



Maestría en

SALUD PÚBLICA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Salud Pública

Título de trabajo: Análisis de la Evolución de las Tasas de Suicidio en Ecuador en el Periodo 2015 a 2022.

AUTOR: SELENA ARACELY ANDRANGO PAUCAR

TUTOR: DR. PABLO ACOSTA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo y amor incondicional.

A mis hermanas por acompañarme cada día de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco sobre todo a Dios por guiarme y estar presente espiritualmente, siempre he confiado en su voluntad y estoy segura de que he llegado hasta este momento gracias a él.

A mis padres, por todo su esfuerzo y dedicación, sobre todo por guiarme, aconsejarme y estar presentes en todo momento con sus palabras de apoyo; les agradezco inmensamente por todo lo que han hecho; los amo con todo mi corazón y son lo más importante de mi vida Wilson y Rocío.

A mis hermanas Alina y Katherine; quienes me han ayudado siempre con sus palabras de aliento para llegar a este momento, quiero compartirles mi felicidad y agradecerles porque jamás me sentí sola gracias a ustedes.

A mis compañeros y maestros por todos los momentos de aprendizaje compartidos.

Finalmente, agradezco al doctor Pablo Acosta; tutor de este trabajo de titulación por su apoyo y buena disposición en todo momento para realizar esto de la mejor manera.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xii
1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	3
3. Planteamiento del problema.....	5
4. Objetivos de Investigación.....	7
4.1. Objetivo general.....	7
4.2. Objetivos específicos.....	7
4.3. Hipótesis.....	7
5. Marco Teórico y Conceptual.....	8
5.1. Definición.....	8
5.2. Teorías del Suicidio.....	8
5.2.1. Teoría interpersonal del Suicidio (Thomas Joiner).....	9
5.2.2. Teoría de la Psicache (Edwin Shneidman).....	9
5.2.3. Teoría de la Desesperanza (Aaron T. Beck).....	9
5.2.4. Teoría del Modelo Biopsicosocial.....	10
5.2.5. Teoría de la Violencia Autoinfligida (Durkheim).....	10
5.2.6. Teoría de la Desregulación Emocional.....	10

5.2.7.	Teoría de la Resiliencia	10
5.3.	Epidemiología del suicidio a nivel mundial, regional y nacional.....	11
5.3.1.	Datos Internacionales	11
5.3.2.	América Latina	11
5.3.3.	Ecuador.....	12
5.4.	Evolución de las Tasas de Suicidio en América Latina y Ecuador	12
5.5.	Factores de riesgo asociados al Suicidio en Ecuador	16
5.6.	Etiología	18
5.7.	Consideraciones fisiológicas	20
5.8.	Historia Natural del Suicidio	22
5.8.1.	Periodo Prepatogénico: Identificación de Factores de Riesgo	22
5.8.2.	Periodo Patogénico: Sintomatología y Desarrollo de la Conducta Suicida 23	
5.9.	Edad: Un Factor Clave en la Comprensión del Suicidio a Través de las Etapas Vitales 24	
5.10.	Diferencias de Género en el Comportamiento Suicida	26
5.11.	La Etnicidad y el Impacto del Desarraigo Cultural en el Suicidio	27
5.12.	Desigualdad Geográfica y Tasas de Suicidio: Regiones Rurales vs Urbanas 28	
5.13.	Factores Provinciales: El Rol del Desarrollo Socioeconómico en las Tasas de Suicidio 29	
5.14.	Estado Civil: La Relación entre la Soledad y el Suicidio.....	29
5.15.	Nivel de Instrucción: Educación como Factor Protector Contra el Suicidio 31	
5.16.	Manifestaciones clínicas.....	32
5.17.	Análisis de Políticas Públicas Actuales y Marcos Legales y Normativos sobre el Suicidio.....	34
5.17.1.	Políticas Públicas Internacionales	34

5.17.2.	Marcos Legales Internacionales	35
5.17.3.	Políticas Públicas Nacionales en Ecuador	35
5.17.4.	Marcos Legales en Ecuador.....	35
5.17.5.	Desafíos en las Políticas y Marcos Legales.....	36
5.18.	Políticas Públicas.....	36
5.19.	Prevención del Suicidio	39
5.19.1.	Prevención Primordial	39
5.19.2.	Prevención Primaria	40
5.19.3.	Prevención Secundaria	40
5.19.4.	Prevención Terciaria.....	40
6.	Metodología y Diseño de la investigación	41
6.1.	Tipo de estudio	41
6.2.	Población y muestra	41
6.3.	Criterios de inclusión.....	41
6.4.	Criterios de exclusión	48
6.5.	Operacionalización de variables.....	48
6.6.	Recolección de información	50
6.7.	Plan de análisis de datos	51
6.7.1.	Analizar las tasas de suicidio en Ecuador por grupo etario, sexo y etnia (2015-2022).....	51
6.6.3.	Relación entre factores sociodemográficos y las tasas de suicidio	52
6.6.4.	Análisis Bivariado y Multivariado	52
7.	Resultados.....	53
7.1.	Análisis Descriptivo de las Tasas de Suicidio en Ecuador (2015-2022)....	53
7.1.1.	Tasas Brutas de Suicidio por Año	53
7.1.2.	Tasas Específicas de Suicidio.....	53
7.2.	Análisis de Frecuencias Absolutas y Relativas	65

7.2.1. Distribución de Suicidios por Grupo Etario	65
7.2.2. Distribución de Suicidios por Sexo	66
7.2.3. Distribución de Suicidios por Etnia.....	66
7.2.4. Distribución de Suicidios por Nivel Educativo	67
7.2.5. Distribución de Suicidios por Estado Civil	68
7.2.6. Distribución Territorial de Suicidios	69
7.3. Visualización Gráfica de las Tasas de Suicidio.....	70
7.3.1. Gráficos por Grupo Etario, Sexo y Etnia.....	70
7.3.2. Gráficos por Provincia.....	73
7.4. Relación entre Factores Sociodemográficos y Tasas de Suicidio	74
7.4.1. Resultados del ODDS Ratio e Intervalos de Confianza y valores de P.....	74
7.4.2. Análisis de la Prueba de Chi-Cuadrado.....	77
8. Discusión	80
9. Conclusiones.....	83
10. Recomendaciones	85
11. Referencias bibliográficas	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Causas CIE-10	41
Tabla 2 Operacionalización de variables	48
Tabla 3 Tasas de suicidios calculadas para cada grupo de edad por año	53
Tabla 4 Tasas de suicidios calculadas sexo por año	54
Tabla 5 Tasas de suicidios calculadas para área por año	55
Tabla 6 Tasas de Suicidio por Provincia en Ecuador (2015-2022)	55
Tabla 7 tasas de suicidio a nivel cantonal en Ecuador entre 2015 y 2022.....	57
Tabla 8 Estadísticos Descriptivos de Suicidios por Edad en Ecuador (2015-2022)	65
Tabla 9 Distribución de Suicidios por Sexo en Ecuador (2015-2022)	66
Tabla 10 Distribución de Suicidios por Grupo Étnico en Ecuador (2015-2022)	66
Tabla 11 Distribución de Suicidios por Nivel Educativo en Ecuador (2015-2022).....	67
Tabla 12 Distribución de Suicidios por estado civil (2015-2022).....	68
Tabla 13 Distribución Territorial de Suicidios (2015-2022)	69
Tabla 14 Regresión Logística Binaria para Factores Sociodemográficos Asociados al Riesgo de Suicidio	74
Tabla 15 Relación entre Variables Sociodemográficas y Nivel de Riesgo de Suicidio (Prueba de Chi-Cuadrado)	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1 Teorías del suicidio según Durkheim (1897), Joiner (2005), Shneidman (1993), Beck (1967) y enfoques adicionales: Resiliencia, Desregulación Emocional y Modelo Biopsicosocial.....	8
Figura 2 Las 10 principales causas de muerte en Ecuador, 2021.....	14
Figura 3 Muertes por homicidio y suicidio en Ecuador en 2021.	14
Figura 4 Historia Natural del Suicidio.	22
Figura 5 Consecuencias del Suicidio.....	24
Figura 6 Prevención del Suicidio	39
Figura 7 Tasas Brutas de Suicidio por Año.....	53
Figura 8 Tasas de suicidio por cada 100,000 habitantes según grupo etario en Ecuador (2015-2022)	70
Figura 9 Tasas de suicidio por sexo en Ecuador (2015-2022)	71
Figura 10 Tasas de suicidio por área en Ecuador (2015-2022).....	72
Figura 11 Tasas de suicidio por provincia en Ecuador (2015-2022)	73

RESUMEN

El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y un grave problema de salud pública en Ecuador. A pesar de ser prevenible, su prevalencia sigue siendo alarmante, lo que subraya la necesidad urgente de identificar sus factores de riesgo.

Objetivo: Analizar las tasas de suicidio en Ecuador (2015-2022) a nivel nacional, provincial y cantonal, considerando variables demográficas (edad, sexo, etnia), para identificar factores asociados y contribuir a políticas públicas de prevención más efectivas en poblaciones de riesgo.

Métodos: Se utilizó un diseño descriptivo transversal, basado en datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, la metodología incluyó un análisis descriptivo de las tasas de suicidio, tanto brutas como específicas, por edad, sexo, etnia y área geográfica. Además, se calcularon frecuencias absolutas y relativas, y se utilizaron gráficos para visualizar las tendencias, se emplearon herramientas estadísticas como el Odds Ratio y la prueba de Chi-cuadrado para establecer relaciones entre las variables sociodemográficas y las tasas de suicidio.

Resultados: Los resultados mostraron que durante el período de estudio el mayor riesgo de suicidio se observó en los hombres, por otro lado, los grupos más jóvenes (0-14 y 15-24 años) presentaron menor riesgo, mientras que este aumentó con la edad, en cuanto a la etnia los indígenas tuvieron el menor riesgo (OR = 0.152), y los montubios el mayor (OR = 2.270) adicionalmente, las áreas rurales mostraron menor riesgo (OR = 0.447) que las urbanas y los métodos más comunes de suicidio fueron la ingestión de sustancias tóxicas y el ahorcamiento.

Conclusiones: El estudio reveló que existieron vínculos entre el suicidio y diversos factores como el estado civil y el nivel educativo. Las personas solteras y aquellas con menor nivel educativo presentaron un mayor riesgo, lo que resaltó la necesidad de

fortalecer las redes de apoyo social y mejorar el acceso a servicios. Se sugirió la creación de intervenciones específicas para las áreas rurales, con un enfoque particular en jóvenes y aquellos con recursos educativos y sociales limitados, con el fin de abordar de manera integral los factores de riesgo identificados.

Palabras Clave: Factores sociodemográficos, Prevención, Riesgo, Suicidio, Tasas de suicidio.

ABSTRACT

Suicide is one of the leading causes of death worldwide and a serious public health problem in Ecuador. Despite being preventable, its prevalence remains alarming, which underlines the urgent need to identify its risk factors.

Objective: To analyze the behavior of suicide rates in Ecuador throughout the period 2015 - 2022 at the national, provincial, and cantonal levels, considering demographic variables (age, sex, and ethnicity) to identify possible factors associated with variations in rates to contribute to the planning of public prevention policies in areas and populations at risk to make them more effective.

Methods: A descriptive cross-sectional design was used, based on data from the National Institute of Statistics and Census. The methodology included a descriptive analysis of suicide rates, both crude and specific, by age, sex, ethnicity, and geographic area. In addition, absolute and relative frequencies were calculated, and graphs were used to visualize trends. Statistical tools such as the Odds Ratio and the Chi-square test were used to establish relationships between sociodemographic variables and suicide rates.

Results: The results showed that during the study period the highest risk of suicide was observed in men, on the other hand, the younger groups (0-14 and 15-24 years) presented a lower risk, while this increased with age. Regarding ethnicity, indigenous people had the lowest risk (OR = 0.152), and montubios the highest (OR = 2.270) additionally, rural areas showed a lower risk (OR = 0.447) than urban areas and the most common methods of suicide were the ingestion of toxic substances and hanging.

Conclusions: The study revealed that there were links between suicide and various factors such as marital status and educational level. Single people and those with a lower educational level presented a higher risk, which highlighted the need to strengthen social

support networks and improve access to services. The creation of specific interventions for rural areas was suggested, with a particular focus on young people and those with limited educational and social resources, in order to comprehensively address the identified risk factors.

Keywords: Sociodemographic factors, Prevention, Risk, Suicide, Suicide rates.

1. Introducción

El suicidio es un fenómeno bastante complejo y multifacético que afecta tanto individualmente como a comunidades enteras. De acuerdo con lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (1) se estima que más de 700000 personas cada año a nivel mundial deciden quitarse la vida, por lo tanto, este dato ubica al suicidio como un problema de salud pública de primer orden. Por otra parte, este fenómeno ha llegado a influir en diversos factores especialmente entre el biológico, social y psicológico.

Desde el punto de vista biológico, actualmente la ciencia señala que los siguientes puntos son detonantes en las personas para incrementar su vulnerabilidad frente al suicidio: predisposición genética, desequilibrios neurotransmisores como la serotonina y la presencia de enfermedades mentales. En el enfoque social, el riesgo aumenta por causas de: exclusión, aislamiento, pobreza, y desempleo, además de la falta de redes de apoyo, finalmente en cuanto al factor psicológico temas como la depresión, la ansiedad y algunos trastornos de personalidad son elementos claves y determinantes para que la persona piense con terminar su vida.

A nivel global, los factores económicos, culturales y de salud mental influyen en gran manera en la tasa del suicidio. En Ecuador, estas tasas han mostrado un aumento significativo en los últimos años especialmente entre los jóvenes, las comunidades vulnerables y la población indígena, por lo tanto, este fenómeno no solo señala la crisis de salud mental, sino también el impacto de diversos factores que afectan el bienestar de las personas en múltiples dimensiones.

En contexto ecuatoriano el suicidio ha dejado de ser un tema tabú y se ha convertido en una prioridad de salud pública, con un incremento en determinados grupos geográficos. Según el INEC las tasas del suicidio crecieron en un 7,8% por cada 100000 habitantes en

el año 2015; a 9,3% en el año 2020, afectando especialmente a los jóvenes de entre 15 y 24 años, por otra parte, los hombres presentan tasas más altas de suicidio que las mujeres con 11 frente a cada 4.5 por cada 100000 habitantes, aunque cabe mencionar que las mujeres reportan tener más intentos de suicidios (14).

En nuestro país las causas de este fenómeno incluyen problemas de salud mental no atendidos, conflictos familiares, violencia y exclusión social, lo que señala la necesidad urgente de poder implementar políticas de prevención y un mayor acceso a servicios de salud mental. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por implementar políticas preventivas, aún persisten brechas significativas en la atención y tratamiento de la salud mental, en determinados años la tasa de suicidio ha mostrado fluctuaciones alarmantes y entre grupos específicos, por ejemplo, el INEC documentó un incremento de 1.5 entre el 2015 y 2020, con un crecimiento especial entre los jóvenes de 15 y 24 años y en comunidades indígenas. Esto evidencia la necesidad de implementar políticas públicas que atiendan la salud mental de los ecuatorianos de manera efectiva.

Este estudio se centra en analizar la evolución de las tasas de suicidio en Ecuador entre el año 2015 y el año 2022, con el propósito de poder identificar las tendencias demográficas y factores claves según el tiempo y el lugar. Desde un punto de vista cuantitativo y los datos proporcionados por el INEC se espera poder generar información que permita priorizar sectores y regiones vulnerables para así aportar una planificación más precisa de estrategias de prevención y políticas públicas dirigidas a grupos específicos y áreas de mayor incidencia.

2. Justificación

El suicidio se ha convertido en una de las principales causas de muerte prevenibles a nivel global, destacándose como un problema que demanda atención inmediata y medidas efectivas; en el contexto ecuatoriano, las cifras relacionadas con este fenómeno han mostrado un incremento preocupante en los últimos años, impactando especialmente a jóvenes, comunidades indígenas y sectores de alta vulnerabilidad. Este incremento no solo pone de manifiesto una crisis en la salud pública, sino que también refleja desigualdades sociales y económicas persistentes en el país.

En Ecuador, la investigación sobre el suicidio ha sido limitada en cuanto a la desagregación de los datos disponibles, lo que dificulta un análisis profundo de los factores de riesgo que afectan a regiones o grupos específicos, esta falta de detalle restringe el desarrollo de estrategias de prevención ajustadas a las necesidades reales de las comunidades; en respuesta a esta brecha, el presente estudio propone un análisis exhaustivo de los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) durante el período 2015-2022, considerando variables como ubicación geográfica, características demográficas y cambios temporales, con el objetivo de identificar patrones y tendencias aún poco explorados (14).

Los hallazgos de esta investigación serán especialmente valiosos para dos públicos clave: las personas en situación de riesgo y los responsables de diseñar políticas públicas. Identificar las áreas geográficas y los grupos demográficos más afectados permitirá enfocar los esfuerzos en los sectores que más lo necesitan, como jóvenes, comunidades indígenas y poblaciones rurales con acceso limitado a servicios de salud mental. Además, los resultados facilitarán la creación de políticas de intervención más efectivas, orientadas a atender las necesidades específicas de cada grupo.

La disponibilidad de datos desagregados también será crucial para mejorar la planificación en salud pública. Al comprender mejor los patrones de riesgo en función de variables específicas, se podrán asignar los recursos de manera más eficiente, fortaleciendo el impacto de las estrategias preventivas y contribuyendo a un modelo de intervención basado en evidencia. De este modo, este estudio no solo busca abordar una problemática urgente, sino también aportar herramientas prácticas para fortalecer la respuesta a un desafío complejo que afecta a la sociedad ecuatoriana.

3. Planteamiento del problema

El suicidio se ha convertido a nivel global en una de las principales causas de muerte, este se destaca como un problema multifactorial de salud pública que demanda atención inmediata; de acuerdo con la OMS cada año fallecen aproximadamente 703.000 personas por esta causa, lo que pone en evidencia la gravedad de la situación y la necesidad de comprender los factores que la desencadenan (1).

En Ecuador, este fenómeno ha adquirido mayor relevancia en los últimos años puesto que las tasas de incidencia han aumentado de forma significativa, afectando de manera especial a jóvenes, comunidades indígenas y poblaciones rurales; sin embargo, la información existente sobre el suicidio en el país es limitada y carece de un enfoque que desagregue los datos según variables demográficas y geográficas, esta falta de análisis detallados dificulta la implementación de estrategias efectivas de salud pública orientadas a la prevención.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) indica que entre 2015 y 2022 se han observado variaciones notables en las tasas de suicidio, con cifras particularmente altas en provincias como Azuay, Loja y Pichincha reflejando no solo desigualdades en el acceso a recursos, sino también la influencia de factores económicos, culturales y sociales (14).

En el contexto ecuatoriano, los altos niveles de pobreza y desigualdad actúan como determinantes clave del suicidio, en este , en su teoría clásica sostiene que este fenómeno está estrechamente relacionado con la cohesión social y el grado de integración de los individuos en su entorno, en Ecuador, el estigma vinculado a la salud mental, la carencia de redes de apoyo y el acceso limitado a servicios especializados agravan el problema por

otro lado factores como el desempleo y la precariedad económica generan estrés crónico, incrementando el riesgo de suicidio, especialmente en los grupos más vulnerables.

A nivel global la OMS ha señalado que el suicidio puede prevenirse mediante estrategias integrales que aborden los determinantes sociales y promuevan la salud mental, sin embargo en Ecuador los programas de prevención suelen ser limitados y carecen de un enfoque adecuado lo que complica la aplicación de políticas públicas efectivas así también el presupuesto destinado a la salud mental sigue siendo insuficiente, representando apenas el 2% del gasto total en salud, esta carencia afecta directamente la capacidad del sistema para identificar y atender a las poblaciones en mayor riesgo (1).

Esta limitación en los programas de prevención se debe entre otras causas a la falta de información epidemiológica que permita caracterizar la dinámica del suicidio en el país, ya que la revisar la literatura existen muy pocas investigaciones al respecto. En este sentido el presente estudio busca llenar esta brecha de conocimiento y de esta manera generar información relevante que permita la toma de decisiones ubicando zonas y poblaciones de riesgo para priorización de las intervenciones para el programa de salud mental debe llegar para controlar y mitigar este problema creciente.

Del presente problema se desprende la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las tasas suicidio y su evolución en tiempo, lugar y persona tanto a nivel nacional, provincial, y cantonal?

¿Como se relacionan los factores socio demográficos con las tasas de suicidio?

4. Objetivos de Investigación

4.1. Objetivo general

Analizar las tasas de suicidio en Ecuador (2015-2022) a nivel nacional, provincial y cantonal, considerando variables demográficas (edad, sexo, etnia), para identificar factores asociados y contribuir a políticas públicas de prevención más efectivas en poblaciones de riesgo.

Objetivos específicos

- Analizar las tasas de suicidio según grupos de edad y sexo en Ecuador para identificar grupos de mayor riesgo.
- Evaluar la distribución geográfica de las tasas de suicidio a nivel nacional y provincial y cantonal
- Establecer relaciones entre las variables sociodemográficos con las tasas de suicidio en el país.
- Proponer recomendaciones para optimizar las estrategias de prevención del suicidio en Ecuador, enfocándose en grupos y áreas de riesgo para mejorar su eficacia.

Hipótesis

Hipótesis Nula (H0):

No existen diferencias significativas en las tasas de suicidio según las variables sociodemográficas.

Hipótesis de Investigación (Hi):

Existen diferencias significativas en las tasas de suicidio según las variables de sociodemográficas.

5. Marco Teórico y Conceptual

5.1. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud, (2021) el suicidio se define como un acto intencional en el que una persona pone fin a su propia vida de forma consciente. Se piensa que este fenómeno es el resultado de la combinación de factores psicológicos, biológicos, sociales y ambientales, además de este concepto Edwin Shneidman (2) destaca que el suicidio ocurre cuando una persona cree que su conducta es la única manera de lidiar con un problema insoportable en su vida, lo que lleva a un sufrimiento psicológico inmanejable, adicionalmente Emile Durkheim (3) clasificó el suicidio en cuatro categorías: suicidio egoísta, altruista, anómico y fatalista, desde un punto de vista sociológico, vio el suicidio como un acto que surge de una interacción entre el individuo y la sociedad, impactado por el grado de integración y control social. Así, el suicidio puede abordarse desde un enfoque multidimensional que combina factores individuales, sociales y estructurales.

5.2. Teorías del Suicidio

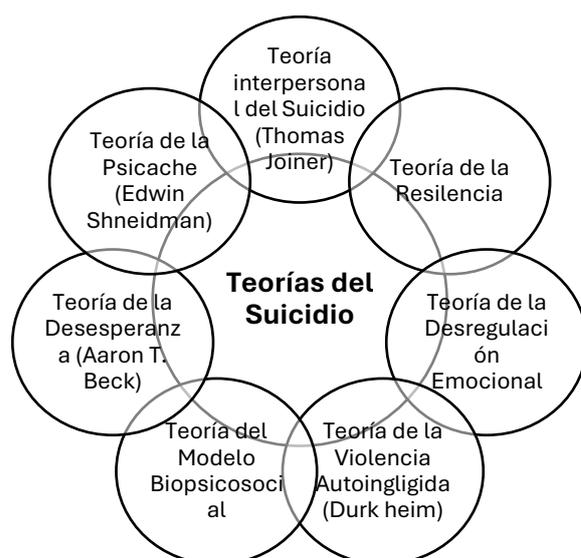


Figura 1. Teorías del suicidio según Durkheim, Joiner, Shneidman, Beck y enfoques adicionales: Resiliencia, Desregulación Emocional y Modelo Biopsicosocial.
Fuente. Elaboración propia

A lo largo del tiempo se han planteado algunas teorías en lo referente al suicidio, las cuales se muestran en la Figura 1, estas no solo abordan los aspectos psicológicos individuales sino también estudian los contextos sociales, familiares y biológicos que pueden influir en el suicidio a continuación se explica cada una de ellas:

5.2.1. Teoría interpersonal del Suicidio (Thomas Joiner)

Esta teoría fue planteada por Thomas Joiner y la misma sostiene que existen dos factores que incrementan el riesgo de suicidio, las cuales son: la percepción de ser una carga para los demás y la otra es tener la percepción de no pertenecer a ningún grupo social, cuando estos dos aspectos se combinan el ser humano desarrolla un deseo de querer morir, además esta teoría también indica que otro aspecto que puede llevar a la muerte es el sentimiento que se puede dar por causa del dolor físico y emocional (4).

5.2.2. Teoría de la Psicache (Edwin Shneidman)

Esta teoría fue desarrollada por Edwin Shneidman indica que el suicidio es una respuesta al dolor psicológico, denominado psicache el cual se llega a experimentar con un sufrimiento profundo y desesperante;(5) varias investigaciones han demostrado que la idea del suicidio está asociada a altos niveles de angustia emocional lo que señala que la intervención de sesiones terapéuticas para controlar y prevenir estas emociones son necesarias.

5.2.3. Teoría de la Desesperanza (Aaron T. Beck)

Esta teoría formulada por Aaron T. Beck sostiene que las personas que sienten un alto grado de desesperanza son las más propensas a querer suicidarse,(6) este sentimiento se asocia con distorsiones cognitivas como por ejemplo la tendencia de interpretar la vida de forma negativa lo que hace que los pensamientos de muerte incrementen.

5.2.4. Teoría del Modelo Biopsicosocial

Esta teoría señala que el suicidio no puede explicarse solo por la intervención de un factor, sino que también es el resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en la persona, por ejemplo, aquellos que sufren de trastornos psiquiátricos, depresión, estrés social.(7) Experiencias traumáticas, riesgos psicológicos y sociales. Sin duda alguna esta teoría apoya que el suicidio está más cerca cuando uno de los factores antes mencionados está presente en el ser humano.

5.2.5. Teoría de la Violencia Autoinfligida (Durkheim)

Emile Durkheim es uno de los pioneros en el estudio del suicidio, según el este tema puede ser causado por una desconexión del individuo y su sociedad ya sea por el exceso de integración o falta de integración o falta de regulación social, esta teoría ha sido sujeta a varios estudios, ya que se centra en que un factor social es la causa mayor del suicidio.

5.2.6. Teoría de la Desregulación Emocional

A lo largo del tiempo algunos estudios han explorado el papel de la desregulación emocional en el suicidio, esta teoría sugiere que las personas con dificultades para manejar sus emociones son las más propensas a querer quitarse la vida, por ejemplo, la incapacidad de no manejar la rabia, la tristeza o la ansiedad puede llevar a decisiones impulsivas.

5.2.7. Teoría de la Resiliencia

La resiliencia a llegado a ser un área de creciente investigación en el suicidio, debido a que esta teoría indica que las personas que poseen una mayor capacidad de enfrentarse a la adversidad y recuperarse tienen menos probabilidad de tener pensamientos suicidas,(8) mientras que las personas que se ven fácilmente golpeadas por la sociedad y su autoestima es baja, son muy propensas al suicidio.

5.3.Epidemiología del suicidio a nivel mundial, regional y nacional.

El suicidio es un fenómeno bastante complejo que ha llegado a afectar a millones de personas en todo el mundo, y su presencia puede cambiar considerablemente según la región, el contexto cultural y los factores socioeconómicos que rodean al ser humano (9). A nivel mundial e internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llegado a determinar que cada 40 segundos una persona pierde la vida por motivo del suicidio, este dato es bastante perturbador, cabe señalar que, aunque las tasas globales han mostrado una ligera disminución en algunos países, las cifras siguen siendo bastante alarmantes, especialmente en aquellos lugares donde el acceso a servicios de salud mental es limitado y costoso (1).

5.3.1. Datos Internacionales

A nivel internacional, las tasas de suicidio no son similares en todos los lugares pues en muchos países, la incidencia se ve afectada por una combinación de factores, como el acceso a la atención psicológica, el contexto socioeconómico y las políticas de salud pública. De acuerdo al informe de la OMS emitido en el año 2022, países como Guyana, Lesoto y Sri Lanka reportaron las tasas más altas de suicidio, con más de 30 muertes por cada 100,000 personas; en comparación, en países de Europa y América del Norte, las tasas son más reguladas, más bajas, aunque siguen siendo preocupantes, al respecto algunos investigadores también sostienen que los hombres tienen tres veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, aunque cabe mencionar que las mujeres suelen tener una tasa más alta de intentos.(10-11)

5.3.2. América Latina

En toda América Latina, la situación en lo referente al suicidio no es menos grave que a nivel internacional, aunque las tasas de suicidio son menores en comparación con los continentes de Asia o África, igual se puede percibir un aumento, por otra parte en el año

2021, la región informó que existe una tasa promedio de 7.3 suicidios por cada 100,000 habitantes, sin embargo, el panorama varía según el país, por ejemplo en países como Brasil y Argentina, el suicidio es una de las principales causas de muerte no natural, y las tasas han mostrado un aumento sostenido en los últimos años, en contraste con países como Venezuela y Cuba los cuales han experimentado fluctuaciones debido a las crisis políticas y económicas (12-13).

5.3.3. Ecuador

En el contexto de Ecuador, el suicidio es una problemática que a ido creciendo a lo largo de las últimas década, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC las tasas de suicidio en el país aumentaron de 4.6 por cada 100,000 habitantes en 2015 a 5.8 en 2021; a pesar de los esfuerzos del gobierno por abordar la salud mental, las tasas continúan subiendo, especialmente en las regiones rurales y selváticas como la amazonia donde la falta de acceso a servicios de salud y la pobreza juegan un papel crucial en la aparición de trastornos psiquiátricos (14).

De acuerdo a los datos obtenidos se ha encontrado una alta prevalencia en hombres jóvenes (de 15 a 29 años), un patrón similar al de otros países de América Latina, por otra parte el suicidio en áreas rurales, como las provincias de Azuay y Loja, es más común debido a la desventaja socioeconómica y el aislamiento social en cambio, en zonas urbanas, las tasas son más bajas pero últimamente han incrementado debido a factores como el estrés asociado al estilo de vida que hay en la ciudad, la violencia y la inseguridad.

5.4.Evolución de las Tasas de Suicidio en América Latina y Ecuador

La evolución de las tasas de suicidio en América Latina ha suscitado un interés creciente en las últimas décadas, especialmente a medida que se han revelado cifras alarmantes en

la región. Históricamente, América Latina ha mantenido tasas de suicidio relativamente bajas en comparación con otras partes del mundo, como Europa y Asia. Sin embargo, desde principios del siglo XXI, se ha observado un aumento significativo en estos índices, lo que ha llevado a gobiernos y organizaciones de salud pública a prestar más atención a este fenómeno. Este incremento se ha asociado con factores complejos, como la violencia estructural, la desigualdad social, la migración forzada y el acceso limitado a servicios de salud mental. La crisis económica en varios países, sumada a la pobreza y el desempleo, ha exacerbado el malestar emocional de las poblaciones, creando un caldo de cultivo propicio para el aumento de la ideación y los comportamientos suicidas (15).

En Ecuador, la situación del suicidio refleja tendencias similares a las observadas en el resto de América Latina, aunque con particularidades propias. Según datos del Ministerio de Salud Pública, las tasas de suicidio han mostrado un incremento notable en las últimas décadas, alcanzando cifras que superan el promedio regional en ciertos grupos, especialmente entre los jóvenes y las comunidades indígenas. Factores como la violencia intrafamiliar, el desempleo y la falta de acceso a recursos de salud mental han contribuido a esta problemática. En particular, la población indígena ha enfrentado desafíos únicos, incluyendo el desarraigo cultural y social, lo que ha llevado a una mayor vulnerabilidad frente al suicidio. La atención al suicidio en Ecuador ha evolucionado de ser un tema tabú a convertirse en un asunto de salud pública, y se han comenzado a implementar iniciativas para abordar la crisis, aunque estas todavía son insuficientes y requieren de una mayor urgencia y recursos (16).

Por otro lado, según datos del INEC en el año 2021, alrededor de 880 personas fallecieron entre hombres y mujeres a causa del suicidio, lo cual ha representado el 6% de entre las 10 principales causas. A continuación, se muestran las gráficas:

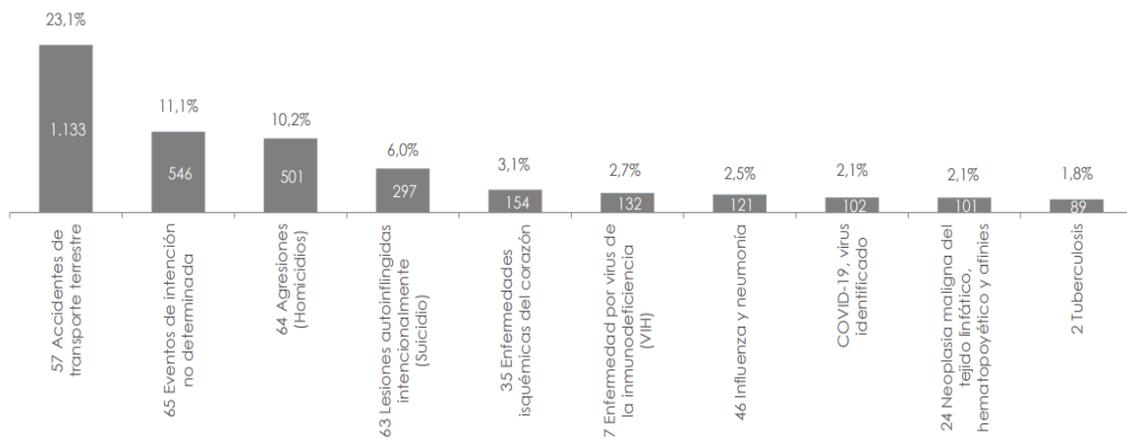


Figura 2. Las 10 principales causas de muerte en Ecuador, 2021.

Fuente. datos o indicadores obtenidos a partir de la información sobre las defunciones generales ocurridas en el 2021, los cuales están sujetos a modificaciones debido a registros posteriores.

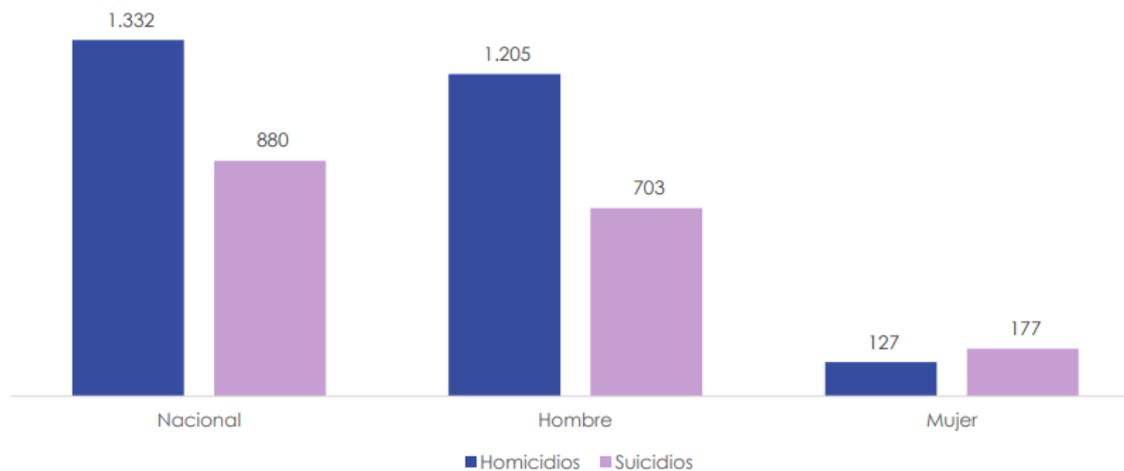


Figura 3. Muertes por homicidio y suicidio en Ecuador en 2021.

Fuente. Los datos o indicadores se basan en las defunciones generales de 2021 y pueden ajustarse por registros posteriores. Desde 2018, se han recuperado registros a partir de la base de la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación (DIGERCIC).

Desde una perspectiva regional, los informes de la Organización Mundial de la Salud y otras entidades han revelado que América Latina presenta tasas de suicidio en aumento, especialmente en países como Venezuela, Brasil y Uruguay (17). Estos incrementos son alarmantes y han sido objeto de estudios para comprender las causas subyacentes. Factores como la inestabilidad política, la violencia, la crisis económica y el acceso

limitado a servicios de salud mental se han identificado como los principales impulsores de esta tendencia (18). Además, el impacto de la pandemia de COVID-19 ha añadido una nueva capa de complejidad al problema, aumentando el aislamiento social y los trastornos psicológicos. La región enfrenta, por tanto, un desafío significativo en la implementación de políticas de prevención del suicidio, lo que limita la capacidad de los sistemas de salud para abordar el problema de manera efectiva (19).

A pesar de los esfuerzos realizados por los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales en América Latina, existen barreras significativas que obstaculizan la implementación de estrategias efectivas de prevención. Entre estas barreras se encuentran la falta de recursos financieros, la escasa capacitación del personal de salud en la identificación y manejo de la ideación suicida, y el estigma social que rodea a los problemas de salud mental (20). La necesidad de campañas de sensibilización y educación pública es crucial para derribar mitos y reducir el estigma, lo que podría fomentar una mayor apertura a la búsqueda de ayuda. En este sentido, se requieren enfoques innovadores que consideren las particularidades culturales y sociales de cada país, así como una mayor colaboración entre distintos sectores, incluyendo educación, salud y comunidad, para abordar esta problemática de manera integral (21).

En resumen, la evolución de las tasas de suicidio en América Latina y Ecuador es un indicador crítico de los problemas de salud pública que enfrenta la región (22). Este aumento subraya la necesidad urgente de mejorar el acceso a la atención de salud mental, desarrollar programas de prevención adaptados a las realidades locales y fomentar un cambio cultural que reduzca el estigma asociado a la búsqueda de ayuda (23). A través de un enfoque multifacético que considere las diversas causas del suicidio y una respuesta coordinada entre diferentes actores, se podrá trabajar hacia una disminución efectiva de las tasas de suicidio y mejorar la salud mental de la población en la región (24). La

integración de estrategias comunitarias y la promoción del bienestar emocional son elementos clave para enfrentar esta crisis y construir un futuro más saludable para todos (25).

5.5. Factores de riesgo asociados al Suicidio en Ecuador

Los factores de riesgo asociados al suicidio en Ecuador son variados y multidimensionales, lo que refleja una interacción compleja entre aspectos individuales, sociales, económicos y culturales. Comprender estos factores es esencial para desarrollar estrategias de prevención efectivas y abordar de manera integral este problema de salud pública. Entre los principales factores de riesgo se encuentran los problemas de salud mental, las condiciones socioeconómicas, la violencia, el abuso de sustancias y las características demográficas, cada uno de los cuales merece un análisis detallado (16).

Uno de los factores más significativos es la salud mental. Trastornos como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático están estrechamente relacionados con un mayor riesgo de suicidio. En Ecuador, el acceso limitado a servicios de salud mental, especialmente en áreas rurales y comunidades marginadas, y la falta de tratamiento adecuado para quienes padecen estas condiciones agravan la situación. A menudo, las personas que sufren problemas de salud mental no buscan ayuda debido al estigma social que rodea estas enfermedades, lo que impide la identificación temprana y el tratamiento efectivo. Este estigma, que se manifiesta en la discriminación y el rechazo social, puede llevar a la sensación de soledad y desesperanza. La falta de recursos adecuados, profesionales capacitados y políticas de salud pública enfocadas en la salud mental contribuye a que muchas personas no reciban la atención necesaria, lo que a su vez aumenta el riesgo de conductas suicidas (26).

Las condiciones socioeconómicas juegan un papel crucial en el riesgo de suicidio. La pobreza, el desempleo y la falta de oportunidades laborales crean un ambiente de

desesperanza que puede llevar a las personas a considerar el suicidio como una salida a su sufrimiento. En Ecuador, las comunidades más vulnerables suelen enfrentar múltiples desafíos, incluidos el acceso limitado a la educación y los servicios de salud. Esta falta de oportunidades puede intensificar la sensación de impotencia y desesperación, especialmente en momentos de crisis económica o social, como los que ha vivido el país en los últimos años. La inestabilidad política y económica, junto con la pandemia de COVID-19, han exacerbado el sufrimiento emocional en la población, creando un clima de incertidumbre que puede afectar gravemente la salud mental de las personas. Esto pone de manifiesto la necesidad de políticas públicas que promuevan el bienestar social y la equidad en el acceso a servicios esenciales (27).

Otro factor importante es la violencia, tanto a nivel individual como comunitario. La violencia intrafamiliar, el abuso sexual y la violencia de género son problemas significativos en Ecuador, donde muchas víctimas sufren consecuencias graves para su salud mental. Las experiencias de trauma y abuso pueden llevar a sentimientos de aislamiento, depresión y ansiedad, que aumentan el riesgo de suicidio. La violencia en el entorno familiar no solo afecta a las víctimas directas, sino también a los demás miembros de la familia, creando un ciclo de trauma y sufrimiento. Además, la exposición a la violencia en la comunidad puede contribuir a una sensación general de inseguridad y desesperanza, lo que también eleva el riesgo de conductas suicidas. Las estadísticas indican que las tasas de violencia han aumentado en el país, lo que resalta la urgencia de implementar programas de prevención y atención a las víctimas de violencia (18).

El abuso de sustancias, incluyendo el alcohol y las drogas, es otro factor de riesgo relevante en Ecuador. Las personas que consumen estas sustancias tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud mental, lo que puede llevar a pensamientos o intentos suicidas. En los últimos años, el consumo de alcohol y drogas ha

aumentado en el país, y esto se ha relacionado con un incremento en las tasas de suicidio. El abuso de sustancias no solo puede alterar el juicio y aumentar la impulsividad, sino que también puede conducir a situaciones de violencia y conflicto, exacerbando aún más el riesgo de suicidio. Es crucial implementar programas de tratamiento y prevención del abuso de sustancias que aborden tanto la dependencia como los problemas de salud mental subyacentes (19).

Finalmente, las características demográficas juegan un papel importante en el riesgo de suicidio. En Ecuador, los jóvenes y las personas mayores son grupos particularmente vulnerables. Los jóvenes, a menudo enfrentando presiones sociales, académicas y laborales, pueden ver el suicidio como una forma de escapar de situaciones abrumadoras. La falta de apoyo emocional y la presión de las redes sociales pueden incrementar su vulnerabilidad. Por otro lado, las personas mayores pueden enfrentar el aislamiento social y la pérdida de seres queridos, lo que también puede aumentar el riesgo de suicidio en este grupo. Las tasas de suicidio son desproporcionadamente altas entre las comunidades indígenas, donde la marginalización social y económica se suma a otros factores de riesgo. Esto subraya la necesidad de intervenciones específicas que consideren las realidades culturales y sociales de cada grupo, para ofrecer apoyo y recursos que ayuden a prevenir el suicidio en estos sectores de la población (28).

5.6.Etiología

La etiología del suicidio se centra en el estudio de las causas y factores que influyen en la aparición de conductas suicidas, considerando elementos individuales, sociales y biológicos. Entre las causas más destacadas están los factores psicológicos y emocionales, como la depresión, ansiedad, estrés postraumático y trastornos de personalidad, que a menudo llevan a la persona a sentir desesperanza o una falta de solución a sus problemas.

Sin embargo, el suicidio no se debe a una sola causa, sino que resulta de una combinación de factores que varían entre los individuos (29).

Desde una perspectiva biológica, investigaciones neurocientíficas han demostrado que la disfunción en neurotransmisores como la serotonina y la dopamina juega un papel relevante. Niveles bajos de serotonina están relacionados con un aumento en la impulsividad y agresión, lo que incrementa el riesgo de suicidio en personas que ya presentan predisposiciones psicológicas. Estos desequilibrios químicos pueden alterar la percepción de la realidad, aumentando la probabilidad de que el individuo vea el suicidio como una salida a su sufrimiento emocional. Además, existen factores genéticos que podrían aumentar la vulnerabilidad a pensamientos suicidas (17).

A nivel social, la teoría sociológica de Émile Durkheim sugiere que la cohesión social, o su falta, puede ser un determinante importante en el suicidio. Durkheim identificó diferentes tipos de suicidio basados en la integración y regulación social, como el egoísta, anómico, altruista y fatalista. Hoy en día, factores como el aislamiento social, la falta de redes de apoyo, el desempleo o crisis económicas, juegan un rol significativo en la vulnerabilidad de las personas ante el suicidio, aumentando la sensación de desesperanza.

El ambiente familiar también influye en el desarrollo de conductas suicidas. Las personas expuestas a experiencias traumáticas en la infancia, como abuso físico, emocional o sexual, o que han crecido en un entorno disfuncional, tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales asociados con pensamientos suicidas. La pérdida de seres queridos, rupturas sentimentales y otros eventos estresantes también son factores que pueden desencadenar pensamientos suicidas (18).

Finalmente, los factores culturales también influyen en la etología del suicidio. En algunas sociedades, el suicidio puede considerarse una forma de restaurar la dignidad,

mientras que en otras es un tabú. Además, los medios de comunicación pueden tener un impacto, ya que la cobertura de suicidios puede generar un fenómeno de imitación, conocido como el "efecto Werther". Todo esto refleja la complejidad del suicidio, resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (26).

5.7.Consideraciones fisiológicas

Las consideraciones fisiológicas en el contexto del suicidio son clave para comprender cómo los factores biológicos pueden influir en las conductas suicidas. Las investigaciones han demostrado que existen alteraciones neurobiológicas que predisponen a ciertas personas a comportamientos suicidas. Uno de los aspectos más estudiados es el papel de la serotonina, un neurotransmisor que regula el estado de ánimo. Una actividad baja de la serotonina, especialmente en áreas como la corteza prefrontal del cerebro, se ha vinculado con una mayor impulsividad, agresión y conductas suicidas. Estos cambios en los circuitos cerebrales sugieren una predisposición biológica que puede interactuar con factores psicológicos y sociales (28).

Otro factor relevante es el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), que es el encargado de regular la respuesta al estrés. Las personas que han intentado suicidarse o que experimentan ideación suicida suelen presentar una hiperactividad en este eje, lo que provoca niveles altos de cortisol, la hormona del estrés (30). Este desequilibrio en la respuesta al estrés indica que algunas personas podrían ser más vulnerables fisiológicamente ante situaciones difíciles, lo que aumenta el riesgo de suicidio. Además, el estrés prolongado puede causar alteraciones en la estructura y función del cerebro, sobre todo en áreas relacionadas con la toma de decisiones y el control de las emociones (31).

Las alteraciones del sueño también juegan un papel importante en la predisposición al suicidio. Problemas como el insomnio y la apnea del sueño se han vinculado a un mayor riesgo de suicidio. La falta de sueño adecuado afecta la capacidad del cerebro para procesar las emociones y manejar el estrés, lo que aumenta la vulnerabilidad a pensamientos suicidas. Por ello, el tratamiento de los trastornos del sueño puede ser una intervención clave para prevenir el suicidio en personas que presentan riesgos (32).

Las enfermedades crónicas y otras condiciones médicas también influyen en las consideraciones fisiológicas del suicidio. Enfermedades como el cáncer, problemas cardiovasculares y trastornos neurológicos, que provocan dolor crónico y una reducción de la calidad de vida, están asociadas con una mayor prevalencia de ideación suicida. La interacción entre el dolor físico, la discapacidad y el malestar emocional puede generar una sensación de desesperanza, que, junto con las alteraciones neurobiológicas, aumenta el riesgo de que la persona considere el suicidio como una salida (28).

Además de los factores biológicos previamente señalados, las variaciones hormonales también desempeñan un papel importante en la predisposición al suicidio. Hormonas como el cortisol y las tiroideas están estrechamente ligadas al estado emocional y la capacidad para gestionar el estrés (33). Los desequilibrios hormonales pueden afectar tanto el sistema nervioso como el inmunológico, generando inflamación persistente y modificaciones en la plasticidad cerebral, lo que merma la capacidad del individuo para afrontar situaciones dolorosas o estresantes. En personas con trastornos como la depresión o la ansiedad, estas fluctuaciones hormonales exacerban los síntomas negativos, incrementando el riesgo de comportamientos autolesivos o suicidas (34).

Asimismo, se ha identificado que el sistema inmunológico y la inflamación crónica tienen un impacto en la propensión al suicidio. Investigaciones recientes han demostrado que las personas con niveles elevados de citoquinas inflamatorias, las cuales son producidas en

respuesta a infecciones o estrés, presentan una mayor prevalencia de depresión y conductas suicidas (35). Esta relación entre inflamación y salud mental sugiere que, ante el estrés prolongado, el organismo responde con mecanismos inmunológicos que pueden alterar la función cerebral. Por lo tanto, tratar la inflamación y monitorizar ciertos biomarcadores podría ser clave en la prevención y tratamiento de comportamientos suicidas, especialmente en individuos con condiciones crónicas o inflamatorias (36).

5.8.Historia Natural del Suicidio

La historia del suicidio narra el proceso que va desde la aparición de los primeros factores de riesgo hasta la posible consumación del acto suicida, esta evolución se puede dividir en dos grandes fases: el periodo prepatogénico y el periodo patogénico, los cuales se explicaran a continuación (37):

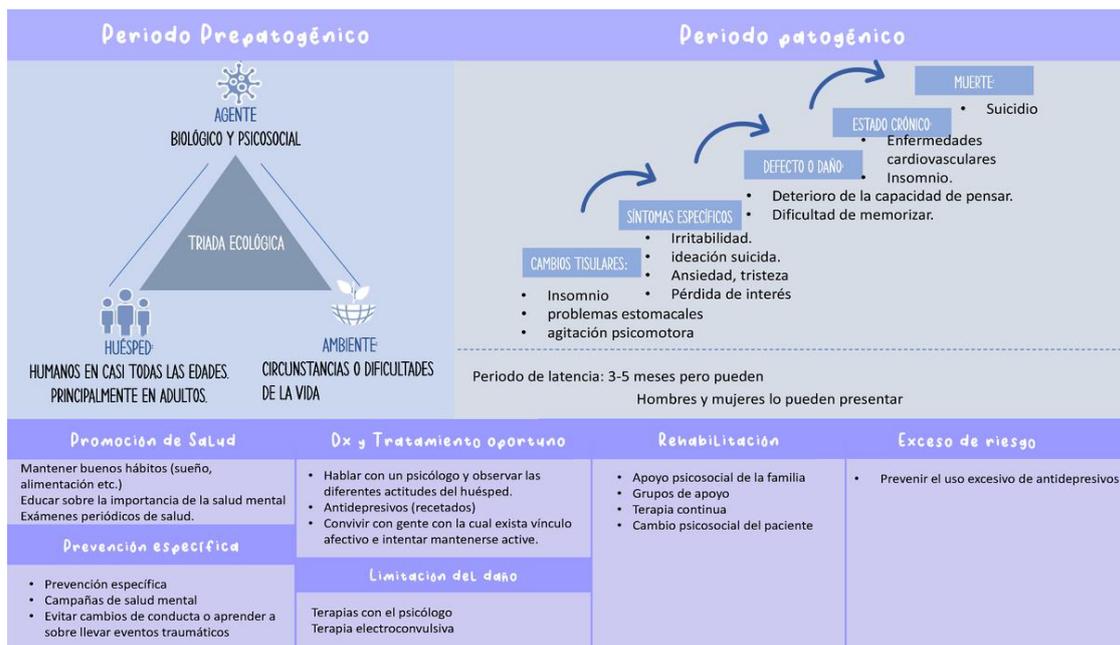


Figura 4. Historia Natural del Suicidio.

Fuente. Recuperado de. Universidad Veracruzana (s.f). HNE: Historia natural de la enfermedad sobre la depresión

5.8.1. Periodo Prepatogénico: Identificación de Factores de Riesgo

En esta primera etapa, los individuos no muestran signos de patologías graves; sin embargo, se encuentran expuestos a factores que los predisponen al suicidio, cabe señalar

que aquí los diversos elementos biológicos, psicológicos y sociales juegan un papel crucial (4). A nivel biológico se entiende que ciertos trastornos neuroquímicos como por ejemplo los desequilibrios en la serotonina, son factores importantes en el desarrollo de conductas suicidas, la genética también tiene un papel clave, ya que los individuos con antecedentes familiares de suicidio tienen un riesgo mayor de intentar acabar con su vida. Por otro lado, en el plano psicológico, enfermedades como la depresión, la ansiedad y el trastorno bipolar son factores que aumentan significativamente el riesgo de suicidio, además las experiencias de abuso en la infancia o situaciones de trauma emocional temprano también pueden aumentar esta vulnerabilidad.

Así mismo, desde un enfoque social se observa que la falta de redes de apoyo, el aislamiento social, el desempleo, situaciones de violencia doméstica, la pérdida de una figura importante en la vida de una persona, como un ser querido o una pareja, pueden ser circunstancias que desencadenen la ideación suicida.

5.8.2. Periodo Patogénico: Sintomatología y Desarrollo de la Conducta Suicida

En esta parte, una vez que los factores de riesgo han comenzado a influir, las personas comienzan a mostrar síntomas que indican un deterioro emocional, este periodo está marcado por la aparición de angustia, depresión y pensamientos suicidas, la angustia es una sensación de desesperanza y pérdida de control, en la que los individuos sienten que no hay salida a su sufrimiento, esta sensación de desesperación a menudo se acompaña de la percepción de que la vida carece de propósito, lo que aumenta el riesgo de suicidio (4).

En el caso de la depresión, la pérdida de interés por las actividades cotidianas, el cansancio extremo, los pensamientos constantes sobre la muerte y la falta de esperanza en el futuro son síntomas comunes, en algunos casos, estos signos pueden no ser evidentes para los demás, lo que dificulta la identificación temprana del riesgo (38). Cuando los

individuos llegan a este punto, la ideación suicida se convierte en una forma de "escape" del dolor emocional, lo que incrementa la posibilidad de un intento de suicidio.

5.9. Consecuencias del Suicidio

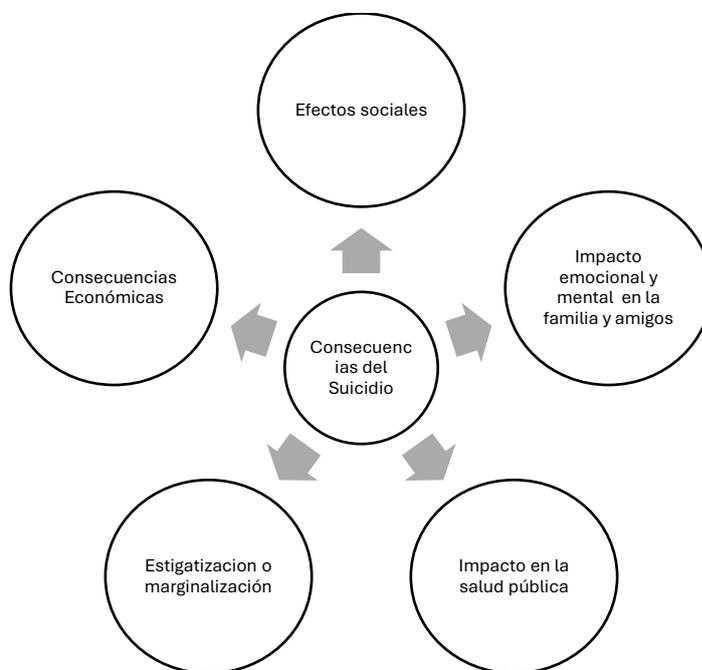


Figura 5. Consecuencias del Suicidio

Fuente. Elaboración propia

El suicidio es una problemática que tiene repercusiones no solo a nivel individual puesto que no solo se pierde una vida, sino que el hecho deja heridas profundas en quienes rodearon a esa persona, afectando así a: familiares, amigos y hasta comunidades cercanas. El sufrimiento emocional posterior en los seres queridos puede ser abrumador, ya que ellos enfrentan el duelo con sentimientos de culpa y frustración, los efectos sociales son igualmente significativos; debido a que se incrementan las demandas en los servicios de salud y en las redes de apoyo psicológico, afectando la estructura misma de la sociedad.

5.9. Edad: Un Factor Clave en la Comprensión del Suicidio a Través de las Etapas Vitales

La edad es un factor crucial en el análisis de las tasas de suicidio, dado que diferentes grupos etarios enfrentan diversas presiones y factores de riesgo que influyen en su vulnerabilidad. La Organización Mundial de la Salud identifica a los adolescentes y

jóvenes adultos como los grupos más afectados por el suicidio. Este fenómeno puede atribuirse a una variedad de factores, incluidos cambios en el desarrollo emocional y cognitivo, conflictos identitarios que surgen durante la adolescencia y problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad.

Durante la adolescencia y los primeros años de la adultez, los individuos son particularmente susceptibles a influencias externas como el acoso escolar, la presión de grupo y las expectativas sociales, lo que puede contribuir a un aumento en los pensamientos y comportamientos suicidas (39). La transición hacia la adultez puede generar una sensación de incertidumbre y falta de propósito, especialmente en un contexto donde las oportunidades laborales son limitadas o donde las expectativas familiares son elevadas.

En contraste, el suicidio en adultos mayores se ha convertido en un tema crítico en la investigación de la salud pública. A medida que las personas envejecen, enfrentan desafíos significativos como la soledad, la pérdida de seres queridos, enfermedades crónicas y la disminución de la calidad de vida, factores que pueden incrementar el riesgo de suicidio (40). La soledad y el aislamiento social son particularmente prevalentes entre los ancianos, lo que los convierte en un grupo de alto riesgo (41). Además, los adultos mayores pueden experimentar un sentido de desesperanza y pérdida de propósito, lo que contribuye a un aumento en las tasas de suicidio en esta población.

Es fundamental, por lo tanto, que las estrategias de prevención del suicidio sean adaptadas a las características específicas de cada grupo etario. La identificación temprana de problemas de salud mental y la creación de redes de apoyo social son componentes esenciales para abordar este fenómeno en adolescentes, jóvenes adultos y adultos mayores.

5.10. Diferencias de Género en el Comportamiento Suicida

El sexo es un factor significativo que influye en las tasas de suicidio y en los métodos utilizados, evidenciando diferencias marcadas entre hombres y mujeres. La Organización Mundial de la Salud reporta que, a nivel mundial, los hombres presentan una tasa de suicidio considerablemente más alta que las mujeres. Sin embargo, a pesar de esta discrepancia en las tasas de suicidio consumado, las mujeres tienden a intentar suicidarse con mayor frecuencia que los hombres. Esta paradoja sugiere que las diferencias en el comportamiento suicida pueden estar ligadas a la socialización y a las expectativas de género que influyen en cada grupo.

La socialización de género puede explicar por qué los hombres tienden a elegir métodos más letales, como el ahorcamiento o el uso de armas de fuego, en comparación con las mujeres, que suelen optar por métodos menos letales, como el envenenamiento o las sobredosis (42). Estas diferencias en los métodos pueden estar relacionadas con las normas sociales que afectan la percepción del suicidio en cada sexo. Por ejemplo, los hombres, a menudo socializados para mostrar fortaleza y control, pueden sentirse más presionados a utilizar métodos decisivos en situaciones de crisis (43).

Además, la investigación de Nolen-Hoeksema (44) destaca que las mujeres son más propensas a experimentar depresión y trastornos de ansiedad, lo que puede contribuir a un mayor número de intentos de suicidio. Sin embargo, estas condiciones no siempre se traducen en suicidios consumados debido a las diferencias en la forma en que ambos sexos enfrentan el sufrimiento emocional y buscan ayuda. Las mujeres tienden a buscar apoyo social más que los hombres, lo que podría mitigar el riesgo de suicidio en comparación con sus contrapartes masculinas.

Es esencial tener en cuenta que estos patrones no son universales y pueden variar significativamente según el contexto cultural y socioeconómico. Las normas culturales

respecto al comportamiento de género y el estigma asociado a la salud mental influyen en la forma en que el suicidio es percibido y manejado en distintas sociedades. Por lo tanto, las intervenciones de prevención del suicidio deben ser sensibles a estas diferencias de género, considerando las características específicas de cada grupo para ser efectivas.

5.11. La Etnicidad y el Impacto del Desarraigo Cultural en el Suicidio

La etnicidad es un factor crucial en la comprensión de las tasas de suicidio, particularmente en las comunidades indígenas y afrodescendientes de Ecuador, donde las experiencias de discriminación y exclusión social tienen un impacto devastador en el bienestar mental. En las comunidades indígenas, el distanciamiento de las raíces culturales se convierte en un elemento que agrava la crisis emocional, especialmente en los jóvenes que migran a las ciudades y pierden el contacto con sus tradiciones ancestrales.

El fenómeno es aún más grave cuando se considera la falta de acceso a servicios de salud mental culturalmente apropiados. Las intervenciones basadas en modelos occidentales suelen ignorar las cosmovisiones indígenas, lo que genera desconfianza hacia los sistemas de salud formales. Esta situación deja a muchas personas sin opciones de tratamiento, aumentando las tasas de suicidio en estas poblaciones. Las poblaciones afrodescendientes también enfrentan barreras significativas debido a la interacción entre la pobreza estructural y el racismo sistémico, factores que incrementan su vulnerabilidad (45).

Además, el aislamiento cultural es un factor agravante, ya que muchas veces estas comunidades carecen de redes de apoyo sólidas que puedan ofrecer un soporte emocional adecuado en momentos de crisis. La integración de enfoques comunitarios que respeten

y valoren las tradiciones culturales ha demostrado ser una de las estrategias más efectivas para reducir las tasas de suicidio en estas poblaciones.

5.12. Desigualdad Geográfica y Tasas de Suicidio: Regiones Rurales vs Urbanas

Las disparidades geográficas entre las áreas rurales y urbanas de Ecuador tienen un impacto significativo en las tasas de suicidio. En las zonas rurales, la falta de acceso a servicios de salud mental, el aislamiento social y la pobreza son factores que exacerbaban la crisis, al respecto algunos estudios han indicado que las personas que viven en regiones rurales enfrentan una mayor barrera para acceder a los recursos de salud mental, lo que a menudo las deja sin tratamiento adecuado en momentos de desesperación.

En las ciudades, aunque el acceso a los servicios de salud mental es más común, el ritmo de vida acelerado, el estrés financiero y las relaciones familiares fragmentadas contribuyen también a un alto riesgo de suicidio. En lugares como Quito o Guayaquil, los problemas de salud mental están menos estigmatizados, lo que facilita la búsqueda de ayuda; sin embargo, los desafíos relacionados con el desempleo y la inestabilidad emocional todavía presentan barreras considerables.

Las áreas rurales, en cambio, se enfrentan no solo al aislamiento geográfico, sino también a la falta de infraestructuras adecuadas para brindar asistencia a quienes la necesitan. Además, en muchas comunidades rurales, el estigma asociado con la salud mental sigue siendo un obstáculo importante para quienes requieren atención. Estas dinámicas resaltan la importancia de políticas de salud mental adaptadas específicamente para cada región del país.

5.13. Factores Provinciales: El Rol del Desarrollo Socioeconómico en las Tasas de Suicidio

Las características socioeconómicas y culturales de cada provincia en Ecuador juegan un papel determinante en las tasas de suicidio. Provincias como Pichincha y Guayas, con un nivel de desarrollo económico más elevado, muestran tasas más bajas de suicidio debido al mejor acceso a servicios de salud mental y programas de intervención. Por el contrario, provincias como Chimborazo y Cotopaxi, que sufren de mayores niveles de pobreza y menos acceso a recursos, registran tasas más elevadas de suicidio (46).

El desarrollo desigual entre las provincias también está asociado con el nivel de acceso a la educación, empleo y servicios de salud, lo que genera disparidades significativas en las oportunidades de las personas para obtener ayuda. En áreas con bajos índices de desarrollo, los servicios de salud mental tienden a ser escasos y, a menudo, mal equipados para hacer frente a las necesidades específicas de sus comunidades. Este déficit refuerza la desesperanza y agrava el problema del suicidio en estas regiones.

Además, la falta de recursos no solo afecta a quienes buscan ayuda, sino también a las familias que intentan apoyar a sus seres queridos. Las redes de apoyo comunitario, que son más sólidas en las provincias más desarrolladas, no están tan bien establecidas en áreas marginadas, lo que contribuye a un sentimiento generalizado de abandono entre los residentes de estas zonas. La intervención gubernamental, en este caso, es crucial para cerrar la brecha de desarrollo y garantizar el acceso equitativo a la salud mental en todo el país.

5.14. Estado Civil: La Relación entre la Soledad y el Suicidio

El estado civil ha demostrado ser un factor determinante en las tasas de suicidio. Estudios realizados por Qin (47) señalan que las personas solteras, divorciadas o viudas tienen un

riesgo significativamente mayor de suicidio en comparación con aquellas que están casadas o en relaciones estables. La soledad y la falta de apoyo emocional contribuyen a una mayor vulnerabilidad, especialmente en personas mayores, donde el aislamiento social juega un papel crucial.

El matrimonio, por otro lado, suele ofrecer una red de apoyo que puede actuar como un amortiguador contra las crisis emocionales. Sin embargo, es importante destacar que no todas las relaciones matrimoniales son protectoras. En algunos casos, el estrés relacionado con problemas matrimoniales o relaciones abusivas puede incrementar el riesgo de suicidio en lugar de mitigarlo. Por lo tanto, la calidad de la relación, más que el estado civil en sí debe ser considerada como un factor clave en la evaluación del riesgo.

Para las personas divorciadas, la transición hacia la soledad puede ser devastadora. La pérdida de estabilidad emocional, combinada con el estrés financiero y social, puede llevar a un estado de desesperanza. En Ecuador, donde las normas sociales y culturales a menudo estigmatizan el divorcio, esta experiencia puede ser aún más angustiante, dejando a las personas con pocas opciones de apoyo. Las políticas de salud mental deben adaptarse para abordar específicamente las necesidades emocionales de las personas que experimentan estas transiciones de vida.

Finalmente, es esencial implementar programas comunitarios que promuevan la inclusión social y el apoyo emocional para las personas solteras, divorciadas o viudas. La creación de redes de apoyo y grupos comunitarios puede ser una herramienta poderosa para reducir el riesgo de suicidio y proporcionar un entorno de apoyo para aquellos que más lo necesitan.

5.15. Nivel de Instrucción: Educación como Factor Protector Contra el Suicidio

El nivel educativo es un factor protector clave contra el suicidio. Según Pistone (48) las personas con mayor nivel educativo tienen una mejor comprensión de los recursos de salud mental disponibles y son más propensas a buscar ayuda cuando experimentan problemas de salud mental. La educación también proporciona una mayor capacidad para enfrentar el estrés y las dificultades de la vida, lo que reduce el riesgo de desarrollar pensamientos suicidas.

Sin embargo, en Ecuador, donde las disparidades en el acceso a la educación son significativas, aquellos con menor nivel de instrucción suelen ser los más vulnerables. En áreas rurales, donde el acceso a la educación de calidad es limitado, las personas no solo carecen de los recursos educativos, sino también de la capacidad para acceder a servicios de salud mental adecuados. Esto crea un ciclo de pobreza y desesperanza que incrementa las tasas de suicidio en estas regiones.

En contraste, las personas con niveles más altos de educación tienen acceso a redes de apoyo social y económico que les permiten navegar de manera más efectiva por los desafíos de la vida. La educación no solo mejora la salud mental individual, sino también la conciencia sobre la importancia de los servicios de salud mental, lo que fomenta una cultura de prevención y cuidado temprano.

Es crucial que las políticas públicas se centren en mejorar el acceso a la educación en áreas rurales y marginadas, ya que la educación puede ser una herramienta poderosa para la prevención del suicidio. Además, integrar programas de salud mental en los sistemas educativos puede ayudar a identificar y tratar problemas antes de que se conviertan en crisis.

5.16. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas del suicidio son una serie de signos y síntomas que pueden alertar sobre la posible ideación suicida en una persona. Estos indicios pueden variar de acuerdo con factores personales, emocionales, físicos y conductuales, y no siempre son fáciles de detectar. Sin embargo, uno de los síntomas emocionales más relevantes es la desesperanza. Este estado se caracteriza por la percepción de que no hay solución a los problemas y que el futuro no ofrece ninguna posibilidad de mejora. Las personas que experimentan desesperanza tienden a creer que sus circunstancias actuales son permanentes, lo que agrava su estado mental. Este sentimiento a menudo está acompañado de una profunda tristeza, ansiedad crónica o incluso una pérdida total de interés en la vida cotidiana, manifestando así un nivel de sufrimiento emocional que incrementa considerablemente el riesgo de suicidio. Además, la desesperanza puede generar una sensación de inutilidad o auto-desprecio, exacerbando los pensamientos autodestructivos (49).

Otra manifestación clave es la ideación suicida, que se refiere a los pensamientos recurrentes acerca del suicidio y la muerte. Esta ideación puede manifestarse de manera activa, cuando la persona planea activamente cómo llevar a cabo el acto, o de manera pasiva, cuando la persona tiene deseos de morir sin haber elaborado un plan específico. A menudo, los individuos con ideación suicida verbalizan indirectamente sus pensamientos, hablando sobre la muerte, expresando que serían "mejores" si no existieran o manifestando la sensación de ser una carga para los demás. En casos más graves, la persona puede compartir de manera explícita sus deseos de acabar con su vida. Estos comentarios nunca deben ser minimizados, ya que suelen ser un indicador de que el riesgo de suicidio es elevado. La ideación suicida puede estar acompañada de intentos previos,

lo que constituye un factor de riesgo aún mayor, ya que las probabilidades de un segundo intento son más altas en individuos que ya han hecho uno (50).

En cuanto a las manifestaciones conductuales, el suicidio puede estar precedido por cambios evidentes en la forma en que una persona actúa y se relaciona con su entorno. Uno de los cambios más notables es el aislamiento social. Las personas en riesgo de suicidio tienden a apartarse de sus amigos, familiares y actividades que anteriormente disfrutaban. La reducción del interés por actividades placenteras, así como la evitación de contacto con los demás, puede ser una forma en que la persona se prepara para el suicidio o una consecuencia del deterioro emocional. Además, comportamientos inusuales como descuidar la higiene personal, tener dificultades para concentrarse, o involucrarse en conductas arriesgadas, como el abuso de alcohol o drogas, son señales preocupantes. Las personas con ideación suicida también pueden exhibir un comportamiento impulsivo o realizar acciones temerarias, como conducir de manera peligrosa o exponerse a situaciones de riesgo innecesario, lo que sugiere una disminución en el valor que otorgan a su propia vida (51).

Las manifestaciones físicas también son comunes en personas que experimentan ideación suicida o se encuentran en riesgo de intentar suicidarse. A menudo, estos síntomas se presentan en forma de dolencias físicas persistentes que no tienen una causa médica evidente, como dolores de cabeza, fatiga crónica, dolores musculares o trastornos digestivos. Las personas con depresión grave, que es una de las principales causas subyacentes del suicidio, también suelen reportar síntomas físicos debilitantes. El cuerpo y la mente están profundamente conectados, y el malestar mental puede manifestarse físicamente, exacerbando el malestar general y profundizando el sentimiento de desesperación. Estos síntomas somáticos, aunque a menudo ignorados o atribuidos a otras

causas, deben ser tomados en cuenta como una posible señal de alerta de un estado emocional crítico.

Un cambio notable que también forma parte de las manifestaciones clínicas del suicidio es la calma repentina o la mejoría aparente en una persona que previamente mostraba signos de angustia emocional severa. Aunque puede parecer contradictorio, esta calma puede deberse a que la persona ha tomado la decisión final de suicidarse y siente alivio al creer que ha encontrado una solución definitiva a sus problemas. Este tipo de tranquilidad suele estar acompañada de comportamientos inusuales, como despedidas inesperadas, regalar pertenencias de valor sentimental o hacer arreglos finales, lo que indica que la persona está preparando su partida. Este cambio en el comportamiento, lejos de ser una señal de mejora, debe ser visto como una alerta crítica y requiere intervención inmediata, ya que el riesgo de suicidio en este punto es extremadamente alto (52).

5.17. Análisis de Políticas Públicas Actuales y Marcos Legales y Normativos sobre el Suicidio

5.17.1. Políticas Públicas Internacionales

A nivel internacional, los organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Red Internacional para la Prevención del Suicidio (IPPNW) han desarrollado directrices para combatir el suicidio. La OMS, a través de su Estrategia Global para la Prevención del Suicidio establece como prioridad la promoción de la salud mental y el fortalecimiento de los servicios de apoyo a los individuos en riesgo, a la vez que fomenta la desestigmatización del suicidio y los trastornos mentales. En este documento, la OMS aboga por la implementación de políticas nacionales coherentes y la cooperación internacional. El Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la OMS subraya la importancia de la intervención en la comunidad, la atención primaria de salud, y la capacitación del personal médico en el manejo de casos de suicidio y de ideación suicida.

Además, las políticas internacionales abogan por la recolección de datos sistemáticos sobre el suicidio para establecer medidas específicas basadas en la evidencia.

5.17.2. Marcos Legales Internacionales

En el ámbito internacional, la Convención sobre los Derechos del Niño promovida por la ONU, establece la obligación de proteger la salud mental y emocional de los menores, un aspecto crucial en la prevención del suicidio infantil y juvenil. Además, la Declaración Universal de Derechos Humanos incluye principios que protegen el bienestar psicológico de los individuos, lo que se aplica a políticas preventivas de suicidio.

5.17.3. Políticas Públicas Nacionales en Ecuador

En el contexto nacional, Ecuador ha comenzado a implementar políticas de salud pública orientadas a la prevención del suicidio. A través de su Ministerio de Salud Pública (MSP), se han desarrollado programas específicos para promover la salud mental, integrando la prevención del suicidio en la atención primaria de salud. El Plan Nacional de Salud Mental 2019-2025 tiene como uno de sus objetivos reducir la tasa de suicidios a través de intervenciones comunitarias, tratamiento de enfermedades mentales y una mayor sensibilización.

5.17.4. Marco Legal en Ecuador

Ecuador ha establecido varias normativas que abordan la salud mental y, por ende, el suicidio. En el Código Orgánico de la Salud (53) se hace referencia a la necesidad de políticas públicas para la prevención y atención de los trastornos mentales, que incluyen la prevención del suicidio. Además, la Ley Orgánica de Salud permite la creación de protocolos específicos para el manejo de casos de suicidio y enfermedades asociadas, incluyendo la obligación de notificar a los servicios de salud cualquier intento de suicidio

o situación de alto riesgo, en cuanto al ámbito penal, el Código Penal Ecuatoriano establece que la provocación al suicidio es un delito, buscando proteger la vida de las personas frente a conductas externas que inciten a la autolesión o muerte, sin embargo, no existe una legislación integral específicamente dedicada al suicidio, lo que plantea la necesidad de reformas y actualizaciones para una mejor atención y prevención.

5.17.5. Desafíos en las Políticas y Marcos Legales

Uno de los principales desafíos que enfrenta Ecuador en este ámbito es la falta de datos precisos y actualizados sobre las tasas de suicidio, lo cual limita la implementación de políticas públicas efectivas, también se enfrenta a la estigmatización de los problemas de salud mental, lo que dificulta que muchas personas busquen ayuda a tiempo, en cuanto a los marcos legales, aunque existen leyes sobre salud mental, la falta de un enfoque integral que abarque todos los aspectos del suicidio sigue siendo una preocupación.

5.18. Políticas Públicas

Las políticas públicas y estrategias de prevención del suicidio en Ecuador son esenciales para abordar este problema de salud pública que ha cobrado cada vez más relevancia en los últimos años. La creciente preocupación por las tasas de suicidio ha llevado a la necesidad de un enfoque integral que contemple no solo la salud mental, sino también el bienestar social y la promoción de la salud. En respuesta a esta crisis, se han implementado diversas iniciativas a nivel nacional y local. Estas políticas buscan no solo reducir las tasas de suicidio, sino también crear un entorno en el que las personas se sientan apoyadas y tengan acceso a los recursos necesarios para afrontar sus problemas, promoviendo así una cultura de prevención y cuidado en la salud mental (31).

Una de las estrategias más significativas es la creación de programas de salud mental que busquen mejorar el acceso a servicios de atención y tratamiento. Esto incluye la

capacitación de profesionales de la salud en la detección y manejo de problemas de salud mental, así como la implementación de centros de atención psicológica en comunidades vulnerables y de difícil acceso. A través de estos centros, se busca ofrecer apoyo emocional, terapias grupales e individuales, y recursos para el manejo del estrés y la ansiedad. Además, la sensibilización sobre la importancia de la salud mental es fundamental para reducir el estigma asociado, lo que puede incentivar a más personas a buscar ayuda antes de que sus problemas se agraven. Campañas de concientización y talleres de formación también pueden ayudar a desmitificar las enfermedades mentales, fomentando un entorno en el que las personas se sientan cómodas al abordar sus dificultades (54).

Otra política relevante es la prevención de la violencia y el abuso de sustancias, ya que estos factores están intrínsecamente relacionados con las tasas de suicidio. Los programas que abordan la violencia intrafamiliar y de género, así como los que promueven el tratamiento y la rehabilitación del abuso de sustancias, son cruciales en este contexto. La implementación de campañas de concientización y educación sobre los efectos nocivos de la violencia y el abuso de drogas puede ayudar a prevenir situaciones de crisis que podrían llevar a conductas suicidas. Además, se deben establecer alianzas con organizaciones comunitarias y no gubernamentales que trabajen en estas áreas, creando un enfoque más robusto y accesible. Estas alianzas permiten la movilización de recursos y la integración de diferentes perspectivas y estrategias para abordar los problemas subyacentes que aumentan el riesgo de suicidio (16).

La educación y formación en las escuelas también juegan un papel clave en la prevención del suicidio. Implementar programas que enseñen a las jóvenes habilidades de afrontamiento, manejo emocional y resolución de conflictos puede ser fundamental para reducir el riesgo de suicidio en este grupo. La creación de espacios seguros dentro de las

instituciones educativas, donde los estudiantes puedan expresar sus emociones y recibir el apoyo necesario, es esencial para fomentar la salud mental. Capacitar a los docentes en la identificación de señales de alerta en los estudiantes también es vital para detectar problemas a tiempo y brindar la intervención adecuada. Además, involucrar a los padres y la comunidad en programas de formación sobre salud mental puede ayudar a construir una red de apoyo más amplia y efectiva para los jóvenes (32).

A nivel gubernamental, es esencial establecer protocolos de intervención y respuesta ante crisis relacionadas con el suicidio. Esto implica la creación de líneas de ayuda y servicios de emergencia que puedan responder de manera efectiva a situaciones críticas. La colaboración entre diferentes ministerios, como el de Salud Pública, el de Educación y el de Inclusión Económica y Social, es fundamental para garantizar que la atención a la salud mental esté integrada en todas las áreas de política pública. Asimismo, la recolección de datos sobre suicidio y salud mental es crucial para evaluar la efectividad de las políticas implementadas y hacer ajustes según sea necesario. La investigación continua sobre los factores que contribuyen al suicidio en Ecuador permitirá la adaptación de las estrategias de prevención a las necesidades cambiantes de la población (19).

Por último, es importante fomentar una cultura de apoyo y prevención en la sociedad ecuatoriana. Esto incluye involucrar a los medios de comunicación en la difusión de mensajes positivos sobre salud mental y prevención del suicidio, evitando la glorificación del acto suicida y promoviendo historias de superación y resiliencia. Campañas de sensibilización que promuevan el diálogo abierto sobre el suicidio y sus causas pueden ayudar a crear un entorno donde las personas se sientan cómodas hablando sobre sus problemas y buscando ayuda. Este enfoque comunitario, que une a familias, escuelas, organizaciones y el gobierno, es fundamental para construir una red de apoyo sólida que contribuya a la prevención del suicidio. A través de un enfoque integral que abarque la

educación, la atención a la salud mental, la prevención de la violencia y el abuso de sustancias, y la promoción de una cultura de apoyo, Ecuador puede avanzar en la reducción de las tasas de suicidio y mejorar la calidad de vida de su población (55).

5.19. Prevención del Suicidio

La prevención del suicidio es un esfuerzo colectivo que abarca diversas etapas. Existen varias estrategias estructuradas que se adaptan a las necesidades de la población, y estas se dividen en los siguientes niveles:

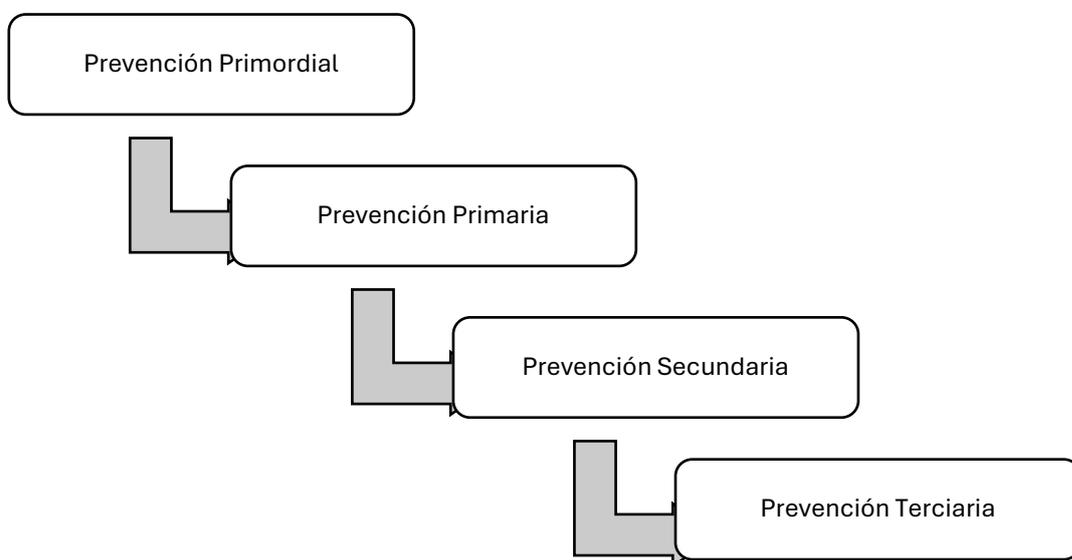


Figura 6. Prevención del Suicidio
Fuente. Elaboración propia

5.19.1. Prevención Primordial

La prevención primordial es aquella que se centra en reducir los factores sociales y culturales que favorecen la aparición de ideaciones suicidas, para esto, las políticas públicas deben enfocarse en promover el bienestar mental desde una edad temprana, educando sobre la salud emocional y creando un entorno de apoyo, la integración de programas educativos que desestigmatizan los trastornos psicológicos juega un papel crucial, así como la creación de redes comunitarias solidarias.

5.19.2. Prevención Primaria

La prevención primaria está enfocada a la población en general, especialmente a aquellos que aún no presentan síntomas claros de trastornos mentales graves, pero que están expuestos a factores de riesgo, pues intervenciones como la identificación precoz de situaciones estresantes, el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y la promoción de habilidades de afrontamiento ante la adversidad son fundamentales, estas medidas ayudan a evitar la aparición de pensamientos suicidas o trastornos depresivos graves.

5.19.3. Prevención Secundaria

La prevención secundaria busca intervenir en aquellas personas que ya presentan síntomas claros de trastornos psicológicos, aquí, la detección temprana y la intervención rápida son cruciales, además del acompañamiento terapéutico, tanto psicológico como farmacológico, tiene un impacto significativo, especialmente en el tratamiento de depresión y ansiedad, que son las condiciones más asociadas con el suicidio.

5.19.4. Prevención Terciaria

La prevención terciaria está orientada a quienes ya han intentado suicidarse o tienen antecedentes de conductas suicidas, su objetivo es evitar nuevos intentos a través de un seguimiento continuo y apoyo especializado, este enfoque incluye el uso de terapias específicas, programas de rehabilitación y una red de apoyo sólida que permita la reintegración del individuo en la sociedad, cabe señalar que la prevención terciaria también contempla el fortalecimiento de la resiliencia emocional de los sobrevivientes.

6. Metodología y Diseño de la investigación

6.1. Tipo de estudio

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se seleccionó un diseño observacional descriptivo de tipo transversal

6.2. Población y muestra

La información de la población de estudio proviene de las bases de datos de defunciones del INEC, correspondientes al período de 2015 a 2022, con diagnósticos según la CIE-10. Durante este período, se registraron un total de 9,103 muertes por suicidio. Dado que se utilizó el universo completo de casos, no fue necesario extraer una muestra.

6.3. Criterios de inclusión

En el estudio se definieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Fallecimientos causados en el período de estudio 2015 a 2022.
2. Causas de muerte (Diagnósticos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión - CIE-10) de los cuales se escogieron los siguientes:

Tabla 1. Causas CIE-10

N°	Causas CIE-10
1	X610 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas
2	X620 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos]
3	X680 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) plaguicidas, en vivienda
4	X688 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) plaguicidas, en otro lugar especificado
5	X699 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas,

	X700 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento,
6	estrangulamiento o sofocación, en vivienda
	X781 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, en institución
7	residencial
	X790 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo,
8	vivienda
	X795 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo,
9	comercio y área de servicios
	X707 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento,
10	estrangulamiento o sofocación, en granja
	X708 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento,
11	estrangulamiento o sofocación, en otro lugar especificado
	X740 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de
12	fuego, y las no especificadas, en vivienda
	X737 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y
13	arma larga, granja
	X748 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de
14	fuego, y las no especificadas, en otro lugar e
15	X780 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, en vivienda
	X804 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado, en
16	calles y carreteras
	X697 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros
17	productos químicos y sustancias nocivas, y
	X704 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento,
18	estrangulamiento o sofocación, en calles y carreteras
	X694 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros
19	productos químicos y sustancias nocivas, y
	X698 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros
20	productos químicos y sustancias nocivas, y
	X690 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros
21	productos químicos y sustancias nocivas, y
	X689 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a)
22	plaguicidas, en lugar no especificado

	X808 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado, en
23	otro lugar especificado
	X701 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento,
24	estrangulamiento o sofocación, en institución residencia
	X744 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de
25	fuego, y las no especificadas, calles y carre
	X747 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de
26	fuego, y las no especificadas, en granja
	X730 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y
27	arma larga, en vivienda
	X840 Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados, en
28	vivienda
	X800 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado, en
29	vivienda
	X709 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento,
30	estrangulamiento o sofocación, en lugar no especificado
	X640 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otras
31	drogas, medicamentos y sustancias biológicas
	X706 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento,
32	estrangulamiento o sofocación, en área industrial y de l
	X695 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros
33	productos químicos y sustancias nocivas, y
	X705 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento,
34	estrangulamiento o sofocación, en comercio y área de ser
	X720 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta, en
35	vivienda
	X649 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otras
36	drogas, medicamentos y sustancias biológic
	X691 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros
37	productos químicos y sustancias nocivas, y
	X741 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de
38	fuego, y las no especificadas, en institución

	X654 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a)
39	alcohol, en calles y carreteras
	X788 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, en otro lugar
40	especificado
	X687 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a)
41	plaguicidas, en granja
	X760 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas, en
42	vivienda
	X648 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otras
43	drogas, medicamentos y sustancias biológicas
	X802 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado, en
44	escuelas, otras instituciones y áreas
	X702 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento,
45	estrangulamiento o sofocación, en escuelas, otras institu
	X660 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a)
46	disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenado
	X703 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento,
47	estrangulamiento o sofocación, en áreas de deporte y atl
	X785 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, en comercio y
48	área de servicios
	X745 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de
49	fuego, y las no especificadas, en comercio
	X844 Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados, en
50	calles y carreteras
	X805 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado, en
51	comercio y área de servicios
	X784 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, en calles y
52	carreteras
	X718 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión, en
53	otro lugar especificado
	X734 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y
54	arma larga, en calles y carreteras

55	X724 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta, en calles y carreteras
56	X749 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, en lugar no esp
57	X678 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros gases y vapores, en otro lugar especificado
58	X670 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros gases y vapores, en vivienda
59	X682 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) plaguicidas, en escuelas, otras instituciones y
60	X754 Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo, en calles y carreteras
61	X647 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otras drogas, medicamentos y sustancias biológic
62	X849 Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados, lugar no especificado
63	X681 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, institución residencial
64	X787 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, granja
65	X692 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas,
66	X742 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, escuelas, otra
67	X761 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas, institución residencial
68	X728 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta, otro lugar especificado
69	X782 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, escuelas, otras instituciones y áreas administrativas
70	X809 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado, lugar no especificado
71	X684 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, calles y carreteras

	X828 Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor,
72	otro lugar especificado
	X658 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al
73	alcohol, otro lugar especificado
	X848 Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados, otro
74	lugar especificado
	X789 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, lugar no
75	especificado
76	X727 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta, granja
	X842 Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados,
77	escuelas, otras instituciones y áreas adminis
	X683 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a
78	plaguicidas, áreas de deporte y atletismo
	X609 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a
79	analgésicos no narcóticos, antipiréticos
80	X750 Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo, vivienda
	X629 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a
81	narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos]
	X725 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta,
82	comercio y área de servicios
	X669 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a
83	disolventes orgánicos e hidrocarburos halogena
	X743 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de
84	fuego, y las no especificadas, áreas de depo
	X717 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión,
85	granja
	X830 Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados,
86	vivienda
	X650 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al
87	alcohol, vivienda
	X693 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros
88	productos químicos y sustancias nocivas,

-
- 89 X838 Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados,
otro lugar especificado
- 90 X732 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y
arma larga, escuelas, otras instituciones
- 91 X674 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros
gases y vapores, calles y carreteras
- 92 X639 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras
drogas que actúan sobre el sistema nervi
- 93 X710 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento, y sumersión,
vivienda
- 94 X679 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros
gases y vapores, lugar no especificado
- 95 X810 Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante
de objeto en movimiento, vivienda
- 96 X759 Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo, lugar no
especificado
- 97 X763 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas, áreas
de deporte y atletismo
- 98 X797 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo, granja
- 99 X799 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo, lugar
no especificado
- 100 X685 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a
plaguicidas, comercio y área de servicios
- 101 X719 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión,
lugar no especificado
- 102 X746 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de
fuego, y las no especificadas, área industri
- 103 X769 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas, lugar
no especificado
- 104 X807 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado,
granja
- 105 X824 Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor,
calles y carreteras

X638 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras
106 drogas que actúan sobre el sistema nervi

X839 Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados,
107 lugar no especificado

3. Información completa sobre las variables sociodemográficas: edad, sexo, etnia, nivel de educación, estado civil, ubicación geográfica.

4. Disponibilidad de denominadores poblacionales provincia, cantón, edad, sexo.

6.4. Criterios de exclusión

1. En el estudio se definieron ciertos criterios de exclusión: Datos incompletos o inconsistentes

2. Información proveniente de fuentes no oficiales

3. Casos de suicidio en población no residente

4. Registros de suicidios no clasificados adecuadamente

5. Datos con períodos de tiempo no especificados

6. Informes sin desagregación por año

6.5. Operacionalización de variables

En este estudio, se operacionalizaron las variables clave para el análisis de las tasas de suicidio en Ecuador relacionadas con las variables sociodemográficas, las cuales se presentan a continuación:

Tabla 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Categorías	Indicador	Tipo de Variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	- 0 a 14 años - 15 a 24 años - 25 a 39 años	Años cumplidos	Cualitativa Intervalo

		<ul style="list-style-type: none"> - 40 a 54 años - 55 a 64 años - 65 años o más 		
Sexo	Características biológicas que dividen a los individuos en masculinos y femeninos.	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Sexo del individuo	Cualitativa Nominal
Etnicidad	Características culturales que diferencian a un grupo de personas.	<ul style="list-style-type: none"> - Mestizo/a - Indígena - Afroecuatoriano/a - Otros 	Autoidentificación étnica	Cualitativa Nominal
Región	Distribución geográfica del Ecuador.	<ul style="list-style-type: none"> - Costa - Sierra - Oriente - Galápagos 	Región de residencia	Cualitativa Nominal
Provincia	División territorial de primer orden en el Ecuador.	<ul style="list-style-type: none"> - Azuay, Bolívar, Cañar, etc. 	Provincia de residencia	Cualitativa Nominal
Cantón	Subdivisión territorial dentro de una provincia en el Ecuador.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombres de los 221 cantones 	Cantón de residencia	Cualitativa Nominal
Estado Civil	Condición legal que refleja la situación conyugal de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero/a - Casado/a - Divorciado/a - Viudo/a 	Estado civil	Cualitativa Nominal

Nivel de Instrucción	Nivel más alto de educación formal alcanzado por una persona.	- Primaria - Secundaria - Universitaria - Postgrado	Nivel educativo	Cualitativa Ordinal
Área	Clasificación geográfica que distingue el lugar de residencia en zonas urbanas o rurales.	- Urbana - Rural	Área de residencia	Cualitativa Nominal
Lugar de Violencia	Lugar donde ocurre un acto de violencia, relacionado con el suicidio.	- Hogar - Escuela - Lugar de trabajo - Espacio público	Lugar del incidente	Cualitativa Nominal
Tasa de Suicidio	Número de suicidios en una población por cada 100,000 habitantes en un período específico.	- Valor numérico continuo desglosado por edad, sexo, provincia y cantón	Número de suicidios por cada 100,000 habitantes	Cuantitativa Continua

Fuente: Elaboración propia

6.6. Recolección de información

Se obtuvieron las bases de datos institucionales de defunciones del INEC correspondientes a los años 2015 a 2022, abarcando un total de 8 años. Estas bases se encuentran en formato CSV y fueron consolidadas mediante la unión de los archivos anuales en una base general en Excel. Posteriormente, se filtraron los registros según los

diagnósticos CIE-10 detallados en la Tabla 1, obteniendo un total de 9,103 defunciones durante el periodo de estudio.

Aunque se trata de bases institucionales del INEC, una vez finalizada la consolidación, se realizó una revisión exhaustiva de las variables del estudio con el fin de identificar y depurar casos con información incompleta o inconsistente, garantizando así la calidad y confiabilidad de los datos para el análisis.

6.7. Plan de análisis de datos

Para el presente estudio, se utilizó el programa SPSS, el cual fue clave para llevar a cabo el análisis de las tasas de suicidio en Ecuador durante el periodo 2015-2022. Este plan de análisis resulta fundamental, ya que permite desglosar y examinar las variaciones en función de factores demográficos clave. A continuación, se presenta el plan detallado:

6.7.1. Analizar las tasas de suicidio en Ecuador por grupo etario, sexo y etnia (2015-2022)

Para el análisis de las tasas de suicidio en Ecuador del período de estudio (2015 y 2022), se emplearon diversas técnicas estadísticas que permitieron evaluar en profundidad todos los factores que impactan en las tasas de suicidio. A continuación, se explica cómo se estructuraron los diferentes métodos:

6.7.2. Análisis descriptivo (Univariado)

- Variables Cualitativas reporte de frecuencias y porcentajes
- Variables Cuantitativas cálculo de medidas de tendencia central (media, moda y mediana) medidas de dispersión (desviación estándar)
- Cálculo de tasas por años. (para el efecto se utilizó los denominadores poblacionales INEC censo 2022.
 - Tasas anuales
 - Tasas anuales por provincia y cantón

- Tasas anuales por grupo de edad, sexo

6.6.3. Relación entre factores sociodemográficos y las tasas de suicidio

Se realizó un análisis detallado para examinar cómo los factores sociodemográficos influyen las tasas de suicidio en Ecuador entre 2015 y 2022. En primer lugar, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para analizar la relación entre las variables categóricas, como sexo, estado civil y etnia, y las tasas de suicidio. Este análisis permitió determinar si existían asociaciones significativas entre estos factores y el riesgo de suicidio.

A continuación, se emplearon odds ratios e intervalos de confianza para evaluar la magnitud de las relaciones observadas y determinar la probabilidad de suicidio en función de diversas características sociodemográficas. Este enfoque facilitó la interpretación del impacto de cada variable sobre el riesgo de suicidio, considerando además los posibles efectos de confusión que pudieran afectar los resultados.

Finalmente, se estudiaron las interacciones entre diferentes variables para identificar combinaciones de factores que pudieran aumentar el riesgo de suicidio. Este análisis proporcionó una comprensión más profunda de los subgrupos de la población con mayor vulnerabilidad, lo que resulta esencial para el diseño de intervenciones preventivas específicas.

6.6.4. Análisis Bivariado y Multivariado

Se realizó un análisis de los factores sociodemográficos asociados a las tasas de suicidio en Ecuador entre 2015 y 2022. Se utilizó regresión logística binaria para la obtención de los ODDS Ratio e intervalo de confianza y Chi-cuadrado al mismo tiempo.

7. Resultados

7.1. Análisis Descriptivo de las Tasas de Suicidio en Ecuador (2015-2022)

En esta sección se presentan los resultados de la investigación. A continuación, se detallan los hallazgos obtenidos:

7.1.1. Tasas Brutas de Suicidio por Año

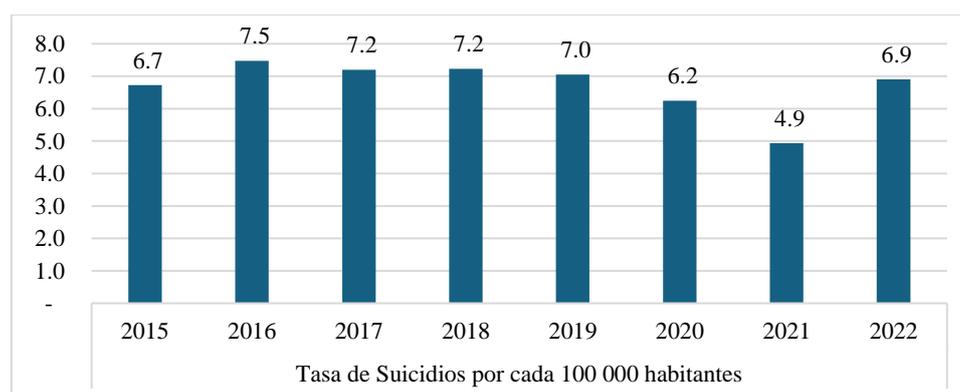


Figura 7 Tasas Brutas de Suicidio por Año

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del INEC, años 2015-2022.

Las tasas brutas de suicidio en Ecuador entre 2015 y 2022 muestran fluctuaciones. De 2015 a 2019 se mantuvieron estables, con valores cercanos a 7 suicidios por cada 1000,000 habitantes. En 2020 y 2021 se observó una disminución, posiblemente influenciada por la pandemia de COVID-19 y sus efectos en el registro de datos. En 2022, la tasa volvió a aumentar, reflejando una posible normalización en las dinámicas sociales y económicas.

7.1.2. Tasas Específicas de Suicidio

7.1.2.1. Por Grupo Etario

Tabla 3 Tasas de suicidios calculadas para cada grupo de edad por año

Edad en años	Tasa de Suicidios por cada 100 000 habitantes							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0 a 14	1,29	1,60	1,68	1,83	1,38	1,43	1,34	1,12
15 a 24	10,49	12,01	10,11	10,49	10,78	8,40	6,99	10,06
25 a 39	9,03	9,15	9,73	8,39	8,82	7,05	6,53	8,35
40 a 54	6,58	7,27	6,88	7,47	7,19	6,77	4,88	6,68

55 a 64	7,45	9,19	9,09	10,48	8,21	8,72	5,67	8,25
más de 65	9,02	9,87	9,62	9,43	8,63	10,17	5,54	7,94

Fuente. Elaboración propia. Datos obtenidos del INEC, años 2015-2022.

Las tasas de suicidio por grupo etario en Ecuador entre 2015 y 2022 presentan variaciones. En el grupo de 0 a 14 años, las tasas se mantienen bajas, con una ligera disminución de 1.83 en 2018 a 1.12 en 2022. El grupo de 15 a 24 años registra las tasas más altas, alcanzando 12.01 en 2016 y mostrando una reducción sostenida hasta 6.99 en 2021, con un incremento a 10.06 en 2022. En el grupo de 25 a 39 años, las tasas fluctúan entre 9.73 en 2017 y 6.53 en 2021, finalizando en 8.35 en 2022.

El grupo de 40 a 54 años muestra tasas estables, con valores entre 6.58 y 7.47 entre 2015 y 2018, cayendo a 4.88 en 2021 y recuperándose a 6.68 en 2022. En el grupo de 55 a 64 años, la tasa alcanza un máximo de 10.48 en 2018, disminuyendo a 8.25 en 2022. Por último, en el grupo de más de 65 años, las tasas fluctúan entre 9.87 en 2016 y 5.54 en 2021, cerrando en 7.94 en 2022.

7.1.2.2. *Por Sexo*

Tabla 4 Tasas de suicidios calculadas sexo por año

Tasa de Suicidios por cada 100 000 habitantes								
Sexo	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hombre	10,18	11,78	11,52	11,44	11,23	10,03	7,94	10,30
Mujer	3,31	3,22	2,93	3,07	2,91	2,51	1,96	2,89

Fuente. Elaboración propia. Datos obtenidos del INEC, años 2015-2022.

Las tasas de suicidio por sexo en Ecuador entre 2015 y 2022 muestran una marcada diferencia entre hombres y mujeres. Los hombres presentan tasas consistentemente más altas en comparación con las mujeres, con valores que oscilan entre 10.18 en 2015 y 7.94 en 2021. En 2022, la tasa masculina se incrementa a 10.30, reflejando un comportamiento ascendente tras un descenso sostenido durante los dos años previos.

Por otro lado, las tasas de suicidio en mujeres son significativamente más bajas, fluctuando entre 3.31 en 2015 y un mínimo de 1.96 en 2021. En 2022, se observa un ligero aumento a 2.89, siguiendo una tendencia similar a la de los hombres.

La relación entre las tasas por sexo evidencia que los hombres tienen un mayor riesgo de suicidio en todos los años analizados, siendo aproximadamente tres veces más alta que la de las mujeres.

7.1.2.3. *Por Área*

Tabla 5 Tasas de suicidios calculadas para área por año

Área	Tasa de Suicidios por cada 100 000 habitantes							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rural	4,74	5,20	5,38	5,60	5,23	4,85	3,75	5,02
Urbana	7,85	8,76	8,21	8,13	8,05	7,01	5,60	7,48

Fuente. Elaboración propia. Datos obtenidos del INEC, años 2015-2022.

Las tasas específicas de suicidio por área, rural y urbana, en Ecuador entre 2015 y 2022 presentan diferencias claras. En las zonas rurales, las tasas se mantuvieron relativamente bajas y estables, oscilando entre 4.74 en 2015 y un máximo de 5.60 en 2018. En 2021, se observó la menor tasa registrada en este período, con 3.75, para luego aumentar ligeramente a 5.02 en 2022.

Por otro lado, las zonas urbanas presentan tasas más altas en comparación con las rurales durante todo el período. Estas tasas alcanzaron su punto máximo en 2016, con 8.76, y mostraron una disminución progresiva hasta 5.60 en 2021. En 2022, se registra un incremento a 7.48.

7.1.2.4. *Por Provincia y Cantón*

Tabla 6 Tasas de Suicidio por Provincia en Ecuador (2015-2022)

Tasa de Suicidios por cada 100 000 habitantes	
---	--

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Azuay	12,2	11,5	12,4	11,0	11,3	13,8	11,6	13,6
Bolívar	12,4	9,8	10,2	10,2	11,0	5,2	8,2	5,0
Cañar	9,3	11,4	11,2	11,4	7,2	10,3	4,6	14,5
Carchi	6,1	8,8	6,6	6,5	6,5	10,7	8,2	7,5
Chimborazo	8,0	9,7	9,6	10,3	7,1	7,8	7,9	12,1
Cotopaxi	7,0	12,1	7,2	8,6	11,8	11,5	7,1	7,4
El Oro	7,0	8,4	8,0	8,0	7,2	8,5	7,6	7,3
Esmeraldas	3,0	3,9	3,6	3,0	5,7	2,6	3,5	4,9
Galápagos	10,2	3,3	3,2	3,2	3,1	6,1	13,7	10,5
Guayas	4,9	4,9	4,9	4,4	4,5	3,6	1,8	4,4
Imbabura	7,2	10,0	9,4	5,8	6,4	4,2	6,4	6,0
Loja	6,9	8,6	6,3	7,8	6,4	7,9	9,1	9,5
Los Ríos	6,1	7,8	5,6	7,0	7,1	6,1	6,4	8,0
Manabí	5,0	5,6	6,2	7,2	6,3	4,4	1,4	5,1
Morona Santiago	6,9	10,0	11,4	10,6	7,3	6,6	4,1	9,9
Napo	12,5	13,0	13,5	8,6	3,8	11,2	9,8	4,6
Orellana	12,6	9,1	9,0	9,5	9,4	8,7	12,6	10,4
Pastaza	5,0	10,7	7,6	11,1	5,4	1,8	5,3	8,0
Pichincha	7,6	8,3	8,2	8,2	8,8	6,9	6,7	6,5
Santa Elena Santo Domingo de los Tsáchilas	3,1	2,2	3,2	4,7	3,1	2,5	1,8	2,9
Sucumbíos	7,2	7,5	10,1	7,7	8,2	7,4	7,1	10,8
Tungurahua	9,2	9,0	9,3	10,4	10,2	8,2	7,7	12,6
Zamora Chinchi	10,4	11,2	8,8	12,5	10,4	7,8	0,5	11,2
Chinchi	5,6	10,9	13,3	11,3	6,8	9,1	4,4	5,4

Fuente. Elaboración propia. Datos obtenidos del INEC, años 2015-2022.

En cuanto a las tasas de suicidio por provincia en Ecuador entre 2015 y 2022, se identificaron diferencias significativas en las tendencias. Algunas provincias, como

Azuay, con tasas que alcanzaron 13.6 en 2022, y Cañar, con un pico de 14.5 en el mismo año, mantienen tasas elevadas con incrementos recientes, lo que indica una mayor prevalencia del problema. Otras, como Bolívar, que disminuyó de 12.4 en 2015 a 5.0 en 2022, y Napo, que pasó de 12.5 en 2015 a 4.6 en 2022, muestran una disminución sostenida. Provincias como Esmeraldas y Santa Elena presentan tasas consistentemente bajas, alcanzando 4.9 y 2.9 en 2022, respectivamente, mientras que regiones como Galápagos, que tuvo un máximo de 13.7 en 2021, y Sucumbíos, con un incremento a 12.6 en 2022, evidencian fluctuaciones notables a lo largo del periodo. Las variaciones entre provincias destacan la necesidad de priorizar intervenciones en aquellas con tasas crecientes o persistentemente altas en las provincias como Azuay (13.6), Cañar (14.5), Chimborazo (12.1), Sucumbíos (12.6) y Santo Domingo de los Tsáchilas (10.8) registraron tasas altas en 2022, con tendencias crecientes o persistentes.

Tabla 7 tasas de suicidio a nivel cantonal en Ecuador entre 2015 y 2022

Cantón	Tasa de Suicidios por cada 100 000 habitantes							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
24 De Mayo	12,81	6,35	3,15	3,11	6,15	-	3,07	12,25
Aguarico	-	16,37	-	15,49	-	14,72	14,38	-
Alausí	4,46	4,51	4,56	11,57	9,42	12,00	2,45	10,01
Alfredo	7,52	-	3,74	-	3,70	-	7,47	-
Baquerizo Moreno (Juján)								
Ambato	10,32	11,04	9,57	12,46	9,40	8,01	0,27	10,33
Antonio Ante	10,26	4,03	5,93	3,89	3,82	1,88	9,29	3,67
Arajuno	-	-	-	-	10,74	-	10,15	-
Archidona	17,32	10,23	23,49	3,31	3,26	12,87	3,19	9,47
Arenillas	6,61	19,43	12,71	3,12	6,15	3,04	9,06	9,01
Atacames	3,98	-	1,93	-	13,21	-	12,97	5,51
Atahualpa	15,90	-	-	-	15,62	-	15,76	15,86

Azogues	16,04	19,89	15,79	18,32	13,02	15,57	6,47	18,10
Baba	4,59	4,51	6,66	6,53	14,96	4,24	-	4,22
Babahoyo	6,39	7,42	4,49	4,95	5,39	5,34	4,79	9,01
Balao	-	8,41	-	8,00	11,69	3,83	3,78	-
Balsas	-	-	-	12,32	-	24,38	24,39	24,43
Balzar	8,27	9,86	4,89	-	1,60	6,37	9,59	1,60
Baños De Agua Santa	-	18,55	9,19	9,10	13,54	4,48	4,47	13,35
Biblián	4,76	4,81	9,71	14,74	-	20,14	5,10	10,33
Bolívar	19,56	38,32	6,26	18,45	18,22	18,12	-	-
Bolívar	4,64	11,48	18,18	11,23	11,09	6,62	24,27	13,22
Buena Fe	2,77	2,72	2,66	3,90	3,81	1,25	2,49	1,24
Caluma	-	-	6,17	6,15	-	6,12	12,25	6,12
Calvas	10,12	3,41	13,81	14,00	3,55	25,21	21,93	3,70
Camilo Ponce Enríquez	30,79	39,63	38,28	23,07	8,91	21,72	4,27	16,79
Cañar	1,71	1,73	1,75	1,77	-	1,82	-	-
Carlos Julio Arosemena Tola	-	-	-	22,58	-	21,85	43,14	-
Cascales	16,93	25,17	16,64	49,56	24,65	16,42	8,24	33,14
Catamayo	26,52	8,74	49,07	8,59	31,26	25,43	14,06	8,40
Cayambe	-	1,96	-	0,94	-	-	1,81	1,80
Celica	-	6,58	19,78	-	-	-	6,71	-
Centinela Del Cóndor	13,85	-	-	26,34	12,96	-	-	25,05
Cevallos	-	-	-	10,00	9,82	19,33	-	-
Chaguarpamba	27,23	13,67	-	-	13,94	14,05	14,19	57,22
Chambo	-	-	7,47	-	-	-	-	-
Chilla	234,83	118,44	159,36	-	163,13	124,28	42,16	42,86
Chillanes	-	-	9,85	9,84	4,92	-	9,88	4,95
Chimbo	-	-	5,88	11,88	12,01	-	6,17	-
Chinchipe	50,11	29,69	97,75	154,43	57,21	66,15	28,18	55,99
Chone	-	1,48	2,22	0,73	0,73	0,73	2,19	1,46
Chordeleg	-	30,85	-	15,39	-	15,46	7,82	15,83
Chunchi	7,63	15,44	-	-	-	16,65	-	17,49

Colimes	11,61	15,31	22,70	14,91	-	10,95	10,94	14,55
Colta	12,01	17,33	20,51	2,66	5,53	11,50	11,94	3,09
Coronel Marcelino Maridueña	7,47	-	7,31	-	-	-	7,08	-
Cotacachi	138,26	130,41	138,18	106,01	115,85	142,29	133,66	157,82
Cuenca	-	0,18	0,17	0,34	0,50	0,33	-	0,33
Cumandá	-	-	-	6,11	6,00	-	-	11,59
Cuyabeno	100,40	146,66	59,62	69,89	102,74	67,48	11,14	177,01
Daule	-	-	1,13	-	0,50	-	-	-
Déleg	188,86	204,11	141,15	203,92	235,55	94,43	78,98	221,91
Distrito Metropolitano De Quito	-	0,12	-	0,04	0,11	0,04	0,07	0,04
Durán	3,70	2,16	2,46	1,71	5,97	1,95	1,28	1,90
Echeandía	-	-	6,57	6,55	-	6,52	-	-
El Carmen	5,03	3,31	4,07	2,40	3,15	3,90	3,88	4,63
El Chaco	-	-	11,21	22,13	10,94	10,83	-	-
El Empalme	-	-	-	1,16	-	3,43	1,15	1,15
El Guabo	-	1,72	1,69	1,66	3,28	3,24	-	4,80
El Pan	131,15	98,85	66,31	99,90	167,34	169,49	34,52	105,30
El Pangui	9,39	9,06	-	-	8,13	-	-	7,48
El Tambo	61,02	40,61	71,03	20,30	30,51	81,57	30,71	20,55
El Triunfo	13,84	25,53	15,07	19,70	28,97	15,92	9,51	23,59
Eloy Alfaro	-	2,07	6,14	4,05	4,01	5,97	7,91	-
Esmeraldas	-	0,90	0,45	1,33	-	0,44	0,87	-
Espejo	20,65	27,16	26,78	26,49	-	6,59	-	33,48
Espíndola	18,77	25,29	12,80	19,44	19,71	-	-	-
Flavio Alfaro	-	-	-	7,07	-	3,47	3,47	3,47
Francisco De Orellana	1,19	1,16	-	1,11	1,09	-	-	1,03
General Antonio Elizalde	-	32,50	-	-	-	7,78	7,78	15,54
Girón	-	-	15,41	7,68	-	-	-	-

Gonzalo	40,29	69,21	38,88	95,71	103,97	131,31	28,06	46,75
Pizarro								
Gonzanamá	30,06	22,79	-	15,51	7,82	-	15,91	8,00
Guachapala	139,63	83,24	27,59	27,38	-	54,33	81,90	82,19
Gualaceo	20,09	19,97	15,46	24,13	4,36	15,30	11,02	8,88
Gualaquiza	40,05	39,27	52,99	42,57	41,82	27,44	22,55	13,34
Guamote	278,55	267,86	316,40	280,13	282,99	234,99	83,24	303,76
Guano	-	-	-	4,11	-	-	-	-
Guaranda	2,87	0,96	7,67	3,85	4,84	5,84	1,96	5,92
Guayaquil	0,45	0,67	0,69	0,47	0,53	0,31	0,55	0,62
Huamboya	10,08	-	-	9,44	9,25	-	-	-
Huaquillas	1,82	-	7,06	1,74	1,72	1,70	1,69	1,69
Ibarra	0,49	0,48	0,48	1,87	0,92	-	-	-
Isabela	38,04	37,17	72,65	70,97	34,66	33,90	-	97,43
Isidro Ayora	15,76	7,67	29,85	36,20	28,08	20,62	-	13,30
Jama	4,47	-	4,67	14,32	-	5,04	5,21	5,38
Jaramijó	13,20	8,38	11,98	3,80	14,46	6,95	13,48	9,82
Jipijapa	3,87	2,56	5,06	1,25	3,70	2,46	9,83	8,58
Junín	18,97	9,34	32,19	31,63	17,76	17,58	26,22	4,34
La Concordia	7,96	3,90	11,50	5,66	7,44	7,36	5,46	1,80
La Joya De Los	2,26	10,99	10,68	14,56	10,14	7,91	7,72	16,99
Sachas								
La Libertad	14,84	11,82	11,59	12,28	12,98	8,57	9,36	11,88
La Maná	2,07	-	-	-	-	-	-	-
La Troncal	1,67	-	1,61	4,75	-	-	1,52	-
Lago Agrio	17,26	30,22	16,77	23,01	32,83	27,24	18,17	19,14
Las Lajas	36,83	18,11	35,63	17,55	34,67	51,59	-	51,22
Las Naves	-	-	-	14,08	-	-	-	-
Latacunga	12,42	11,63	10,39	11,14	9,51	13,54	14,25	14,48
Limón Indanza	18,86	9,44	9,47	9,50	28,65	19,22	19,37	9,75
Logroño	-	14,23	27,96	41,22	27,03	79,89	13,14	51,87
Loja	0,41	-	-	-	0,40	0,40	0,39	0,79
Lomas De	74,68	114,59	67,50	88,08	94,78	106,35	80,25	58,59
Sargentillo								
Loreto	76,05	54,65	64,83	59,69	84,02	39,39	-	44,86

Macará	-	-	5,04	-	-	-	5,25	5,30
Machala	3,17	2,75	3,71	3,97	4,55	3,86	2,55	4,43
Manta	-	0,78	0,77	0,38	0,37	-	0,72	0,36
Marcabelí	158,86	280,02	167,68	254,34	132,45	159,95	173,11	128,90
Mejía	-	2,10	-	1,00	0,98	1,93	-	-
Mera	7,53	22,03	14,35	42,20	13,82	13,56	6,66	19,64
Milagro	1,04	-	0,50	0,49	0,48	-	-	1,42
Mira	15,38	7,60	7,52	14,90	14,84	7,43	7,50	22,74
Mocache	7,23	9,53	14,12	18,56	4,58	2,28	4,57	16,01
Mocha	27,83	27,64	27,47	13,66	27,18	27,11	13,56	27,09
Montalvo	11,21	29,33	10,79	28,17	24,14	23,88	6,79	27,02
Montecristi	-	-	-	1,10	-	1,03	1,01	1,97
Montúfar	3,19	12,63	18,79	3,11	21,76	9,37	6,32	6,41
Morona	2,06	-	1,96	1,91	1,87	-	-	-
Muisne	23,41	-	5,66	16,72	8,24	5,43	8,05	5,31
Nabón	18,83	6,29	6,30	31,54	25,26	12,74	6,46	-
Nangaritza	16,35	-	31,43	-	45,30	-	-	14,46
Naranjal	-	3,67	-	-	1,15	1,13	-	-
Naranjito	2,32	4,57	-	-	2,17	-	2,14	6,37
Nobol	64,89	42,47	33,34	40,77	39,87	19,67	50,77	30,94
Olmedo	163,40	270,61	148,78	152,01	177,46	113,28	92,42	93,94
Olmedo	-	-	18,88	-	-	-	-	-
Oña	27,20	-	27,21	27,18	81,48	-	-	56,10
Otavalo	0,86	2,55	1,69	-	-	1,67	-	-
Pablo Sexto	49,48	145,28	47,44	92,98	45,60	134,41	-	43,42
Paján	-	4,82	-	-	2,32	-	4,59	2,29
Palanda	-	11,43	-	33,75	-	22,22	-	-
Palenque	-	4,09	8,07	-	-	-	3,90	3,90
Palestina	11,22	16,64	10,97	5,41	15,98	5,30	15,89	5,28
Pallatanga	16,14	-	7,99	-	15,95	40,00	16,09	16,19
Palora	11,35	10,82	-	-	9,41	-	-	-
Paltas	31,62	7,97	8,05	32,55	4,12	33,34	37,99	21,34
Pangua	18,11	40,76	27,16	49,72	18,04	4,50	13,46	35,75
Paquisha	22,41	43,93	43,08	84,42	20,70	20,36	-	59,44
Pasaje	6,13	2,42	5,96	8,24	5,82	8,11	1,16	4,62
Pastaza	2,75	5,36	3,92	7,66	2,50	3,67	3,60	3,53

Patate	14,31	21,36	21,29	7,08	14,12	7,06	-	7,09
Paute	3,73	11,08	29,32	7,26	-	3,59	14,45	18,16
Pedernales	1,54	4,50	-	4,25	2,75	1,35	1,33	1,30
Pedro Carbo	-	13,96	-	-	-	-	-	-
Pedro Moncayo	-	-	2,55	7,45	4,85	7,18	2,38	7,07
Pedro Vicente	6,72	13,20	6,48	19,05	12,46	6,16	6,14	24,49
Maldonado								
Penipe	-	83,41	-	-	-	-	-	-
Pichincha	-	12,51	9,35	12,40	3,08	3,09	6,21	6,24
Pimampiro	-	-	-	-	14,02	-	-	-
Pindal	20,37	50,13	59,27	38,99	19,26	38,12	47,25	28,09
Piñas	3,49	-	3,40	6,73	6,67	-	-	3,32
Playas	5,80	3,75	3,63	5,27	1,70	1,65	1,62	3,18
Portovelo	88,69	197,30	151,83	143,27	113,83	134,83	42,64	106,82
Portoviejo	-	-	0,31	-	-	0,90	0,30	0,30
Pucará	38,43	9,60	9,60	9,60	-	19,37	29,49	19,93
Pueblviejo	-	-	4,75	4,65	-	2,26	-	4,48
Puerto López	17,32	4,22	12,34	8,00	7,78	3,81	15,03	7,40
Puerto Quito	4,32	29,52	24,73	16,08	23,54	23,19	23,00	22,81
Pujilí	-	-	-	4,30	-	-	-	1,45
Putumayo	-	19,94	10,07	20,34	10,28	20,82	21,14	-
Puyango	5,87	17,64	11,79	11,82	11,87	-	-	18,04
Quero	86,07	75,83	40,43	85,90	60,67	81,14	91,76	92,17
Quevedo	-	0,50	0,49	0,96	0,47	0,46	1,38	-
Quijos	-	-	30,83	-	-	-	-	15,14
Quilanga	133,66	180,67	252,18	93,17	189,48	120,39	171,36	124,07
Quinindé	0,75	2,23	1,48	-	2,22	0,74	1,49	-
Quinsaloma		1.209,66	1.058,96	1.135,12	1.223,74	978,07	963,71	838,45
	1.100,24							
Riobamba	7,06	9,27	11,81	8,29	9,33	5,19	8,87	11,44
Rioverde	-	-	2,99	-	-	-	-	-
Rocafuerte	7,87	5,12	5,01	2,44	7,14	2,34	-	2,28
Rumiñahui	6,05	6,91	10,63	11,32	7,38	3,64	0,90	6,28
Salcedo	1,58	9,33	4,60	10,59	5,99	11,85	2,94	2,91
Salinas	1,27	2,47	2,42	7,10	2,33	1,15	-	4,52

Salitre	4,73	3,13	7,78	4,62	1,52	7,61	3,06	9,18
Samborondón	1,23	4,76	1,15	1,10	1,06	3,08	-	0,98
San Cristóbal	-	-	11,97	-	-	-	11,57	11,48
San Fernando	49,02	24,56	49,30	-	-	-	25,52	-
San Jacinto De Yaguachi	1,47	-	5,65	1,38	2,70	2,67	3,97	5,25
San Juan Bosco	-	22,99	-	22,71	45,17	-	22,43	-
San Lorenzo	2,06	-	-	3,91	3,86	1,91	-	1,86
San Miguel	13,11	13,15	3,30	9,96	10,04	-	13,62	10,29
San Miguel De Los Bancos	5,89	6,02	12,31	12,53	6,37	-	6,68	6,83
San Miguel De Urcuquí	5,75	5,69	16,92	-	11,09	-	-	5,46
San Pedro De Huaca	-	-	-	12,07	-	-	-	-
San Pedro De Pelileo	14,69	-	3,19	9,48	12,52	10,88	1,55	3,08
San Vicente	4,20	4,14	8,15	4,01	-	3,90	-	-
Santa Ana	-	7,75	3,84	3,80	3,76	7,48	1,87	3,74
Santa Clara	24,09	-	-	-	-	22,29	-	-
Santa Cruz	12,17	6,02	-	-	-	11,55	17,15	11,32
Santa Elena	4,15	2,31	1,69	2,75	3,24	2,65	0,52	3,11
Santa Isabel	17,27	4,34	-	-	13,22	-	9,11	13,91
Santa Lucía	13,73	2,26	2,24	-	10,89	4,33	2,17	10,82
Santa Rosa	7,59	13,70	11,05	13,33	15,58	9,52	8,31	7,11
Santiago	-	-	30,00	19,98	-	10,00	10,02	10,03
Santiago De Píllaro	11,91	-	14,09	18,66	11,60	13,87	-	16,15
Santo Domingo	6,20	7,03	9,45	7,50	7,40	7,11	7,05	10,91
Saquisilí	27,55	27,56	-	3,95	11,88	11,92	-	12,01
Saraguro	12,49	6,28	-	6,38	-	-	-	3,32
Sevilla De Oro	-	-	-	-	-	39,36	20,28	-
Shushufindi	6,10	9,98	13,73	3,86	11,43	15,12	5,65	13,18
Sigchos	-	9,42	-	4,89	9,97	-	5,18	-

Sígsig	29,46	14,72	7,36	33,09	11,02	25,90	7,49	3,79
Simón Bolívar	-	13,86	3,41	3,35	3,29	-	6,48	9,66
Sozoranga	-	-	13,40	-	-	13,84	-	-
Sucre	1,60	7,92	7,81	7,70	10,61	4,51	1,50	4,48
Sucúa	4,65	13,70	31,42	13,24	8,68	8,56	-	16,69
Sucumbíos	-	-	-	29,33	-	-	-	-
Suscal	39,40	-	-	20,17	-	41,19	-	21,05
Taisha	-	-	4,08	-	-	-	3,61	3,51
Tena	13,97	15,02	9,35	7,83	3,83	10,03	11,10	3,64
Tisaleo	15,25	7,53	-	7,36	36,41	7,22	-	7,14
Tiwintza	-	11,46	11,19	-	-	-	-	-
Tosagua	-	-	7,07	6,97	6,86	4,54	-	4,51
Tulcán	8,60	8,46	6,25	6,17	6,12	12,23	10,25	11,36
Urdaneta	-	-	12,01	5,90	-	11,51	11,51	2,87
Valencia	8,32	12,21	5,97	5,83	9,48	9,35	7,43	7,37
Ventanas	1,37	9,44	3,99	7,83	11,56	3,83	5,10	11,47
Vinces	3,80	11,22	7,36	8,44	10,66	4,70	4,70	7,04
Yacuambi	15,70	-	15,51	-	-	-	-	-
Yantzaza	-	13,44	-	-	-	-	-	-
Zamora	3,48	13,72	10,15	13,34	-	13,02	3,23	6,41
Zapotillo	7,27	21,47	28,22	34,82	27,54	13,64	6,76	20,11
Zaruma	-	-	3,82	-	3,83	-	-	-

Fuente. Elaboración propia. Datos obtenidos del INEC, años 2015-2022.

Las tasas de suicidio a nivel cantonal en Ecuador entre 2015 y 2022 revela variaciones significativas entre regiones. Cantones como Quinsaloma destacan por tener tasas extremadamente altas, con un promedio anual superior a 10,000 suicidios por cada 1000,000 habitantes durante varios años, reflejando una situación crítica en esta localidad. Otros cantones con tasas elevadas incluyen Marcabelí, Déleg, y Portovelo, que alcanzaron picos superiores a 200 en ciertos años.

Por otro lado, cantones como Guayaquil, Manta, y Quito presentan tasas consistentemente bajas, con valores por debajo de 1 en la mayoría de los años, reflejando un comportamiento menos crítico en comparación con otras localidades.

Algunos cantones muestran fluctuaciones notables, como Cotacachi y Guamote, que registran aumentos y descensos significativos a lo largo del período, lo que podría estar relacionado con factores locales y coyunturales. Además, cantones de áreas rurales tienden a presentar tasas más altas, evidenciando disparidades geográficas y la posible influencia de contextos socioculturales.

7.2. Análisis de Frecuencias Absolutas y Relativas

7.2.1. Distribución de Suicidios por Grupo Etario

Tabla 8 Estadísticos Descriptivos de Suicidios por Edad en Ecuador (2015-2022)

N	Válido	9103
Media		35,66
Mediana		30,00
Moda		20
Desviación estándar		18,524
Varianza		343,134
Mínimo		7
Máximo		99
Percentiles	25	21,00
	50	30,00
	75	47,00

Fuente. Elaboración propia.

Sobre los suicidios según edades en Ecuador durante el período 2015-2022 muestra que la edad promedio de las personas fallecidas es de 35.66 años, con una mediana de 30 años, lo que indica que la mitad de los casos se concentran en edades iguales o menores a este

valor. La moda, o la edad más frecuente, es 20 años, lo que resalta la prevalencia de suicidios en personas jóvenes.

La desviación estándar de 18.524 refleja una amplia dispersión de edades, con un rango de valores que abarca desde los 7 años como mínimo hasta los 99 años como máximo. La varianza, de 343.134, refuerza la diversidad en las edades de los casos analizados.

En términos de percentiles, el 25% de los casos corresponde a edades iguales o menores a 21 años, mientras que el 75% se concentra en edades iguales o menores a 47 años. Esto evidencia que los suicidios afectan principalmente a personas jóvenes y de mediana edad.

7.2.2. Distribución de Suicidios por Sexo

Tabla 9 Distribución de Suicidios por Sexo en Ecuador (2015-2022)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hombre	7143	78,5	78,5
Mujer	1960	21,5	100,0
Total	9103	100,0	

Fuente. Elaboración propia.

La distribución de suicidios por sexo en Ecuador durante el período 2015-2022 muestra que el 78.5% de los casos corresponde a hombres, mientras que el 21.5% corresponde a mujeres. Esto evidencia que los hombres presentan una mayor incidencia, lo que destaca la necesidad de enfoques específicos para abordar este problema en la población masculina.

7.2.3. Distribución de Suicidios por Etnia

Tabla 10 Distribución de Suicidios por Grupo Étnico en Ecuador (2015-2022)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Afroecuatoriano (a)	98	1,1	1,1
Afrodescendiente			

Blanco (a)	69	,8	1,8
Indígena	565	6,2	8,0
Mestizo (a)	7904	86,8	94,9
Montubio (a)	139	1,5	96,4
Mulato (a)	45	,5	96,9
Negro (a)	40	,4	97,3
Otra	12	,1	97,5
Se ignora	231	2,5	100,0
Total	9103	100,0	

Fuente. Elaboración propia.

La distribución de suicidios por grupo étnico en Ecuador revela que el 86.8% de los casos corresponde a personas mestizas, siendo el grupo con mayor incidencia. Los indígenas representan el 6.2%, seguidos por los montubios con el 1.5%. Los grupos afroecuatoriano (1.1%), blanco (0.8%), mulato (0.5%), y negro (0.4%) tienen porcentajes considerablemente menores. El 2.5% de los registros corresponde a casos en los que la etnia no fue especificada.

7.2.4. Distribución de Suicidios por Nivel Educativo

Tabla 11 Distribución de Suicidios por Nivel Educativo en Ecuador (2015-2022)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Centro de alfabetización	57	,6	,6
Educación Básica	2254	24,8	25,4
Educación media	74	,8	26,2
Primaria	2671	29,3	55,5
Se ignora	929	10,2	65,7
Secundaria	1255	13,8	79,5
Superior	149	1,6	81,2
Educación media / Bachillerato	1283	14,1	95,3
Superior no universitario	54	,6	95,9

Superior universitario	345	3,8	99,6
Ciclo Post - Bachillerato	17	,2	99,8
Postgrado	15	,2	100,0
Total	9103	100,0	

Fuente. Elaboración propia.

La distribución de suicidios por nivel educativo en Ecuador muestra que la mayoría de los casos corresponde a personas con educación primaria (29.3%) y educación básica (24.8%). Los niveles superiores, como educación universitaria (3.8%) y postgrado (0.2%), presentan porcentajes significativamente menores. Un 10.2% de los casos no especifica el nivel educativo.

7.2.5. Distribución de Suicidios por Estado Civil

Tabla 12 Distribución de Suicidios por estado civil (2015-2022)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casado (a)	1945	21,4	21,4
Soltero (a)	5386	59,2	80,5
Divorciado (a)	365	4,0	84,5
Unido (a)	868	9,5	94,1
Viudo (a)	216	2,4	96,5
Separado (a)	21	,2	96,7
Sin información	146	1,6	98,3
No aplica	18	,2	98,5
Unión de Hecho	87	1,0	99,4
Unión libre	51	,6	100,0
Total	9103	100,0	

Fuente. Elaboración propia.

La distribución de suicidios según estado civil revela que el 59.2% de los casos corresponde a personas solteras, siendo este el grupo más afectado. Le siguen las personas casadas con el 21.4% y aquellas en unión libre con el 9.5%. Los porcentajes más bajos se

registran en personas separadas (0.2%) y en estados civiles como "sin información" (1.6%).

7.2.6. Distribución Territorial de Suicidios

Tabla 13 Distribución Territorial de Suicidios (2015-2022)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Azuay	817	9,0	9,0
Bolívar	148	1,6	10,6
Cañar	208	2,3	12,9
Carchi	111	1,2	14,1
Chimborazo	365	4,0	18,1
Cotopaxi	345	3,8	21,9
El Oro	435	4,8	26,7
Esmeraldas	184	2,0	28,7
Galápagos	16	,2	28,9
Guayas	1425	15,7	44,5
Imbabura	256	2,8	47,3
Loja	314	3,4	50,8
Los Ríos	488	5,4	56,2
Manabí	636	7,0	63,1
Morona Santiago	125	1,4	64,5
Napo	98	1,1	65,6
Orellana	133	1,5	67,1
Pastaza	59	,6	67,7
Pichincha	1894	20,8	88,5
Santa Elena	89	1,0	89,5
Santo Domingo de los Tsáchilas	300	3,3	92,8
Sucumbíos	164	1,8	94,6
Tungurahua	416	4,6	99,2
Zamora Chinchipe	76	,8	100,0

Zonas No Delimitadas	1	,0	100,0
Total	9103	100,0	

Fuente. Elaboración propia.

El análisis de suicidios por provincia en Ecuador muestra que Pichincha concentra el mayor porcentaje de casos, con un 20.8% del total, seguida por Guayas con el 15.7%. Estas provincias, que son las más pobladas del país, registran una incidencia significativamente mayor. Otros porcentajes destacados incluyen Azuay (9.0%) y Manabí (7.0%), mientras que provincias como Galápagos (0.2%) y Zamora Chinchipe (0.8%) presentan los valores más bajos. Estos resultados reflejan una mayor incidencia en provincias urbanas y densamente pobladas.

7.3. Visualización Gráfica de las Tasas de Suicidio

7.3.1. Gráficos por Grupo Etario, Sexo y Etnia

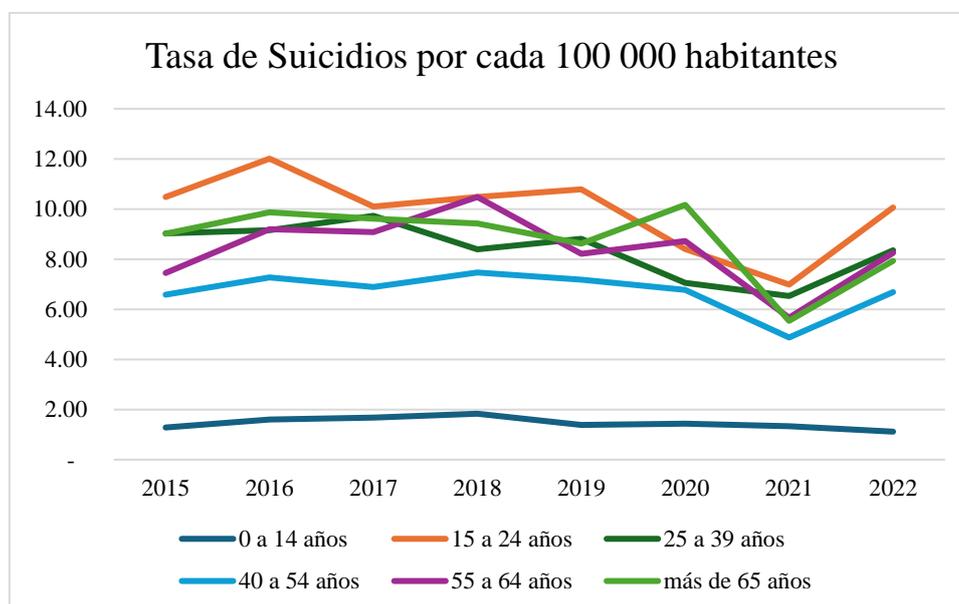


Figura 8. Tasas de suicidio por cada 100,000 habitantes según grupo etario en Ecuador (2015-2022)

Fuente: Elaboración propia.

El gráfico de las tasas de suicidio por cada 1000,000 habitantes según grupo etario en Ecuador (2015-2022) muestra patrones diferenciados. El grupo de 15 a 24 años registra

consistentemente las tasas más altas, alcanzando su punto máximo en 2016, seguido de un descenso hasta 2021 y un repunte en 2022.

Los grupos de 25 a 39 años y 55 a 64 años también presentan tasas elevadas, aunque con una disminución notable en 2021 antes de estabilizarse o incrementarse levemente en 2022. Por otro lado, el grupo de 0 a 14 años mantiene las tasas más bajas durante todo el período, reflejando una incidencia significativamente menor.

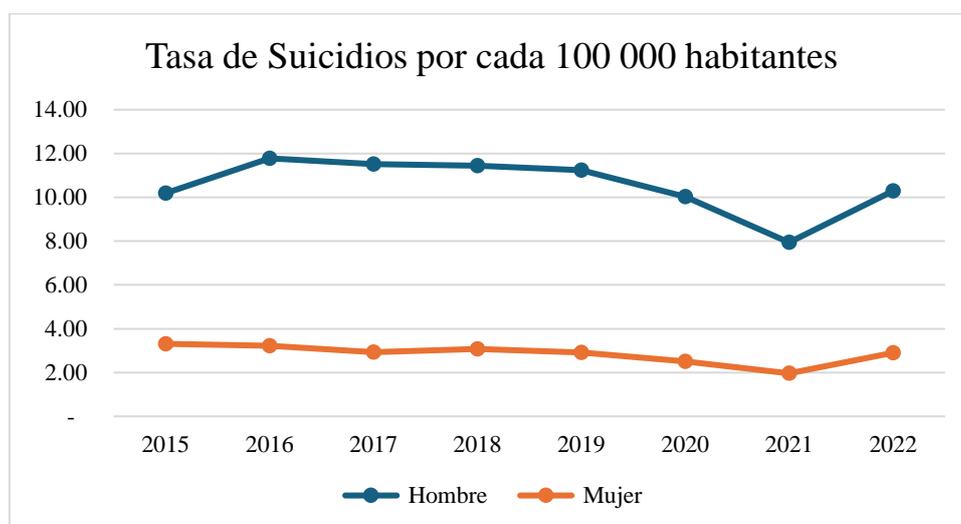


Figura 9. Tasas de suicidio por sexo en Ecuador (2015-2022)
Fuente: Elaboración propia.

El gráfico de tasas de suicidio por sexo evidencia una marcada diferencia entre hombres y mujeres durante el período 2015-2022. Los hombres presentan tasas significativamente más altas, con un valor máximo en 2016 (11.78) y una disminución constante hasta 2021 (7.94), seguido de un aumento en 2022 (10.30). Las mujeres, en contraste, muestran tasas mucho más bajas, con una leve reducción constante hasta 2021 (1.96) y un repunte a 2.89 en 2022.

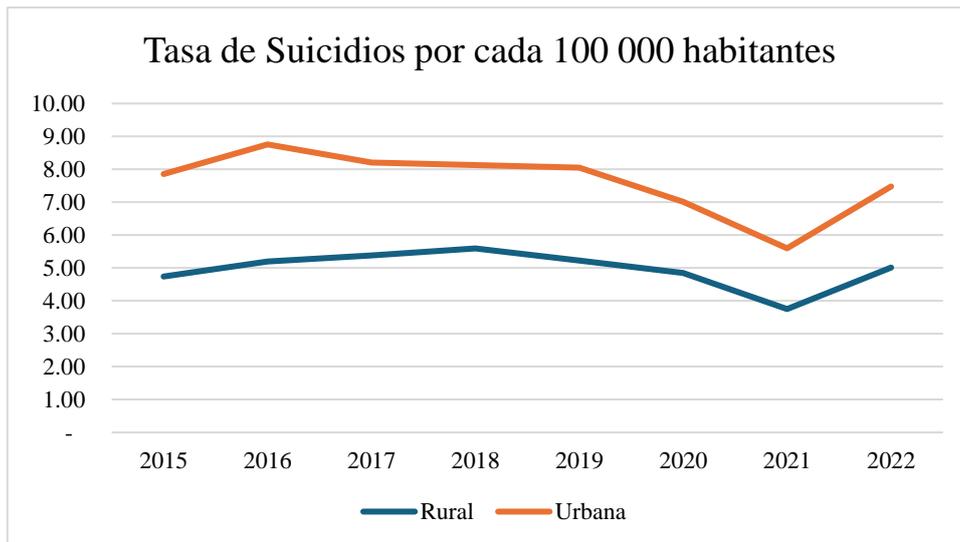


Figura 10. Tasas de suicidio por área en Ecuador (2015-2022)
Fuente: Elaboración propia.

El gráfico de tasas de suicidio por área muestra que las zonas urbanas mantienen tasas más altas en comparación con las rurales a lo largo del período analizado. Las áreas urbanas alcanzaron su punto máximo en 2016 (8.76), seguido de una disminución hasta 2021 (5.60), con un repunte en 2022 (7.48). En las zonas rurales, las tasas son más bajas, con un ligero aumento sostenido hasta 2018 (5.60), una caída en 2021 (3.75), y una recuperación a 5.02 en 2022.

7.3.2. Gráficos por Provincia

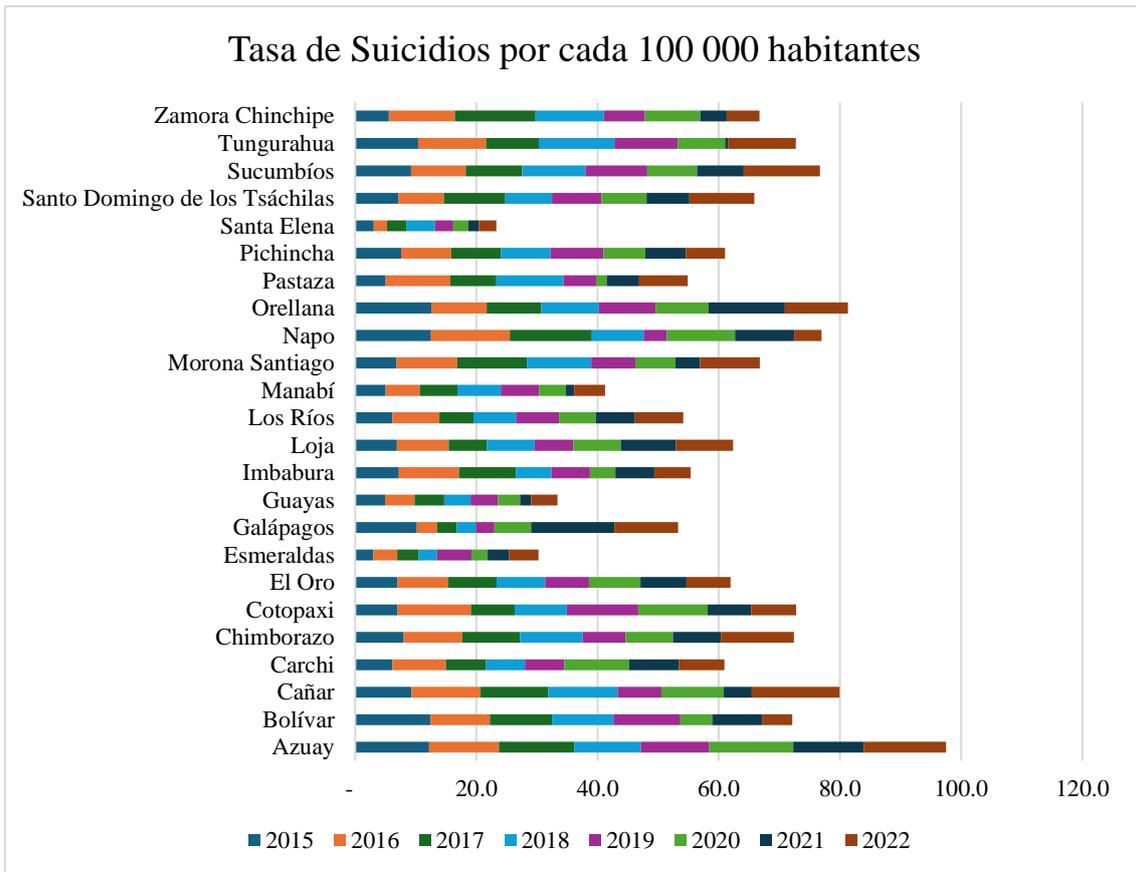


Figura 11. Tasas de suicidio por provincia en Ecuador (2015-2022)

Fuente. Elaboración propia.

El gráfico de tasas de suicidio por cada 1000,000 habitantes en las provincias de Ecuador (2015-2022) muestra variaciones significativas entre las regiones. Provincias como Sucumbíos, Tungurahua, y Cañar destacan por registrar fluctuaciones considerables en los valores anuales, con picos elevados en ciertos años, lo que indica situaciones críticas localizadas.

Por otro lado, provincias como Guayas y Santa Elena presentan tasas consistentemente bajas a lo largo del período, reflejando una menor incidencia del problema. Pichincha, a pesar de ser una de las provincias más pobladas, mantiene tasas moderadas, mientras que regiones amazónicas como Napo y Morona Santiago muestran incrementos notables en ciertos años.

7.4. Relación entre Factores Sociodemográficos y Tasas de Suicidio

7.4.1. Resultados del ODDS Ratio e Intervalos de Confianza y valores de P

Se obtuvo los siguientes valores en el análisis bivariado:

7.4.1.1. Análisis Multivariado: (Regresión Logística Binaria)

Tabla 14 Regresión Logística Binaria para Factores Sociodemográficos Asociados al Riesgo de Suicidio

Variables en la ecuación	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	odds ratio (OR)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo(1)	,096	,056	2,909	1	,088	1,101	,986	1,230
Est_civil			71,145	9	0,000			
Casado (a)		,310	,074	1	,786	1,088	,592	1,999
Soltero (a)		,307	3,051	1	,081	1,711	,937	3,124
Unido (a)	,243	,328	,548	1	,459	1,275	,670	2,423
Divorciado (a)	,490	,315	2,412	1	,120	1,632	,880	3,027
Viudo (a)	-,298	,341	,763	1	,382	,742	,380	1,449
Separado (a)	-,085	,549	,024	1	,877	,919	,313	2,693
Sin información	,748	,373	4,028	1	,045	2,112	1,018	4,383
No aplica	,854	,601	2,023	1	,155	2,349	,724	7,623
Unión de Hecho	,777	,395	3,882	1	,049	2,176	1,004	4,714
Niv_Educ			23,673	11	,014			
Centro de alfabetización	,825	,619	1,776	1	,183	2,283	,678	7,683
Educación Básica	1,096	,548	4,006	1	,045	2,994	1,023	8,760
Educación media Primaria	1,258	,606	4,307	1	,038	3,518	1,072	11,543
Se ignora	1,006	,547	3,380	1	,066	2,735	,936	7,995
Secundaria	1,262	,550	5,263	1	,022	3,532	1,202	10,380
Superior	1,215	,550	4,885	1	,027	3,369	1,147	9,893
Educación media / Bachillerato	,965	,573	2,835	1	,092	2,624	,854	8,065
	,975	,549	3,152	1	,076	2,651	,904	7,780

Superior no universitario	,992	,620	2,559	1	,110	2,698	,800	9,101
Superior universitario	,926	,558	2,758	1	,097	2,525	,846	7,533
Ciclo Post - Bachillerato	,639	,750	,727	1	,394	1,895	,436	8,236
Rural	-,806	,051	252,180	1	0,000	,447	,404	,493
Etnia			218,801	8	0,000			
Blanco (a)	,061	,304	,040	1	,841	1,063	,586	1,928
Afroecuatoriano (a)	-,968	,308	9,878	1	,002	,380	,208	,695
Afrodescendiente								
Indígena	-1,883	,203	86,148	1	0,000	,152	,102	,226
Mestizo (a)	-,541	,177	9,382	1	,002	,582	,412	,823
Montubio (a)	,820	,322	6,472	1	,011	2,270	1,207	4,269
Mulato (a)	-,315	,374	,712	1	,399	,730	,351	1,518
Negro (a)	,895	,516	3,004	1	,083	2,448	,889	6,736
Otra	-1,440	,633	5,181	1	,023	,237	,069	,819
Rango_Edad			123,263	5	0,000			
0 a 14 años	-,864	,130	43,893	1	0,000	,421	,326	,544
15 a 24 años	-,661	,099	44,171	1	0,000	,516	,425	,628
25 a 39 años	-,233	,093	6,277	1	,012	,792	,660	,950
40 a 54 años	,029	,099	,088	1	,767	1,030	,849	1,249
55 a 64 años	,072	,111	,428	1	,513	1,075	,866	1,335
Constante	,086	,649	,017	1	,895	1,090		

Fuente. Elaboración propia

Simplificación de las categorías: Antes de realizar la regresión, las variables con múltiples categorías (como estado civil, nivel educativo o etnia) fueron transformadas en variables dicotómicas. El objetivo del análisis no es modelar todas las categorías posibles simultáneamente, sino comparar una categoría de referencia contra todas las demás, se optó por dividir las variables en comparaciones binarias para simplificar el análisis.

7.4.1.1. Sexo

El sexo masculino muestra un $\text{Exp}(B)$ de 1.101, lo que indica un riesgo ligeramente mayor de suicidio en comparación con el sexo femenino. Sin embargo, este resultado no es estadísticamente significativo ($p = 0.088$).

7.4.1.2. Estado Civil

El estado civil es un predictor significativo ($p < 0.001$). Las personas en unión de hecho tienen un mayor odds ratio (OR) = 2.176, $p = 0.049$) en comparación con las personas viudas o separadas. Además, aquellos con estado "sin información" también muestran un mayor riesgo odds ratio (OR) = 2.112, $p = 0.045$).

7.4.1.3. Nivel Educativo

El nivel educativo tiene un impacto significativo en el riesgo de suicidio ($p = 0.014$). Las personas con educación básica odds ratio (OR) = 2.994, $p = 0.045$), educación media odds ratio (OR) = 3.518, $p = 0.038$), y secundaria odds ratio (OR) = 3.369, $p = 0.027$) presentan un mayor riesgo en comparación con quienes tienen educación superior. Esto sugiere una relación inversa entre el nivel educativo y el riesgo de suicidio.

7.4.1.4. Área

Las personas que residen en áreas rurales presentan un menor riesgo de suicidio en comparación con aquellas en áreas urbanas odds ratio (OR) = 0.447, $p < 0.001$). Esto evidencia la influencia del contexto geográfico en las tasas de suicidio.

7.4.1.5. Etnia

La etnia es un factor determinante ($p < 0.001$). Los grupos indígenas tienen un menor riesgo relativo odds ratio (OR) = 0.152, $p < 0.001$) en comparación con otros grupos étnicos. Sin embargo, los montubios muestran un mayor riesgo relativo odds ratio (OR) = 2.270, $p = 0.011$).

7.4.1.6. Rango de Edad

La edad también es un predictor significativo ($p < 0.001$). Los grupos más jóvenes (0 a 14 años y 15 a 24 años) tienen un menor odds ratio (OR) = 0.421 y Exp(B) = 0.516, respectivamente) en comparación con los grupos de edad avanzada. El riesgo aumenta gradualmente a partir de los 25 años.

7.4.2. Análisis de la Prueba de Chi-Cuadrado

Tabla 15 Relación entre Variables Sociodemográficas y Nivel de Riesgo de Suicidio (Prueba de Chi-Cuadrado)

Pruebas chi cuadrado	Sig
Sexo * Nivel de riesgo	00,000
Estado Civil * Nivel de riesgo	0,000
Rangos de Edad * Nivel de riesgo	0,000
Nivel Educación * Nivel de riesgo	0,000
Área * Nivel de riesgo	0,000
Rangos de Edad * Nivel de riesgo	0,000
Etnia * Nivel de riesgo	0,000

Fuente. Elaboración propia.

El análisis de Chi-Cuadrado confirma una relación significativa entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, etnia, nivel educativo y área geográfica) y el nivel de riesgo de suicidio ($p < 0.001$). Factores como el sexo, el estado civil y la etnia presentan asociaciones clave, destacando la mayor vulnerabilidad en ciertos grupos como hombres, personas con menor nivel educativo y ciertos grupos étnicos. Estas relaciones subrayan la importancia de considerar estas variables en estrategias de prevención focalizadas y basadas en evidencia.

Todas las variables analizadas muestran una asociación significativa con el nivel de riesgo. Factores como el sexo, el área de residencia y la etnia parecen tener un impacto importante en la distribución del nivel de riesgo.

Sexo y Nivel de Riesgo:

- Valor de Chi-cuadrado: 30.48130.48130.481
- Significación: $p < 0.001$
- **Conclusión:** Existe una asociación significativa entre el sexo y el nivel de riesgo. Los hombres representan una mayor proporción en niveles de alto riesgo (2649) en comparación con las mujeres (861).

Área y Nivel de Riesgo:

- Valor de Chi-cuadrado: 361.212361.212361.212
- Significación: $p < 0.001$
- **Conclusión:** Existe una fuerte asociación entre el área de residencia y el nivel de riesgo. Las áreas rurales tienen una mayor proporción de personas en alto riesgo (1339) en comparación con las urbanas (2170).

Estado Civil y Nivel de Riesgo:

- Valor de Chi-cuadrado: 44.52144.52144.521
- Significación: $p < 0.001$
- **Conclusión:** El estado civil está significativamente asociado con el nivel de riesgo. Los solteros constituyen el grupo más grande en niveles de alto riesgo (2039).

Rangos de Edad y Nivel de Riesgo:

- Valor de Chi-cuadrado: 147.483147.483147.483
- Significación: $p < 0.001$

- **Conclusión:** Existe una asociación significativa entre el rango de edad y el nivel de riesgo. Los jóvenes (15-24 años) tienen una mayor representación en el nivel de alto riesgo (1243).

Nivel Educativo y Nivel de Riesgo:

- Valor de Chi-cuadrado: 43.27043.27043.270
- Significación: $p < 0.001$
- **Conclusión:** El nivel educativo muestra una asociación significativa con el nivel de riesgo. Los individuos con educación básica o primaria tienen mayor representación en niveles de alto riesgo.

Etnia y Nivel de Riesgo:

- Valor de Chi-cuadrado: 430.133430.133430.133
- Significación: $p < 0.001$
- **Conclusión:** La etnia tiene una asociación significativa con el nivel de riesgo. Los mestizos constituyen la mayoría tanto en bajo (4977) como en alto riesgo (2926), mientras que los indígenas presentan una alta proporción en el nivel de alto riesgo (432).

8. Discusión

Este estudio resalta la importancia de comprender los factores sociodemográficos para desarrollar estrategias efectivas de prevención del suicidio, los resultados obtenidos a partir del análisis de la prueba de Chi-cuadrado confirman una relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y el nivel de riesgo de suicidio, lo que resalta la importancia de considerar estos factores al diseñar estrategias de prevención y tratamiento para este fenómeno complejo, entre las variables más influyentes se encuentran el sexo, el estado civil, el nivel educativo, la edad, la etnia y el área geográfica. Estos factores no solo se asocian al riesgo de suicidio, sino que también reflejan diferencias clave en las vulnerabilidades sociales y emocionales de los individuos, lo que debe ser integrado en políticas públicas y programas de salud mental.

En cuanto al sexo, los resultados apuntan a que los hombres tienen una mayor probabilidad de morir por suicidio en comparación con las mujeres, una tendencia que se ha observado consistentemente en estudios globales (56). De acuerdo con estudios, la prevalencia de suicidio en los hombres puede estar vinculada a diversos factores, como las expectativas sociales que dictan que los hombres no deben expresar sus emociones, lo que a menudo les impide buscar ayuda profesional (57). Por otro lado, aunque las mujeres tienen un mayor número de intentos de suicidio, los varones muestran una mayor letalidad en sus actos debido a la elección de métodos más letales, lo que destaca la necesidad de intervenciones diferenciadas según el sexo.

El estado civil también se asocia con un aumento en el riesgo de suicidio, especialmente entre las personas solteras, separadas o divorciadas, este patrón es consistente con la literatura existente que resalta la importancia de las redes de apoyo social en la prevención del suicidio (58). Las personas sin una pareja o sin apoyo emocional cercano suelen enfrentarse a un mayor aislamiento, lo que puede intensificar el riesgo de suicidio.

Además, las rupturas emocionales o de pareja son un factor de estrés significativo, lo que aumenta la vulnerabilidad a pensamientos suicidas.

El nivel educativo también emerge como un factor crucial en el análisis, aquellos con menor nivel educativo presentan un mayor riesgo de suicidio, un hallazgo que concuerda con investigaciones previas que sugieren que el bajo nivel educativo está relacionado con una menor capacidad para acceder a recursos de salud mental, y frecuentemente con condiciones socioeconómicas más adversas (59). Las personas con poca educación a menudo enfrentan mayores barreras económicas y sociales, lo que incrementa su exposición a factores de riesgo como la pobreza, el desempleo y el estrés crónico, todos ellos asociados con un mayor riesgo de suicidio.

Los resultados también revelan que los grupos de edad más jóvenes, en particular aquellos en los rangos de 0-14 y 15-24 años, tienen una incidencia alarmante de suicidio, este hallazgo es preocupante, ya que refleja la creciente prevalencia de suicidio en jóvenes, que suelen enfrentar dificultades como el acoso escolar, la presión social, y el aislamiento emocional (60). El aumento de los suicidios en jóvenes subraya la necesidad de intervenir a edades tempranas, proporcionando herramientas para la salud mental y creando espacios de apoyo dentro de las comunidades educativas.

En cuanto a la etnia, los resultados muestran que las personas de ciertos grupos étnicos, en particular los pueblos indígenas, presentan un mayor riesgo de suicidio, esto es consistente con otros estudios que han señalado que las comunidades indígenas suelen enfrentar mayores barreras sociales y económicas, lo que aumenta su vulnerabilidad al suicidio (61). La discriminación, el racismo y la falta de acceso adecuado a servicios de salud mental son factores clave que agravan esta situación, las políticas de salud pública deben incluir programas específicos que aborden estos factores y promuevan la integración cultural en los servicios de salud mental.

Por último, el área geográfica juega un papel crucial en el riesgo de suicidio. Las personas que viven en áreas rurales presentan tasas de suicidio más altas en comparación con las que viven en áreas urbanas, esto puede atribuirse a varios factores, incluyendo el menor acceso a servicios de salud mental, la falta de anonimato en las comunidades pequeñas y el mayor aislamiento social (62). Las intervenciones en áreas rurales deben enfocarse en mejorar el acceso a la atención en salud mental y crear redes de apoyo social para contrarrestar estos riesgos.

En resumen, los resultados de este estudio resaltan la importancia de considerar las variables sociodemográficas en la prevención del suicidio, las diferencias observadas entre sexo, estado civil, nivel educativo, edad, etnia y área geográfica son fundamentales para comprender las diversas dimensiones del riesgo de suicidio; las estrategias de prevención deben ser más personalizadas, basadas en evidencia y adaptadas a las características socioculturales de cada población, las políticas públicas deben abordar estos factores y centrarse en la accesibilidad de los servicios de salud mental, la educación en salud emocional y el fortalecimiento de las redes de apoyo social, especialmente en grupos vulnerables.

9. Conclusiones

Los hallazgos muestran diferencias significativas en las tasas de suicidio entre distintos grupos sociodemográficos. Los hombres jóvenes, especialmente aquellos entre los 15 y 24 años, destacan como uno de los segmentos más afectados. Este patrón coincide con estudios que vinculan esta etapa de la vida con desafíos emocionales y económicos significativos. Además, se evidenció una mayor vulnerabilidad en grupos étnicos como indígenas y afrodescendientes, donde factores culturales, sociales y económicos profundizan el riesgo.

Se observó una distribución desigual del suicidio en el territorio nacional, siendo las zonas rurales las que presentan una incidencia más alta en comparación con las áreas urbanas. Esta diferencia sugiere un acceso limitado a servicios de salud mental, mayor aislamiento social y una predominancia de factores económicos adversos en las regiones rurales, lo que exacerba las condiciones de vulnerabilidad.

El análisis estadístico confirmó una fuerte relación entre factores como el estado civil, el nivel educativo y el riesgo de suicidio. Las personas solteras, separadas o divorciadas presentaron mayores niveles de riesgo, lo que subraya la importancia de las redes de apoyo social. Por otro lado, los individuos con menor nivel educativo demostraron una mayor susceptibilidad, asociada a un menor acceso a recursos de salud mental y a condiciones socioeconómicas desfavorables.

Se propone desarrollar intervenciones focalizadas que respondan a las características sociodemográficas y geográficas identificadas. Es fundamental priorizar la atención en áreas rurales mediante la ampliación del acceso a servicios de salud mental y el fortalecimiento de políticas públicas inclusivas. Además, se deben implementar programas de apoyo dirigidos a jóvenes, personas con bajo nivel educativo y aquellos sin

redes de apoyo familiar o social. Estas estrategias deben considerar un enfoque equitativo que asegure una mayor efectividad en la prevención del suicidio.

10. Recomendaciones

Implementar programas de prevención del suicidio dirigidos a hombres jóvenes entre 15 y 24 años, enfocados en fortalecer la educación emocional y facilitar el acceso oportuno a servicios de salud mental. Además, es fundamental diseñar estrategias adaptadas a las necesidades culturales de grupos étnicos como indígenas y afrodescendientes, asegurando un enfoque inclusivo y respetuoso de sus contextos particulares.

Ampliar y fortalecer la cobertura de servicios de salud mental en zonas rurales mediante la creación de centros comunitarios especializados y la implementación de campañas de sensibilización. También es recomendable incorporar tecnologías como la telemedicina para garantizar el acceso a servicios de salud emocional en comunidades alejadas, optimizando así el alcance de la atención.

Desarrollar políticas públicas orientadas a fortalecer las redes de apoyo social, especialmente en personas solteras, separadas o divorciadas, mediante iniciativas comunitarias y grupos de acompañamiento. Asimismo, es necesario implementar programas educativos y de capacitación que generen mayores oportunidades de inserción socioeconómica para individuos con niveles educativos más bajos.

Diseñar e implementar un plan nacional integral de prevención del suicidio con un enfoque territorial, equitativo y basado en la evidencia, priorizando las áreas y poblaciones de mayor vulnerabilidad. Este plan debe incluir la capacitación continua de profesionales de salud mental, el involucramiento de líderes comunitarios y la aplicación de políticas que aseguren la sostenibilidad de las acciones. Es crucial realizar evaluaciones periódicas para medir la efectividad de las estrategias y ajustarlas según las necesidades identificadas.

11. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 4]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Chávez A, Leenaars A. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. Vol. 355, Artículo original Salud Mental. 2010.
3. Neira H. Suicide and suicide missions: Revisiting Durkheim. Cinta de Moebio. 2018 Sep 1;62:140–54.
4. Espinosa-Salido P, Perez Nieto MA, Baca-García E, Ortega MP. Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. Clin Salud. 2021;32(1):29–36.
5. Chávez-Hernández AM, Leenaars AA. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. Vol. 355, Artículo original Salud Mental. 2010.
6. Juan Franco Sánchez González, Horacio Félix Attorresi, Facundo Juan Pablo Abal. Escala de Desesperanza de Beck analizada con teoría de respuesta al ítem. Revista de Psicología. 2020 May 8;054.
7. Borrell Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución [Internet]. Vol. 119, ARTÍCULO ESPECIAL Med Clin (Barc). 2002. Available from: <http://www.elsevier.es>
8. Uriarte Arciniega JDD. La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo Resilience. A new perspective into developmental psychopathology.
9. Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffè S, Kestel D. Epidemiology of suicide among adolescents and young adults in Ecuador. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health. 2018;42.
10. Suicidio [Internet]. [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
11. Las muertes por suicidio casi triplican los fallecimientos por accidente de tráfico en Galicia | Sociedad | Cadena SER [Internet]. [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://cadenaser.com/galicia/2024/09/10/las-muertes-por-suicidio-casi->

triplican-los-fallecimientos-por-accidente-de-trafico-en-galicia-radio-coruna/?utm_source=chatgpt.com

12. América Latina en alerta por aumento en tasas de suicidio – DW – 02/05/2023 [Internet]. [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://www.dw.com/es/am%C3%A9rica-latina-en-alerta-por-aumento-en-tasas-de-suicidio/a-65493663>
13. El suicidio aumenta en América mientras disminuye en el resto del mundo | Noticias ONU [Internet]. [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://news.un.org/es/story/2023/02/1518852>
14. Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffè S, Kestel D. Epidemiology of suicide among adolescents and young adults in Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2018;42.
15. Cárdenas R. La mortalidad por suicidio en las poblaciones masculinas joven, adulta y adulta mayor en ocho países de Latinoamérica y el Caribe. *Revista Latinoamericana de Población*. 2021 Feb 17;15(29):5–33.
16. Campo A. Suicidios en Quito, Ecuador : etnografía de la muerte autoinfligida desde interpretaciones de la vida. 2018 [cited 2024 Sep 4]; Available from: <https://ddd.uab.cat/record/202112>
17. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 4]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
18. Zambrano K. Determinantes socioeconómicos del suicidio en el Ecuador [Internet] [Proyecto de Investigación]. [Ecuador]: Universidad Técnica del Norte; 2023 [cited 2024 Sep 4]. Available from: <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/15188>
19. Betancourt A. El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. FLACSO [Internet]. 2008 [cited 2024 Sep 4]; Available from: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2350/1/BFLACSO-CS26-04-Betancourt.pdf>

20. Cabrales J, Hernández C. Tendencia de suicidios en el Estado de Nayarit, México, 2013-2019. *Psicología y Salud* [Internet]. 2023 Jun 21 [cited 2024 Sep 4];33(2). Available from: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2816>
21. Quito L, Pinzón C. Modelo de pronóstico de casos de suicidios en la ciudad de Bogotá D.C [Internet]. Fundación Universitaria Los Libertadores. Sede Bogotá.; 2022 [cited 2024 Sep 4]. Available from: <https://repository.libertadores.edu.co/items/3886c634-c198-4d19-9e46-f152f2e9be80>
22. Páez G, Trejo Y, Rondón K, Golfo N. Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela. *URVIO Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*. 2021 Sep 1;(31):90–108.
23. Manzano F, Prieto F. TASAS DE SUICIDIO SEGÚN EDAD, SEXO Y REGIONES GEOGRÁFICAS. ARGENTINA (2000-2019). . Lurralde : invest spac [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 4];46:135–57. Available from: https://www.ingeba.org/lurralde/lurranet/lur46/Lurralde-46-2023_Ariel_Emanuel.pdf
24. Roman V, Moncada E, Huarcaya J. Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2023 Jul;52(3):185–92.
25. Sepulveda C. La evolución de las tasas de suicidio en México (1998-2021): Un análisis del sexo y la depresión. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 4];41(2). Available from: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/16261>
26. Tamayo J, Pérez V, Molina I, Arroba E. Caracterización del suicidio y su incidencia en la provincia de Tungurahua: estudio descriptivo y análisis estadístico. *Revista Científica UISRAEL*. 2022 Jan 10;9(1):81–99.
27. Salazar Y. Los suicidios crecen en Ecuador Para hacer uso de este contenido cite la fuente y haga un enlace a la nota original en <https://www.primicias.ec/noticias/firmas/suicidios-ecuador-hombres-adolescentes-salud/>. 2023 Jul 6 [cited 2024 Sep 4]; Available from:

<https://www.primicias.ec/noticias/firmas/suicidios-ecuador-hombres-adolescentes-salud/>

28. Gerstner R, Soriano I, Sanhueza A, Caffè S, Kestel D. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42.
29. Rubio J, Vega A, Weishaupt V, Muñoz D, Ramos G. Experiencias latinoamericanas en la prevención de la suicidalidad en jóvenes y adolescentes: una revisión teórica. *Psicogente*. 2022 May 3;25(47).
30. Prieto V, Maderuelo J, Gallardo L, Santos I, Queipo de Llano M, San Román A, et al. Análisis descriptivo del suicidio en el bienio 2018-2019 en Valladolid (España). *Revista Española de Medicina Legal*. 2021 Oct;47(4):143–9.
31. Abello E, Ocampo D, Ortíz A, González J. Diseño y validación de un Protocolo de Atención Psicológica para la Ideación Suicida. *Psychologia*. 2020 Dec 31;14(2):61–8.
32. Iza L. Factores de riesgo asociados al perfil psicológico de adolescentes ecuatorianos con intentos autolíticos [Internet] [Proyecto de Investigación]. [Riobamba]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA; 2023 [cited 2024 Sep 4]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/10979/1/Iza%20Llamuca%2C%20L%20%282023%29Factores%20de%20riesgo%20asociados%20al%20perfil%20psicol%C3%B3gico%20de%20adolescentes%20ecuatorianos%20con%20intentos%20autol%C3%ADticos.%28Tesis%20de%20Pregrado%29%20Universidad%20Nacional%20de%20Chimborazo%2C%20Riobamba%2C%20Ecuador.pdf>
33. Pino P. Análisis de mortalidad por suicidio en el Gran Santiago durante el quinquenio 2012-2016 [Internet] [Proyecto de Investigación]. [Chile]: Repositorio Académico de la Universidad de Chile; 2021 [cited 2024 Sep 4]. Available from: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180779>
34. Otero A, Vergel J, Gasca R, Ocampo C. Factores de riesgo suicida intra-hospitalario: Un estudio de casos y controles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2022 Aug 8;27(2).

35. Alameda J, Ruiz M, García B. Suicidio, prescripción de antidepresivos y desempleo en Andalucía. *Gac Sanit.* 2014 Jul;28(4):309–12.
36. Cabieses B. La migración internacional en Latinoamérica y el Caribe desde la perspectiva de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2022 Sep 5;40(3):e351166.
37. Baquedano-Jer S. La naturaleza del suicidio. *Juridicas.* 2017 Jan 1;14(1):131–44.
38. Qué es el “karoshi”, la muerte por exceso de trabajo que en Japón es un problema de salud pública - BBC News Mundo [Internet]. [cited 2024 Oct 5]. Available from: <https://www.bbc.com/mundo/vert-cap-37391172>
39. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies A Systematic Review [Internet]. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/>
40. Conwell Y, Brent D. *Suicide and Aging I: Patterns of Psychiatric Diagnosis.* Vol. 7, *International Psychogeriatrics.* Springer Publishing Company; 1995.
41. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. Vol. 33, *Psychological Medicine.* 2003. p. 395–405.
42. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry.* 2003 Jun 1;182(JUNE):537–42.
43. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable? Vol. 253, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2003. p. 1–8.
44. *Gender Differences in Depression.*
45. Carter RT. Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. *Couns Psychol.* 2007;35(1):13–105.
46. Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffè S, Kestel D. Epidemiology of suicide among adolescents and young adults in Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health.* 2018;42.

47. Qin P. The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *J Psychiatr Res.* 2011;45(11):1445–52.
48. Pistone I, Beckman U, Eriksson E, Lagerlöf H, Sager M. The effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis. Vol. 65, *International Journal of Social Psychiatry.* SAGE Publications Ltd; 2019. p. 399–412.
49. Millán R, Córdoba C, Moreno M. Observación de un espectro de manifestaciones clínicas ante la exposición a información relacionada con eventos suicidas. *Revista Costarricense de Psicología.* 2020 Dec 21;39(2):189–202.
50. Toro R, González C, Mejía-Vélez S, Avendaño B. Modelo de riesgo suicida transcultural: Evidencias de la capacidad predictiva en dos países de Latinoamérica. *Ansiedad y Estrés.* 2021;28(1):112–8.
51. Böttcher R, Garay C. Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en países latinoamericanos. *Psicod debate.* 2021 Jun 1;21(1):61–78.
52. Cayuela L, Sánchez A, Sánchez P, Rodríguez S, Velasco A, Cayuela A. Mortalidad por suicidio en España (1984-2018): análisis edad-período-cohorte. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020 Jul;
53. Antonio Garzon Ricaurte W, Javier Aníbal Rubio Duque S, Elvis Fernando Paz Morales Secretario Relator S. * Documento firmado electrónicamente por DTS 2.0 Producción.
54. Valdiviezo M, Caamaño R, Granda A, Yangua C. El suicidio, alertas convergentes de un fenómeno silencioso. Casos en Machala de la provincia de El Oro en Ecuador. *Reincisol.* 2024 Apr 10;3(5):266–87.
55. Gerstner R, Lara F. Trend analysis of suicide among children, adolescent and young adults in Ecuador between 1990 and 2017. *An Sist Sanit Navar.* 2019 Apr 25;42(1):9–18.
56. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev [Internet].* 2008 Nov 1 [cited 2024 Dec 8];30(1):133–54. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

57. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2010 Aug [cited 2024 Dec 8];15(8):868–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19337207/>
58. Næss EO, Mehlum L, Qin P. Marital status and suicide risk: Temporal effect of marital breakdown and contextual difference by socioeconomic status. *SSM Popul Health*. 2021 Sep 1;15:100853.
59. Pistone I, Beckman U, Eriksson E, Lagerlöf H, Sager M. The effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2024 Dec 8];65(5):399–412. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31159627/>
60. Lovero KL, Dos Santos PF, Come AX, Wainberg ML, Oquendo MA. Suicide in Global Mental Health. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2024 Dec 8];25(6):255. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10182355/>
61. Harder HG, Rash JA. Indigenous youth suicide: A systematic review of the literature [Internet]. 2012. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/233784858>
62. Helbich M, Blüml V, de Jong T, Plener PL, Kwan MP, Kapusta ND. Urban-rural inequalities in suicide mortality: A comparison of urbanicity indicators. *Int J Health Geogr* [Internet]. 2017 Oct 30 [cited 2024 Dec 8];16(1):1–12. Available from: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12942-017-0112-x>