

Tendencia de la mortalidad por suicidios en México: panorama epidemiológico 1980-2015

Suicide mortality trend in Mexico: Epidemiological panorama 1980-2015

Julio Cesar Campuzano Rincón¹, Anaïd Hernández Álvarez¹,
Marcela Sánchez Estrada¹, Rubén Chávez Ayala¹,
Evangelina Morales Carmona¹, Jorge Cabrales Arreola²
y Carlos Hernández Girón¹

Instituto Nacional de Salud Pública¹
Secretaría de Salud del Estado de Nayarit²

Autor para correspondencia: Carlos Hernández-Girón, chernand@insp.mx.

RESUMEN

En el continente americano, el suicidio ha alcanzado proporciones epidémicas durante los últimos decenios, lo que lo ha convertido en una grave preocupación en materia de salud pública. El presente estudio epidemiológico longitudinal de series temporales, que cubre un periodo de 35 años, analiza la tendencia de muertes por suicidios en México de 1980 a 2015, enfocándose en los aspectos epidemiológicos y sociodemográficos. Si en 1980 se registraron 973 muertes, en 2015 fueron 6,421, siendo similar el porcentaje que se mantuvo entre hombres (80%) y mujeres (20%). Se observó un cambio en los principales métodos utilizados para ello, con un aumento de muertes por ahorcamiento y una disminución en el uso de armas de fuego y envenenamiento. Se identificó una mayor proporción de suicidio entre los 15 y 29 años en ambos sexos, y un cambio en las entidades federativas con mayor prevalencia, que en 1980 fueron Tabasco, Veracruz y Estado de México, y en 2015 Estado de México, Jalisco y Guanajuato. Se pudo apreciar un significativo crecimiento de suicidios en el país en los últimos 36 años entre los grupos de menores de 20 años y mayores de 65, al igual que entre los varones. Se recomienda seguir observando el comportamiento suicida, sobre todo entre los jóvenes en las referidas edades.

Palabras clave: Suicidios; Tendencia de mortalidad; Estadística; Epidemiología; México.

ABSTRACT

Antecedents. In the American Continent, suicide has reached epidemic proportions in recent decades, becoming a serious public health concern. Objective. To analyze the death trend due to suicide in Mexico from 1980 to 2015, focusing on epidemiological and socio-demographic variables. Method. A longitudinal epidemiological time-series study collected data over 35 years (1980-2015). Results. In contrast to 1980, when 973 deaths occurred, in 2015, there were 6,421. In both periods, the percentage was similar; 80% in men and 20% in women. The main methods changed, with more hangings and less use of firearms and poisoning. Age-wise, a higher proportion occurred between 15 and 29 years, for both men and women. The states with the highest prevalence in 1980

¹ Av. Universidad 655, Santa María Ahuacatlán, 62100 Cuernavaca, Mor., México, tels. (777)329-30-00 y (777)329-30-20.

² Departamento de Salud Mental, Gustavo Baz 34, Col. Fracc. Fray Junípero Serra, Tepic, Nay., México.



were Tabasco and Veracruz; in 2015, they were the state of Mexico, Jalisco, and Guanajuato. Discussion. Significantly more suicides have been occurring in Mexico in the last 36 years, related to age group (under 20 and over 65) and sex (men), as well as changing methods to achieve it (hanging). These findings lead to recommend continuing to observe suicidal behavior, especially in young people between 15 and 29 years of age.

Key words: Suicide; Mortality trends; Statistics; Epidemiology; Mexico.

Recibido: 12/04/2021

Aceptado: 16/06/2021

INTRODUCCIÓN

En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud [WHO], (2014) estimó que 788 mil personas se suicidaron en todo el mundo, lo que convierte el suicidio en la decimotava causa de muerte al contribuir al 1.4% de muertes globales y una tasa ajustada por edad de 10.7 por cada 100,000 habitantes. En el continente americano, el suicidio ha alcanzado proporciones epidémicas en los últimos decenios, lo que lo ha vuelto una grave preocupación en materia de salud pública (Cabildo y Elorriaga, 1972).

En México, entre los años 1954 y 1963, las tasas de mortalidad fluctuaron entre 1.5 y 1.7 por cada 100,000 habitantes, incrementándose a 2.1 hacia 1969. Al comienzo de la década de 1970 se observó una disminución de su ocurrencia, hasta estabilizarse en 1.5 hacia el año de 1980; mientras que en 1994 hubo un incremento hasta alcanzar la cifra de 2.8 (Cabildo y Elorriaga, 1996; Elorriaga, 1972; Gerstner y Lara, 2019; Saltijeral y Terroba, 1987).

En cuanto a la relación por sexo, en México las tasas crudas de suicidios consumados siempre han sido mayores en los hombres. En la década de 1950 la razón hombre-mujer de suicidio consumado fue de 4.0, la que se redujo a 3.9 en la década siguiente y se mantuvo en 4.1 en 1970, pero incre-

mentándose hasta 5.6 en 1980 y 1990 (Saltijeral y Terroba, 1987).

Referente a la edad, entre 1954 y 1963 los grupos con mayor tasa de suicidio consumado en orden decreciente fueron los de 20 a 24 años, de 40 a 49, de 25 a 29, mayores de 60 y los de 15 a 19 años (Cabildo y Elorriaga, 1996). Hacia 1969, los grupos fueron, en ese orden, el de 20 a 24, de 25 a 29 y los mayores de 60 (Gerstner y Lara, 2019). En la década de 1970 se reportó al grupo de 15 a 24, de 25 a 34 y de 35 a 49 años (Elorriaga, 1972). En 1980 se apreció un aumento en suicidios en todos los grupos de edad, siendo los más altos las personas mayores de 70 y los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 años (Saltijeral y Terroba, 1987).

Sobre el método empleado para quitarse la vida, los estudios históricos en México en la década de 1960 señalan, en orden decreciente, las armas de fuego, el ahorcamiento, el envenenamiento y la precipitación (salto al vacío) (Cabildo y Elorriaga, 1996; Gerstner y Lara, 2019). En la década de 1970, fueron las armas de fuego, el ahorcamiento, el envenenamiento, el empleo de armas blancas y la precipitación. Finalmente, en 1980 y 1990 fueron el envenenamiento, el ahorcamiento y las armas de fuego (Saltijeral y Terroba, 1987).

En cuanto a la distribución geográfica del suicidio consumado en México, en 62,5% de los 32 estados se han incrementado las tasas de mortalidad por esta causa desde 1960, concentrándose en las zonas urbanas, como la Ciudad de México (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996). En 2020, con la aparición del Covid-19, ha aumentado la importancia de observar el comportamiento suicida por el desencadenamiento de diversas psicopatologías.

Por lo anterior, el presente estudio epidemiológico, del tipo de series temporales, tuvo como propósito actualizar el análisis de la tendencia de muertes por suicidios en México de 1980 a 2015, enfocándose para ello en aspectos epidemiológicos e incluyendo la descripción del suicidio consumado por grupos de edad, sexo, métodos empleados y región de la República Mexicana.

MÉTODO

En esta investigación se utilizaron las muertes debidas por suicidio ocurridas en la República Mexicana durante un periodo de 36 años, y se compararon los datos de 1980 a 2015 a partir de variables básicas de los certificados de defunción, como sexo, edad, modalidad de la defunción, localidad, municipio y entidad. La información está concentrada en el Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud, a partir de las bases de datos y registros de mortalidad validados por la Dirección General de Epidemiología de México.

Para el análisis se consideraron como fuente de información los certificados de defunción, y como suicidio se consideró la causa básica de la defunción registrada en el certificado. Para el periodo de 1980 a 1997 se emplearon los códigos de causa básica de defunción, registrados de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), versión No. 9 (CIE 9), y a partir de 1998 y hasta 2015 la versión 10 (CIE 10) (OPS, 1995). Para el primer periodo se utilizaron los códigos E950-E958 (CIE 9), y para el segundo periodo los códigos X60-X84 (CIE 10) (Secretaría de Salud, 2012; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1978).

La tasa de mortalidad se calculó considerando como numerador la cifra de muertes especificadas por sexo y grupos de edad, y como denominador la población específica por sexo y grupo de edad en el país y en cada uno de los estados. La tasa estandarizada solo se tomó en cuenta para el análisis nacional y se ajustó con la población mundial (WHO, 2000) según hombres, mujeres y grupos de edad. Para explorar estos últimos se construyó una variable, edad, constituida por 16 categorías en quintiles: desde 0 a 4 años, y hasta 75 años y más.

Para analizar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad y asegurar la comparabilidad entre periodos, se calcularon las tasas de mortalidad estandarizadas por cada cien mil habi-

tantes, considerando como la población estándar (estimado de población mundial), la propuesta por la OMS (*cf.* OPS, 1978).

A fin de determinar cuántos más hombres morían en relación a las mujeres, se calculó el indicador epidemiológico: razón de tasas estandarizada hombre-mujer, donde se utilizó en el numerador la tasa de mortalidad cruda para los hombres, y en el denominador la tasa de mortalidad cruda para las mujeres, ajustados a la población mundial estimada por la OMS (2017).

Para determinar el crecimiento de cualesquiera de los indicadores utilizados se tuvieron en cuenta las diferencias de estos (tasa de mortalidad o medias de edad) entre el periodo (indicador 2015–indicador 1980). Finalmente, se efectuó un análisis de regresión lineal en cada una de las categorías de edad, mostrando su pendiente de crecimiento y significancia estadística.

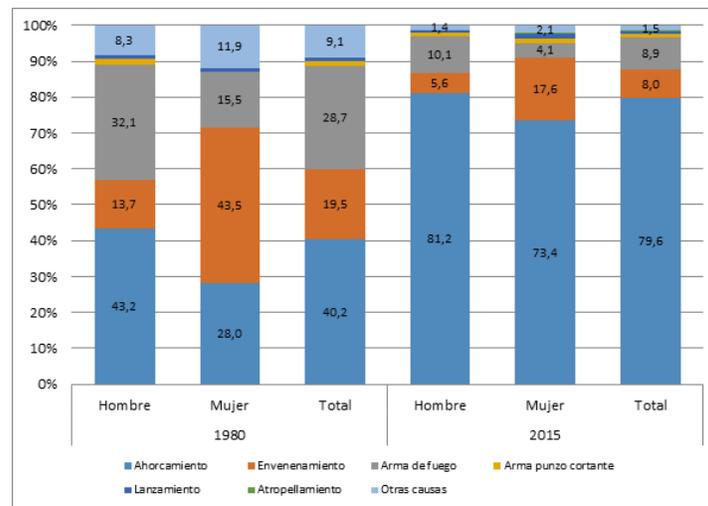
El análisis estadístico se realizó mediante el programa Stata, v. 10.0 (Stata Corporation, 2005), y las gráficas y mapas utilizando el software Arc-Map, v. 10.0, de ESRI Support (Environmental Systems Research Institute, 2011).

RESULTADOS

En el año 1980 se registraron 973 suicidios, de los cuales 80.1% fueron consumados por hombres y 19.9% por mujeres. El promedio de edad de la muerte por esta causa en la población general fue de 33.7, años, con una desviación estándar (D.E.) de 17.0, siendo menor en las mujeres (M: 28.7 años, D.E.: 13.55) que en los hombres (M: 34.85 años, D.E.: 17.59).

En relación a los métodos empleados para consumir el suicidio, los principales fueron, en los hombres, el ahorcamiento (43.2%), las armas de fuego (32.1%) y el envenenamiento (13.7); mientras que, en las mujeres, el envenenamiento (43.5%), seguido por el ahorcamiento (28%) y el uso de armas de fuego (15.5%) (Figura 1).

Figura 1. Proporción de muertes registradas en México por suicidio, según sexo y método empleado, de 1980 a 2015.

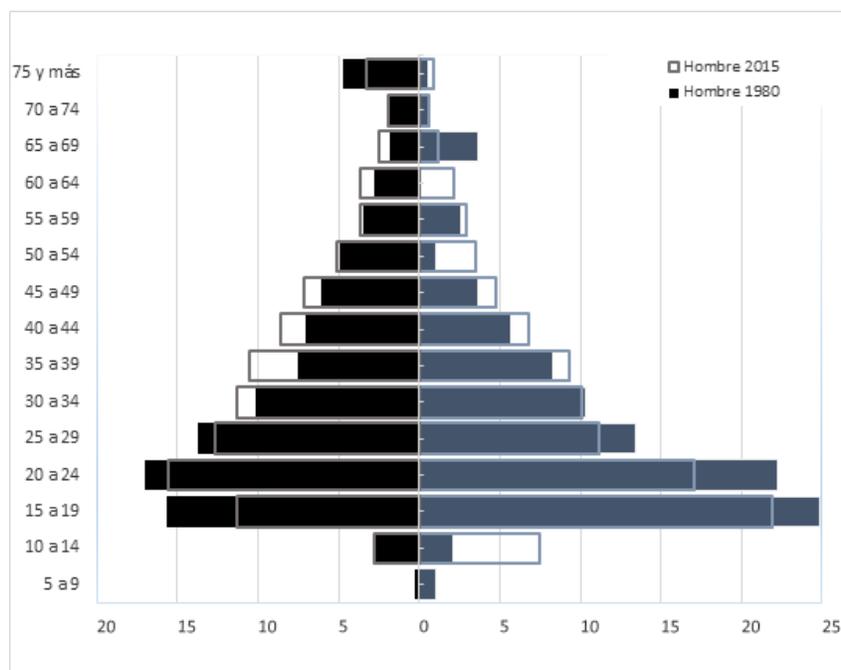


En el año 2015 se registraron 6,421 suicidios, de los cuales 80.1% fueron consumados por hombres y 19.9% por mujeres; el promedio de edad de las víctimas por esta causa en la población general fue de 35.0 años (D.E. 16.5), menor en las mujeres (M: 30.0 años, D.E. 14.6) que en los varones (M: 36.3 años, D.E. 16.8). En relación con el método utilizado para consumar el evento de suicidio entre los hombres, los principales fueron el ahorcamiento (81.2%), seguido por las armas de fuego (10.1%) y el envenenamiento (5.6%);

en las mujeres, el ahorcamiento (73.4%), el envenenamiento (17.6%) y las armas de fuego (4.1%) (véase Figura 1).

Analizando la proporción de mortalidad según el sexo por grupos de edad, resalta que la mayor proporción de muertes entre los hombres por esta causa se manifestó en 2015 en los de 20 a 24 años, de 25 y 29 y de 15 a 19 años, y en las mujeres de 15 a 19, de 20 a 24 y de 25 a 29 años (Figura 2).

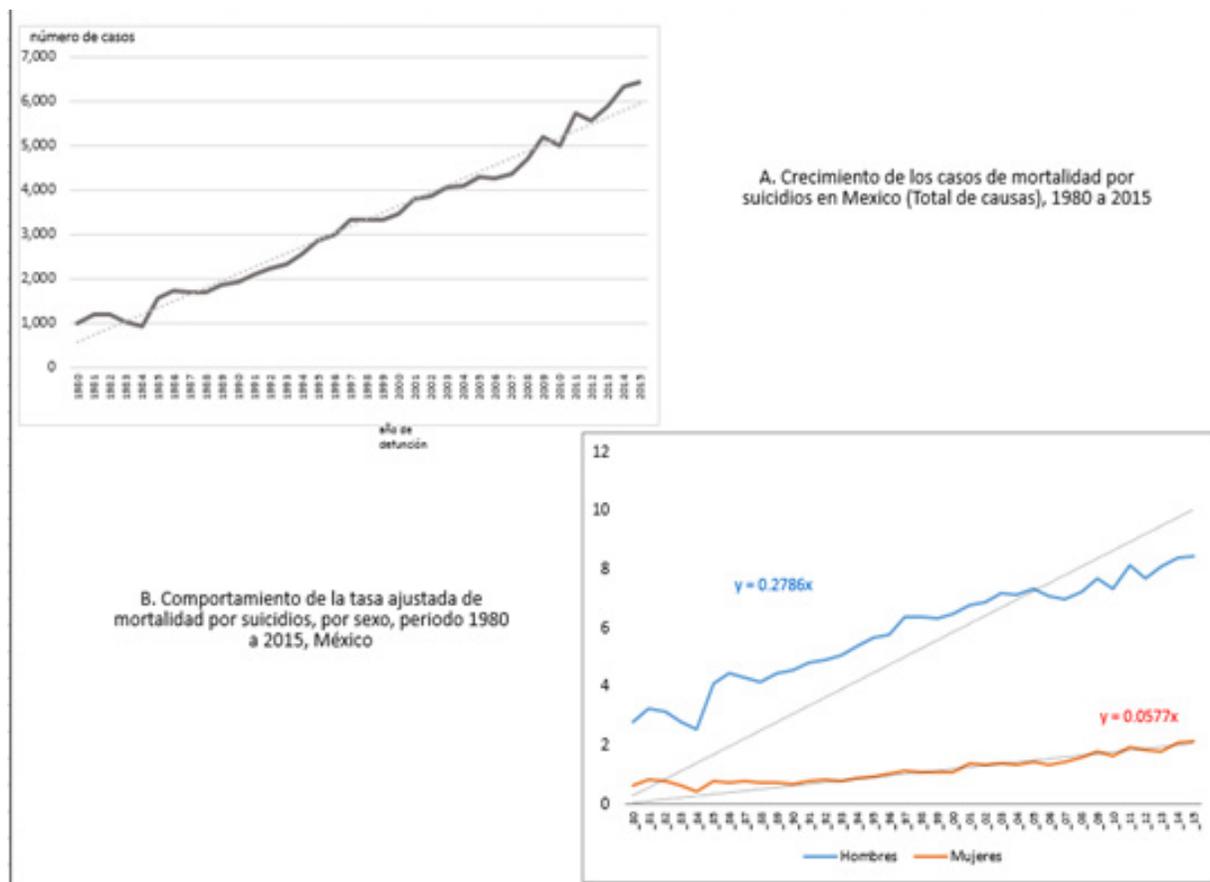
Figura 2. Tendencia de mortalidad en México por suicidio de 1980 y 2015. Proporción de casos según grupos de edad.



Al revisar las tasas crudas y ajustadas por edad se aprecia una tendencia creciente de la mortalidad por suicidio en el periodo observado. En los hombres, las tasas ajustadas aumentaron de 2.8 por

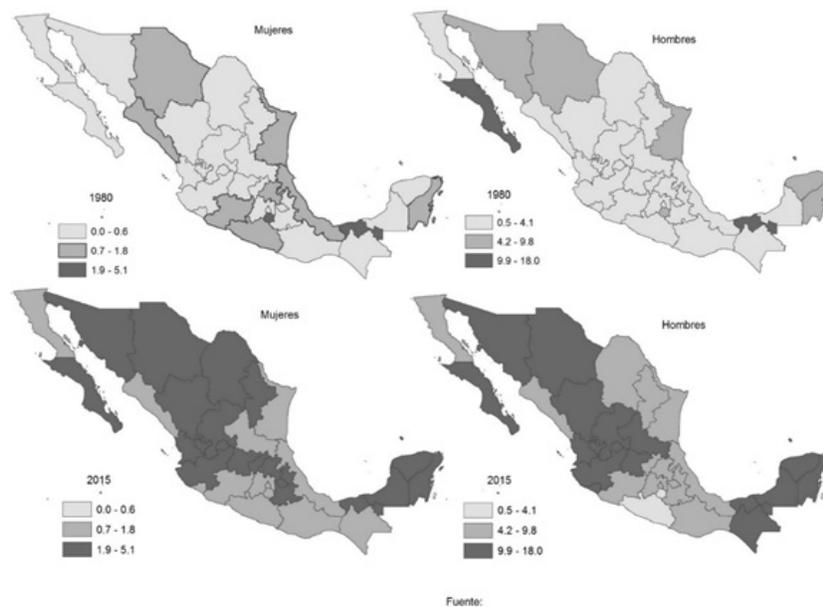
cada 100,000 en 1980, a 8.4 en 2015. En las mujeres, dicho aumento fue de 0.6 a 2.2 en el mismo periodo. La razón de tasas hombre-mujer pasó de 4.66 en 1980 a 3.81 en 2015 (Figura 3).

Figura 3. Tendencia de mortalidad por suicidios, tasa ajustada, general y por sexo en México de 1980 a 2015.



El comportamiento de la mortalidad por suicidios por entidad federativa mostró que en 1980 la mayor ocurrencia de muerte por esta causa fue en los estados de Tabasco, Veracruz y Estado de México, con 12%, 11.7 %, 7.6%, respectivamente, en tanto que Tlaxcala presentó el porcentaje más bajo, con 0.2%. Por otra parte, en 2015 las entidades con mayor ocurrencia de suicidios fueron Estado de México, Jalisco y Guanajuato, con 10.1%, 8.2% y 7.2%, en cada caso, y con la más baja Morelos y Tlaxcala (0.6% y 0.7%, respectivamente). En el caso de los hombres, en 1980 la mayor proporción de mortalidad por suicidios se concentró en la región centro-sur del país, en los estados de Tabasco

(11.7%), Veracruz (10.5%) y Estado de México (7.8%), pero en 2015 se muestra más definido el patrón en las grandes urbes del país: Estado de México (9.6%), Jalisco (8.1%) y Guanajuato (7.5%). Entre las mujeres el comportamiento es similar: en 1980 la mayor proporción de mortalidad por suicidio se concentró en la región centro-sur del país, en los estados de Veracruz (16.6%) y Tabasco (13%), así como en Michoacán (10.3%). En 2015, se observa más definido el patrón en las grandes zonas urbanas del país, como el Estado de México (12.3%), Jalisco (8.6%) y Chihuahua (7.5%), aunque también extendido a Ciudad de México, Guanajuato y Puebla (Figura 4).

Figura 4. Comparación de tasas crudas de mortalidad por suicidios en México de 1980 a 2015.

DISCUSIÓN

El presente estudio constituye el análisis de mortalidad por suicidio más actualizado que se haya realizado en México y explora 36 años como el mayor periodo investigado. Al analizar por sexo, se observa un crecimiento del suicidio, sobre todo en hombres, entre 1980 y 2015. Esta tendencia ya había sido reportada desde mediados del siglo XX por Cabildo y Elorriaga (1966), pero en este trabajo la razón de tasas por sexo mostró el nivel más alto en 1980, para después, en 2015, retroceder a valores cercanos a los de décadas anteriores, si bien se observó un incremento de suicidios en ambos sexos. Tal tendencia se aprecia también en países como Chile y Colombia (Otzen, Sanhueza, Manterola y Escamilla, 2014).

Desde hace varias décadas diversos autores han señalado que las tasas de mortalidad por suicidio son mayores en los hombres que en las mujeres, por lo que al parecer están asociadas a los roles y estereotipos de género, como el mayor consumo de alcohol por los hombres, y una religiosidad más acendrada y una mayor habilidad para demandar atención médica entre las mujeres. En cuanto a aquellos, también se encontró que se atienden en menor proporción los trastornos men-

tales (Cendales, Vanegas, Fierro, Córdoba y Olarte, 2007; Payne, Swami y Stanistreet, 2008; Stack, 2000).

En cuanto a los grupos de edad, la tasa de suicidio en esta investigación presenta sendas crestas en los grupos de 15 a 35 y de más de 75 años, con un aumento en todo el país de 150% entre 1990 y 2000 (Benatar, 2012; Rodrigues, De Souza, Rodrigues y Konstantyner, 2019). En cuanto al primer grupo, se ha señalado que los jóvenes se están suicidando a edades cada vez más tempranas, teniendo como factores de riesgo las alteraciones emocionales, la exposición temprana a la violencia y los antecedentes de suicidio en la familia (Borges, Saltijeral, Bimbela y Mondragón, 2000; Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010; Quinlan-Davidson, Sanhueza, Espinosa, Escamilla y Maddaleno, 2014; Borges *et al.*, 2008; Dias, Stuckler, Yip y Gunnell, 2014). También se ha apreciado un aumento en el grupo económicamente activo debido al desempleo (Nordt, Warnke, Seifritz y Kawohl, 2015; Páramo y Chávez, 2007). Por lo tanto, es fundamental, la detección y atención temprana de ciertos factores individuales, como trastornos mentales, exposición a la violencia, adicciones, falta de redes sociales de apoyo y escasas alternativas económicas en esta población.

Respecto a la regionalización del suicidio en el territorio mexicano, que los casos de suicidio sean mayores en entidades como el Estado de México, Jalisco y Ciudad de México se puede relacionar con las condiciones de vida propias de las grandes ciudades, la disminución del empleo, las escasas oportunidades para estudiar, las dificultades económicas y la violencia (Borges *et al.*, 2008; Dias *et al.*, 2014). La prevalencia de los estados

del sureste observada en 2015 no se mantuvo como en 1980 (Saltijeral y Terroba, 1987; Chang *et al.*, 2013; Dias *et al.*, 2014). La mayor incidencia de suicidios se observa en grandes ciudades en las que se espera un mayor acceso a los servicios profesionales de salud y una mejor atención a los problemas individuales y sociales considerados como factores de riesgo (Cuadro 1).

Cuadro 1. Mortalidad por suicidios 1980 y 2015. Comparación de tasas crudas por estado de la República Mexicana.

Entidad	1980	Entidad	1980	Entidad	2015	Entidad	2015
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres
Baja California Sur	0.000	Ciudad de México	0.543	Colima	0.818	Guerrero	2.834
Colima	0.000	Jalisco	0.703	Morelos	0.906	Morelos	3.562
Querétaro	0.000	Tlaxcala	0.721	Veracruz	1.084	Veracruz	5.239
Tlaxcala	0.000	Guerrero	0.762	Sinaloa	1.125	Tlaxcala	5.661
Zacatecas	0.000	Aguascalientes	0.785	Baja California	1.153	Hidalgo	5.898
Jalisco	0.089	Baja California	0.861	Michoacán	1.262	México	6.031
Nuevo León	0.159	Hidalgo	1.031	Tamaulipas	1.280	Michoacán	6.039
Ciudad de México	0.196	Querétaro	1.086	Guerrero	1.414	Puebla	6.494
San Luis Potosí	0.238	Nuevo León	1.199	Oaxaca	1.434	Oaxaca	6.720
Nayarit	0.277	Puebla	1.214	San Luis Potosí	1.699	Ciudad de México	6.813
Chiapas	0.291	San Luis Potosí	1.318	Ciudad de México	1.815	Tamaulipas	7.216
Baja California	0.335	Nayarit	1.372	México	1.819	Baja California	7.716
Oaxaca	0.335	Oaxaca	1.445	Chiapas	1.829	Nuevo León	8.184
México	0.341	México	1.624	Querétaro	1.940	Sinaloa	8.485
Aguascalientes	0.378	Guanajuato	1.751	Nuevo León	1.956	Querétaro	9.450
Coahuila	0.383	Campeche	1.906	Zacatecas	2.097	Coahuila	9.755
Guanajuato	0.460	Durango	2.034	Tlaxcala	2.121	Nayarit	10.200
Puebla	0.471	Colima	2.319	Sonora	2.186	Chiapas	10.336
Campeche	0.475	Chiapas	2.468	Durango	2.341	San Luis Potosí	10.515
Durango	0.506	Zacatecas	2.495	Puebla	2.359	Durango	10.602
Sonora	0.531	Veracruz	3.060	Baja California Sur	2.395	Jalisco	10.777
Yucatán	0.562	Coahuila	3.230	Hidalgo	2.419	Zacatecas	11.499
Tamaulipas	0.616	Michoacán	3.537	Nayarit	2.435	Tabasco	11.607
Guerrero	0.661	Sinaloa	4.074	Coahuila	2.475	Baja California Sur	12.367
Hidalgo	0.778	Tamaulipas	4.632	Guanajuato	2.682	Yucatán	13.694
Quintana Roo	0.912	Morelos	4.912	Jalisco	2.721	Guanajuato	13.762
Sinaloa	0.981	Chihuahua	5.140	Campeche	3.051	Quintana Roo	14.301
Chihuahua	0.987	Yucatán	5.286	Tabasco	3.052	Sonora	14.838
Veracruz	1.182	Sonora	6.044	Aguascalientes	3.334	Colima	14.855
Michoacán	1.374	Quintana Roo	6.875	Yucatán	4.095	Campeche	16.034
Morelos	1.880	Baja California Sur	10.041	Quintana Roo	4.115	Aguascalientes	16.565
Tabasco	4.733	Tabasco	17.203	Chihuahua	5.097	Chihuahua	17.955

Por otra parte, en todo el mundo se ha notado un cambio en el método empleado para cometer el suicidio, lo que se ha relacionado con la mayor accesibilidad y letalidad del mismo por ciertos factores sociales y culturales que influyen en la elección del recurso. La OMS ha sugerido como una medida preventiva restringir el acceso a los principales medios, como el control de armas y de sustancias identificadas en cada país. En años recientes se ha observado que determinados métodos se popularizan por los medios de comunicación; así, en México tanto hombres como mujeres en los años 80 empleaban el envenenamiento en casi 20% y el empleo de arma de fuego en 29%, pero en 2015 ambos métodos mostraron una reducción importante, a cerca de 9% cada uno. En tanto, el ahorcamiento ha aumentado en 38%, método que tiene una letalidad de 60 a 85%. En otros países se ha destacado que es un método más accesible para diferentes estratos sociales (Chang *et al.*, 2013; Dias *et al.*, 2014).

Se ha discutido también que el acceso y la elección de la forma de suicidio está influida por los estereotipos y roles de género, tanto por las posibilidades de obtención del arma o recurso suicida, como por el propósito de evitar la supervivencia mediante ciertos impactos en el cuerpo físico, lo que es importante porque el fracaso suicida tiene una connotación social diferente en hombres que en mujeres. Para un hombre, desde el estereotipo de género, es más afflictivo sobrevivir al suicidio, por lo que elige métodos más eficaces para asegurar el éxito, mientras que los elegidos por mujeres son menos destructivos del cuerpo físico. En general, las tasas de suicidio varían entre los sexos, mientras que los métodos difieren según los países (Ajdacic-Gross *et al.*, 2008; Bachmann, 2018; Sullivan, Anest, Simon, Luo y Dahlberg, 2015).

Los hallazgos del presente estudio muestran que las tasas de mortalidad por suicidio en la población mexicana se incrementaron entre los años 1980 y 2015, en comparación con décadas anteriores, lo que mostró una exacerbación de este problema y su mayor contribución a las causas de mortalidad, lo que hace necesario crear intervenciones preventivas para disminuir la influencia de

factores psicosociales e individuales mediante la atención de la salud mental y el desarrollo de habilidades en la comunidad para afrontar las situaciones estresantes, e incorporando a los tomadores de decisiones en los distintos contextos institucionales para el desarrollo de políticas públicas que se traduzcan en programas de prevención y atención dirigidos a grupos específicos de la población y en las zonas de la república con mayor riesgo, los cuales, según este análisis, son hombres y mujeres de 15 a 29 años de edad; los primeros, varones, habitantes del Estado de México, Jalisco y Guanajuato, y los segundos, mujeres, habitantes de Jalisco, Estado de México, Chihuahua, Ciudad de México, Guanajuato y Puebla, que son entidades con un mayor desarrollo urbano. Así también, es importante el mayor control de armas, principalmente en hombres, y de sustancias venenosas en la población en general (Saltijeral y Terroba, 1987; Borges *et al.*, 1996).

Como parte de la atención para prevenir los suicidios se deben considerar, como se ha señalado líneas arriba, los factores psicosociales de riesgo con una perspectiva incluyente de la problemática de las mujeres y la de los hombres en la atención del suicidio que han sido señalados en la literatura, tales como alteraciones del estado del ánimo, adicciones, secuelas de experiencias de violencia, trastornos por problemas académicos, conflictos psicosociales asociados al consumo de sustancias, carencia de apoyo emocional, desempleo mayor a seis meses, separación de la pareja, cambios en el estatus social, antecedentes familiares de intento de suicidio o suicidio consumado y escaso o nulo apoyo social y familiar (Ajdacic-Gross *et al.*, 2008; Benjet *et al.*, 2009; Borges *et al.*, 2000; Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco y Nock, 2008; Borges *et al.*, 2010; Chang *et al.*, 2013; Dias, Mendonça, Real, Vieira y Teixeira, 2014; Diniz, Gomes, Antunes, Meneses y Nunes, 2011; Hui-kari, Miettunen y Korhonen, 2019; Keyes, Gary, O'Malley, Hamilton y Schulenberg, 2019; Miller, Esposito-Smythers y Leichtweis, 2015; Nordt *et al.*, 2015; OPS, 2011; Páramo y Chávez, 2007; Quinlan-Davidson *et al.*, 2014; Saltijeral y Terroba, 1987; Sullivan *et al.*, 2015; Villalonga, Bayona y Robledo, 2014).

En cuanto a los factores individuales, se deben atender trastornos mentales como depresión, perturbaciones de la personalidad y aquellos asociados a toxicomanías, ansiedad social, ideación e intentos previos de suicidio, ocurrencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa y consecuencias emocionales de las enfermedades crónicas o incapacitantes. Se ha observado que, en lo referente a los medios para brindar la atención, es importante que la población identifique a los grupos de apoyo, gubernamentales o no, que estén disponibles (Keyes *et al.*, 2019; Miller *et al.*, 2015). Además, los servicios de salud deben contar con personal capacitado que ofrezca un servicio oportuno, pues es un elemento clave para prevenir el suicidio asociado a los trastornos mentales.

El modelo para la atención del suicidio desde la salud pública establece una relación entre los servicios del sector salud y los recursos individuales y sociales necesarios para hacer frente a las dificultades, por lo que su atención requiere de una participación multisectorial e interdisciplinaria. La información sobre la epidemiología de tal comportamiento es importante para formular políticas apropiadas de prevención. No obstante, la investigación sobre las terapias destinadas a reducir el riesgo de suicidio y la mortalidad por todas las causas entre los pacientes psiquiátricos sigue siendo insuficiente (Baldessarini, 2019; Diniz *et al.*, 2011; Huikari *et al.*, 2019; Keyes *et al.*, 2019; Kiadaliri, Saadat, Shahnavazi y Haghparast-Bidgoli, 2014; Miller *et al.*, 2015; Nock *et al.*, 2008; Saltijeral y Terroba, 1987; Villalonga *et al.*, 2014).

Un ejemplo de lo anterior puede ser la atención a la prevención del suicidio adolescente y la de los factores de riesgo, para la que los escenarios escolares y médicos pueden ser espacios adecuados para su identificación, tanto a través de la participación de los pares en las escuelas para detectar probables casos de intento, como directamente por los docentes, trabajadores educativos y los profesionales de salud mental en las propias instituciones escolares. Esta estrategia es importante si no se tiene acceso a una atención inmediata de los servicios de salud, por lo que se sugiere promover el apoyo social a través de la capacitación para identificar los factores de riesgo por los pares, de

tal manera que los adolescentes puedan identificar otras fuentes de apoyo disponibles, como amigos, familia y educadores. La capacitación en esta área promovería el apoyo social y el reconocimiento de dichos fenómenos en diferentes etapas de su vida, previniendo así el evento suicida desde edades tempranas.

Muchas personas han aumentado el consumo de alcohol o de drogas y sufren problemas crecientes de insomnio y ansiedad. Asimismo, trastornos como la reciente pandemia de COVID-19 pueden traer consigo complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación y accidentes cerebro-vasculares. Diversos países señalaron un incremento de 67% de perturbaciones en los servicios de orientación psicológica y de psicoterapia; de 65% en los servicios esenciales de reducción de riesgos, y de 45% en los tratamientos de mantenimiento con agonistas de opiáceos para los adictos a los opiáceos. Más de un tercio (35%) señaló perturbaciones en las intervenciones de emergencia, y 30% señaló alteraciones en el acceso a medicamentos destinados a atender trastornos mentales, neurológicos y derivados del consumo de drogas (Diniz *et al.*, 2011; Huikari *et al.*, 2019; Keyes *et al.*, 2019; Miller *et al.*, 2015; OMS, 2020; Villalonga *et al.*, 2014).

Como limitaciones de este trabajo, se puede considerar el subregistro y la incorrecta clasificación de las causas de defunción según las CIE 9 y CIE 10, magnitud no estimada; además, la causa de muerte descrita en el certificado y el método empleado son muy concisos. Por el diseño de estudio epidemiológico, ecológico, podría considerarse la “falacia ecológica”, generada por el diseño ecológico, de inferir la causalidad individual con datos grupales. En esta investigación tal artefacto no aplica, y los hallazgos son consistentes con los de otros estudios efectuados en la región de las Américas (Ajdacic-Gross *et al.*, 2008; Benjet *et al.*, 2009; Gerstner y Lara, 2019; Sullivan *et al.*, 2015).

Como conclusión, se sugiere considerar la propuesta de vincular los servicios de salud para la detección y atención de la conducta suicida, así como llevar a cabo intervenciones en el ámbito escolar para promover el apoyo profesional.

Citación: Campuzano R., J.C., Hernández Á., A., Sanchez E., M., Chávez A., R., Morales C., E., Cabrales A., J. y Hernández G., C. (2023). Tendencia de la mortalidad por suicidios en México: panorama epidemiológico 1980-2015. *Psicología y Salud*, 33(1), 97-107. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2776>.

REFERENCIAS

- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M.G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F. y Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 726-732.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425. Doi: 10.3390/ijerph15071425.
- Baldessarini, R. (2019). Epidemiology of suicide: recent developments. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 7(29), e71. Doi: 10.1017/s2045796019000672.
- Benatar, D. (2012). *The Second Sexism*. Singapore: Wiley-Blackwell.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J. y Aguilar G., S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychiatry*, 50(4), 386-395.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R. y Nock, M. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(1), 41-52. Doi: 10.1097/chi.0b013e31815896ad.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. (2010). Suicide and suicidal behaviors in Mexico: Retrospective and current status. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiology of suicide in Mexico, 1970-1984. *Salud Pública de México*, 38(3), 197-206.
- Borges, G., Saltijeral, M.T., Bimbela, A. y Mondragón, L. (2000). Suicide attempts in a sample of patients from a general hospital. *Archives of Medical Research*, 31(4), 366-72. Doi: 10.1016/s0188-4409(00)00079-5.
- Cabildo, A. y Elorriaga, M. (1996). El suicidio como problema de salud mental. *Salud Pública de México*, 8(3), 441-451.
- Cendales, R., Vanegas, C., Fierro, M., Córdoba, R. y Olarte, A. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(4), 231-238. Doi: 10.1590/s1020-49892007000900002.
- Chang, S.S., Stuckler, D., Yip, P. y Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 17(347), f5239. Doi: 10.1136/bmj.f5239.
- Dias, D., Mendonça, M.C., Real, F.C., Vieira, D.N. y Teixeira, H. (2014). Suicides in the Centre of Portugal: a seven years analysis. *Forensic Science International*, 234, 22-28. Doi: 10.1016/j.forsciint.2013.10.034.
- Diniz, C.P., Gomes, B., Antunes, L.R., Meneses, S.C. y Nunes, M.E. (2011). Health risk behavior and psychosocial distress indicators in high school students. *Cadernos de Saude Publica*, 27(11), 2095-2105.
- Elorriaga, M. (1972). Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969. *Salud Pública de México*, 14(4), 487-498.
- Environmental Systems Research Institute (2011). *ArcMap* (Version 10.0 software). West Redlands, CA: ESRI.
- Gerstner, R. y Lara, F. (2019). Trend analysis of suicide among children, adolescent and young adults in Ecuador between 1990 and 2017. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 42(1), 9-18.
- Huikari, S., Miettunen, J. y Korhonen, M. (2019). Economic crises and suicides between 1970 and 2011: Time trend study in 21 developed countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(4), 311-316. Doi: 10.1136/jech-2018-210781.
- Keyes, K.M., Gary, D., O'Malley, P.M., Hamilton, A. y Schulenberg, J. (2019). Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: trends from 1991 to 2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(8), 987-996. Doi: 10.1007/s00127-019-01697-8.
- Kiadaliri, A.A., Saadat, S., Shahnavazi, H. y Haghparast-Bidgoli, H. (2014). Overall, gender and social inequalities in suicide mortality in Iran, 2006-2010: a time trend province-level study. *BMJ*, 19, 4(8), e005227.
- Miller, A.B., Esposito-Smythers, C. y Leichtweis, R.N. (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 286-292.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-54. Doi: 10.1093/epirev/mxn002.
- Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E. y Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *Lancet Psychiatry*, 2(3), 239-245. Doi: 10.1016/s2215-0366(14)00118-7.

- Organización Panamericana de la Salud (1978). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (9ª rev.). Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión*. Publicación Científica 554. Washington, D.C., OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Suicidio en Centroamérica y República Dominicana. 1988-2008*. Washington, D.C.: OPS.
- Otzen, T., Sanhueza, A., Manterola, C. y Escamilla C., J.A. (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: tendencias en los años 1998-2011. *Revista Médica de Chile*, 142(3). Doi: 10.4067/s0034-98872014000300004.
- Páramo, C.D. y Chávez H., A.M. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 30(3), 59-67.
- Payne, S., Swami, V. y Stanistreet, D., L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*, 5(1), 23-35. Doi: 10.1016/j.jomh.2007.11.002.
- Quinlan-Davidson, M., Sanhueza, A., Espinosa, I., Escamilla C., J.A. y Maddaleno, M. (2014). Suicide among young people in the Americas. *Journal of Adolescent Health*, 54(3), 262-268. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.012.
- Rodrigues, C., De Souza D.S., Rodrigues, H.M. y Konstantyner, T. (2019). Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 18, 41(5), 380-388.
- Saltijeral M., T. y Terroba G., G. (1987). Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública de México*, 29(4), 345-360.
- Secretaría de Salud (2012). *Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones*. México: SSA.
- Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162. Doi: 10.1111/j.1943-278x.2000.tb01073.x.
- Stata Corporation (2005). *Stata reference manual: Stata release 9.1* (9th ed.). College Station TX: Author.
- Sullivan, E.M., Anest, J.L., Simon, T.R., Luo, F. y Dahlberg, L. (2015). Suicide trends among persons aged 10-24 years. United States, 1994-2012. *The Morbidity and Mortality Weekly Report*, 6, 64(8), 201-205.
- Villalonga, C.L., Bayona, S.R. y Robledo, Q.K. (2014). Suicide by loop knot strangulation. Presentation of an atypical case. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 875-882.
- World Health Organization (2000). *Global Health Estimates 2000 b-2015 Summary Tables: death by cause, age and sex*. Geneva; WHO. Recuperado de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.