

El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011

René Alejandro JIMÉNEZ-ORNELAS
y Leticia CARDIEL-TÉLLEZ

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

En las últimas dos décadas, al igual que en el resto del mundo, las tasas de mortalidad por suicidio en México han presentado una constante tendencia al incremento. Esto ha catalogado al suicidio como un problema de salud que debe ser analizado desde un enfoque multidimensional, para así examinar las características socio demográficas de los suicidas que permitan generar medidas preventivas ante dicha situación y, por ende, procurar la disminución de la incidencia de este fenómeno que se encuentra actualmente dentro de las tres principales causas de muerte en el país. Este texto busca presentar un panorama general de la tendencia del suicidio en México durante el periodo 1990-2011, así como indagar en los rasgos generales de la conducta suicida de la población mexicana y los posibles factores que repercuten en las altas tasas de suicidio.

Palabras clave: Suicidio en México, causas del suicidio, tendencia suicida, tasas de mortalidad por suicidio, conducta suicida.

Abstract

Suicide and social trends in Mexico: 1990-2011

The suicide mortality rates in Mexico have risen steadily over the past two decades as in the rest of the world. This has led to consider suicide as a health problem that must be analyzed from a multidimensional approach to examine the socio demographic characteristics of suicide to generate preventive measures for this problem and try to decrease the incidence of suicide, which currently is in the top three causes of death in the country. This paper aims to present an overview about the trend of suicide in Mexico of the period 1990-2011 and show the general characteristics of suicidal behavior in the country and the possible factors influencing the high rates of suicide.

Key words: Suicide in Mexico, causes of suicide, suicidal, suicide mortality rates, suicidal behavior.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el suicidio se ha presentado como un fenómeno que varía de acuerdo con la época y condiciones del país. En el tiempo prehispánico, por ejemplo, era considerado un acto de honor y veneración. Por el contrario, en la actualidad es visualizado como una decisión que proyecta debilidad, vergüenza o repudio. A pesar del rechazo generalizado en la sociedad, esta causa de mortalidad ha mostrado un incremento considerable a nivel nacional. Por esta razón, existe la necesidad de obtener algunas aproximaciones sobre el mismo, e inclusive de generar índices que permitan una interpretación de los acontecimientos o factores que dan pauta a dicho crecimiento.

Cabe destacar que dentro de su complejidad y multifactorialidad, el suicidio es sólo la manifestación más visible de un conflicto relacionado a aspectos personales, psicológicos, biológicos y sociales. Por ello, los estudios realizados en torno al tema resultan insuficientes para determinar un patrón del comportamiento suicida o de las casusas que lo suscitan. No obstante, la investigación generada al respecto sigue haciendo hincapié en el suicidio como una expresión de inconformidad o solución viable ante las adversidades y desigualdades del contexto social, político y económico mexicano.

¿QUÉ ES EL SUICIDIO?: APROXIMACIONES TEÓRICAS BIOPSIICOSOCIALES

De acuerdo con sus raíces etimológicas, la palabra suicidio proviene del latín *Sui* (de sí mismo) y *Cadere* (matar), que en conjunto significa “*matar a sí mismo*”. Debido a la gravedad e impacto de la acción, el suicidio ha representado un hecho perjudicial tanto a nivel individual como social, ya que se fundamenta en una intención o sentimiento destructivo. Considerado una amenaza para la estabilidad o bienestar del agente y su entorno, este atentado contra la vida debe distinguirse entre “intento de” y “suicidio consumado”. Cada uno determina e impacta de manera distinta a los actores involucrados.

Aunque las posturas y premisas en torno al tema merecen una exposición minuciosa, el presente trabajo indagará en algunas de las aproximaciones teóricas más relevantes con la finalidad de clarificar el fenómeno

desde su carácter biopsicosocial. Gracias a sus reflexiones y hallazgos, el trabajo sociológico de Émile Durkheim es considerado un pilar en el estudio y entendimiento de dicho comportamiento. En su obra *El suicidio* (1897), lo define como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la misma víctima, sabiendo ella que debía producir ese resultado”.

Entonces, en relación con lo anterior, el intento de suicidio se distinguirá por el impedimento de su consecuencia máxima: la muerte. No obstante, éste puede ocasionar crisis familiares, focalizar la atención en la persona o generar culpa y venganza por diversas cuestiones. En este sentido, el suicidio también puede conceptualizarse como “un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un contexto familiar vulnerable que no puede impedirlo” (Marchiori, 1998:1).

Si bien la intencionalidad no explica por completo los procesos que llevan a la persona hasta ese punto autodestructivo, el suicidio deja entrever fuertes sentimientos ambivalentes, los cuales, independientemente de significar una demanda de ayuda o una agresión hacia otras personas (Stengel, 1965), representan un móvil importante, si se consideran los resultados en la mayoría de los casos negativos de su ejecución o manifestación.

Desde una reflexión más profunda, el suicidio no se trata de una decisión personal privada, sino de un fenómeno social que obedece a ciertos factores socioculturales presentes en toda sociedad y que influyen de manera directa en la conducta suicida. Para Durkheim “no son los individuos los que se suicidan, sino la sociedad la que se suicida a través de ciertos miembros suyos” (1897: 17). Según la Teoría de Integración de Status propuesta por Gibbs y Martin (1964), el suicidio está estrechamente relacionado con las fuerzas que cohesionan a los individuos de una sociedad.

Por esta razón, consideran que la tasa de suicidio de una población es inversamente proporcional a la estabilidad de las relaciones sociales de dicha población. Es decir, si hay vínculos sociales más estables dentro de una sociedad, menores serán los riesgos de cometer suicidio. Al respecto, cabe señalar que para un análisis más detallado es necesario tomar en cuenta diversos aspectos socio demográficos como el sexo, la raza, la ocupación o el estado civil; con ellos podrán esbozarse las dinámicas o características sociales que inciden directamente en las decisiones personales de sus miembros.

Otra de las aportaciones más relevantes del sociólogo francés respecto al suicidio es la clasificación que hace en relación con su intencionalidad

derivada del vínculo social. En general, el autor distingue cuatro tipos: el suicidio egoísta, el anómico, el altruista y el fatalista. El primero se caracteriza por un exceso de individualismo y falta de interés en los objetivos comunes de la colectividad; este tipo de suicidio resulta bastante común en la época actual, ya que es resultado de una falta de integración de las personas en la sociedad.

Por el contrario, el suicidio anómico se asocia con la falta de orden social y la ausencia de normas a causa de la fractura existente entre el equilibrio de la sociedad y el sujeto. Éste se presenta con mayor frecuencia en las sociedades actuales.

En cuanto al suicidio altruista, su rasgo principal es un alto grado de integración a la sociedad, así como a un bajo nivel de individualización. Aquí, el interés del individuo está centrado en el bien de la sociedad y por ello está dispuesto a dar su vida por el bien común.

Finalmente, el suicidio fatalista se atribuye a la regulación excesiva de la sociedad, situación que coloca a la muerte como una solución a un estado de control insoportable.

La vertiente anterior ha vislumbrado las implicaciones sociales del suicidio, sin embargo, resulta insuficiente para explicar los elementos o condiciones de la esfera individual que lo provocan. Por este motivo, las explicaciones sobre el suicidio originadas en disciplinas como la Psicología, la Psiquiatría y el psicoanálisis son oportunas para su estudio. Pese a que todas ellas se refieren a los niveles intra e interpersonal, los supuestos no deben colocarse en un mismo punto de interpretación, de lo contrario se obviarían las grandes disyuntivas en el concepto de persona. Aquí sólo se hará mención de algunas premisas, sin adentrarse en sus similitudes o divergencias, su mención evitará la exclusión o menosprecio de las mismas.

En términos de la Psicología, la conducta suicida se compone de factores emocionales y cognitivos que llevan al individuo a buscar en la muerte una solución a las frustraciones, sufrimientos, enojos o miedos que lo agobian. Por lo tanto, la hostilidad, perturbación, constricción y cese son los elementos necesarios para deformar la realidad; con ellos, la persona deforma la realidad —enfaticando los matices más negativos de su entorno— para anteponer el deseo de “dormir eternamente” como el mejor camino para desaparecer junto con los problemas (Shneidman, 1976; citado en Villardón, 1993).

Dentro de las características psicológicas del suicidio, también se encuentran los rasgos de la personalidad que tienden a la agresividad, impulsividad, neurosis, ansiedad, perfeccionismo, apatía, pesimismo, rigidez

cognitiva, rechazo a recibir ayuda, escapismo o egocentrismo (Casullo, 2000; Villardón, 1993). Asimismo, la predominancia de un pensamiento irracional y, por ende, la falta de una fuente que controle el comportamiento (*locus de control*) son variables psíquicas por las cuales el individuo puede hacer una lectura equívoca de su lugar en la sociedad y decide suicidarse (Heman, 2001).

Al respecto, la teoría psico-interpersonal de Joiner (2005), al igual que la teoría de Durkheim, destaca que es de vital importancia el sentido de pertenencia para la supervivencia del individuo. Dicho de otra manera, cuando éste se encuentra presente, los niveles de suicidio son menores, en comparación con los resultados donde el sujeto se percibe aislado de la sociedad. Probablemente esto dilucide el nexo entre los actos de suicidio y el hecho de que, en su mayoría, sus agentes carecen de una relación sentimental estable. En efecto, el sentimiento de desvinculación con el contexto puede ser el principal carácter psicosocial del suicidio.

Otra de las corrientes teóricas que ha abordado las causas del suicidio es el psicoanálisis. Su máximo exponente, Sigmund Freud, afirmó en su obra *Más allá del principio del placer* (1920) la existencia de dos tipos de pulsiones que operan en el inconsciente: *Eros* (instinto de vida) y *Thanatos* (instinto de muerte). Los sentimientos ambivalentes generados por estas energías han desatado fuertes conflictos anímicos en donde el sujeto no siempre sale bien librado, pero también han permitido un equilibrio o estabilidad en la persona.

Sin embargo, como menciona el autor en *Duelo y melancolía* (1915: 62), en el suicidio intervienen sentimientos de melancolía, agresividad, ira y hostilidad que al no poder ser canalizados hacia el objeto fuente, son proyectados hacia el Yo. En otras palabras, la persona que experimenta esta furia, la revierte para satisfacer ese deseo de destrucción o aniquilación; esto igual puede ser entendido como un sadismo dirigido al Yo mismo.

Por último, el enfoque psiquiátrico explica al suicidio desde dos puntos de vista: por una parte, lo considera una consecuencia de alguna patología mental de índole individual y por otra, como una enfermedad de tipo epidémico, identificada en grupos de riesgo y variables frecuentes específicas. Algunas premisas psiquiátricas asocian la conducta suicida con trastornos afectivos como la esquizofrenia o la depresión; por su impacto a nivel interpersonal, esta última tiene más probabilidad de desenlazar en muerte (Clemente y González, 1996).

Con el paso del tiempo, la Psiquiatría amplió su visión del suicidio, dando pauta a comprenderlo como el síntoma o expresión de trastornos o

desequilibrios emocionales aún más complejos. En consecuencia, la población afectada por este fenómeno no necesariamente tendría que estar en condiciones mentales deplorables. Cualquier miembro de la sociedad podría ser un punto o blanco vulnerable y, por esta razón, los interesados en la materia deberían ampliar su campo de acción para prevenirla o contrarrestarla.

Una vez esbozadas las corrientes teóricas que más se aproximan al presente objeto de estudio, resulta pertinente exponer algunas de las definiciones institucionales que han marcado una línea de pensamiento y ejecución preponderantes en el tema. Referente al suicidio, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1976) lo precisó como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”. Mientras, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) lo concreta como “el acto o conducta de las personas que destruye su existencia” (2005: 15). En ambos casos, la aniquilación o menoscabo de la integridad personal es el foco de atención por sus altas probabilidades de prevenir o mitigar, en el peor de los casos.

En este mismo plano, la noción de intento de suicidio se enuncia como el “acto o conducta que realiza una persona con el objeto de atentar contra su propia existencia, sin lograrlo” (INEGI, 2005: 14). Al ser un antecedente de su consumación, el intento de suicidio acentúa una realidad muchas veces obviada: si bien la conducta suicida tiene como elemento fundamental la intención de causar un daño letal a sí mismo, en algunos casos la intención final del suicidio no siempre es la muerte. Entonces, más allá de la mortandad implicada, el suicidio debe contemplarse como una problemática corporal, anímica y, sobre todo, social, que puede detectarse a tiempo para mejorar la calidad de vida de quienes la padecen directa o indirectamente.

EL SUICIDIO EN MÉXICO: TENDENCIA SUICIDA DURANTE EL PERIODO 1990 -2011

Antes de situarlo en el contexto mexicano, el suicidio debe pensarse como una problemática mundial que se presenta con mayor frecuencia en las cifras de defunción. De acuerdo con la OMS (2000: 6), se ha convertido en la undécima causa de muerte a nivel mundial, situándose entre las tres primeras entre la población de 15 a 35 años de edad. Esto significa que al año mueren alrededor de un millón de personas en el mundo a causa de este fenómeno. Dicho de otro modo, lo equivalente a 1.8 por ciento del total de

las defunciones, o a un suicidio por cada 40 segundos y a 20 intentos de suicidio por cada uno consumado. Con esta tendencia, para el año 2020 aproximadamente un millón y medio de personas fallecerá por este motivo (OMS, 2005: 5).

Las tasas de suicidio más elevadas se encuentran en países europeos como Rusia, Ucrania, Bielorrusia, Lituania, Polonia, Finlandia, Bélgica, Francia, Austria y Suiza, que ocupan los primeros lugares, así como algunos países asiáticos: India, Japón y la República de Corea, en donde las tasas oscilan entre los diez y 15 suicidios por cada 100 mil habitantes. En comparación con dichos países, las cifras de suicidio en México presentan un nivel bajo; aunque cabe señalar que durante el periodo comprendido entre 1990 y 2009 esta tasa sufrió un incremento, de 2.5 suicidios pasó a 4.6 por cada 100 mil habitantes. Si bien las cifras son reveladoras, estos datos no pueden ser tomados como absolutos, ya que al considerarse un acto vergonzoso y causante de estigma social, existe una propensión a encubrirlo, afectando así la veracidad de los registros.

Específicamente para el caso mexicano, en las últimas cuatro décadas se han elaborado diferentes análisis sobre el tema. Entre ellos, destaca un estudio sobre la evolución del suicidio en México de 1970 a 1994, realizado por Gómez-Castro y Borges, en donde, a partir de datos censales y de certificados de defunción, concluyeron que el suicidio afecta principalmente a los hombres de edad avanzada. Asimismo, afirman que el aumento de este fenómeno entre la población adolescente y de adultos jóvenes enfatiza la necesidad de desarrollar programas para su prevención (1996).

Con el objetivo de establecer un panorama general sobre el suicidio y al mismo tiempo conocer las características de la población más vulnerable frente a este fenómeno, el presente trabajo profundizará en la tendencia del suicidio en México durante los años de 1990 a 2011, tomando en cuenta factores socio demográficos como el sexo, la edad, la zona de ocurrencia, la condición de escolaridad y el estado civil. Para ello, se utilizó la información disponible a nivel nacional y por entidad federativa del periodo 1990-2011 sobre suicidios consumados, obtenida de la *Base de datos dinámica de defunciones 1979-2009* de la Secretaría de Salud.

Los datos concernientes a las tasas de suicidio y de intentos de suicidio emanan de las estadísticas de defunciones accidentales y violentas —donde este fenómeno es clasificado como una causa de muerte—, detalladas en los cuadernos de Estadísticas de Suicidio e Intentos de Suicidio publicados por el INEGI en 2003, 2004, 2009 y 2013.¹ De la misma manera, para calcu-

¹ Oficialmente se dejó de publicar información de intento de suicidio por el INEGI, las cifras presentadas son proyecciones presentadas en cuadernillos del INEGI

lar las tasas de mortalidad de suicidio por cada 100 mil habitantes, se recurrió a las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), centrándose en la población media por edad y sexo del total de habitantes de cada entidad federativa y a nivel nacional, para convertirlas en quinquenios de los años que van de 2000 a 2011.

Estadísticas generales de suicidio en México (1990-2011)

Si bien México presenta a nivel mundial una tasa baja de suicidios, ésta ha mantenido un incremento constante en las últimas dos décadas (1990-2010), lo que ha devenido en un problema de salud pública por su voraz crecimiento. En retrospectiva, durante 1990 la tasa de suicidio era de 2.4 suicidios por cada 100 mil habitantes; para 1999 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 3.4; en 2010 la tasa fue de 4.6 suicidios, mientras para 2011 fue de 4.9; lo anterior corresponde a un aumento de 399 por ciento en la tasa de muertes por suicidio en dicho periodo.

Si estos datos son desagregados por sexo, encontramos que en el periodo de 1990-2011, en hombres, la tasa de suicidios creció de 4.3 a 7.5 suicidios por cada 100 mil habitantes, presentando una ligera baja entre 2010 y 2011; entretanto, para mujeres pasó de 0.6 a 1.7 suicidios por cada 100 mil habitantes, manteniéndose estable en los dos últimos años considerados para este estudio. Esto nos muestra claramente que la prevalencia de suicidios en el sexo masculino es mayor que en el femenino; sin embargo, en términos porcentuales, la tasa de crecimiento anual se incrementó de 1990 a 2011 en siete por ciento para las mujeres contra cinco por ciento en el caso de los hombres.

Ahora bien, para un mejor análisis es necesario comprender la relación que existe entre el suicidio y los cambios sociales que ha experimentado el país, específicamente a partir de la década de los ochenta. Como el proceso de urbanización favoreció la migración de personas hacia los núcleos urbanos, la organización de redes familiares y sociales sufrió un cambio que propició el aumento del suicidio como causa de muerte. Esto coincide con los postulados de Durkheim, quien aseguraba que el suicidio es un reflejo de las sociedades, las cuales, en un contexto moderno carecen de cohesión social, así como de sentido de pertenencia, e incrementan el riesgo de cometer suicidio.

Por otro lado, en el actual contexto neoliberal, además de la disminución de lazos sociales, la desigualdad de acceso a oportunidades, así como la insuficiente satisfacción de necesidades originan sentimientos de desesperanza, tristeza, incertidumbre, desesperación y soledad, que pueden con-

vertirse en un detonante para el desarrollo de trastornos como la depresión, que ya vimos, es muchas veces antesala del suicidio.

Cuadro 1. Tasa de muertes por suicidio por sexo de 1990 a 2011, Nacional

Año	Hombres	Mujeres
1990	4.3	0.7
1991	4.6	0.8
1992	4.7	0.8
1993	4.9	0.8
1994	5.2	0.9
1995	5.6	1
1996	5.6	1.1
1997	6.1	1.1
1998	6	1.1
1999	5.9	1
2000	6.1	1.1
2001	6.4	1.3
2002	6.4	1.3
2003	6.7	1.3
2004	6.6	1.3
2005	6.8	1.4
2006	6.7	1.3
2007	6.7	1.4
2008	6.9	1.6
2009	7.5	1.8
2010	7.7	1.7
2011	7.5	1.7

Fuente: Estadísticas de Mortalidad, INEGI.

Intentos de suicidio

En México, la información oficial referente a los intentos de suicidio sólo está disponible hasta el año 2005, sin embargo, en ese año, el INEGI registró 227 intentos de suicidio y la OMS contabilizó 394 en el país durante 2007, lo cual equivale a un incremento de 57 por ciento en el número total de intentos de suicidio en un lapso de dos años. Esto muestra un alza tanto de las tasas de suicidio como del número de intentos de suicidio a nivel nacional en los últimos 20 años, a excepción de los años 1991, 1992 y 1993 que presentan una ligera disminución en el número de intentos de suicidio.

Al respecto, es importante resaltar que el año en el cual se registró un mayor número de intentos de suicidio fue 1998, con un total de 443, de los cuales 162 intentos pertenecientes a hombres y 271 a mujeres. En relación con el cuaderno de Intentos de Suicidio y Suicidios de Estados Unidos mexicanos de 2005, del total de intentos que se registraron, 199 fueron efectuados por mujeres, contra 108 realizados por hombres. Asimismo, en estudios anteriores, el número de intentos suicidas entre la población femenina ha alcanzado casi el doble que la masculina, como se refleja en los años 1998 y 1999.

Lo anterior demuestra que las mujeres mexicanas son más vulnerables a estos deseos o pensamientos de muerte, a diferencia de lo que sucede con los hombres, entre quienes el número de suicidios consumados reporta un porcentaje mayor. En concordancia con la vertiente sociológica, sin duda alguna, el sexo es una variable que modifica la conducta suicida, debido a que las construcciones o demandas sociales que se producen a partir del género pueden deformar la percepción que tiene el sujeto sobre sí mismo y su posición en el mundo.

Desde el eje clínico, un estudio publicado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (González-Macip, 2000) indica que el malestar depresivo se ha identificado como el factor de riesgo más importante para la ideación suicida; como ésta se presenta de manera desigual en hombres y mujeres, se cree que su impacto está matizado por las características de los roles de género, como ya se mencionaba.

Aunque existe un método llamado Escala de Ideación Suicida de Beck, el cual sirve para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o grado de intensidad con el que alguien ha pensado suicidarse, saber con exactitud el móvil del acto requiere un conjunto sumamente complejo de instrumentos de análisis. No obstante, a pesar de sus limitantes para predecir el intento suicida, dicho método busca valorar la intensidad del deseo de suicidarse con la finalidad de anticipar si el sujeto corre el riesgo de hacerlo pronto, evitando su muerte y, en el mejor de los casos, para proporcionarle a tiempo un tratamiento adecuado.

En suma, lo que implica el intento de suicidio no debe pasarse por inadvertido, pues al ser predecesor del suicidio consumado, expresa muchas de las claves para comprender al fenómeno, e incluso, para erradicarlo o mitigar su impacto. En términos cuantitativos, más de 40 por ciento de quienes han intentado suicidarse lo ha hecho en repetidas ocasiones; de ellos, entre diez por ciento y 40 por ciento realiza un suicidio consumado, apoyando

así la secuencia: ideación suicida–amenaza de suicidarse-intentos suicidas-suicidio consumado (González, 2001).

Cuadro 2. Intentos de suicidio por año de registro y sexo, nacional

Año	Hombres	Mujeres
1990	61	83
1991	45	63
1992	43	36
1993	50	43
1994	81	72
1995	109	123
1996	90	142
1997	143	197
1998	162	271
1999	158	259
2000	188	241
2001	170	252
2002	122	182
2003	98	124
2004	91	102
2005	108	119

No incluye información de los casos registrados en el Distrito Federal.

Fuente: Estadísticas Sociales, INEGI.

Suicidios consumados

En el transcurso de las últimas dos décadas (1990-2011), el suicidio lejos de disminuir o estabilizarse ha presentado una tendencia de crecimiento constante, pasando de 1 939 suicidios en 1990 a 5 718 suicidios en 2011, lo que en términos porcentuales significa un aumento de 258 por ciento en el total de suicidios registrados en el país. Por sexo, el total de suicidios en hombres ha tenido un incremento de 279 por ciento, al pasar de 1 657 suicidios en 1990 a 4 621 en 2011; en el caso de las mujeres tuvo un aumento equivalente a 390 por ciento dentro del periodo estudiado al registrarse un aumento de 814 casos de suicidio en 21 años.

A pesar de que el porcentaje resulta mayor en el caso de las mujeres, se puede apreciar claramente una diferencia entre el número de suicidios consumados por sexo, existiendo un número aún más elevado para el caso

de los varones. Esto no significa que los hombres tengan una mayor ideación suicida o un mayor deseo de morir que las mujeres. Probablemente la diferencia se encuentra en el método utilizado para cometer el suicidio: los hombres tienden a utilizar métodos más eficientes como el ahorcamiento, mientras que las mujeres recurren a métodos menos certeros como el envenenamiento o el ahogamiento. En otras palabras, si el auxilio es viable hay menos posibilidad de que el suicidio se consume.

Cuadro 3. Suicidios en México 1990-2011

Año	Hombres	Mujeres
1990	1657	281
1991	1799	315
1992	1903	343
1993	2027	331
1994	2210	393
1995	2449	443
1996	2523	495
1997	2828	541
1998	2827	514
1999	2831	509
2000	2937	538
2001	3133	678
2002	3211	660
2003	3405	698
2004	3435	678
2005	3579	736
2006	3620	713
2007	3563	774
2008	3817	884
2009	4201	989
2010	4091	921
2011	4621	1095

Fuente: elaboración propia basada en datos del INEGI.

ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA NACIONAL: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Pese a que algunos autores afirman que ningún factor sociodemográfico por sí solo puede clarificar ni mucho menos determinar la causa de suicidio, éstos son una guía para identificar ciertas tendencias de la conducta de los agentes y constantes de los fenómenos. De igual forma, permiten conocer ciertos factores de riesgo en cuanto al perfil de la población, las características de los lugares o el alcance de los medios para llevarlos a cabo. Algunas de las variables en las escalas de evaluación de riesgo suicida son la edad, el sexo, el medio empleado, los síntomas de depresión y ansiedad, así como las relaciones del entorno. Para cumplir las finalidades, en esta investigación solamente se consideraron sexo, edad, medio empleado, estado civil, lugar de incidencia y nivel de escolaridad de los agentes.

Suicidios según edad y sexo

De acuerdo con cifras del INEGI, en la última década el número de suicidios cometidos por la población general ha disminuido. Sin embargo, la preocupación por esta conducta sigue latente por su fuerte presencia entre los jóvenes mexicanos. En los últimos diez años, el Instituto Nacional de Psiquiatría registró un incremento de 74 por ciento en el número de suicidios en la población de 15 a 24 años. Esto significa que, independientemente de los datos a nivel nacional, la juventud se convierte cada vez más en un blanco fácil de esta problemática.

Por consiguiente, el suicidio en México se ha posicionado en el tercer lugar de causas de muerte entre los jóvenes del rango de edad antes señalado. Igualmente, cabe destacar que este problema ha crecido a la par de otras enfermedades como la depresión, la cual es atribuida a un uso excesivo de alcohol o de drogas ilícitas, factores sociales relacionados con el aumento de la pobreza, los altos índices de desempleo, falta de acceso a la educación, no satisfacción de necesidades básicas o por el establecimiento de relaciones violentas —por ejemplo, el acoso escolar o *bullying*, o conflictos en el ámbito familiar.

El *Informe sobre la adolescencia 2009* del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señala que de los 12.8 millones de jóvenes en México, 55.2 por ciento fue considerado pobre, pues uno de cada cinco adolescentes tenía ingresos familiares y personales que no alcanzaban siquiera a cubrir sus necesidades de alimentación mínima requerida (Unicef, 2009).

Por otro lado, la falta de orientación y de oportunidades se ha vinculado constantemente con el incremento de muertes de la población joven en México por accidentes de tránsito, homicidios y suicidios (Unicef, 2009).

La tendencia suicida en la juventud mexicana es resultado de una serie de transiciones y cambios demográficos, sociales y económicos que ha sufrido el país y, como mencionó Durkheim en *El suicidio*, han llevado a la creación de un anomia, así como al debilitamiento de los lazos sociales, propiciando la ejecución de suicidios anómicos y egoístas.

En términos generales, tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres, el nivel más alto de suicidio en el año 2011 se concentró en el grupo de entre los 20 y 24 años, con un total de 188 suicidios en las mujeres y 736 suicidios consumados por parte de los varones. Esto equivale a 16.1 por ciento del total de muertes registradas por suicidio, es decir que hay un suicidio de mujeres por cada cuatro de hombres y aproximadamente ocurre un total de 15 suicidios cada 24 horas.

Cuadro 4. Suicidios por edad y sexo, nacional

Edades quinquenales	Hombres	Mujeres	No especificado	Total
10 a 14 años	142	108	0	251
15 a 19 años	606	260	0	866
20 a 24 años	736	188	0	924
25 a 29 años	580	142	0	722
30 a 34 años	474	89	0	564
35 a 39 años	447	78	0	526
40 a 44 años	389	63	0	452
45 a 49 años	299	49	1	349
50 a 54 años	236	37	0	273
55 a 59 años	174	27	0	201
60 a 64 años	153	14	0	167
65 a 69 años	119	22	0	141
70 a 74 años	103	10	0	113
75 a 79 años	76	0	0	76
80 a 84 años	49	4	0	53
85 o más años	37	2	1	39
No especificado				
total	4 621	1 095	2	5 718

La suma de los parciales difiere del total porque excluye los casos de sexo no especificado.

Fuente: elaboración propia basada en datos de los cuadernos *Estadísticas de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, INEGI.

En menores de 14 años, el suicidio es poco conocido y registrado en estadísticas oficiales. Esto puede deberse a una tendencia a no clasificar los suicidios como causa de muerte en los niños menores de diez años. Algunas veces, los familiares encubren la muerte bajo el diagnóstico de muerte accidental, quizá por un rechazo rotundo a aceptar la muerte voluntaria en la infancia (Pfeffer, 1986).

Suicidio según el medio empleado

Respecto al medio utilizado para llevar a cabo el suicidio, éste puede variar de acuerdo con el sexo, edad, lugar de ocurrencia o accesibilidad de ciertos instrumentos a la hora de perpetrarlo. Aquí se puede establecer una primera diferencia en cuanto a los medios utilizados, según el sexo de la persona. Como ya se había apreciado, los hombres recurren a medios de tipo más violento y letales, en donde el ahorcamiento y el empleo de armas de fuego representan 78 y 13 por ciento, respectivamente (INEGI, 2010). Aunque en los años 2006 y 2007 el disparo por arma de fuego era considerado un método utilizado exclusivamente por hombres, la recurrencia de 4.3 por ciento de los suicidios femeninos a este método en 2010, demuestra que esta idea puede cambiar.

En oposición a la población masculina, las mujeres han preferido utilizar medios menos agresivos, prefiriendo aquellos que dañen en menor medida su imagen.

En consecuencia, los métodos más empleados son el envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicida. Empero, resulta interesante que para el año 2010 el medio preferido por las mujeres fue, al igual que para los hombres, el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, con un total de 642 suicidios. Aquí las cuestiones de género ocupan un lugar importante, debido a que a partir de éste se determina lo correcto o apropiado socialmente hablando.

Para el año 2011, los datos indican que el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, así como el disparo con arma de fuego fueron los medios principalmente empleados tanto por hombres como mujeres. En tercer lugar para ambos se encuentra el envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias naturales. Sin embargo, el hecho de que la mayoría de la población masculina recurriera al ahorcamiento y equivalentes convierte a este medio en una característica particular del suicidio en hombres.

Este fenómeno también implica pensar en la facilidad que se tiene para acceder a ciertos medios, de acuerdo con el sexo del suicida, así como a las diferencias psicológicas existentes entre hombres y mujeres. Tozzini

afirma que el medio empleado para cometer un suicidio es elegido por el suicida a partir de cuatro circunstancias: su personalidad, el conocimiento que tenga sobre las consecuencias del procedimiento, el real deseo de morir y las posibilidades de empleo a su alcance (1969: 75). Entonces, valdría la pena cruzar dichas variables y encontrar por qué las cifras estadísticas manifiestan una constante femenina basada en la posibilidad de sobrevivir y concretar su acto en una llamada de atención urgente.

Cuadro 5. Distribución de suicidios por sexo y medio empleado 2011, nacional

Medio empleado	Hombres	Mujeres	No especificado	Total
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	3 611	793	2	4 406
Disparo de arma corta	10	0	0	10
Disparo de arma larga	549	37	0	586
Envenenamiento por medicamentos, drogas y sustancias biológicas	27	53	0	80
Envenenamiento por gases, vapores, alcohol y plaguicidas	268	175	0	443
Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento	10	1	0	11
Saltar de un lugar elevado	21	5	0	26
Otro	125	31	0	156
Total	4 621	1 095	2	5 718

Fuente: elaboración propia basada en datos del cuaderno *Estadísticas de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, INEGI, 2011.

Suicidios según lugar de ocurrencia

En este rubro, los estudios realizados por el INEGI y la Secretaría de Salud revelaron que la mayoría de las personas han cometido el acto suicida dentro de sus hogares. Además de la facilidad para consumir el acto, también representa un espacio con una carga emocional y simbólica ideal en el proceso de autodestrucción, generando un impacto mayor en los miembros del entorno mediato o familiar. Como se aprecia en la siguiente gráfica, 80.6 por ciento de las mujeres y 70.3 por ciento de los hombres se quitaron la vida dentro de sus hogares.

Por el contrario, las áreas deportivas representan los lugares menos recurridos para cometer suicidio, con 0.37 por ciento en el caso de los hombres y 0.18 por ciento para mujeres.

Cuadro 6. Suicidios por lugar de ocurrencia y sexo 2011, nacional

Lugar de ocurrencia	Hombres	Mujeres	No especificado	Total
Vivienda particular	3 249	883	0	4 132
Calle o carretera	313	27	2	342
Áreas deportivas	17	2	0	19
Institución residencia	39	2	0	41
Escuela u oficina pública	24	3	0	27
Área comercial o de servicios	56	6	0	62
Área industrial	20	2	0	22
Granja	160	11	0	171
Otro	383	51	0	434
No especificado	360	108	0	468
Total	4 621	1 095	2	5 718

*La suma de los parciales difiere del total porque excluye los casos de sexo no especificado.

Fuente: elaboración propia basada en datos del cuaderno *Estadísticas de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, INEGI, 2011.

Los datos referidos a “otro lugar”, al igual que a “lugar no especificado”, tan sólo ocupan la segunda y tercera posición, situación que dificulta el diseño e implemento de medidas preventivas relacionadas a esta característica.

Suicidios según estado conyugal

Como se ha expuesto en párrafos anteriores, la consolidación de lazos sociales, así como de redes familiares, son factores clave para la pervivencia de las personas; de ahí que el suicidio sea más común en contextos donde las personas padecen distintos tipos de anomias, por ejemplo las de índole doméstica, causadas por orfandad, viudez o divorcio. Asimismo, se detectó que un número elevado de las personas que habían cometido suicidio se encontraban en un estado conyugal de soltería, en donde aproximadamente 78.6 por ciento de los suicidios fueron realizados por hombres y 21.4 por ciento por mujeres. Contrariamente, el porcentaje de suicidios en personas casadas representó 27.9 por ciento del total de la población registra, específicamente, 23.6 por ciento en los casos masculinos y 4.3 por ciento en los femeninos.

No obstante lo que se pueda pensar, la falta de relaciones afectivas estables no necesariamente representa un factor de riesgo para cometer suicidio; como se observa en la representación gráfica, las personas divor-

ciadas o viudas son quienes menos recurren a este método letal. De igual forma, estos resultados contradicen los postulados de que las personas casadas o en unión libre tienen menos probabilidades de intentar o consumar el suicidio por encontrarse en núcleos emocionalmente sólidos o limitados. Independientemente de las limitantes de este indicador socio demográfico, su cómputo refleja una realidad que en la mayoría de las opiniones es obviada: si bien lidiar con la soledad es difícil, convivir con otro es aún más complicado y doloroso; no siempre se obtiene del resto lo que se desea.

Cuadro 7. Suicidios por estado conyugal y sexo 2011, nacional

Estado conyugal	Hombre	Mujer	No especificado	Total
Soltero(a)	1991	541	0	2532
Unión libre	835	187	0	1022
Casado(a)	1350	246	0	1596
Divorciado(a)	113	30	0	143
Viudo(a)	121	42	0	163
No aplica a menores 12 años	34	16	0	50
No especificado	177	33	2	212
Total	4621	1095	2	5718

La suma de los parciales difiere del total porque excluye los casos de sexo no especificado.

Fuente: elaboración propia basada en datos del cuaderno *Estadísticas de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, INEGI, 2011.

Suicidios por escolaridad

Al ser el medio por excelencia para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura, así como el catalizador ideal para el desarrollo individual y social, la educación esboza los principios y expectativas que se pueden tener sobre la vida o el mundo. Es decir, dibuja e impulsa la cosmovisión de cada persona a horizontes capaces de proporcionar las condiciones de vida que se consideran idóneas.

Sin embargo, el carácter progresista de la educación es un privilegio al que no todos pueden acceder; formar parte del modelo educativo competente e ideal implica afrontar o sobrellevar las desigualdades e injusticias del entorno.

Por este motivo, es importante pensar en la correlación que existe entre el nivel de escolaridad y el intento de o el suicidio consumado, de esta manera se descartarán o afinarán los supuestos sobre el vínculo entre educación y los deseos de vida. Según el *Censo de Población y Vivienda 2010*

(INEGI), el promedio de escolaridad de las personas de 15 años o más es de 8.6 años, es decir, su formación concluyó hasta tercero de secundaria. Este mismo estudio reveló que sólo 14.8 por ciento de la población masculina y 12.4 por ciento de la femenina, a nivel nacional, cuenta con el nivel superior. Desde esta perspectiva, se aprecia que un grupo reducido de mexicanos tiene la oportunidad de acceder a trabajos bien remunerados o en condiciones viables para mejorar su calidad de vida.

Cuadro 8. Distribución de suicidios por nivel de escolaridad 2011, nacional

Nivel de escolaridad	Total %
Sin instrucción	5.44
Primaria incompleta	14.29
Primaria completa	18.50
Secundaria incompleta	10.25
Secundaria completa	24.27
Preparatoria	13.40
Profesional	6.31
No especificado	7.54

Fuente: elaboración propia basada en datos del cuaderno *Estadísticas de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, INEGI, 2011.

Ante dichos obstáculos profesionales o educativos, es común recurrir al suicidio como la única opción para frenar los sentimientos de desesperanza y frustración. Tal y como se muestra en la Gráfica 9, el grupo de población que lleva a cabo un número mayor de suicidios son hombres con una formación de secundaria completa, con 944 suicidios registrados a nivel nacional para el año 2011, equivalentes a 24.1 por ciento de los hombres suicidas, mientras que en el caso de las mujeres el mayor grupo suicida posee un nivel de escolaridad de secundaria o equivalente, con 217 suicidios, igual a 24.6 por ciento de la totalidad de la población femenina muerta por suicidio.

Los datos anteriores muestran que si bien el número de suicidios en personas con un nivel profesional bajo desemboca en suicidio, es posible decir que contar con la educación superior puede representar expectativas de vida más elevada y, por lo tanto, una tolerancia a la frustración también mayor. Al obtener una carrera profesional se tiene garantizada la movilidad laboral y social, debido al nivel de competencia en el cual están insertas las personas, lo que les impide mantener el alto nivel de vida, orillándolas en el peor de los casos a quitarse la vida como una forma de evadir sus fracasos o frustraciones (Fromm y Zubirán, 1991: 85).

Cuadro 9. Suicidios por nivel de escolaridad según sexo 2011, nacional

Nivel de escolaridad	Hombre	Mujer	No especificado	Total
Sin instrucción	272	39	0	311
Primaria incompleta	700	117	0	817
Primaria completa	902	156	0	1 058
Secundaria incompleta	453	133	0	586
Secundaria completa	1 118	270	0	1 388
Preparatoria	564	202	0	766
Profesional	256	105	0	361
No especificado	356	73	2	431
Total	4 621	1 095	2	5 718

La suma de los parciales difiere del total porque excluye los casos de sexo no especificado.

Fuente: elaboración propia basada en datos del cuaderno *Estadísticas de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, INEGI, 2011.

Suicidios según entidad federativa

El suicidio es un fenómeno que se presenta a lo largo de todo el territorio mexicano, con una tasa promedio estandarizada de 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Si consideramos el promedio de tasas de entre 2005 y 2011 por entidad federativa, se encuentra que los estados con mayor índices de suicidio pertenecen al sureste de la República; el primer lugar lo ocupa Quintana Roo con un índice de 11 suicidios por cada 100 mil habitantes.

Posteriormente, se ubican los estados de Yucatán, Tabasco y Campeche, con una tasa estandarizada promedio de nueve suicidios por cada 100 mil habitantes, seguidos de Baja California Sur, Chihuahua y Sonora, con una tasa promedio de siete suicidios. En los niveles más bajos de suicidio, el estado de Chiapas encabeza la lista con un promedio de 2 suicidios por cada 100 mil habitantes, seguido de Hidalgo, Guerrero y Tlaxcala, con una tasa promedio de tres suicidios.

En general, las estadísticas por entidad federativa reafirman el problema del suicidio a nivel nacional y, con ello, la necesidad urgente de implementar programas que prevengan, identifiquen o reduzcan las consecuencias negativas de esta causa de muerte. No obstante, algunos de ellos han tomado cartas en el asunto. El gobierno de Tabasco desarrolló el Programa de Prevención de Suicidio, a través de la línea de ayuda y atención a personas en crisis o con deseos suicidas; además, por parte de la Secretaría de Salud del estado operan brigadas de salud mental en los municipios de mayor vulnerabilidad.

CAUSAS

Determinar las causas de suicidio en el país implica un estudio exhaustivo de las condiciones o situaciones psicológicas, sociales, políticas, económicas o culturales que llevan a los individuos a tomar una decisión de esa índole. No obstante, las estadísticas proporcionadas por el INEGI (2005) sobre las principales causas por las cuales se atenta contra la vida, se dividen en siete: remordimiento, enfermedad mental, enfermedad grave o incurable, disgusto familiar, dificultad económica, causa amorosa, otra causa y causas no especificadas.

Siguiendo esta línea, el motivo principal de intento de suicidio en el año 2005 a nivel nacional fueron los disgustos familiares, con 31 por ciento de los casos totales.

Cuadro 10. Causas de intento de suicidio por sexo 2005, nacional

Causas	Hombres	Mujeres	Total
Causa amorosa	13	23	36
Dificultad económica	7	6	13
Disgusto familiar	26	45	71
Enfermedad grave o incurable	2	2	4
Enfermedad mental	9	6	15
Remordimiento	0	1	1
Otra causa	24	19	43
No especificado	27	17	44
Total	108	119	227

Fuente: Estadísticas Sociales, 2005.

Esto reafirma la visión de la familia como fuente primaria de protección y bienestar para los individuos; pero al mismo tiempo, expone la complejidad de su estructura y dinámica. Si las relaciones afectivas dentro de la esfera familiar no son manejadas adecuadamente, el sujeto se desenvolverá en un ámbito agresivo o conflictivo. En segundo y tercer lugar están los rubros de “no especificado” y “otra causa”, respectivamente, evidenciando el desconocimiento existente del por qué la gente se suicida en la República Mexicana, situación que impide generar acciones y programas de prevención, así como de ayuda o atención continua a personas en riesgo latente de suicidio.

CONCLUSIONES

Después de examinar las tasas de mortalidad por suicidio en México, el perfil socio demográfico de quienes atentan contra su vida o la concluyen y los factores del medio, métodos e instrumentos empleados para el acto, el panorama general sobre el problema de suicidio en el país se muestra alarmante. En primera instancia, los datos e información sobre el tema son inaccesibles, e inclusive escasos; las irregularidades e imprecisión en los registros de defunción hacen del suicidio un problema enigmático que, en la mayoría de los casos, se trata a ciegas. Por lo tanto, la alarma radica en las dificultades rotundas para tratar o afrontar un fenómeno del que poco se sabe.

Independientemente de las limitantes para la realización de este artículo, la información cuantitativa aquí expuesta esboza al suicidio como un problema de salud verdaderamente grave, en el cual se ven afectados tanto los agentes como las personas cercanas a ellos. Es decir, no sólo se trata del incremento en la tasa de defunción por este método, sino también de todo lo que implica esa pérdida o autoagresión para el individuo, su grupo cercano y la sociedad donde está inmerso. Como bien lo expresa Durkheim, el suicidio es el reflejo más palpable de las inconsistencias sociales; la muerte a manos propias contradice por completo la idealización del Estado de Derecho y el modelo neoliberal como el camino para vivir.

El aumento en 250 por ciento de los suicidios cometidos a lo largo de dos décadas refleja un mal funcionamiento en la sociedad mexicana, cuyos miembros más jóvenes (entre los 15 y 24 años) recurren cada vez más al suicidio para solucionar o frenar sus padecimientos y problemas. Dichos indicadores llevan a reflexionar acerca de las causas que propician resultados tan desalentadores, sobre todo, porque el sector más importante del país —por su productividad y las oportunidades que aporta—, se está viendo afectado. En general, estas cifras son una señal que no debe pasar inadvertida: el contexto nacional se está presentado como un escenario difícil para los mexicanos y urge tomar cartas en el asunto.

Por ello, al ser el suicidio un grave problema social, su atención y tratamiento requieren un trabajo multidisciplinario que identifique los diversos factores detonantes o de riesgo, para así generar y aplicar modelos de intervención acordes con las demandas reales de los afectados. Entonces, más allá del análisis demográfico o estadístico, esta investigación es una invitación a profundizar en las variables sociales y, particularmente en las variables psicológicas inmersas en esta causa o forma de muerte. Este

fenómeno multifactorial está costando aproximadamente la vida de 16 personas al día, y de seguir así, en algún momento se convertirá en la primera causa de muerte de los jóvenes del país. En efecto, fomentar una cultura basada en la creación de lazos y sentidos de pertenencia ayudará a minimizar la violencia interna y social que obstaculiza una vida saludable y plena.

BIBLIOGRAFÍA

CLEMENTE, Miguel *et al.*, 1996, *Suicidio: una alternativa social*, Biblioteca Nueva, México.

DURKHEIM, Emile, 1897, *El suicidio*, Colofón, México.

FREUD, Sigmund, 1988, “Duelo y melancolía” en *Obras completas*, vol. 11, edit. Orbis.

FREUD, Sigmund, 1901, *Psicopatología de la vida cotidiana*, edit. Alianza, México.

FREUD, Sigmund, 1921, *Psicología de las masas. Más allá del principio del Placer; el porvenir de una ilusión*, edit. Alianza, México.

GIBBS, Jack P. y Walter MARTIN, 2008, *Status integration and suicide: a sociological study* University of Oregon Books, Universidad de Michigan. Michigan.

GONZÁLEZ MACIP, S. *et al.*, 2000, Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes universitarios, en *Salud Mental*, vol. 23 (6) México.

INEGI, 2003, *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México.

INEGI, 2005, “Estadísticas de intentos de suicidios y suicidio”, en *Serie Boletín de Estadísticas Continuas Demográficas y Sociales*, INEGI, México.

INEGI, 2009, *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*, INEGI, México.

JIMÉNEZ ORNELAS, René A., 2008, *Análisis sobre el significado actual del suicidio*, Informe CONACYT-UNAM, México.

MARCHIORI, Hilda, 1998, *El suicidio. Enfoque criminológico*, Porrúa, México.

OMS, 2000, *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales*, Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra.

OMS, 2001, *Prevención del suicidio: Instrumentos para docentes y demás personal institucional*, OMS, Ginebra.

RODRÍGUEZ-SALA M.L., 1963, *El suicidio en México, Distrito Federal*, Cuadernos de Sociología, Instituto de Investigaciones Sociales, edit. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

RODRÍGUEZ-SALA M. L., 1974, *Suicidio y suicidas en la sociedad mexicana*, Instituto de Investigaciones Sociales, edit. UNAM.

SARRÓ, B., y C. DE LA CRUZ, 1991, *Los suicidios*, Ediciones Martínez Roca, Barcelona.

STENGEL, E., 1965, *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*, edit. Paidós, Buenos Aires.

TOZZINI, Carlos, 1969, *El suicidio*, Depalma.

VILLARDÓN GALLEGÓ, Lourdes, 2009, *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*, Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Deusto, Bilbao.

Sitios WEB

Real Academia Española: <http://lema.rae.es/drae/?val=suicidio%20> [Consulta: 17 de junio 2012].

Dirección General de Información en Salud, (DGIS): *Base de datos de estimaciones de población 1990-2012*, COLMEX, *Sistema Nacional de Información en Salud* (SINAIS), Secretaría de Salud: <http://www.sinais.salud.gob.mx> [Consulta: 17 junio 2012], México.

Dirección General de Información en Salud, (DGIS): *Base de datos de defunciones 1979-2007. Sistema Nacional de Información en Salud* (SINAIS): Secretaría de Salud: <http://www.sinais.salud.gob.mx> [Consulta: 20 Junio 2012], México.

Organización Mundial de la Salud, 2009, *SUPRE (suicide prevention)*, <http://www.who.int/topics/suicide/es/> [Consulta 25 junio 2012], México.

Organización Mundial de la Salud. *Suicide huge but preventable Public Health 2004*, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004pr61/en/> [Consulta: 23 junio 2012], México.

Organización Mundial de la Salud, 2005, *Suicide prevention*: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en [Consulta: 25 junio 2012], México.

World Health Organization WHO: <http://www.who.int/topics/suicide/en/> [Consulta: 19 Junio 2012], México.

René Alejandro Jiménez Órnelas

Es actuario por la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestro en Demografía por el Colegio de México y doctor en Ciencias Sociales con especialidad en población por la misma institución. Investigador en el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Actualmente se desempeña en la Coordinación de la Unidad de Análisis sobre Violencia Social de la UNAM, donde desarrolla investigaciones, artículos de difusión e intervenciones en diversos medios de comunicación relacionados con temáticas de interés nacional como delincuencia,

criminalidad y vandalismo, entre otros; asimismo ha sido autor y coautor de diversos libros y artículos, entre los más recientes se encuentran: 2013, “Percepción del consumo de drogas ilícitas en estudiantes universitarios”, en Reidl, L. *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas*, Seminarios académicos. Porrúa, México; 2013, “Percepción del consumo de drogas ilícitas en el ámbito escolar”, en Reidl, L. *El suicidio ¿una respuesta ante el cinismo social y el miedo?*, Instituto de Investigaciones Multidisciplinarias y la Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro. Ocupó el cargo de Director Técnico del Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad (ICESI) de mayo de 2002 a enero de 2004. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores y de la Academia Mexicana de Ciencias, es miembro de la Comisión Dictaminadora del Departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la UNAM y de la Comisión Dictaminadora del Programa de Posgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM.
Dirección electrónica: renal@servidor.unam.mx

Leticia Cardiel Téllez

Estudió las licenciaturas en Ciencias Políticas y Administración Pública y Derecho. También estudio las maestrías en Estudios Políticos y Sociales y Administración Pública. Es especialista en Grafología, Grafoscopia, Documentoscopia, Caligrafía, y Grafometría. Ha presentado las ponencias: *Equilibrio de Poderes entre Ejecutivo y Legislativo*, *El Funcionamiento de las Democracias* y *El Parlamento en México*. Ha sido asesora en la H. Cámara de Diputados y la Secretaría de Gobernación. Ha impartido clases en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en la escuela Tominaga Nakamoto y el Colegio Nacional de Educación Profesional y Técnica (CONALEP).
Dirección electrónica: Cardiel.edomex.28@gmail.com

Artículo recibido el 4 de marzo de 2013 y aprobado el 20 de agosto de 2013.