

Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993)

Martha Híjar M.*
Ramón Alberto Rascón P.*
Julia Blanco M.*
Ma. Victoria López L.*

Summary

Violence and its repercussions in the field of health is a topic that has been studied in social and health sciences, although there are some theoretical and methodical questions that have not been completely solved, that make it difficult to develop research in this area.

Only recently public health workers have been involved in the problems of death caused by intentional injuries such as homicides and suicides.

For its frequency in people with mental health problems, the professionals in this field are the ones who have worked in the study and prevention of this problem, but always since a clinical perspective.

Nevertheless, the global knowledge about suicide requires research from a general population perspective in order to identify the high risk groups. This paper analyzes from this point of view, the suicides occurring during 1973-1993, registered in the mortality data base, chapter E950-E959 of the Ministry of Health.

The studied variables were: age, sex, cause of death, state and year. Trends and relative risks (RR) were analyzed with a 95 % of confidence interval (CI) using the Regression Poisson Model.

The average number of suicides rose from 3 in 1979 to 6 in 1993. The trend is to increase, $\beta = .035$ (CI .032 - .038). The main causes of death by suicide were: hanging, firearms and explosives and poisoning by solid and liquid substances.

Differences can be seen depending on the sex. In males the Trend is to increase with $\beta .041$ (CI .038 - .045), Hanging was the main cause (49 %). The age group of 70 years and over present the higher relative risk, 9.46 (CI 8.86 - 10.1).

In women, the trend is slightly to increase but is not statistically significant. The main cause was Poisoning by Liquid and solid substances (35 %), and the higher risk group was 20 to 24 years old, RR 2.51 (CI 2.28 - 2.76).

The States of Tabasco, Campeche, Baja California Sur and Quintana Roo, present the Higher Risk to death by suicide.

It is necessary to point out that the study based on mortality data, is just part of a wider problem that goes from non-registered suicides to suicidal ideation, and suicidal equivalent that means all the non-fatal self inflicted injuries.

The differences observed among age, sex and geographical region, show that there are more social aspects involved rather than individual aspects that need to take into account in order to know the real problem of suicide. It is necessary too, to pay attention about the self-inflicted injuries problems and its research in the health area and to emphasize the need to

propose solution measures since the interdisciplinary point of view.

Resumen

La violencia y sus repercusiones en la salud son temas que a pesar de haber sido abordados desde las ciencias sociales y de salud, sigue planteando interrogantes insuficientemente resueltos y persisten limitaciones de orden teórico, metodológico y práctico que obstaculizan la investigación en este campo. En el caso concreto de la salud pública, no fue sino recientemente cuando los trabajadores en esta área se involucraron en el problema de las lesiones intencionales, ya sean homicidios o suicidios. Respecto al suicidio, y dado que éste se a visto que es más frecuente en las personas con problemas de salud mental, han sido los profesionales de este campo los que más se han abocado al manejo y prevención del problema a nivel individual y desde una perspectiva clínica. Sin embargo, la comprensión cabal del suicidio requiere, además, de investigaciones que lo aborden desde una perspectiva poblacional y permitan la identificación de grupos de alto riesgo. Desde este punto de vista se analizan los suicidios ocurridos durante el periodo 1979-1993, registrados con base en la mortalidad de la DGEE de la SS, en el capítulo E950-E959. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, causa, estado y año calendario. Se analizan las tendencias y la razón de riesgos con un nivel de confianza del 95 %, utilizando un modelo de regresión Poisson. El promedio diario de suicidios pasó de 3 defunciones en 1979 a 6 en 1993. La tendencia es ascendente con un coeficiente β de .035 (IC95 % .032 - .038). Los principales métodos empleados fueron ahorcamiento, uso de arma de fuego y explosivos, y envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas. Hay diferencias según el sexo. En el masculino, la tendencia es ascendente con $\beta .041$ (IC .038 - .045), predomina el ahorcamiento (49 %) y son los hombres de 70 y más años los que presentan el mayor riesgo relativo (RR) 9.46 (IC 8.86 - 10.1). En el femenino se observa una tendencia ascendente muy ligera que no es estadísticamente significativa, predomina el envenenamiento por sustancias sólidas y líquidas (35 %) y son las jóvenes de 20-24 años las que presentan el mayor RR, 2.51 (IC 2.28 - 2.76). En cuanto a la entidad federativa, los estados de Tabasco, Campeche, Baja California Sur y Quintana Roo, presentan los mayores riesgos relativos de suicidio.

Es necesario puntualizar que el estudio basado en los datos sobre suicidios, da cuenta sólo de una parte de un problema que abarca desde los suicidios subregistrados hasta el parasuicidio, la ideación suicida y los equivalentes suicidas. Las diferencias observadas en cuanto a edad, sexo y estado demuestran que, además del hecho hay aspectos de índole social que no deben olvidarse cuando se trata de estudiar el fenómeno del suicidio. Conviene, asimismo, llamar la aten-

* Profesor-Investigador del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México.

ción sobre el problema que representan las lesiones autoinfligidas y sus repercusiones en el campo de la salud, y enfatizar la necesidad de llevar a cabo investigaciones dirigidas a identificar soluciones, desde una perspectiva interdisciplinaria.

Introducción

La violencia y sus efectos en la salud no es un tema nuevo en las ciencias sociales y de salud. Sin embargo, la problemática al respecto sigue planteando interrogantes insuficientemente resueltos y todavía no se superan algunas cuestiones de orden teórico, metodológico y práctico que limitan el quehacer en este campo. El riesgo de sufrir algún tipo de violencia, ya sea que se ubique en el plano de la violencia interpersonal o no, se ha visto asociado con problemas sociales como la pobreza, el racismo, el sexismo, el desempleo, y la ausencia de oportunidades en el plano educativo. El trabajo para eliminar o reducir esta problemática traerá, a largo plazo, efectos en la disminución del suicidio, por lo que es de fundamental importancia que el abordaje para la solución del mismo se haga desde la perspectiva social. Sin embargo es necesario implementar acciones inmediatas para reducir los niveles, tanto de los daños traducidos en lesiones no fatales, como de las muertes producidas por causas violentas. Concretando: es necesario no perder de vista la importancia del contexto social en el estudio y la comprensión de este problema, pero también se requiere establecer medidas a corto plazo que permitan prevenir los efectos en los grupos de población de alto riesgo.

El impacto de los fallecimientos por lesiones intencionales, tanto las infligidas por otra persona (homicidios) como las autoinfligidas (suicidios), es un tema poco abordado en México, desde una perspectiva multidisciplinaria. En el caso concreto de los suicidios, algunos autores se han dado a la tarea de plantear y mantener actualizada la información y la discusión respecto a los daños que producen, desde una perspectiva cuantitativa (5,13).

Sólo últimamente, los trabajadores en el área de la salud pública se han involucrado en el estudio del problema de las lesiones intencionales. Como tradicionalmente se consideraba que el problema del suicidio era más frecuente entre las personas con problemas de salud mental, los especialistas en este campo son los que más han trabajado en el manejo y prevención de este tipo de problemas al diagnosticar a las personas con depresión, alcoholismo, esquizofrenia, etc. Esta aproximación clínica ha sido la más utilizada en la prevención de los intentos de suicidio y del suicidio. Lo anterior explica que buena parte de la investigación, y por lo tanto, de la bibliografía existente sobre el tema, se ubique en el plano de la clínica (7,17,20,39). Por otro lado, respecto a las causas que determinan este tipo de violencia, encontramos múltiples explicaciones: desde la socio-ideológica y la bio-social hasta la socio-psicológica, que plantea que el suicidio, más que respecto a la voluntad de los individuos, hay que analizarlo en el marco del desarrollo social.

Uno de los aspectos que debe considerarse en la discusión teórica de este problema es cómo diferen-

ciar entre lo que es un suicidio y un intento de suicidio. Para empezar, este último no tiene que ser reportado legalmente, mientras que el primero es obligatorio reportarlo. Lo anterior explica las cifras de intentos de suicidio reportadas por el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) en 1992, en las que en el suicidio consumado se da la cifra de 1 955 defunciones, y en los intentos de suicidio sólo 79 casos (16); de igual manera, la Secretaría de Salud informó de 2 022 suicidios consumados y 93 intentos de suicidios en el año 1993 (31), lo que difiere totalmente de las estimaciones en las que se dice que los intentos de suicidio se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados (40).

El registro de los fallecimientos provocados por suicidio depende, además, de la clasificación y determinación que tiene que hacerse de aquéllos desde el punto de vista médico-legal, lo cual se relaciona con variables como: la causa por la que se suicidó (causa externa), la existencia o no de una nota póstuma, los signos de violencia, el sitio, número, variedad y regularidad de la herida, para lo cual, muchas veces el registro está sujeto a presiones familiares y sociales (24,35). También hay que considerar que no siempre es posible obtener un certificado del médico legista, en especial en los casos en los que la persona fallece en el hospital, por lo que las posibilidades de observar o reconstruir las circunstancias en que se suicidó el sujeto son mínimas.

Pese a las limitaciones mencionadas resulta necesario llevar a cabo investigaciones que aborden el suicidio, considerándolo más que como un problema individual, como un auténtico problema de salud pública.

Bajo esta perspectiva, en el presente trabajo se hace un análisis de los fallecimientos registrados en México como suicidios, entre 1979 y 1993, poniendo énfasis en su distribución por sexo, edad y entidad federativa.

Material y métodos

La fuente de información fue la base de datos sobre mortalidad con que cuenta la Dirección General de Estadística y Evaluación de la Secretaría de Salud, para el periodo de 1979 a 1993. Los fallecimientos analizados fueron los registrados en el grupo de causas externas de traumatismos y envenenamientos, establecidos por la CIE 9a. Rev., en el capítulo de Suicidios y Lesiones Autoinfligidas, E950-E959 (23). Estos se analizaron con base en las siguientes causas:

- E950: Envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas.
- E951: Envenenamiento mediante gas de uso doméstico.
- E952: Envenenamiento mediante otros gases y vapores.
- E953: Suicidio por ahorcamiento, estrangulación y sofocación.
- E954: Suicidio por sumersión (ahogamiento).
- E955: Suicidio con arma de fuego y explosivos.
- E956: Suicidio con instrumentos cortantes y punzantes.

- E957: Suicidio por precipitación desde lugar elevado.
- E958: Suicidio por otros medios y los no especificados.
- E959: Por efectos tardíos de las lesiones autoinfligidas.

Las variables analizadas fueron: edad, agrupada por quinquenios; sexo; entidad federativa y año calendario. Se elaboraron tasas incluyendo todas las causas, y la principal causa específica en cada una de ellas. Los denominadores para la construcción de tasas se obtuvieron de los datos demográficos reportados por el Centro de Estudios sobre Población y Salud de la Secretaría de Salud.

En primer término se analizó la tendencia general de la mortalidad por suicidio, ajustando por sexo, edad y año calendario, utilizando como referencia el sexo femenino, el grupo de 10-19 años y el Distrito Federal. Posteriormente, se hizo un análisis de las tendencias de la mortalidad por suicidio, por sexo, tanto general como por causa específica, ajustando por año y edad, y utilizando como referencia para ambos sexos al grupo de 10-19 años, utilizando la razón de riesgos con un nivel de confianza del 95 % con base en un modelo de regresión Poisson (11). Para el análisis de las causas que ocuparon los tres primeros lugares, se analizó el cuarto dígito de la CIE.

Se hizo un análisis específico por entidad federativa, tanto general como por sexo, utilizando los grupos de referencia mencionados para la mortalidad general, con el fin de observar las variaciones por entidad federativa, y ajustando por edad y año calendario.

Resultados

Durante el periodo estudiado, se registró en el país un total de 23,669 suicidios, lo que representa un promedio anual de 1,578 y diario de 4.3 defunciones registradas como suicidios. Estos promedios diarios se han duplicado de 3 en 1979 a 6 en 1993.

En el modelo de regresión que incluye sexo, edad, año calendario y entidad federativa, la tendencia de la mortalidad general por suicidio presentó una tendencia ascendente con un coeficiente β de .035 (IC .032 – .038). Lo mismo ocurre con las tres primeras causas, que concentran el 89 % del total de suicidios y que son, en orden decreciente: ahorcamiento, con β .054 (IC .049 – .059); arma de fuego y explosivos con β .042 (IC .036 – .047), y envenenamiento por sustancias sólidas y líquidas con β .015 (IC .007 – .024). Los grupos de edad que presentaron mayor riesgo fueron los extremos: el de 70 años y más, con un RR de 7.07 (IC 6.66 – 7.51), y el de 20 a 24 años, con RR de 4.10 (IC 3.93 – 4.29); el resto de los grupos de edad presentó una distribución uniforme, con RR que va de 3.95 a 3.4, como se observa en la figura 1, donde se aprecian, además, las diferencias entre la distribución global y las correspondientes a los sexos femenino y masculino.

Al analizar con este mismo modelo los riesgos relativos por causa específica, se observa que tanto para el ahorcamiento como para el arma de fuego y explosivos, el mayor riesgo se observa en el grupo de 70 y

más años, con RR de 8.10 (IC 7.41 – 8.86), y 8.69 (IC 7.85 – 9.62), respectivamente, y en envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas, el grupo de edad que presenta el mayor riesgo relativo es el de 20-24 años, con RR de 3.20 (IC 2.88 – 3.57).

Sexo masculino

Al analizar por sexo se encontró que el sexo masculino presenta un riesgo relativo 5 veces mayor de suicidarse que el femenino, ajustado por edad y por entidad federativa, con un intervalo de confianza de 4.88 – 5.23.

La tendencia es ascendente con un coeficiente β de .041 (IC .038 – .045). El grupo de edad de 70 y más años fue el que presentó el mayor riesgo relativo RR 9.46 (IC 8.86 – 10.1), en relación con el grupo de refe-

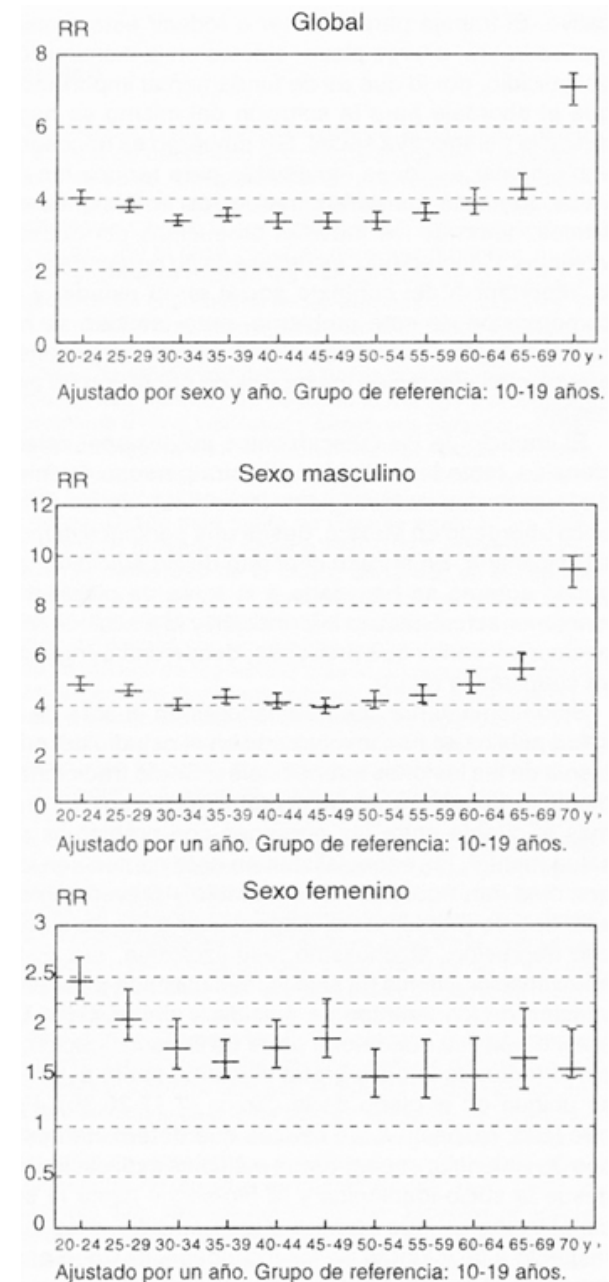


Figura 1. Riesgo relativo de morir por suicidio. Global y por sexo. República Mexicana. 1979-1993.

rencia, que fue el de 10-19 años de edad. Respecto a las causas, el patrón que presenta el sexo masculino es muy similar al general, en el que predomina el ahorcamiento (49 %), seguido por el uso de arma de fuego y explosivos (33 %) y envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas (9 %). Al analizar por separado cada una de estas tres causas (figura 2) se observa que el grupo de 70 y más años es el que presenta el mayor riesgo, con RR 9.08 (IC 8.3 – 9.9), RR 10.87 (IC 9.7 – 12.1) y RR de 5.8 (IC 4.4 – 7.7), respectivamente.

Al analizar por causa específica, ajustando por edad y entidad federativa, se observó que, independientemente de la causa analizada, nuevamente es el grupo de 70 y más años el que presenta el mayor riesgo rela-

tivo. También se observó que son los estados de Tabasco, con RR 4.26 (IC 3.99 – 4.54); Campeche, con RR de 2.35 (IC 2.09 – 2.64); Baja California Sur, con RR de 1.74 (IC 1.46 – 2.06) y Quintana Roo, con RR de 1.64 (IC 1.42 – 1.91) los que presentan los mayores riesgos relativos (figura 3). En relación con la causa específica se pudo observar que los estados con mayor riesgo relativo fueron Tabasco y Campeche en envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas (destaca Morelos en el tercer sitio) y ahorcamiento (Yucatán ocupó el tercer lugar); en uso de arma de fuego y explosivos, Baja California Sur fue el estado que presentó mayor riesgo relativo.

Sexo femenino

La tendencia a morir por suicidio tiende a ascender ligeramente en el sexo femenino con un coeficiente β de .006, pero no es significativa IC: -.001 a .013.

Respecto a las causas, el patrón que presenta el sexo femenino difiere del general, predominando el envenenamiento por sustancias sólidas y líquidas con un 35 % del total, seguido del ahorcamiento, y al final, el uso de arma de fuego y explosivos. Son las jóvenes de 20-24 años las que presentan el mayor riesgo, RR 2.51 (IC 2.28 – 2.76). Sólo en ahorcamiento es el grupo de 25-29 años el de mayor riesgo, RR 3.5 (IC 2.84 – 4.23) (figura 4).

Al analizar por entidad federativa, se encontró que los estados de Tabasco y Quintana Roo presentan los mayores riesgos relativos de suicidio en el sexo femenino (figura 3).

Respecto a la causa principal, que fue el envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas, destacan Tabasco y el estado de Morelos. Cabe recordar que este último también ocupa un lugar relevante en la misma causa en el sexo masculino. En arma de fuego y explosivos, fue el estado de Tamaulipas el que presentó el mayor riesgo relativo, RR 1.6 (IC 1.2 – 2.2).

Entidad federativa

Para el análisis por entidad federativa se utilizó como referencia al Distrito Federal y se observó que Tabasco es el que presenta el mayor RR, con 3.97 (IC 3.74-4.21), seguido de Campeche, con RR 2.14 (IC 1.9-2.4) y Quintana Roo, con RR 1.6 (IC 1.4-1.8). Los estados de Chihuahua, Baja California Sur, Sonora, Tamaulipas y Yucatán también presentaron riesgos relativos significativos de morir por suicidio en comparación con el Distrito Federal.

Al analizar la tendencia por estado se observó que la mayoría presentaba una tendencia al ascendente, con excepción del Estado de México, Morelos y Quintana Roo, que presentan una tendencia significativamente descendente. Jalisco presentó la tendencia ascendente más alta con un coeficiente β de .161 (IC .146-.176).

En el análisis por causa específica, Tabasco fue el que presentó el mayor riesgo relativo en envenenamiento por sustancias sólidas y líquidas, RR 6.5 (IC 6.01-7.04). Es importante señalar que en dicha entidad esta causa ocupa el primer sitio, y que la población que se ubica en las actividades económicas

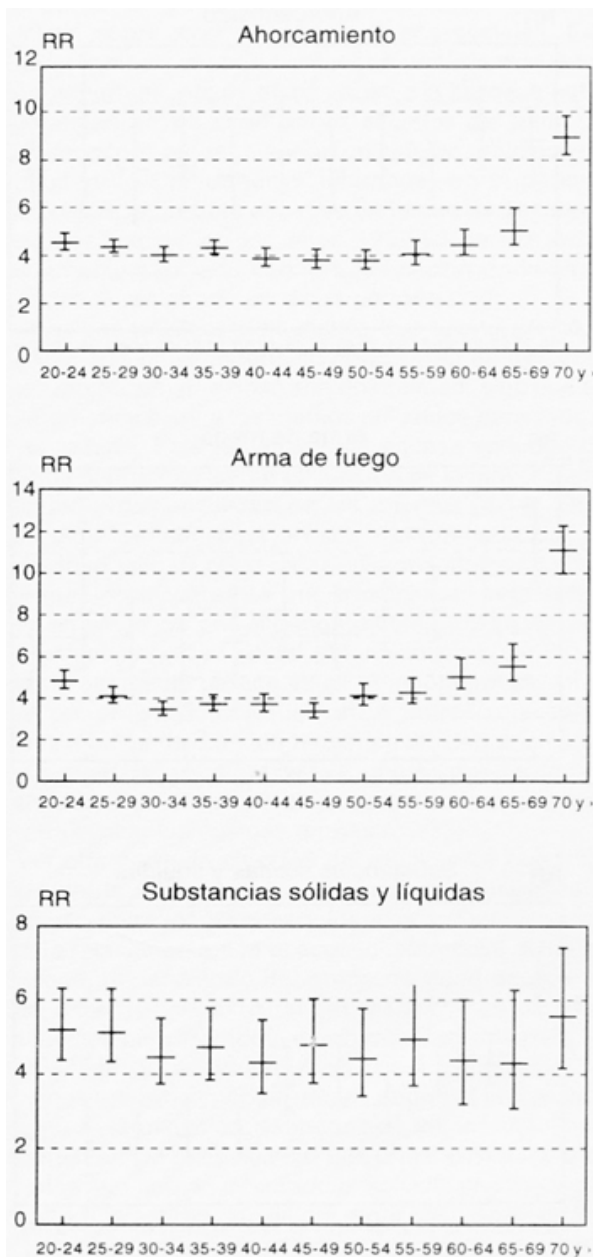


Figura 2. Riesgo relativo de morir por las tres principales causas de suicidio. Sexo masculino. República Mexicana 1979-1993. Grupo de referencia 10-19 años. Ajustado por año.

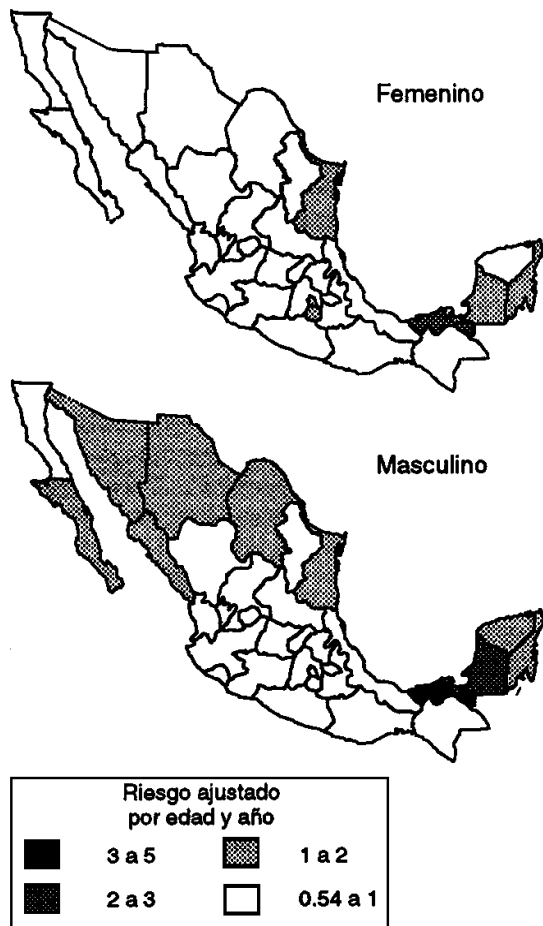


Figura 3. Riesgo relativo de morir por suicidio en México según el sexo. 1979-1993. La entidad de referencia es el D.F.

dedicadas a la agricultura y a la ganadería es la más afectada. También en ahorcamiento este estado presenta el mayor riesgo relativo, RR 10.1 (IC 8.5-12.0). En arma de fuego y explosivos, el estado de Baja California Sur es el que presenta el mayor riesgo, RR 1.94 (IC 1.52 – 2.49).

Discusión

El conocimiento acerca del fenómeno del suicidio es vago y limitado. En lo que a mortalidad se refiere, hay consenso general, a nivel mundial de que el número de suicidios está subregistrado. En los Estados Unidos de Norteamérica se estima que el subregistro oscila entre el 30 y el 50 % (25,26,27), pero no se ha llegado a un acuerdo acerca de las causas que provocan esta situación (21).

México no es la excepción, y pese a que el subregistro no se ha medido, el abordaje del problema ha tenido que hacerse por medio de la información sobre mortalidad, por lo que la mayoría de los trabajos sobre este tema (1,5,12,13) se han basado, fundamentalmente, en cuantificar los suicidios consumados, aun sabiendo que las cifras son incorrectas. Por lo tanto, uno de los primeros esfuerzos que habría que hacer en la

investigación tendría que dirigirse a intentar medir el subregistro, lo que permitiría avanzar en el conocimiento de la magnitud real de uno de los componentes del problema, que es la mortalidad.

Según lo reportado por otros autores (40), hay un alto porcentaje de intentos suicidas que no logran consumarse. Si a lo anterior agregamos que desde el punto de vista de la medicina legal hay una categoría denominada "equivalente suicida", que se refiere a todas aquellas acciones que implican agresividad dirigida contra sí mismo, y en la que se encuentran desde las personas que gozan con someterse a intervenciones quirúrgicas o que se automedican, hasta las que tie-

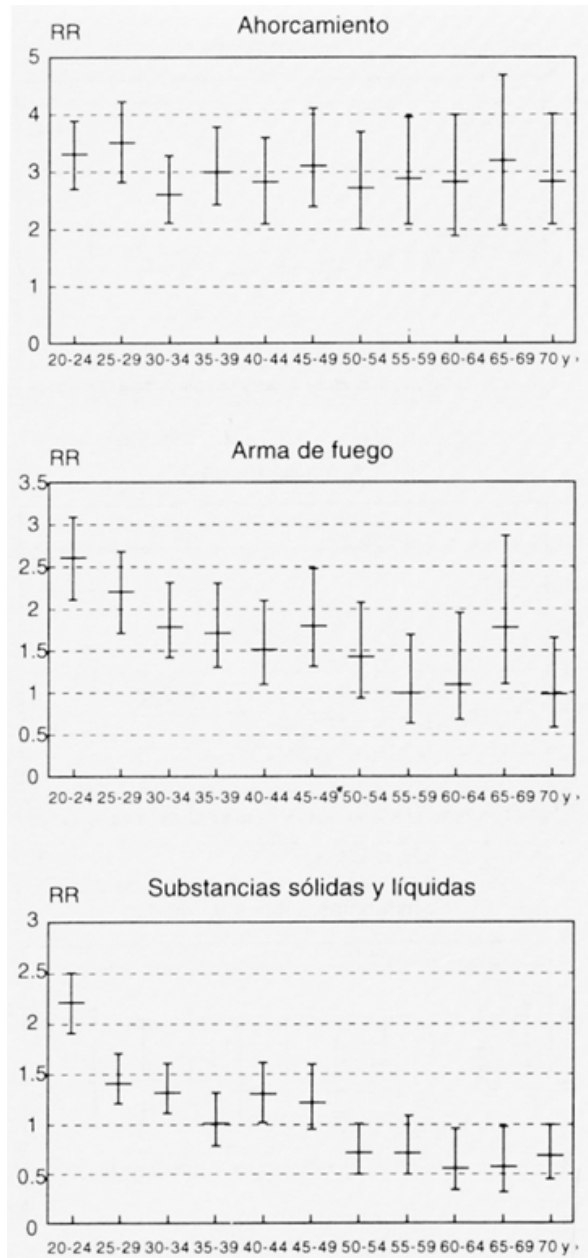


Figura 4. Riesgo relativo de morir por las tres principales causas de suicidio. Sexo femenino. República Mexicana 1979-1993. Grupo de referencia 10-19 años. Ajustado por año.

nen repetidos antecedentes de accidentes (32), resulta que el conocimiento real del fenómeno del suicidio es todavía más exiguo.

Si bien la tasa de suicidio en México es relativamente baja en comparación con otros países del área panamericana, los resultados muestran una tendencia ascendente en el periodo analizado; dicha tendencia coincide con lo que, en general, se presenta a nivel mundial, pues pocos países, entre ellos Inglaterra y Japón muestran una tendencia descendente (10).

En relación con la tendencia observada en el estudio, cabe mencionar, no obstante, que no se observaron grandes diferencias de uno a otro año; sin embargo, es importante tener en cuenta que se trata de un periodo caracterizado por una crisis económico social, que es de esperar que haya afectado diferencialmente a la población, y haya significado un mayor riesgo de suicidio, sobre todo en ciertos grupos sociales. Ello sugiere la necesidad de contar con análisis más finos del comportamiento de dicha causa a la luz de la heterogeneidad en las condiciones sociales del país. En relación con lo anterior, según un estudio realizado en la ciudad de Chihuahua (Chihuahua) en el periodo 1981-1988, el abrupto ascenso de las tasas de mortalidad por suicidio en los años 1982-83 parece estar fuertemente asociado con la agudización de la crisis económica registrada en dicho periodo (29).

Corviene analizar el hecho de que casi el 90 % de los suicidios consumados se concentran en tres causas específicas, que no lo son en realidad, sino que se refieren, más bien, a los medios utilizados para producir la muerte. Esta relativamente escasa variedad de medios podría explicarse en función de la mayor accesibilidad y disponibilidad de los mismos (4,14). Esta selección también podría estar determinada por su capacidad letal, o bien, estar influenciada por ciertos patrones socioculturales que condicionan esta selección en virtud de que algunos medios gozan de una mayor aceptabilidad social (34). Asimismo, en la selección del medio parece influir el fenómeno de imitación, pues hay estudios que han encontrado que cuando los medios de difusión hacen publicidad acerca de algún caso de suicidio y de la forma en que se llevó a cabo, aumentan los suicidios y, para consumarlos se suelen utilizar las mismas formas (30,33).

Por otra parte, la elección del medio está condicionada por la edad, pues se observaron diferencias al respecto entre los jóvenes y los viejos. También esto podría relacionarse con el acceso diferencial al medio utilizado, dependiendo del grupo de edad de que se trate, o bien, pudiera ocurrir que los ancianos eligieran los medios considerados, como más seguros para lograr el "éxito", mientras que los jóvenes utilizarían, en términos relativos, medios menos seguros, quizás porque su determinación de morir sea menos definitiva. En este sentido cabe señalar que una investigación en jóvenes que habían intentado el suicidio encontró que sólo 16.6 % estaba decidido a morir (36); naturalmente, lo anterior no se puede extrapolar automáticamente a los suicidios consumados, que podrían tener otras características.

El análisis acerca de los medios utilizados por los suicidas resulta de capital importancia, pues éstos de-

terminan, en gran medida, que el suicidio se consuma o se frustré; por ello, controlar el acceso a los medios se ha postulado como una de las posibles formas de prevenir el suicidio (6,22,41). Sin embargo, lo anterior se dificulta por las limitaciones de que adolece la información disponible; por ejemplo, en los fallecimientos provocados por envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas (E950), resulta que al analizar el cuarto dígito, los productos más utilizados, quedan agrupados en la causa E950.6, correspondiente a los "preparados químicos y farmacéuticos para uso de la agricultura y la horticultura, distintos de los fertilizantes y de los alimentos para plantas", que incluye desde los compuestos órgano-fosforados, los carbamatos, los herbicidas hasta los raticidas, fungicidas y fumigantes. Esta falta de concreción en la clasificación obstaculiza la identificación real de las sustancias más utilizadas y, por lo tanto, la elaboración de propuestas dirigidas a limitar el acceso a las mismas. Lo anterior no ocurre cuando se codifican los fallecimientos accidentales debidos a envenenamientos, en donde sí es posible identificar la sustancia utilizada, ya que hay un dígito para cada una de las sustancias mencionadas anteriormente.

En el riesgo de morir por suicidio, el sexo masculino, con respecto a las mujeres, presenta un comportamiento prácticamente universal donde, para el caso concreto de las Américas, la razón hombre-mujer varía entre 3.4 y 9.2, con una mediana de 4.1 (10).

Sobre el hecho de que los hombres presenten de manera sistemática riesgos mayores de suicidarse que las mujeres, hay que aclarar que esto se refiere al suicidio consumado; en lo referente a otros aspectos de la conducta suicida, como son la ideación suicida y el intento de suicidio, diversos estudios informan que su frecuencia es más elevada en las mujeres (1,8,9), lo cual se explica en función de que éstas utilizan métodos menos letales para suicidarse. Al respecto, se ha discutido el hecho de si hay diferencias sustanciales entre los intentos de suicidio y el suicidio consumado (3), es decir, si hay un perfil del que "intenta suicidarse", cuyo deseo de morir no sea tan firme como el del que logra suicidarse, lo que condicionaría la elección de medios menos efectivos; o si, por el contrario, el intento no es sino un suicidio frustrado, en el que, precisamente, es el medio utilizado el que determina el "éxito" (2). Por otra parte, el hecho de que las mujeres utilicen con más frecuencia medios menos "seguros" que los hombres, nos remite a cuestiones de género que determinan lo que es socialmente aceptable en los hombres y en las mujeres, y el acceso que tienen a ciertos medios (28,34).

El hecho de que entre los hombres se suiciden con mayor frecuencia los ancianos, se ha explicado en función de la mayor frecuencia de trastornos depresivos que padece este grupo de edad, ya que la depresión está estrechamente asociada con la conducta suicida; la depresión en los ancianos, se ha relacionado con la involución física inherente al proceso de envejecimiento y también con los patrones socioculturales que conducen al anciano a la soledad, al empobrecimiento, al aislamiento social y a la pérdida de la autoestima por coincidir este periodo con el abandono de las actividades consideradas socialmente productivas (18,19,38).

El fenómeno del suicidio en los ancianos amerita nuestra atención, sobre todo si tenemos en cuenta que en nuestro país la población mayor de 65 años tiende a incrementarse. Sin embargo, lo anterior no se presenta en el sexo femenino, en el que encontramos que son las mujeres jóvenes las que tienen mayor riesgo de suicidarse por los problemas desencadenantes que se ubican en el plano amoroso y familiar.

Las diferencias mencionadas entre el sexo masculino y el femenino, sugieren la necesidad de reflexionar acerca del contexto social en el que se presenta el suicidio dependiendo de la edad y el sexo, y dar prioridad a los grupos blanco sobre los cuales debe dirigirse la investigación y el control, totalmente diferenciados, que en el caso de los hombres, serían los ancianos, y en el de las mujeres, las jóvenes de menos de 30 años.

Respecto a las diferencias que se observan entre los diferentes estados de la República, resalta el hecho de que la zona sureste, en general, pero sobre todo el estado de Tabasco, ya reportado por otros autores (5,12,15), presente riesgos relativos considerablemente más elevados que el resto de los estados. Lo anterior no podría explicarse en función de un mejor registro de los fallecimientos por suicidio,* sino a la existencia de factores locales que pueden estar influyendo en este fenómeno, por ejemplo, el marcado proceso de modernización que ha experimentado el estado y que ha sido objeto de un análisis especial, por parte de los investigadores, sobre las repercusiones que éste ha tenido en el campo de la salud (37). En el caso concreto de Tabasco sería conveniente profundizar en el conocimiento de los otros componentes del suicidio y en el análisis de las verdaderas causas que

están influyendo en el riesgo de suicidarse.

Las variaciones entre los estados ponen de manifiesto la necesidad de analizar las lesiones intencionales a la luz de dichas variaciones, pues ello facilitará la comprensión del problema en el amplio mosaico que es nuestro país. Es importante mencionar que las diferencias en la magnitud del suicidio se observan también cuando los análisis se extienden al plano internacional. Así, podemos ver que hay países como Hungría, Sri Lanka y Finlandia en los que, pese a su diferente desarrollo económico, cultura y latitud presentan cifras elevadas de suicidio, y otros que con similares características presentan cifras bajas de suicidio (10); ello demuestra que éste es un problema complejo cuya génesis debe hallarse en múltiples factores acerca de los cuales persiste todavía un gran desconocimiento.

Finalmente, la intención de este trabajo no es presentar un análisis exhaustivo de la mortalidad por suicidio, sino llamar la atención sobre el hecho de que el área de la salud no puede seguir postergando su participación en el conocimiento real del problema que representa la violencia y sus repercusiones en este campo, así como en el planteamiento de medidas de solución. También deben insistir en la necesidad de que el abordaje del mismo debe hacerse bajo una perspectiva multi e interdisciplinaria (legisladores, sociólogos, trabajadoras sociales, antropólogos, abogados, economistas, etc.) en la que no puede ni debe quedar fuera el personal que labora en los servicios de salud, los investigadores, los académicos, los médicos legistas ni los sanitaristas. Por tanto, el estudio de las repercusiones de la violencia sobre la salud debe verse como una problemática de patología social, y que pese a la complejidad de la situación, es urgente asumir actitudes reflexivas y propositivas al respecto que rescaten, en el análisis, la participación de factores más amplios y no sólo los del daño físico o psíquico.

* Comunicación personal del doctor Miguel Angel Lezana Fernández, Director de Estadística de la SS.

REFERENCIAS

1. ALBERDI JC: El suicidio en la República Mexicana en los años 1955-1984. Un estudio ecológico de tendencias. Tesis, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1989.
2. ANDRUS JK, FLEMUNG DW, HEUMANN MA, WASSEL JT, HOPKINS DD, GORDON J: Surveillance of attempted suicide among adolescent in Oregon, 1988. *American Journal of Public Health*, 81(8):1067-1069, 1991.
3. APONTE MG: Suicidio vs intento de suicidio. *Rev Med Caja Seguro Social*, 19(2):193-6, 1987.
4. BERGER LR: Suicides and pesticides in Sri Lanka. *American Journal of Public Health*, 78(7):826-827, 1988.
5. BORGES G, ROSOVSKY H, CABALLERO MA, GOMEZ: Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994.
6. BOYD JH, MOSCICKI EK: Firearms and youth suicide. *Am J Public Health*, 75(10):1240-42, 1986.
7. DE LAS HERAS FJ, ABRIL A, GAONA JM, CIVEIRA JM: La intervención o prevención secundaria del suicidio. *Salud Mental*, 12(3):6-13, 1989.
8. DIEKSTRA RFW: Suicide and suicide attempts in the European Economic Community: an analysis of trends with special emphasis on trends among the youth. *Suicide and life threatening behavior*, 15:402-21, 1985.
9. DIEKSTRA RFW y cols: *High School Student Research 1990: Behavior and Health of High School Students*. State University of Leiden, Leiden, 1991.
10. DIEKSTRA RFW, GULBINAT W: The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Rapp Trimest Statist Sanit Mond.*, 46:52-68, 1993.
11. FROME EL: The analysis of rates using poisson regression models. *Biometrics*, 39:665-674, 1983.
12. GARCIA ME, TAPIA A: Epidemiología del suicidio en el Estado de Tabasco en el periodo 1979-1988. *Salud Mental*, 13(4):29-34, 1990.
13. GOMEZ C, BORGES G: Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*, 19(1):45-55, 1996.
14. HEMAN A: Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. *Salud Pública de México*, 26(1):39-49, 1984.
15. HERNANDEZ HH: *Las Muertes Violentas en México*. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Asociación Mexicana de Población, A.C. México, 1989.
16. INEGI: Boletín de la estadística de intentos de suicidio y suicidios. Serie Boletín de Estadísticas Continuas Demográficas y Sociales. 1(1), julio, 1994.
17. JOHNSON C, SMITH J, CROWE C, DONOVAN M: Suicide among forensic psychiatric patients. *Med Sci Law*, 33(2):137-43, 1993.
18. KERKHOF AJ, VISSER AP, DIEKSTRA RF, HIRSCHHORN PM: The prevention of suicide among older people in The

- Netherlands: interventions in community mental health care. *Crisis*, 12(2):59-72, 1991.
19. MARIATEGUI J: Desórdenes afectivos en la senescencia y en la senectud. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 28:271-280, 1982.
 20. MONTGOMERY SA, MONTGOMERY DB, GREEN M, BULLOCK T, BALDWIN D: Pharmacotherapy in the prevention of suicidal behavior (see comments). *J Clin Psychopharmacol*, 12 (2 Suppl):27S-31S, 1992.
 21. NATIONAL COMMITTEE FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL: *Injury Prevention Meeting the Challenge*: 252-260, 1989.
 22. NORTON R, LANGLEY J: Firearm related deaths in New Zealand 1978-87. *N-Z Med J*, 106(967):463-65, 1993.
 23. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Novena revisión, 1975.
 24. ROJAS N: *Medicina Legal*. Editorial el Ateneo, Argentina, 1987.
 25. ROSENBERG ML, DAVISON LE, SMITH JC y cols: Operational criteria for the determination of suicide. *J Forensic Sci*, 33:1445-56, 1988.
 26. ROSENBERG ML, GELLES RJ, HOLINGER PC y cols: Violence: homicide, assault and suicide. En: Amler RW, Dull R, (eds.) *Closing the Gap*. *Am J Prev Med*, 4(suppl):164-78, 1987.
 27. ROSENBERG ML, SMITH JC, DAVISON LE, CONN JM: The emergence of youth suicide: an epidemiological analysis and public health perspective. *Annu Rev Public Health*, 8:417-40, 1987.
 28. SALTIJERAL MT, TERROBA G: Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Mental*, 29(4):345-360, 1987.
 29. SANIN LH y cols: Epidemiología del suicidio en la Cd. de Chihuahua, Chich. 1981-1988. *Salud Fronteriza*, No. Especial: 17-28, 1990.
 30. SCHMIDTKE A, HAFNER H: The werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological medicine*, 18:665-676, 1988.
 31. SECRETARIA DE SALUD, SUBSECRETARIA DE PLANEACION, DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA: Mortalidad por suicidios y lesiones autoinfligidas en el Distrito Federal, comparada con el nivel nacional, 1993.
 32. SOLORZANO R: *Medicina Legal, Criminalística y Toxicología para Abogados*. Editorial Temis. Colombia. 369-376, 1990.
 33. SONNECK G, ETZERSDORFER E, NAGEL-KUOSS S: Imitative suicide on the viennese subway. *Soc Sci Med*, 38(3):453-457, 1994.
 34. TAYLOR CM, WICKS WJ: The choice of weapons: a study of methods of suicide by sex, race and region. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 10:142-149, 1980.
 35. TELLO FJ: Medicina Forense. En: *Colección Textos Jurídicos Universitarios*. Editorial Harla. México, 1991.
 36. TERROBA G, HEMAN A, SALTIJERAL MT, MARTINEZ P: El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública de México*, 28(1):48-55, 1986.
 37. TUDELA F: *La Modernización Forzada del Trópico: El Caso de Tabasco*. COLEMEX, CINVESTAV, IFIAS, UNIRSID. México, 1992.
 38. VALDS MA: La depresión en la tercera edad. *Rev Hosp Psiquiatr*. La Habana, 29(2):173-83, 1988.
 39. VILLALOBOS V, DE BELLARD ME, BONILLA E: Receptores a neurotransmisores y suicidio. *Revisión Invest Clin*, 31(4):209-25, 1990.
 40. WEISSMAN MM: The epidemiology of suicide attempts, 1960-61. *Arch Gen Psychiatry*, 30:737-746, 1974.
 41. ZIMRING FE: Policy research on firearms and violence. *Health Aff Millwood*, 12(4):109-22, 1993.