

Población y salud mental en México. Reflexiones y un ejercicio de aproximación mediante las variaciones de la mortalidad por suicidio*

Carolina Martínez Salgado**

En este documento se presenta un conjunto de reflexiones sobre la importancia de atender a los múltiples y complejos vínculos que se tejen entre la dinámica poblacional y los problemas de salud mental. Acompaña a estas reflexiones un ejercicio exploratorio de las variaciones de la mortalidad por suicidio en México de 1990 a 2008, como una modalidad de defunción que ha sido vinculada con cierto tipo de trastornos mentales. El ejercicio, precedido por una revisión de algunos de los principales aportes de las investigaciones en torno a la mortalidad por suicidio realizadas en México en las últimas décadas, se plantea como un primer paso para orientar la formulación de hipótesis en estudios sucesivos sobre los posibles vínculos entre la evolución de los niveles de suicidio y algunos indicadores de los procesos poblacionales. En él se revisa la evolución, durante el periodo considerado, de la distribución proporcional y algunas tasas para las principales características demográficas de los fallecidos por esta causa, la lesión que ocasionó el deceso, el acceso a la atención médica, y las variaciones geográficas de la mortalidad por suicidio analizada desde tres ángulos: su participación proporcional dentro del subconjunto de las muertes violentas, la razón de masculinidad, y las tasas de mortalidad observadas en cada entidad federativa. Con base en esta última información se propone, mediante un análisis de cúmulos, una clasificación preliminar de las entidades en tres grandes conjuntos. El trabajo apunta a varias de las interrogantes que se abren para ser abordadas en aproximaciones ulteriores, y concluye con el señalamiento de los fuertes desafíos implicados en la indagación de estas interrelaciones.

Palabras clave: salud mental, estudios de población, mortalidad por suicidio, México.

Fecha de recepción: 5 de agosto de 2009.

Fecha de aceptación: 13 de abril de 2010.

* Una versión preliminar de este texto fue presentada en la IX Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Mérida, Yucatán, del 8 al 11 de octubre de 2008.

** Departamento de Atención a la Salud, UAM-X. Correo electrónico: cmartine@correo.xoc.uam.mx.

Population and Mental Health in Mexico. Reflections and an Exercise in Approaches to the Variations of Mortality due to Suicide

This document presents a set of reflections on the importance of dealing with the many complex links between population dynamics and mental health problems. These reflections are accompanied by an exploratory exercise regarding the variations in mortality due to suicide in Mexico from 1990 and 2008 as a form of death that has been linked to a certain type of mental disorders. The exercise, preceded by a review of some of the main contributions of the research regarding mortality due to suicide undertaken in Mexico in recent decades, is initially intended to guide the formulation of hypotheses in successive studies on the possible links between the evolution of suicide levels and certain indicators of population processes. It reviews the evolution, during the period considered, of the proportional distribution and certain rates for the main demographic characteristics of those that have died from this cause, the injury that caused death, access to medical care and the geographical variations of mortality due to suicide analyzed from three angles: its proportional share of the sub-set of violent deaths, the ratio of masculinity and the mortality rates observed in each state. On the basis of the most recent information, a preliminary classification of the states into three main sets is proposed. The study points to several of the questions that should be dealt with in subsequent approaches and ends with an indication of the challenges involved in the exploration of these inter-relationships.

Key words: mental health, population studies, mortality due to suicide, Mexico.

Introducción

De los diversos ángulos de la problemática de salud a considerar en los estudios de población, el de la salud mental no puede ser descuidado. A juzgar por las observaciones realizadas desde uno y otro campo, la salud mental y los fenómenos poblacionales guardan entre sí intrincadas relaciones (Híjar *et al.*, 1996; Medina-Mora *et al.*, 2001; Jiménez y González-Forteza, 2003; Masseroni y Sauane, 2004; Palloni, 2006; Marín *et al.*, 2007; Boardman *et al.*, 2008; Harris, 2010). En este trabajo, en primer lugar, subrayo la importancia de atender a ellas, pese a las múltiples dificultades que su estudio impone; y en segundo, exploro de manera preliminar algunas posibilidades de aproximación que ofrece el examen de las variaciones de la mortalidad por suicidio.

Comienzo con una reflexión sobre las complejidades que plantea el abordaje de los vínculos entre los procesos poblacionales y la salud mental. A continuación reviso algunos elementos relevantes para esta

discusión, recabados en varios de los trabajos sobre mortalidad por suicidio realizados en México. Luego exploro las variaciones de la mortalidad por suicidio, con un rápido reconocimiento de los principales cambios registrados en el país, de principios del siglo pasado a principios del actual, y una más detenida revisión de sus principales variaciones sociodemográficas y geográficas de 1990 a 2008. Finalmente comento los rasgos sobresalientes del panorama que emerge de esta indagación, y menciono las líneas de búsqueda hacia las que apunta este ejercicio, simultáneamente reflexivo y exploratorio.

Salud mental y dinámica poblacional: una intrincada relación

Los diversos procesos que forman parte de la dinámica demográfica y la salud mental de la población se entrelazan en formas complejas y abigarradas. Uno de los aspectos que ha llamado la atención en la época reciente es el de la migración, con sus posibles repercusiones sobre la salud mental de quienes la protagonizan (Bhugra y Minas, 2007; McGuire y Martin, 2007). Pero en el ámbito de la reproducción ocurren también múltiples experiencias con efectos potenciales sobre la salud mental: el embarazo temprano, el aborto espontáneo o provocado, la infertilidad, las implicaciones y riesgos de la maternidad (desde la depresión postparto y la psicosis puerperal hasta la mortalidad materna, con sus consecuencias para la salud mental de los huérfanos), la paternidad con todos sus significados, y los distintos tipos de expresiones del comportamiento sexual, con su cauda de consecuencias (Amuchástegui y Rivas, 2002; Lerner y Szasz, 2008). El tipo de padecimientos y lesiones que conforma hoy día la estructura de la así llamada mortalidad por causas, impone igualmente serios desafíos para la salud mental tanto de los enfermos como de sus allegados, por la carga de tensión y sufrimiento que acompaña a la patología crónica, algunas veces de alta letalidad, y el significado traumático que conllevan los fallecimientos ocurridos en forma violenta. Por su parte, los trastornos mentales acarrear serias complicaciones para la vida de los integrantes de las familias (Garley *et al.*, 1997; Brabant y Martof, 1993). Problemas tan serios y preocupantes como la violencia familiar pueden entenderse, simultáneamente, como consecuencia y causa de determinadas perturbaciones psíquicas (Loredo-Abdalá, 2002; Crempien, 2007; Lerner y Szasz, 2008). El análisis de la violencia social con sus diversas manifestaciones, desde la pobreza misma hasta las precarias condicio-

nes de inserción laboral que caracterizan el mercado de trabajo en nuestros días, requiere la confluencia de las miradas de los estudiosos de la población y de la salud mental (Patel y Kleinman, 2003; Martínez, 2009 y 2009a). Al aproximarse a las complejas relaciones que existen entre los eventos poblacionales y la salud mental, se revela como un tema de especial relevancia la influencia de los distintos tipos de organización y funcionamiento de las familias sobre la estructuración psíquica de las personas (Martínez *et al.*, 1985; González-Forteza y Andrade, 1995; Cottle, 2000; Rohner y Britner, 2002; Páramo y Chávez, 2007; Martínez, 2008).

Sin embargo, el análisis de estas interrelaciones enfrenta numerosos obstáculos. Por el lado de los estudios de población están las dificultades conceptuales y prácticas que impone el seguimiento de los procesos de los que se ocupan, siempre en movimiento y con profundos significados subjetivos, insoslayables cuando se trata de la investigación sobre el comportamiento humano. En cuanto a la indagación sobre los problemas de salud mental, no es fácil delimitar con precisión al conjunto de los fenómenos que esa heterogénea categoría abarca: desde algunos padecimientos de índole predominantemente neurológica (como la epilepsia) hasta otros de compleja etiología (las adicciones, por ejemplo), algunos con importantes perturbaciones del comportamiento (los trastornos psicóticos) y otros que quizá pudieran considerarse simplemente como reacciones inherentes a la sensibilidad humana ante ciertas vivencias que se experimentan como emocionalmente traumáticas (como algunos de los llamados trastornos depresivos y de ansiedad) (APA, 2000; OMS, 2001; DHHS, 1999). La identificación de las constelaciones causales que podrían dar cuenta de la presencia y distribución de los trastornos mentales es otro de los temas que suscita grandes controversias (Ionescu, 1994; Kessler, 2000; Álvarez, 2008).

Desde una perspectiva teórica, el desafío involucra la elaboración de modelos interpretativos que nos permitan postular el papel que en la salud mental juegan, junto con las predisposiciones constitucionales mediadas por la genética, las particularidades de crianza de los niños, las condiciones de vida de los distintos segmentos de la población y las circunstancias (más o menos traumáticas) a las que sus integrantes se ven expuestos a lo largo de su ciclo vital; todo ello en conjunción con las encontradas corrientes constituidas por la dinámica de los procesos poblacionales. A la vez, el reto es también conocer cómo influye la salud mental sobre las posibilidades de los integrantes de cada grupo

de la población para desplegar sus potencialidades en medio de tales vicisitudes (Martínez, 2008).

Pero las dificultades conceptuales no son el único obstáculo a enfrentar. En países como el nuestro, un problema adicional es el de la poca disponibilidad de información, al parecer más grave aún en lo que se refiere a los problemas de salud mental que en lo que toca a la dinámica demográfica. Por ahora sólo se cuenta con algunas noticias sobre el tipo de trastornos mentales que aquejan a la población, presentadas en los reportes de las instituciones de salud, en algunos estudios parciales sobre ciertos grupos y en ciertas encuestas, algunas levantadas con periodicidad (como las que se ocupan de los comportamientos adictivos), y otras sólo en forma ocasional (Caraveo, 1985; Medina-Mora *et al.*, 2003). Ante la carencia de fuentes de información sobre los problemas de salud mental, algunos autores han sugerido que los registros de mortalidad por suicidio podrían emplearse como una fuente para intentar un seguimiento sistemático de los cambios en el tiempo y en el espacio que se observan para este peculiar modo de morir, que se ha considerado vinculado con cierto tipo de trastornos mentales (OMS, 2000; OPS, 2002). Se trata de una alternativa que a partir de la publicación del estudio clásico de Durkheim (2004), ha sido aprovechada desde diversas perspectivas disciplinarias.¹ En el ámbito de los estudios de población, uno de los autores más destacados que se ha ocupado del análisis de la mortalidad por suicidio es Ruzicka (1976, 1996, 1998; Ruzicka y Choi, 1993, 1996; Ruzicka, Choi y Sadkowsky, 2005).

El ejercicio de las variaciones de la mortalidad por suicidio en México que presento, explora algunos elementos que pueden orientar la búsqueda de las vinculaciones entre algunos componentes de los procesos poblacionales y ciertas alteraciones de la salud mental. Pero antes de revisar los resultados de este ejercicio, haré referencia a algunos estudios sobre el tema que se han realizado en el país a lo largo de varias décadas.

Salud mental y suicidio. Algunas investigaciones en México

En el caso mexicano, un relativamente reducido número de investigadores, predominantemente epidemiólogos, se ha ocupado desde mediados del siglo pasado del seguimiento de la mortalidad por suici-

¹ Por ejemplo, Bjarnason (1994) o Neumayer (2003), por mencionar sólo dos de los numerosos trabajos que constituyen la abundante bibliografía sobre el tema.

dio a nivel poblacional (Cabildo y Elorriaga, 1966; Elorriaga, 1972; Híjar *et al.*, 1996; Borges *et al.*, 1996; Gómez y Borges, 1996; González-Forteza *et al.*, 1996; Mondragón *et al.*, 2001; Jiménez y González-Forteza, 2003; Borges *et al.*, 2005). Ocasionalmente se han publicado también algunos trabajos que examinan la situación en algunas entidades federativas (Gutiérrez y Solís-Cámara, 1989; García y Tapia, 1990; Celis y Valencia, 1991; González-Forteza *et al.*, 2002; Espinosa *et al.*, 2003; Chávez *et al.*, 2004; Páramo y Chávez, 2007).

Al igual que otros estudiosos del tema en distintas partes del mundo, muchos de estos autores se han interrogado sobre la relación entre el suicidio y la salud mental, y han observado la frecuente presencia de algún padecimiento psiquiátrico entre quienes atacan su vida (González-Forteza *et al.*, 1996; Puentes *et al.*, 2004; Borges *et al.*, 2005). Este tipo de defunción se ha relacionado con los trastornos depresivos (en especial la depresión mayor), los trastornos de ansiedad (que combinados con los depresivos, multiplican el riesgo), los trastornos de personalidad, el trastorno bipolar, el esquizoafectivo y la esquizofrenia misma (Gómez *et al.*, 1991; Espinoza *et al.*, 2003; Puentes *et al.*, 2004; Gutiérrez *et al.*, 2006; Gutiérrez y Contreras, 2008). Se ha hablado también de las adicciones, y en especial la del alcoholismo; al parecer existe una confluencia de situaciones que favorecen el surgimiento tanto del trastorno mental como del alcoholismo, los cuales finalmente llegan a potenciarse para dar lugar al suicidio (Terroba *et al.*, 1987; González-Forteza *et al.*, 1996).

Los autores que examinan esta problemática destacan la importancia de diferenciar cuidadosamente los distintos tipos de comportamientos suicidas: la ideación, el intento y el suicidio consumado (Gómez *et al.*, 1991; González-Forteza *et al.*, 1996 y 2002; Mondragón *et al.*, 2001; Borges *et al.*, 2005). Muchos de sus hallazgos sugieren que aun cuando la ideación suicida y sobre todo los intentos, son un importante predictor del suicidio consumado, el significado de uno y otro tipo de comportamiento podría ser diferente. Pero prácticamente todos sostienen que los determinantes de los comportamientos suicidas a nivel poblacional son multifactoriales y complejos (Gutiérrez y Solís-Cámara, 1989; Jiménez y González-Forteza, 2003; Espinoza, 2003; Gutiérrez *et al.*, 2006). Se han estudiado así los más diversos tipos de fenómenos, desde los neurofisiopatológicos hasta los psicológicos y los sociales.² Entre los primeros, una de las teorías

²No así los culturales, que parecen encontrarse aún al margen del horizonte cubierto por los epidemiólogos.

más aceptadas es la que apunta a una disfunción en el sistema de regulación de la serotonina (Jiménez *et al.*, 1997; Espinoza *et al.*, 2003; Gutiérrez y Contreras, 2008). Como factores psicológicos se han identificado a la desesperanza, la impulsividad y las dificultades con el manejo de la agresividad (Bedrosian y Beck, 1981; Terroba *et al.*, 1987; González-Forteza *et al.*, 1996; Gutiérrez *et al.*, 2006). Por lo que se refiere a los problemas sociales, se habla de todo aquello que origine “estrés psicosocial”, desde la ausencia de uno de los padres, hasta las más severas situaciones de desorganización de la vida familiar, con el consecuente descuido, abandono o maltrato de los niños, la violencia entre sus integrantes, el abuso sexual, y numerosas situaciones traumáticas con serios efectos emocionales, en especial para quienes se encuentran en las etapas más tempranas de la vida (Martínez *et al.*, 1985; Puentes *et al.*, 2004; Páramo y Chávez, 2007). Por último, ocasionalmente se menciona que la presencia de alguna enfermedad física, sobre todo si es incurable o terminal, también puede precipitar el comportamiento suicida (SSA, s.f.; Espinoza *et al.*, 2003; Puentes *et al.*, 2004).

Una exploración de las variaciones de la mortalidad por suicidio en México

En una línea cercana a la de algunos de los trabajos de epidemiología descriptiva antes mencionados, en esta sección presento un rápido atisbo de lo ocurrido en el país con las muertes violentas de 1922 hasta nuestros días, como antecedente para enmarcar una exploración más amplia de las principales variaciones de la mortalidad por suicidio en México de fines del siglo pasado hasta comienzos de éste (1990 a 2008).³

Para ello utilizaré la siguiente información. La descripción del panorama de 1922 a 1980 está basada en los datos que aparecen en el cuadernillo *Causas externas de traumatismos y envenenamientos* (SSA, s.f.). Lo ocurrido de 1990 a 2008 será examinado a partir de las cifras de mortalidad por causas publicadas por el INEGI (2009 y 2010) en su hoja web, y las bases de datos sobre mortalidad para 2000 a 2008 proporcionadas por el SINAISS en la hoja web de la Secretaría de Salud (SSA, 2009 y 2010), además del volumen *Mortalidad 1995* publicado por esa

³ La información más reciente disponible al cierre de este ejercicio es la que corresponde a la mortalidad para 2008.

misma institución (SSA, 1996).⁴ Los denominadores para el cálculo de las tasas de mortalidad correspondientes a los años 1990, 1995, 2000 y 2005 están tomados de la información recogida por los censos y conteos de población correspondientes (INEGI, 1993, 1996, 2001 y 2006),⁵ y para las de los años 2006 a 2008, de las proyecciones de población a mitad del año publicadas en la hoja web del Conapo (2006).

Al trabajar con las así llamadas causas de muerte, hay que recordar que su identificación no es nunca un asunto simple, y que puede suscitar numerosas interrogantes. Pero cuando se trata de un suceso tan cargado de ominosos significados como es el suicidio, el problema es aún mayor. Esta modalidad de fallecimiento, como bien lo apuntan Borges *et al.* (1996), involucra una investigación legal a cargo del Ministerio Público, pese a lo cual no logra producirse una información del todo fidedigna. Este problema ha sido señalado por numerosos investigadores (Celis y Valencia, 1991; Híjar *et al.*, 1996; Espinoza *et al.*, 2003; Chávez *et al.*, 2004). Algunos de ellos se han acercado a examinar más directamente la producción de estos datos y han podido observar algunas de las conflictivas circunstancias que pueden conducir a este subregistro (Gutiérrez y Solís-Cámara *et al.*, 1989; García y Tapia, 1990). Como mostraré al examinar los resultados de esta exploración, la proporción de casos para los cuales se consignan como datos no especificados tanto el lugar en el que se produjo la lesión como aquél donde ocurrió la defunción, así como el porcentaje de muertes para las cuales se admite que no hubo necropsia, indican que la calidad de la información es deficiente. Los fallos en su fidelidad se evidencian constantemente dadas las discrepancias en el total de suicidios referidos en las distintas fuentes y publicaciones.⁶ Sin embargo se trata de un problema que ni con los más sofisticados procedimientos estadísticos lograría ser salvado; requiere a su vez su propia indagación. Entre tanto, como también lo han sugerido algunos autores (Puentes *et al.*, 2004), parece conveniente seguir examinando estos datos que alguna

⁴ Un par de fuentes adicionales para corroborar la información registrada para 2006 y 2007 puede encontrarse en las dos monografías sobre suicidio recientemente publicadas por el INEGI (2008 y 2008a), con datos detallados para esos dos años para cada entidad federativa. Para 2008 pueden revisarse las elaboraciones presentadas en un informe recientemente publicado por la SSA (2009a).

⁵ El dato utilizado fue el correspondiente a la población con estimación.

⁶ Aunque también es cierto que algunas de estas diferencias pueden obedecer, en ocasiones, a la decisión sobre si incluir o no al relativamente pequeño número de defunciones registradas en un año pero que ocurrieron en años previos (lo cual suele hacerse como una suerte de compensación por las ocurridas en ese año pero que serán registradas posteriormente).

idea dan de la situación que guarda el fenómeno en estudio. Para el caso de esta exploración, quisiera destacar que las descripciones que ofrezco no pretenden ser más que meras aproximaciones, a manera de una suerte de evocación del panorama. No quisiera alimentar en ningún momento la ilusión de que nos encontramos frente a datos que reflejan en forma precisa la situación.

En consecuencia, este acercamiento está basado en cálculos sumamente sencillos. Los cambios de 1922 a 2008 son descritos mediante la participación proporcional del subconjunto de las muertes violentas dentro del conjunto de las defunciones, y la de los accidentes, homicidios y suicidios en el subconjunto de las muertes violentas. A partir de ahí me concentro exclusivamente en los años que van de fines del siglo pasado a principios de éste (1990-2008). En primer término examino las distribuciones porcentuales de la mortalidad por suicidio para las variables sociodemográficas recabadas en los certificados de defunción en cada uno de estos años. A continuación contrasto lo observado con lo que se aprecia a través de las tasas de las variables, para cuyo cálculo me fue posible disponer de algún denominador: escolaridad y estado conyugal para los mayores de 12 años en los años censales (1990 y 2000); tamaño de la localidad para 1990, 1995, 2000 y 2005 (datos recogidos en los dos censos y los dos conteos); y condición de derechohabencia (que fue interrogada en el censo de 2000 y el conteo de 2005).⁷ Para facilitar la percepción de los cambios en las tasas, incluyo algunas comparaciones por cociente para los años considerados. En esta parte del examen dedico también un pequeño apartado al tipo de lesión que ocasionó la muerte y al lugar de ocurrencia tanto de la lesión como del fallecimiento. Además, destaco especialmente las variables referentes al acceso a la atención médica.

Para concluir este ejercicio exploratorio efectúo un análisis de las variaciones de la mortalidad por suicidio por entidad federativa durante el periodo en estudio, observadas desde tres ángulos: la participación proporcional del suicidio dentro del subconjunto de las muertes violentas, la razón de masculinidad de los fallecimientos por suicidio, y las tasas de mortalidad por cada cien mil habitantes. Con el propósito de facilitar la apreciación de los cambios registrados entre el inicio y el final del periodo considerado incluyo, una vez más, las comparaciones

⁷Las diferencias en la forma de publicar algunas de estas agrupaciones en cada una de las fuentes consultadas me condujo a realizar algunas equivalencias que podrían no ser del todo adecuadas, por lo cual habrá que tomar con cautela las tasas obtenidas, no como un indicador muy preciso, sino apenas como una posible aproximación.

por razón. Finalmente, presento una clasificación tentativa de las entidades federativas a partir del comportamiento de estos tres indicadores por medio de un análisis de conglomerados jerárquico, elaborado con el método de aglomeración de Ward, utilizando como medida de distancia el cuadrado de la euclidiana, con las métricas estandarizadas con los puntajes de z (Hartigan, 1975; Gnanadesikan *et al.*, 1995).

Accidentes, homicidios y suicidios: vicisitudes de un siglo

De 1922 a nuestros días, la participación proporcional de las muertes accidentales y violentas dentro del total de las defunciones en el país ha ido en franco aumento (gráfica 1): de 2.6% de todas las muertes registradas en 1922, a casi 11% en 2008, con un salto importante que las llevó a un máximo de 15.5% en 1980, y una muy leve tendencia a disminuir a partir de entonces.⁸

En cuanto a la distribución proporcional de los accidentes, homicidios y suicidios dentro del subconjunto de las denominadas muertes violentas, el cambio de 1922 a 2008 ha sido sustancial. En el periodo que siguió a la lucha revolucionaria solían predominar los fallecimientos por homicidio, y esto continuó hasta mediados de siglo. Pero a partir de 1960, ya en una etapa de creciente industrialización y urbanización del país, la proporción de defunciones por homicidio empezó a ser superada por las causadas por accidentes (con una proporción máxima en 1970), situación que prevalece hasta nuestros días.⁹ En lo que se refiere al suicidio, aun cuando su participación proporcional dentro del subconjunto de este tipo de defunciones ha sido la menor a lo largo de todo el siglo pasado y lo que va de éste, su incremento ya para 1990 es evidente, y a partir del año 2000 el ascenso continúa.

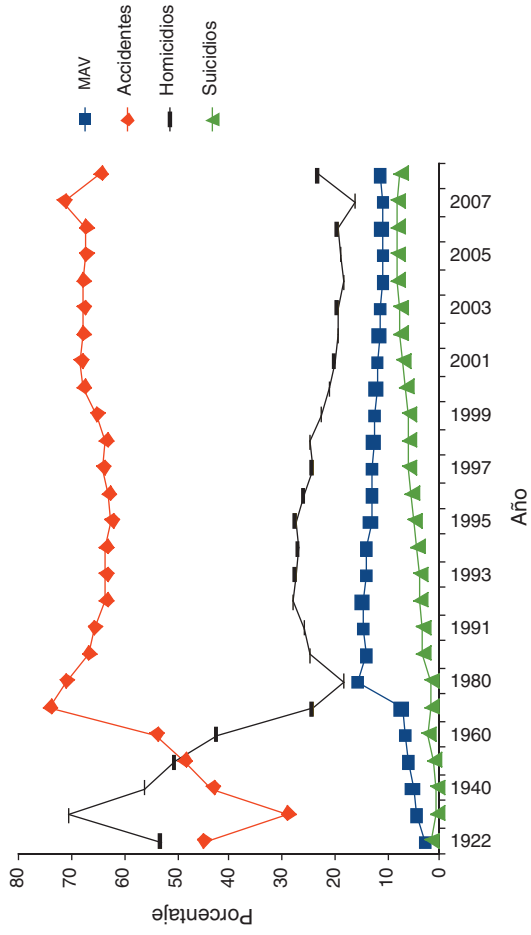
Distribución diferencial de la mortalidad por suicidio: 1990-2008

Entre 1990 y 2008 el número de suicidios registrados se elevó de 1 941 a 4 681. Durante estos años pueden observarse ciertas diferencias y variaciones en la distribución proporcional de la mortalidad por sui-

⁸ Quizá, entre otras cosas, por el preocupante incremento proporcional de la mortalidad por padecimientos crónicos observado en los años más recientes.

⁹ Sin embargo 2008 parece marcar el comienzo de un nuevo incremento en la participación de los homicidios (cuya relación con lo que se ha dado en llamar "guerra contra el narcotráfico" habrá de ser estudiada).

GRÁFICA 1
Muertes accidentales y violentas, México, 1922-2008



FUENTE: Elaboración propia.

cidio para los distintos segmentos de la población. Entre los rasgos más visibles pueden mencionarse los siguientes (cuadro 1):

- a) La mayor proporción de suicidios se produce en la población masculina, si bien el porcentaje de mujeres registra un evidente aumento.
- b) La mayor cantidad de suicidios se da en el grupo de 15 a 34 años de edad, que aporta poco más de la mitad de estas defunciones.
- c) Durante todo el periodo los porcentajes más altos correspondieron a quienes tenían educación primaria y secundaria. Hubo una disminución en la participación porcentual de las personas sin escolaridad y con primaria incompleta, y un incremento en la proporción de quienes tenían niveles de escolaridad intermedia (secundaria y preparatoria o sus equivalentes).
- d) La mayor parte de los suicidas eran solteros y, en segundo término, casados. La proporción de los últimos disminuyó a lo largo de estos dieciocho años (de 41.8% en 1990 a 34.3% en 2008). En contraparte, el porcentaje de quienes se encontraban en unión libre fue en aumento (de 7.5% en 1990 a 16.4% en 2008). El de divorciados o separados y viudos, relativamente reducido, no varió mucho durante este periodo.
- e) La proporción de quienes no trabajaban se incrementó hasta llegar a ser la más elevada en 2008 (de 19.7% en 1990 a 27.7% en este último año). La distribución porcentual según la ocupación del fallecido fue, quizá, una de las que mostró la mayor variación en los años estudiados. En ésta destaca que el porcentaje de trabajadores agropecuarios disminuyó, y el de trabajadores en el sector del comercio, los transportes y servicios aumentó.
- f) La mayor proporción de suicidios según tamaño de la localidad de residencia habitual del fallecido se dio, a lo largo del periodo examinado, en aquellas que tenían entre cien mil y menos de un millón de habitantes y, en segundo término, en las de menos de dos mil quinientos habitantes; al sumarlas, en estos dos tipos de localidades residían poco más de la mitad de los suicidas durante esos años. Las variaciones muestran un aumento en la participación porcentual de la mortalidad por suicidio de los residentes en las localidades más grandes (aquellas con cien mil habitantes o más), y una disminución en la de quienes vivían en las más pequeñas (aquellas con menos de quince mil habitantes).

CUADRO 1
Distribución porcentual de las características sociodemográficas de las personas fallecidas por suicidio.
México, 1990-2008

<i>Características sociodemográficas^a</i>	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sexo											
Hombre	85.4	84.6	84.5	82.2	83.0	83.0	83.4	82.9	83.3	82.4	81.5
Mujer	14.5	15.3	15.5	17.8	17.0	17.0	16.5	17.1	16.7	17.6	18.5
Edad											
5 a 9 años	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10 a 14	2.4	2.6	3.1	3.6	4.1	3.5	3.6	3.6	4.1	3.1	4.1
15 a 24	30.2	32.9	31.7	30.9	30.6	30.2	28.8	28.2	28.4	27.5	28.3
25 a 34	23.0	25.1	25.8	25.7	25.4	25.4	25.4	25.9	25.0	25.9	24.2
35 a 44	16.1	13.9	14.9	13.9	15.4	16.1	16.4	17.1	16.1	17.5	17.7
45 a 54	9.4	9.3	10.0	10.4	10.0	9.8	10.0	10.7	11.0	11.2	10.7
55 a 64	8.0	7.0	5.8	6.1	5.9	6.4	6.8	6.0	6.5	5.6	6.8
65 a 74	5.3	4.5	4.4	4.1	4.3	4.3	4.4	4.0	4.6	5.2	4.3
75 años o más	4.7	4.1	3.4	4.6	3.5	3.9	3.7	3.8	3.5	3.4	3.3
Escolaridad^b											
Sin escolaridad	11.7	10.4	8.4	7.9	8.0	7.5	7.7	7.2	6.9	6.7	6.3
Primaria incompleta	23.2	21.1	19.9	19.4	19.3	19.3	18.9	17.6	17.4	17.9	16.6
Primaria completa o secundaria incompleta	22.5	23.8	27.5	27.2	26.2	25.7	31.4	31.9	30.9	29.6	31.4

continúa

**CUADRO 1
(concluye)**

<i>Características sociodemográficas^a</i>	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Secundaria o equivalente	15.3	18.5	22.6	23.1	24.7	25.0	18.0	18.9	19.6	21.0	21.7
Preparatoria o equivalente	8.3	10.6	9.2	9.8	9.6	10.4	10.0	9.5	11.2	12.3	11.3
Profesional	7.2	7.5	6.0	6.8	5.9	6.3	7.2	7.1	6.7	6.6	6.8
Estado civil ^b											
Soltero	41.7	42.5	42.4	42.3	40.8	42.4	42.7	40.8	40.9	41.5	40.9
Casado	41.8	38.6	36.5	37.3	36.5	34.3	33.4	35.4	33.6	33.9	34.3
Unión libre	7.5	9.9	11.4	11.5	12.7	13.8	15.1	14.2	15.6	15.4	16.4
Divorciado	2.1	2.6	3.1	3.0	3.5	3.2	2.1	2.9	2.9	2.8	2.5
Viudo	3.5	3.6	3.5	3.5	3.1	3.3	3.3	3.4	3.6	3.2	2.7
Condición laboral ^c											
Trabaja	63.2	64.2	67.3	65.4	66.2	66.5	65.0	63.4	64.2	66.6	64.1
No trabaja	19.7	26.0	24.2	26.6	25.6	26.3	27.0	26.1	26.6	26.8	27.7
Ocupación de los que trabajaban ^d											
Trabajadores del sector agropecuario	36.5	30.3	25.8	27.3	25.8	26.1	25.7	24.5	23.7	22.0	22.7
Trabajadores del sector industrial	23.8	24.2	29.3	28.1	28.5	28.4	29.2	29.2	29.1	30.2	29.1
Trabajadores del sector transporte, comercio y servicios	27.8	35.4	36.1	36.0	36.6	36.5	36.1	37.5	39.8	40.0	40.6
Trabajadores de las fuerzas armadas	4.3	4.5	4.3	3.9	4.5	4.5	3.6	3.5	3.2	2.8	2.9

Otros	7.6	5.7	4.5	4.7	4.5	4.6	5.3	4.3	5.1	4.7
Tamaño de la localidad (habs.)										
Menos de 2 500	26.3	20.4	20.3	21.5	22.1	22.1	21.3	22.3	20.0	21.1
2 500 a 14 999	15.6	14.5	13.8	13.1	11.6	12.1	12.4	12.6	12.6	13.2
15 000 a 99 999	16.4	15.9	17.2	15.9	15.4	15.5	15.5	15.2	15.1	15.3
100 000 a 999 999	31.6	36.9	37.7	38.9	34.2	35.4	35.4	34.4	35.6	35.7
1 000 000 y más	8.4	10.5	9.5	9.1	14.2	13.0	12.9	13.7	15.2	13.1
Número de suicidios ^e	1 941	2 894	3 475	3 811	3 871	4 104	4 117	4 277	4 395	4 681

^a Para cada variable, la diferencia con el 100 % está dada por los no especificados.

^b Incluye al pequeño número de fallecidos por suicidio menores de 12 años.

^c Además de los no especificados, la diferencia con el 100 % está dada por los casos para los cuales la consideración de esta variable no aplica por tratarse de menores de 12 años.

^d Este porcentaje se calculó sobre el total de los reportados en la categoría *trabaja*, para los cuales se registró la ocupación. Se hicieron algunas equivalencias para los años en los cuales hubo clasificaciones diferentes. Excluye las categorías *no trabaja*, *no aplica* y *no especificado*.

^e Según año de registro.

FUENTE: Defunciones de 1990 a 2008: INEGI, 2009 y 2010.

Lesiones que ocasionaron la muerte

Además de las características sociodemográficas antes descritas, hay otras dos cuestiones que ameritan nuestra atención: el tipo de lesión por medio de la cual los fallecidos pusieron fin a sus vidas, y los lugares donde se produjo la lesión y donde ocurrió el deceso.

Como se observa en el cuadro 2, las tres modalidades más frecuentes por las cuales se ha producido el suicidio a lo largo de estos dieciocho años en el país fueron, en primer lugar, el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación; en segundo, el disparo de arma de fuego o explosivos; y en tercero, el consumo o exposición a diversos tipos de sustancias químicas. Otras formas (como el uso de objetos cortantes, el salto desde lugares elevados, el ahogamiento o sumersión, etc.) fueron mucho menos frecuentes. En cuanto a las variaciones en las tres formas más comunes, aunque no hubo cambio en el orden de frecuencia, sí lo hubo en la distribución porcentual. La primera (ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación) se incrementó de 49.2 a 75.9% a lo largo del periodo. Las otras dos (por armas de fuego o explosivos y por sustancias químicas) disminuyeron.

El lugar señalado como aquél en donde con mayor frecuencia se produjo la lesión fue el hogar, con un porcentaje en aumento conforme se avanza en el periodo. Entre 4.7 y 7.2% está registrado como ocurrido en la vía pública, y otros sitios aparecen con frecuencias menores. En una proporción considerable de casos (arriba de 10%) el lugar no fue especificado.¹⁰ El sitio más común en el que tuvo lugar la defunción fue, como sería de esperar, el hogar (con porcentajes que se mueven entre 47.4 y 62.5 a lo largo del periodo). Pero una pequeña proporción de los decesos (entre 9.2 y 15.8%) ocurrieron en una unidad médica –en su mayor parte pública–, si bien esta proporción se ha ido reduciendo al paso de estos años. Una vez más para el caso de esta variable, hubo cierta proporción de fallecimientos para los que no se especificó el sitio de ocurrencia de la defunción (entre 6.7 y 16.3%, según el año).

¹⁰ Un posible indicador de los problemas en la calidad de la información a la que antes me referí.

Acceso a los servicios de atención médica

Una última distribución porcentual particularmente relevante es la que se refiere al acceso a la atención médica que tuvieron en vida quienes finalmente se suicidaron. Como se ve en el cuadro 3, alrededor de la mitad de quienes fallecieron por suicidio carecía de toda derechohabiencia. Para un porcentaje considerable (entre 12.7 y 25.6%, según el año) no se especificó siquiera si la tenían. Entre quienes tenían alguna cobertura de la seguridad social, la mayor parte (alrededor de 20% de los fallecidos) era derechohabiente del IMSS, y proporciones mucho menores lo eran de otras instituciones.

También resulta interesante revisar si en el momento de la lesión se llegó a disponer de este tipo de atención. De acuerdo con los registros, menos de la quinta parte de quienes fallecieron de esta forma contaron con asistencia médica.¹¹ Dada la naturaleza del fallecimiento, la mayor parte (de 98.2 a 100%) tuvo certificación médica (que, como se ha mencionado anteriormente, se esperaba que fuera siempre por un legista). En un creciente porcentaje de los casos se realizó la necropsia, pero no en todos todavía.

Sin embargo, no hay que apresurarse a sacar conclusiones respecto a la influencia sobre la ocurrencia del suicidio de las variables antes descritas a partir de sus distribuciones porcentuales. Aun cuando estos porcentajes y sus cambios constituyen una información digna de ser tomada en cuenta, no hay que desestimar que en ellos se refleja lo que ocurre con las distribuciones poblacionales. Para lograr cierta aproximación al riesgo de cometer un suicidio conviene examinar las tasas, al menos para aquellas variables para las cuales puede disponerse de algún denominador apropiado para calcularlas.

Los hombres y las mujeres de distintas generaciones frente al suicidio, 1990-2008

Lo que dejan ver las tasas por grupos de edad y sexo es, en primer término, que entre el principio y el final de este periodo hubo un incremento en los niveles de mortalidad por suicidio para la población en su conjunto, y para los hombres y las mujeres de cada grupo de

¹¹ Aunque cuando se examina la distribución diferencial de esta variable para cada sexo (análisis no incluido en este trabajo) puede verse que las mujeres la tuvieron con una frecuencia mayor que los hombres.

CUADRO 2

**Distribución porcentual de las defunciones según algunas características del suicidio
México, 1990-2008**

Causa de la defunción	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación ^a	49.2	51.8	65.7	66.7	68.0	69.0	70.1	72.7	73.8	75.7	75.9
Armas de fuego o explosivos ^b	28.6	29.9	20.0	18.9	17.6	16.9	16.0	13.8	13.8	12.4	12.6
Sustancias químicas ^c	13.4	12.3	10.1	9.7	9.8	9.3	8.7	8.9	8.3	8.3	8.3
Las demás ^d	8.8	6.0	4.3	4.6	4.6	4.8	5.1	4.6	4.1	3.6	3.2
Lugar de ocurrencia de la lesión ^e											
Hogar	62.4	66.4	68.6	68.7	69.1	71.2	68.4	70.0	70.4	73.9	72.9
Vía pública	7.2	6.0	6.6	6.2	6.4	5.0	4.7	4.9	5.1	4.7	5.1
Otros ^f	16.6	15.5	10.2	9.2	9.4	8.8	11.8	12.3	11.9	10.9	11.2
No especificado	13.8	12.0	14.6	16.0	15.1	15.0	15.1	12.7	12.6	10.6	10.8
Lugar de ocurrencia de la defunción ^e											
Hogar	47.4	55.3	59.5	52.1	57.0	61.5	57.7	58.2	60.7	62.5	61.1
Vía pública	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.4	5.4	5.4	5.9	5.8
Unidad médica	15.3	15.8	14.7	14.0	14.3	13.3	11.0	10.2	9.2	9.3	8.7
Públicas ^g			11.8	11.7	11.9	10.8	9.5	8.7	8.0	8.3	7.7
Privadas ^g			2.8	2.4	2.5	2.5	1.5	1.4	1.2	1.0	1.0
Otro lugar	20.9	19.8	18.8	26.2	21.1	18.5	13.6	12.2	12.8	13.5	14.3
No especificado	16.3	9.1	7.0	7.6	7.6	6.7	12.3	14.1	11.9	8.8	10.1
Número de suicidios ^h	1 941	2 894	3 475	3 811	3 871	4 104	4 117	4 315	4 277	4 395	4 681

^a Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. Incluye el código X70 de la 10a. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

^b Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de armas de fuego o explosivos. Incluye los códigos X72 a X75 de la CIE-10.

^c Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a diversas sustancias químicas. Incluye los códigos X60 a X69 de la CIE-10.

^d Las demás: incluye los códigos X71, X76 a X 84 y X87 de la CIE-10.

^e La diferencia con el 100 % está dada por los no especificados.

^f Incluye: trabajo, centro de recreo, edificio público, institución residencial, escuela u oficina pública, área comercial o de servicios, área industrial y granja.

^g Las casillas vacías indican que ese dato no se encontró disponible.

^h Según año de registro.

FUENTES: Defunciones de 1990 a 2008: INEGI, 2009 y 2010. La variable causa de la defunción se tomó, para el año 1990, de SSA, s.f.: 65. Para 1995, de SSA, 1996: 195. Para 2000 a 2008 se analizaron las bases de datos *Mortalidad*, correspondientes a los años reportados, provistas en formato xBase, SSA, 2009.

CUADRO 3

Distribución porcentual de la condición de derechohabienta, disposición de atención médica, certificación y necropsia para las personas fallecidas por suicidio. México, 1990-2008

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Derechohabienta											
Ninguna	48.4	53.7	56.6	57.0	58.5	59.1	54.8	51.4	46.2	45.3	48.5
IMSS	18.0	20.7	22.7	22.7	21.3	21.8	20.9	19.5	21.5	21.8	20.8
ISSSTE	5.0	4.9	3.5	4.0	3.5	3.8	3.4	3.5	2.8	2.9	3.4
Pemex	0.9	0.5	0.4	0.6	0.5	0.3	0.6	0.2	0.4	0.6	0.4
Fuerzas armadas	0.6	0.9	0.6	0.6	0.6	0.4	0.5	0.5	0.8	0.5	0.3
Seguro popular ^a											
Otra	1.5	1.7	1.7	1.6	2.1	1.8	1.6	1.3	1.3	1.6	1.3
No especificado	25.6	17.7	14.5	13.6	13.5	12.7	17.5	21.9	23.7	22.9	18.2
Atención médica											
Con asistencia médica	18.5	18.3	18.0	17.1	16.9	15.8	13.9	12.2	11.6	11.4	11.3
Sin asistencia médica	58.3	61.0	60.2	61.6	60.0	59.6	66.0	70.5	72.6	75.7	75.0
No especificado	23.2	20.7	21.8	21.3	23.1	24.6	20.0	17.2	15.8	12.9	13.7
Certificación											
Certificante médico	98.2	99.0	99.7	99.6	99.3	99.6	100	98.2	98.3	98.4	98.6
Certificante no médico	1.8	1.0	0.3	0.4	0.7	0.4	0.0	0.3	0.1	0.5	0.4
No especificado	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	1.6	1.1	1.1
Necropsia											
Si se realizó	61.7	78.3	84.6	85.2	86.9	86.0	84.0	84.7	86.4	89.4	87.6
No se realizó	12.1	7.1	3.3	3.4	3.0	3.1	7.2	6.1	6.2	6.4	6.5
Núm. de suicidios ^b	1 941	2 894	3 475	3 811	3 871	4 104	4 117	4 315	4 277	4 395	4 681

^a Las casillas vacías corresponden a los años en los cuales esta figura aún no existía.

^b Según año de registro.

FUENTE: Defunciones 1990 a 2008: INEGI, 2009 y 2010.

edad; en segundo término se constata que las tasas son bastante más altas para los hombres que para las mujeres (gráfica 2). Pero a diferencia de lo que podría pensarse con base en la distribución proporcional antes descrita, se observa que son los integrantes de los grupos de mayor edad quienes han mantenido las tasas de mortalidad por suicidio más elevadas a lo largo de estos dieciocho años, con las personas de 75 años o más a la cabeza y el grupo de 65 a 74 –al menos hasta 2007– aproximándose. Sin embargo puede verse también el inquietante incremento producido en los últimos años para las personas de 15 a 34 años, que para 2008 se aproximan a los niveles de los adultos mayores (gráfica 3).

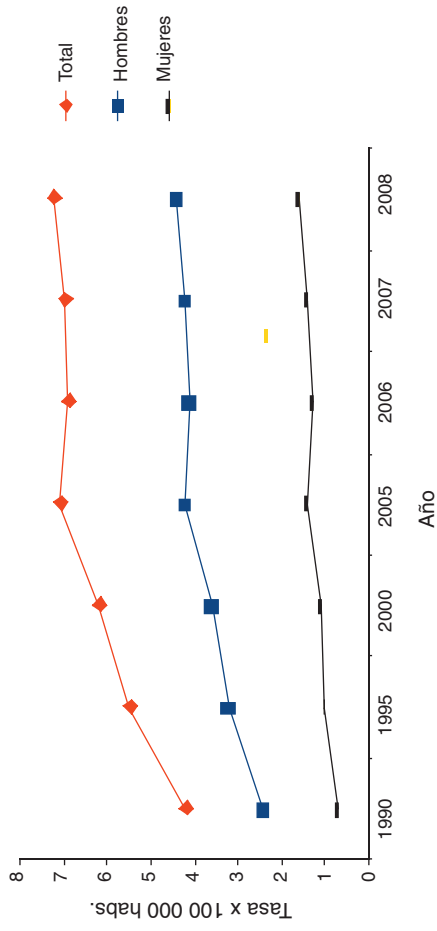
Al revisar más detalladamente la distribución por edad para los integrantes de uno y otro sexo aparecen otros rasgos interesantes (gráficas 4 y 5). La población masculina muestra, en efecto, que los niveles más altos corresponden a los grupos de mayor edad, seguidos muy de cerca por los de 25 a 34 años, cuyos niveles rebasan en algunos años a los de 65 a 74. Se percibe también un incremento importante para el grupo de 15 a 24 años. Por su parte, entre la población femenina el grupo notablemente más afectado es el que se encuentra entre los 15 y los 24 años, seguido por el de 25 a 34. Por último, una situación especialmente preocupante es que tanto para los hombres como para las mujeres, aun cuando los más pequeños (de 5 a 14 años) mantienen todavía los niveles más bajos, el suicidio continúa en aumento.

Otras tasas de mortalidad por suicidio, 1990-2005

El examen de las demás tasas que pudieron ser calculadas para otras variables sociodemográficas, si bien esta vez sólo para algunos años, sugiere lo siguiente (cuadro 4):

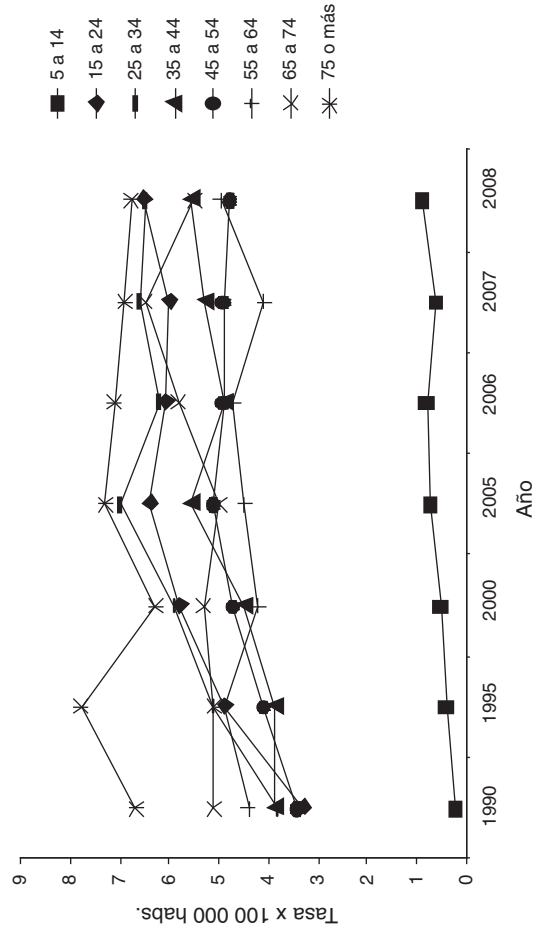
- a) Entre 1990 y 2000 podría haberse producido, para la población mayor de 12 años, un incremento importante entre quienes habían estudiado la primaria completa o algunos años de secundaria; un aumento menos pronunciado entre quienes tenían sólo la primaria completa y los que carecían de instrucción primaria; y una disminución entre quienes contaban con la secundaria completa.

GRÁFICA 2
Mortalidad por suicidio según sexo. México, 1990-2008



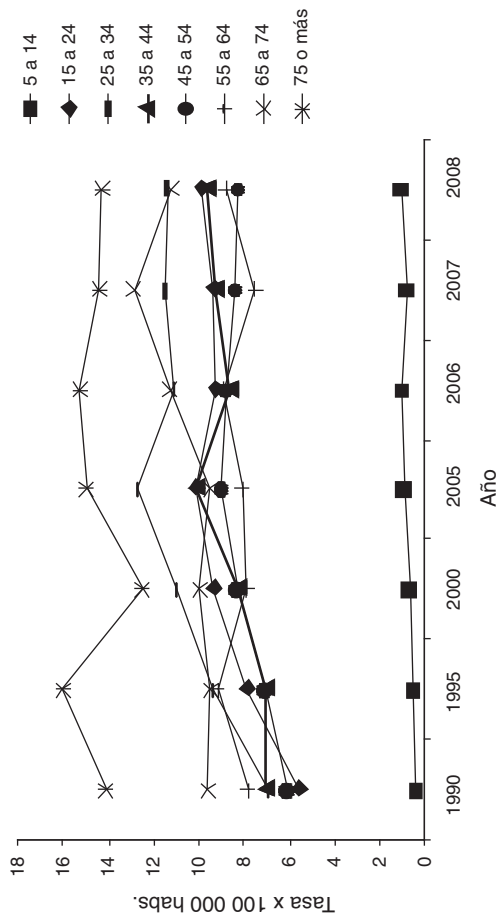
FUENTE: Elaboración propia.

GRÁFICA 3
Mortalidad por suicidio según grupos de edad. Población general. México, 1990-2008



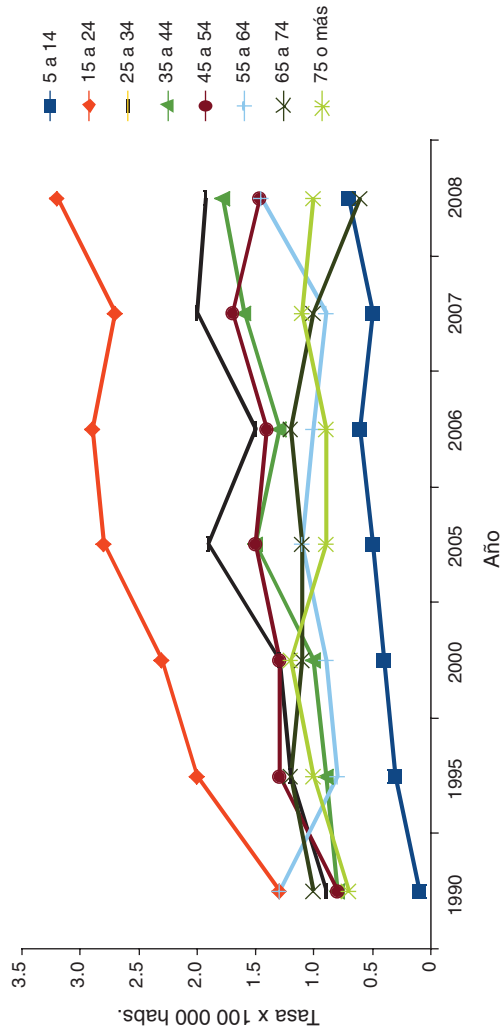
FUENTE: Elaboración propia.

GRÁFICA 4
Mortalidad por suicidio según grupos de edad. Población masculina.
México, 1990-2008



FUENTE: Elaboración propia.

GRÁFICA 5
Mortalidad por suicidio según grupos de edad. Población femenina.
México, 1990-2008



FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 4

Tasas de suicidio por 100 000 hab. según algunas características sociodemográficas de los fallecidos.
México, 1990-2005

<i>Características sociodemográficas^a</i>	1990	1995	2000	2005	TM00 / TM90	TM05 / TM90	TM05 / TM00
Nivel de escolaridad^b							
Sin instrucción primaria ^c	3.3		4.4		1.3		
Primaria incompleta	3.4		5.3		1.6		
Primaria completa o secundaria incompleta	2.7		8.9		3.3		
Secundaria completa ^d	4.1		2.6		0.6		
Nivel medio ^e	2.3		2.0		0.9		
Nivel superior ^f	3.4		3.3		1.0		
Estado conyugal^g							
Soltero	3.6		5.7		1.6		
Casado	3.2		4.1		1.3		
Unión libre	3.5		5.6		1.6		
Separado	2.2		2.9		1.3		
Divorciado	6.4		8.0		1.3		
Viudo	3.3		4.1		1.2		
Tamaño de la localidad (habs.)							
Menos de 2 500	2.2	2.4	2.9	3.7	1.3		1.7
2 500 a 14 999	2.7	3.4	3.6	3.9	1.3		1.4
15 000 a 99 999	3.0	3.7	4.5	4.9	1.5		1.6
100 000 a 999 999	2.3	3.3	4.0	4.2	1.7		1.8
1 000 000 y más	1.8	3.2	2.5	3.9	1.4		2.2

Derechohabiente					
No derechohabiente		3.5	4.3		1.2
Derechohabiente ^h		2.6	2.6		1.0
Derechohabiente sólo al Seguro Popular ⁱ			1.0		
Tasa de población de 12 años o más	3.5	5.0	1.4		
Tasa de población total	2.4	3.2	4.2	1.5	1.8
					1.2

^a Las casillas vacías corresponden a años para los cuales no se dispone del denominador para calcular la tasa.

^b No se restó de ningún numerador al pequeño grupo de fallecidos menores de 12 años (8 para 1990 y 31 para 2000).

^c Incluye sin escolaridad y con preescolar o jardín de niños.

^d Incluye estudios técnicos o comerciales con primaria terminada.

^e Incluye estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada, preparatoria y normal básica.

^f Incluye técnico con preparatoria terminada, estudios profesionales y posgrados.

^g No incluye a los menores de 12 años.

^h No derechohabiente del Seguro Popular, sino de alguna institución de Seguridad Social.

ⁱ Con derecho solamente al Seguro Popular, no a otras instituciones de Seguridad Social.

FUENTES: Defunciones de 1990 a 2005: INEGI, 2009. Denominadores para calcular las tasas: para 1990: INEGI, 1993; para 1995: INEGI, 1996; para 2000: INEGI, 2001; para 2005: INEGI, 2006.

- b) En lo que al estado conyugal se refiere, considerando aquí también sólo a la población mayor de 12 años, las tasas más elevadas en los dos años de referencia (1990 y 2000) fueron para los divorciados (no así para los separados), pero la tasa de suicidio durante estos diez años muestra un incremento para las personas en todos los estados conyugales, si bien en forma algo más pronunciada para los solteros y en unión libre.
- c) El tamaño de localidad fue la única de estas variables para la cual pudieron calcularse las tasas correspondientes a 1990, 1995, 2000 y 2005. Estos cuatro importantes puntos de referencia nos permiten constatar, una vez más, el incremento generalizado de la mortalidad por suicidio en el país durante el periodo. Las tasas más altas para estos cuatro momentos se registraron en las localidades de quince mil a cien mil habitantes. Sin embargo, el mayor incremento entre 1990 y 2005 se produjo en las localidades mayores (en primer lugar en las de un millón de personas o más, y en segundo, en las de entre cien mil y un millón de habitantes), seguidas por las más pequeñas (de menos de 2 500 habitantes).
- d) Por lo que se refiere a los cambios entre los derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son, las tasas sólo pudieron calcularse para los años 2000 y 2005. Lo que muestran es un leve incremento de los niveles de suicidio entre los no derechohabientes, y niveles más bajos y estables para los derechohabientes.

Variaciones geográficas de la mortalidad por suicidio en los últimos dieciocho años

Revisemos ahora los cambios registrados en la mortalidad por suicidio de 1990 a 2008 en cada una de las 32 entidades federativas desde las tres perspectivas aquí propuestas: la participación proporcional del suicidio dentro del subconjunto de las muertes violentas, la razón de masculinidad de la mortalidad por suicidio, y las tasas de mortalidad observadas.¹²

¹²He elegido trabajar, en este momento de mi aproximación, con las tasas observadas y no con las estandarizadas, debido a mi interés por estudiar lo más directamente posible estas fluctuaciones. Como es sabido, la estandarización ayuda a controlar el efecto de la

Mencionaré brevemente algunos de los rasgos más perceptibles de cada una de ellas para presentar, por último, el resultado del análisis de conglomerados.

En el cuadro 5 puede observarse que en todas las entidades –con la única excepción de Tabasco¹³ la participación de la mortalidad por suicidio aumentó, desde un mínimo de 1.2 veces más en 2008 en relación con 1990 (en Baja California Sur), hasta un máximo de 4.8 veces más (en el Estado de México). En más de la mitad de las entidades el aumento en la participación porcentual del suicidio ascendió a más del doble. En algunas del sur, como Yucatán, Quintana Roo, Tabasco y Campeche, y en otras del norte, como Coahuila, Baja California Sur y Sonora, esta participación empezó a rebasar, en los primeros años de este siglo, al 10%. Al observar estas cifras para las 32 entidades federativas se evidencia el incremento generalizado en la proporción de defunciones por suicidio dentro de las muertes violentas, y la enorme diversidad regional que exhibe este fenómeno.

En el cuadro 6 aparecen las razones de masculinidad para este tipo de fallecimientos en cada entidad durante el periodo. Las fluctuaciones de este indicador son grandes, con muchos altibajos a lo largo de estos dieciocho años.¹⁴ Pero aun así se evidencia la sobremortalidad masculina en todos los momentos y lugares. Puede observarse también que en la mayor parte del territorio nacional se produjo, entre el inicio y el final del periodo, una disminución en la razón de masculinidad, lo que muestra el incremento de la participación femenina. Para el final del periodo, sólo en seis entidades los suicidios de hombres se incrementaron en relación con los de mujeres: Quintana Roo, Estado de México,¹⁵ Jalisco, Tamaulipas y (en menor medida) Guanajuato.

edad al comparar los distintos años y áreas geográficas; sin embargo, como ya lo señalara Rothman (1987), éstas no son directamente interpretables, en tanto que no se refieren a “lo que efectivamente sucede”, sino a lo que hubiera ocurrido bajo el supuesto adoptado para la estandarización. Ahora bien, me aventuro a hacerlo así apoyada en los resultados de otros estudios que, luego de estandarizar, han apuntado a que las tasas de mortalidad por suicidio en México en este periodo no parecen encontrarse fuertemente influenciadas por el efecto de la edad (Puentes *et al.*, 2004; SSA, 2009a:105). Sin embargo, al momento de leer la interpretación del posible significado de las observaciones, habrá que considerar si esta decisión pudo haber tenido alguna consecuencia.

¹³En donde, por lo demás, la proporción fue bastante elevada a lo largo de todo el periodo.

¹⁴Entre otras cosas porque en algunos estados el número de suicidios registrados para las mujeres es en algunos años bastante reducido (e incluso en ocasiones nulo).

¹⁵Que, pese a este incremento, aun para 2008 mantenía una razón de masculinidad relativamente baja en comparación con las demás entidades.

CUADRO 5

Porcentaje de fallecimientos por suicidio con respecto al total de muertes accidentales y violentas según entidad federativa, México, 1990-2008

Entidad federativa ^a	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	P08/P90
Aguascalientes	2.5	4.5	7.1	11.3	8.7	12.6	13.7	11.8	13.2	10.6	8.1	3.2
Baja California	2.8	5.4	5.0	5.5	6.1	6.9	5.7	5.3	5.7	4.6	5.5	2.0
Baja California Sur	8.9	12.7	13.3	10.4	15.7	13.9	13.5	11.9	15.7	12.9	10.9	1.2
Campeche	9.6	8.6	16.0	21.7	18.4	12.6	20.5	16.7	16.9	17.1	17.3	1.8
Coahuila	5.3	7.1	10.3	12.8	11.5	14.0	13.2	12.6	12.7	10.6	12.5	2.4
Colima	4.9	6.4	12.4	8.6	11.7	9.9	12.9	8.2	10.4	8.8	9.0	1.8
Chiapas	2.2	2.9	3.6	2.1	3.0	2.6	4.1	6.5	5.2	1.3	3.6	1.6
Chihuahua	3.4	6.3	10.2	9.7	8.7	8.9	9.2	10.6	9.3	8.6	4.8	1.4
Distrito Federal	5.2	6.8	8.7	9.7	8.2	9.5	9.2	9.8	9.4	9.1	9.6	1.8
Durango	2.4	4.6	6.9	8.1	10.1	8.3	7.1	6.3	6.3	6.6	5.4	2.3
Estado de México	1.4	2.5	3.4	4.4	4.9	4.6	4.8	4.0	5.5	7.4	6.7	4.8
Guanajuato	2.8	4.9	7.8	7.5	8.7	8.3	7.6	9.2	8.4	11.3	11.8	4.2
Guerrero	0.9	1.9	3.4	4.1	4.0	4.1	4.6	4.9	2.9	2.6	3.8	4.2
Hidalgo	1.7	3.9	5.3	5.6	4.7	5.3	3.6	3.5	4.7	2.4	4.8	2.8
Jalisco	3.2	5.9	8.4	8.3	9.1	8.7	10.4	10.8	9.5	9.6	9.3	2.9
Michoacán	2.2	3.9	5.3	6.3	6.0	5.4	5.8	6.3	4.7	4.6	6.3	2.9
Morelos	2.5	3.9	4.1	5.5	4.2	5.3	5.1	5.2	4.0	6.1	7.4	3.0
Nayarit	1.9	4.4	4.4	7.1	5.6	7.5	6.1	6.4	7.9	6.0	6.9	3.6
Nuevo León	4.8	6.7	9.9	8.3	9.4	12.9	14.1	14.1	13.7	13.1	14.9	3.1
Oaxaca	1.8	2.8	3.7	4.4	4.4	5.1	5.4	5.8	6.3	6.3	6.8	3.8
Puebla	1.8	3.2	4.2	5.7	5.5	6.1	6.9	7.6	7.5	6.6	6.0	3.3

Querétaro	3.2	6.8	5.8	7.2	5.3	8.3	8.4	8.8	8.0	9.3	9.8	3.1
Quintana Roo	5.6	9.7	11.6	9.8	10.5	12.6	11.5	11.3	18.3	25.7	17.7	3.2
San Luis Potosí	5.6	6.8	9.4	10.2	10.4	10.1	12.0	9.3	10.9	10.0	11.1	2.0
Sinaloa	3.1	4.5	4.6	5.4	6.1	7.8	5.7	6.4	4.8	5.2	4.1	1.3
Sonora	5.3	6.5	10.2	12.7	12.7	14.3	11.3	12.0	10.8	10.5	11.5	2.2
Tabasco	12.9	12.1	13.8	13.8	15.5	14.8	15.0	15.9	13.4	15.2	13.3	1.0
Tamaulipas	5.3	9.3	9.4	9.7	8.5	10.3	10.8	9.8	10.0	10.2	9.2	1.7
Tlaxcala	2.9	3.2	2.6	5.1	5.2	6.0	4.3	8.9	6.3	4.7	4.3	1.5
Veracruz	3.7	6.8	6.9	7.1	7.1	7.4	8.5	6.8	7.5	7.3	6.4	1.7
Yucatán	8.0	12.3	15.3	16.8	16.0	20.3	19.5	18.1	19.9	18.1	20.6	2.6
Zacatecas	3.1	4.7	5.0	7.2	7.3	5.9	5.9	7.7	4.6	5.5	4.9	1.6
México	3.3	5.1	6.7	7.3	7.4	7.8	8.0	8.1	7.9	8.0	7.8	2.4
Número de suicidios	1 941	2 894	3 475	3 811	3 871	4 104	4 117	4 315	4 277	4 395	4 681	

^a Entidad federativa de residencia habitual del fallecido.

FUENTE: Defunciones 1990 a 2008: INEGI, 2009 y 2010.

Puebla	4.5	6.1	2.9	3.3	3.3	3.3	3.7	3.9	3.3	2.6	3.3	0.7
Querétaro	10.0	6.1	3.9	3.6	6.8	4.5	5.2	3.5	3.9	2.9	3.6	0.4
Quintana Roo	3.2	7.8	8.2	8.8	4.0	6.4	3.6	8.9	6.3	3.7	6.1	1.9
San Luis Potosí	7.6	6.0	8.9	3.8	6.2	4.9	10.2	4.6	4.4	4.7	6.0	0.8
Sinaloa	15.7	8.9	8.1	10.7	4.2	13.4	7.0	6.1	5.3	8.5	5.3	0.3
Sonora	8.9	22.5	9.9	7.5	8.4	6.7	12.7	10.1	7.8	9.5	4.1	0.5
Tabasco	7.9	6.6	4.6	7.4	6.1	5.9	6.2	6.3	8.6	6.3	4.1	0.5
Tamaulipas	7.1	5.2	12.6	7.1	8.3	8.6	6.1	12.7	7.8	4.6	8.4	1.2
Tlaxcala	6.0	2.0		4.0	2.6	2.6	1.5	1.8	3.1	10.0	2.5	0.4
Veracruz	6.9	4.6	8.8	4.1	4.3	4.4	4.3	5.1	5.2	4.5	5.6	0.8
Yucatán	5.1	6.9	6.1	3.8	4.9	5.4	5.3	7.3	6.6	9.8	4.9	1.0
Zacatecas	6.3	7.0	11.7	3.9	5.3	5.9	6.0	7.8	8.5	3.3	5.4	0.9
México	5.9	5.5	5.5	4.6	4.9	4.9	5.1	4.9	5.0	4.7	4.4	0.7

^a Razón de masculinidad: hombres fallecidos por suicidio / mujeres fallecidas por suicidio en cada entidad federativa.

^b Entidad federativa de residencia habitual del fallecido.

^c Las casillas sin datos corresponden a los años en los que no se registró ningún suicidio de mujeres en la entidad (lo que convierte en 0 al denominador).

FUENTES: Defunciones de 1990 a 2008: INEGI, 2009 y 2010.

El cuadro 7 muestra las tasas de mortalidad por suicidio por cada cien mil habitantes observadas en cada entidad federativa para los años 1990, 1995, 2000 y 2005 a 2008. Puede constatarse que, incluso con las importantes diferencias que estos niveles registran en las diversas entidades, prácticamente todas las tasas se incrementaron durante los dieciocho años examinados. Entre las entidades con los niveles más elevados para 1990 figuraban Tabasco y Campeche; para 2008 ambas eran aún de las que tenían las tasas más altas, si bien Quintana Roo ya las había rebasado. En el otro polo, los menores niveles para 1990 eran los de Guerrero, Hidalgo, Puebla, Chiapas y el Estado de México, entidades que todavía para 2008 se encontraban entre las que tenían niveles relativamente reducidos en comparación con las demás. En cuanto a las variaciones entre el inicio y el final de estos dieciocho años, pueden percibirse incrementos importantes en Guerrero, Guanajuato, Nayarit y Oaxaca. Sólo en Tabasco se registró una leve disminución.¹⁶

Dicho de la manera más sintética, lo que desde estos tres ángulos se observa es que de fines del siglo pasado a lo que va del actual se produjo un rápido incremento en la participación de los suicidios en las muertes violentas, un aumento en las tasas de mortalidad por este motivo, y una reducción de la razón de masculinidad, es decir, una cada vez mayor participación de las mujeres en esta modalidad de defunción; todo esto con ritmos por demás heterogéneos en las distintas áreas del territorio nacional.

El análisis de conglomerados elaborado con base en esta información permitió construir una propuesta clasificatoria preliminar que subdivide a las 32 entidades federativas en tres grandes grupos, de acuerdo con el comportamiento de los tres indicadores examinados.

Al primero de ellos pertenecen las entidades con las medias más bajas para la proporción de suicidios dentro de las muertes violentas, para las tasas de mortalidad por suicidio (si bien, como ocurre para todas las entidades, ambos indicadores se encuentran en ascenso a lo largo del periodo) y para las razones de masculinidad. A este conglomerado pertenecen 12 entidades, que parecerían ser las menos afectadas por el problema del suicidio, y sin embargo, son las que tienen la participación femenina más alta: Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Michoacán, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Querétaro, Nayarit y Durango.

¹⁶Entidad que, como antes apunté, ya desde el inicio del periodo, y a todo su largo, exhibió unas de las tasas más elevadas.

El segundo conglomerado, con niveles intermedios para las medias de los tres indicadores examinados, quedó integrado por 14 entidades, la mayor parte de ellas ubicadas en el norte del país: Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sinaloa, Zacatecas, Jalisco, Colima, Aguascalientes y San Luis Potosí, pero las otras tres se encuentran en el centro y en la zona del Golfo: Guanajuato, Distrito Federal y Veracruz. En este grupo las medias de la participación proporcional del suicidio dentro del total de muertes violentas va paulatinamente en ascenso, y las de las razones de masculinidad, que comienzan elevadas al principio del periodo, van disminuyendo hacia el final.

El tercer conglomerado agrupa a las entidades cuyos niveles promedio en la participación proporcional del suicidio dentro del total de muertes violentas fueron los más altos, al igual que los de las tasas de mortalidad por suicidio. Pero las medias de sus razones de masculinidad son sumamente fluctuantes, en forma tal que aun cuando durante la mayor parte del periodo mantuvieron un nivel intermedio respecto a las de los otros dos grupos, en ciertos años llegaron a rebasar a las del grupo anterior, que es el que en general registró las más altas. En síntesis, este conjunto se caracteriza por una elevada participación de suicidios en las muertes violentas, altas tasas de mortalidad por suicidio y razones de masculinidad fluctuantes, aunque en ciertos años las más altas. Pertenecen a este grupo seis entidades, cuatro de ellas en el sureste: Tabasco, Campeche, Quintana Roo y Yucatán; y dos más en el norte: Baja California Sur y Tamaulipas.

Mortalidad por suicidio: un escenario cambiante

Las variaciones de las muertes accidentales y violentas registradas de principios del siglo pasado a comienzos del actual parecen cercanamente vinculadas con los cambios en las formas de vida que la población ha ido experimentando. Pero incluso cuando en el transcurso del siglo XX no faltaron situaciones difíciles en la vida de la población, el suicidio se mantuvo en niveles bastante reducidos, como si se tratara de un fenómeno frente al cual los habitantes del país se encontraran relativamente bien resguardados. No fue sino hacia los años noventa cuando diversas voces comenzaron a alertar sobre su incremento (Híjar *et al.*, 1996; Borges *et al.*, 1996). En el momento actual, sin que México se encuentre aún entre los países con tasas de suicidio particularmente elevadas, es ya evidente que éstas son cada vez mayores y no hay quien

CUADRO 7

Tasas de mortalidad por suicidio por cada 100 000 habitantes según entidad federativa.
México, 1990-2008

Entidad federativa ^e	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	TM08/TM90
Aguascalientes	1.5	2.2	3.2	5.4	5.7	4.9	3.7	2.5
Baja California	2.3	4.2	3.7	3.7	3.7	2.8	4.1	1.8
Baja California Sur	5.0	6.7	7.5	7.6	9.0	9.3	7.1	1.4
Campeche	7.5	4.8	8.7	8.1	7.7	7.8	9.2	1.2
Coahuila	3.2	3.4	4.3	5.7	5.6	5.0	5.8	1.8
Colima	4.9	4.5	6.5	3.9	5.2	4.6	5.1	1.0
Chiapas	1.2	2.0	2.0	3.2	2.9	0.6	1.7	1.4
Chihuahua	3.4	5.9	7.6	7.9	7.7	6.4	6.8	2.0
Distrito Federal	2.9	3.9	3.8	4.1	3.7	3.6	3.7	1.3
Durango	1.9	3.1	3.2	3.7	3.8	4.5	4.7	2.5
Estado	1.2	1.5	1.6	1.8	2.4	3.2	3.0	2.5
Guanajuato	2.0	2.4	3.9	4.5	3.8	5.4	5.9	3.0
Guerrero	0.8	1.6	2.2	2.7	1.8	1.9	2.9	3.6
Hidalgo	1.1	2.0	2.7	1.7	2.2	1.2	2.5	2.3
Jalisco	2.5	3.7	4.6	5.4	4.8	5.0	5.0	2.0
Michoacán	2.0	3.3	3.7	4.5	3.8	3.6	5.0	2.5
Morelos	2.1	2.8	2.1	2.6	2.0	3.0	3.9	1.9
Nayarit	1.8	3.0	2.6	4.3	5.3	4.1	5.1	2.8
Nuevo León	2.3	2.8	3.8	5.7	5.2	5.3	5.6	2.4
Oaxaca	1.6	2.4	2.3	3.5	3.5	3.8	4.2	2.6
Puebla	1.1	1.7	2.0	3.5	3.3	2.9	2.7	2.5

Querétaro	2.1	4.0	3.1	4.2	3.6	4.3	4.4	2.1
Quintana Roo	4.3	5.0	6.3	6.1	8.7	15.6	10.6	2.5
San Luis Potosí	3.5	3.5	4.7	4.4	5.3	4.9	5.6	1.6
Sinaloa	2.3	3.3	2.9	4.1	3.1	3.6	3.5	1.5
Sonora	3.8	4.5	5.9	7.0	6.5	6.8	7.6	2.0
Tabasco	10.1	9.1	8.8	9.5	9.1	10.0	9.2	0.9
Tamaulipas	3.6	5.1	4.9	5.0	5.2	4.7	4.5	1.2
Tlaxcala	1.8	1.7	1.2	3.7	3.0	2.0	1.9	1.0
Veracruz	2.3	3.1	3.1	2.9	3.2	3.3	3.0	1.3
Yucatán	4.0	5.1	6.4	7.3	8.2	7.5	8.4	2.1
Zacatecas	2.3	3.0	2.8	5.1	2.7	3.4	3.3	1.4
México	2.4	3.2	3.6	4.2	4.1	4.2	4.4	1.8

^a Entidad federativa de residencia habitual del fallecido.

FUENTES: Defunciones de 1990 a 2008: INEGI, 2009 y 2010. Población por entidad federativa: para 1990: INEGI, 1993; para 1995: INEGI, 1996; para 2000: INEGI, 2001; para 2005: INEGI, 2006; para 2006 y 2007: Partida, 2006.

al estudiar el fenómeno no eleve una voz de alarma (OMS, 2001; Chávez *et al.*, 2004; Puentes *et al.*, 2004). El panorama que aquí hemos revisado muestra a las claras que por donde quiera que se lo examine, durante las últimas dos décadas los niveles de suicidios se han elevado.

¿Qué es lo que ocurrió para generar este preocupante vuelco? Puesto que no parece probable que se haya suscitado un cambio tan súbito en la genética de la población, se antoja prudente dirigir la atención a los cambios que están experimentando los distintos grupos de la población para tratar de averiguar qué es lo que conduce a sus integrantes a precipitarse a este tipo de muerte.

Como en muchas otras partes del mundo, en México también son los hombres los que con mayor frecuencia llegan a quitarse la vida, aunque diversos estudios muestran que son las mujeres las que realizan la mayor parte de los intentos. El significado de las distintas modalidades de comportamientos suicidas parece ser bastante distinto para uno y otro género (Saltijeral y Terroba, 1987; OMS, 2000 y 2002; Friedman y Kohn, 2008). Una indagación más profunda sobre la forma en que los integrantes de cada género se estructuran psíquicamente, se vinculan socialmente y enfrentan las dificultades de su existencia en cada contexto sociohistórico y cultural, ayudaría seguramente a comprender mejor estas diferencias. Sin embargo, los datos que hemos examinado muestran que las tasas de mortalidad por suicidio para las mujeres están aumentando en todo el país, lo que hace imperativo indagar con más cuidado qué es lo que las está colocando en situaciones cada vez más riesgosas.

La distribución diferencial de este tipo de muerte por grupos de edad describe también diversas tendencias en distintos contextos, lo que seguramente apunta a las circunstancias en las que en cada lugar y época nacen, crecen y viven los integrantes de cada generación (Levi *et al.*, 2003; Friedman y Kohn, 2008; Zayas y Pilat, 2008). Al igual que en otras partes del mundo (OMS, 2002), en México los niveles más altos han sido para los adultos mayores. Pero durante estos dieciocho años las tasas se incrementaron en todos los grupos de edad. Los autores que se han ocupado del tema han alertado reiteradamente sobre el aumento en los niveles de suicido en la población joven (González-Forteza *et al.*, 1996; Gutiérrez *et al.*, 2006), tendencia que de acuerdo con la información aquí examinada, continúa al menos hasta 2008.

Así, aun cuando la enorme brecha que separa los niveles de mortalidad para hombres y mujeres está lejos de desaparecer, las diferencias en el comportamiento por grupo de edad para cada uno de los sexos

nos obliga a tratar de averiguar cuáles son las amenazas que los integrantes de uno y otro género están enfrentando en cada etapa de su vida. ¿Por qué mientras los hombres mayores (de 75 años en adelante, con un rápido ascenso en los últimos años para el grupo de 65 a 74 años) tienen las tasas más elevadas, las mujeres registran las más bajas a partir de los 55 años? ¿Por qué los niveles más altos para ellas se dan en la adolescencia y la juventud (15 a 24 años)? ¿Qué ocurre con la población de 25 a 34 años de ambos sexos, que la convierte en uno de los grupos más afectados? ¿Y qué podría explicar el reciente incremento de la mortalidad por suicidio en los menores de 14 años de ambos sexos? Habrá que estudiar cómo la configuración de la identidad de género en las distintas generaciones, en combinación con las circunstancias a las que los integrantes de cada uno de esos grupos están expuestos, participan en esta elevación de la mortalidad por suicidio. Las incógnitas sobre lo que estas variaciones expresan son numerosas y complejas.

En cuanto a las demás variables sociodemográficas revisadas, observamos la influencia de la distribución poblacional en los porcentajes de la mortalidad por suicidio. De ahí que el intento de calcular algunas de estas tasas al menos para los años de los censos y los conteos de población, pese a las relativas imprecisiones en las que pueda incurrirse, resulte un ejercicio interesante. Si los cálculos aquí realizados lograron ser aproximadamente correctos, podrían plantearse algunas especulaciones para dar lugar a ulteriores indagaciones, si bien las vías por las que pudieran estar produciéndose las interrelaciones sugeridas no dejarán de ser motivo de debate. Cabría preguntarse, por ejemplo, si es la situación expresada en ciertas variables la que participa en la gestación del suicidio, o bien es algo más, quizá incluso ocurrido en épocas previas, lo que genera tanto la propensión a encontrarse en situaciones difíciles como la mayor vulnerabilidad a cometer un suicidio cuando éstas se presentan. Evidentemente este ejercicio exploratorio no permite responder a esas complejas interrogantes. Pero quizá pueda contribuir a formular algunas de ellas.

Entre 1990 y 2000 los niveles de suicidio se incrementaron para las personas con menores niveles de escolaridad (en especial las que terminaron la primaria pero no la secundaria). Cabría preguntarse por la relación que esto pudiera tener con las dificultades para la obtención de empleos mejor remunerados y, con ello, la falta de expectativas económicas y sociales. Sin embargo, la forma como se presenta la ocupación de los fallecidos en las fuentes consultadas impide dife-

renciarlos de acuerdo con su condición de actividad y, debido a ello, tampoco es posible calcular tasas por grupo ocupacional, incluso cuando en la información censal podrían encontrarse denominadores adecuados.¹⁷

Para todos los estados conyugales parece haberse producido un incremento en los niveles de suicidio, con los divorciados en el nivel más elevado. Esto podría sugerir un aumento en las tensiones experimentadas por la población, quizá aún más intensas para ese grupo. Pero algunos de los cambios se dieron en un sentido inesperado, con el menor incremento para los viudos y el más pronunciado para los solteros y los que se encuentran en unión libre. Habrá que averiguar por medio de análisis más detallados si se trata de un efecto de la distribución por sexo del estado conyugal, ya que dada la mayor sobrevivencia femenina podría haber más mujeres que hombres en estado de viudez, y hemos visto ya que las mujeres –en especial las de las edades mayores– son las que registran las menores tasas de suicidio. Una vez más asoma la importancia de revisar cómo los integrantes de cada género y generación atraviesan por los distintos momentos y circunstancias en cada etapa de su ciclo vital.

Por último, la única variable para la que pudieron calcularse las tasas para cuatro puntos de referencia en el tiempo fue el tamaño de la localidad. Estas tasas apuntan hacia la posibilidad de riesgos más elevados para los habitantes de los asentamientos de mayor tamaño, y luego para los más pequeños. Por lo demás, no hay duda de que, al igual que lo que ocurre con la edad, los cortes que se planteen pueden hacer variar el panorama. Habrá que aguardar a la llegada de las cifras del censo de 2010 para continuar con el cálculo de todas estas tasas y averiguar si algunos de los cambios que aquí se apuntan se consolidan, o si podemos encontrar para ellos significados adicionales.

Un aspecto en el cual se hizo énfasis fue el referente al acceso a la atención médica. Se ha observado que los suicidios y otros comportamientos suicidas suelen presentarse con mayor frecuencia en personas con cierto tipo de trastornos mentales, de manera que el acceso a la atención psiquiátrica podría constituir un recurso importante para la protección de sus vidas, y quizá de su salud mental (Espinoza

¹⁷No podríamos afirmar, como aparentan las distribuciones proporcionales, que los suicidios aumentan entre la población sin ocupación ya que, entre muchas otras cosas, ahí no se diferencia a la población económicamente activa de la inactiva. Tampoco es mucho lo que se puede decir sobre la evolución de la distribución proporcional del suicidio según sector de ocupación, que podría corresponder más bien a las fluctuaciones en la distribución de la población ocupada en cada sector de la economía.

et al., 2003; Borges *et al.*, 2005). Como es sabido, en México el acceso a la atención médica es bastante restringido (Leal y Martínez, 2003), y peor aún lo es para la atención psiquiátrica (Medina-Mora *et al.*, 2003; Borges *et al.*, 2005). Sin que nos haya sido posible precisar si quienes se suicidaron tuvieron acceso a esta última, podemos inferir, con base en los bajos niveles de cobertura de la seguridad social de quienes perdieron la vida de esta manera y el incremento en la tasa de suicidio de los no derechohabientes entre 2000 y 2005, que la condición de desprotección de las personas en riesgo de suicidarse es creciente.

También pudimos percatarnos del cada vez más pequeño porcentaje de los fallecidos por suicidio para quienes se busca atención médica. Esto podría deberse, en parte, a la ya mencionada falta de acceso, pero como afirman otros autores, lo más probable es que obedezca sobre todo a la naturaleza de las lesiones, tan violentas y eficaces que conducen a la muerte en forma casi inmediata (Híjar *et al.*, 1996; Puentes *et al.*, 2004). Aun así, pudimos ver que en algunos casos se reportó la presencia de atención médica para el suicida, y que el deceso no se produjo en el sitio de ocurrencia de la lesión, sino en una unidad médica; esto ocurría con mayor frecuencia en el caso de las mujeres que en el de los hombres, lo cual podría atribuirse, como lo apuntan Puentes *et al.* (2004), a la menor letalidad de los métodos empleados por ellas, lo que abriría cierto margen a la posibilidad de recibir auxilio.¹⁸ Esta situación podría llevarnos también a considerar si en el caso de las mujeres habrá mayor conexión con los familiares y allegados, lo cual quizá permitiría advertir el riesgo e intentar intervenir en el momento del evento.

En lo que se refiere a la diferencia de lesiones que conducen a la muerte, aunque no la presenté aquí, salta a la vista que los hombres suelen recurrir con mayor frecuencia a métodos violentos y letales como el ahorcamiento y el disparo de arma de fuego, en tanto que las mujeres se valen más del envenenamiento con diversas sustancias químicas (Híjar *et al.*, 1996; Puentes *et al.*, 2004). Lamentablemente, como lo hacen notar Puentes *et al.* (2004), el porcentaje de mujeres que recurren al ahorcamiento estaba ya en aumento para 2001, en forma tal que había rebasado en frecuencia al envenenamiento. Esto podría sugerir que algunos de los resquicios relativamente protectores en los cuales solían guarecerse las mujeres, están desapareciendo.

¹⁸ Y sin duda así ha de ser, dado que está documentado el mayor número de intentos suicidas en las mujeres, en los cuales, evidentemente, el fallecimiento fue evitado.

Por último, en lo que toca al estudio de las variaciones geográficas, el análisis de los patrones espaciales de distribución de los problemas de salud tiene una larga tradición dentro de la epidemiología descriptiva y ha constituido un valioso auxiliar en la búsqueda de indicios sobre las situaciones que contribuyen a entender su ocurrencia (Elliot *et al.*, 1997). En un intento de enfilarse en esa dirección, ensayé aquí una clasificación de las entidades federativas según el comportamiento de la mortalidad por suicidio desde los tres ángulos propuestos (la participación porcentual del suicidio en las muertes accidentales y violentas, la razón de masculinidad, y las tasas observadas de mortalidad por suicidio). Este ejercicio me permitió examinar algunos de los cambios en la distribución geográfica de este tipo de defunción desde la última década del siglo pasado hasta casi el final de la primera de éste (2008). Para los tramos comparables con algunos periodos estudiados por otros autores, los resultados sobre la distribución en el tiempo y en el espacio apuntaron en direcciones bastante similares, pese a la utilización de muy distintos procedimientos de análisis (Híjar *et al.*, 1996; Puentes *et al.*, 2004).

El ejercicio aquí propuesto permitió, además, identificar tres grandes grupos de entidades por medio de un análisis de conglomerados. El que queda ubicado en la situación más preocupante, con los mayores niveles promedio para los tres indicadores examinados, está constituido por cuatro entidades del sureste (Tabasco, Campeche, Quintana Roo y Yucatán) y dos del norte (Baja California Sur y Tamaulipas). El que podría considerarse en la mejor situación porque exhibe los niveles promedio más bajos para estos tres indicadores (lo que, sin embargo, significa una más elevada participación femenina en este tipo de muerte), está conformado por cuatro entidades del sur (Oaxaca, Chiapas, Guerrero y Michoacán), seis del centro (Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México y Querétaro), y dos más del norte (Nayarit y Durango). Entre los dos anteriores hay un tercer conglomerado, con niveles intermedios para los tres indicadores, formado por once entidades del norte (Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sinaloa, Zacatecas, Jalisco, Colima, Aguascalientes y San Luis Potosí), dos del centro y una en el Golfo (Guanajuato, Distrito Federal y Veracruz). La intención de esta propuesta clasificatoria no es más que la de contar con un primer punto de referencia para orientar la elaboración de preguntas sobre las posibles relaciones entre ciertos cambios que podrían haberse suscitado durante estos años en las condiciones de vida en estas entidades, y las variaciones de

la mortalidad por suicidio, entendido a su vez como un evento posiblemente vinculado con cierto tipo de perturbaciones mentales. Pero como lo he reiterado a lo largo de estas páginas, este ejercicio no pretende ser más que un primer paso hacia futuros análisis en los que habrá que estudiar más cuidadosamente la evolución de los niveles de mortalidad por suicidio y sus posibles relaciones con algunos indicadores de los procesos poblacionales.

En ruta hacia la búsqueda de modelos más integradores

Estas reflexiones y el ejercicio exploratorio que las acompaña surgen de mi interés por estudiar las múltiples y complejas relaciones que existen entre los procesos poblacionales y los problemas de salud mental. La propuesta interpretativa que encamina mi exploración se funda en las perspectivas teóricas que postulan que las vicisitudes por las que atraviesan las personas a lo largo de su ciclo vital, juegan un importante papel en la configuración de las constelaciones de riesgos que conducen a la ocurrencia de los problemas de salud física y mental (Martínez, 1999; Martínez y Leal, 2002). Sobre todo para el caso de esta última, hay que considerar en forma especial los cuidados materiales y emocionales recibidos en las primeras etapas de la vida, en tanto que la estructura psíquica, con su mayor o menor capacidad para enfrentar las experiencias difíciles de la vida, se fragua en el entorno inmediato en el que las personas pasan sus primeros años (Dolto, 1992; Bion, 1997; Green, 2001). Ese entorno no es ajeno a los embates de los diversos sucesos inherentes a los procesos poblacionales, a su vez profundamente influidos por el lugar que las familias ocupan en el mundo social y cultural del que forman parte, en el que se gestan las condiciones que dan lugar a las experiencias traumáticas a las que sus integrantes se verán sometidos en el transcurso de su vida (Martínez, 2008). Cuando alguno de los integrantes de la familia se ve aquejado por un trastorno mental –producto de tales exposiciones, en conjunción con las predisposiciones genéticas–, se añaden nuevos elementos de tensión a causa de las dificultades para el desarrollo de la vida tanto de quien lo padece como de sus allegados, con efectos transgeneracionales que no pueden desestimarse.

Ante las dificultades para disponer de fuentes de información que permitan un estudio sistemático de la aparición de los trastornos mentales en la población, y el análisis de sus posibles enlaces con la diná-

mica sociodemográfica, en este trabajo se decidió ensayar con una muy sencilla y preliminar exploración de las variaciones de la mortalidad por suicidio en las últimas dos décadas, con el único propósito de tratar de averiguar si podría ser de alguna utilidad en la búsqueda de indicios sobre las circunstancias subyacentes a su ocurrencia.

Trabajar con la mortalidad por suicidio para intentar aproximarse a las relaciones entre la salud mental y los procesos poblacionales mostró ser una vía no libre de dificultades. No sólo por razones prácticas como las que atañen a la precisión con la que se registra la información sobre este peculiar tipo de muerte, sino también –y preponderantemente– por razones conceptuales. Evidentemente la distancia entre los postulados teóricos antes mencionados y el sencillo ejercicio aquí presentado es abismal, y prácticamente todos los enlaces están aún por ser construidos. Para hacerlo, habrá que estudiar más a fondo cómo participan los eventos que pueden ser identificados desde las perspectivas epidemiológica y sociodemográfica en la intrincada trama de relaciones que se tejen entre la dinámica poblacional y los problemas de salud mental. Al recorrer esta ruta habrá que integrar, sin duda, los aportes de la investigación clínica y de la indagación cualitativa. Pero por ambiciosa que pudiera parecer esta tarea, no habría que dejarla de lado si deseamos entender mejor cómo se conjugan dos dimensiones tan complejas como son la poblacional y la psíquica.

Bibliografía

- Álvarez, J. (2008), *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos.
- Amuchástegui, A. y M. Rivas (2002), "Clandestine Abortion in Mexico: a Question of Mental as Well as Physical Health", *Reproductive Health Matters*, vol. 10, núm. 19, pp. 95-102.
- APA (American Psychiatric Association) (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4a. ed., Washington, American Psychiatric Association.
- Bhugra, D. e I. Minas (2007), "Mental Health and Global Movement of People", *Lancet*, vol. 29, núm 370, pp. 1109-1111.
- Bion, W. (1997), *Aprendiendo de la experiencia*, Barcelona, Paidós.
- Bjarnason, Th. (1994), "The Influence of Social Support, Suggestion and Depression on Suicidal Behavior among Icelandic Youth", *Acta Sociologica*, vol. 37, núm. 2, pp. 195-206.
- Bedrosian, R. y A. Beck (1981), "Aspectos cognoscitivos de la conducta suicida", *Salud Mental*, vol. 4, núm. 3, pp. 23-27.

- Boardman, J.D., L. Downey, J.S. Jackson, J.B. Merrill, J.M. Saint Onge y D.R. Williams (2008), "Proximate Industrial Activity and Psychological Distress", *Population and Environment*, vol. 30, núms. 1-2, pp. 3-25.
- Borges, G., H. Rosovsky, C. Gómez y R. Gutiérrez (1996), "Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994", *Salud Pública de México*, vol. 38, núm. 3, pp. 197-206.
- Borges, G., H. Wilcox, M.E. Medina-Mora, J. Zambrano, J. Blanco y E. Walters (2005), "Suicidal Behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-Month Prevalence, Psychiatric Factors and Service Utilization", *Salud Mental*, vol. 28, núm. 2, pp. 40-47.
- Brabant, S. y M. Martof (1993), "Childhood Experiences and Complicated Grief: a Study of Adult Children of Alcoholics", *The International Journal of the Addictions*, vol. 28, núm. 11, pp. 1111-1125.
- Cabildo, A. y M. Elorriaga (1966), "El suicidio como problema de salud mental", *Salud Pública de México*, vol. 8, pp. 441-451 [citado por G. Borges, H. Rosovsky, C. Gómez y R. Gutiérrez (1996), "Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994", *Salud Pública de México*, vol. 38, núm. 3, pp. 197-206].
- Caraveo, J. (1985), "La vigilancia epidemiológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental", *Salud Mental*, vol. 8, núm. 2, pp. 20-22.
- Celis, A. y N. Valencia (1991), "Traumatismos y envenenamientos en Jalisco. Un estudio de la mortalidad a partir de autopsias", *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 1, pp. 77-87.
- Conapo (Consejo Nacional de Población) (2006), *Proyecciones de población 2005-2050*. Disponible en: <<http://www.conapo.gob.mx>>.
- Cottle, Th. (2000), "Mind Shadows. A Suicide in the Family", *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 29, núm 2, pp. 222-255.
- Crempien, C. (2007), "Violencia doméstica durante el embarazo: magnitud del problema y consecuencias", *Revista de Psiquiatría Clínica*, vol. 44, núm. 1, pp. 31-40.
- Chávez, A., L. Macías, H. Palatto y L. Ramírez (2004), "Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato", *Salud Mental*, vol. 27, núm. 2, pp. 15-20.
- DHHS (U.S. Department of Health and Human Services) (1999), *Mental Health: a Report of the Surgeon General*, Rockville, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter2/sec2_1.html> (consultado el 10 de agosto de 2006).
- Dolto, F. (1992), *La dificultad de vivir*, vol. 1, Barcelona, Gedisa.
- Durkheim, E. (2004) [1897], *El suicidio*, México, Grupo Editorial Tomo.
- Elorriaga, M. (1972), "Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969", *Salud Pública de México*, vol. 14, pp. 487-498 [citado por G. Borges, H. Rosovsky, C. Gómez y R. Gutiérrez (1996), "Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994", *Salud Pública de México*, vol. 38, núm. 3, pp. 197-206].

- Elliott, P., J. Cuzick, D. English y R. Stern (coords.) (1997), *Geographical and Environmental Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press.
- Espinoza, L., L. Almeida, F. Cortés, A. Leo y E. Guillermo (2003), "Análisis de muertes por suicidio en el estado de Querétaro", *Salud Mental*, vol. 26, núm. 6, pp. 47-54.
- Friedmann, H. y R. Kohn (2008), "Mortality, or Probability of Death, from a Suicidal Act in the United States", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 38, núm. 3, pp. 287-301.
- García, M. y A. Tapia (1990), "Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el periodo 1979-1988", *Salud Mental*, vol. 13, núm. 4, pp. 29-34.
- Garley, D., R. Gallop, N. Johnston y J. Pipitone (1997), "Children of the Mentally Ill: a Qualitative Focus Group Approach", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 4, núm. 2, pp. 97-103.
- Gnanadesikan, R., J. Kettenring y S. Tsao (1995), "Weighting and Selection of Variables for Cluster Analysis", *Journal of Classification*, vol. 12, pp. 113-136.
- Gómez, A., F. Lolas y A. Barrera (1991), "Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida", *Salud Mental*, vol. 14, núm. 1, pp. 25-31.
- Gómez, C. y G. Borges (1996), "Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida, 1966-1994", *Salud Mental*, vol. 19, núm. 1, pp. 45-55.
- González-Forteza, C. y P. Andrade. (1995), "La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos", *Salud Mental*, vol. 18, núm. 4, pp. 41-48.
- González-Forteza, C., G. Borges, C. Gómez y A. Jiménez (1996), "Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas", *Salud Mental*, vol. 19, núm. 1, pp. 33-38.
- González-Forteza, C., J. Villatoro, I. Alcántar, M.E. Medina-Mora, C. Fleiz, P. Bermúdez y N. Amador (2002), "Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000", *Salud Mental*, vol. 25, núm. 6, pp. 1-12.
- Green, A. (2001), *De locuras privadas*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Gutiérrez, P. y P. Solís-Cámara (1989), "El suicidio en San Luis Potosí (1975-1984): Un enfoque epidemiológico psicosocial", *Salud Mental*, vol. 12, núm. 4, pp. 9-16.
- Gutiérrez, A., C. Contreras y R. Orozco (2006), "El suicidio, conceptos actuales", *Salud Mental*, vol. 29, núm. 5, pp. 66-74.
- Gutiérrez, A. y C. Contreras (2008), "El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte", *Salud Mental*, vol. 31, núm. 4, pp. 321-329.
- Hartigan, J. (1975), *Clustering Algorithms*, Nueva York, John Wiley and Sons.
- Híjar, M., R. Rascón, J. Blanco y M. López (1996), "Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993)", *Salud mental*, vol. 19, núm. 4, pp. 14-21.

- Harris, K.M. (2010), "An Integrative Approach to Health", *Demography*, vol. 47, núm. 1, pp. 1-22.
- INEGI (1993), *XI Censo de Población y Vivienda, 1990*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en: <<http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fpobla.html>> (consultado el 20 de diciembre de 2002).
- INEGI (1996), *Conteo de Población y Vivienda, 1995. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en: <<http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fpobla.html>> (consultado el 20 de diciembre de 2002).
- INEGI (2001), *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados básicos y por entidad federativa*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en: <<http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fpobla.html>> (consultado el 20 de diciembre de 2002).
- INEGI (2006), *II Conteo de Población y Vivienda 2005. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en: <<http://www.inegi.gob.mx>> (consultado el 20 de mayo de 2008).
- INEGI (2008), *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2006*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INEGI (2008a), *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2007*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INEGI (2009), *Estadísticas vitales. Estadísticas de mortalidad. Consulta interactiva de datos*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en: <<http://www.inegi.gob.mx>> (consultado el 9 de abril de 2009).
- INEGI (2010), *Estadísticas vitales. Estadísticas de mortalidad. Consulta interactiva de datos*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en: <<http://www.inegi.gob.mx>> (consultado el 10 de marzo de 2010).
- Ionescu, S. (1994), *Catorce enfoques de la psicopatología*, México, Fondo de Cultura Económica (Breviario, 527).
- Jiménez, A., H. Sentíes y H. Ortega (1997), "Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida", *Salud Mental*, vol. 20, núm. 1, pp. 36-41.
- Jiménez, A. y C. González-Forteza (2003), "Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente", *Salud Mental*, vol. 26, núm. 6, pp. 35-46.
- Kessler, R. (2000), "Psychiatric Epidemiology: Selected Recent Advances and Future Directions", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, núm. 4, pp. 464-474.

- Leal, G. y C. Martínez (2003), "Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México", *Papeles de Población*, vol. 8, núm. 34, pp. 107-133.
- Lerner, S. e I. Szasz (coords.) (2008), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. 1 y 2, México, El Colegio de México.
- Levi, F., C. La Vecchia, F. Lucchini, E. Negri, S. Saxena, P. Maulik y B. Saraceno (2003), "Trends in Mortality from Suicide, 1965-99", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 108, núm. 5, pp. 341-349.
- Loredo-Abdalá, A. (2002), "La violencia familiar. ¿Un problema que se hereda o se aprende?", *Gaceta Médica de México*, vol. 138, núm. 2, pp. 157-176.
- Marín, L., H. Oliveira, M. Barros, P. Dalgalarondo y N. Botega (2007), "Social Inequality and Common Mental Disorders", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 29, núm. 3, pp. 250-253.
- Martínez, P., T. Saltijeral y G. Terroba (1985), "Intento de suicidio en los niños: un fenómeno psicosocial", *Salud Mental*, vol. 8, núm. 2, pp. 23-26.
- Martínez, C. (1999), "Salud y medio ambiente: la perspectiva local", en H. Izazola (coord.), *Desarrollo sustentable, medio ambiente y población. A cinco años de Río, Zinacantepec*, El Colegio Mexiquense/Coespo, pp. 137-159.
- Martínez, C. (2008), *La familia y la estructuración psíquica del sujeto. Una aproximación psicoanalítica*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Martínez, C. (2009), "La salud mental en un contexto de pobreza urbana. Una aproximación cualitativa", *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 27, núm. 1, pp. 61-65.
- Martínez, C. (2009a), "Qualitative Inquiry with Women in Poverty in Mexico City. Reflections on the Emotional Responses of a Research Team", *International Journal of Qualitative Studies in Education*, vol. 22, núm. 2, pp. 297-313.
- Martínez, C. y G. Leal (2002), "La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 17, núm. 3 (51), pp. 547-570.
- Masseroni, S. y S. Sauane (2004), "Crisis y subjetividad. La situación social en Argentina vista por mujeres de clase media", *Papeles de Población*, núm. 39, pp. 239-261.
- McGuire, S. y K. Martin (2007), "Fractured Migrant Families: Paradoxes of Hope and Devastation", *Family and Community Health*, vol. 30, núm. 3, pp. 178-188.
- Medina-Mora, M., G. Natera, G. Borges, P. Cravioto, C. Fleiz y R. Tapia (2001), "Del siglo XX al tercer milenio. Las adiciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad", *Salud Mental*, vol. 24, núm. 4, pp. 3-19.
- Medina-Mora, M., G. Borges, C. Lara, C. Benjet, J. Blanco, C. Fleiz, J. Villatoro, E. Rojas, J. Zambrano, L. Casanov y S. Aguilar (2003), "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México", *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, pp. 1-16.

- Mondragón, L., G. Borges y R. Gutiérrez (2001), "La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos", *Salud Mental*, vol. 24, núm. 6, pp. 4-15.
- Neumayer, E. (2003), "Are Socioeconomic Factors Valid Determinants of Suicide? Controlling for National Cultures of Suicide with Fixed-Effects Estimation", *Cross-Cultural Research*, vol. 37, núm. 3, pp. 307-329.
- OMS (2000), *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*, Ginebra, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud (WHO/MNH/MBD/00.4).
- OMS (2001), *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2002), *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2002), "Muertes por homicidio, suicidio y accidentes en pacientes con trastornos mentales", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 11, núm. 1, pp. 32-33.
- Patel, V., y A. Kleinman (2003), "Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, núm. 8, pp. 609-615.
- Palloni, A. (2006), "Reproducing Inequalities: Luck, Wallets, and the Enduring Effects of Childhood Health", *Demography*, vol. 43, núm. 4, pp. 587-615.
- Páramo, D. y A. Chávez (2007), "Maltrato y suicidio infantil en el Estado de Guanajuato", *Salud Mental*, vol. 30, núm. 3, pp. 59-67.
- Partida, V. (2006), *Proyecciones de población 2005-2050 (población estimada para mediados de año)*, México, Conapo. Disponible en: <<http://www.conapo.gob.mx>> (consultado el 10 de marzo de 2009).
- Puentes, E., L. López y T. Martínez (2004), "La mortalidad por suicidios: México 1990-2001", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 16, núm. 2, pp. 102-109.
- Rohner, R. y P. Britner (2002), "Worldwide Mental Health Correlates of Parental Acceptance-Rejection: Review of Cross-Cultural and Intracultural Evidence", *Cross-Cultural Research*, vol. 36, núm. 1, pp. 16-47.
- Rothman, K. (1987), *Epidemiología moderna*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos.
- Ruzicka, L.T. (1976), "Suicide, 1950 to 1971", *World Health Statistics Report*, vol. 29, núm. 7, pp. 396-413.
- Ruzicka, L.T. (1996), "A Note on Suicide in Russia, 1965-1993", *Journal of the Australian Population Association*, vol. 13, núm. 2, pp. 187-93.
- Ruzicka, L.T. (1998), "Suicide in Countries and Areas of the ESCAP Region", *Asia-Pacific Population Journal*, vol. 13, núm. 4, pp. 55-74.
- Ruzicka, L.T. y C.Y. Choi (1993), "Suicide Mortality in Australia, 1970-1991", *Journal of the Australian Population Association*, núm. 1993, vol. 10 (2), pp. 101-17.

- Ruzicka, L.T. y C.Y. Choi (1996), "Demographic and Social Profile of Suicide Mortality in Australia", *Genus*, vol. 52, núm. 3-4, pp. 135-54.
- Ruzicka, L.T., C.Y. Choi y K. Sadkowsky (2005), "Medical Disorders of Suicides in Australia: Analysis Using a Multiple-Cause-of-Death Approach", *Social Science and Medicine*, vol. 61, núm. 2, pp. 333-41.
- Saltijeral, M. y G. Terroba (1987), "Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México", *Salud Pública de México*, vol. 29, núm. 4, pp. 345-60.
- SSA (s.f.), *Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Perfiles estadísticos*, núm. 4, México, Dirección de Estadística, Secretaría de Salud (Monográficas).
- SSA (1996), *Mortalidad*, México, Secretaría de Salud.
- SSA (2009), *Mortalidad, defunciones del año 2000 a 2007*, bases de datos de defunciones en formato xBase, México, Secretaría de Salud. Disponible en: <<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>>.
- SSA (2009a), *Rendición de cuentas en salud 2008*, Secretaría de Salud, México.
- SSA (2010), *Mortalidad, defunciones del año 2008*, bases de datos de defunciones en formato xBase, México, Secretaría de Salud. Disponible en: <<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>>.
- Terroba, G., T. Saltijeral y R. del Corral (1987), "El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida", *Salud Mental*, vol. 10, núm. 4, pp. 92-97.
- Zayas, L. y A. Pilat (2008), "Suicidal Behavior in Latinas: Explanatory Cultural Factors and Implications for Intervention", *Suicide Life-Threatening Behavior*, vol. 38, núm. 3, pp. 334-42.