

Conceptos clave en torno al suicidio en México: perspectiva poblacional de una encuesta nacional

Midiam Moreno, D en C,⁽¹⁾ Modesto Solís-Espinoza, D en Psic,⁽²⁾ Catalina González-Forteza, D en Psic Soc,⁽¹⁾
 Alberto Jiménez, M en Psic,⁽¹⁾ Filiberto Itzcoátl Gaytán-Flores, L en Psic,⁽¹⁾ Fabiola Tafoya-Ramos, D en C,⁽²⁾
 Eduardo Lazcano-Ponce, D en C.⁽³⁾

Moreno M, Solís-Espinoza M, González-Forteza C, Jiménez A, Gaytán-Flores FI, Tafoya-Ramos F, Lazcano-Ponce E. Conceptos clave en torno al suicidio en México: perspectiva poblacional de una encuesta nacional. *Salud Publica Mex.* 2026;68:457-466.

<https://doi.org/10.21149/18132>

Moreno M, Solís-Espinoza M, González-Forteza C, Jiménez A, Gaytán-Flores FI, Tafoya-Ramos F, Lazcano-Ponce E. Key concepts surrounding suicide in Mexico: the population perspective from a national survey. *Salud Publica Mex.* 2026;68:457-466.

<https://doi.org/10.21149/18132>

Resumen

Objetivo. Estimar la prevalencia de ideación suicida/planeación suicida (IS/PS) y conductas suicidas (CS), así como analizar su asociación con factores de salud mental, consumo de sustancias y exposición a violencia, en población mexicana de 12 a 65 años. **Material y métodos.** Estudio transversal con datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2025. Se analizaron indicadores de problemática suicida en los últimos 12 meses. Se estimaron prevalencias ponderadas y asociaciones mediante regresión de Poisson con varianza robusta y diseño muestral complejo. **Resultados.** La prevalencia de IS/PS fue de 2.4% y la de CS de 0.7%. Ambas se asociaron con malestar psicológico, consumo de drogas y ausencia de tratamiento en salud mental. El malestar psicológico mostró la asociación más consistente con ambos componentes. El consumo excesivo de alcohol y la violencia se asociaron únicamente con IS/PS. El sexo femenino se asoció sólo con IS/PS, mientras que la edad y la región sur se asociaron con ambos componentes. **Conclusiones.** La problemática suicida en México se relaciona con malestar psicológico, consumo de sustancias y ausencia de tratamiento en salud mental, con diferencias por sexo y región. Los hallazgos aportan evidencia poblacional reciente para fortalecer la detección temprana, la atención comunitaria y estrategias preventivas focalizadas en grupos prioritarios.

Palabras clave: conductas suicidas; determinantes sociales de la salud; encuestas nacionales de salud; ideación suicida; malestar psicológico; México

Abstract

Objective. To estimate the prevalence of suicidal ideation/ suicidal planning (SI/SP) and suicidal behaviors (SB), as well as to analyze their association with mental health factors, substance use, and exposure to violence among the Mexican population aged 12 to 65 years. **Materials and methods.** A cross-sectional study was conducted using data from the 2025 *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco* (Encodat). Indicators of suicidal problems within the past 12 months were analyzed. Weighted prevalences and associations were estimated using Poisson regression with robust variance and a complex survey design. **Results.** The prevalence of SI/SP was 2.4%, and that of SB was 0.7%. Both were associated with psychological distress, drug use, and lack of mental health treatment. Psychological distress showed the most consistent association with both components. Heavy alcohol use and violence were associated only with SI/SP. Female sex was associated only with SI/SP, while age and the southern region were associated with both components. **Conclusions.** Suicidal problem in Mexico is linked to psychological distress, substance use, and gaps in mental health care, with differences by sex and region. These findings provide recent population-based evidence to strengthen early detection, community-based care, and targeted preventive strategies for priority groups.

Keywords: suicidal behaviors; social determinants of health; national health surveys; suicidal ideation; psychological distress; Mexico

(1) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México.

(2) Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ciudad de México, México.

(3) Dirección General, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 10 de marzo de 2026 • **Fecha de aceptado:** 28 de mayo de 2026 • **Publicado en línea:** 29 de julio de 2026

Autor de correspondencia: Dr. Modesto Solís Espinoza. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Av. Periférico 2767. 10200 Ciudad de México, México.

Correo electrónico: modesto.solis@salud.gob.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

La mortalidad por suicidio en México ha mostrado una tendencia ascendente durante las últimas décadas. La tasa pasó de 1.0 por 100 000 habitantes en 1980 a 6.8 por 100 000 en 2024; este incremento ha sido mayor en hombres, cuyas tasas aumentaron de 7.6 a 11.2 por 100 000 entre 2010 y 2024; mientras que en mujeres pasó de 1.8 a 2.6 por 100 000.¹ Aunque la tasa nacional permanece por debajo de la registrada en la región de las Américas (9.2 por 100 000),² algunas entidades del norte y sureste del país han presentado niveles superiores al dato nacional. En 2016, Chihuahua reportó una tasa de 11.4 por 100 000 y Yucatán de 10.2;³ para 2024, éstas aumentaron a 16.4 y 16.2 por 100 000, respectivamente.¹

En respuesta a este panorama, México ha fortalecido su marco normativo e institucional. La reforma a la Ley General de Salud de 2022 estableció la integración de la salud mental y las adicciones al primer nivel de atención y consolidó la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama) como órgano rector nacional.⁴ Asimismo, estrategias como el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (Pronaps) buscan fortalecer la vigilancia epidemiológica, la prevención y la generación de evidencia para atender las desigualdades regionales del fenómeno.⁵ Estas acciones son consistentes con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, particularmente con el indicador 3.4.2 orientado a reducir la mortalidad por suicidio, promover la salud mental y disminuir las brechas de atención.⁶ Sin embargo, persisten importantes brechas entre el mandato normativo y la capacidad operativa de los servicios. La NOM-025-SSA2-2014 mantiene un enfoque predominantemente hospitalario, insuficiente frente a las necesidades actuales de prevención comunitaria y atención temprana. A ello se suma una amplia brecha de tratamiento: menos de 20% de las personas con problemas de salud mental en las Américas recibe atención adecuada y los países destinan alrededor de 3% del presupuesto sanitario a salud mental.⁶

La muerte por suicidio constituye el desenlace de un espectro que comprende: componentes cognitivos (ideación/planeación) y conductas (ensayo e intento suicida).⁷ La evidencia indica que la ideación incrementa la probabilidad de intentos y estos, a su vez, el riesgo de muerte por suicidio.^{8,9} Existen posturas teóricas que han buscado explicar esta transición incorporando factores individuales, contextuales y biológicos. Entre ellas, la teoría interpersonal de Joiner plantea que la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga generan deseo suicida, mientras que la exposición reiterada al dolor emocional y a experiencias adversas favorece el desarrollo de la "capacidad suicida", entendida como la disminución del temor a morir y el aumento de la

tolerancia al sufrimiento, facilitando el paso de la ideación al acto.¹⁰

La conducta suicida está condicionada por contextos sociales, económicos, culturales y políticos, por lo que su estudio requiere integrar los determinantes sociales de la salud y sus interacciones.^{11,12} El marco sindémico resulta útil para comprender cómo fenómenos como la violencia, el consumo de sustancias, el malestar psicológico y la desigualdad social coexisten y se potencian mutuamente, incrementando el riesgo suicida en determinados contextos.¹³ Aunque existe amplia evidencia internacional sobre el papel de los determinantes sociales en salud mental, persisten vacíos respecto a cómo interactúan estos factores en escenarios epidemiológicos recientes y regionalmente diferenciados, particularmente en México.¹⁴ La disponibilidad de datos nacionales actualizados permite analizar estas relaciones en un contexto marcado por el incremento de problemas de salud mental, violencia y consumo de sustancias posterior a la pandemia por Covid-19.

La PS impacta profunda y negativamente a individuos, familias y comunidades. Su abordaje requiere un enfoque de salud pública que permita dimensionar el fenómeno en distintos contextos, comprender la interacción entre sus componentes y fortalecer la detección temprana y las intervenciones oportunas.^{15,16} En este contexto, el objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de los componentes de la PS (IS/PS y CS) y analizar su asociación con factores de salud mental, consumo de sustancias y exposición a violencia, en población mexicana de 12 a 65 años, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2025.¹⁷

Material y métodos

La Encodat 2025¹⁷ se realiza en hogares, es probabilística, con muestreo polietápico y estratificado, representativa a nivel nacional, por tamaño de localidad y región del país, en población de 12 a 65 años. Para este estudio se utilizaron los datos de la muestra total ($n=19\,200$; $N=92\,590\,179$).

La encuesta fue revisada y aprobada por las Comisiones de Ética y de Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (registro CI: 1967). Se obtuvo consentimiento informado de los participantes o sus tutores, en el caso de menores de edad. El procedimiento y el muestreo pueden consultarse en el documento técnico.¹⁸ Los participantes recibieron el número de la Línea de la Vida y, cuando fue necesario y a solicitud suya, información de instituciones de salud para solicitar atención.

Variables

Problemática suicida

Se analizaron componentes de la PS en el último año a partir de ítems validados en población mexicana, derivados de la Cédula de Conductas Suicidas.¹⁹⁻²¹

IS/PS: Variable dicotómica que representa el componente cognitivo de la problemática suicida. Se construyó a partir de dos ítems: ideación activa (“¿Ha pensado seriamente en herirse, cortarse, intoxicarse o hacerse daño con el fin de quitarse la vida?”) y PS (“¿Ha hecho algún plan para quitarse la vida?”). Se codificó como 1= presencia de IS/PS (al menos una respuesta afirmativa) y 0= ausencia de ambas.

CS: Variable dicotómica que capta el componente conductual de la problemática suicida. Se obtuvo del ítem: “¿Se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito con el fin de quitarse la vida?”. Se codificó como 1= presencia y 0= ausencia.

Sociodemográficas

Las variables se agruparon con base en el marco conceptual: sexo (hombre/mujer), edad en rangos (12 a 17= adolescentes y 18 a 65= adultos), estado civil (casado/unión libre, soltero/separado/divorciado/viudo), escolaridad (nivel básico= secundaria o menos y nivel medio= bachillerato o más), estudia actualmente (sí/no), ocupación (empleado/propietario de negocio/estudiante/hogar/otros), localidad de residencia (rural/urbana) y región donde vive (nueve regiones de la Encodat 2025¹⁷).

Salud mental, consumo de cualquier droga, consumo excesivo de alcohol y exposición a violencia

Se incluyeron indicadores de consumo de drogas y salud mental durante el año previo a la entrevista, manteniendo la definición y operacionalización del reporte de la Encodat 2025.¹⁷

Consumo de cualquier droga: consumo de drogas médicas sin prescripción o de drogas ilegales, con fines de intoxicación.

Consumo excesivo de alcohol: consumo, al menos una vez, de cinco copas o más para los hombres y de cuatro copas o más para las mujeres en una ocasión.

Cualquier violencia: experiencia de violencia física, emocional o sexual.

Malestar psicológico: derivada de la escala K10 de Kessler (10 ítems, 10-50 puntos²²). Se dicotomizó: 0= sin/leve (10-24 puntos) y 1= moderado/grave (≥ 25 puntos), indicando alta probabilidad de ansiedad o depresión. Se utilizó el punto de corte del reporte de la Encodat 2025.¹⁷

Tratamiento por salud mental: reporte de haber recibido algún medicamento recetado, psicoterapia, asesoramiento psicológico o cualquier otro tipo de tratamiento profesional para la salud mental.

Análisis estadístico

Se estimó la prevalencia ponderada de IS/PS y de CS con factores de expansión muestral e intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Se realizó análisis bivariado mediante ji cuadrada de Pearson con corrección de segundo orden de Rao y Scott (estadístico F), considerando el diseño de la encuesta, para evaluar asociaciones entre la PS, las variables sociodemográficas y los factores de salud mental.

Se estimaron dos modelos de regresión de Poisson con varianza robusta y enlace logarítmico para calcular razones de prevalencia (RPa) e IC95%. Las variables dependientes fueron IS/PS (modelo 1) y CS (modelo 2); como covariables se incluyeron consumo, salud mental y exposición a la violencia; las sociodemográficas se incorporaron como variables de ajuste. La multicolinealidad se evaluó mediante el factor de inflación de la varianza (VIF) (promedio= 1.66; máximo= 3.17) y la tolerancia (≥ 0.30), sin evidencia de colinealidad problemática, lo que respalda la estabilidad y la precisión de las estimaciones. Todos los análisis consideraron el diseño de la encuesta mediante el comando “svy” de Stata 17.0.*

Resultados

El 2.4% de la población ha experimentado IS/PS. Esta prevalencia es mayor en mujeres (2.9%; IC95%: 2.4,3.5) que en hombres (1.7%; IC95%: 1.4,2.1) y también más alta en adolescentes (4.0%; IC95%: 3.2,5.0) que en adultos (2.1%; IC95%: 1.8,2.4). El 0.7% de la población reportó CS en los últimos 12 meses, con prevalencia similar entre mujeres y hombres (0.8 vs 0.5%). La prevalencia fue mayor en adolescentes que en adultos (1.5%; IC95%: 1.1,2.1 vs 0.5%; IC95%: 0.4,0.7) (figura 1).

En el cuadro I se presentan las características sociodemográficas y la prevalencia de factores de riesgo en salud mental, comparando la población con y sin

* Statistical Software: Release 17. College Station, TX: StataCorp LLC, 2021.

problemática suicida (IS/PS y CS). En relación con la IS/PS, se observaron diferencias significativas en la distribución por sexo, con mayor proporción de mujeres en el grupo con IS/PS en comparación con el grupo sin IS/PS (64.3 vs 51.7%, $p < 0.001$). Asimismo, se identificaron diferencias por edad, estado civil, condición de estudiante, ocupación y región ($p < 0.05$). En cuanto a los factores de salud mental, se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de consumo de drogas (16.4 vs 3.3%, $p < 0.001$); consumo excesivo de alcohol (37.6 vs 29.0%, $p = 0.008$); experimentar violencia (53.1 vs 11.3%, $p < 0.001$); malestar psicológico (58.1 vs 6.9%, $p < 0.001$) y no haber recibido tratamiento en salud mental en los últimos 12 meses (70.4 vs 94.0%, $p < 0.001$).

En quienes reportaron CS, hubo diferencias significativas en la distribución por edad, estado civil y ocupación ($p < 0.05$), así como en la prevalencia de consumo de drogas, experiencia de violencia, malestar psicológico y tratamiento, pero no en el consumo excesivo de alcohol.

Factores asociados con IS/PS y CS

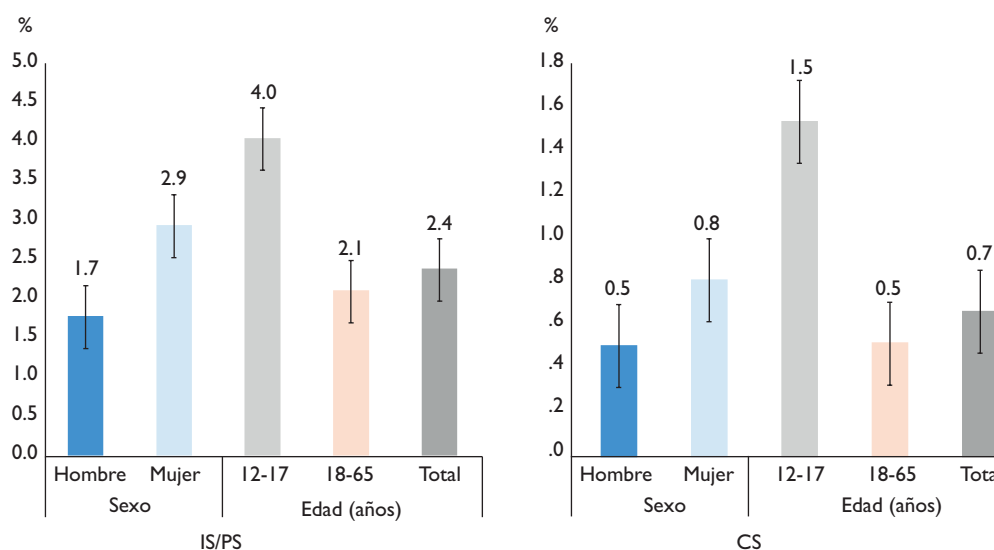
Tras el ajuste por covariables, la IS/PS se asoció con mayor razón de prevalencia en mujeres (RPa= 1.4), adolescentes (RPa= 1.6) y personas residentes de la región sur (RPa= 2.3). En cuanto a los factores de salud mental, la IS/PS mostró asociaciones significativas con el consumo de drogas (RPa= 2.2); el consumo excesivo de alcohol (RPa= 1.4); la experiencia de violencia (RPa=

2.9); el malestar psicológico de moderado a grave (RPa= 7.2) y la ausencia de tratamiento en salud mental en los últimos 12 meses (RPa= 2.1). Para las CS se observaron asociaciones con ser adolescente (RPa= 2.8), residir en la región sur (RPa= 3.7), el consumo de drogas (RPa= 3.5), el malestar psicológico (RPa= 9.8) y la falta de tratamiento en salud mental (RPa= 3.1). En contraste, variables como el sexo, el consumo excesivo de alcohol y la experiencia de violencia perdieron significancia estadística en el modelo de CS (cuadro II).

Discusión

La PS en México es un problema de salud pública complejo y multifactorial. Los conceptos clave y el abordaje integral contemplan una perspectiva poblacional centrada en la prevención, la influencia de los determinantes sociales, el entorno social y las características psicológicas, en consonancia con la evidencia internacional que señala la interacción de riesgos individuales, sociales y estructurales en la configuración del espectro suicida.^{12,23-25}

El malestar psicológico, expresado mediante síntomas depresivos y ansiosos, mostró la asociación más consistente con la IS/PS y las CS, en concordancia con estudios previos que documentan la relación entre trastornos afectivos y riesgo suicida.²⁶⁻²⁸ La elevada magnitud de esta asociación sugiere que las deficiencias en detección temprana y atención comunitaria continúan



IS/PS: ideación suicida/planeación suicida; CS: conductas suicidas

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2025¹⁷

FIGURA 1. PREVALENCIA DE IS/PS Y CS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN SEXO Y EDAD, EN POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS. MÉXICO, ENCODAT 2025

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SALUD MENTAL Y FACTORES DE RIESGO SEGÚN PROBLEMÁTICA SUICIDA EN POBLACIÓN MEXICANA DE 12 A 65 AÑOS. MÉXICO, ENCODAT 2025

	Sin ISIPS (N = 90 412.7)				Con ISIPS (N = 2 177.5)				Valor p	Sin CS (N = 91 985.4)				Con CS (N = 604.8)				Valor p
	N (Miles)	%	IC95%	N (Miles)	%	IC95%	N (Miles)	%		N (Miles)	%	IC95%	N (Miles)	%	IC95%	N (Miles)	%	
Sexo																		
Mujer	46 780.0	51.7	50.4,53.1	1 401.2	64.3	57.6,70.6			<0.001	47 797.8	52.0	50.7,53.3	383.4	63.4	50.1,74.9			0.086
Hombre	43 632.7	48.3	46.9,49.6	776.3	35.7	29.4,42.4				44 187.7	48.0	46.7,49.3	221.3	36.6	25.1,49.9			
Edad (años)																		
12-17	12 674.2	14.0	13.5,14.6	531.0	24.4	19.8,29.6			<0.001	13 005.3	14.1	13.6,14.7	199.9	33.1	23.5,44.3			<0.001
18-65	77 738.5	86.0	85.4,86.5	1 646.5	75.6	70.4,80.2				78 980.1	85.9	85.3,86.4	404.9	66.9	55.7,76.5			
Estado civil																		
Casado/unión libre	44 277.0	49.0	47.8,50.1	645.2	29.6	24.4,35.5			<0.001	44 770.9	48.7	47.6,49.8	151.3	25.0	15.0,38.7			<0.001
Soltero/separado/divorciado/viudo	46 135.7	51.0	49.9,52.2	1 532.2	70.4	64.5,75.6				47 214.5	51.3	50.2,52.4	453.4	75.0	61.3,85.0			
Escolaridad*																		
Nivel básico	44 129.2	49.6	47.8,51.3	1 055.7	49.7	42.9,56.5			0.973	44 856.9	49.5	47.8,51.3	328.0	54.7	41.1,67.7			0.458
Nivel medio y superior	44 893.3	50.4	48.7,52.2	1 069.1	50.3	43.5,57.1				45 690.7	50.5	48.7,52.2	271.6	45.3	32.3,58.9			
Actualmente estudia																		
Sí	17 397.2	19.2	18.4,20.1	572.9	26.3	21.3,32.1			0.004	17 829.3	19.4	18.5,20.3	140.8	23.3	15.5,33.4			0.369
Ocupación																		
Empleado	37 390.9	41.4	40.0,42.8	902.4	41.4	34.6,48.6				38 021.9	41.3	40.0,42.7	271.4	44.9	32.0,58.5			
Propietario de negocio	8 706.4	9.6	8.9,10.4	116.0	5.3	3.3,8.6				8 804.4	9.6	8.8,10.4	18.0	3.0	1.3,6.6			
Estudiante	14 095.9	15.6	14.8,16.4	550.6	25.3	20.3,31.1			<0.001	14 470.0	15.7	14.9,16.6	176.5	29.2	19.9,40.5			0.020
Hogar	16 968.3	18.8	17.9,19.7	351.1	16.1	11.8,21.7				17 233.2	18.7	17.9,19.6	86.2	14.3	5.9,30.6			
Otros	13 251.2	14.7	13.6,15.8	257.5	11.8	8.8,15.6				13 456.0	14.6	13.6,15.7	52.7	8.7	4.8,15.2			
Nivel de bienestar																		
Alto	27 829.7	30.8	28.9,32.7	679.1	31.2	25.4,37.6				28 294.0	30.8	28.9,32.7	214.8	35.5	23.9,49.1			
Medio	31 228.9	34.5	33.1,36.0	741.4	34.0	27.5,41.2			0.986	31 722.4	34.5	33.0,36.0	247.9	41.0	28.8,54.4			0.197
Bajo	31 354.1	34.7	32.4,37.0	757.1	34.8	28.0,42.2				31 969.0	34.8	32.5,37.1	142.1	23.5	14.6,35.7			

(continúa...)

(continuación)

Localidad de residencia

Rural	17 882.7	19.8	174,224	330.6	15.2	105,21.5	0.084	18 109.5	19.7	173,224	103.7	17.2	95,29.1	0.619
Urbana	72 530.0	80.2	776,826	1 846.9	84.8	785,89.5		73 876.0	80.3	776,827	501.0	82.8	709,90.5	
Región														
Península Norte	5 733.0	6.3	59,6.9	115.9	5.3	37.7.5		5 807.8	6.3	58,6.8	41.2	6.8	35,12.7	
Noroccidental	4 112.6	4.5	42,4.9	89.1	4.1	28.5.9		4 178.7	4.5	42,4.9	23.0	3.8	19,7.4	
Norcentral	6 649.9	7.4	69,7.9	164.0	7.5	52,10.8		6 754.6	7.3	68,7.9	59.3	9.8	54,17.2	
Nororiental	4 663.2	5.2	48,5.6	121.6	5.6	39.8.0		4 757.5	5.2	48,5.6	27.3	4.5	25,8.1	
Occidental	9 645.5	10.7	97,11.8	298.3	13.7	93,19.7	0.001	9 893.1	10.8	98,11.8	50.7	8.4	27,23.2	0.210
Ciudad de México	7 043.1	7.8	72,8.4	249.2	11.4	86,15.2		7 226.2	7.9	73,8.5	66.2	10.9	63,18.3	
Centro	28 692.7	31.7	291,34.4	571.4	26.2	193,34.6		29 088.3	31.6	290,34.3	175.7	29.1	168,45.4	
Centro sur	14 726.9	16.3	151,17.6	204.8	9.4	63,13.8		14 884.6	16.2	150,17.5	47.1	7.8	33,17.3	
Sur	9 145.8	10.1	89,11.5	363.1	16.7	119,22.8		9 394.7	10.2	90,11.6	114.2	18.9	110,30.4	
Consumo de cualquier droga														
Sí	2 980.6	3.3	29,3.7	356.6	16.4	125,21.2	<0.001	3 195.5	3.5	31,3.9	141.7	23.4	146,35.4	<0.001
Consumo excesivo de alcohol														
Sí	26 194.4	29.0	279,30.1	818.4	37.6	311,44.5	0.008	26 775.9	29.1	280,30.2	236.9	39.2	278,51.8	0.084
Cualquier tipo de violencia														
Sí	10 250.3	11.3	107,12.0	1 156.0	53.1	463,59.7	<0.001	11 109.0	12.1	114,12.8	297.3	49.2	375,60.9	<0.001
Malestar psicológico														
Moderado a grave	6 248.7	6.9	64,7.5	1 265.0	58.1	516,64.3	<0.001	7 114.7	7.7	72,8.3	399.0	66.0	531,76.8	<0.001
Tratamiento por salud mental														
No	85 028.0	94.0	934,94.6	1 532.1	70.4	629,76.9	<0.001	86 177.5	93.7	931,94.3	382.6	63.3	498,74.9	<0.001

* No todos los encuestados proporcionaron información

N: expandida.

IS/PS: ideación suicida/planeación suicida.

CS: conductas suicidas.

IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Comparaciones con estadístico F (X^2 de Pearson con corrección de segundo orden de Rao y Scott para el diseño de la encuesta).Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2025.¹⁷

Cuadro II
FACTORES ASOCIADOS A LA PROBLEMÁTICA SUICIDA EN POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS.
MÉXICO, ENCODAT 2025

Variables	Modelo 1 IS/PS			Modelo 2 CS		
	RPa	IC95%	Valor p	RPa	IC95%	Valor p
Sexo						
Hombre		Ref			Ref	
Mujer	1.4	1.0,1.8	0.035	1.3	0.7,2.3	0.451
Edad (años)						
18-65		Ref			Ref	
12-17	1.6	1.1,2.4	0.012	2.8	1.5,5.3	0.002
Estado civil						
Casado/unión libre		Ref			Ref	
Soltero/separado/divorciado/viudo	1.2	0.9,1.6	0.292	1.2	0.6,2.6	0.578
Nivel escolar						
Nivel básico		Ref			Ref	
Nivel medio y superior	0.9	0.7,1.1	0.210	0.7	0.4,1.2	0.240
Ocupación						
Otros		Ref			Ref	
Hogar	1.0	0.6,1.5	0.828	1.3	0.4,4.3	0.636
Propietario de negocio	0.8	0.4,1.3	0.323	0.7	0.3,1.8	0.480
Empleado	1.1	0.8,1.6	0.555	1.9	0.9,3.9	0.110
Estudiante	1.1	0.7,1.8	0.628	1.5	0.7,2.9	0.289
Nivel de bienestar						
Alto		Ref			Ref	
Medio	0.9	0.7,1.3	0.653	1.0	0.5,1.8	0.866
Bajo	0.9	0.7,1.2	0.641	0.5	0.3,1.0	0.056
Localidad de residencia						
Rural		Ref			Ref	
Urbana	1.4	0.9,2.0	0.106	1.0	0.5,2.0	0.978
Región						
Centro Sur		Ref			Ref	
Península Norte	1.0	0.6,1.5	0.854	1.5	0.5,4.7	0.439
Noroccidental	1.2	0.8,2.0	0.367	1.3	0.4,3.7	0.690
Norcentral	1.2	0.8,2.0	0.401	1.8	0.6,5.3	0.298
Nororiental	1.3	0.8,2.0	0.267	1.4	0.5,4.0	0.538
Occidental	1.5	0.9,2.4	0.122	1.1	0.2,4.4	0.945
Ciudad de México	1.3	0.8,1.9	0.335	1.3	0.5,3.8	0.582
Centro	1.0	0.6,1.6	0.891	1.5	0.5,4.4	0.444
Sur	2.3	1.4,3.5	<0.001	3.7	1.3,10.0	0.012
Consumo de drogas						
No		Ref			Ref	
Sí	2.2	1.6,3.0	<0.001	3.5	1.8,6.7	<0.001
Consumo excesivo de alcohol						
No			Ref			Ref
Sí	1.4	1.1,1.9	0.022	1.5	0.8,2.9	0.201

(continúa...)

(continuación)

Víctima de violencia

No			Ref		Ref	
Sí	2.9	2.1,3.9	<0.001	1.8	0.9,3.4	0.099

Malestar psicológico

No			Ref		Ref	
Sí	7.2	5.3,9.8	<0.001	9.8	5.0,19.2	<0.001

Tratamiento por salud mental

Sí			Ref		Ref	
No	2.1	1.5,2.9	<0.001	3.1	1.7,5.4	<0.001

* Modelos de regresión de Poisson ajustados por sexo, edad, estado civil, nivel escolar, ocupación, nivel de bienestar, localidad, región, consumo de drogas, consumo excesivo de alcohol, violencia, malestar psicológico y tratamiento en salud mental.

RPa: razón de prevalencia ajustada.

IS/PS: ideación suicida/planeación suicida.

CS: conductas suicidas.

IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Estimaciones mediante diseño complejo de la encuesta.

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) 2025.¹⁷

siendo un problema estructural relevante. Asimismo, el consumo de drogas se asoció con IS/PS y CS, como ha sido reportado en personas con aislamiento social u otras condiciones de vulnerabilidad.²³ Algunos estudios han identificado asociaciones específicas con opioides, cannabis y estimulantes,²⁹⁻³² lo que refuerza la necesidad de fortalecer la atención integral de personas con patología dual y mejorar el acceso a servicios de salud mental.

La exposición a violencia se asoció con IS/PS, pero no con CS, lo que sugiere un papel más relevante en etapas iniciales del espectro suicida. La transición hacia CS podría depender de factores como la disponibilidad de medios letales, la pertenencia social y la capacidad suicida adquirida.³³

El sureste del país mostró mayor riesgo de IS/PS y CS, en concordancia con las elevadas tasas de mortalidad por suicidio registradas en entidades como Yucatán.¹ Este patrón regional subraya la necesidad de intervenciones territoriales focalizadas, adaptadas a contextos caracterizados por marginación, violencia, inestabilidad económica y vulnerabilidad juvenil.^{34,35} La limitada disponibilidad y distribución desigual de servicios de salud mental podrían contribuir a estas diferencias regionales.³⁶

La IS/PS fue mayor en mujeres y no se observaron diferencias en CS, lo que contrasta con la mayor mortalidad por suicidio en hombres.¹ Estas diferencias podrían relacionarse con patrones distintos de búsqueda de ayuda, acceso a medios letales y expresión del malestar psicológico; en hombres, el menor uso de servicios, la presencia de síntomas externalizantes y las normas tradicionales de masculinidad podrían

favorecer el subregistro y una transición más letal de la IS/PS a las CS. Estos hallazgos respaldan la necesidad de estrategias preventivas y políticas públicas con perspectiva de género.

La edad se asoció con mayor riesgo de IS/PS y CS, en concordancia parcial con la Ensanut 2022, reportados por Valdez-Santiago y colaboradores,²⁵ quienes observaron mayor prevalencia de intento suicida en adolescentes que en adultos. Aunque la ideación puede presentarse en distintos grupos etarios, las diferencias tienden a ampliarse en etapas más avanzadas del espectro suicida.

Los hallazgos aportan evidencia para orientar políticas públicas territorializadas y estrategias preventivas dirigidas a grupos prioritarios. El predominio del malestar psicológico y la elevada proporción de personas sin atención profesional sugieren la necesidad de fortalecer el tamizaje temprano, la atención comunitaria y las intervenciones preventivas en adolescentes, personas con consumo de sustancias y población expuesta a violencia. Asimismo, la prevención del suicidio requiere estrategias multisectoriales que involucren salud, educación y desarrollo social, incluyendo programas escolares de regulación emocional y capacitación de personal no especializado, en concordancia con las recomendaciones del mhGAP³⁷ y Vivir la vida.³⁸

La representatividad nacional y regional de la Encodat 2025 y la potencia de los modelos constituyen fortalezas relevantes del estudio, ya que permiten actualizar la evidencia epidemiológica y estimar asociaciones entre componentes cognitivos y conductuales del espectro suicida. Asimismo, los resultados respaldan la

evaluación y fortalecimiento de estrategias implementadas en México, como el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, el Código 100, la Línea de la Vida y el programa Guardianes.⁵

No obstante, la elevada proporción de personas con IS/PS sin tratamiento en salud mental (70.4%) podría reflejar limitaciones en la disponibilidad y cobertura efectiva de los servicios, así como barreras relacionadas al estigma y búsqueda de ayuda.³⁹ El contacto con servicios de salud mental no garantiza atención adecuada cuando no existe capacitación suficiente para la detección y manejo del riesgo suicida, como señala el mhGAP.³⁷ Además, el estigma y la deseabilidad social pueden favorecer el subregistro, especialmente en hombres, lo que subraya la necesidad de instrumentos de tamizaje sensibles al género que incorporen síntomas externalizantes como irritabilidad y enojo explosivo.⁴⁰

Asimismo, la base de datos no incluye determinantes psicosociales relevantes como adversidad, duelo o comorbilidades psiquiátricas, lo que limita el abordaje integral del fenómeno. Además, el punto de corte del malestar psicológico podría subestimar el riesgo en personas con sintomatología leve a moderada ya presente en etapas iniciales del espectro suicida.

Finalmente, el diseño transversal limita establecer inferencias causales entre malestar psicológico, consumo de drogas y CS; futuros estudios longitudinales podrían contribuir a comprender las diferencias regionales y los factores que perpetúan la brecha de atención. Asimismo, para profundizar en la comprensión de esta brecha, se sugiere que análisis posteriores examinen la relación entre la problemática suicida, otros problemas de salud mental y las limitaciones en la disponibilidad y cobertura de los servicios de atención en salud mental.

Conclusiones

Este estudio actualiza la evidencia epidemiológica sobre la problemática suicida en México mediante datos poblacionales recientes de la Encodati 2025. La cuantificación de riesgos y el análisis diferenciado de componentes cognitivos (IS/PS) y conductuales (CS) permiten identificar puntos críticos para la prevención e intervención temprana.

Los hallazgos muestran que la problemática suicida está estrechamente relacionada con malestar psicológico, consumo de drogas, violencia y desigualdades sociales y territoriales, lo que refuerza la necesidad de estrategias integrales y multisectoriales que trasciendan el ámbito clínico. En este contexto, modelos como Vivir la vida, los protocolos mhGAP y programas escolares de regulación emocional podrían contribuir a reducir la

brecha de atención y fortalecer la prevención del suicidio en grupos prioritarios.

Agradecimientos

Al Dr. Ricardo Orozco Zavala, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, por su asesoría en el diseño e interpretación de los análisis estadísticos.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a Propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. México: Inegi, 2025 [citado abril 26, 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_Suicidio_25.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2026-2031: juntos por una región de las Américas más saludable para todas las personas. Washington, DC: OPS, 2025 [citado mayo 6, 2026]. Disponible en: <https://pbdigital.paho.org/es/sp-2026-2031/plan-estrategico-2026-2031>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (datos nacionales). México: Inegi, 2018 [citado abril 26, 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
4. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. México: DOF, 2026 [citado abril 26, 2026]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
5. Secretaría de Salud. Programa Nacional para la Prevención del Suicidio Pronaps. Cuadernillo básico para la prevención del suicidio. México: Secretaría de Salud, 2022 [citado abril 26, 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-nacional-para-la-prevencion-de-suicidio>
6. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos y metas de Desarrollo Sostenible. ONU [citado abril 26, 2026]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
7. Fonseca-Pedrero E, Al-Halabi S. Sobre la conducta suicida y las conductas adictivas. *Adicciones*. 2024;36(2):121-8. <https://doi.org/10.20882/adicciones.2074>
8. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OMS/OPS, 2014 [citado abril 26, 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/8a589fc5-854e-4fb7-a090-3e9d0568022b>
9. Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, Rodríguez-Caballero A, Prado-Solé E, Álvarez M. Suicidal behavior in Mexican adolescents: comparative analysis among geographic regions of the country. *Acta Pediatr Mex*. 2024;45(1):S47-S53. <https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2849>
10. Joiner T. Why people die by suicide. Harvard University Press, 2005 [citado mayo 7, 2026]. Disponible en: https://catalog.nlm.nih.gov/discovery/fulldisplay/alma9912636783406676/01NLM_INST:01NLM_INST
11. Pirkis J, Dandona R, Silverman M, Khan M, Hawton K. Preventing suicide: a public health approach to a global problem. *Lancet Public Health*. 2024;9(10):e787-95. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00149-X)
12. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-39. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
13. Lancet. Syndemics: health in context. *Lancet*. 2017;389(10072):881. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30640-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30640-2)

14. Gallagher K, Phillips G, Corcoran P, Platt S, McClelland H, O'Driscoll M, Griffin E. The social determinants of suicide: an umbrella review. *Epidemiol Rev.* 2025;47(1):1-30. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxaf004>
15. Iskander JK, Crosby AE. Implementing the national suicide prevention strategy: Time for action to flatten the curve. *Prev Med (Baltim).* 2021;152:106734. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106734>
16. Polihronis C, Cloutier P, Kaur J, Skinner R, Cappelli M. What's the harm in asking? A systematic review and meta-analysis on the risks of asking about suicide-related behaviors and self-harm with quality appraisal. *Arch Suicide Res.* 2022;26(2):325-47. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1793857>
17. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco Encodat 2025. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2025 [citado mayo 10, 2026]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1044513/ENCODAT_-_COMPLETO.pdf
18. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública. Metodología de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025. *Salud Publica Mex.* 2025;67(5):515-22. <https://doi.org/10.21149/17295>
19. Garbus P, González-Forteza C, Cano M, Jiménez A, Juárez-Loya A, Wagner FA. Suicidal behavior in Mexican adolescents: A test of a latent class model using two independent probability samples. *Prev Med (Baltim).* 2022;157:106984. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.106984>
20. González-Forteza C, Juárez-López CE, Jiménez A, Montejó-León L, Rodríguez-Santibón UR, Wagner FA. Suicide behavior and associated psychosocial factors among adolescents in Campeche, Mexico. *Prev Med (Baltim).* 2017;105:206-11. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.09.011>
21. Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2025. Cuestionario Individual. México: Secretaría de Salud, 2025 [citado mayo 10, 2026]. Disponible en: <https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/Encodat2025/descargas.php>
22. Vargas-Terrez BE, Villamil-Salcedo V, Rodríguez-Estrada C, Pérez-Romero J, Cortés-Sotres J. Validación de la escala Kessler 10 (K10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud Mental.* 2011;34(4):323-31 [citado abril 26, 2026]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005
23. González-Forteza C, Ramos-Lira L, Caballero-Gutiérrez MÁ, Wagner-Echeagarray FA. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema.* 2003;15(4):524-32 [citado abril 26, 2026]. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/1102.pdf>
24. Richardson R, Connell T, Foster M, Blamires J, Keshoor S, Moir C, Zeng IS. Risk and protective factors of self-harm and suicidality in adolescents: An umbrella review with meta-analysis. *J Youth Adolesc.* 2024;53(6):1301-22. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-01969-w>
25. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L, Benjet C, Vázquez-García A. Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *Salud Publica Mex.* 2023;65(supl 1):110-16. <https://doi.org/10.21149/14815>
26. Barr N. Violence and suicide risk behavior in a nationally representative sample of youth aged 12-17: What does it mean to be at-risk? *Death Stud.* 2025;49(3):271-9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2321163>
27. Benjet C, Wagner FA, Borges GG, Medina-Mora ME. The relationship of tobacco smoking with depressive symptomatology in the Third Mexican National Addictions Survey. *Psychol Med.* 2004;34(5):881-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001600>
28. Hansen ER, Kruckow S, Ewing SWF, Nordentoft M, Thomsen KR, Tolstrup JS. Adolescent substance use patterns and subsequent risk of mental and behavioural disorders, substance use, and suicidal behaviour: A cohort study. *Lancet Public Health.* 2025;10(7):e578-87. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00115-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00115-X)
29. Melhem NM, Porta G, Oquendo MA, Zelazny J, Keilp JG, Iyengar S, et al. Severity and variability of depression symptoms predicting suicide attempt in high-risk individuals. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(6):603-13. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4513>
30. Hung P, Busch SH, Shih YW, McGregor AJ, Wang S. Changes in community mental health services availability and suicide mortality in the US: A retrospective study. *BMC Psychiatry.* 2020;20:188. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02607-y>
31. Bermúdez-Navas E, San Segundo-Rivera D, Álvarez JC, Arredondo-Bances A, Durántez MJ. Suicidio en pacientes con trastorno por uso de sustancias. *Serie de casos. Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2024;44(146):67-80. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352024000200004>
32. Lynch FL, Peterson EL, Lu CY, Hu Y, Rossom RC, Waitzfelder BE, et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: A case control study. *Addict Sci Clin Pract.* 2020;15:14. <https://doi.org/10.1186/s13722-020-0181-1>
33. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry.* 2018;212(5):279-86. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
34. Tello-Briceño R del C, Frutos-Cortés M, López-Hernández S, Calderón-Gómez G. El fenómeno del suicidio en el sureste mexicano: una aproximación al caso de Ciudad del Carmen, Campeche. En: *Transformaciones sociales, económicas y ambientales en el sureste de México: un análisis de la problemática regional del estado de Campeche.* México: Universidad Autónoma del Carmen, 2012:72-83. <https://doi.org/10.13140/2.1.2609.8561>
35. Rodríguez-Balam E, Cervantes-Kantún D, Aguilar-Canto J, Martín-Moreno Ú. Aproximaciones al suicidio en Yucatán. Una mirada a la estadística descriptiva. *Península.* 2022;XVII(2):109-46. [citado abril 26, 2026]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/peni/v17n2/1870-5766-peni-17-02-109.pdf>
36. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2.º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. México: Secretaría de Salud, Servicios de Atención Psiquiátrica, 2022 [citado abril 26, 2026]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>
37. Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, DC: OPS, 2017 [citado mayo 4, 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/732dc5f7-fbc2-48eb-8022-1aebcf99daa>
38. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Vivir la Vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, DC: OPS, 2021. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>
39. Sheikhan NY, Henderson JL, Halsall T, Daley M, Brownell S, Shah J, et al. Stigma as a barrier to early intervention among youth seeking mental health services in Ontario, Canada: A qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:86. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09075-6>
40. Fondo de las Naciones Unidas para las Infancias. Measuring Mental Health Among Adolescents and Young People at the Population Level (MMAPP) Toolkit. Unicef, 2026 [citado mayo 4, 2026]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/mmapp/>