%)	245 (33%)	2,98	1,50
2022	474 (68%)	225 (32%)	2,88	1,34
2023	307 (67%)	153 (33%)	1,82	0,90
2024	467 (62%)	281 (38%)	2,76	1,63
2025	526 (65%)	281 (35%)	3,09	1,62
TOTAL	3216 (67%)	1570 (33%)	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS
**: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes*

Interpretación: Durante el periodo 2019–2025, los hombres presentaron mayores tasas de suicidio que las mujeres en todos los años evaluados y representaron entre el 62 % y el 73 % de los casos anuales. Las tasas masculinas oscilaron entre 1,82 y 3,09 por cada 100 000 habitantes, mientras que las femeninas variaron entre 0,90 y 1,63. En ambos sexos se observó una disminución de las tasas en 2023, seguida de un incremento en 2024 y 2025. Estos resultados evidencian un predominio sostenido de la mortalidad por suicidio en la población masculina.

Figura 11. *Evolución de las tasas de suicidio según sexo en el Perú, 2019 – 2025*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Durante el periodo 2019–2025, la tasa de suicidio en hombres se mantuvo por encima de la tasa nacional, mientras que la tasa en mujeres permaneció por debajo. En 2025, la tasa masculina alcanzó su valor máximo (3,09 por cada 100 000 habitantes), frente a 2,35 a nivel nacional y 1,62 en mujeres. Las tres series mostraron un comportamiento temporal similar, con una disminución marcada en 2023 y un incremento posterior en 2024 y 2025.

Tabla 4. *Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2019*

Casos y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2019			
Grupo etario	Casos de suicidio	%	Tasas de suicidio
5 – 9	0	0.00 %	0.00
10 – 14	35	5.23 %	1.20
15 – 19	109	16.29 %	3.78
20 – 24	99	14.80 %	3.48
25 – 29	75	11.21 %	2.71
30 – 34	58	8.67 %	2.25
35 – 39	59	8.82 %	2.53
40 – 44	39	5.83 %	1.79
45 – 49	40	5.98 %	2.12
50 – 54	40	5.98 %	2.44
55 – 59	28	4.19 %	2.01
60 – 64	26	3.89 %	2.36
65 – 69	20	2.99 %	2.32
70 – 74	23	3.44 %	3.67
75 – 79	6	0.90 %	1.37
80 a más	12	1.79 %	2.74
TOTAL	**669**	**100%**	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: n 2019, las mayores tasas de suicidio se registraron en los grupos de 15–19 años (3,78), 70–74 años (3,67) y 20–24 años (3,48) por cada 100 000 habitantes. Los grupos de 15–19 y 20–24 años concentraron también la mayor proporción de casos, con el 16,29 % y el 14,80 %, respectivamente. En contraste, no se registraron casos en el grupo de 5–9 años. Estos resultados muestran una mayor concentración de casos en adolescentes y adultos jóvenes, aunque las tasas elevadas también se observaron en algunos grupos de mayor edad.

Tabla 5. *Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2020*

Casos y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2020			
Grupo etario	Casos de suicidio	%	Tasas de suicidio
5 – 9	4	0.61 %	0.15
10 – 14	64	9.74 %	2.34
15 – 19	105	15.98 %	4.26
20 – 24	85	12.94 %	3.16
25 – 29	53	8.07 %	1.95
30 – 34	36	5.48 %	1.39
35 – 39	52	7.91 %	2.12
40 – 44	35	5.33 %	1.56
45 – 49	31	4.72 %	1.60
50 – 54	42	6.39 %	2.39
55 – 59	31	4.72 %	2.04
60 – 64	30	4.57 %	2.48
65 – 69	35	5.33 %	3.46
70 – 74	18	2.74 %	2.42
75 – 79	17	2.59 %	3.22
80 a más	19	2.89 %	2.94
TOTAL	657	100%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS
Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2020, las mayores tasas de suicidio se registraron en los grupos de 15–19 años (4,26), 65–69 años (3,46) y 75–79 años (3,22) por cada 100 000 habitantes. Los grupos de 15–19 y 20–24 años concentraron el mayor número de casos, con 105 y 85, respectivamente, y representaron el 15,98 % y el 12,94 % del total. En contraste, el grupo de 5–9 años presentó la menor tasa (0,15). Estos resultados muestran una concentración de casos en adolescentes y adultos jóvenes, así como tasas elevadas en algunos grupos de mayor edad.

Tabla 6. *Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2021*

Casos y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2021			
Grupo etario	Casos de suicidio	%	Tasas de suicidio
5 – 9	2	0.27 %	0.07
10 – 14	62	8.33 %	2.28
15 – 19	129	17.34 %	5.14
20 – 24	111	14.92 %	4.18
25 – 29	89	11.96 %	3.25
30 – 34	76	10.22 %	2.89
35 – 39	55	7.39 %	2.21
40 – 44	43	5.78 %	1.87
45 – 49	43	5.78 %	2.16
50 – 54	22	2.96 %	1.23
55 – 59	23	3.09 %	1.48
60 – 64	27	3.63 %	2.16
65 – 69	27	3.63 %	2.61
70 – 74	10	1.34 %	1.30
75 – 79	12	1.61 %	2.21
80 a más	13	1.75 %	1.94
TOTAL	744	100%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS
Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2021, las mayores tasas de suicidio se registraron en los grupos de 15–19 años (5,14), 20–24 años (4,18) y 25–29 años (3,25) por cada 100 000 habitantes. Estos grupos concentraron también el mayor número de casos, con 129, 111 y 89, respectivamente. En contraste, el grupo de 5–9 años presentó la menor tasa (0,07). Los resultados muestran una mayor concentración de casos en adolescentes y adultos jóvenes.

Tabla 7. *Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2022*

Casos y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2022			
Grupo etario	Casos de suicidio	%	Tasas de suicidio
5 – 9	2	0.29 %	0.07
10 – 14	37	5.30 %	1.38
15 – 19	146	20.92 %	7.15
20 – 24	114	16.33 %	4.42
25 – 29	86	12.32 %	3.15
30 – 34	55	7.88 %	2.08
35 – 39	44	6.30 %	1.75
40 – 44	47	6.73 %	2.02
45 – 49	36	5.16 %	1.76
50 – 54	35	5.01 %	1.92
55 – 59	26	3.72 %	1.62
60 – 64	21	3.01 %	1.61
65 – 69	21	3.01 %	1.98
70 – 74	11	1.58 %	1.36
75 – 79	9	1.29%	1.61
80 a más	8	1.15%	1.17
TOTAL	698	100%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS
Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2022, el grupo de 15–19 años presentó la mayor tasa de suicidio (7,15 por cada 100 000 habitantes), seguido de los grupos de 20–24 años (4,42) y 25–29 años (3,15). Estos grupos registraron también el mayor número de casos, con 146, 114 y 86, respectivamente. En conjunto, los grupos de 15–24 años concentraron el 37,25 % de los casos registrados. En contraste, el grupo de 5–9 años presentó la menor tasa (0,07) y solo dos casos.

Tabla 8. *Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2023*

Casos y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2023			
Grupo etario	Casos de suicidio	%	Tasas de suicidio
5 – 9	0	0.00 %	0.00
10 – 14	19	4.13 %	0.65
15 – 19	70	15.22 %	3.11
20 – 24	82	17.83 %	3.07
25 – 29	52	11.30 %	1.80
30 – 34	39	8.48 %	1.45
35 – 39	41	8.91 %	1.64
40 – 44	26	5.65 %	1.13
45 – 49	23	5.00 %	1.11
50 – 54	32	6.96 %	1.81
55 – 59	15	3.26%	0.98
60 – 64	15	3.26%	1.21
65 – 69	15	3.26%	1.51
70 – 74	10	2.17%	1.38
75 – 79	11	2.39%	2.09
80 a más	10	2.17%	1.50
TOTAL	460	100%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS
Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2023, los grupos de 20–24 y 15–19 años concentraron el mayor número de casos, con 82 y 70, respectivamente, y representaron el 17,83 % y el 15,22 % del total. Sin embargo, el grupo de 15–19 años presentó la mayor tasa de suicidio (3,11 por cada 100 000 habitantes), seguido del grupo de 20–24 años (3,07). En contraste, no se registraron casos en el grupo de 5–9 años.

Tabla 9. *Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupo etario en el Perú, 2024*

Casos y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2024			
Grupo etario	Casos de suicidio	%	Tasas de suicidio
5 – 9	2	0.27 %	0.07
10 – 14	46	6.15 %	1.54
15 – 19	134	17.91 %	4.74
20 – 24	125	16.71 %	4.63
25 – 29	87	11.63 %	2.97
30 – 34	69	9.22 %	2.53
35 – 39	57	7.62 %	2.25
40 – 44	35	4.68 %	1.51
45 – 49	40	5.35 %	1.91
50 – 54	33	4.41%	1.84
55 – 59	33	4.41%	2.13
60 – 64	23	3.07%	1.83
65 – 69	19	2.54%	1.89
70 – 74	18	2.41%	2.45
75 – 79	12	1.60%	2.25
80 a más	15	2.01%	2.22
TOTAL	748	100%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS
Nota: Tasas de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2024, los grupos de 15–19 y 20–24 años concentraron el mayor número de casos de suicidio, con 134 y 125, respectivamente, y representaron el 17,91 % y el 16,71 % del total. El grupo de 15–19 años presentó la mayor tasa (4,74 por cada 100 000 habitantes), seguido de los grupos de 20–24 años (4,63) y 25–29 años (2,97). En contraste, el grupo de 5–9 años registró solo dos casos y la menor tasa (0,07).

Tabla 10. *Casos, porcentajes y tasas de suicidio según grupo etario en el Perú, 2025*

Casos y tasas de suicidio según grupos etarios en el Perú, 2025			
Grupo etario	Casos de suicidio	%	Tasas de suicidio
5 – 9	2	0.25 %	0.07
10 – 14	52	6.45 %	1.98
15 – 19	142	17.62 %	5.13
20 – 24	121	15.01 %	4.87
25 – 29	96	11.91 %	3.55
30 – 34	88	10.92 %	3.23
35 – 39	48	5.96 %	1.85
40 – 44	51	6.33 %	2.08
45 – 49	51	6.33 %	2.28
50 – 54	40	4.96 %	2.08
55 – 59	29	3.60 %	1.67
60 – 64	30	3.72 %	2.03
65 – 69	16	1.99 %	1.39
70 – 74	14	1.74 %	1.51
75 – 79	13	1.61 %	2.04
80 a más	13	1.61 %	1.68
TOTAL	806	100%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS
Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: En 2025, los grupos de 15–19 y 20–24 años concentraron el mayor número de casos de suicidio, con 142 y 121 casos, respectivamente, equivalentes al 17,62 % y 15,01 % del total. El grupo de 15–19 años presentó la mayor tasa (5,13 por cada 100 000 habitantes), seguido del grupo de 20–24 años (4,87). En contraste, el grupo de 5–9 años registró solo dos casos y la menor tasa (0,07). Estos resultados muestran una mayor concentración de casos en adolescentes y adultos jóvenes.

Tabla 11. *Distribución de los casos de suicidio según el estado civil en el Perú, 2019 – 2022*

	2019		2020		2021		2022	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Soltero	458	68,36%	434	65,76%	531	71,37%	502	71,71%
Casado	91	13,58%	99	15,0%	71	9,54%	70	10,0%
Conviviente	25	3,73%	11	1,67%	10	1,34%	19	2,71%
Otros	23	3,43%	15	2,27%	13	1,75%	12	1,71%
Sin registro	73	10,90%	101	15,30%	119	15,99%	97	13,86%
TOTAL	670	100%	660	100%	744	100%	700	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: La categoría "Otros" incluye divorciados, viudos, separados e ignorados.

Interpretación: Durante el periodo 2019–2022, las personas solteras concentraron la mayor proporción de casos de suicidio, con porcentajes entre el 65,76 % y el 71,71 %, alcanzando su valor máximo en 2022 (71,71 %). En segundo lugar, se ubicaron las personas casadas, con proporciones entre el 9,54 % y el 15,00 %, mientras que los convivientes y la categoría «Otros» representaron porcentajes menores. Asimismo, los registros sin información sobre el estado civil oscilaron entre el 10,90 % y el 15,99 %, lo que limita la caracterización completa de los casos. En conjunto, se observó un predominio de personas solteras entre los casos registrados durante todo el periodo.

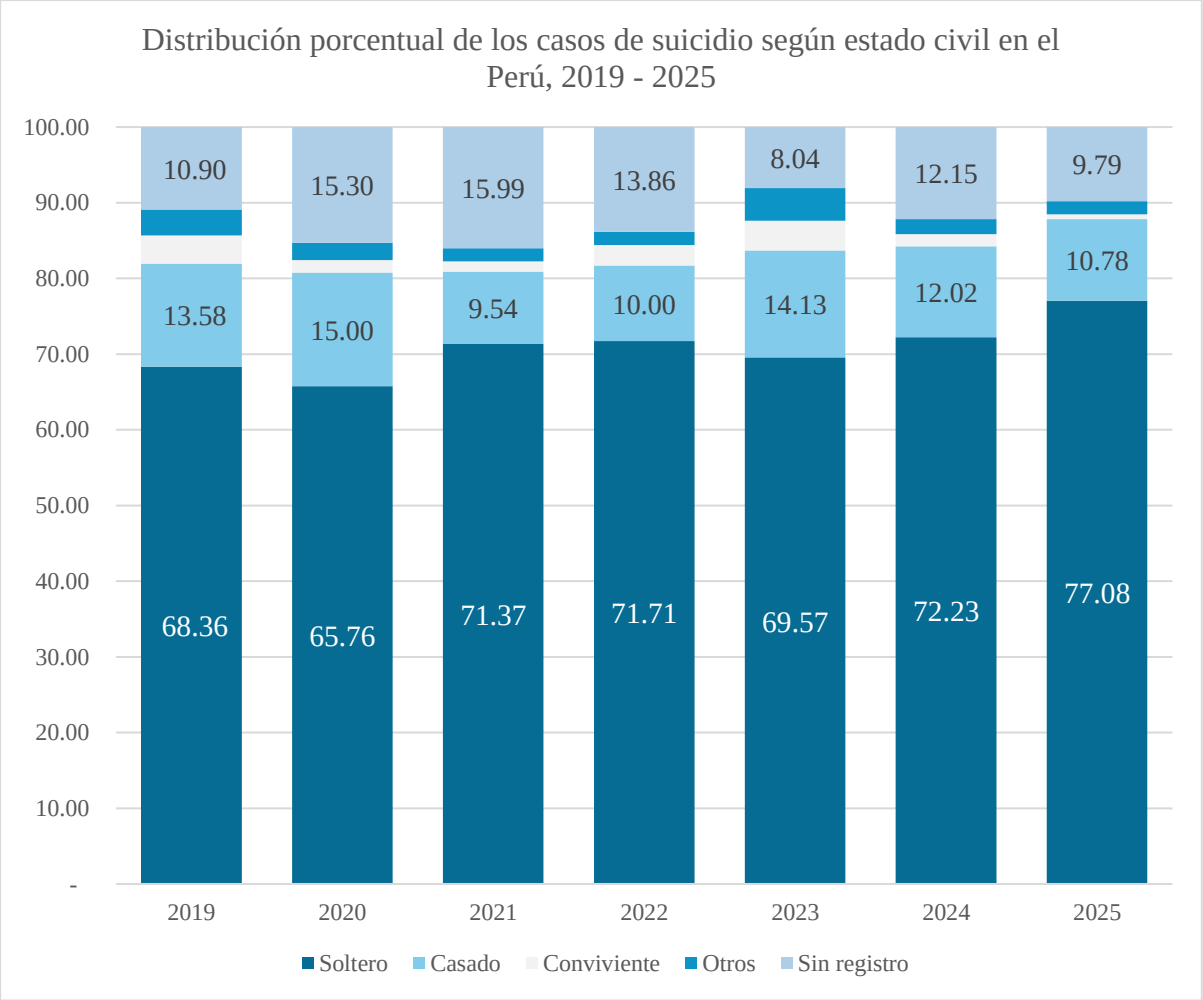
Tabla 12. *Distribución de los casos de suicidio según el estado civil en el Perú, 2023 – 2025*

	2023		2024		2025	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Soltero	320	69,57%	541	72,23%	622	77,08%
Casado	65	14,13%	90	12,02%	87	10,78%
Conviviente	18	3,91%	12	1,60%	5	0,62%
Otros	20	4,35%	15	2,0%	14	1,73%
Sin registro	37	8,04%	91	12,15%	79	9,79%
TOTAL	460	100%	749	100%	807	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS
Nota: La categoría "Otros" incluye divorciados, viudos, separados e ignorados.

Interpretación: Durante el periodo 2023–2025, las personas solteras concentraron la mayor proporción de casos de suicidio, con un incremento del 69,57 % en 2023 al 77,08 % en 2025. Las personas casadas ocuparon el segundo lugar, con porcentajes entre el 10,78 % y el 14,13 %, mientras que los convivientes y la categoría «Otros» representaron proporciones menores. Los registros sin información sobre el estado civil oscilaron entre el 8,04 % y el 12,15 %, lo que limita la caracterización completa de esta variable. En conjunto, se observó un predominio de personas solteras entre los casos registrados durante los tres años.

Figura 12. *Distribución porcentual de los casos de suicidio según estado civil en el Perú, 2019 – 2025*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: La categoría "Otros" incluye divorciados, viudos, separados e ignorados.

Interpretación: Durante el periodo 2019–2025, las personas solteras concentraron la mayor proporción de casos de suicidio, con porcentajes que oscilaron entre el 65,76 % y el 77,08 %, alcanzando su valor máximo en 2025. Las personas casadas ocuparon el segundo lugar, con proporciones entre el 9,54 % y el 15,00 %, mientras que los convivientes y la categoría «Otros» representaron porcentajes menores.

Tabla 13. *Distribución de los casos de suicidio según el nivel de instrucción en el Perú, 2019 – 2022*

Distribución de los casos de suicidio según el nivel de instrucción en el Perú, 2019 - 2022

	2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desconocido	56	8.4%	78	11.8%	79	10.6%	57	8.1%
Iletrado	10	1.5%	17	2.6%	13	1.7%	13	1.9%
Primaria Completa	63	9.4%	65	9.8%	71	9.5%	47	6.7%
Primaria Incompleta	75	11.2%	54	8.2%	66	8.9%	62	8.9%
Secundaria Completa	198	29.6%	163	24.7%	198	26.6%	196	28.0%
Secundaria Incompleta	141	21.0%	161	24.4%	171	23.0%	162	23.1%
Superior No Univ. Completa	26	3.9%	37	5.6%	34	4.6%	34	4.9%
Superior No Univ. Incompleta	23	3.4%	25	3.8%	25	3.4%	43	6.1%
Superior Univ. Completa	28	4.2%	23	3.5%	38	5.1%	36	5.1%
Superior Univ. Incompleta	50	7.5%	36	5.5%	47	6.3%	50	7.1%
Inicial	0	0.0%	1	0.2%	2	0.3%	0	0.0%
TOTAL	670	100%	660	100%	744	100%	700	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Interpretación: Distribución de los casos de suicidio según el nivel de instrucción en el Perú durante el periodo 2019–2022. La secundaria completa constituyó la categoría más frecuente, con porcentajes entre el 24,7 % y el 29,6 %, seguida de la secundaria incompleta, que representó entre el 21,0 % y el 24,4 % de los casos anuales. En conjunto, ambos niveles concentraron más del 45 % de los casos en todos los años evaluados.

Tabla 14. *Distribución de los casos de suicidio según el nivel de instrucción en el Perú, 2023 – 2025*

Distribución de los casos de suicidio según el nivel de instrucción en el Perú, 2023 – 2025

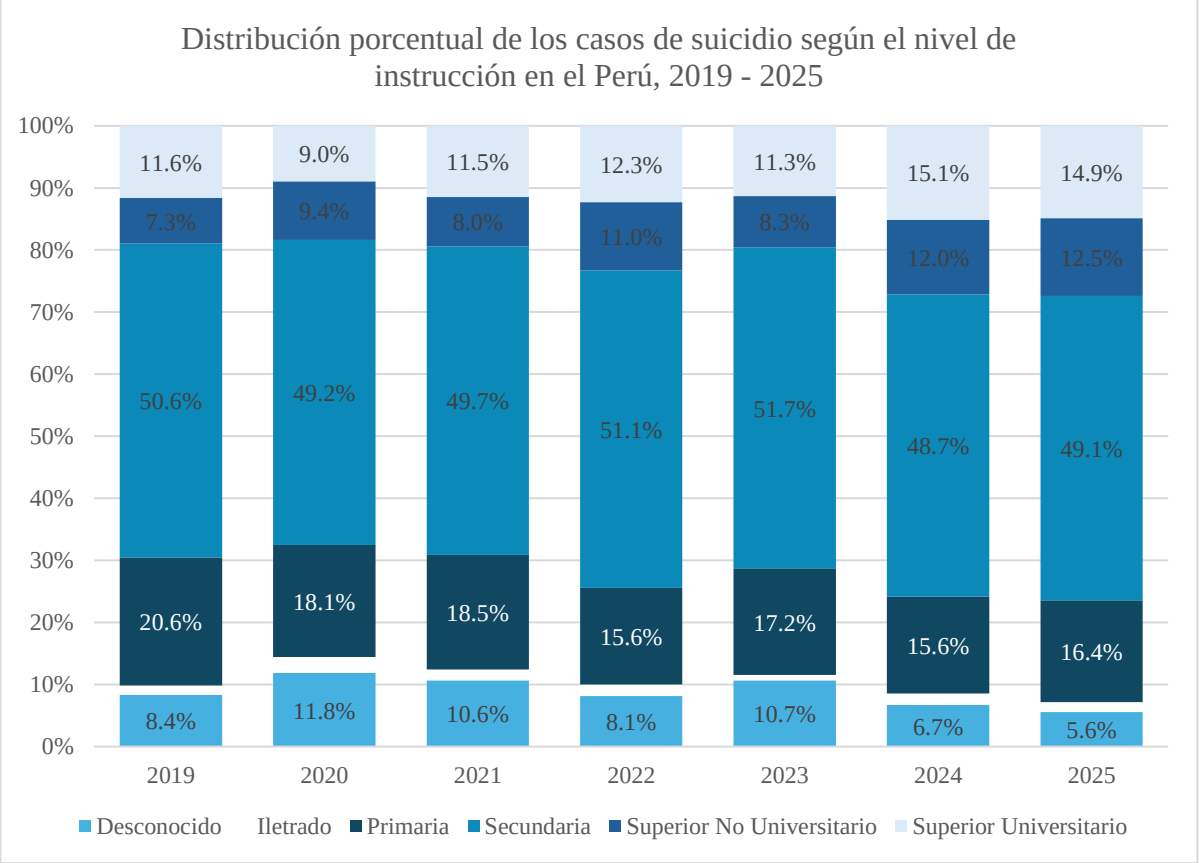
	2023		2024		2025	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Desconocido	49	10.7%	50	6.7%	45	5.6%
Iletrado	4	0.9%	14	1.9%	13	1.6%
Primaria Completa	44	9.6%	70	9.3%	58	7.2%
Primaria Incompleta	35	7.6%	47	6.3%	74	9.2%
Secundaria Completa	141	30.7%	199	26.6%	222	27.5%
Secundaria Incompleta	97	21.1%	165	22.0%	174	21.6%
Superior No Univ. Completa	23	5.0%	42	5.6%	56	6.9%
Superior No Univ. Incompleta	15	3.3%	48	6.4%	45	5.6%
Superior Univ. Completa	23	5.0%	54	7.2%	50	6.2%
Superior Univ. Incompleta	29	6.3%	59	7.9%	70	8.7%
Inicial	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%
TOTAL	460	100.0%	749	100.0%	807	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Interpretación: Distribución de los casos de suicidio según el nivel de instrucción en el Perú durante el periodo 2023–2025. La secundaria completa constituyó la categoría más frecuente, con porcentajes entre el 26,6 % y el 30,7 %, seguida de la secundaria incompleta, que representó entre el 21,1 % y el 22,0 % de los casos anuales. En conjunto, ambas categorías concentraron aproximadamente la mitad de los casos durante todo el periodo analizado. Los niveles de primaria completa e

incompleta presentaron proporciones menores, mientras que las categorías de educación superior universitaria y no universitaria mostraron variaciones en su participación a lo largo de los años.

Figura 13. *Distribución porcentual de los casos de suicidio según nivel de instrucción en el Perú, 2019 – 2025*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Se agruparon las categorías de Primaria Incompleta y Completa en una sola categoría como "Primaria", del mismo modo con las categorías de "Secundaria", "Superior No Universitaria" y "Superior Universitaria"

Interpretación: Distribución porcentual de los casos de suicidio según el nivel de instrucción en el Perú durante el periodo 2019–2025. La educación secundaria constituyó la categoría predominante en todos los años, concentrando entre el 48,7 % y el 51,7 % de los casos anuales. La educación primaria ocupó el segundo lugar, con proporciones que oscilaron entre el 15,6 % y el 20,6 %, aunque se observó una

reducción respecto a los primeros años del periodo. Asimismo, los registros con nivel de instrucción desconocido disminuyeron del 11,6 % en 2019 al 5,6 % en 2025.

Tabla 15. *Distribución de los casos de suicidio según el método de suicidio en el Perú, 2019 – 2022*

Distribución de los casos de suicidio según el método de suicidio en el Perú, 2019 – 2022

	2019		2020		2021		2022	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Ahorcamiento	380	56.7%	410	62.1%	424	57.0%	429	61.3%
Envenenamiento por plaguicidas	22	3.3%	19	2.9%	23	3.1%	31	4.4%
Envenenamiento por otros	154	23.0%	128	19.4%	192	25.8%	141	20.1%
Arma de fuego	23	3.4%	23	3.5%	24	3.2%	19	2.7%
Laceraciones	29	4.3%	21	3.2%	21	2.8%	22	3.1%
Precipitación	4	0.6%	10	1.5%	19	2.6%	8	1.1%
Otros	58	8.7%	49	7.4%	41	5.5%	50	7.1%
TOTAL	670	100%	660	100%	744	100%	700	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: La categoría "Ahorcamiento" incluye asfixia mecánica, ahorcamiento por lazo y comprensión extrínseca de cuello, "Envenenamiento por plaguicidas" incluye intoxicación por plaguicidas, insecticidas, organofosforados, carbamatos y pesticidas. "Otros" incluye mecanismos no especificados en las categorías principales.

Interpretación: Distribución de los casos de suicidio según el método en el Perú durante el periodo 2019–2022. El ahorcamiento constituyó el método más frecuente en todos los años evaluados, representando entre el 56,7 % y el 62,1 % de los casos. En segundo lugar, se ubicó el envenenamiento por otros agentes, con proporciones entre el 19,4 % y el 25,8 %. La precipitación también presentó una baja frecuencia, con proporciones entre el 0,6 % y el 2,6 %.

Tabla 16. *Distribución de los casos de suicidio según el método de suicidio en el Perú, 2023 - 2025*

Distribución de los casos de suicidio según el método de suicidio en el Perú, 2023 - 2025

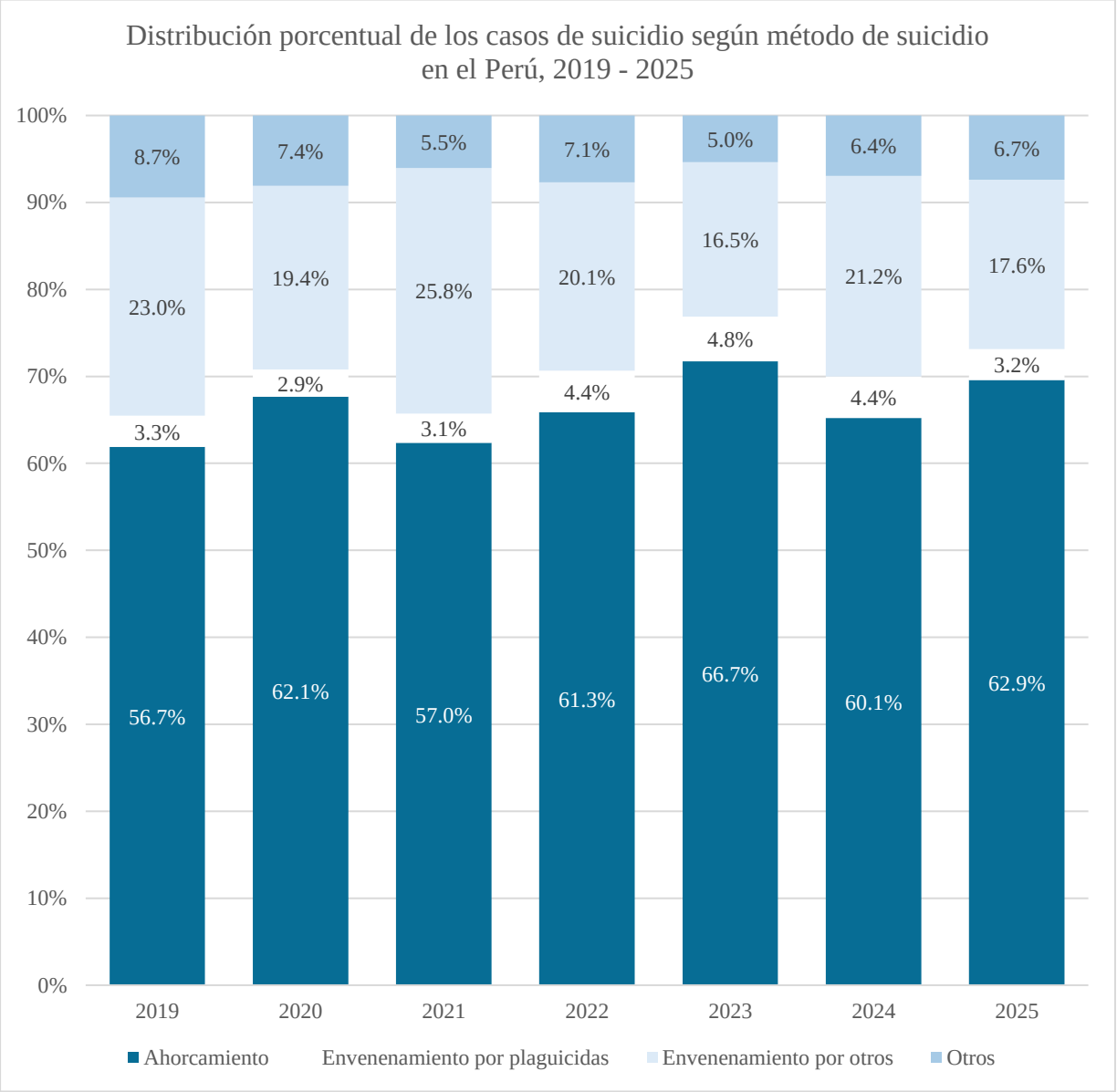
	2023		2024		2025	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Ahorcamiento	307	66.7%	450	60.1%	508	62.9%
Envenenamiento por plaguicidas	22	4.8%	33	4.4%	26	3.2%
Envenenamiento por otros	76	16.5%	159	21.2%	142	17.6%
Arma de fuego	8	1.7%	28	3.7%	28	3.5%
Laceraciones	19	4.1%	20	2.7%	35	4.3%
Precipitación	5	1.1%	11	1.5%	14	1.7%
Otros	23	5.0%	48	6.4%	54	6.7%
TOTAL	460	100%	749	100%	807	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: La categoría "Ahorcamiento" incluye asfixia mecánica, ahorcamiento por lazo y comprensión extrínseca de cuello, "Envenenamiento por plaguicidas" incluye intoxicación por plaguicidas, insecticidas, organofosforados, carbamatos y pesticidas. "Otros" incluye mecanismos no especificados en las categorías principales.

Interpretación: Distribución de los casos de suicidio según el método en el Perú durante el periodo 2023–2025. El ahorcamiento constituyó el método más frecuente en todos los años, representando entre el 60,1 % y el 66,7 % de los casos registrados. En segundo lugar, se ubicó el envenenamiento por otros agentes, con porcentajes entre el 16,5 % y el 21,2 %. El envenenamiento por plaguicidas representó entre el 3,2 % y el 4,8 % de los casos anuales. Finalmente, la precipitación se mantuvo entre los métodos menos frecuentes, con porcentajes inferiores al 2 % durante todo el periodo.

Figura 14. *Distribución porcentual de los casos de suicidio según el mecanismo de suicidio en el Perú, 2019 – 2025*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: La categoría "Ahorcamiento" incluye asfixia mecánica, ahorcamiento por lazo y comprensión extrínseca de cuello, "Envenenamiento por plaguicidas" incluye intoxicación por plaguicidas, insecticidas, organofosforados, carbamatos y pesticidas. "Otros" incluye mecanismos no especificados en las categorías principales.

Interpretación: Distribución porcentual de los casos de suicidio según el método en el Perú durante el periodo 2019–2025. El ahorcamiento constituyó el

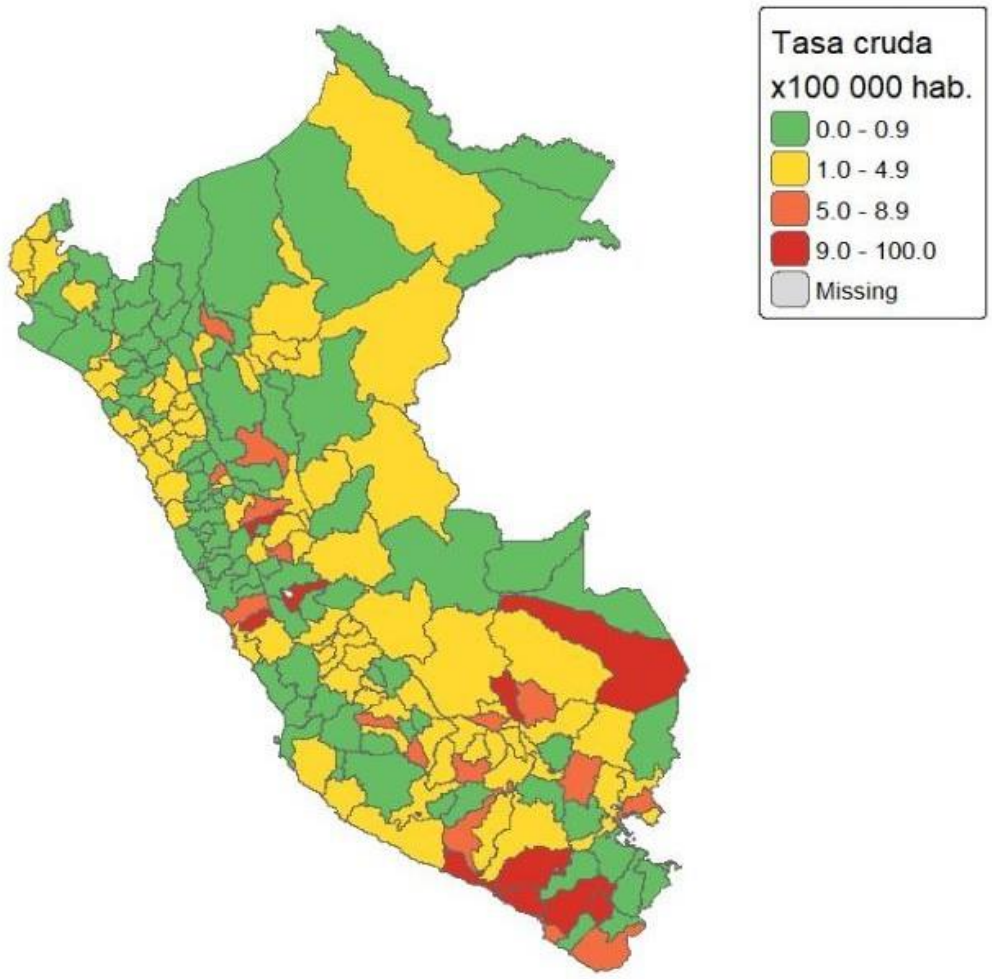
método predominante en todos los años evaluados, representando entre el 56,7 % y el 66,7 % de los casos registrados. En segundo lugar, se ubicó el envenenamiento por otros agentes, con porcentajes que oscilaron entre el 16,5 % y el 25,8 %. Por su parte, el envenenamiento por plaguicidas representó menos del 5 % de los casos anuales. La categoría «Otros» también presentó proporciones menores, que variaron entre el 5,0 % y el 8,7 % durante el periodo analizado.

Análisis espacial

Para el análisis espacial del suicidio en el Perú durante el periodo 2019–2025, se calcularon tasas crudas provinciales por cada 100 000 habitantes. Debido a la posible inestabilidad de estas tasas en provincias con poblaciones pequeñas, se aplicó el suavizado bayesiano empírico para obtener estimaciones más estables y comparables.

Posteriormente, se calculó el índice Global de Moran para cada año, con el fin de evaluar la existencia de autocorrelación espacial en las tasas provinciales. Finalmente, se aplicaron los Indicadores Locales de Asociación Espacial (LISA) para identificar agrupamientos espaciales y provincias con patrones atípicos respecto a sus vecinas.

Figura 15. *Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2019*

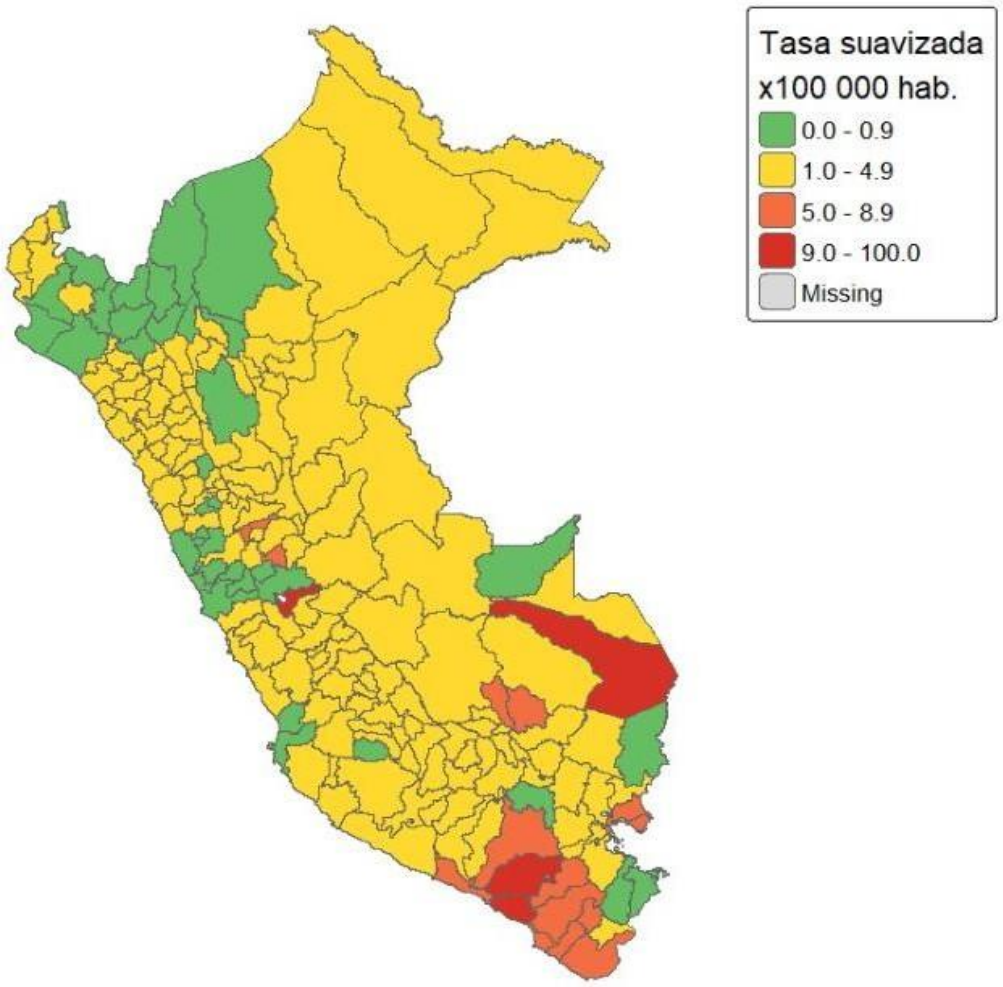


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas crudas de suicidio por provincias en el Perú durante 2019. Se observaron tasas elevadas principalmente en el sur y suroriente del país, mientras que gran parte de la costa norte y algunas provincias amazónicas presentaron valores menores. Algunas provincias registraron tasas superiores a 9 suicidios por cada 100 000 habitantes.

Figura 16. *Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2019*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias en el Perú durante 2019. El suavizado bayesiano redujo la variabilidad extrema de las tasas crudas, proporcionando una distribución espacial más estable. Persistieron tasas elevadas principalmente en provincias del sur y suroriente del país, mientras que gran parte del centro y norte presentó valores bajos o intermedios.

Tabla 17. *Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2019*

Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2019

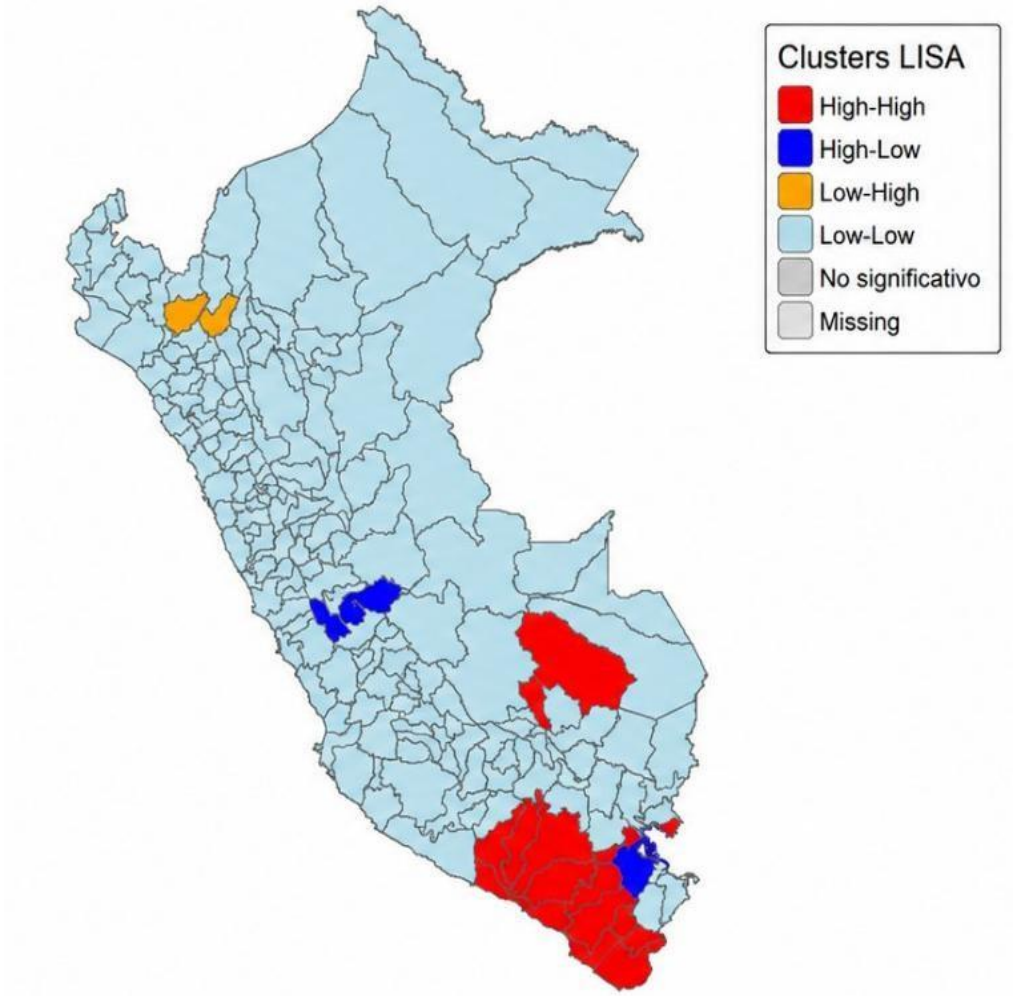
Año	Índice de Moran	Varianza	Valor P	Interpretación
2019	0.086	0.00197	0.020	Autocorrelación espacial positiva significativa

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se utilizó el Índice Global de Moran para evaluar la autocorrelación espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias.

Interpretación: El índice Global de Moran para 2019 fue de 0,086, con un valor de p = 0,020, evidenciando una autocorrelación espacial positiva y estadísticamente significativa. Este resultado indica que las provincias geográficamente cercanas tendieron a presentar tasas de suicidio similares. Por tanto, la distribución espacial observada no fue aleatoria, sino que presentó agrupamientos de provincias con tasas semejantes.

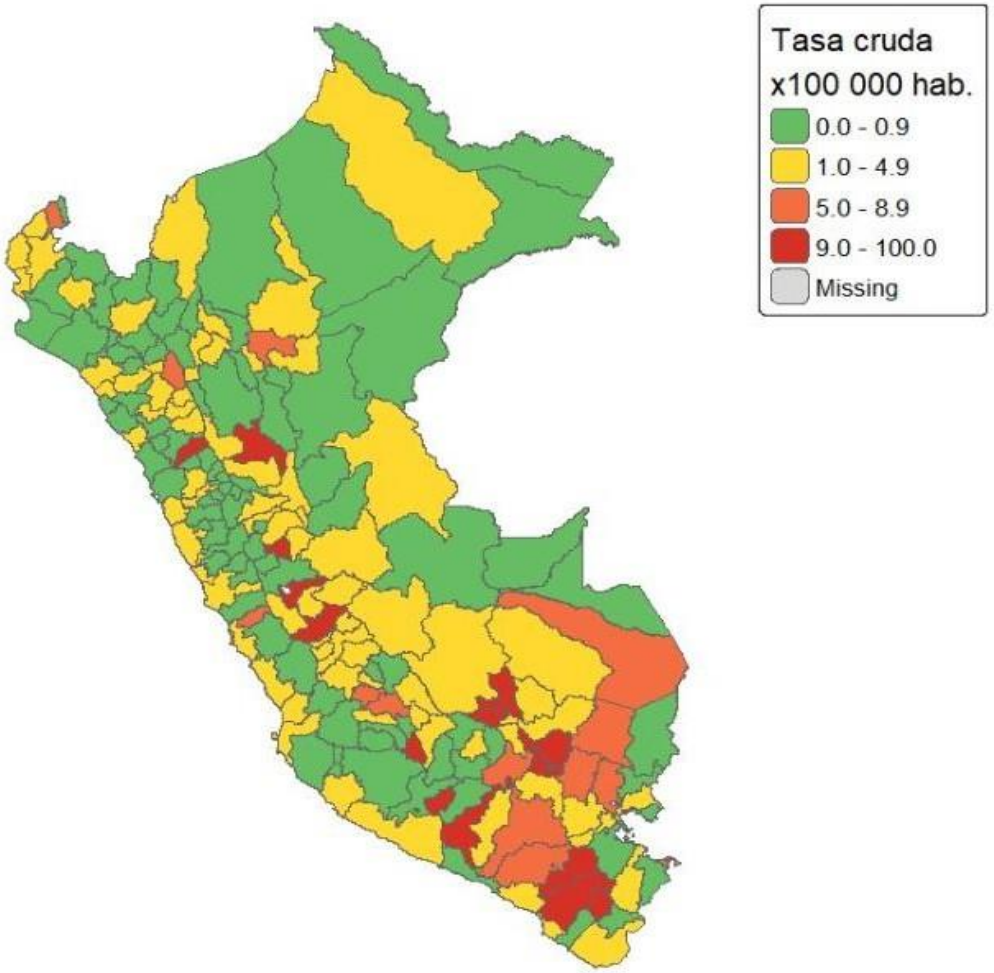
Figura 17. *Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2019*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Interpretación: Clústeres espaciales de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú durante el año 2019, identificados mediante el análisis LISA. El análisis identificó 17 provincias pertenecientes a clústeres High – High durante el año 2019, concentradas principalmente en los departamentos de Arequipa, Moquegua, Tacna, Puno, Cusco y Madre de Dios. Estos hallazgos evidencian la presencia de agrupamientos espaciales significativos de provincias con altas tasas de suicidio rodeadas por provincias con características similares, lo que respalda la existencia de una distribución espacial no aleatoria del fenómeno.

Figura 18. *Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2020*

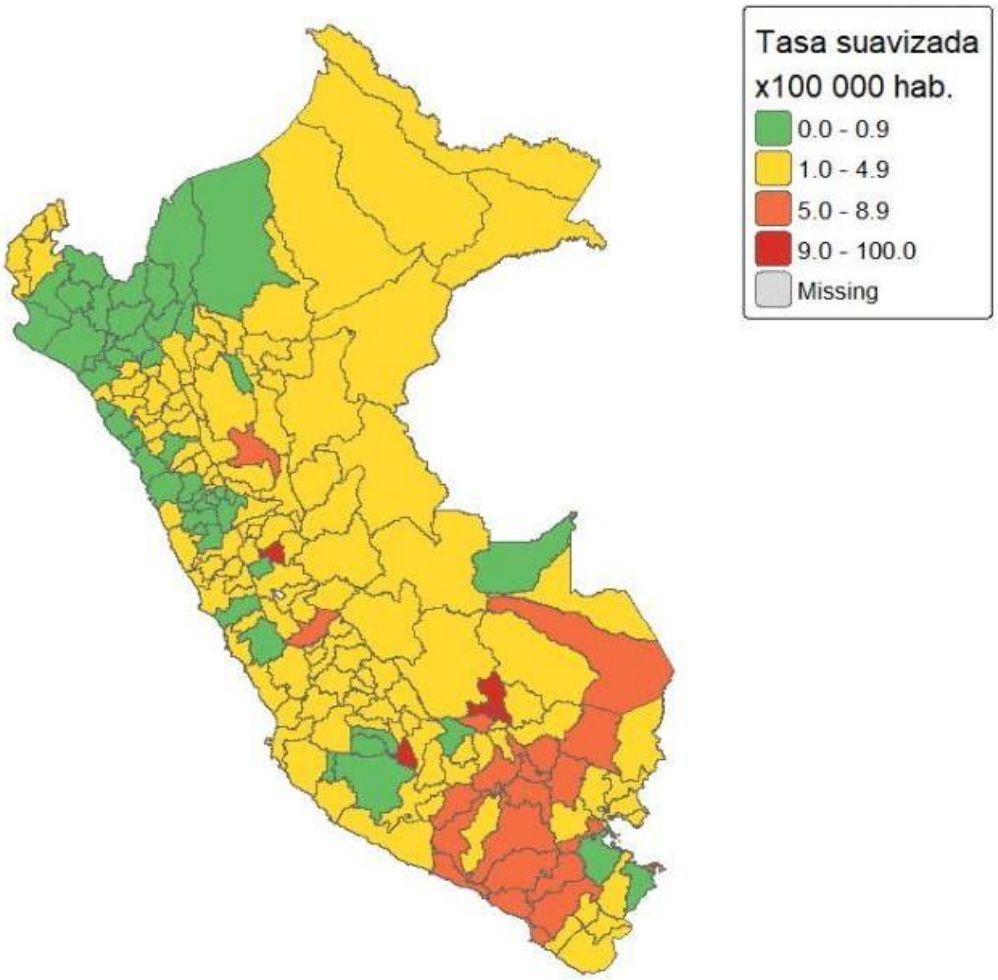


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas crudas de suicidio por provincias en el Perú durante el año 2020. Se observa una distribución heterogénea de las tasas en el territorio nacional, con una mayor concentración de provincias con tasas elevadas en la región sur y suroriental del país. Se identificaron provincias con tasas superiores a 9 casos por cada 100000 habitantes principalmente en áreas del sur andino y de la Amazonía sur.

Figura 19. *Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2020*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias en el Perú durante el año 2020. Tras aplicar el suavizado bayesiano empírico, se obtuvo una distribución espacial más estable de las tasas provinciales. Las tasas más elevadas se concentraron principalmente en provincias del sur y suroriente del país, mientras que gran parte del norte presentó valores bajos o intermedios.

Tabla 18. *Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2020*

Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2020

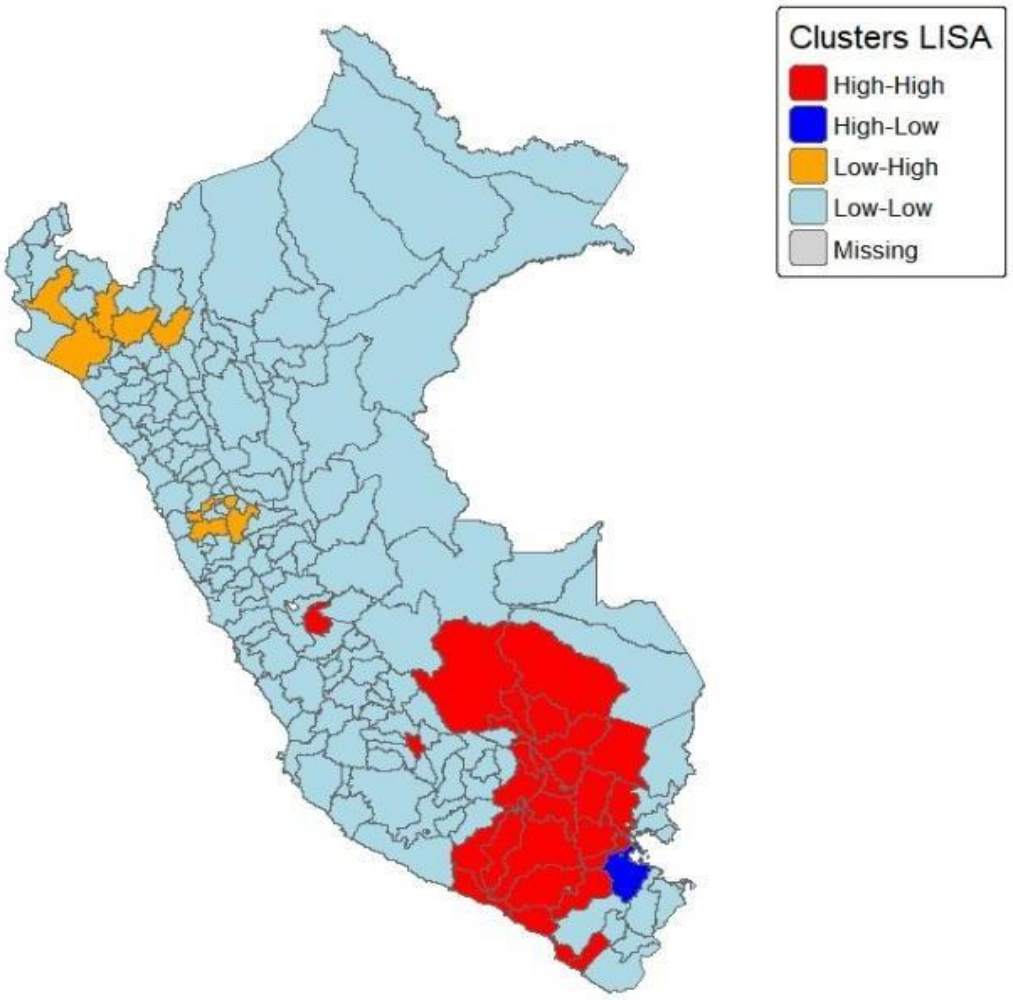
Año	Índice de Moran	Varianza	Valor P	Interpretación
2020	0.141	0.00196	<0.001	Autocorrelación espacial positiva significativa

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se utilizó el Índice Global de Moran para evaluar la autocorrelación espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias.

Interpretación: El análisis de autocorrelación espacial mediante el índice Global de Moran evidenció, para el año 2020, un valor de Moran I de 0,141, con un valor de p inferior a 0,001, indicando la presencia de autocorrelación espacial positiva y estadísticamente significativa. Esto sugiere que las provincias geográficamente cercanas tendieron a presentar tasas de suicidio similares, evidenciando una distribución espacial no aleatoria del fenómeno en el territorio peruano. El valor positivo del estadístico refleja la existencia de agrupamientos espaciales de provincias con tasas semejantes. Asimismo, el índice fue superior al registrado en 2019 (0,086), lo que indica una mayor intensidad de la autocorrelación espacial durante 2020.

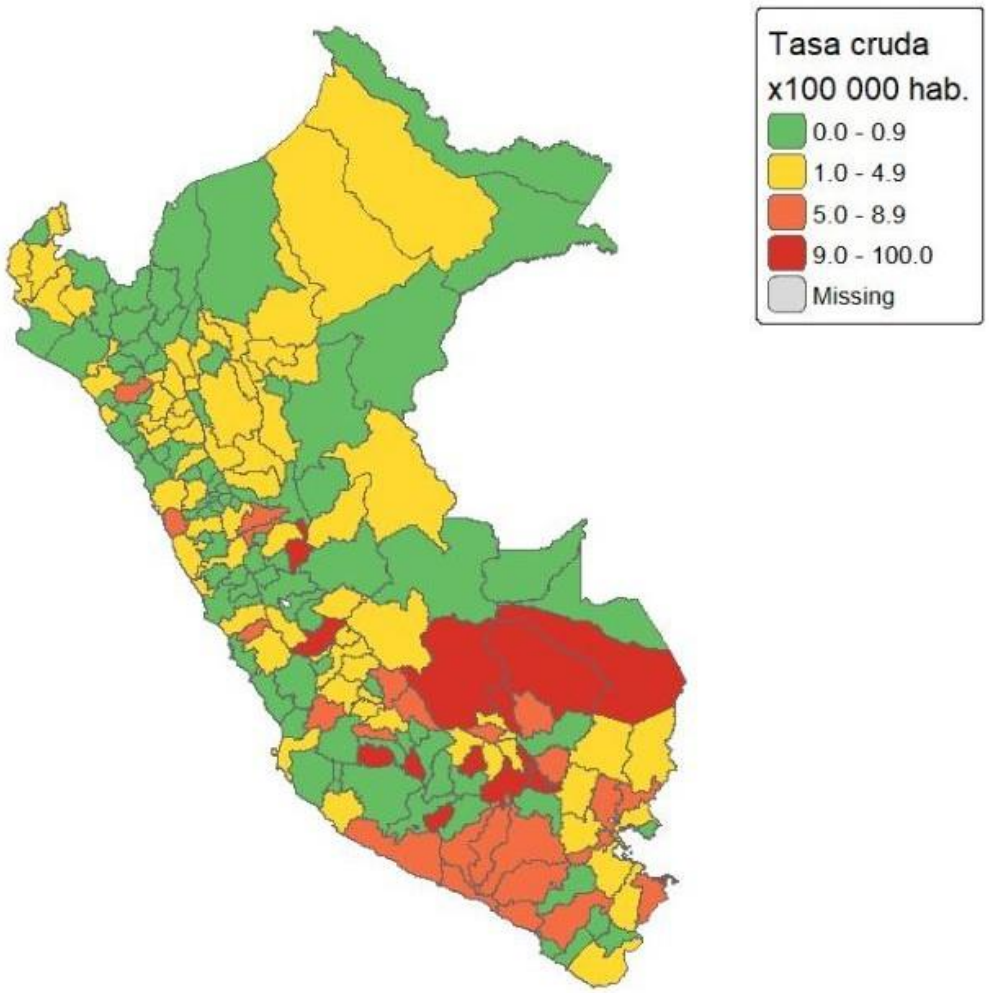
Figura 20. *Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2020*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Interpretación: Clústeres espaciales de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú durante el año 2020, identificados mediante el análisis LISA. Para el año 2020 identificó clústeres High – High concentrados principalmente en provincias del sur y sudeste del Perú, abarcando departamentos como Madre de Dios, Puno, Cusco, Arequipa, Moquegua y Tacna. Estos agrupamientos evidencian la presencia de provincias con altas tasas de suicidio rodeadas por provincias con características similares, lo que respalda la existencia de una distribución espacial no aleatoria del fenómeno.

Figura 21. *Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2021*

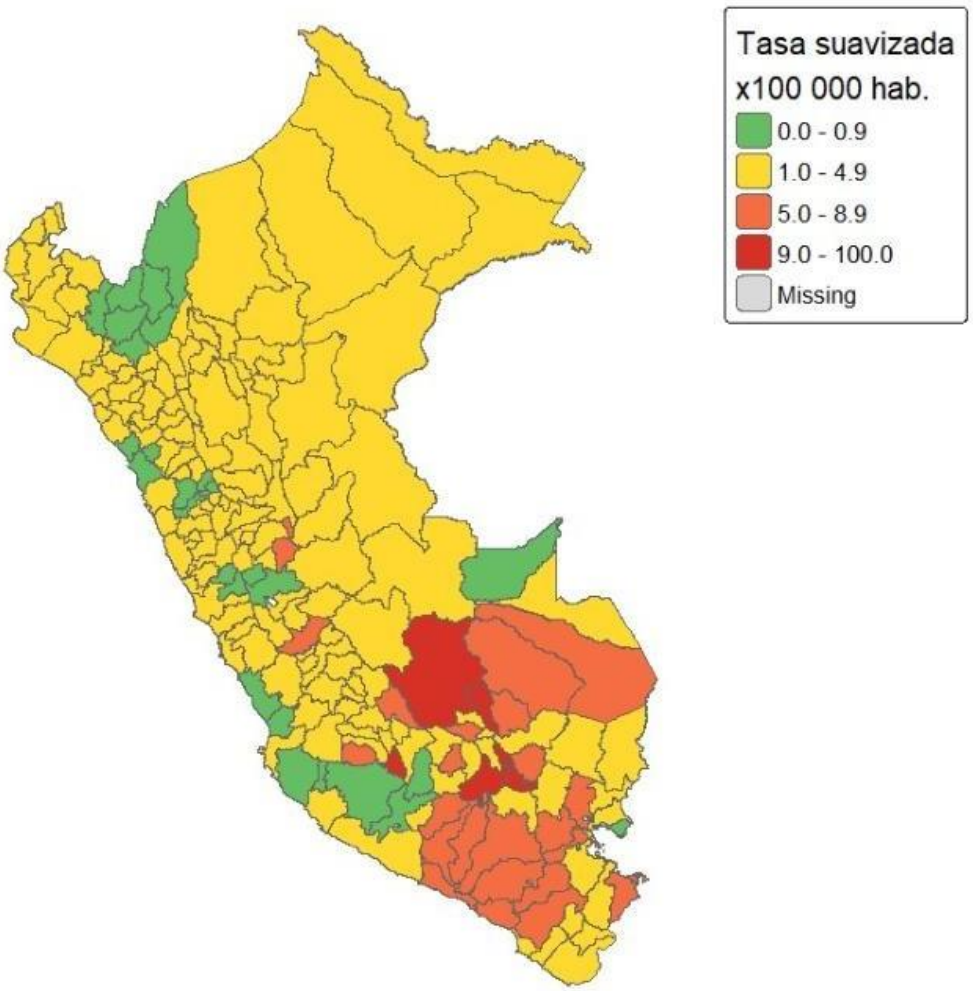


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas rudas de suicidio por provincias en el Perú durante el año 2021. Se observa una distribución heterogénea del fenómeno, evidenciándose provincias con tasas elevadas principalmente en el sur y suroriente del país. Destaca la presencia de provincias con tasas altas en la Amazonía sur y en algunas zonas andinas del sur peruano, mientras que gran parte de la costa norte y selva central continuaron presentando tasas bajas o intermedias.

Figura 22. *Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2021*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias en el Perú durante el año 2021. Se observó una reducción de la variabilidad extrema de las tasas, permitiendo una representación espacial más estable entre las provincias. Las tasas intermedias y altas se concentraron principalmente en el sur y suroriente del país, especialmente en provincias de las regiones andinas y amazónicas. En contraste, gran parte de las provincias del norte y centro presentaron tasas bajas o intermedias.

Tabla 19. *Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2021*

Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2021

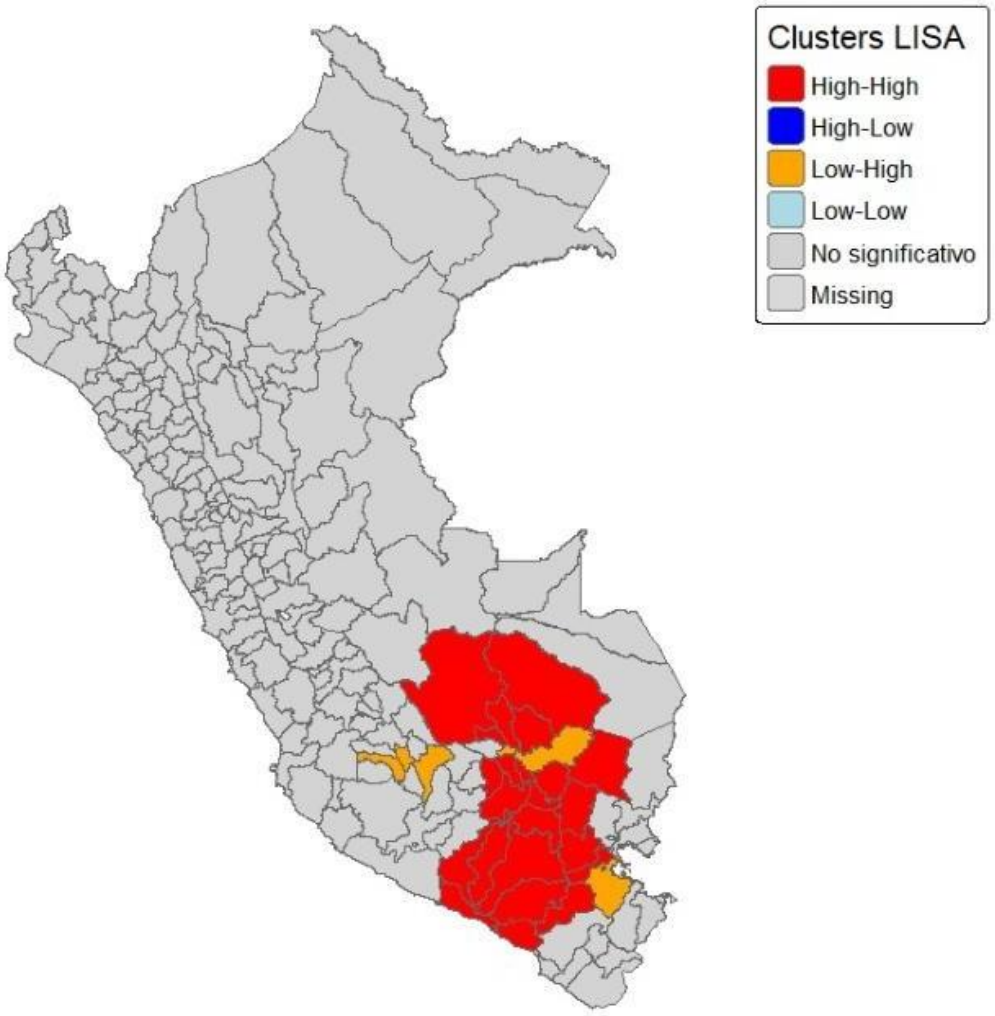
Año	Índice de Moran	Varianza	Valor P	Interpretación
2021	0.160	0.00190	<0.001	Autocorrelación espacial positiva significativa

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se utilizó el Índice Global de Moran para evaluar la autocorrelación espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias.

Interpretación: El análisis de autocorrelación espacial mediante el índice Global de Moran evidenció, para el año 2021, un valor de Moran I de 0.160 con un valor p menor a 0.001, indicando la presencia de autocorrelación espacial positiva estadísticamente significativa. Esto sugiere que las provincias geográficamente cercanas tendieron a presentar tasas similares de suicidio, evidenciando una distribución espacial no aleatoria del fenómeno durante el 2021. El índice de Moran registrado en este año fue superior al observado en 2020 y 2019, lo que indica un fortalecimiento progresivo del agrupamiento espacial de las tasas de suicidio en el territorio peruano.

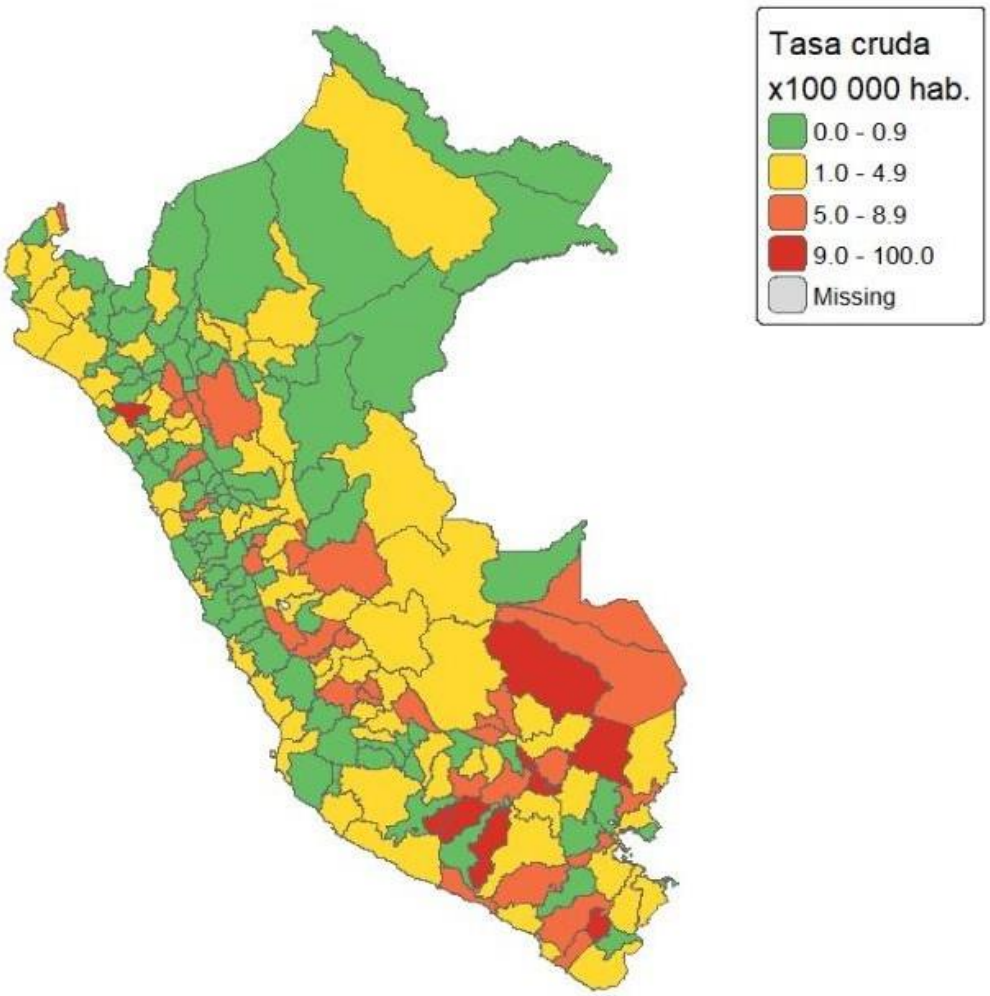
Figura 23. *Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2021*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Interpretación: Clústeres espaciales de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú durante el año 2021, identificados mediante el análisis LISA. Se observó una consolidación de clústeres High – High en provincias del sur y suroriente del país, especialmente en áreas andinas y amazónicas del sureste peruano, evidenciando agrupamientos de provincias con altas tasas de suicidio rodeadas por provincias vecinas que también presentaban tasas elevadas. Presentando la persistencia de focos geográficos de mayor riesgo durante el año 2021.

Figura 24. *Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2022*

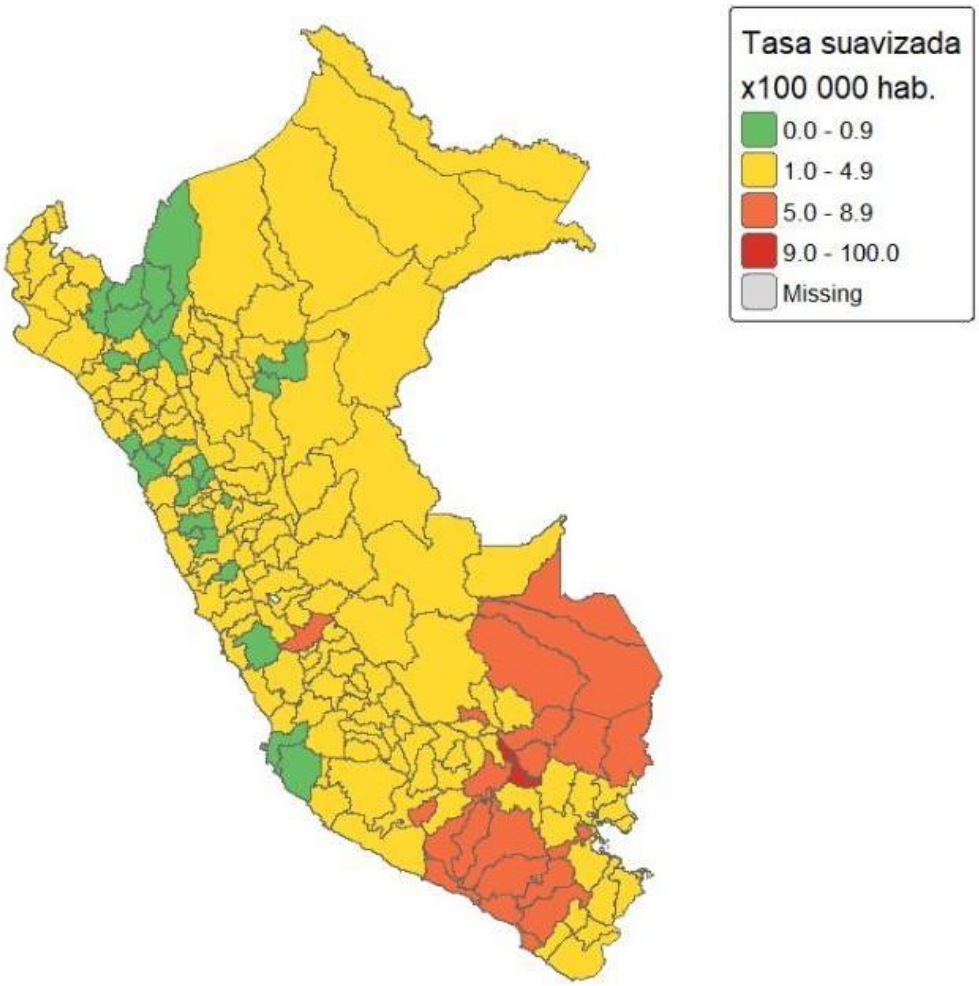


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas crudas de suicidio por provincias en el Perú durante el año 2022. Se observó una distribución heterogénea de las tasas en el territorio nacional, manteniéndose provincias con tasas elevadas principalmente en el sur y suroriente del país. Se identificaron provincias con tasas superiores a 9 casos por cada 100000 habitantes concentradas principalmente en el corredor andino y amazónico del sur del país, mientras que gran parte de la costa y selva norte presentaron tasas baja o moderadas.

Figura 25. *Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2022*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias en el Perú durante el año 2022, obtenidas mediante el método de Suavizado Bayesiano Empírico. Las provincias con tasa más elevadas se concentraron predominantemente en la región sur y suroriental del país, especialmente en departamento de la sierra sur y parte de la Amazonía donde se evidenciaron tasas suavizadas entre 5.0 y más de 9.0 casos por cada 100000 habitantes.

Tabla 20. *Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2022*

Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2022

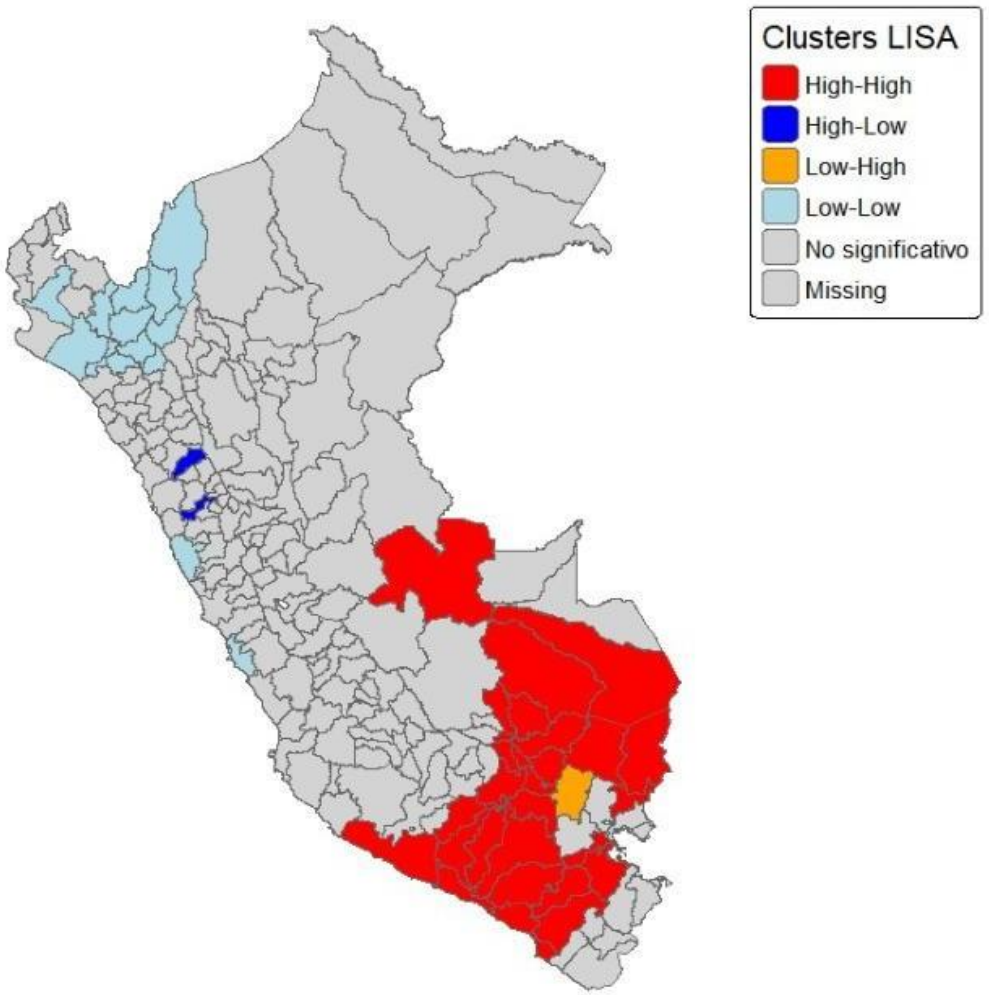
Año	Índice de Moran	Varianza	Valor P	Interpretación
2022	0.209	0.00198	<0.001	Autocorrelación espacial positiva significativa

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se utilizó el Índice Global de Moran para evaluar la autocorrelación espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias.

Interpretación: El análisis de autocorrelación espacial mediante el Índice Global de Moran evidenció, para el año, 2022, un valor de Moran I de 0.209 con un valor p menor a 0.001, indicando la presencia de autocorrelación espacial positiva estadísticamente significativa. Esto indica que las provincias geográficamente cercanas tendieron a presentar tasa similares de suicidio, evidenciando una distribución espacial no aleatoria del fenómenos en el territorio peruano durante el 2022.El índice registrado fue superior al observado en los años previos, lo que indica un fortalecimiento progresivo del agrupamiento espacial de las tasas de suicidio en el país.

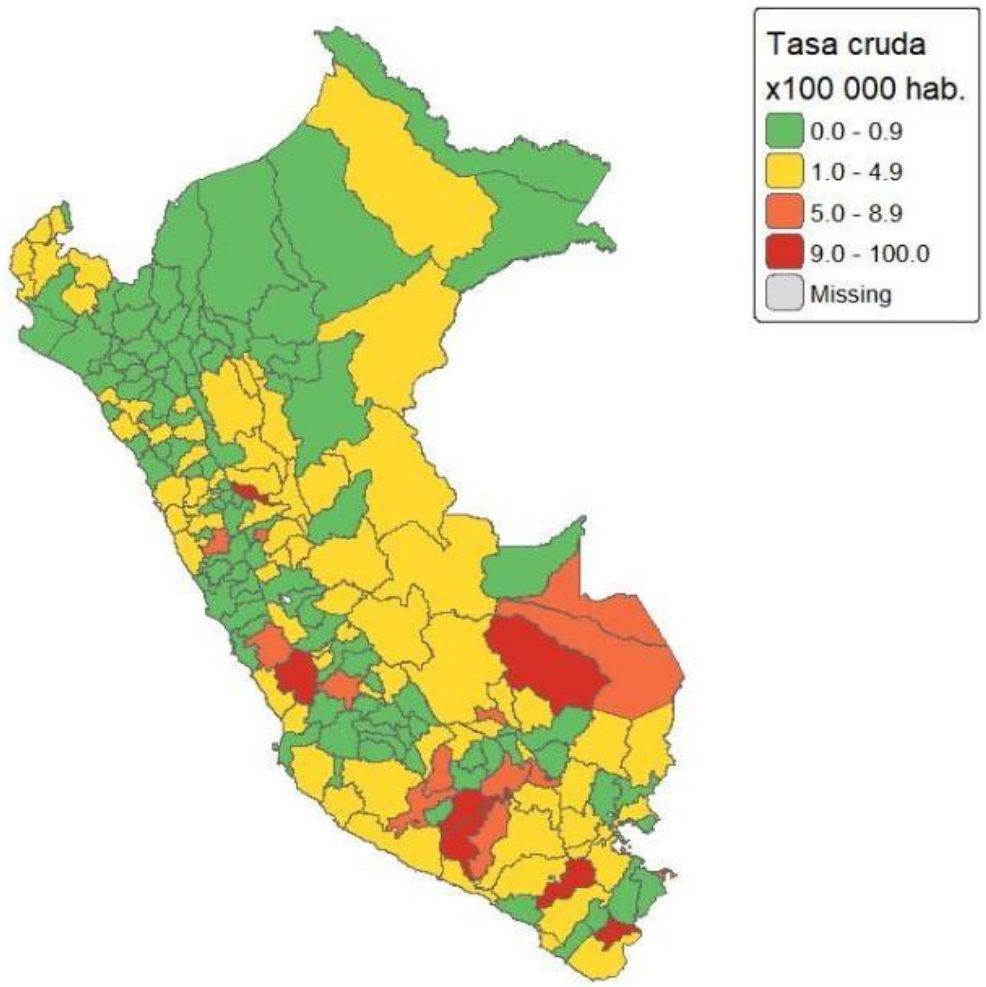
Figura 26. *Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2022*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINADEF y REUNIS

Interpretación: El análisis de autocorrelación espacial local (LISA) para el año 2022 permitió identificar conglomerados espaciales estadísticamente significativos de las tasas de suicidio a nivel provincial en el Perú. Se observaron principalmente clústeres High – High en provincias de la región sur y suroriental del país, indicando áreas con altas tasas de suicidio rodeadas por provincias vecinas que también presentaban tasas elevadas. Los agrupamientos espaciales significativos abarcaron un mayor número de provincias en comparación con los años previos, conformando un corredor continuo que incluyó principalmente territorios de Madre de Dios, Cusco, Puno, Arequipa, Moquegua y Tacna.

Figura 27. *Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2023*

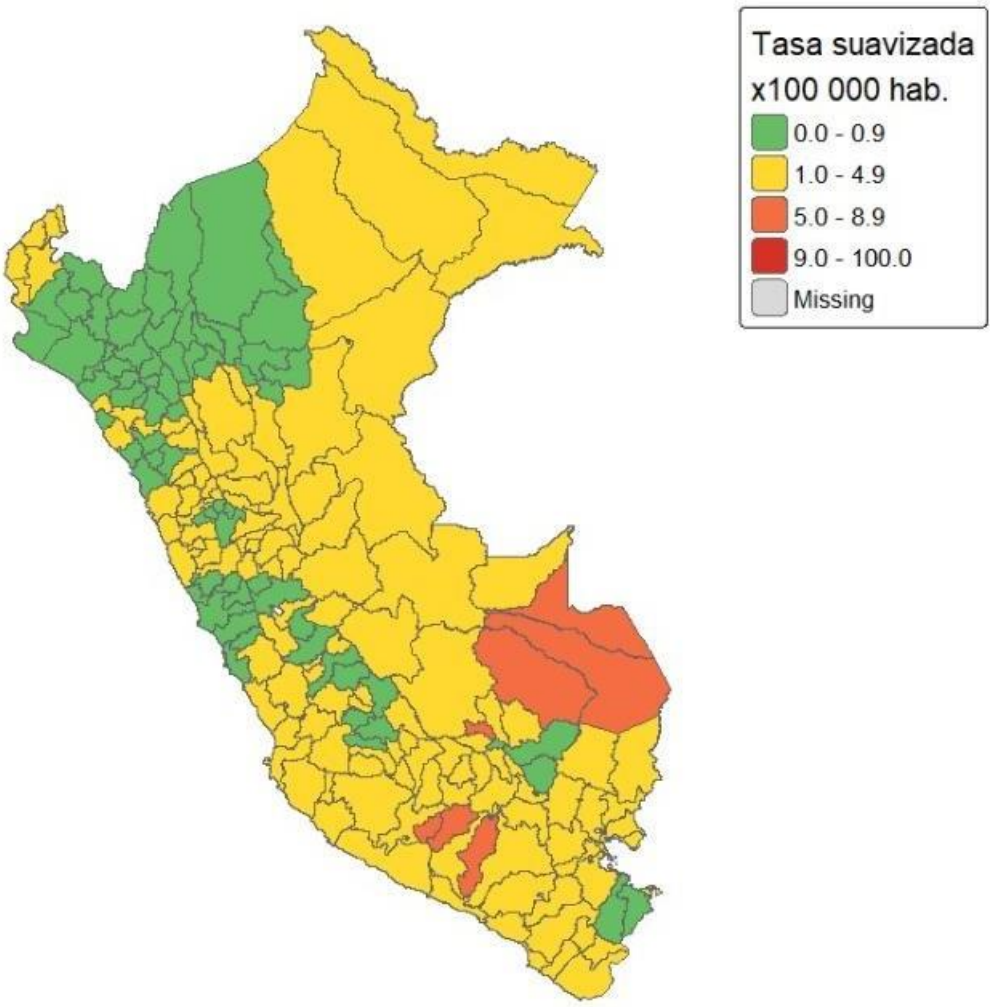


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas crudas de suicidio por provincias en el Perú durante el 2023. Se evidenció que las provincias con mayores tasas de suicidio se concentraron en zonas del sur, donde varias provincias alcanzaron las categorías entre 5.0 y 8.9 y entre 9.0 y 100.0 casos por cada 100000 habitantes. Las provincias de la costa norte, selva norte y algunas áreas centrales presentaron tasa bajas o moderadas, predominando categorías menores a 5 casos por cada 100000 habitantes.

Figura 28. *Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2023*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú durante el 2023, muestra una distribución espacial más estable y homogéneas de las tasas provinciales en comparación con las tasas crudas. Tras la aplicación de la Suavización Bayesiana Empírica, se observó la concentración de las tasas más elevadas en provincias del sur. En contraste, las provincias de la costa y selva norte parte del centro del país tuvieron tasas predominantemente bajas o moderadas.

Tabla 21. *Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2023*

Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2023

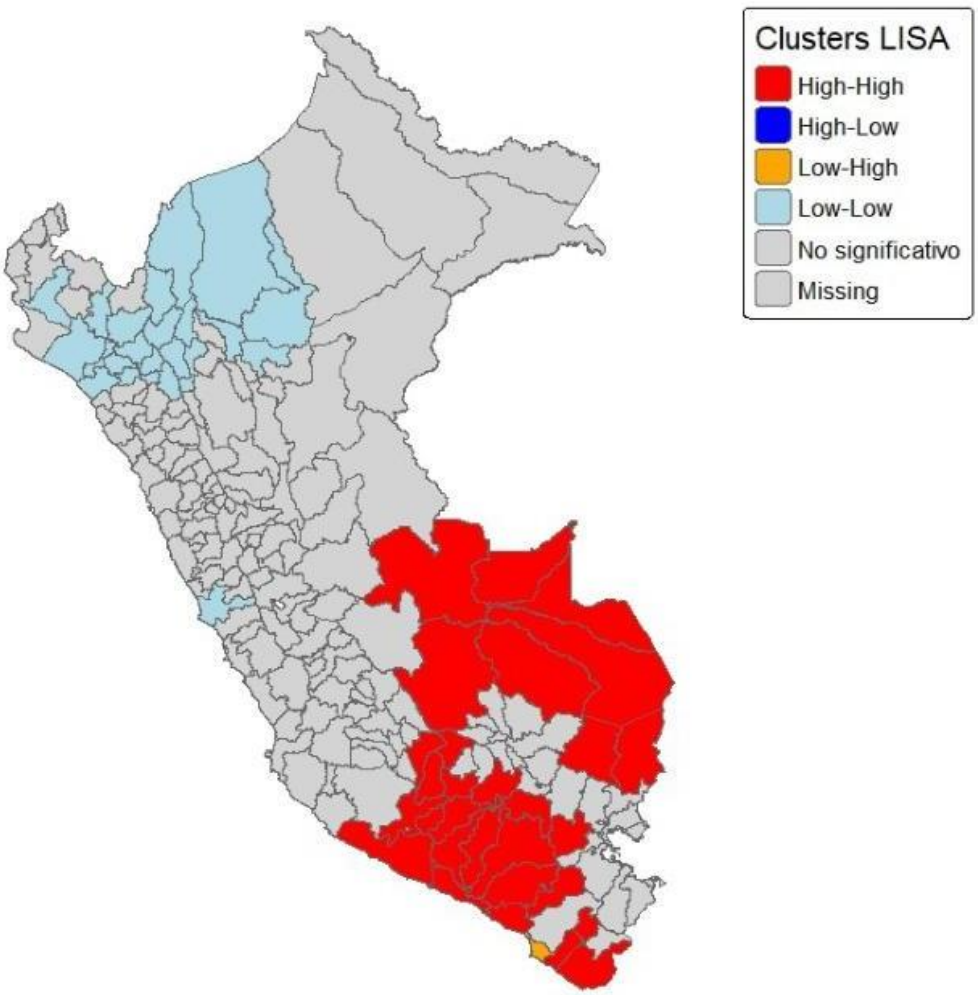
Año	Índice de Moran	Varianza	Valor P	Interpretación
2023	0.1366	0.00196	<0.001	Autocorrelación espacial positiva significativa

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se utilizó el Índice Global de Moran para evaluar la autocorrelación espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias.

Interpretación: El análisis de autocorrelación espacial mediante el Índice Global de Moran evidenció, para el año, 2023, un valor de Moran I de 0.1366 con un valor p menor a 0.001, indicando la presencia de autocorrelación espacial positiva estadísticamente significativa. Esto indica que las provincias geográficamente cercanas tendieron a presentar tasas similares de suicidio, evidenciando una distribución espacial no aleatoria del fenómeno en el territorio peruano durante el 2023. Este valor sugiere que provincias con altas tasas de suicidio tendieron a ubicarse próximas a otras provincias con tasas igualmente elevadas.

Figura 29. *Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2023*

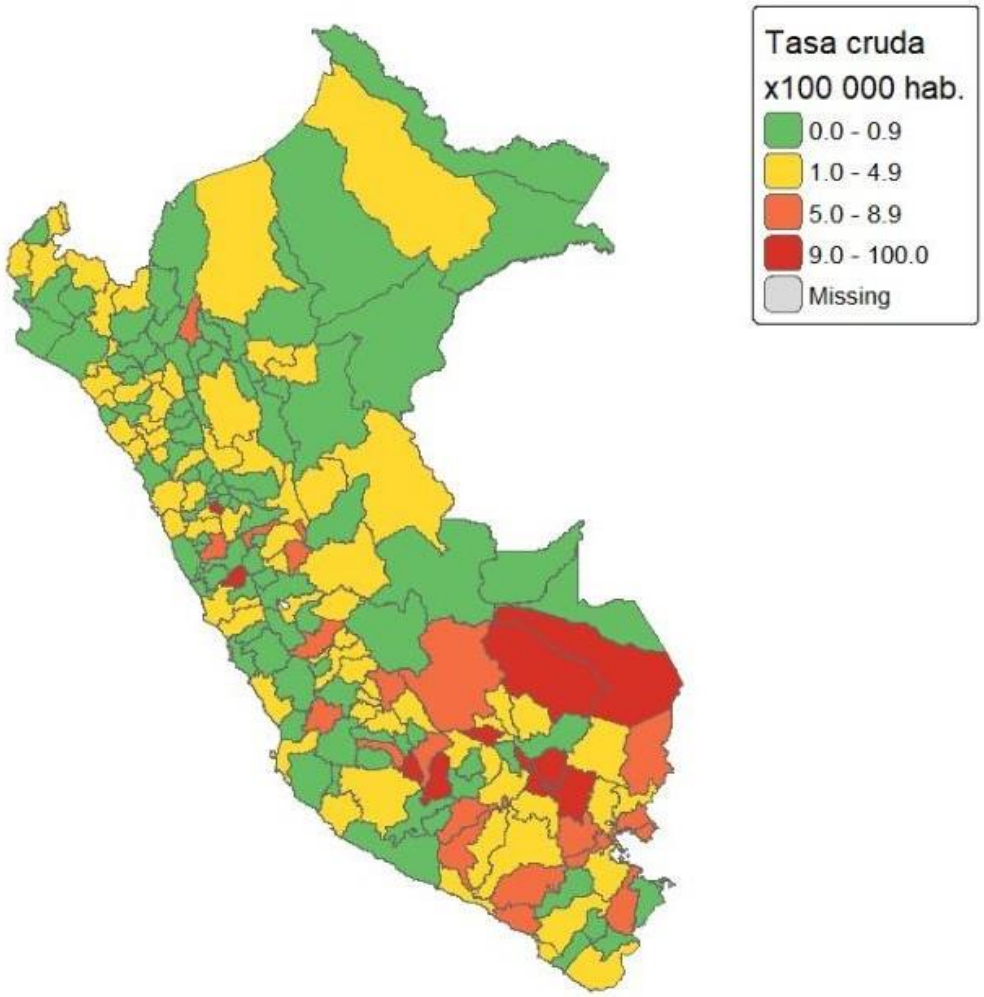


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Análisis de autocorrelación espacial local (LISA) para el año 2023 permitió identificar conglomerados espaciales estadísticamente significativos de las tasa de suicidio a nivel provincial en el Perú. Se observaron principalmente clústeres High – High, concentrados predominantemente en provincias del sur y suroriente del país. Los agrupamientos espaciales significativos continuaron concentrándose principalmente en territorios de Madre de Dios, Cusco, Puno, Arequipa, Moquegua y Tacna, manteniendo un corredor espacial continuo similar al observado en años previos.

Figura 30. *Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2024*

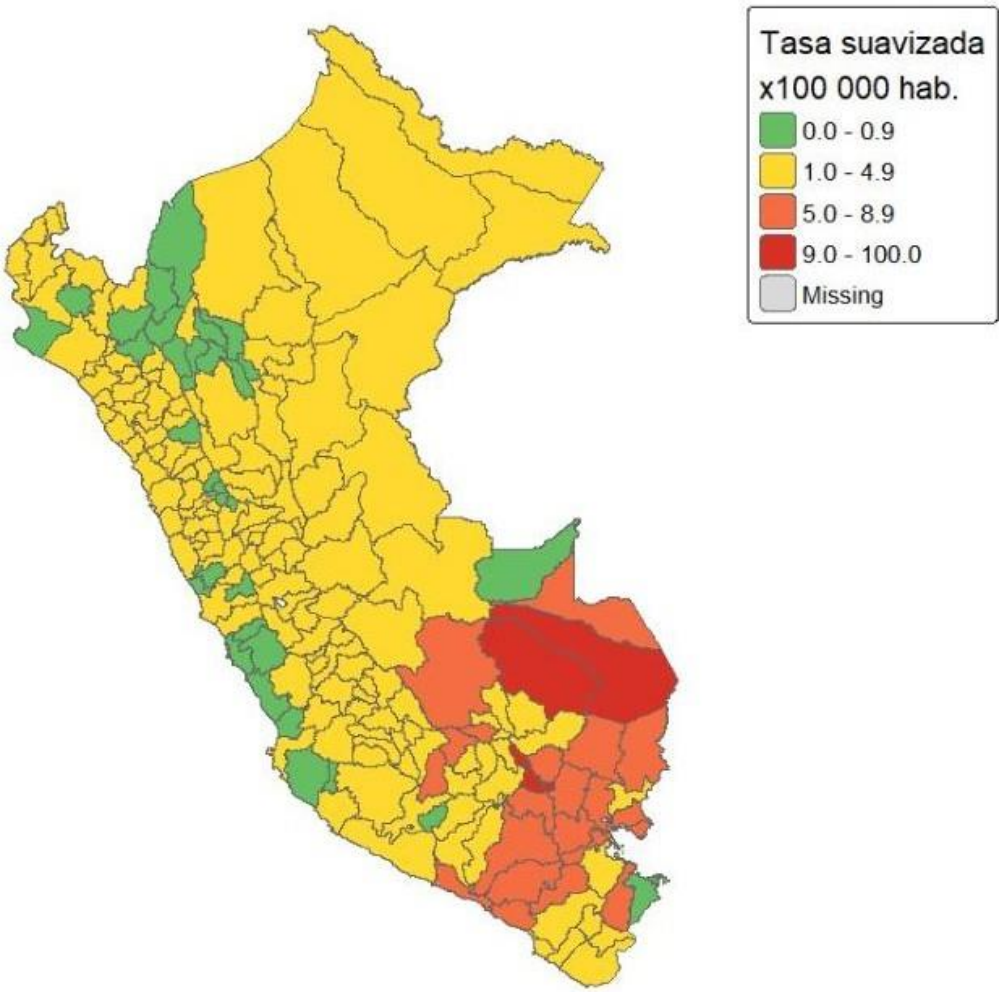


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas crudas de suicidio por provincias del Perú en el 2024, se observa una distribución heterogénea de las tasas. Las mayores tasas de suicidio continuaron concentrándose predominantemente en provincias del sur y suroriente del país, donde varias provincias alcanzaron categorías de más de 5 casos por cada 100000 habitantes. El patrón espacial observado en 2024 evidenció continuidad en la concentración territorial.

Figura 31. *Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2024*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú durante el 2024, muestra una distribución espacial más estable y homogénea de las tasas provinciales en comparación con las tasas crudas. Las mayores tasas suavizadas continuaron concentrándose principalmente en provincias del sur y suroriente del país, donde se observaron categorías mayores de 5 casos por cada 100000 habitantes.

Tabla 22. *Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2024*

Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2024

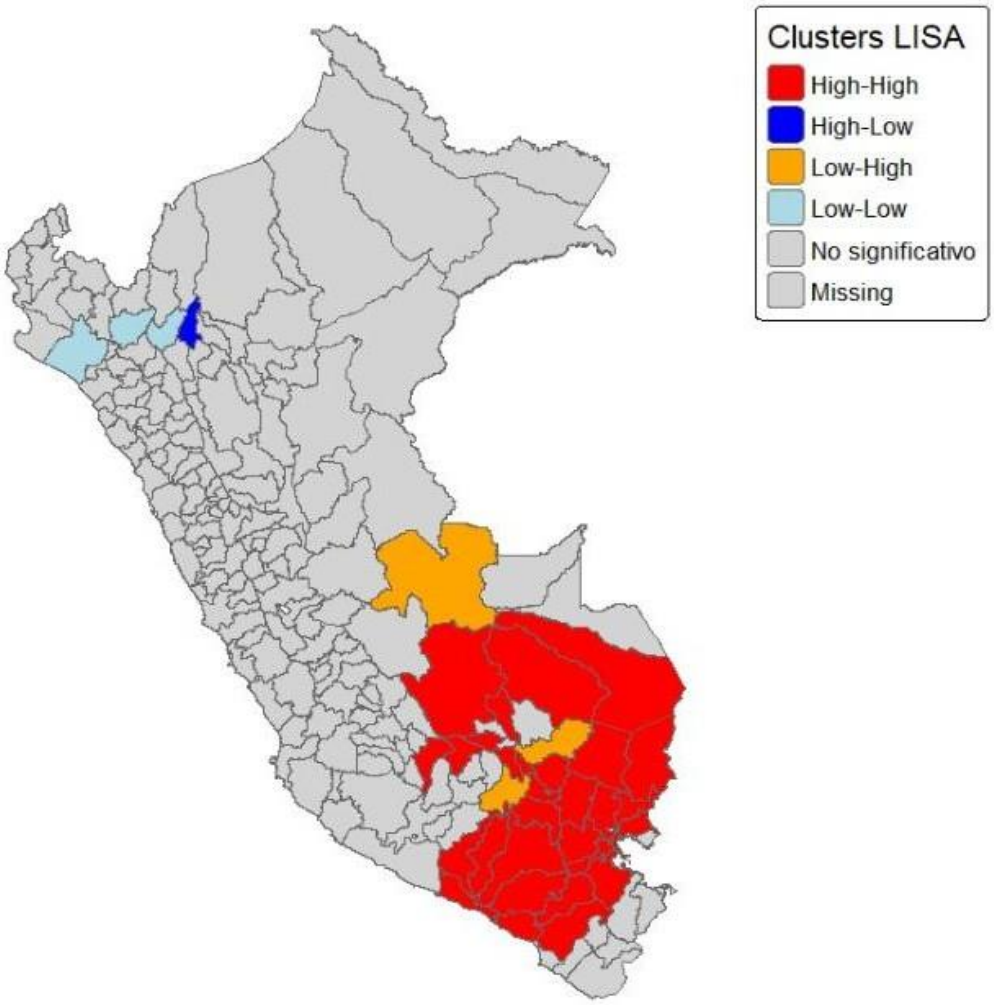
Año	Índice de Moran	Varianza	Valor P	Interpretación
2024	0.1446	0.001982	<0.001	Autocorrelación espacial positiva significativa

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se utilizó el Índice Global de Moran para evaluar la autocorrelación espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias.

Interpretación: El análisis de autocorrelación espacial mediante el Índice Global de Moran evidenció, para el año, 2024, un valor de Moran I de 0.1446 con un valor p menor a 0.001, indicando la presencia de autocorrelación espacial positiva estadísticamente, además este resultado indica que la distribución espacial de las tasa de suicidio no fue aleatoria, sino que existió una tendencia al agrupamiento geográfico de provincias con valores similares.

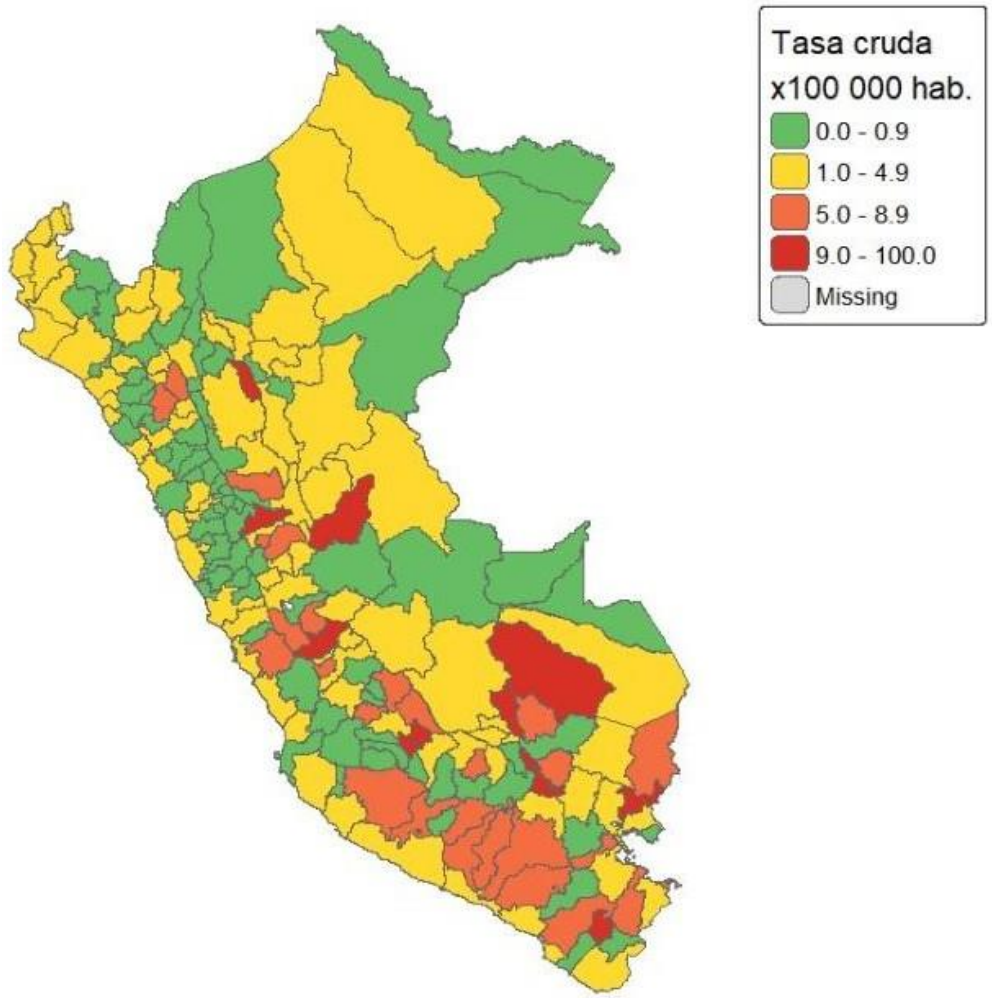
Figura 32. *Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2024*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINADEF y REUNIS

Interpretación: El análisis de autocorrelación espacial (LISA) correspondiente al año 2024 evidenció la presencia de clústeres espaciales significativos de suicidio en diversas provincias del Perú. Los agrupamientos espaciales significativos continuaron concentrándose principalmente en territorios de Madre de Dios, Cusco, Puno, Arequipa, Moquegua y Tacna, manteniendo el corredor espacial identificado en años previos. Estos hallazgos refuerzan la existencia de una distribución espacial no aleatoria del suicidio y sugieren la consolidación de focos geográficos persistentes de alta ocurrencia del fenómeno en el sur del país.

Figura 33. *Mapa coroplético de tasas crudas de suicidio por provincia del Perú, 2025*

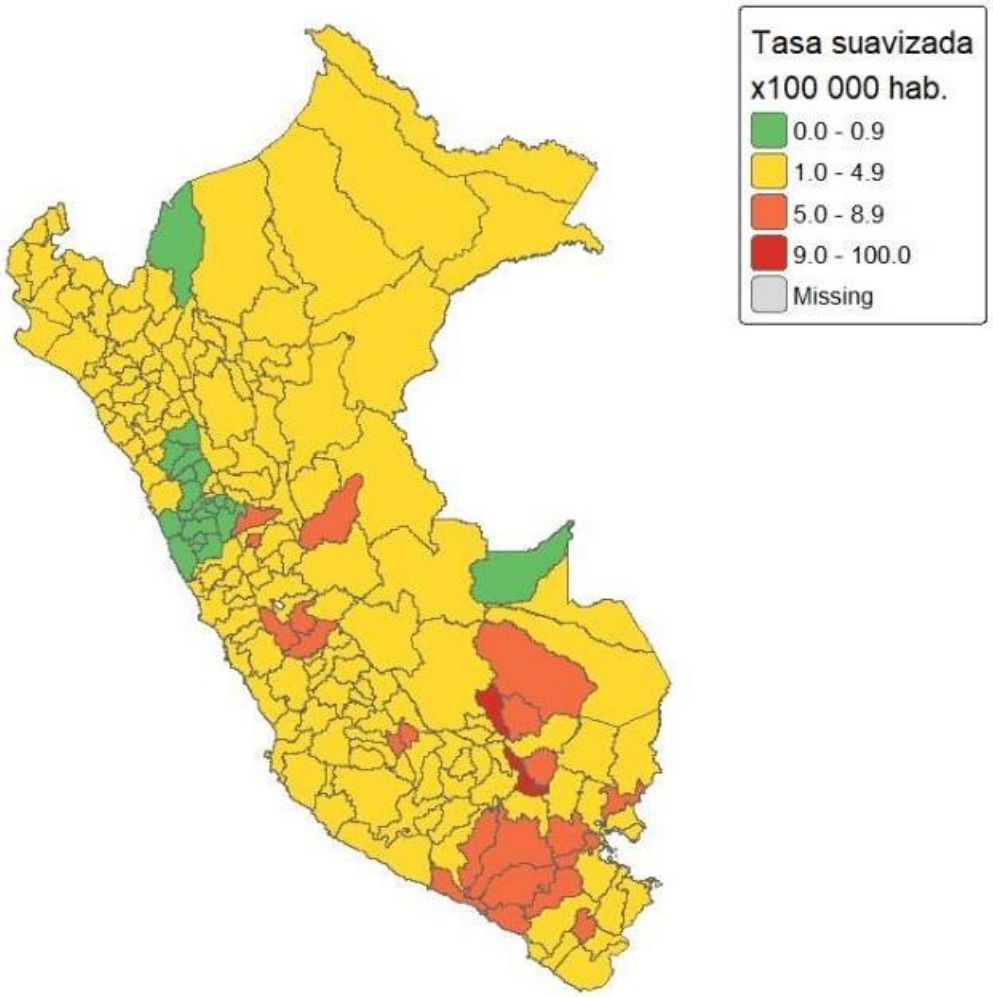


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución de las tasas crudas de suicidio correspondiente al 2025. Se evidenció una distribución heterogénea de las tasas entre las provincias del Perú. Las mayores tasas crudas se centraron en provincias del centro-sur y suroriente del país, con tasas mayores a 9 por cada 100000 habitantes. Varias provincias de la región norte y amazónica presentaron tasas bajas predominantemente menores de un caso por cada 100000 habitantes.

Figura 34. *Mapa coroplético de tasas suavizadas de suicidio por provincia del Perú, 2025*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: Distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú durante el 2025, muestra una distribución espacial más estable y homogénea de las tasas provinciales en comparación con las tasas crudas. Se observaron las mayores tasas en provincias del sur y centro-sur del país, con tasas por encima de 5 casos por cada 100000 habitantes. Gran parte de las provincias del norte y algunas zonas amazónicas presentaron tasas bajas o moderadas.

Tabla 23. *Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2025*

Índice Global de Moran de las tasas suavizadas de suicidio en el Perú, 2025

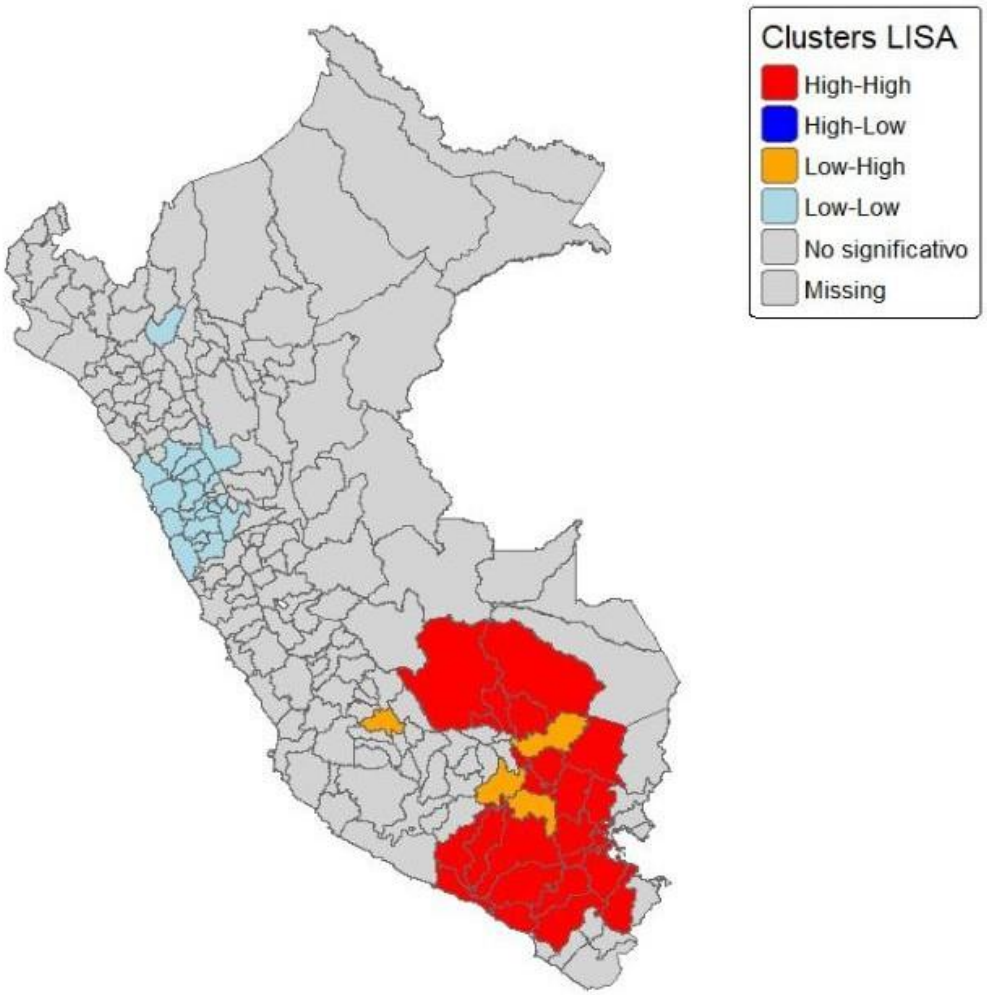
Año	Índice de Moran	Varianza	Valor P	Interpretación
2025	0.116	0.0019	<0.05	Autocorrelación espacial positiva significativa

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se utilizó el Índice Global de Moran para evaluar la autocorrelación espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias.

Interpretación: El análisis de autocorrelación espacial mediante el Índice Global de Moran evidenció, para el año, 2025, un valor de Moran I de 0.116 con un valor p menor a 0.05. Estos resultados sugieren que las provincias con tasas igualmente elevadas confirman la presencia de patrones espaciales no aleatorios durante el año 2025.

Figura 35. *Mapa de Clústeres espaciales de suicidio en el Perú, 2025*



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SINADEF y REUNIS

Nota: Tasa de suicidio por cada 100000 habitantes

Interpretación: El análisis local de autocorrelación espacial (LISA) correspondiente al año 2025 evidenció la persistencia de clústeres espaciales significativos de suicidio en distintas provincias del Perú. Los conglomerados tipo High – High se localizaron predominantemente en provincias del centro-sur y suroriente del país. Aunque la extensión geográfica de estos agrupamientos fue menor en comparación con algunos años previos, los clústeres continuaron concentrándose principalmente en territorio de Madre de Dios, Cusco, Puno, Arequipa, Moquegua y Tacna.

4.3. Prueba de hipótesis

Hipótesis General

- Hipótesis Alterna (Ha): Las tasas de suicidio presentan una distribución espacial no aleatoria en el Perú durante el periodo 2019 – 2025.
- Hipótesis Nula (Ho): Las tasas de suicidio presentan una distribución espacial aleatoria en el Perú durante el periodo 2019 – 2025

Tabla 24. *Índices Globales de Moran, 2019 – 2025*

Índices Globales de Moran, 2019 – 2025

Año	Índice de Moran (I)	Z-score	Valor p	Interpretación
2019	0.086	2.052	0.02	Autocorrelación espacial positiva significativa
2020	0.141	3.309	<0.001	
2021	0.160	3.790	<0.001	
2022	0.209	4.825	<0.001	
2023	0.136	3.198	<0.001	
2024	0.145	3.363	<0.001	
2025	0.116	2.779	<0.05	

Los resultados del índice Global de Moran evidenciaron valores positivos y estadísticamente significativos durante todos los años evaluados (2019–2025), lo que indica la presencia de autocorrelación espacial positiva en las tasas de suicidio en el Perú. Estos hallazgos sugieren que las provincias con tasas similares tendieron a agruparse espacialmente, en lugar de distribuirse de manera aleatoria. En consecuencia, se rechazó la hipótesis nula y se respaldó la hipótesis alterna, que plantea una distribución espacial no aleatoria de las tasas de suicidio durante el periodo de estudio.

Se observó un incremento de la autocorrelación espacial entre 2019 y 2022, alcanzando su valor máximo en 2022 ($I = 0,209$; $p < 0,001$). Posteriormente, el índice

disminuyó entre 2023 y 2025, aunque mantuvo valores positivos y estadísticamente significativos. Esto evidencia que, pese a las variaciones anuales en la intensidad de la autocorrelación espacial, persistió un patrón de agrupamiento territorial de las tasas de suicidio durante todo el periodo analizado.

4.4. Discusión de resultados

El presente estudio evidenció la existencia de patrones espaciales no aleatorios del suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025. Los resultados mostraron autocorrelación espacial positiva significativa en todos los años evaluados mediante el índice Global Moran, se identificaron clústeres espaciales de alto riesgo principalmente en provincias del centro-sur y suroriente del país. Además, las tasas suavizadas permitieron evidenciar una distribución geográfica más estable del fenómeno, reduciendo la variabilidad asociada a provincias con baja densidad poblacional.

Características sociodemográficas

Respecto a la distribución por sexo, el presente estudio evidenció consistentemente mayores tasas de suicidio en hombres, en comparación con mujeres durante todo el periodo 2019 – 2025. Estos hallazgos también son consistentes con la evidencia nacional. Roman et al. [21] reportaron que el 68,24% de los casos de suicidio ocurrían en hombres durante el periodo 2017 – 2019, mientras que Hernández et al. encontraron una proporción masculina de 67,2% entre 2004 y 2013. La concordancia entre estos estudios y nuestros resultados sugiere que el predominio masculino constituye un patrón persistente del suicidio en el Perú a lo largo de distintos periodos de análisis.

Estos hallazgos también coinciden con lo reportado por Rotejanaprasert et al. [17] en Tailandia, quienes identificaron una predominancia masculina sostenida en las

tasas de suicidio entre 1997 y 2021, observándose además que las provincias con mayores tasas correspondían principalmente a la población masculina. Dicho estudio señala que los hombres podrían presentar mayor vulnerabilidad frente a tensiones económicas, menor búsqueda de ayuda profesional y mayor uso de métodos letales, factores que también podrían contribuir a explicar el patrón observado en el Perú.

El predominio masculino observado en las tasas de suicidio durante todo el periodo estudiado también podría explicarse por factores socioculturales relacionados con las construcciones tradicionales de masculinidad. En este sentido, Howlader et al. [40] en un estudio cualitativo realizado en Bangladesh, describieron que diversos factores asociados a la identidad masculina, como la presión económica, el rol de proveedor, las dificultades relacionales, la pérdida autoestima y la incapacidad de cumplir expectativas sociales, se relacionaban con el comportamiento suicida en hombres. De la misma forma, Rasmussen et al. [41] señalaron que muchos hombres jóvenes experimentaban una fuerte presión social para demostrar fortaleza, éxito y autosuficiencia, dificultando la expresión emocional y la búsqueda de ayuda profesional.

En relación con la edad, en el presente estudio se observó que los mayores porcentajes y tasas de suicidio se concentraron consistentemente en adolescentes y adultos jóvenes, especialmente en los grupos de 15 – 19 y 20 – 24 años durante todo el periodo de estudio del 2019 al 2025. Estos hallazgos sugieren que la población joven constituye uno de los grupos más vulnerables frente al suicidio en el Perú, lo cual representa un importante problema de salud pública, debido al impacto potencial sobre los años de vida perdidos. Estos resultados concuerdan con lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [3], que señala que el suicidio constituye una de las principales causas de muerte en la población joven, siendo la tercera causa de

defunción en personas de 15 a 29 años a nivel mundial.

Los resultados encontrados coinciden parcialmente con estudios internacionales, un análisis espaciotemporal global realizado por Rotejanaprasert et al. [17] mostró que múltiples países con altas tasas de suicidio presentan variaciones importantes según grupos etarios, observándose en algunos contextos un incremento sostenido de las tasas de población joven y adulta temprana. Un estudio realizado en India [42] encontró marcadas diferencias en las tasas de suicidio según edad, identificando que los grupos de 15 – 29 años presentaban las tasas más elevadas. El predominio de tasas elevadas en la población joven podría explicarse por múltiples factores biopsicosociales. La adolescencia y adultez temprana constituyen etapas caracterizadas por mayor vulnerabilidad emocional, presión académica y laboral, dificultades económicas, conflictos familiares y procesos de construcción de identidad personal y social [43].

Por otro lado, aunque las tasas más altas se concentraron en población joven, algunos grupos de adultos mayores también mostraron tasas relevantes en determinados años, como ocurrió en personas de 70 – 74 años en 2019. Este comportamiento ha sido descrito en estudios internacionales, donde los adultos mayores pueden presentar mayor riesgo asociado a enfermedades crónicas, soledad, dependencia funcional y deterioro de la salud mental [44].

En relación con el estado civil, el presente estudio evidenció que la mayoría de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025 ocurrieron en personas solteras, representando de manera sostenida más de dos tercios del total de casos anuales. En contraste, los grupos de casados y convivientes presentaron proporciones menores. Estos hallazgos sugieren que la ausencia de una relación de pareja estable

podría constituir un factor asociado a una mayor vulnerabilidad frente al comportamiento suicida, posiblemente debido a menor soporte emocional, social y económico. Estos resultados concuerdan con investigaciones desarrolladas en Latinoamérica, un estudio realizado en Brasil sobre tendencias temporales del suicidio en jóvenes adultos entre 1997 y 2019[45], encontró que las personas solteras representaban aproximadamente el 79% de las muertes por suicidio, mientras que las personas casadas presentaban porcentajes menores.

En la literatura internacional se muestran resultados heterogéneos respecto a la relación entre educación y conducta suicida. Una revisión sistemática y metaanálisis realizados en Europa [46] encontraron que las personas con educación superior presentaban un menor riesgo de ideación suicida (OR: 0,86), sugiriendo un posible efecto protector de la educación.

En relación con el método de suicidio, el presente estudio evidenció que el ahorcamiento fue consistentemente el mecanismo más frecuente en el Perú durante todo el periodo de estudio. También se observó que los envenenamientos por otros agentes ocuparon el segundo lugar en frecuencia, seguidos por el uso de plaguicidas. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Contreras et al. [6], quienes encontraron que el ahorcamiento constituyó el método de suicidio más frecuente en el sexo masculino, representando aproximadamente el 74% de los casos registrados en el periodo 2017 – 2021.

Asimismo, los resultados encontrados coinciden con estudios realizados en otras poblaciones latinoamericanas, un estudio ecológico desarrollado por Jaén-Varas et al. [47] en Brasil mostró que el ahorcamiento constituía el principal método de suicidio, representando más del 70% de los casos, además de evidenciar una tendencia

creciente a lo largo del tiempo. Del mismo modo, otros métodos como intoxicaciones, pesticidas y armas de fuego presentaron frecuencias significativamente menores. La elevada frecuencia del ahorcamiento podría explicarse por la facilidad de acceso al método, su alta letalidad y ausencia de barreras regulatorias directas para su uso.

Evolución temporal

En relación con la evolución temporal de las tasas de suicidio en el Perú, el presente estudio evidenció fluctuaciones durante el periodo 2019 – 2025, con una disminución importante en el 2023 (con una tasa de 1,36 casos por cada 100000 habitantes) y un incremento posterior en 2024 y 2025, alcanzando la tasa más alta en este último año. Aunque las tasas peruanas fueron inferiores a las reportadas en otros países [48], el comportamiento temporal observado sugiere una dinámica cambiante del fenómeno suicida, posiblemente influenciada por factores sociales, económicos y sanitarios ocurridos durante y después de la pandemia.

Estos hallazgos guardan similitud con estudios internacionales que describen variaciones temporales en las tasas de suicidio. En Brasil, un estudio de serie temporal realizado entre 1997 y 2019 reportó una tendencia creciente de la mortalidad de suicidio en adultos jóvenes [45]. Una investigación realizada por Yoshioka et al. [49] encontró una reducción progresiva hasta aproximadamente el 2019, seguida de un incremento posterior, particularmente en mujeres y adultos mayores. Aunque el contexto japonés difiere considerablemente del peruano, la caída observada en nuestras tasas durante el 2023 seguida de un nuevo ascenso en 2024 – 2025 podría sugerir un comportamiento postpandemia semejante, donde inicialmente ocurre una disminución transitoria y posteriormente emergen efectos acumulativos relacionados con diversos factores sociales.

No obstante, la reducción observada en las tasas de suicidio durante el año

2023 debe interpretarse con cautela, debido a que el presente estudio no fue diseñado para identificar las causas de las variaciones temporales observadas. Si bien la disminución podría reflejar cambios reales en la ocurrencia del evento, también podrían intervenir factores relacionados con los procesos de registro y notificación de defunciones, los cuales no fueron evaluados en esta investigación.

Patrones espaciales

En cuanto a los patrones espaciales del suicidio en el Perú, el presente estudio evidenció autocorrelación espacial positiva y estadísticamente significativa durante el periodo 2019–2025, con valores del índice Global de Moran entre 0,086 y 0,209 y valores de *p* inferiores a 0,05 en todos los años. Estos resultados indican que las tasas de suicidio presentaron una distribución espacial no aleatoria. Asimismo, los mapas LISA permitieron identificar clústeres High–High principalmente en provincias del sur y suroriente del país, evidenciando la concentración territorial de tasas elevadas en determinadas áreas.

Los hallazgos del presente estudio muestran concordancia parcial con investigaciones previas realizadas en el Perú. Roman et al. [(21)] identificaron tasas ajustadas elevadas de suicidio en departamentos como Arequipa, Madre de Dios, Tacna, Cusco y Junín durante el periodo 2017 – 2019. De manera similar, en nuestro estudio se evidenció la persistencia de clústeres High – High principalmente en regiones del sur y sureste peruano durante el periodo 2019 – 2025, sugiriendo una continuidad territorial del fenómeno suicida en determinadas áreas geográficas del país.

Nuestros resultados son comparables con estudios internacionales que han identificado patrones espaciales significativos del suicidio. En Brasil, un estudio ecológico de serie temporal realizado entre 1997 y 2019[(45)], reportó mayores

coeficientes de mortalidad por suicidio en la región Sur, con tendencias crecientes en el Nordeste, Norte y Sudeste del país. Aunque el estudio no aplicó análisis LISA ni Moran Local, evidenció importantes diferencias regionales en la distribución de suicidio, sugiriendo que factores territoriales y socioeconómicos desempeñan un papel relevante en la ocurrencia del fenómeno. De forma similar, en el Perú se observó una concentración espacial de altas tasas en regiones específicas, especialmente en áreas andinas y amazónicas, lo cual podría relacionarse con desigualdades sociales, barreras de acceso a servicios de salud mental y contextos de vulnerabilidad económica y geográfica.

De igual manera, un estudio espaciotemporal realizado en Irán entre 2009 y 2023[18] encontró una agrupación espacial significativa de las tasas de suicidio mediante el índice de Moran Global (I=0,006419), identificando clústeres High – High y Low – Low en distintas regiones del país. En el caso peruano, los valores Moran fueron considerablemente superiores, alcanzando un máximo de 0,209 en el 2022, lo que sugiere una estructura espacial más marcada del fenómeno suicida en comparación con la observada en la población iraní.

Aunque algunos departamentos con elevada incidencia de pobreza como Puno [50], coincidieron con clúster High – High de suicidio, otros departamentos igualmente pobres, como Cajamarca y Loreto, no mostraron patrones espaciales similares. Esto sugiere que la distribución territorial del suicidio en el Perú responde a una interacción compleja de determinantes sociales, culturales y geográficos

Al comparar las tasas departamentales de suicidio con la distribución de los Centros de Salud Mental Comunitaria [51], se observó que algunos departamentos con elevadas tasas de suicidio presentaban limitada disponibilidad de estos

establecimientos. Por ejemplo, Madre de Dios registró altas tasas durante varios años del periodo analizado y cuenta con un reducido número de Centros de Salud Mental. Por otro lado, otros departamentos con mayor disponibilidad de establecimientos especializados, como Arequipa y Puno, también mantuvieron tasas elevadas, lo que demuestra que la sola presencia de un centro de salud mental no se traduce necesariamente en una reducción inmediata del riesgo suicida. En este contexto, el fortalecimiento de la red comunitaria de salud mental debe acompañarse de estrategias integrales de prevención, vigilancia epidemiológica y abordaje territorial focalizado.

CONCLUSIONES

1. Durante el periodo 2019 – 2025 se registraron 4790 casos de suicidio en el Perú, con una tasa promedio anual de 2,05 suicidios por cada 100000 habitantes. Las tasas variaron, con incrementos en 2021, 2024 y 2025, y una disminución importante en 2023.
2. Respecto a las características sociodemográficas, el sexo masculino presentó mayor frecuencia y tasas de suicidio durante todo el periodo. Los casos se concentraron principalmente en adolescentes y adultos jóvenes de 15–19 y 20–24 años, con predominio de educación secundaria.
3. En relación con los métodos de suicidio, el ahorcamiento fue el método más frecuente en todos los años, representando más de la mitad de los casos, seguido del envenenamiento por plaguicidas y otras sustancias.
4. En cuanto a las características geográficas, los departamentos del sur y sudeste del Perú presentaron las tasas más elevadas de suicidio durante el periodo estudiado, destacando Madre de Dios, Arequipa, Moquegua, Tacna, Cusco y Puno, mientras que los departamentos de la costa y selva norte mostraron tasas menores.
5. El análisis espacial mediante el índice de Moran Global y los clústeres LISA demostró que la distribución espacial de suicidio en el Perú no fue aleatoria, identificándose conglomerados espaciales significativos de alta incidencia, especialmente en departamentos del sur del país. Estos hallazgos sugieren la influencia de factores territoriales, socioeconómicos y de acceso a servicios de salud mental en la distribución geográfica del suicidio.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer las estrategias nacionales de prevención del suicidio mediante intervenciones focalizadas en los departamentos que presentaron mayores tasas y conglomerados espaciales de alta incidencia, especialmente en regiones del sur y sudeste del Perú como Madre de Dios, Arequipa, Cusco, Puno, Tacna y Moquegua.
2. Incrementar la cobertura y capacidad resolutiva de los Centros de Salud Mental Comunitaria, priorizando departamentos con elevadas tasas de suicidio y limitada disponibilidad de servicios especializados, a fin de mejorar el acceso oportuno a atención psicológica y psiquiátrica
3. Implementar programas preventivos dirigidos a adolescentes y adultos jóvenes, particularmente en la población masculina, incorporando estrategias de detección temprana, educación emocional, reducción del estigma y fortalecimiento de redes de apoyo familiar, escolar y comunitario.
4. Fortalecer la vigilancia epidemiológica del suicidio mediante la mejora continua de los sistemas de registro y notificación, promoviendo una mayor calidad y completitud de la información proveniente de SINADEF y otras fuentes oficiales.
5. Promover investigaciones futuras con enfoques analíticos y multivariados que permitan evaluar factores asociados al suicidio a nivel individual y contextual incorporando variables relacionadas con salud mental, consumo de sustancias, condiciones socioeconómicas y accesos a servicios sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarabia S. Suicidio: Un problema de salud pública. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 29 de diciembre de 2014 [citado 14 de mayo de 2026];77(4). Disponible en: https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/2188
2. Baños-Chaparro J. Duelo por suicidio: ¿Qué sucede después en la familia? Revista de Investigación en Psicología [Internet]. 30 de junio de 2022 [citado 23 de mayo de 2026];25(1).
3. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Suicidio. Datos y cifras. 2025 [citado 25 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide
4. Quinlan-Davidson M, Sanhueza A, Espinosa I, Escamilla-Cejudo JA, Maddaleno M. Suicide among young people in the americas. Journal of Adolescent Health [Internet]. marzo de 2014 [citado 20 de mayo de 2026];54(3). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23992759/
5. Silverman M, Barnaby L, Mishara B, Reidenberg D. Suicide prevention in the americas. Hogrefe [Internet]. 25 de marzo de 2020 [citado 19 de mayo de 2026].
6. Contreras-Córdova C, Atencio-Paulino J, Sedano C, Ccoicca-Hinojosa F, Paucar Huaman W. Suicidios en el perú: Descripción epidemiológica a través del sistema informático nacional de defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado 20 de mayo de 2026];85(1). Disponible en: https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4152
7. Mendoza-Saldaña YR, Fajardo W. Mortalidad por suicidio y sus características de comportamiento en la ciudad de lima durante los años 2017-2022. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 31 de marzo de 2024 [citado 20 de mayo de 2026];87(1). Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

85972024000100004

8. Sher L, Oquendo MA. Suicide: An overview for clinicians. Medical Clinics of North America [Internet]. 28 de octubre de 2022 [citado 21 de mayo de 2026];107(1):119-30. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36402494/
9. Petrova NN. The problem of suicide in depression in the modern world. SS Korsakov Journal of Neurology [Internet]. 2022 [citado 13 de mayo de 2026];122(6):43-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35797195/
10. McKinnon B, Gariepy G, Sentenac M, Elgar F. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. Bull World Health Organization [Internet]. mayo de 2016 [citado 20 de mayo de 2026];94(5):340-50. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27147764/
11. Ministerio de Salud. REUNIS - repositorio Único nacional de información en salud [Internet]. REUNIS. 2024 [citado 20 de mayo de 2026].
12. Cabrera De la Cruz N. Autolesiones no suicidas y variables sociodemográficas en adolescentes limeños. Avances en Psicología [Internet]. 29 de octubre de 2020 [citado 20 de mayo de 2026].
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI: Población del perú superará los 39 millones en el 2050 [Internet]. INEI: Población del Perú superará los 39 millones en el 2050. Ministerio de Salud; 2025 [citado 20 de mayo de 2026].
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Compendios estadísticos [Internet]. Compendios Estadísticos - INEI. Ministerio de Salud; 2025 [citado 19 de mayo de 2026].
15. Naciones Unidas. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas; 2017 [citado 20 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/

16. Gascoigne C, Jeffery A, Rotous I, Yu X, Geneletti S, Davies B, et al. Spatio-temporal trends and socio-environmental determinants of suicides in england (2002–2022): An ecological population-based study. The Lancet Regional Health [Internet]. 14 de agosto de 2025 [citado 20 de mayo de 2026].
17. Rotejanaprasert C, Phoncharoenwirot C, Thanutchapat P, Mekchaiporn O, Chienwichai P, Detkong T, et al. Spatiotemporal epidemiology and hierarchical analysis of suicide mortality and associated risk factors in thailand using national surveillance data during 1997–2021. Scientific Reports [Internet]. 9 de octubre de 2025 [citado 20 de mayo de 2026];15. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41598-025-20481-0#citeas
18. Feizi R, Panahi M, Hashemi Nazari S, Hajmanouchehri R, Delpishen A, Siahroudi A. A spatial-temporal study of the incidence of fatal suicide during the years 2009 to 2023. Iranian Journal of Public Health [Internet]. octubre de 2025 [citado 20 de mayo de 2026];54(10). Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12676050/
19. Souza D de G, Andrade LA, Passos Góes JA, Santos de Melo LR, Santos Melo M, Nunes Ribeiro CJ, et al. Temporal trends and identification of suicide mortality risk areas in brazil (2000-2022): Are we dealing with an underestimated epidemic? MDPI - Medicina [Internet]. diciembre de 2024 [citado 20 de mayo de 2026];60(12). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39768962/
20. Cañon-Ayala MJ, Perdomo-Jurado YE, Caro-Delgado AG. Spatiotemporal analysis of suicide attempts in colombia from 2018 to 2020. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. septiembre de 2024 [citado 20 de mayo de 2026];40(8). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39292130/
21. Roman-Lazarte V, Moncada-Mapelli E, Huarcaya-Victoria J. Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 3 de octubre de 2023. [citado 20 de mayo de

2026];52(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502023000300185

22. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Rubilar-Gonzáles J, Huarez B, Grendas L. Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el perú, 2004-2013. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. octubre de 2016 [citado 20 de mayo de 2026];33(4). Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400021
23. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio [Internet]. Prevención del Suicidio. Organización Mundial de la Salud - Región de las Américas; 2025 [citado 20 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio
24. Van Orden K, Witte T, Cukrowicz K, Braithwaite S, Selby E, Joiner T. The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev [Internet]. abril de 2010 [citado 20 de mayo de 2026];117(2). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20438238/
25. Espinosa-Salido P, Perez Nieto MA, Baca-Garcia E, Provencio Ortega M. Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. Journal of Empirical Research in Psychology [Internet]. 15 de febrero de 2021 [citado 21 de mayo de 2026];32(1). Disponible en: https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a27
26. Bahamon MJ, Javela JJ, Ortega-Bechara A, Matar-Khalil S, Ocampo-Flórez E, Uribe-Alvarado I, et al. Social determinants and developmental factors influencing suicide risk and self-injury in healthcare contexts. International Journal of Enviromental Research and Public Health. 11 de marzo de 2025;22(3).
27. Gallagher K, Phillips G, Corcoran P, Platt S, McClelland H, O'Driscoll M, et al. The social determinants of suicide: An umbrella review. Epidemiologic Reviews [Internet].

enero de 2025 [citado 21 de mayo de 2026];47(1).

28. Llamocca E, Yeh H, Miller-Matero L, Westphal J, Frank C, Simon G, et al. Association between adverse social determinants of health and suicide death. Medical Care [Internet]. noviembre de 2023 [citado 20 de mayo de 2026];61(11).
29. Campillo Serrano C, Fajardo Dolci G. Prevención del suicidio y la conducta suicida. Gaceta Médica de México [Internet]. 13 de diciembre de 2021 [citado 20 de mayo de 2026];157(5).
30. American Psychiatric Association. ¿Qué son suicidio y autolesión? [Internet]. ¿Qué son suicidio y autolesión? American Psychiatric Association; 2024 [citado 20 de mayo de 2026].
31. National Institute of Mental Health. Suicide [Internet]. Suicide. NIH; 2025 [citado 20 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide
32. Organization for Economic Co-operation and Development. Tasa de suicidio [Internet]. Tasa de suicidio. OECD; 2025 [citado 20 de junio de 2026].
33. Falk M, Marohn F, Michel R, Hofmann D, Macke M, Spachmann C, et al. A first course onTime series analysis - examples with SAS [Internet]. 1.a ed. USA: University of Würzburg; 2011 [citado 20 de mayo de 2026].
34. MathWorks. Introducción al análisis de series temporales [Internet]. Análisis de Series Temporales. [citado 21 de mayo de 2026].
35. Geo Innova. ArcGIS spatial analyst: Una gran opción para el análisis espacial [Internet]. Análisis espacial. 2014 [citado 20 de mayo de 2026].
36. Henández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. Vol. 6. McGraw-Hill; 2014 [citado 20 de junio de 2026].
37. Sánchez Carlessi HH, Reyes Meza C. Metodología y diseños en la investigación científica. 5.ª ed. Lima: Business Support Aneth; 2015.

38. General Assembly of the World Medical Association. World medical association declaration of helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. The Journal of the American College of Dentists [Internet]. 2014 [citado 21 de mayo de 2026];81(3). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25951678/
39. Borgeat Meza M, Luengo-Charath X, Aranciba M, Madrid E. Council for international organizations of medical sciences (CIOMS) ethical guidelines: Advancements and unsolved topics in 2016 upgrade. Medwave [Internet]. 25 de abril de 2018 [citado 21 de mayo de 2026];18(2). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29701729/
40. Howlader S, Abedin S, Rahman M. Social support, distress, stress, anxiety, and depression as predictors of suicidal thoughts among selected university students in bangladesh. PLOS Global Public Health [Internet]. 16 de abril de 2024;4(4). Disponible en: https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0002924
41. Lyberg Rasmussen M, Haavind H, Dieserud G. Young men, masculinities, and suicide. Archives of Suicide Research [Internet]. 21 de junio de 2017 [citado 20 de mayo de 2026];22(2):327-43.
42. Arya V, Page A, River J, Amstrong G, Mayer P. Trends and socio-economic determinants of suicide in india: 2001-2013. Social psychiatry and psychiatric epidemiology [Internet]. marzo de 2018 [citado 21 de mayo de 2026];53(3):269-78. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29209745/
43. Miranda-Mendízabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. International Journal of Public Health [Internet]. 12 de enero de 2019 [citado 21 de mayo de 2026];64(2). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30635683/
44. Marie-Claude F, Plassard C. Suicide in the elderly. Soins; la revue de référence

infirmière [Internet]. 8 de febrero de 2017 [citado 21 de mayo de 2026];62(814):39-41. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28411663/

45. Larissa de Arruda V, Martins de Freitas B, Reschetti Marcon S, Fernandes FY, Pollo de Lima N, Bortolini J. Suicide in young brazilian adults: 1997-2019 Time series. Ciência & saúde coletiva [Internet]. 16 de abril de 2021 [citado 21 de mayo de 2026];26(7):2699-708. Disponible en: https://www.scielo.br/j/csc/a/LRQchgVywFjhtmQHzy9XcZj/?lang=en
46. Ludwing J, Barbek R, Von dem Knesebeck O. Education and suicidal ideation in europe: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders [Internet]. 15 de marzo de 2024 [citado 21 de mayo de 2026]; 349:509-24. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724000508
47. Jaen-Varas DC, Mari JJ, Asevedo E, Borschmann R, Diniz E, Ziebold C, et al. Estudio ecológico abarcando 10 años sobre los métodos de suicidio practicados por adolescentes brasileños. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2 de septiembre de 2020 [citado 21 de mayo de 2026];36(8). Disponible en: https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00104619/#
48. Organización Mundial de la Salud. The global health observatory [Internet]. Suicide Rates. WHO; 2025 [citado 21 de mayo de 2026].
49. Yoshioka E, Hanley S, Sato Y, Saijo Y. Temporal evolution of suicide by levels of rurality and deprivation among japanese adults aged 20 years or over between 2009 and 2022. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology [Internet]. 2 de julio de 2024 [citado 21 de mayo de 2026];59:1909-18. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-024-02718-x
50. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cifras de pobreza 2024 [Internet]. Cifras de Pobreza. INEI; 2025 [citado 21 de mayo de 2026].

51. Ministerio de Salud. Solicitar atención en centros de salud mental comunitaria en el Perú [Internet]. Centros de Salud Mental. MINSA; 2025 [citado 21 de mayo de 2026].

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE EXTRACCIÓN DE DATOS

Tendencias temporales y patrones espaciales de suicidio en el Perú, 2019–2025

I. IDENTIFICACIÓN DE LA EXTRACCIÓN		II. FUENTE Y CONTROL DE CALIDAD	
Código de ficha:		**Fuente de información:**	SINADEF / REUNIS
Fecha de extracción:		**Periodo de estudio:**	2019–2025
Responsable:		**Revisión de duplicados:**	☐ Sí ☐ No

III. VARIABLES Y DATOS EXTRAÍDOS

Variable	Categoría / unidad	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Fuente/hoja	Observaciones	Verificado
Total nacional	Defunciones								AÑO		☐
Total nacional	Población								AÑO		☐
Total nacional	Tasa por 100 000 hab.								AÑO		☐
Edad	Grupos etarios								EDAD		☐
Sexo	Masculino / femenino								SEXO		☐
Estado civil	Categorías registradas								EST_CIVIL		☐
Nivel educativo	Categorías registradas								NIVEL_INST		☐
Método	Categorías registradas								METODO		☐
Departamento	Casos, población y tasa								DEPART		☐
Provincia	UBIGEO, casos,								PROV		☐

Anexo 2. Matriz de consistencia

<table>
<tr><th colspan="6">TÍTULO: TENDENCIAS TEMPORALES Y PATRONES ESPACIALES DE SUICIDIO EN EL PERÚ, 2019 – 2025</th></tr>
<tr><th colspan="2">PROBLEMA</th><th colspan="2">OBJETIVOS</th><th colspan="2">HIPÓTESIS</th></tr>
<tr><td colspan="2">PROBLEMA GENERAL
¿Cuáles son las tendencias temporales y los patrones espaciales de las tasas de suicidio en el Perú durante 2019–2025?</td><td colspan="2">OBJETIVO GENERAL
Describir las tendencias temporales y los patrones espaciales de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025.</td><td colspan="2" rowspan="2">Hipótesis Alterna (Ha): La distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias en el Perú durante el periodo 2019–2025 no es aleatoria.

Hipótesis Nula (Ho): La distribución espacial de las tasas suavizadas de suicidio por provincias en el Perú durante el periodo 2019–2025 es aleatoria

Hipótesis de Trabajo
H_1: $\begin{cases} X_{t_i} \neq X_{t_j} \\ I_M > 0, \quad p < 0.05 \end{cases}$</td></tr>
<tr><td colspan="2">PROBLEMAS ESPECÍFICOS
a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025?
b) ¿Cómo evolucionan las tasas anuales de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025?
c) ¿Cuáles son las características geográficas de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025?</td><td colspan="2">OBJETIVOS ESPECÍFICOS
a) Describir las características sociodemográficas de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025.
b) Describir las tasas anuales de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019-2025.
c) Describir las características geográficas de los casos de suicidio en el Perú durante el periodo 2019 – 2025.</td></tr>
<tr><th>Variables</th><th>Dimensiones</th><th>Indicadores</th><th>Instrumentos</th><th>Técnicas</th><th>Metodología</th></tr>
<tr><td rowspan="2">TASAS DE SUICIDIO</td><td>Temporal</td><td>Tasas anuales de suicidio por cada 100 000 habitantes</td><td rowspan="3">Ficha de extracción/registro de datos. Obtenida a partir del portal público de SINADEF – REUNIS.</td><td rowspan="3">Revisión documental de fuentes secundarias.</td><td rowspan="3">Tipo de Investigación:
Básica, Sustantiva, Descriptiva, Cuantitativa
Nivel de la Investigación:
Descriptivo

POBLACIÓN: Registros de defunción por suicidio del Perú, 2019–2025, disponibles en SINADEF/REUNIS.
MUESTRA: Registros</td></tr>
<tr><td>Espacial</td><td>Tasas por provincia, tasas suavizadas mediante Bayes empírico, índice de Moran Global y clústeres LISA</td></tr>
<tr><td rowspan="2">CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</td><td>Edad</td><td>Número de casos, porcentaje y tasa de suicidio por grupo de edad.</td></tr>
<tr><td>Sexo</td><td>Número de casos, porcentajes y tasas según sexo.</td></tr>
</table>

	Estado Civil	Número y porcentajes de casos por categoría.			elegibles del periodo (censal si se incluyeron todos los registros elegibles).
	Nivel educativo	Número y porcentajes de casos por categoría.			
MÉTODO DE SUICIDIO	Método de suicidio	Número y porcentajes de casos por categoría.			

Diseño de investigación: no experimental, longitudinal de tendencias y de nivel descriptivo.

M: O_{2019}, O_{2020}, O_{2021}, O_{2022}, O_{2023}, O_{2024}, O_{2025}



Anexo 3. Portal del Repositorio Único Nacional de Información de Salud (REUNIS)

