

PERFIL DE CARACTERIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

2025

SUBSECRETARÍA DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, SALUD MENTAL Y FENÓMENO SOCIOECONÓMICO DE LAS DROGAS

Informe técnico Nro. DNEPCENTSMFSD-2026-160

Quito, 8 de julio de 2026

1. INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida constituye un problema prioritario de salud pública por su impacto en las personas, las familias y las comunidades. Cada año, alrededor de 727.000 personas fallecen por suicidio en el mundo y muchas más realizan intentos, lo que refleja la magnitud del problema y la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención integrales y basadas en evidencia (1).

El suicidio forma parte de un continuo que comprende la ideación suicida, la planificación, los intentos y el suicidio consumado (2). Su aparición responde a la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales, culturales y económicos, por lo que no puede atribuirse a una única causa (3). La evidencia científica ha demostrado que la psicopatología parental, la disfunción familiar, la violencia intrafamiliar y las dificultades en la comunicación familiar incrementan el riesgo de conducta suicida, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes (4–7). A estos factores se suman barreras estructurales, como el acceso limitado a servicios de salud mental, el estigma y las deficiencias en los sistemas de vigilancia, que dificultan la identificación temprana y la intervención oportuna (8,9).

La evidencia también demuestra que la elección del método suicida está influenciada por factores culturales, ambientales y por la disponibilidad de medios letales (10). En población adolescente, la intoxicación por medicamentos y otras sustancias, junto con el acceso a métodos de alta letalidad, constituyen mecanismos frecuentes, lo que respalda la importancia de implementar estrategias de restricción del acceso a estos medios como una medida efectiva de prevención (11).

En este contexto, el presente perfil describe y analiza el comportamiento suicida registrado en Ecuador durante 2025, con el propósito de generar evidencia que contribuya a la planificación, priorización y fortalecimiento de estrategias locales de prevención del suicidio, desde un enfoque integral y contextualizado.

2. Desarrollo

2.1. Mortalidad por suicidio

La Policía Nacional es una importante fuente de información para las cifras oficiales de suicidio que emite el INEC anualmente a finales del mes de octubre. El contar con estos datos oportunos, aunque temporales, permite orientar las acciones para la prevención del suicidio que se ejecutarán por parte del Ministerio de Salud Pública durante el 2026.

Durante el 2025, según la Policía Nacional existieron 925 muertes por presunta causa de suicidio en el país. Toda vez que los años 2020 y 2021 son atípicos en sus cifras debido a la pandemia de COVID-19, se han comparado los 4 últimos años con la misma fuente y se ha observado un descenso sostenido que no se confirmó en el año 2023 con los datos del INEC; sin embargo, sirven como referencia para la planificación de actividades más temprana:

Tabla N° 1. Comparación de casos y tasas de suicidios 2022-2025

Año	POLICIA NACIONAL		INEC	
	Casos	Tasas (Por 100.000 hab.)	Casos	Tasas (Por 100.000 hab.)
2022	1144	6,46	1160	6,55
2023	1106	6,20	1202	6,74
2024	1090	6,07	1143	6,36
2025	925	5,11	Sin información	N/A

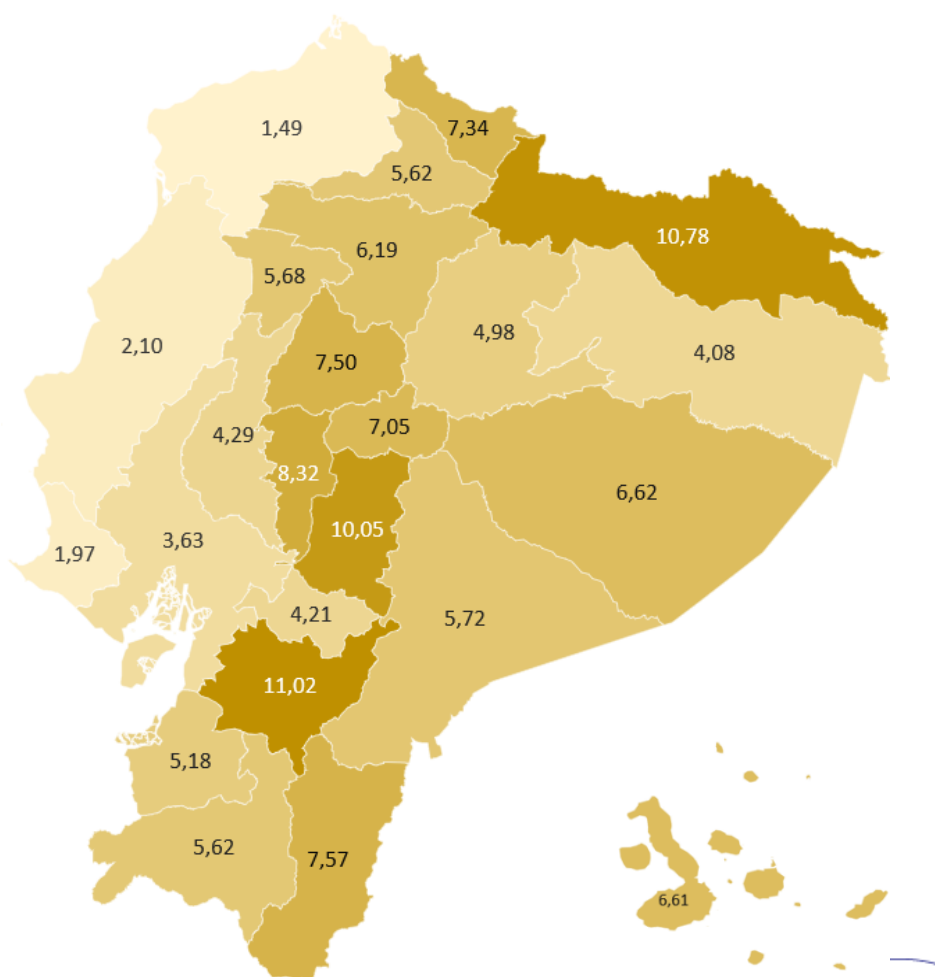
Fuente: Policía Nacional-Defunciones con presunta causa de suicidio, INEC-Registros históricos de defunciones generales

Elaboración propia

Con base en las proyecciones poblacionales del INEC, el cálculo de la tasa nacional de mortalidad por suicidio en 2025 fue de 5,11 por 100.000 habitantes, lo que representa una reducción cercana a un punto respecto a 2024 (6,07 por 100.000). No obstante, 16 provincias registraron tasas superiores a la media nacional, concentrándose principalmente en la región Sierra y la Amazonía. En cuanto al lugar de ocurrencia, el 73,84 % de los fallecimientos se produjo en el área urbana y el 26,16 % en el área rural.

Gráfico 1. Tasas provinciales de suicidio 2025 con fuente de datos Policía Nacional (Por 100.000 hab.).

Provincia	Tasa
Azuay	11,02
Bolívar	8,32
Cañar	4,21
Carchi	7,34
Chimborazo	10,05
Cotopaxi	7,50
El Oro	5,18
Esmeraldas	1,49
Galápagos	6,61
Guayas	3,63
Imbabura	5,62
Loja	5,62
Los Ríos	4,29
Manabí	2,10
Morona Santiago	5,72
Napo	4,98
Orellana	4,08
Pastaza	6,62
Pichincha	6,19
Santa Elena	1,97
Sto. Dgo. Tsáchilas	5,68
Sucumbíos	10,78
Tungurahua	7,05
Zamora Chinchipe	7,57



Fuente: Policía Nacional-Defunciones con presunta causa de suicidio, INEC-Registros históricos de defunciones generales

Elaboración propia

Del total de defunciones por suicidio registradas, el 70,49 % correspondió a hombres y el 29,51 % a mujeres. En

comparación con el año 2024, la reducción de casos se observó exclusivamente en la población masculina, mientras que en las mujeres se evidenció un incremento porcentual global del 9,20 %. A nivel provincial, Esmeraldas registró la mayor disminución de suicidios en mujeres, pasando de 6 casos en 2024 a 2 casos en 2025. En contraste, 14 provincias presentaron un aumento en el número de casos femeninos durante el mismo período, lo que podría evidenciar un cambio en el comportamiento epidemiológico de este evento:

Tabla N° 2. Provincias con incremento porcentual de casos de suicidio en mujeres, 2025

Provincia	Incremento % mujeres
Santo Domingo de los Tsáchilas	700,00
Bolívar	400,00
Napo	400,00
Sucumbios	150,00
Chimborazo	142,86
Zamora Chinchipe	100,00
El Oro	75,00
Los Ríos	50,00
Manabí	50,00
Orellana	50,00
Pastaza	50,00
Guayas	41,18
Azuay	10,71
Pichincha	1,45

Fuente: Policía Nacional-Defunciones con presunta causa de suicidio 2024-2025

Elaboración propia

En cuanto a la distribución por edad, la mayor concentración de casos se registró a los 19 años, con 41 defunciones, seguida de los 21 años, con 37 casos. En tercer lugar, se ubicaron adultos de 27 años y los adolescentes de 16 años, con 34 casos cada uno. Respecto de los grupos etarios definidos en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), se evidencia que la mayor carga de mortalidad por suicidio se concentra en la población de 20 a 39 años, con 421 defunciones, seguida del grupo de 40 a 64 años, con 218 casos. Por otra parte, los casos de suicidio registrados a edades más tempranas correspondieron a niñas y niños de 9 años, con 2 defunciones notificadas.

En relación con el estado civil, el 71,35 % correspondió a personas solteras, constituyéndose en la categoría de mayor frecuencia. Le siguieron las personas casadas (17,19 %), divorciadas (6,59 %), viudas (2,05 %) y aquellas en unión libre (0,54 %). Adicionalmente, en el 2,27 % de los registros no se determinó el estado civil de la persona fallecida.

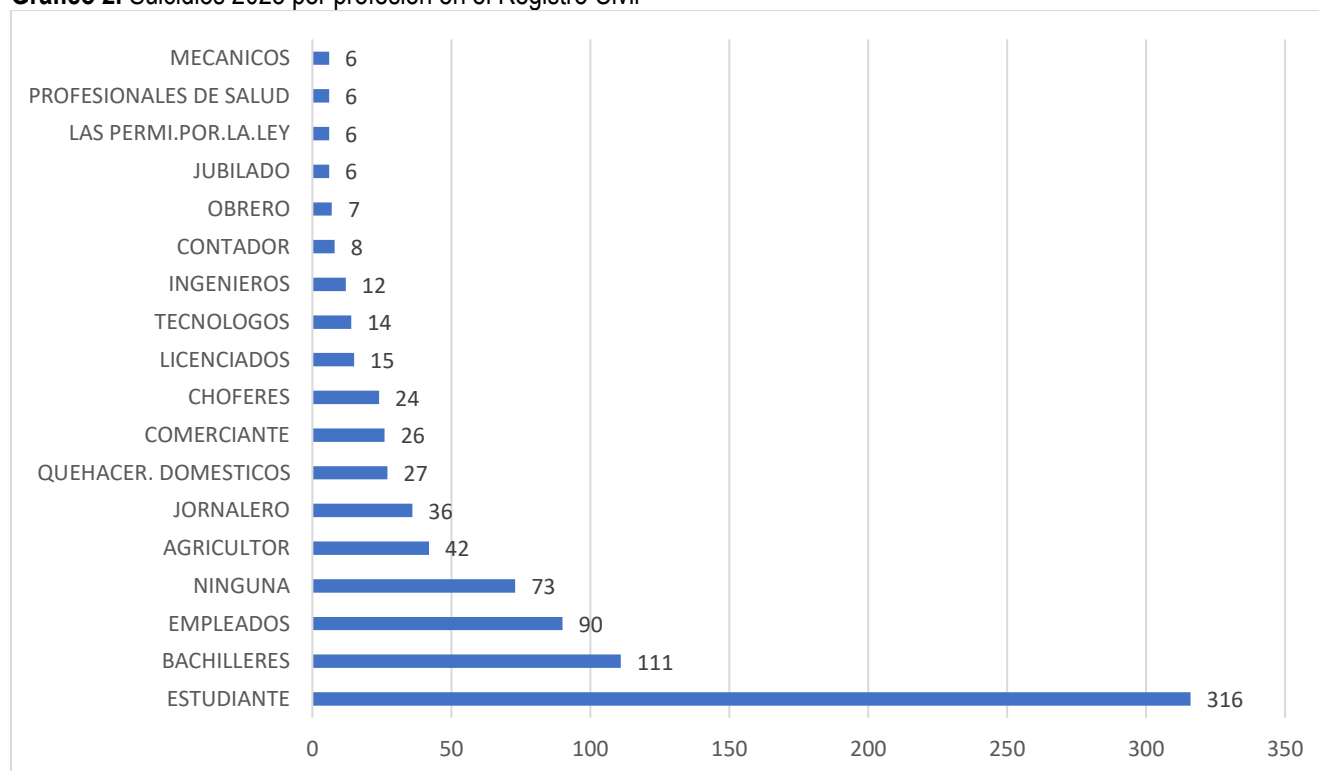
Respecto de la nacionalidad, el 97,73 % de las personas fallecidas correspondió a ciudadanos ecuatorianos, constituyéndose en el grupo de mayor frecuencia. Les siguieron las personas de nacionalidad venezolana (1,08 %). Por su parte, las nacionalidades colombiana, francesa y estadounidense representaron 0,54 %, 0,11 % y 0,11 %, respectivamente. Finalmente, el 0,43 % de los registros correspondió a otras nacionalidades no especificadas y a casos en los que esta variable no pudo ser determinada.

Sobre la autoidentificación étnica se tuvo que la mayor proporción de personas fallecidas correspondió a la población mestiza (91,03 %), seguida de la población indígena (3,35 %) y afroecuatoriana (1,95 %). En menor frecuencia se

registraron personas blancas (0,43 %), mulatas (0,32 %) y montubias (0,32 %). El 2,59 % de los registros correspondió a otras categorías étnicas no especificadas y a casos en los que no se contó con esta información. Al comparar estos resultados con los del año 2024, se observó un incremento porcentual de los casos en la población indígena (46,35 %) y mulata (15,83 %), mientras que en las demás categorías étnicas se evidenció una reducción, con variaciones que oscilaron entre 0,48 % y 32,43 %.

En relación con la ocupación consignada en el Registro Civil, se clasificaron los subtipos por categorías generales y se tuvo que el 90 % de los casos se concentró en las siguientes:

Gráfico 2. Suicidios 2025 por profesión en el Registro Civil



Fuente: Policía Nacional-Defunciones con presunta causa de suicidio 2024-2025
Elaboración propia

En relación con la condición de discapacidad, el 96,22 % de las personas fallecidas por suicidio no registraban ninguna discapacidad. Entre quienes sí presentaban esta condición, la discapacidad psicosocial fue la más frecuente (1,30 %), seguida de la discapacidad física (0,97 %), intelectual (0,86 %), auditiva (0,43 %) y visual (0,22 %).

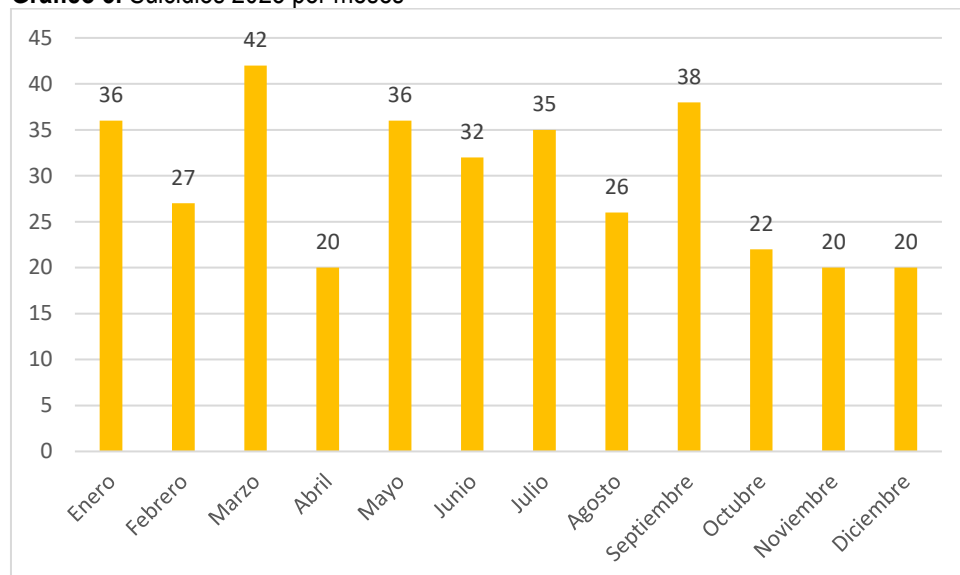
2.1.2. Análisis por temporalidad

El análisis de la fecha de ocurrencia de los suicidios permitió identificar la distribución temporal de los casos y los períodos de mayor frecuencia. De los casos presentados en diciembre (77 casos) y enero (94 casos) únicamente el 10,39 % de se registró durante las festividades de diciembre y el 5,32 % ocurrió el 1 de enero, comportamiento que difiere del observado en años anteriores. Sobre los días de la semana, se tuvo que el 31,24 % falleció en fines de semana y el día lunes es el que más casos concentra de manera individual (16,76%).

En cuanto al horario de ocurrencia, el 43,78 % de los suicidios se consumó durante la noche y la madrugada. Al contrastar estos resultados con los horarios de funcionamiento de la Línea 171, opción 6, se evidenció que el 40,97%

de los casos ocurrió fuera del período de atención de este servicio.

Gráfico 3. Suicidios 2025 por meses



Fuente: Policía Nacional-Defunciones con presunta causa de suicidio 2024-2025
Elaboración propia

2.1.3. Análisis de métodos de suicidio y factores asociados

El análisis de los métodos de suicidio evidenció que el ahorcamiento fue el mecanismo más frecuente, al concentrar el 77,41 % de los casos, seguido del envenenamiento por sustancias químicas (10,92 %) y del uso de armas de fuego y armas blancas (6,70 %). En menor proporción se registraron casos por ahogamiento, quemaduras y precipitación, que en conjunto representaron el 1,30 % del total. Adicionalmente, en el 3,35 % de los casos no fue posible determinar el método empleado al momento del procedimiento inicial efectuado por la Policía Nacional.

Sobre la presunta motivación de los suicidios, los problemas sentimentales fueron el motivo más frecuentemente reportado (42,27 %), seguidos por los problemas familiares (31,78 %). En menor proporción se registraron problemas de salud mental (11,57 %), dificultades económicas (7,14 %), enfermedad terminal (4,32 %), problemas escolares (2,81 %) y sectarismo (0,11 %). Cabe señalar que esta información corresponde a la presunta motivación registrada durante la investigación inicial y no necesariamente establece una relación causal con el evento.

2.2. Atenciones al comportamiento suicida en el MSP

El comportamiento suicida se entiende como el conjunto de fases que puede atravesar una persona antes de un suicidio consumado, esto es: ideación, intención, plan, intentos y reintentos suicidas (2). Este proceso puede originarse en diversos factores psicosociales a los que la persona ha estado expuesta durante un periodo determinado; así también, puede verse precipitado por circunstancias específicas que actúan como detonantes del acto suicida (13, 14).

La Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) contempla códigos diagnósticos para algunas fases del comportamiento suicida y ciertos factores asociados. Su utilización facilita la caracterización de este fenómeno mediante el análisis de la información consignada por los profesionales de la salud en los distintos

instrumentos de registro clínico.

En este contexto, la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud (DNEAISNS), como instancia oficial responsable de la consolidación de la información sobre las atenciones prestadas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, ha proporcionado los datos correspondientes al año 2025 relacionados con el comportamiento suicida y las comorbilidades asociadas. Cabe señalar que un mismo paciente puede generar múltiples registros de atención durante el período de análisis. A partir de esta información, se presentan los siguientes análisis, realizados con base en los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10) consignados en los registros de atención.

2.2.1. Atenciones por sexo y orientación sexual

Del total de atenciones registradas, el 68,38 % correspondió a mujeres, el 31,60 % a hombres y el 0,02 % a personas intersexuales. Respecto de la orientación sexual, el análisis se realizó sobre los registros clínicos que contienen esta variable, observándose que el 95,14 % de las atenciones correspondió a personas heterosexuales, el 1,04 % a personas bisexuales, el 0,84 % a personas gays y el 0,36 % a personas lesbianas.

El predominio de atenciones en mujeres (68,38 %) evidencia una mayor demanda de los servicios de salud por comportamiento suicida en este grupo poblacional. Este hallazgo puede estar relacionado con una mayor frecuencia de ideación e intentos suicidas en mujeres, así como con una mayor búsqueda de atención en comparación con los hombres, quienes suelen presentar menor utilización de los servicios de salud mental.

2.2.2. Atenciones por grupos etarios

De acuerdo con los grupos etarios establecidos previamente, el 39,11 % de las atenciones correspondió a personas de 20 a 39 años, siendo el grupo con la mayor proporción de registros. Le siguieron los grupos de 15 a 19 años con 23,24 %, 40 a 64 años con 16,83 %, 10 a 14 años con 14,51 %, y 65 años y más con 5,24 %. El grupo de 0 a 9 años registró la menor proporción de atenciones, con 1,07 %.

La mayor concentración de atenciones en personas de 20 a 39 años, seguida por adolescentes de 15 a 19 años y de 10 a 14 años, evidencia que el comportamiento suicida afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, etapas caracterizadas por importantes cambios biológicos, sociales y económicos. Estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer las acciones de promoción de la salud mental, prevención, detección temprana y atención oportuna en estos grupos, articulando intervenciones desde el primer nivel de atención, el sistema educativo y otros sectores involucrados.

2.2.3. Atenciones por nacionalidad

Durante el 2025 se registraron atenciones a personas de 25 nacionalidades. Del total de registros, el 97,60 % correspondió a personas de nacionalidad ecuatoriana, el 1,27 % a personas de nacionalidad venezolana, el 0,70 % a personas de nacionalidad colombiana y el 0,16 % a personas de nacionalidad peruana.

La distribución de las atenciones según nacionalidad refleja, en gran medida, la composición demográfica de la población residente en el país. Sin embargo, la presencia de atenciones en personas de al menos 25 nacionalidades evidencia la necesidad de mantener servicios de salud mental accesibles e inclusivos para la población migrante y en movilidad humana, considerando las condiciones particulares de vulnerabilidad que pueden influir en el riesgo de comportamiento suicida.

2.2.4. Atenciones por etnia

En relación con la autoidentificación étnica, el 89,88 % de las atenciones correspondió a personas que se autoidentificaron como mestizas, seguido por indígenas (6,10 %), montubios (1,71 %), afroecuatorianos (0,81 %), personas negras (0,72 %), mulatas (0,26 %) y blancas (0,19 %).

La mayor proporción de atenciones en personas mestizas -al igual que en lo relacionado a la nacionalidad- responde principalmente a la distribución poblacional del país. No obstante, la presencia de atenciones en todos los grupos de autoidentificación étnica evidencia que el comportamiento suicida constituye una problemática transversal que afecta a poblaciones con diferentes características socioculturales. En este contexto, resulta pertinente fortalecer estrategias de prevención y atención con enfoque intercultural, garantizando el acceso oportuno y la pertinencia cultural de los servicios de salud mental.

2.2.5. Atenciones por grupos prioritarios

De las 1.791 atenciones registradas por comportamiento suicida en personas pertenecientes a grupos prioritarios, el 49,75 % correspondió a mujeres embarazadas, constituyendo el grupo con mayor proporción de atenciones. Le siguieron las personas con discapacidad (30,88 %), las personas privadas de la libertad (10,33 %), las víctimas de violencia sexual (2,85 %), de violencia psicológica (2,01 %) y de violencia física (1,12 %). En conjunto, las atenciones correspondientes a personas con enfermedades catastróficas y raras, afectadas por desastres de origen antrópico o natural, en cuidados permanentes, de larga duración o paliativos, así como a trabajadoras sexuales, representaron el 3,07 % del total.

La elevada proporción de atenciones en mujeres embarazadas no implica necesariamente que el embarazo constituya el grupo de mayor riesgo, ya que ese porcentaje se calcula únicamente dentro de las atenciones registradas en grupos prioritarios y no en relación con el total de mujeres embarazadas del país. Sin embargo, esa cifra conjuntamente con la de personas con discapacidad pone de manifiesto la importancia de fortalecer las acciones de detección temprana, evaluación del riesgo suicida y seguimiento en estos grupos prioritarios, dada su mayor utilización de los servicios de salud.

Asimismo, las atenciones registradas en personas privadas de la libertad y en víctimas de violencia en sus distintas formas reflejan la necesidad de consolidar intervenciones intersectoriales orientadas a la prevención, atención integral y continuidad del cuidado, considerando la interacción de múltiples factores de vulnerabilidad. Aunque otros grupos prioritarios presentan una menor proporción de registros, su inclusión dentro del análisis evidencia la importancia de mantener una respuesta integral y diferenciada que garantice la equidad en el acceso a los servicios de salud mental.

2.2.6. Atenciones por tipología de servicios

De acuerdo con las tipologías de servicios con los que cuenta el MSP, el 65,82 % de las atenciones por comportamiento suicida se brindó en establecimientos del primer nivel de atención, seguido del 32,11 % en el segundo nivel, el 1,90 % en el tercer nivel y el 0,17 % en servicios de atención prehospitalaria. La distribución de las atenciones evidencia que la mayor parte de la respuesta asistencial se concentra en el primer y segundo nivel de atención, lo cual es consistente con lo señalado por la Ley Orgánica de Salud Mental, MAIS-FCI y Modelo de atención de salud mental.

Del total de hospitalizaciones relacionadas con el comportamiento suicida, el 97,22 % de los pacientes egresó con

vida. Se registraron 49 defunciones intrahospitalarias, de las cuales 35 ocurrieron después de 48 horas o más de hospitalización y 14 antes de cumplir 48 horas de ingreso. En relación con los casos que culminaron en defunción, el método que registró el mayor número de fallecimientos fue la intoxicación por plaguicidas (CIE-10 X68), con 37 casos.

Respecto a la duración de la estancia hospitalaria, el 87,56 % de las hospitalizaciones tuvo una permanencia de 1 a 7 días, seguido del 9,83 % con estancias de 8 a 15 días. La estancia intrahospitalaria más prolongada fue de 79 días, correspondiente a un caso de intoxicación con otros productos químicos, sustancias nocivas y las no especificadas, ocurrida en área industrial y de la construcción (CIE-10 X69.6).

Los resultados evidencian que, aunque la mayoría de los pacientes hospitalizados egresa con vida, existe un número de casos que requiere atención intrahospitalaria prolongada y de alta complejidad, lo que resalta la necesidad de fortalecer las acciones de control del acceso a productos químicos y la capacidad de respuesta de los servicios de salud para el manejo oportuno de estas emergencias.

Así también, la duración de las estancias hospitalarias refleja un consumo importante de recursos asistenciales. Si bien no se dispone de estudios de costos que permitan estimar el impacto económico de estas atenciones ni de información clínica que posibilite establecer la gravedad de los casos al ingreso, la ocurrencia de hospitalizaciones prolongadas permite inferir una demanda significativa de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura. Estos hallazgos ponen de manifiesto la importancia de fortalecer las estrategias de prevención, detección temprana y atención oportuna del comportamiento suicida, con el fin de reducir la necesidad de hospitalizaciones y la carga asistencial.

2.2.7. Atenciones al proceso suicida y factores asociados

En los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública se registraron atenciones correspondientes a las diferentes fases del comportamiento suicida, de acuerdo con la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10). La distribución de estas atenciones se presenta en la siguiente tabla:

Tabla N° 3. Atenciones al comportamiento suicida

Fase del comportamiento suicida	Cantidad
Ideación suicida	8913
Intentos de suicidio actuales	6887
Historia personal de intentos de suicidio	3453
Secuelas por intentos de suicidio	41

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, 2025

Elaboración propia

La distribución de las atenciones evidencia que la ideación suicida constituyó la fase del comportamiento suicida con el mayor número de registros, seguida por los intentos de suicidio actuales, los antecedentes personales de intento de suicidio y las secuelas de intentos de suicidio. Esta distribución pone de manifiesto que una proporción importante de las personas accedió a los servicios de salud durante la fase de ideación suicida, lo que representa una oportunidad crítica para la intervención temprana.

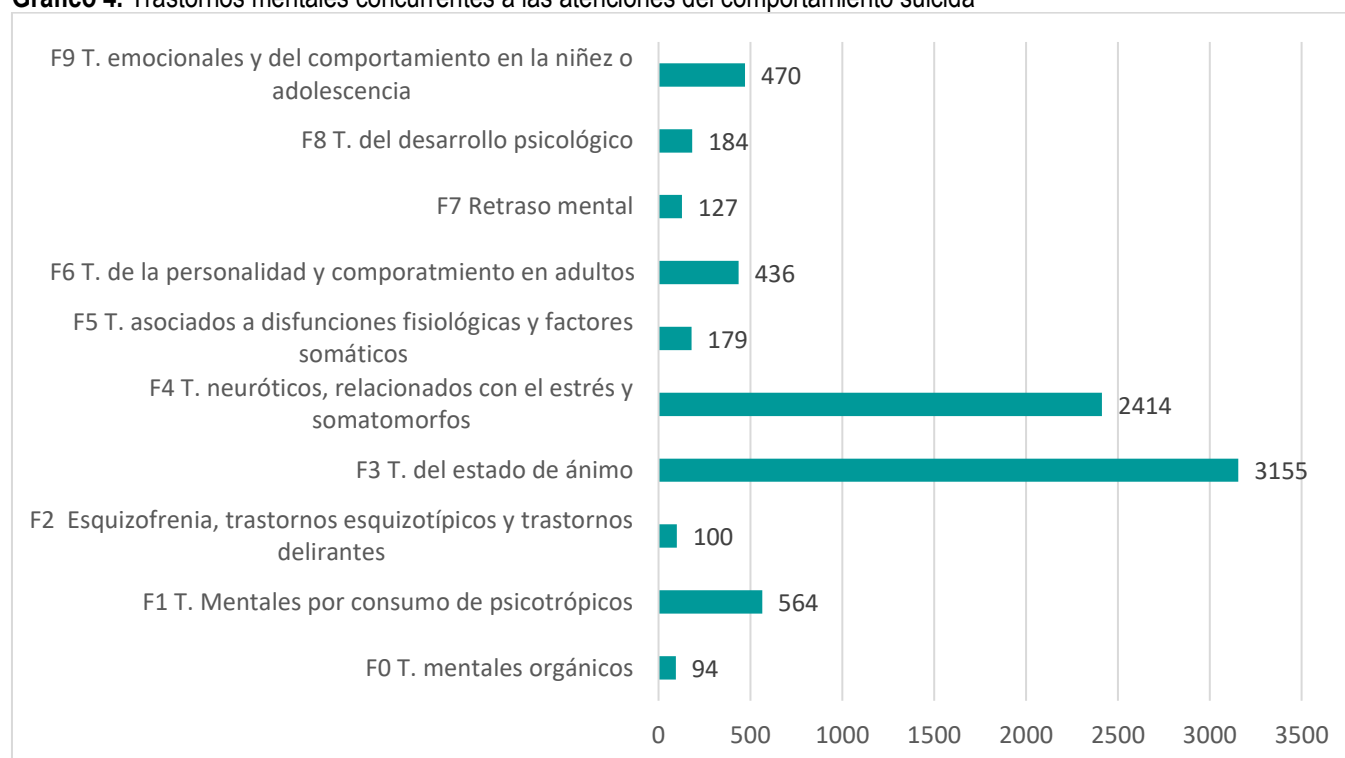
La atención oportuna de las personas que presentan ideación suicida permite implementar intervenciones clínicas, psicosociales y de seguimiento antes de que el proceso evolucione hacia un intento de suicidio o el suicidio consumado. En este sentido, el elevado número de atenciones en esta fase puede interpretarse como una oportunidad para fortalecer las acciones preventivas.

Por otra parte, el considerable número de atenciones por intentos de suicidio actuales y por antecedentes personales de intento de suicidio evidencia la necesidad de consolidar estrategias de seguimiento clínico y psicosocial, considerando que el antecedente de un intento constituye uno de los principales factores de riesgo para la recurrencia y para el suicidio consumado. Estos hallazgos refuerzan la importancia de garantizar la continuidad de la atención, la referencia y contrarreferencia efectiva entre niveles de complejidad y el acompañamiento de las personas con mayor vulnerabilidad.

Incrementar la captación de personas en la fase de ideación suicida no solo mejora las posibilidades de modificar el curso de este proceso, sino que también contribuye a disminuir la ocurrencia de intentos de suicidio, hospitalizaciones, secuelas y mortalidad asociadas.

En relación con las comorbilidades registradas de acuerdo con CIE-10, los trastornos del estado de ánimo (F30–F39) constituyeron el grupo diagnóstico con mayor número de atenciones, seguidos por los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40–F48), condiciones ampliamente reconocidas como factores de riesgo para la conducta suicida. Así también, el número de atenciones asociado a trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas pone de manifiesto que el consumo de alcohol y otras sustancias puede incrementar la impulsividad, disminuir la capacidad de afrontamiento y aumentar el riesgo de intento y muerte por suicidio.

Gráfico 4. Trastornos mentales concurrentes a las atenciones del comportamiento suicida

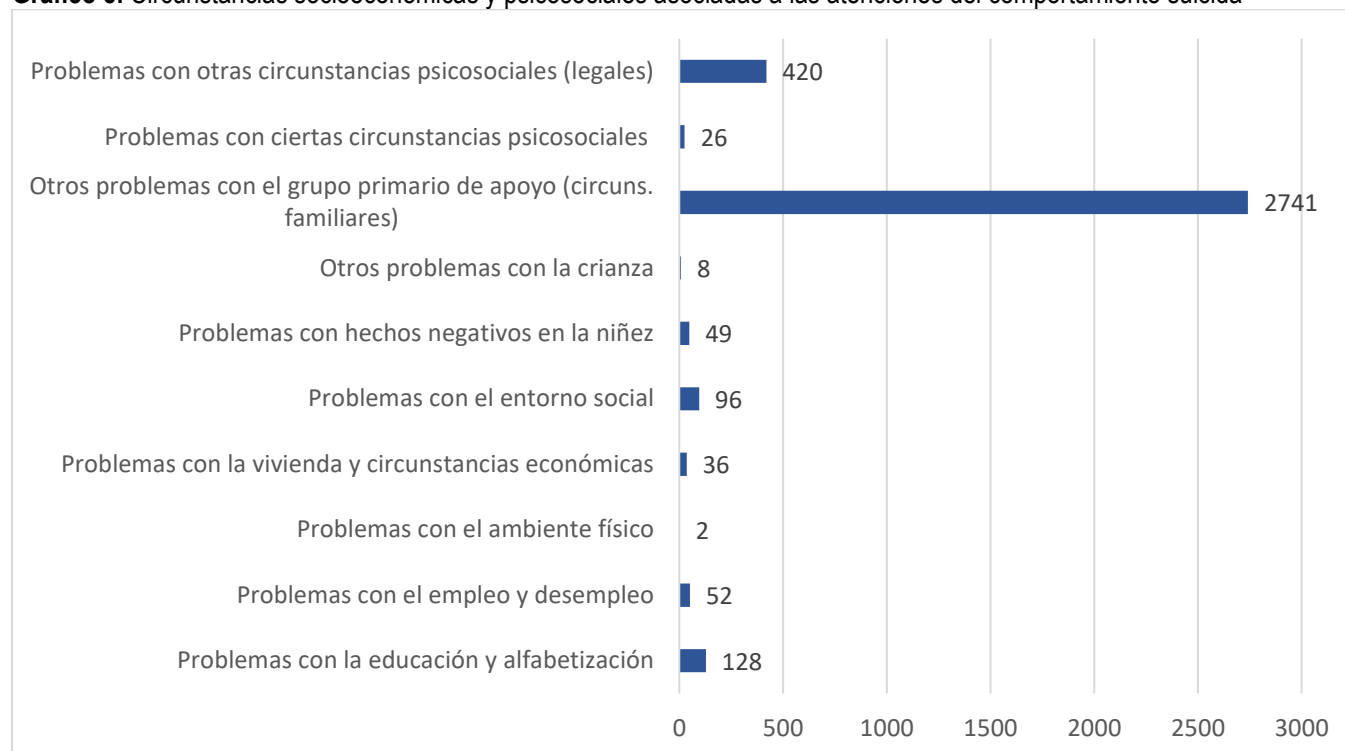


Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, 2025
Elaboración propia

En relación con los factores psicosociales registrados mediante los códigos Z55–Z65 de la CIE-10, el mayor número de atenciones concurren con otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, incluidas las circunstancias familiares (Z63) representando la categoría predominante. Le siguieron los problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, incluidos los aspectos legales (Z65), los problemas relacionados con la educación y la alfabetización (Z55) y los problemas relacionados con el entorno social (Z60) en orden de frecuencias.

La marcada predominancia de los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo evidencia la importancia del entorno familiar es consistente con la información generada por la Policía Nacional en la investigación de los suicidios consumados, donde los problemas familiares constituyen la motivación reportada con mayor frecuencia. Si bien ambas fuentes de información responden a metodologías y objetivos distintos, la convergencia de estos resultados refuerza la necesidad de incorporar el fortalecimiento de las relaciones familiares, la resolución de conflictos, la comunicación efectiva y el apoyo psicosocial como componentes estratégicos de las acciones de promoción de la salud mental y prevención del comportamiento suicida.

Gráfico 5. Circunstancias socioeconómicas y psicosociales asociadas a las atenciones del comportamiento suicida



Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, 2025
Elaboración propia

3. Caracterización por provincias

Con el propósito de orientar la planificación y priorización de las intervenciones territoriales, se analizaron las bases de datos proporcionadas por la DNEAISNS, con el fin de caracterizar el perfil de las personas atendidas por comportamiento suicida. Para cada provincia se identificaron los cantones con mayor concentración de atenciones, así como las características demográficas, los grupos prioritarios, los trastornos mentales asociados, los factores psicosociales y los métodos de intento de suicidio registrados con mayor frecuencia, utilizando la codificación de la CIE-10. Esta información constituye un insumo para la focalización de estrategias de promoción, prevención y atención integral en salud mental a nivel territorial. No obstante, su alcance no es exhaustivo, por lo que no excluye la necesidad de considerar y abordar otros factores de riesgo, determinantes y métodos de intento de suicidio que puedan presentarse en el contexto local y que requieran intervenciones específicas de acuerdo con la realidad de cada territorio.

3.3.1. Azuay

Cantón: CUENCA

Sexo: Mujer, Hombre

Grupo etario: 20 a 39 años y 15 a 19 años

Grupo prioritario: Personas con discapacidad, privadas de la libertad, embarazadas

Trastornos mentales concurrentes: F412, F192, F323

Factores psicosociales: Z637

Método de intento de suicidio: X780, X600, X789, X780

3.3.2. Bolívar

Cantón: GUARANDA, SAN MIGUEL

Sexo: Mujer, hombre

Grupo etario: 20 a 39 años y 10 a 14 años

Grupo prioritario: Personas con discapacidad, embarazadas

Trastornos mentales concurrentes: F331, F412, F321

Factores psicosociales: Z637

Método de intento de suicidio: X780, X600

3.3.3. Cañar

Cantón: AZOGUES

Sexo: Mujer

Grupo etario: 20 a 39 años

Grupo prioritario: Personas con discapacidad, privadas de la libertad

Trastornos mentales concurrentes: F412, F332, F100

Factores psicosociales: Z637

Método de intento de suicidio: X840, X600, X610

3.3.4. Carchi

Cantón: TULCAN, MIRA

Sexo: Mujer, Hombre

Grupo etario: 20 a 39 años

Grupo prioritario: Embarazadas, personas con discapacidad

Trastornos mentales concurrentes: F412, F321

Factores psicosociales: Z637

Método de intento de suicidio: X780, X610, X680

3.3.5. Chimborazo

Cantón: RIOBAMBA

Sexo: Mujer, Hombre

Grupo etario: 20 a 39 años

Grupo prioritario: Embarazadas, personas privadas de la libertad

Trastornos mentales concurrentes: F412

Factores psicosociales: Z637
Método de intento de suicidio: X780, X600

3.3.6. Cotopaxi

Cantón: LATACUNGA, SALCEDO
Sexo: Mujer
Grupo etario: 20 a 39 años, 15 a 19 años
Grupo prioritario: Personas privadas de la libertad, embarazadas
Trastornos mentales concurrentes: F412, F321
Factores psicosociales: Z637, Z632
Método de intento de suicidio: X780, X680

3.3.7. El Oro

Cantón: MACHALA
Sexo: Mujer
Grupo etario: 20 a 39 años
Grupo prioritario: Embarazadas, personas privadas de la libertad
Trastornos mentales asociados: F412
Factores psicosociales: Z637
Método de intento de suicidio: X780, X680

3.3.8. Esmeraldas

Cantón: ESMERALDAS, ATACAMES
Sexo: Mujer, Hombre
Grupo etario: 20 a 39 años
Grupo prioritario: Personas privadas de la libertad, embarazadas
Trastornos mentales asociados: F320, F339
Factores psicosociales: Z637
Método de intento de suicidio: X680

3.3.9. Galápagos

Cantón: SANTA CRUZ, SAN CRISTOBAL, ISABELA
Sexo: Mujer, Hombre
Grupo etario: 20 a 39 años y 15 a 19 años
Grupo prioritario: Personas con discapacidad, embarazadas
Trastornos mentales asociados: F321, F322, F102, F100
Factores psicosociales: Z653
Método de intento de suicidio: X780, X689

3.3.10. Guayas

Cantón: GUAYAQUIL, MILAGRO
Sexo: Mujer, Hombre

Grupo etario: 20 a 39 años y 15 a 19 años
Grupo prioritario: Personas privadas de la libertad, embarazadas
Trastornos mentales asociados: F418, F412
Factores psicosociales: Z637, Z612, Z638
Método de intento de suicidio: X780, X680, X700

3.3.11. Imbabura

Cantón: IBARRA
Sexo: Mujer
Grupo etario: 20 a 39 años
Grupo prioritario: Persona con discapacidad, embarazadas
Trastornos mentales asociados: F412
Factores psicosociales: Z637
Método de intento de suicidio: X600, X649, X780

3.3.12. Loja

Cantón: ESPINDOLA, LOJA
Sexo: Mujer, Hombre
Grupo etario: 20 a 39 años, 65 o más años
Grupo prioritario: Personas con discapacidad, embarazadas, víctimas de violencia física y psicológica
Trastornos mentales asociados: F412
Factores psicosociales: Z586, Z653
Método de intento de suicidio: X399, X680, X780

3.3.13. Los Ríos

Cantón: QUEVEDO, BABAHOYO
Sexo: Mujer
Grupo etario: 20 a 39 años
Grupo prioritario: Personas por desastres naturales, embarazadas
Trastornos mentales asociados: F321, F320, F412
Factores psicosociales: Z637, Z601
Método de intento de suicidio: X780, X690, X680, X838

3.3.14. Manabí

Cantón: PORTOVIEJO, MANTA
Sexo: Mujer, Hombre
Grupo etario: 20 a 39 años
Grupo prioritario: Personas privadas de la libertad, con discapacidad
Trastornos mentales asociados: F430, F412
Factores psicosociales: Z637
Método de intento de suicidio: X780, X680

3.3.15. Morona Santiago

Cantón: MORONA, SAN JUAN BOSCO, GUALAQUIZA

Sexo: Mujer

Grupo etario: 20 a 39 años y 10 a 14 años

Grupo prioritario: Personas privadas de la libertad, con discapacidad

Trastornos mentales asociados: F320, F331, F412

Factores psicosociales: Z637, Z630, Z631

Método de intento de suicidio: X680, X640

3.3.16. Napo

Cantón: TENA

Sexo: Mujer

Grupo etario: 20 a 39 años

Grupo prioritario: Persona con discapacidad, embarazadas

Trastornos mentales asociados: F320, F432, F330

Factores psicosociales: Z637, Z601

Método de intento de suicidio: X680, X689

3.3.17. Orellana

Cantón: ORELLANA

Sexo: Mujer, Hombre

Grupo etario: 20 a 39 años

Grupo prioritario: Embarazadas, personas con discapacidad

Trastornos mentales asociados: F320, F101, F329

Factores psicosociales: Z637

Método de intento de suicidio: X680

3.3.18. Pastaza

Cantón: PASTAZA, ARAJUNO

Sexo: Mujer, Hombre

Grupo etario: 20 a 39 años

Grupo prioritario: Embarazadas, personas con discapacidad

Trastornos mentales asociados: F412, F331, F064

Factores psicosociales: Z637

Método de intento de suicidio: X690, X840

3.3.19. Pichincha

Cantón: DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

Sexo: Mujer

Grupo etario: 20 a 39 años

Grupo prioritario: Personas con discapacidad, privadas de la libertad, embarazadas

Trastornos mentales asociados: F412, F321

Factores psicosociales: Z637, Z632, Z630
Método de intento de suicidio: X780, X649, X600, X610

3.3.20. Santa Elena

Cantón: SALINAS, SANTA ELENA
Sexo: Mujer, Hombre
Grupo etario: 20 a 39 años y 15 a 19 años
Grupo prioritario: Embarazadas, personas con discapacidad
Trastornos mentales asociados: F412, F231, F328, F321
Factores psicosociales: Z597
Método de intento de suicidio: X780, X690, X610, X600

3.3.21. Santo Domingo de los Tsáchilas

Cantón: SANTO DOMINGO
Sexo: Mujer, Hombre
Grupo etario: 20 a 39 años
Grupo prioritario: Personas privadas de la libertad, embarazadas
Trastornos mentales asociados: F320, F332, F150
Factores psicosociales: Z637
Método de intento de suicidio: X680

3.3.22. Sucumbíos

Cantón: LAGO AGRIO
Sexo: Mujer, Hombre
Grupo etario: 20 a 39 años
Grupo prioritario: Personas privadas de la libertad, embarazadas
Trastornos mentales asociados: F320, F109
Factores psicosociales: Z651, Z593
Método de intento de suicidio (Inicia con X): X680

3.3.23. Tungurahua

Cantón: AMBATO
Sexo: Mujer, Hombre
Grupo etario: 20 a 39 años
Grupo prioritario: Personas con discapacidad, embarazadas
Trastornos mentales asociados: F412
Factores psicosociales: Z637
Método de intento de suicidio: X780, X610

3.3.24. Zamora Chinchipe

Cantón: ZAMORA, YANTZAZA
Sexo: Mujer, Hombre

Grupo etario: 20 a 39 años
Grupo prioritario: Personas con discapacidad, embarazadas
Trastornos mentales asociados: F320, F321, F322
Factores psicosociales: Z637
Método de intento de suicidio: X819, X680, X600

4. Conclusiones

Los hallazgos confirman que el suicidio afecta de manera predominante a la población en edades económicamente productivas, con importantes repercusiones sociales, familiares y económicas, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción de la salud mental, prevención del suicidio, detección oportuna y atención integral desde la infancia, con un enfoque de género, intersectorial y basado en el curso de vida.

El predominio de atenciones por ideación suicida constituye un indicador favorable para la respuesta del sistema de salud, en la medida en que refleja oportunidades de intervención antes de que el comportamiento suicida progrese hacia desenlaces de mayor gravedad. No obstante, el importante volumen de atenciones por intentos de suicidio demuestra que aún es necesario fortalecer la detección temprana, la cobertura, el acceso oportuno a los servicios de salud mental y la continuidad del cuidado, con énfasis en el primer nivel de atención y en los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad.

La presencia de registros concurrentes a problemas familiares, legales, educativos, sociales, laborales y económicos pone de manifiesto que el comportamiento suicida se desarrolla en un contexto donde interactúan múltiples determinantes sociales y psicosociales. En consecuencia, la respuesta institucional debe trascender el abordaje exclusivamente clínico y consolidar estrategias intersectoriales que articulen los sectores de salud, educación, protección social, justicia, trabajo y desarrollo comunitario, con el propósito de intervenir sobre los factores que incrementan la vulnerabilidad de la población. En conjunto, estos resultados respaldan la importancia de fortalecer la evaluación sistemática de los factores psicosociales durante la atención de las personas con comportamiento suicida, de manera que la identificación temprana de conflictos familiares y otras condiciones de vulnerabilidad permita implementar intervenciones oportunas, mejorar la continuidad del cuidado y reducir el riesgo de progresión hacia desenlaces de mayor gravedad.

Desde el enfoque renovado de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en las Américas, el abordaje del comportamiento suicida requiere fortalecer capacidades clave de los sistemas de salud, tales como la vigilancia en salud pública, promoción de la salud mental, participación social y el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia, a fin de implementar intervenciones intersectoriales que promover entornos protectores que favorezcan el bienestar y disminuyan el estigma asociado a la salud mental, reducir las inequidades en el acceso a los servicios, fortalecer el primer nivel de atención en articulación con actores comunitarios y contar con sistemas de información oportunos y de calidad que orienten acciones preventivas eficaces. En conjunto, estas acciones pueden contribuir de manera efectiva a la reducción de la mortalidad por suicidio y del comportamiento suicida en el país.

Aprobado por:	Mgs. Ana Gutiérrez	Directora Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de la Drogas (E)	
Revisado por:	Mgs. Andrés Benavides	Especialista de Promoción de la Salud Mental 1	

Elaborado por:	Mgs. Sandra Barral	Especialista de Promoción de la Salud Mental 1	
----------------	--------------------	--	--

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. 2025 Mar 25 [citado 2026 Abr 22]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [citado 2026 Abr 22]. Disponible en: https://www.msps.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
3. Gutiérrez-Quintanilla JR. El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección. Entorno. 2013;(54): 6-11, ISSN: 2218-3345. doi:10.5377/entorno.v0i54.6290. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/entorno/article/view/6290>
4. Borges G, Borges R, Medina-Mora ME, Benjet C, Nock MK. Parental psychopathology and offspring suicidality in Mexico. Arch Suicide Res. 2013;17(2):123–135. doi:10.1080/13811118.2013.776449
5. González RM, Ferrer Lozano DM, Machado Rivero MO. Revisión sistemática sobre conducta suicida en niños menores de 12 años en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr. 2020;36(2):e1079. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi202k.pdf>
6. Baca García E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Salud Ment (Mex). 2014;37(5):373–380. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003
7. Nock K, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicidio y comportamiento suicida. Epidemiol Rev. 2008; 30(1):133–154. doi: 10.1093/epirev/mxn002. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18653727/>
8. Organización Mundial de la Salud. Salud mental [Internet]. [citado 2026 Abr 22]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1
9. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Rev Colomb Psiquiatr. 2014;43(3):162–167. doi:10.1016/j.rcp.2014.07.001. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502014000300007&script=sci_abstract&lng=es
10. López Steinmetz LC. Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. Cienc Psicol. 2019;13(2):197–208. doi:10.22235/cp.v13i2.1872. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212019000200197&script=sci_abstract
11. Cortés Alfaro A, Suárez Medina R, Serra Larín S. Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2019;35(4):e1105. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=http://scielo.sld.cu/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0864-21252019000400011&ved=2ahUKEwjFwoLX2YGUAxVXTDABHZMWNJ0QFnoECBcQAQ&usg=AOvVaw3aff_dIGz-Y5QplvD7JnA