

Perfil sociodemográfico del suicida en México de 1990 a 2011

Omar Alejandro De León Palomo, Karla Villarreal Sotelo**

Riassunto

Il suicidio è una condotta antisociale che si è imposta fin dall'inizio della storia dell'umanità. L'obiettivo di questa ricerca è quello di individuare i profili socio-demografici dei suicidi in Messico. I dati relativi ai suicidi verificatisi in Messico dal 1990 al 2011 sono stati ottenuti dall'Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Il profilo tracciato è il seguente: in Messico i suicidi vengono commessi da uomini (83,12%), aventi un'età compresa tra i 20 ed i 24 anni (16,85%), celibi (42,48%), con livello basso di scolarità (23,11%), occupati (64,17%). I suicidi si realizzano nella propria abitazione (68,2%) ed i metodi comunemente più utilizzati sono l'impiccagione, lo strangolamento ed il soffocamento (75,08%).

Questo profilo socio-demografico consente di mettere in evidenza alcuni elementi che influenzano tale comportamento antisociale e alcuni fattori di rischio suicidario nell'ambito della popolazione messicana, fornendo la possibilità di attivare adeguate misure preventive.

Résumé

Le suicide est un comportement antisocial qui a marqué l'histoire de l'humanité. L'objectif général de cette recherche était de dresser le profil sociodémographique du suicide au Mexique. Les données des suicides au Mexique entre 1990 et 2011 ont été obtenues de l'Institut National de Statistique et Géographie (INEGI).

Le profil obtenu était : les suicides sont commis par des hommes (83,12%), âgés de 20 à 24 ans (16,85%), célibataires (42,48%), ayant un niveau d'éducation primaire (23,11%), qui travaillent (64,17%). Les suicides ont lieu à la maison (68,2%) et les méthodes les plus couramment utilisées sont la pendaison, l'étranglement et l'étouffement (75,08%).

Ce profil sociodémographique révèle des facteurs qui favorisent ce comportement antisocial et met en évidence certains facteurs de risque de commettre un suicide parmi la population mexicaine, permettant de prendre les mesures préventives appropriées.

Abstract

Suicide is an antisocial behaviour that has prevailed since the beginning of the history of mankind. The overall objective of this research was to determine the socio-demographic inductive profile of suicide in Mexico. The data on suicides in Mexico were obtained from the National Institute of Statistics and Geography (INEGI) in the period from 1990 to 2011. The profile obtained was: suicides committed in Mexico are by males (83.12%), aged between 20 and 24 years (16.85%), singles (42.48%), with primary education (23.11%), with a job (64.17%). Suicides take place at home (68.2%), and the most commonly used methods are hanging, strangulation, and suffocation (75.08%).

This socio-demographic profile reveals some factors influencing this antisocial behaviour and some of Mexico's population risk factors on committing suicide, allowing for the timely implementation of preventive measures.

* Maestría en Criminología y Ciencias Forenses de la Universidad Autónoma de Tamaulipas - Unidad Académica Multidisciplinaria Reynosa Aztlán.

* Profesor investigador Universidad Autónoma de Tamaulipas, Maestría en Criminología y Ciencias Forenses de la Universidad Autónoma de Tamaulipas - Unidad Académica Multidisciplinaria Reynosa Aztlán.

1. Introducción.

El suicidio es una conducta que ha prevalecido a lo largo de la historia de la humanidad, actualmente en cifras en un tercio de los países del mundo, las tasas de suicidio han ido en aumento, y el grupo de mayor riesgo es el de los jóvenes¹. Según la Organización Mundial de la Salud a nivel mundial “Se calcula que cada año se cometen 900,000 suicidios. Esto significa una muerte cada 40 segundos. El suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años”. Esta organización estima que para el año 2020, el número de defunciones por esta causa crecerá un 50% para alcanzar las 1,5 millones de muertes anuales².

En lo que concierne a México las cifras de suicidio se han incrementado notablemente, en 1970 se registraron 554 muertes por suicidio en todo el país³, 37 años después en 2007, las muertes por esta misma acción figuraron en 4,388; se observó un crecimiento en la tasa de suicidios del 275% al año 2007. En cuanto a la edad el suicida figuró en el 2007 como una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre los 15 y 24 años⁴. Otro estudio nos muestra que de ser 3,459 difuntos en

2000, pasaron a 4,267 en 2006, es decir, en estos años tuvo un incremento de más del 20%, los suicidios pasaron de 3.44 a 3.97 por cada cien mil habitantes⁵.

La conducta antisocial de suicidio afecta a la sociedad de diferentes maneras, proporciona un modelo a seguir para la solución drástica de los problemas, muestra las fallas de los controles sociales hacia la preservación de la vida, afecta a la conceptualización de una sociedad y repercute en su familia y seres queridos de una manera devastadora.

A la Criminología le interesa su estudio con el objetivo de lograr la función explicativa y finalmente la prevención de la conducta. El suicidio ha sido siempre un enigma ante el cual toda explicación que se intenta para esclarecer sus razones resulta insuficiente. Para ello es necesario identificar el objeto de estudio individual activo, que también es pasivo en las conductas de suicidio: el suicida.

Una de las técnicas que sirve para proporcionar una descripción del tipo de sujeto general que comete conductas antisociales es el perfil sociodemográfico inductivo, este perfil se refiere al conjunto de características sociales e individuales que se obtienen mediante la inducción, es decir, de casos particulares a conclusiones generalizadas. Investigaciones en cuanto a perfilación inductiva han proporcionado información útil para la descripción, clasificación y explicación de las conductas antisociales y de

¹ Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, *Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina. Algunas aproximaciones*, 2011, Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/3-perfil-epidemiologico-del-suicidio.pdf>, Fecha de Consulta: 08 de enero de 2013.

² Organización Mundial de la Salud, *¿Cómo se puede prevenir el suicidio?*, 2012, Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/24/es/index.html>, Fecha de consulta: 05 de enero de 2013.

³ Borges G., Rosovsky H., Gómez C. y Gutiérrez R., “Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994”, *Salud Pública México*, 38(3), 1996, pp. 197-206.

⁴ Borges G., Orozco R., Benjet C. y Medina-Mora M. E., “Suicidio y conductas suicidas en México:

retrospectiva y situación actual”, *Salud pública de México*, 52(4), 2010, pp. 292-304.

⁵ Sánchez L., *La muerte violenta en México: 2000-2006. Tesis del Colegio de la Frontera Norte*, México, 2008, Disponible en: http://docencia.colef.mx/system/files/Tesis%20parte%201_26.pdf, Fecha de consulta: 15 de enero de 2013.

los sujetos que las cometen. Como consecuencia de la obtención de estos perfiles también se logra un panorama de la sociedad en que reside el suicida, en cuanto a la preservación de la vida por parte de sus integrantes y el nivel de efectividad de los medios de control social por parte del gobierno.

En base a la magnitud del problema que representa el suicidio, se han realizado diversas actividades científicas, en diferentes partes del mundo; existiendo estudios de diversas metodologías pero con el mismo objetivo. Un estudio realizado en Brasil⁶, tomo en cuenta los periodos de 1980 a 2006, donde se obtuvieron las siguientes características sociodemográficas: hombres (77.3%) sexo de mayor incidencia, en edad, entre 20 a 29 años (34.2%), estado civil, soltero (44.8%), con poca educación formal (38.2%), la propia casa, fue el lugar del suicidio más predominante (51%) y el método más utilizado fue el ahorcamiento (47.2%).

Otro estudio aplicado en Olot, municipio de España⁷, donde se realizó un análisis de los años de 1936 hasta el año 2000, arrojó que el suicidio ha sido más frecuente en hombres (68.1%), la edad más común fue de 66-75 años (21.1%). La tasa de suicidio ha sido variable durante el período estudiado. En los varones el pico fue 14.92 en 1961-1965 y descendió hasta 8.64 en 1996- 2000. Las mujeres tuvieron una tasa inferior a la de los hombres, excepto que en 1946-1950 (7.71 frente a 3.09) y 1976-1980 (5.7 frente a 4.9). Los métodos

⁶ Lovisi G., Santos S., Legay L., Abelha L., Valencia E., “Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006”, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 2009, pp. 86-94.

⁷ Fageda A., Panicali F., Pujiula J., Farrés C., Sánchez-Moreno J. y Vieta E., “Mortalidad por suicidio en Olot desde 1936 hasta 2000”, *Actas Españolas de Psiquiatria*, 37(5), 2009, pp. 282-288.

más utilizados en los hombres fueron el ahorcamiento (52%) y el disparo (18%) y en las mujeres no hubo diferencias entre los métodos.

El estudio realizado por Centers for Disease Control and Prevention⁸ sobre el suicidio respecto al año de 2010, reveló que en Estados Unidos el suicidio se ubicó como la décima causa de muerte para todas las edades con una incidencia de 38,364 resultando un promedio de 105 cada día; de acuerdo al sexo el masculino representó el 79% resultando que aproximadamente de cada cuatro personas del sexo masculino que se suicida una del sexo femenino lo hace. El método más común resultó por arma de fuego para el sexo masculino con un 56% y para el sexo femenino el método más común resultó ser por envenenamiento en un 37.4%.

Respecto a este mismo tema se han desarrollado diversas investigaciones con el fin de identificar las variables constantes en el fenómeno del suicidio⁹.

⁸ Centers for Disease Control and Prevention, *Suicide: Facts at a Glance*, <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>, 2012, Fecha de Consulta: 27 de enero de 2013.

⁹ Boletín de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo, *Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina, 1988-2008*, Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/m_perfil-epidemiologico-suicidio-argentina.pdf, Fecha de consulta: 05 de febrero de 2013; Fageda A., *op. cit.*, 2009; Gaxiola R., “El estado civil y el suicidio en Baja California Sur”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(4), 2009, pp. 383-386; Lovisi G., Santos S., Legay L., Abelha L., Valencia E., “Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006”, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 2009, pp. 86-94; Monreal V., “Epidemiología del suicidio. Chile 2000-2002”, *Cuadernos Médico Sociales*, 49(3), 2009, pp. 209-219; Ocampo R., Bojorquez I. y Cortés M., “Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006”, *Salud Pública de México*, 51, 2009, pp. 306-313; Borges G., Medina-Mora M. A., Orozco R.,

Es importante mencionar que las tasas de suicidio alrededor del mundo varían de acuerdo con aspectos culturales, regionales y sociodemográficos¹⁰, el perfil está supeditado en base a la sociedad en que se desarrolla el individuo por tanto es necesario establecer características de perfiles en base a las diferentes sociedades.

El objetivo del presente estudio fue obtener el perfil sociodemográfico inductivo del suicida en México mediante el análisis estadístico de los suicidios registrados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), correspondiente al periodo de 1990 a 2011.

2. Material y Métodos.

La presente investigación procede de un diseño de investigación observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, donde se manejaron variables cualitativa-cuantitativas. Los datos sobre suicidios en México se obtuvieron del INEGI, los cuales son obtenidos directamente de los certificados de defunción expedidos por médicos forenses, que posteriormente son anexados a la averiguación previa.

Ouéda C., Villatoro J. y Fleiz C., "Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México", *Salud Mental*, 2009, pp. 413-425; Borges G., Orozco R., Benjet C. y Medina-Mora M. E., "Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual", *Salud pública de México*, 52(4), 2010, pp. 292-304; González A., Rodríguez Á., Aristizábal A., García J., Palacio C. y López C., "Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica", *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2), 2010, pp. 251-267; Sáenz M., "Aportes para una Epidemiología del Suicidio en Costa Rica: Un Análisis de la Primera Década del Siglo XXI", *Revista de Ciencias Sociales*, 131-132, 2011, pp. 37-55; Marín-León L., Bosco H., Botega N. J., "Suicide in Brazil, 2004–2010: the importance of small counties", *Revista Panamericana de Salud Publica*, 32(5), 2012, pp. 351-359.

¹⁰ Lovisi y col., *op. cit.*, 2009.

Las variables correspondientes al periodo de 1990 a 2011: Sexo, edad, estado civil, escolaridad, situación laboral y lugar de ocurrencia, se obtuvieron directamente de la página electrónica, de la sección mortalidad en donde se concentran las defunciones accidentales y violentas¹¹. Para la variable: Medio empleado, se utilizaron los datos del periodo 2005 a 2010, los datos se obtuvieron de los documentos publicados y disponibles en la página web, donde se presenta información anual detallada y estructurada en versión PDF de carácter público¹². La información obtenida presentaba una situación de clasificación de variables establecida, basada principalmente en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), la cual es una norma que utiliza la Organización Mundial de Salud (OMS) y Organización Panamericana de Salud (OPS), con la finalidad de realizar análisis comparativos entre los países, esta clasificación se respetó y se utilizó en la presentación de resultados.

Como Criterios de inclusión para formar parte de la muestra se tomó en cuenta que la muerte hubiera sido violenta, que el tipo de muerte haya sido por suicidio, que estuviera comprendida en el periodo de 1990 a 2011 y sucedido en México. El perfil se obtuvo tomando en cuenta los datos estadísticos de cada variable con mayor frecuencia absoluta.

Para la determinación de las tasas de suicidio se utilizaron de igual manera los datos de los censos realizados por el INEGI de los años correspondientes.

3. Resultados y Discusión.

¹¹ INEGI, 2013.

¹² INEGI, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010.

Según cifras del INEGI, en el periodo de 1990 a 2011 sucedieron 80,202 suicidios en el país (Ver Tabla 1).

Es apreciable como las incidencias por suicidio han aumentado conforme avanzan los años, entre los hallazgos del análisis de los datos se puede mencionar el incremento de un 130% de la tasa de suicidios de 1990 a 2011, calculada por cada 100,000 habitantes, en 1990 la tasa era de 2.38 y en 2011 figura en 5.09. Aún con estos datos las incidencias de suicidios no ubican a México como un país en los que se cometen más suicidios, a comparación con Estados Unidos que solo en 2010 registro un poco menos de la mitad de decesos por suicidio (38,364)¹³ de los sucedidos en México en 21 años (80,202), ya que como explica Sáenz Rojas¹⁴ “Las tasas de suicidio varían en cada país, región y década, en relación directa con los múltiples factores que se asocian con la conducta suicida”.

Según datos de la International Association for Suicide Prevention (IASP) (2012) “Las tasas de suicidios más altas se registran en países de Europa Oriental, como Lituania y la Federación de Rusia, y las más bajas en los países de América Central y del Sur, tal es el caso de Perú, México (sic), Brasil y Colombia. Los Estados Unidos, Europa occidental y Asia están en el rango medio. Desafortunadamente, para muchos países en África y algunos países del sudeste de Asia las estadísticas de suicidio aún no están disponibles”. Para una mejor observación los resultados se han agrupado de acuerdo a cada variable:

Sexo:

¹³ Centers for Disease Control and Prevention, *op. cit.*, 2012.

¹⁴ Sáenz M., *op. cit.*, 2011.

Según la OMS (2004) en las zonas rurales de China, es donde se suicidan más hombres que mujeres. A nivel mundial se estima un promedio cercano a tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino¹⁵; “En Europa y en los países de habla inglesa la relación hombre mujer es 3-4:1; en los países asiáticos la relación es 2:1, o llega a igualarse, y sólo en China la proporción de mujeres que llegan a suicidarse es el doble que la de hombres”¹⁶ (Ver Tabla 1).

En México se suicidan más sujetos del género masculino que del femenino, los hombres representa un factor de riesgo considerable para la comisión de la conducta antisocial del suicidio.

En cuanto a esto se han realizado diferentes aproximaciones explicativas, algunos consideran que “Cabría suponer que mientras las muertes violentas de los hombres están más afectadas por las condiciones sociales y de criminalidad en un tiempo y en espacio determinado, parece que las de las mujeres se ven afectadas en menor medida por estas situaciones”¹⁷.

Otros mencionan que esto se debe a los métodos que utiliza para consumir el suicidio, siendo estos menos violentos y letales que el de los hombres¹⁸.

¹⁵ Monreal V., “Epidemiología del suicidio. Chile 2000-2002”, *Cuadernos Médico Sociales*, 49(3), 2009, pp. 209-219.

¹⁶ González A., Rodríguez Á., Aristizábal A., García J., Palacio C. y López C., “Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica”, *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2), 2010, pp. 251-267.

¹⁷ INEGI, 2012.

¹⁸ Navarro E., Tuesca R., “Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio”, *Revista Salud Uninorte*, 17, 2003, pp. 19-28; Lovisi G., Santos S., Legay L., Abelha L., Valencia E., “Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006”, *Revista Brasileira de Psiquiatría*, 31(2), 2009, pp. 86-94; Nizama M., “Suicidio”, *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 2011; Sáenz M., “Aportes para una Epidemiología del Suicidio en Costa Rica: Un

Sáenz refiere que existe una asociación entre masculinidad y violencia.

Lovisi y col.¹⁹ consideran también que el género masculino tiene más intenciones de morir. Stack²⁰ menciona que “Otros factores que pueden influir en la baja mortalidad de tasa de suicidio entre las mujeres, incluyen la menor prevalencia en alcoholismo, fuertes creencias religiosas, mejor apoyo social y una mayor disposición a buscar ayuda para los trastornos mentales y la ideación suicida”.

Los hallazgos es cuanto al sexo que más comete suicidio son semejantes a los de diversos autores²¹.

Edad:

La variable que presentó mayor número de repeticiones resultó la correspondiente al intervalo 20-24 años, sin embargo los intervalos inmediatos, 15-19 y 25-29, también presentaron frecuencias considerables, tomando en cuenta

estos tres intervalos, o mejor aún el intervalo de 15-29 años, que por sí solo representa el 43.85% del total de los suicidas (Ver Tabla 2), se puede mencionar que el suicida se encuentra con mayor regularidad en la etapa de adolescencia y juventud, según la clasificación de las etapas de la vida desde el punto de vista biológico de Ismael Vidales y col.²².

El estudio desarrollado en Brasil²³ que comprendió el análisis de 26 años de suicidios arrojó una edad común entre 20 a 29 años (34.2%), algo semejante a los hallazgos encontrados, sin embargo el análisis de 64 años en Olot de España²⁴, arrojó como edad más común el intervalo de 66-75 años (21.1%). Como es observable, la edad también atiende a las variables de cada sociedad en estudio. Según la OMS (2004) recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.

Otro de los hallazgos fue la notable decadencia del acto suicida conforme pasa la etapa de juventud, pareciera ser que en México la madurez y la vejez fungen como factores repelentes de esta conducta.

Estado Civil:

La variable que presentó mayormente es la correspondiente al estado civil soltero, sin embargo los casos de suicidas con estado civil casado también son relevantes, no así en los demás estados civiles. El estado civil soltero

Análisis de la Primera Década del Siglo XXI”, *Revista de Ciencias Sociales*, 131-132, 2011, pp. 37-55.

¹⁹ Lovisi y col., *op. cit.*, 2009.

²⁰ Stack S., “Blues fans and suicide acceptability”, *Death Studies*, 24(3), 2000, pp. 223-231.

²¹ Arranz F., *Epidemiología de la conducta suicida*, Madrid, Libro del Año, 1997; Sáiz P., *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*, Barcelona, Masson, 1997; Fageda A., Panicali F., Pujiula J., Farrés C., Sánchez-Moreno J. y Vieta E., “Mortalidad por suicidio en Olot desde 1936 hasta 2000”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(5), 2009, pp. 282-288; Monreal V., “Epidemiología del suicidio. Chile 2000-2002”, *Cuadernos Médico Sociales*, 49(3), 2009, pp. 209-219; Ocampo R., Bojorquez I. y Cortés M., “Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006”, *Salud Pública de México*, 51, 2009, pp. 306-313; Lovisi G., Santos S., Legay L., Abelha L., Valencia E., “Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006”, *Revista Brasileira de Psiquiatría*, 31(2), 2009, pp. 86-94; Centers for Disease Control and Prevention, *Suicide: Facts at a Glance*, <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>, 2012, Fecha de Consulta: 27 de enero de 2013.

²² Vidales I., Vidales F. y Leal I., *Psicología General*, Segunda Edición, México, Limusa, 2006.

²³ Lovisi y col., *op. cit.*, 2009.

²⁴ Fageda y col., *op. cit.*, 2009.

concuera con el estudio realizado en Brasil²⁵ (Ver Tabla 2).

Alfred Adler²⁶ propuso que eran tres los problemas a los que subordinan todas las funciones de la vida, siendo: la vida social, el trabajo y el amor. La reacción ante estos tres problemas es lo que denomina estilo de vida. “Cuando la reacción no es adecuada, (la incapacidad para resolver la vida social, el trabajo y/o el amor) el sujeto desarrolla conductas desviadas”.

Durkheim, trató de explicar la relación entre estado civil y suicidio. Usó el concepto de integración social, refiriéndose a la fuerza de cohesión social de las personas casadas.

Unos de los tipos de suicidio a los que hace mención es el anómico, resultado de cambios inesperados en el estado social de las personas, por ejemplo, de estar casado y cambiar a viudo o divorciado. De acuerdo con el autor, las personas casadas disfrutaban de lo que él llamó un gran “coeficiente de preservación”, ya que la vida marital provee de sentido de cohesión y apoyo²⁷.

De igual manera otros estudios coinciden con este hallazgo²⁸.

Escolaridad:

²⁵ Lovisi y col., *op. cit.*, 2009.

²⁶ Rodríguez L., *Criminología*, Vigésimosegunda Edición, México, Porrúa, 2007, p. 387.

²⁷ Gaxiola R., “El estado civil y el suicidio en Baja California Sur”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(4), 2009, pp. 383-386.

²⁸ Fageda A., Panicali F., Pujiula J., Farrés C., Sánchez-Moreno J. y Vieta E., “Mortalidad por suicidio en Olot desde 1936 hasta 2000”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(5), 2009, pp. 282-288; Lovisi G., Santos S., Legay L., Abelha L., Valencia E., “Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006”, *Revista Brasileira de Psiquiatría*, 31(2), 2009, pp. 86-94; Centers for Disease Control and Prevention, *Suicide: Facts at a Glance*, <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide->

La variable que presentó mayor número en cuanto al grado de escolaridad resultó la correspondiente a primaria completa, sin embargo la variable primaria incompleta y secundaria completa también figuraron entre las más comunes, siendo esta última la que solo se alejó de la variable con mayor número de frecuencia absoluta, con una diferencia de 1,500 incidencias aproximadamente (Ver Tabla 2).

Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 (ENA)²⁹ 349,987 jóvenes de entre 12 y 29 años intentaron suicidarse en 2008; casi la mitad de ellos habían cursado la secundaria. De dicha cifra, siete de cada 10 estaban sin trabajo. La investigación resalta que seis de cada 10 que planearon suicidarse no estudiaban, principalmente los que tienen entre 18 y 29 años, y nueve de cada 10 de entre 18 y 24 años no trabajaban. La mayoría tenía escolaridad máxima de secundaria. Concluyendo en que “Existe una fuerte asociación entre la situación del desempleo y la falta de estudios con la conducta suicida no sólo en jóvenes, pero éstos resultan ser los más expuestos a la problemática suicida”.

En México seis de cada diez jóvenes no estudian ni preparatoria ni universidad, de acuerdo con el INEGI. En los tiempos de la brutal competencia para entrar al mercado laboral, carecer de estudios profesionales es casi garantía absoluta de ser excluido del mundo profesional y, por ende, de

[datasheet-a.pdf](#), 2012, Fecha de Consulta: 27 de enero de 2013.

²⁹ Avilés K., “Suicidio y narco, opciones de jóvenes por el fracaso educativo”, en *La jornada*, 2010, Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/01/12/sociedad/033n1soc>, Fecha de consulta: 02 de febrero de 2013.

concretar los más elementales anhelos de la vida adulta³⁰.

Situación laboral:

La variable que presentó mayor número de repeticiones resultó la correspondiente contar con un empleo, solo el 25% aproximadamente no tenían trabajo al momento de cometer el suicidio (Ver Tabla 2).

En información recabada del ENA³¹ refiere la interacción de la asociación con el desempleo y el suicidio, en países orientales como Japón, sin embargo en base a nuestros resultados el nivel de desempleado es menor.

Lugar de ocurrencia:

La variable que presentó mayor número de repeticiones resultó la correspondiente al hogar, siendo este el escenario de mayor elección para el suicida, que decide realizar el acto, resultado semejante a los hallazgos de Lovisi y col.³² (Ver Tabla 2).

El hogar del suicida le proporciona mayores ventajas que otros lugares, en relación al tiempo, calma y control para llevar el acto hasta sus últimas consecuencias.

“El lugar de los hechos, como gusta decir a los criminólogos, es también un performance social donde adquieren sentido los objetos materiales, los lugares, los mensajes y los cuerpos”³³.

Medio empleado:

³⁰ Proal J., “Los jóvenes mexicanos abrazan el suicidio”, en *Revista Proceso*, 2013, Disponible en: <http://www.proceso.com.mx/?p=330315>, Fecha de consulta: 01 de febrero de 2013.

³¹ Avilés K., *op. cit.*, 2010.

³² Lovisi G., Santos S., Legay L., Abelha L., Valencia E., “Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006”, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 2009, pp. 86-94.

³³ Payá V., Gómez P. y Vega W., *El Don y la palabra: Un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida*, Universidad Autónoma de México, México, Juan Pablo Editores, 2012.

La variable que presentó mayor número de incidencias resultó la correspondiente al ahorcamiento, sofocación o estrangulamiento, otros estudios han obtenido los mismos resultados en cuanto al ahorcamiento, el ahorcamiento figura alrededor del mundo como uno de los medios más comunes para cometer el acto³⁴, los dos restantes son poco mencionados, sin embargo se respetó la clasificación hecha por el INEGI (Ver Tabla 2). “La muerte debido a la asfixia por ahorcamiento es la más frecuente en los casos de suicidio ocupando el primer lugar, ahorcarse tiene una gran efectividad puesto que la muerte llega en muy poco tiempo y sin demasiado sufrimiento”³⁵. Los métodos empleados varían de forma importante según los países, las culturas, características demográficas y épocas. En la elección del método intervienen múltiples factores, como la disponibilidad y accesibilidad de los mismos, su aceptación sociocultural, la imitación, y la confianza en su capacidad letal. Así, por ejemplo, en los Estados Unidos el 57 % de los suicidios consumados se producen mediante armas de fuego, mientras que en España, donde el acceso a las armas de fuego es más difícil, los métodos más empleados son la precipitación, las intoxicaciones y el ahorcamiento. En relación al sexo, los métodos más violentos son utilizados más por los varones, mientras que las mujeres suelen utilizar métodos menos violentos como la ingesta de fármacos³⁶. El método o medio utilizado para el suicidio está en relación con las características del medio social y

³⁴ Lovisi G. y col., *op. cit.*, 2009.

³⁵ Payá V. y col., *op. cit.*, 2012.

³⁶ Arranz F., *Epidemiología de la conducta suicida*, Madrid, Libro del Año, 1997.

cultural; depende del espacio social-tiempo de la edad del individuo, y de su profesión³⁷.

4. Conclusiones.

El sexo masculino es el que tiene mayor número de registros de suicidios en México. El perfil sociodemográfico es de 20 a 24 años de edad, estado civil comúnmente soltero (a), escolaridad de nivel primaria terminada y situación laboral estable. Los suicidios se llevan a cabo principalmente en el hogar, y el medio que utilizan para causarse la muerte es el ahorcamiento, la sofocación o el estrangulamiento. Las características sociodemográficas obtenidas del perfil, revelan factores criminógenos y de riesgo, que intervienen en la población de México para cometer suicidio, permitiendo con estos datos instrumentar medidas de prevención. Cabe la posibilidad de extender el alcance de este estudio, ya que existen más datos sociodemográficos como el nivel de ingresos, el domicilio, posición en la familia etc., los cuales podrían aportar más información para comprender y explicar al suicida.

³⁷ Marchori H., *El suicidio, enfoque criminológico*, Tercera Edición, México, Porrúa, 2006.

Año	Masculino	Femenino	No Especificado	Total
1990	1657	281	3	1941
1991	1799	315	6	2120
1992	1903	343	1	2247
1993	2027	331	1	2359
1994	2210	393	0	2603
1995	2449	443	2	2894
1996	2523	495	2	3020
1997	2828	541	1	3370
1998	2827	514	1	3342
1999	2831	509	0	3340
2000	2937	538	0	3475
2001	3133	678	0	3811
2002	3211	660	0	3871
2003	3405	698	1	4104
2004	3435	678	4	4117
2005	3579	736	0	4315
2006	3563	713	1	4277
2007	3620	774	1	4395
2008	3817	864	0	4681
2009	4201	989	0	5190
2010	4091	921	0	5012
2011	4621	1095	2	5718
TOTAL	66667	13509	26	80202

Tabla 1: Suicidios en México de 1990 a 2011 (INEGI, 2013).

Rango de edad	
Edades	Incidencia
Menores de 1 año	0
1-4 años	0
5-9 años	58
10-14 años	2761
15-19 años	10796
20-24 años	13519
25-29 años	10864
30-34 años	8882
35-39 años	7270
40-44 años	5564
45-49 años	4650
50-54 años	3568
55-59 años	2863
60-64 años	2292
65-69 años	1999
70-74 años	1618
75-79 años	1282
80-84 años	886
85 años y +	800
No especificado	530
Total	80202

Estado civil	Cantidad
Menores de 12 años	461
Soltero	34075
Casado	28106
Unión libre	10639
Separado	500
Divorciado	1680
Viudo	2575
No especificado	2166
Total	80202

Situación laboral	
S. laboral	Cantidad
Trabaja	51467
No trabaja	20701
No especificado	7573
Menores de años 12	461
Total	80202

Escolaridad	
Escolaridad	Cantidad
Sin escolaridad	6272
Primaria incompleta	15086
Primaria completa	18541
Secundaria incompleta	3378
Secundaria completa	17003
Preparatoria	8619
Profesional	5352
No especificada	5951
Total	80202

Lugar de ocurrencia	
L. Ocurrencia	Cantidad
Hogar	54700
Trabajo	1372
Via pública	4582
Centro de recreo	485
Edificio público	838
Otro	6147
Institución residencial	282
Escuela u oficina pública	169
Área comercial o de servicios	345
Área industrial (taller, fábrica u obra)	215
Granja (rancho o parcela)	1107
No especificado	9960
Total	80202

Medio empleado	
M. empleado	Total
Ahorcamiento. Sofocación o Estrangulación	20354
Disparo de arma	3406
Envenenamiento	2272
Saltar de un lugar elevado	143
No especificado	932
Total	27107

Tabla 2: Perfil sociodemográfico del suicida en México de 1990 a 2011 (INEGI, 2013).

REFERENCIAS.

- Arranz F., *Epidemiología de la conducta suicida*, Madrid, Libro del Año, 1997.
- Avilés K., “Suicidio y narco, opciones de jóvenes por el fracaso educativo”, en *La jornada*, 2010, Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/01/12/sociedad/033n1soc>, Fecha de consulta: 02 de febrero de 2013.
- Boletín de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo, *Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina*, 1988-2008, Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/m_perfil-epidemiologico-suicidio-argentina.pdf, Fecha de consulta: 05 de febrero de 2013.
- Borges G., Rosovsky H., Gómez C. y Gutiérrez R., “Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994”, *Salud Pública México*, 38(3), 1996, pp. 197-206.
- Borges G., Medina-Mora M. A., Orozco R., Ouéda C., Villatoro J. y Fleiz C., “Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México”, *Salud Mental*, 2009, pp. 413-425.
- Borges G., Orozco R., Benjet C. y Medina-Mora M. E., “Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual”, *Salud pública de México*, 52(4), 2010, pp. 292-304.
- Centers for Disease Control and Prevention, *Suicide: Facts at a Glance*, <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/s>

- [uicide-datasheet-a.pdf](#), 2012, Fecha de Consulta: 27 de enero de 2013.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, *Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina. Algunas aproximaciones*, 2011, Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/3-perfil-epidemiologico-del-suicidio.pdf>, Fecha de Consulta: 08 de enero de 2013.
 - Fageda A., Panicali F., Pujula J., Farrés C., Sánchez-Moreno J. y Vieta E., “Mortalidad por suicidio en Olot desde 1936 hasta 2000”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(5), 2009, pp. 282-288.
 - Gaxiola R., “El estado civil y el suicidio en Baja California Sur”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(4), 2009, pp. 383-386.
 - González A., Rodríguez Á., Aristizábal A., García J., Palacio C. y López C., “Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica”, *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2), 2010, pp. 251-267.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, 2005, Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenido/s/espagnol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2005bis/suicidios_05.pdf, Fecha de consulta: 20 de enero de 2013.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, 2006, Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenido/s/espagnol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2006/suicidios_2006.pdf, Fecha de consulta: 20 de enero de 2013.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, 2007, Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenido/s/espagnol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2007/suicidios_2007.pdf, Fecha de consulta: 20 de enero de 2013.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, 2008, Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenido/s/espagnol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2008/suicidios_2008.pdf, Fecha de consulta: 20 de enero de 2013.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, 2009, Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenido/s/espagnol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2009/suicidios_2009.pdf, Fecha de consulta: 20 de enero de 2013.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, 2010, Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenido/s/espagnol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2010/suicidios_2010.pdf, fecha de consulta: 20 de enero de 2013.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Mujeres y Hombres en México 2011*, Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenido/s/espagnol/bvinegi/productos/integracion/socio-demografico/mujeresyhombres/2011/MyH2011.pdf, Fecha de consulta: 08 de enero de 2013.
 - Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Mortalidad general, información de 1990 a 2011*, Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mort_mg?s=est&c=11144, Fecha de consulta: enero de 2013.
 - International Association for Suicide Prevention, *World Suicide Prevention, Suicide Prevention the Globe: Strengthening Factors and Instilling Hope*, 2012, Disponible en: http://iasp.info/wspdp/pdf/2012_wspdp_brochure.pdf, Fecha de consulta 20 de enero de 2013.
 - Lovisi G., Santos S., Legay L., Abelha L., Valencia E., “Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006”, *Revista Brasileira de Psiquiatría*, 31(2), 2009, pp. 86-94.
 - Marchori H., *El suicidio, enfoque criminológico*, Tercera Edición, México, Porrúa, 2006.
 - Marín-León L., Bosco H., Botega N. J., “Suicide in Brazil, 2004–2010: the importance of small counties”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(5), 2012, pp. 351-359.
 - Monreal V., “Epidemiología del suicidio. Chile 2000-2002”, *Cuadernos Médico Sociales*, 49(3), 2009, pp. 209-219.
 - Navarro E., Tuesca R., “Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio”, *Revista Salud Uninorte*, 17, 2003, pp. 19-28.
 - Nizama M., “Suicidio”, *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 2011.
 - Ocampo R., Bojorquez I. y Cortés M., “Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia

- Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006”, *Salud Pública de México*, 51, 2009, pp. 306-313.
- Organización Mundial de la Salud, *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*, 2004, Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>, Fecha de consulta: 28 de enero de 2013.
 - Organización Mundial de la Salud, *¿Cómo se puede prevenir el suicidio?*, 2012, Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/24/es/index.html>, Fecha de consulta: 05 de enero de 2013.
 - Payá V., Gómez P. y Vega W., *El Don y la palabra: Un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida*, Universidad Autónoma de México, México, Juan Pablo Editores, 2012.
 - Proal J., “Los jóvenes mexicanos abrazan el suicidio”, en *Revista Proceso*, 2013, Disponible en: <http://www.proceso.com.mx/?p=330315>, Fecha de consulta: 01 de febrero de 2013.
 - Rodríguez L., *Criminología*, Vigésimosegunda Edición, México, Porrúa, 2007.
 - Sáenz M., “Aportes para una Epidemiología del Suicidio en Costa Rica: Un Análisis de la Primera Década del Siglo XXI”, *Revista de Ciencias Sociales*, 131-132, 2011, pp. 37-55.
 - Sáiz P., *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*, Barcelona, Masson, 1997.
 - Sánchez L., *La muerte violenta en México: 2000-2006. Tesis del Colegio de la Frontera Norte*, México, 2008, Disponible en: http://docencia.colef.mx/system/files/Tesis%20parte%201_26.pdf, Fecha de consulta: 15 de enero de 2013.
 - Stack S., “Blues fans and suicide acceptability”, *Death Studies*, 24(3), 2000, pp. 223-231.
 - Vidales I., Vidales F. y Leal I., *Psicología General*, Segunda Edición, México, Limusa, 2006.