



FLACSO
MÉXICO

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

SEDE ACADÉMICA MÉXICO

Maestría en Población y Desarrollo

XII promoción 2016-2018

**Relación entre la ideación suicida y el suicidio consumado.
México, 2016.**

Tesis para optar por el grado de Maestra en Población y Desarrollo

Presenta

María de Lourdes Torres Ortega

Directores de tesis

Dr. Guilherme Luiz Guimaraes Borges

Dr. Claudio Alberto Dávila Cervantes

Lectores

Dr. Ricardo Orozco Zavala

Dra. Liliana Mondragón Barrios

Seminario de investigación

Población y Salud

Línea de investigación

Familia, género, grupos de edad, salud

Ciudad de México, agosto 2018

Mush, hasta tu estrella.

Para honrar tu vida, haré algo importante con la mía.

AGRADECIMIENTOS

El cumplimiento de una meta siempre será motivo de satisfacción, y ver concluida esta tesis, sin duda representa un gozo importante en mi vida, gozo que no habría sido posible sin la intervención tanto de instituciones, como de personas que representan piezas claves en este proceso y culminación.

Primeramente, agradezco al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, institución comprometida con la salud mental de la población mexicana y pieza fundamental en la elaboración de esta tesis, ya que me brindó todas las facilidades tanto administrativas como de infraestructura para que pudiera realizar ahí una estancia de investigación y además, facilitó el acceso a la base de datos de la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016, sin la cual esta tesis no habría sido posible.

Así mismo, agradezco a la FLACSO México, por acogerme en sus instalaciones y brindarme la oportunidad de crecer personal y profesionalmente en cada uno de sus espacios. Hago extensivo ese agradecimiento a todos y cada uno de los miembros que laboran en esta institución, por hacer más placentera y enriquecedora mi estancia en dicho recinto; en particular a quienes integran el núcleo académico de la Maestría en Población y Desarrollo, quienes estuvieron presentes en procesos paralelos de mi aprendizaje. De igual manera, a la Lic. Mabel Neves, por sus tantas atenciones.

Mi gratitud y admiración para los integrantes del comité de tesis de investigación, el Dr. Guilherme Borges, el Dr. Claudio Dávila, la Dra. Liliana Mondragón, y al Dr. Ricardo Orozco, quienes con paciencia y su vasta experiencia en el tema supieron guiar esta investigación hasta obtener los mejores resultados.

Me complace también, expresar agradecimiento profundo a mi familia, quienes durante este proceso no dejaron de ser fuente de motivación, confort y cariño. Mis logros siempre serán suyos.

Todos en algún momento necesitamos cómplices y este proceso favoreció conocer y reencontrar a personas maravillosas, definitivamente, este trayecto no habría sido el mismo sin cada una de ellas.

RESUMEN

El objetivo fue analizar la relación entre la ideación suicida y la mortalidad por suicidio a nivel estatal en México, diferenciada por sexo, para 2016. Se calcularon las prevalencias de ideación suicida con datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, así como las tasas específicas de mortalidad por suicidio con datos de la Dirección General de Información en Salud; cada variable se calculó por sexo, grupo de edad (12 a 65 años) y entidad federativa. Se describió el panorama epidemiológico de dichas variables y mediante modelos de regresión binomial negativa se exploró la relación entre estas. Las tasas de suicidio, para hombres y mujeres fueron de 11.11 y 2.51 por cada 100,000 habitantes, respectivamente, mientras que, en ideación suicida, las mujeres presentaron prevalencias más altas, 2.96%, que los hombres, 1.59%. Por cada unidad que aumente la prevalencia de ideación suicida, se espera un aumento del 39% en el riesgo de suicidio para hombres y del 22% para mujeres. En presencia de variables de ajuste como la pobreza moderada, el Producto Interno Bruto, población que habita en áreas urbanas, tasa de desempleo, porcentaje de población separada, porcentaje de población soltera, porcentaje de hogares nucleares, porcentaje de población no católica, con malestar emocional, con diagnóstico de esquizofrenia, diagnóstico de bipolaridad, abuso y dependencia al alcohol, así como abuso y dependencia a cualquier droga, así como la edad; la relación ideación suicida y suicidio se mantiene para el caso de los hombres, no así para las mujeres. Considerando que el 81.3% de los suicidios suscitados en México durante el 2016 fueron de hombres, se puede considerar la ideación suicida como un predictor del suicidio y por lo tanto, un área de oportunidad para la implementación de políticas públicas de prevención.

Palabras claves: ideación suicida, suicidio, México

ABSTRACT

The objective was to analyze the relationship between suicidal ideation and mortality by suicide at the state level in Mexico, differentiated by sex, for 2016. The prevalence of suicidal ideation was calculated with data from the National Survey of Drug, Alcohol and Tobacco Consumption, as well as the specific mortality rates due to suicide with data from the General Directorate of Health Information; each variable was calculated by sex, age group (12 to 65 years) and federal entity. The epidemiological panorama of these variables was described and the relationship between these variables was explored through negative binomial regression models. Suicide rates for men and women were 11.11 and 2.51 per 100,000 inhabitants, respectively, while, in suicidal ideation, women had higher prevalences, 2.96%, than men, 1.59%. For each unit that increases the prevalence of suicidal ideation, a 39% increase in the risk of suicide for men and 22% for women is expected. In the presence of adjustment variables such as moderate poverty, the Gross Domestic Product, population living in urban areas, unemployment rate, proportion of separated population, proportion of single population, proportion of nuclear households, proportion of non-Catholic population, emotional distress, diagnosis of schizophrenia, diagnosis of bipolarity, abuse and dependence on alcohol, as well as abuse and dependence on any drug, as well as age; the relationship between suicidal ideation and suicide is maintained for men, but not for women. Considering that 80.1% of the suicides that occurred in Mexico during 2016 were of men, suicidal ideation can be considered as a predictor of suicide and, therefore, an area of opportunity for the implementation of public prevention policies.

Keywords: suicidal ideation, suicide, Mexico

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL SUICIDIO EN MÉXICO: UN PROBLEMA CRECIENTE	4
1.1. <i>Suicidios en México en el marco de un contexto global</i>	4
1.2. <i>Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio en México</i>	7
1.3. <i>Factores asociados a la mortalidad por suicidio</i>	10
1.4. <i>Prevalencia de ideación suicida en México</i>	13
CAPÍTULO II. FENÓMENO SUICIDA: DEFINICIONES Y ABORDAJE TEÓRICO	17
2.1. <i>Definiciones</i>	17
2.1.1. <i>Ideación suicida</i>	19
2.1.2. <i>Intento de suicidio</i>	20
2.1.3. <i>Suicidio</i>	22
2.2. <i>Enfoques teóricos del suicidio</i>	23
2.2.1. <i>Teoría sociológica del suicidio</i>	24
2.2.2. <i>El papel de los determinantes sociales de la salud</i>	26
2.2.3. <i>Determinantes sociales de la salud mental</i>	30
2.2.4. <i>El suicidio en el marco de los determinantes sociales en salud mental</i>	31
CAPÍTULO III. APARTADO METODOLÓGICO	35
3.1 <i>Preguntas de investigación</i>	35
3.2 <i>Objetivos</i>	35
3.2.1 <i>Objetivo general</i>	36
3.2.2 <i>Objetivos específicos</i>	36
3.3 <i>Hipótesis</i>	36
3.4 <i>Descripción de las fuentes de datos</i>	37
3.4.1 <i>Suicidio consumado</i>	37
3.4.2 <i>Ideación Suicida</i>	38
3.4.3 <i>Variables de ajustes</i>	39
3.5 <i>Unidades de análisis</i>	39
3.6 <i>Definición de la submuestra de estudio</i>	39
3.7 <i>Variables de estudio</i>	40
3.7.1 <i>Variable dependiente</i>	40
3.7.2 <i>Variables independientes</i>	40
3.7.3 <i>Variables de ajuste</i>	41

3.8	<i>Estrategias de análisis estadístico</i>	45
3.8.1	<i>Análisis descriptivo</i>	45
3.8.2	<i>Modelos de regresión binomial negativa</i>	45
CAPÍTULO IV. IDEACIÓN SUICIDA Y SUICIDIO EN MÉXICO		47
4.1.	<i>Panorama general de la Mortalidad por suicidio. México, 2016</i>	47
4.2.	<i>Ideación suicida, situación en México, 2016.</i>	49
4.3.	<i>Distribución del suicidio y la ideación suicida por sexo</i>	51
4.4.	<i>Factores asociados con las tasas de mortalidad por suicidio. México, 2016</i>	57
4.5.	<i>Relación ideación suicida-suicidio en México. Modelos de regresión binomial negativa</i>	58
DISCUSIÓN		61
CONCLUSIONES		67
LIMITACIONES		68
BIBLIOGRAFÍA		69
ANEXOS		78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tasas de suicidio por sexo y grupos de edad. México, 2016	48
Tabla 2. Tasas de suicidio por sexo y entidad federativa, población de 12 a 65 años. México, 2016	49
Tabla 3. Prevalencia de ideación suicida por sexo y grupos de edad. México, 2016.....	50
Tabla 4. Prevalencias de ideación suicida por sexo y entidad federativa, población de 12 a 65 años. México, 2016.....	51
Tabla 5. Medidas descriptivas de variables de ajuste entre ideación suicida y suicidio	56
Tabla 6. Análisis bivariado de la tasa de mortalidad por suicidio y factores asociados. Regresión binomial negativa. México, 2016.	57
Tabla 7. Modelo de regresión binomial negativa. Hombres de entre 12 y 65 años. México, 2016	59
Tabla 8. Modelo de regresión binomial negativa. Mujeres de 12 a 65 años. México, 2016	60

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Evolución de las tasas de suicidio en México, 1970-2015.....	7
Gráfica 2. Tasas de suicidio y prevalencias de ideación suicida de hombres en México, 2016.....	53
Gráfica 3. Tasas de suicidio y prevalencias de ideación suicida en mujeres. México, 2016	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema del modelo multinivel de los determinantes sociales de la salud.	29
Figura 2. Principales factores de riesgo de suicidio, alineados con las intervenciones permanentes.....	32
Figura 3. Distribución de la prevalencia de ideación suicida. Hombres de 12 a 65 años. México, 2016. ..	52
Figura 4. Distribución de las tasas de mortalidad por suicidio. Hombres de 12 a 65 años. México, 2016.	52
Figura 5. Distribución de la prevalencia de ideación suicida. Mujeres de 12 a 65 años. México, 2016.	54
Figura 6. Distribución de las tasas de mortalidad por suicidio. Mujeres de 12 a 65 años. México, 2016...	54

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que ha sido estudiado desde diferentes miradas: la sociológica, la psicológica, la psiquiátrica, la antropológica, la epidemiológica y por supuesto, la demográfica. Lo anterior debido a su complejidad y al impacto que éste tiene en la percepción de la vulnerabilidad del ser humano, así como, a las repercusiones que representa para distintos ámbitos, como el familiar, el social, el económico y la salud pública.

De acuerdo con Jiménez, et al. (2006:2) "El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas", sin embargo, a lo largo del tiempo ha tenido distintas connotaciones según la época y la sociedad desde donde se mire. En la antigua Grecia donde los suicidas eran mal vistos, Platón consideró que quitarse la vida representaba una ofensa para la sociedad, mientras que en la Edad Media a los suicidas se les negaba la sepultura (Vega-Piñero, et al., 2002; Corpas, 2011). De acuerdo con algunas investigaciones en torno al origen del término suicidio se ha encontrado que hasta antes del siglo XVII se carecía de una palabra para identificar este acto, así como a quienes lo ejecutaban, (Morin, 2008). En el Renacimiento comenzó un cambio en la concepción del suicidio, con la flexibilización de las condenas y una mirada más compasiva para los suicidas. Ya en el siglo XVIII se presentó mayor tolerancia ante este fenómeno y se le llegó a considerar como un acto de total libertad, en el que los seres humanos ejercían el derecho a decidir si continuaban o no con su vida. A finales del siglo XIX empiezan a surgir los primeros estudios médicos, epidemiológicos, psicológicos y sociales del suicidio, entre ellos el estudio sociológico realizado por Émile Durkheim en 1897, cuyo objetivo era analizar y comparar las tasas de mortalidad por suicidio propias de las sociedades europeas, identificando para ello, características de dichas sociedades (Durkheim, 1897/2006). Este tipo de estudios tuvo mayor auge en el siglo XX dado el aumento en las tasas de suicidio a nivel mundial (Vega-Piñero, et al., 2002; Corpas, 2011).

Actualmente, vivimos en una época de grandes concentraciones urbanas, cambios en los flujos migratorios y avances tecnológicos en los medios de comunicación que propician la convivencia, mezcla o fusión de distintas culturas, religiones, razas y estilos de vida que pueden estar influyendo en las tasas de suicidio a nivel mundial (Vega-Piñero, et al., 2002). Aunado a esto,

cabe reconocer que el suicidio aún está rodeado de sentimientos de vergüenza, miedo, culpa e incomodidad, por lo que mucha gente tiene dificultades para discutir el comportamiento suicida, pues sigue siendo considerado como un tema tabú asociado con sanciones religiosas, legales y sociales muy poderosas. Dichos tabúes presentes tanto en los individuos como en las sociedades son factores importantes que dificultan la implementación de programas de prevención de suicidios, por lo que se propone ejecutar estrategias de prevención basadas en conocimiento científico y empírico (OMS-EURO, 2002).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), anualmente mueren en el mundo más de 800,000 personas a causa del suicidio, colocándose como la segunda causa de muerte entre los jóvenes de entre 15 y 29 años. En lo que respecta a la situación del suicidio en México, para el 2016 se registraron 6,408 muertes por suicidio, de los cuales el 80.1% correspondió a muertes de varones y el 19.9% a muertes de mujeres, lo que desemboca en tasas de mortalidad por suicidio de 8.66 y 1.89, por cada 100,000 habitantes, respectivamente (DGIS, 2016).

Pese a que el número de muertes por esta causa sigue siendo el dato más visible, es inexorable considerar otras manifestaciones de la conducta suicida para lograr la prevención de este fenómeno de manera integral, pues, aunque la ideación y el intento suicidas no tienen consecuencias mortales, sí merman la calidad de vida, así como, el bienestar físico y psicológico (OMS, 2014a). Cada una de dichas manifestaciones se distingue por el grado de letalidad que representa y no necesariamente siguen un curso lineal, sino que pueden suscitarse en forma alternada (Castillo & Maroto, 2017). La OMS (2014a) sugiere que la detección de los factores de riesgo durante la ideación suicida es necesaria para el establecimiento de medidas preventivas eficaces que ayuden a frenar y contrarrestar la dinámica que se ha venido originando en torno al suicidio.

En este sentido, la presente investigación analiza el papel predictor que juega la ideación suicida respecto al suicidio consumado en las entidades federativas de la República Mexicana, para el año 2016. Ya que en investigaciones previas se ha reportado una marcada heterogeneidad en la distribución de las tasas de suicidio en el país y se desea analizar si esa dispersión está asociada con las prevalencias estatales de ideación suicida. Además, reconociendo el carácter multifactorial del suicidio se analiza la existencia de factores de riesgo, o combinaciones de ellos, que hagan a

ciertas entidades federativas más vulnerables ante este fenómeno, por lo que además se consideran otros factores de riesgo a nivel agregado, lo que, a su vez, pondrá a prueba la consistencia de la ideación suicida como factor predictor.

Con la finalidad de desarrollar lo anterior, esta tesis está compuesta por cuatro capítulos. En el primero de ellos se ubica la problemática del suicidio en México en el marco de un contexto global, en el que, si bien no ocupa uno de los primeros lugares en el *ranking* mundial, el incremento tan acelerado en los últimos años ha llamado la atención. Por ello, en este acápite también se hace una revisión de la tendencia que ha seguido la mortalidad por suicidio en el país desde 1970 y las transformaciones en el panorama epidemiológico nacional. Por otro lado, también ha resultado de interés el reconocimiento de los factores que ponen en riesgo a la sociedad mexicana ante este fenómeno. Finalmente, se presenta un apartado dirigido a los estudios de la ideación suicida en el país ya que merece una atención aparte al considerársele como la puerta de entrada a la conducta suicida.

El capítulo segundo está integrado por dos partes, en la primera de ellas, se precisan los conceptos que servirán de guía para esta investigación, aspecto importante, ya que, pese a los esfuerzos por unificar criterios en la definición y clasificación de las conductas suicidas, no se ha logrado un consenso. En la segunda parte, correspondiente al apartado teórico, se presenta la teoría sociológica del suicidio, propuesta por Émile Durkheim en 1897, que servirá para introducir el enfoque de los determinantes sociales de la salud, específicamente de la salud mental y del suicidio.

Posteriormente, en el capítulo tercero se incluyen las características metodológicas de esta investigación, así como los objetivos e hipótesis que sirven de hilo conductor. Se describen los instrumentos utilizados, la población objetivo y las variables que se consideran en el análisis, al igual que las técnicas estadísticas implementadas.

Por último, en el capítulo cuatro, se presenta el apartado de resultados y discusiones, en donde se exhibirán los datos obtenidos de los análisis realizados y se discuten a la luz de investigaciones previas, finalmente se exponen las conclusiones.

CAPÍTULO I. EL SUICIDIO EN MÉXICO: UN PROBLEMA CRECIENTE

El estudio de la conducta suicida en México ha cobrado importancia desde hace algunas décadas, ya que en sus distintas manifestaciones, desde la ideación hasta el suicidio consumado, representa un problema de salud pública significativo en tanto que repercute en la morbi-mortalidad de la población, la disminución en la productividad y el aumento en los costos sanitarios (Vázquez-Vega, et al., 2015; Crosby, 2016). En este sentido se han desarrollado numerosas investigaciones intradisciplinarias e interdisciplinarias, con la finalidad de intentar describir y comprender la dinámica suicida, así como analizar sus determinantes, componentes, transformaciones y consecuencias. Sin embargo, es un fenómeno tan amplio que resulta difícil abordarlo en su totalidad, es por ello por lo que diversos estudios se han centrado en aspectos concretos de acuerdo con el interés particular del investigador.

En este apartado, primeramente, se hará una revisión de la situación del suicidio en México dentro del marco global, ya que se ha encontrado que en las regiones del mundo se tiene una dinámica del suicidio diferenciada según las características de los países que las conforman (OMS, 2014a). Enseguida se hará un reconocimiento de los cambios en las tasas de mortalidad por suicidio reportadas en estudios epidemiológicos en el país y en sus entidades federativas, de tal modo que logren identificarse cuáles han sido los cambios en la distribución geográfica de los suicidios. Así mismo, se revisará el reporte de datos referentes a la ocurrencia del suicidio diferenciada por sexo y grupos de edad para ubicar cuáles son los grupos más vulnerables ante este fenómeno. Enseguida se presentan algunos datos empíricos respecto a los factores de riesgo asociados al suicidio consumado. Además, se hace una indagación respecto a cómo se ha estudiado la ideación suicida en el país, mediante qué instrumentos, en qué poblaciones, cuáles han sido los factores que se asocian con ella, así como su prevalencia.

1.1. *Suicidios en México en el marco de un contexto global*

La OMS anunció en 2014 que los suicidios se han convertido en una de las principales causas de muerte. En el mundo representan el 50% de las muertes violentas registradas entre hombres y el 71% entre mujeres; así mismo reportó que cada 40 segundos se suicida una persona y se estima que por cada suicidio consumado se presentan 20 intentos fallidos, lo que implica

secuelas físicas y psicológicas, no sólo para quien atenta contra su vida, sino también para sus familiares y allegados, y de manera indirecta para el resto de la sociedad. Anualmente se reportan más de 800,000 muertes por esta causa, siendo los jóvenes de entre 15 y 29 años los más afectados. En el año 2012 se registró una tasa global de suicidios de 11.4 muertes por 100,000 habitantes (15.0 para hombres y 8.0 para mujeres¹), sin embargo, puede identificarse a Guyana (44.2), República de Corea (28.9), Sri Lanka (28.8), Lituania (28.2), Surinam (27.8) y Mozambique (27.4) entre los países con las tasas más altas de mortalidad por suicidio (OMS, 2014a).

Del total de suicidios por año, aproximadamente 65,000 se suscitan en el continente americano, los cuales para el periodo 2005-2009 representaron una tasa de 7.3 suicidios por cada 100,000 habitantes, pero vale hacer mención que la dinámica del suicidio es muy heterogénea en las regiones subcontinentales, América del Norte es la subregión con la tasa ajustada por edad más alta (10.1) seguida por el Caribe no hispano (7.4), América Central, Caribe hispano y México (5.3) y Suramérica (5.2) (OPS, 2014). Sin embargo, cabe aclarar que en esta región el subregistro de las defunciones por esta causa continúa siendo un problema importante debido a la falta de uniformidad en las definiciones del registro, la cobertura inadecuada en regiones poco accesibles, así como, los errores de omisión y el retraso en la publicación de los datos, por lo que las tasas deben ser interpretadas cautelosamente (OPS, 2014; Dávila, et al., 2015).

En el año 2013, la Asamblea Mundial de la Salud sugirió la implementación del primer Plan de Acción sobre Salud Mental, en el que la prevención del suicidio es parte importante ya que se propone una reducción del 10% en las tasas de suicidio de los países para el 2020, meta que se relaciona con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.4 en el que se plantea “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar” (OPS, 2017). Sin embargo, para cumplir con ese objetivo es necesario reconocer el carácter multicausal del problema, es decir, la interacción de aspectos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, económicos y culturales; en tanto factores protectores y de riesgo² a los que se expone la población, intentando abarcar en la medida

¹ Tasas de mortalidad por suicidio estandarizadas por edad.

² Los factores protectores son el conjunto de procesos sociales y psicológicos, producto de la interacción entre la persona y su medio, los cuales pueden disminuir la probabilidad de ocurrencia de suicidios, mientras que los factores de riesgo son aquellas características o cualidades de una persona o comunidad asociados con la elevación de las

de lo posible, la mayor variedad de factores explicativos del suicidio; debido a que en muchas ocasiones hay factores de riesgo que actúan acumulativamente para aumentar la fragilidad de las personas ante el comportamiento suicida. En este sentido se ha observado que el suicidio tiene un fuerte impacto en las poblaciones más vulnerables del mundo, sobre todo en los grupos marginados y discriminados; de hecho, el 75% de los suicidios se producen en los países de ingresos bajos y medianos, donde los servicios de identificación, tratamiento y apoyo para los suicidas potenciales son escasos y limitados. Además, existen otros factores como el aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas al interior de la comunidad que se asocian con el incremento de los suicidios (OMS, 2014a).

Por lo anterior, es necesario hacer un reconocimiento de los factores de riesgo relacionados con el suicidio que están afectando a la sociedad mexicana y a partir de ello, establecer estrategias de prevención útiles para el contexto específico. Esto resulta relevante, en tanto que México va a contracorriente de la tendencia mundial de suicidio que, de acuerdo con datos de la OMS (2014) en el periodo comprendido entre 2000 y 2012 ha presentado una reducción en la tasa ajustada de mortalidad por suicidio del 26.1%, mientras que en la República Mexicana hubo un aumento del 17.1% en el mismo periodo, siendo especialmente notorio en la tasa de suicidio para las mujeres con un crecimiento del 58.3% (Borges, et al., 2016).

En la actualidad, sólo unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades sanitarias, y únicamente 28 han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio (OMS, 2014a). Al respecto, en México se presentó el Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica³, en el que se plantea como objetivo realizar acciones de prevención y educación de los trastornos mentales prioritarios relacionados con el suicidio y sus factores de riesgo.

probabilidades de que el suicidio ocurra (López & Ubals, 2012). Estos últimos pueden dividirse en factores de riesgo fijos: se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y, aunque algunos, como la edad o estado civil, sufren modificaciones, su cambio es ajeno al clínico; y modificables: se trata de factores psicológicos, psicopatológicos y sociales que pueden modificarse clínicamente o mediante intervenciones poblacionales (Gutiérrez, et al., 2006; Saiz, et al., 2014).

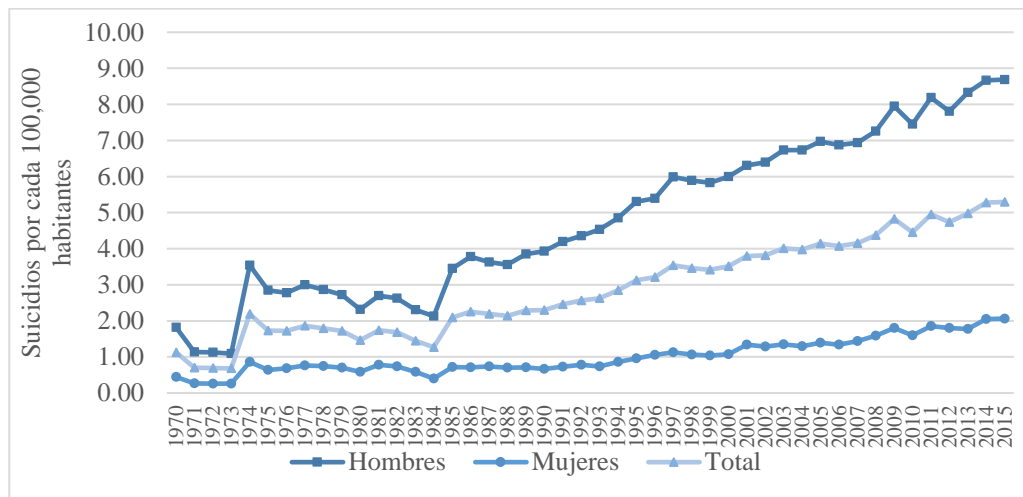
³ Para mayor información respecto al Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica consultar: http://www.sap.salud.gob.mx/media/267193/PAE_Atenci%C3%B3n-Psiqui%C3%A1trica.pdf

1.2. Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio en México

En México, la primera investigación de corte epidemiológico asociada al suicidio la realizaron Cabildo y Elorriaga (1966), y su objetivo fue analizar el comportamiento estadístico del suicidio en la República Mexicana en el decenio comprendido entre 1954 y 1963 partiendo de datos recabados por la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud. Su interés se centró en lo que llamaron “tendencia suicidógena”, constituida por el suicidio consumado y el suicidio frustrado. Ellos encontraron fluctuaciones en las tasas de suicidios consumados y disminuciones en los que fueron frustrados. Asimismo, estos autores calcularon la tendencia suicida diferenciando variables demográficas, sociales y económicas: sexo, grupo de edad, ocupación, método suicida empleado, estado civil, entidad federativa, lugar y mes de ocurrencia.

Desde entonces se han llevado a cabo investigaciones que tienen como objetivo el seguimiento, la descripción y el análisis del fenómeno del suicidio. Algunos de ellos han hecho comparaciones en el tiempo que les permiten dar seguimiento a la evolución de las tasas de suicidio en el país (Borges, et al., 1996; Puentes-Rosas, et al., 2004; Hernández-Bringas y Flores-Arenales, 2011; Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez, 2013; Dávila, et al., 2015; Dávila y Pardo, 2016), identificando que existe una tendencia al alza, especialmente después de 1984, año a partir del cual el incremento no ha dejado de ser constante. En la gráfica 1 se presentan los cambios por los que ha pasado México en lo que respecta a la mortalidad por suicidio.

Gráfica 1. Evolución de las tasas de suicidio en México, 1970-2015.



Fuente: tasas de suicidio del 1970 a 2013 Borges, et al. (2016) y del 2014 y 2015 elaboración propia con datos de mortalidad del INEGI/SS y proyecciones de población de CONAPO.

Debido a que en el país hay una marcada regionalización del suicidio, es decir que hay entidades federativas que tradicionalmente han registrado altas tasas de mortalidad por esta causa, como los estados de la península de Yucatán (Borges, et al., 2010; Dávila, et al., 2015; Borges, et al., 2016; INEGI, 2017), este fenómeno no puede ser explicado si únicamente se consideran los factores individuales, por lo que podría suponerse que en esos lugares existen otros factores que están afectando a la población en su conjunto y que juegan un papel determinante en la constancia y alzas en las tasas de suicidio de sus habitantes. Durkheim (1897/2006), menciona que la vecindad de comunidades suicidas, no necesariamente surge por la cercanía entre ellas, sino porque comparten características sociales similares, las cuales se asocian con la intensidad de las muertes por suicidio.

Respecto a las diferencias por sexo en las tasas de mortalidad a causa del suicidio, hay una consistencia tanto temporal como espacial con la literatura disponible en la que se ha observado que, si bien las mujeres llevan a cabo mayores intentos suicidas, son los hombres los que presentan las mayores tasas de suicidio. Esto puede ser debido a que, las mujeres logran en menor medida consumir la muerte. Este fenómeno ha sido llamado paradoja de género (Canetto & Sakinofsky, 1998) y se ha observado desde el primer estudio epidemiológico del suicidio en México (Cabildo & Elorriaga, 1966) y se repite prácticamente a nivel mundial, con excepción de China e India, donde las tasas son similares en ambos sexos (Mendez-Bustos, et al., 2013).

Esto es más evidente cuando se calcula la razón hombre:mujer de las tasas de suicidio y se puede identificar cuantos hombres se suicidan por cada mujer que lo hace. De acuerdo con Borges y sus colaboradores (2016), en el periodo comprendido entre 1970 a 2013, en promedio se suicidaron 5 hombres por cada mujer, sin embargo, a partir del año 2000 la brecha de suicidios por sexo se ha ido reduciendo. La OMS (2014a), reportó que en general, en los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, mientras que en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre:mujer se reduce casi a la mitad.

En este sentido, se han propuesto algunas explicaciones que den respuesta a dicha paradoja. Una de ellas se relaciona con la letalidad de los métodos utilizados para quitarse la vida; en el caso de México, el ahorcamiento es el principal método de suicidio para ambos sexos pero en lo que respecta a la segunda opción el uso de armas de fuego es más utilizado por los hombres, mientras

que las mujeres se inclinan más hacia el envenenamiento, este último método considerado como de menor letalidad respecto al que usan los varones, es decir, si el auxilio es viable hay menos posibilidad de que el suicidio se consume (Borges, et al., 2010; Jiménez-Ornelas y Cardiel-Télez, 2013; INEGI, 2017).

Otra posible explicación se relaciona con la socialización, es decir la trasmisión del bagaje cultural adoptado por hombres y mujeres que determina los patrones socialmente aceptados como femeninos y como masculinos. En este sentido, el suicidio consumado es interpretado como un fenómeno masculino, por ende, los hombres que consuman el acto van acorde a lo esperado; la parte femenina del fenómeno se relaciona con las tentativas, propias de las conductas de mujeres (García-Portilla, et al., 2014). De igual manera, los trastornos y rasgos psiquiátricos también implican pautas de género; el consumo de alcohol y de drogas, así como la personalidad impulsiva y hostil son percibidos como masculinos, dichas características se asocian con el suicidio consumado; mientras que el malestar depresivo se ha identificado como un trastorno que afecta en mayor medida a las mujeres y se le ha considerado como uno de los factores de riesgo más importantes para la ideación suicida (Canetto & Sakinofsky, 1998). En México se encontró que el sentido de la razón hombre:mujer difiere dependiendo del trastorno en cuestión, por ejemplo en la depresión y la ansiedad se presentan en una relación de dos mujeres por cada hombre; en lo que se refiere al abuso de sustancias, la relación se invierte con nueve hombres por cada mujer que presenta este tipo de padecimientos (Medina-Mora, et al., 2003).

Por otro lado, la edad también juega un papel preponderante cuando de la dinámica suicida se trata. La OMS (2014a) reportó que, a nivel global, las tasas de suicidio más altas se encontraban entre los adultos mayores de 70 años y más, tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, advirtió que las tasas de mortalidad por suicidio del grupo de 15 a 29 años estaban aumentando rápidamente, colocando al suicidio como la segunda causa de muerte en ese grupo etario. En México, el crecimiento de la mortalidad por suicidio de las últimas décadas se ha presentado de manera desigual en los distintos grupos etarios, en la década de 1980 las tasas de suicidio más altas se concentraban entre las edades más avanzadas, pero con el paso del tiempo el grupo de 20 a 24 años fue el que tomó la primera posición en la mortalidad por suicidio (Borges, et al., 2016). Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017) para el 2015, cuando se hace el análisis por edad y sexo se tiene que del total de suicidios, las defunciones por esta causa en las

mujeres se concentran en edades jóvenes, ya que 6 de cada 10 mujeres suicidas eran menores de 30 años, mientras que para hombres esta condición se cumplió sólo en 4 de cada 10.

En relación con la mortalidad por suicidio, Dávila y colaboradores (2015), se dieron a la tarea de medir el impacto que los suicidios tienen en la disminución en los años de vida de la población, a través del cálculo de los Años de Vida Perdidos (AVP)⁴, medida que también reflejó diferencias por sexo. De acuerdo con los autores, si para el año 2012 se hubiesen eliminado los suicidios, la vida de los hombres menores de 85 años habría aumentado 0.252 años, mientras que para las mujeres el incremento sería de 0.063 años en promedio.

En suma, el suicidio afecta de manera diferenciada a hombres y mujeres, así como a los distintos grupos de edad y se presenta de manera heterogénea en las entidades de la República Mexicana. Esto hace que ciertos sectores de la población estén en posturas más vulnerables ante la conducta suicida y sus diferentes manifestaciones, por lo que es importante indagar cuáles son los factores que están influyendo en la presencia de riesgo ante esta situación.

1.3. Factores asociados a la mortalidad por suicidio

El suicidio es un fenómeno muy complejo en el que interactúan factores biológicos, psicológicos, culturales, económicos y sociales (OMS, 2014a). El riesgo aumenta a medida en que aumentan los factores presentes, aunque vale agregar que algunos de ellos tienen pesos mayores a otros. Algunos investigadores (Guibert & Alonso, 2001; Pérez-Olmos, et al., 2008; García-Rábago, et al., 2010), se han dado a la tarea de buscar patrones característicos de los suicidas con la intención de detectar factores de riesgo que hacen más vulnerables a ciertos sectores de la población y poder así implementar estrategias específicas.

A nivel individual las características de los suicidas que han sido estudiadas son: el sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad y la ocupación; además de la comorbilidad psiquiátrica y abuso de sustancias (Borges, et al., 2009; Jiménez-Ornelas & Cardiel-Téllez, 2013). El informe más reciente del INEGI (2017) reporta que para el 2015 la tasa de suicidios de hombres superaba a la

⁴ Los AVP, son una medida útil para relacionar la mortalidad por causas específicas en determinadas edades con el cambio en la esperanza de vida al nacer (Arriaga, 1996).

de mujeres 4.25 veces, además que la mortalidad más alta a causa del suicidio se suscitaba en edades jóvenes, específicamente entre los 15 y 29 años, edades donde se concentra el 41.3% de las defunciones por esta causa. Respecto al nivel de escolaridad se reportó que la mayoría de los suicidas contaba con educación de nivel básico.

Como se mencionó, otro aspecto relevante en el estudio de la mortalidad por suicidio se relaciona con la presencia de trastornos mentales, esto bajo el sustento del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), en sus versiones previas a la quinta edición⁵, pues se consideraba a la conducta suicida como síntoma del trastorno depresivo mayor o trastorno límite de la personalidad (Daray, et al., 2016). Sin embargo, el suicidio también presenta una fuerte asociación con otros trastornos (Matusevich, et al., 2003; Echeburúa, 2015) y con el abuso de sustancias; de acuerdo con datos provenientes del Servicio Médico Forense (SEMEFO)⁶ la principal sustancia detectada en los casos de suicidio fue el alcohol (72.9%), seguida por el grupo de los estimulantes (9.6%) y el grupo de los sedantes (6.8%), aunque se ha considerado que no es el tipo de sustancia ingerida sino el número de ellas. La letalidad aumenta en el caso de los hombres si se incrementa el número de sustancias, no así para las mujeres. Sin embargo, estos datos deben ser tomados con cautela debido a que se puede caer en el error de clasificar como suicidio aquella muerte derivada de una sobredosis accidental (Ocampo, et al., 2009). Respecto a las conductas suicidas previas se sabe que entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante (OMS, 2018a).

La OMS (2014a), reconoce que una mirada multisectorial en la prevención del suicidio debe incluir no sólo al sector de la salud a nivel individual, sino también a los del bienestar social⁷, la justicia y otros de índole estructural e intermedio; pero advierte que es importante que estos se adapten al contexto cultural y social de cada país, de tal forma que las intervenciones de prevención

⁵ Dentro de la sección III del DSM 5 (Medidas y modelos emergentes), en el apartado “Afecciones que necesitan más estudio” se incluyen criterios para futuras investigaciones de una serie de cuadros, entre los que figura el Trastorno de comportamiento suicida y el de Autolesión no suicida, lo que lo coloca como un trastorno y no como un síntoma.

⁶ Dicha institución cambió su nombre y actualmente es conocida como Instituto de Ciencias Forenses, INCIFO.

⁷ Se refiere al nivel alcanzado en la satisfacción de las necesidades básicas fundamentales de la sociedad, que se expresan en los niveles de educación, salud, alimentación, seguridad social, vivienda, desarrollo urbano y medio ambiente.

estén basadas en datos científicos y con un abordaje integral, es por ello que de manera reciente se ha prestado mayor atención a los factores estructurales como las condiciones económicas y sociales que presuntamente repercuten en la mortalidad por suicidio.

Para indagar sobre tales efectos se han llevado a cabo investigaciones en las que se asocian las condiciones estructurales e intermedias con las tasas de suicidio. En 33 países de Europa se encontró una asociación positiva entre sus niveles de alfabetización y las tasas de suicidio (Marusic, et al., 2002). En Australia se analizó la asociación de variables macroeconómicas tales como: tasas de interés de préstamos hipotecarios, tasas de desempleo, días perdidos por disputas industriales, índice de precios al consumidor y el índice de Sentimiento del Consumidor. Hubo asociaciones significativas entre las tasas de suicidio y once indicadores macroeconómicos, pero esa asociación es diferente para hombres y mujeres (Berk, et al., 2006). Por otro lado, en China se hizo evidente la relación inversa del crecimiento económico con las tasas de suicidio, identificando como parteaguas el año 1995, a partir del cual se hace más notoria la relación inversa (Zhang, et al., 2010).

En América Latina, los estudios donde son incorporados los factores estructurales en la explicación de la mortalidad por suicidio son relativamente recientes y en ellos se han considerado distintas variables explicativas del suicidio consumado. En Uruguay se estudió la relación del suicidio con el ingreso real *per cápita* y la tasa de desempleo, sin que se hallara influencia de estos factores (Lucero Abreu, 1998). En Chile, Moyano y Barría (2006) reportaron que a medida en que se incrementa el Producto Interno Bruto (PIB) aumenta el número de suicidios.

En Colombia se han hecho estudios en los que se busca encontrar relación entre la desigualdad y la pobreza con las tasas de suicidio; de acuerdo con Campo-Arias y Herazo (2014), en un estudio transversal realizado en el 2012 no se encontró asociación entre dichos factores y las tasas de suicidio a nivel departamental; sin embargo, estos mismos autores realizaron un estudio longitudinal considerando la desigualdad (índice de Gini) para el periodo 1994-2013 así como las tasas de suicidio a nivel nacional, en este último se encontró correlación positiva y significativa (Campo- Arias & Herazo, 2015). Por su parte, Dávila-Cervantes y Pardo-Montaña (2017) también analizaron factores socioeconomicos relacionados con las tasas de suicidio y concluyeron que la

desigualdad del ingreso se asociaba positivamente con el riesgo de fallecer por suicidio, mientras que hay una relación negativa con la tasa de desempleo y la pobreza.

En México son pocos los estudios que han vinculado los factores estructurales e intermedios con las tasas de mortalidad por suicidio. Se ha buscado explicar el alza en las tasas de suicidio en el territorio nacional a través de las malas condiciones laborales⁸, mas no se encontró evidencia de que estas variables estén asociadas (Jasso, 2013). De igual manera, se buscó relacionar los AVP por las defunciones a causa del suicidio en las entidades federativas, con el índice de marginación estatal sin que esa relación fuera estadísticamente significativa (Dávila, et al., 2015).

1.4. Prevalencia de ideación suicida en México

No todos los intentos suicidas culminan en muerte y tampoco todas las personas que pensaron en quitarse la vida lo intentaron; sin embargo, la prevalencia de estas manifestaciones de la conducta suicida, la ideación y el intento, dan cuenta de los suicidios potenciales en una población. El estudio de dichas conductas difiere del estudio del suicidio consumado debido, en gran medida, a la dificultad para recoger los datos, puesto que cuando no se usan servicios de salud, no es obligatorio reportar los intentos de suicidio⁹, situación que se complejiza cuando se trata de ideación suicida (Borges, et al., 2010).

La ideación suicida es considerada como la etapa inicial en el fenómeno del suicidio y no como un factor de riesgo independiente del comportamiento suicida; lo anterior implica que su estudio sea relevante en la prevención de las defunciones por esta causa (Sánchez, et al., 2011). La ideación es la manifestación de la conducta suicida con mayor prevalencia en la población.

⁸ La autora considera como malas condiciones laborales la tasa de desempleo, remuneración por debajo de los dos salarios mínimos, la jornada laboral excesiva, es decir aquella que sobrepasa de 48 horas a la semana y el hecho de no contar con prestación de servicios médicos.

⁹ Los egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud son una fuente de información que permite acercarse a la cuantificación del número de intentos de suicidio ocurridos. Este registro, incluye únicamente aquellos intentos en los que la persona que se autoinfligió una lesión, fue atendida en una institución de salud pública debido a esas lesiones (INEGI, 2016).

En poblaciones generales, una proporción importante de las personas reconocen que han presentado ideación suicida en algún momento de su vida y un tercio de ellas pasarán a planificar un intento de suicidio; aunque sólo logran consumarlo el 10%. Se sabe que la mayor parte de las personas que consumaron el suicidio presentaron pensamientos previos respecto a quitarse la vida y lo comunicaron a algunos conocidos cercanos (McAuliffe, 2002), lo que la coloca como un importante factor de riesgo en lo que respecta al intento de suicidio y al suicidio consumado. No obstante, se le ha otorgado poca importancia a pesar de su papel al momento de ayudar a explicar la activación del proceso suicida (Rosales, et al., 2012); este aspecto, además cobra importancia, teniendo en cuenta que el mayor riesgo de intento de suicidio se presenta en el primer año después de la aparición de ideación suicida, independientemente, si el plan está o no presente (Nock, et al., 2008).

Por otro lado, una persona que presenta un plan incrementa el riesgo de intentar llevarlo a cabo 24 veces. Además, con mucha frecuencia, se ha detectado que un acto que llevó a una muerte por suicidio fue precedido por una serie de intentos fallidos (Borges, et al., 2010). En una investigación epidemiológica en población mexicana sobre suicidio, se informó que: el 8.79% de la población reportó haber tenido ideación, el 1.22% un plan y el 0.79% haber tenido intento suicida durante los doce meses previos al levantamiento de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 (Borges, et al., 2009). En este mismo sentido, si se logra identificar la ideación suicida, podría esperarse que las lesiones derivadas de las tentativas, así como los suicidios consumados se reduzcan.

En México, algunas investigaciones respecto a la ideación suicida se han limitado a poblaciones cerradas y generalmente cautivas, restringiendo la información obtenida a grupos de niños y adolescentes captados en los centros educativos (Medina-Mora, et al., 1994; González-Forteza, et al., 1998; Miranda, et al., 2009), población universitaria (Córdova, et al., 2007; Rosales & Córdova, 2011; Rosales, et al., 2013) y adultos hospitalizados (Mondragón, et al., 2001; Rosales, et al., 2012; Rosales, et al., 2013; Chávez-Hernández, et al., 2015).

Algunos estudios relacionados con la conducta suicida realizados en México, tomaron como base instrumentos específicos para identificar la presencia de dicha conducta en las poblaciones estudiadas, tales como: la Escala de Ideación Suicida de Beck, la Escala de Depresión

del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) adjunta a la Escala de Roberts, la Escala de Expectativas Sobre Vivir-Morir de Okasha, los reactivos incluidos en el Composite International Diagnostic Interview (CIDI), inventario de orientaciones suicidas (ISO-30), algunos reactivos del Cuestionario General de salud (GHQ-28) y algunos reactivos del Inventario de Riesgo Suicida (IRIS); sin embargo, esta diversidad en los instrumentos impidió la comparabilidad de las prevalencias obtenidas en estos estudios (Mondragón, et al., 2001; Córdova & Rosales, 2016).

También se han llevado a cabo encuestas con representatividad nacional, por entidades federativas y para el área metropolitana de la Ciudad de México, que han facilitado indagar la prevalencia de ideación, planeación e intento suicida para la población en general. La primera de ellas es la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, dirigida a jóvenes de entre 12 y 19 años en el área metropolitana de la Ciudad de México. En segundo lugar, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, que proporciona indicadores de conducta suicida para tres espacios temporales: de por vida, en los últimos 12 meses y los últimos 30 días según criterios del DSM-IV, está dirigida a la población de entre 18 y 65 años, esta encuesta tiene representatividad nacional de las áreas urbanas. Finalmente, la ENA 2008, en la que se incorporó una sección sobre la conducta suicida que evalúa los eventos relacionados con el suicidio en los últimos 12 meses y cuya amplitud poblacional abarca a individuos de entre 12 y 65 años, esta encuesta, al igual que la anterior, tiene representatividad estatal, diferenciando entre urbano y rural (Borges, et al., 2010).

En una revisión sistemática de los estudios sobre conducta suicida del periodo 1986 a 1999, se encontró que como regla general las prevalencias de la ideación y de los intentos suicidas son más elevadas en la población adolescente que en la adulta, y se reporta más ideación suicida que intento de suicidio (Mondragón, et al., 2001).

Por otro lado, se ha caracterizado a la población con alta prevalencia de ideación suicida, encontrando que quienes tienen mayor riesgo son las mujeres, la población joven, las personas solteras, con poca escolaridad, quienes están subempleados y los que habitan en áreas urbanas.

Asimismo, el área geográfica, en la República Mexicana, con mayor prevalencia en ideación suicida está compuesta por las zonas metropolitanas más grandes del país: Ciudad de México, Guadalajara, y Monterrey; la región con mayor prevalencia de planeación suicida es la sureste (Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo); mientras que

la región norte (Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas) es la más alta para intentos de suicidio (Borges, et al., 2009). Esta disparidad en las entidades federativas que tienen una alta prevalencia de ideación suicida y las que presentan altas tasas de muerte por suicidio, pueden ser una manifestación del papel que juegan otros factores de índole comunitario o estructural, que propician la ideación suicida no necesariamente logran tener un impacto en el suicidio consumado; probablemente porque dichos factores de riesgo no se presentan con la misma fuerza para todas las entidades o bien, que la combinación de dichos factores pueda tener consecuencias más intensas y de mayor fatalidad.

La ideación suicida por sí sola no conlleva a la planificación o a la tentativa suicida, sino que se requiere de la vinculación de otras variables que interactúen para que se dé el paso del pensamiento hacia la planificación, la tentativa o hacia el suicidio consumado, generalmente está asociada a factores de riesgo que aumentan la probabilidad de llevar a cabo otras conductas suicidas (Rosales & Córdova, 2011).

En resumen, la tendencia al alza que presentan las tasas de suicidio en el territorio mexicano desde hace algunas décadas ha favorecido el interés por investigar este fenómeno, con miras a intentar comprender qué lleva a una persona a atentar contra su vida. En ese orden de ideas, se ha intentado dar explicaciones desde distintas disciplinas, estudiando desde aspectos individuales, hasta otros más sociales.

CAPÍTULO II. FENÓMENO SUICIDA: DEFINICIONES Y ABORDAJE TEÓRICO

En seguida se hace una revisión de los conceptos asociados a la conducta suicida y sus distintas manifestaciones, a decir, la ideación suicida, el intento y el suicidio; sus componentes y sus atributos con la finalidad de evitar vaguedades al hacer referencia a este, ya que una conceptualización imprecisa podría generar discrepancias en el abordaje del fenómeno, en su caracterización, su tipología, la metodología de estudio y en su prevención (Posner, et al., 2014). Posteriormente, se hace una revisión de las perspectivas teóricas que abordan el fenómeno suicida, poniendo especial énfasis en la teoría sociológica de Émile Durkheim (1897/2006), que servirá de referencia para observar el fenómeno suicida desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, en particular los de la salud mental, y desde el que se ofrece una explicación de las defunciones por suicidio en el marco de una sociedad suicidógena, para finalmente describir los aspectos sociales que favorezcan la explicación del fenómeno suicida en México.

2.1. Definiciones

La palabra suicidio tiene su origen con Sir Thomas Browne en el año 1642, quien la utilizó para distinguir entre el homicidio hacia uno mismo y el cometido hacia otra persona, (Daray, et al., 2016). Etimológicamente deriva de los vocablos latinos *Sui*, sí mismo y *Caedére*, matar, es decir *matarse a sí mismo* (Gutiérrez, et al., 2006), término que se popularizó de tal manera que, de acuerdo con Émile Durkheim (1897/2006), el uso cotidiano favoreció su mal empleo, produciendo confusión al momento de clasificar este tipo de muertes. Durkheim, enfatizó la necesidad de contar con criterios específicos de clasificación, pues no es suficiente con suponer que toda muerte autoinflingida es un suicidio, ya que además debe existir el conocimiento de las consecuencias letales y la intencionalidad de llevarlas a cabo.

Al respecto este autor definió el suicidio como: “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado” (Durkheim, 1897/2006, p. 35). Sin embargo, se reconoce que el fenómeno suicida es complejo y que no basta considerar únicamente las defunciones por esta causa, sino también otras conductas que anteceden a la muerte. En la década de 1970, el Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos (NIMH, por sus siglas en inglés), planteó la formación de un comité encargado

de unificar criterios de clasificación y nomenclatura del suicidio, así que se propuso que el fenómeno suicida estaba conformado, además del suicidio, por la ideación y el intento suicidas (Posner, et al., 2014). A este conjunto de manifestaciones se le llamó *conducta suicida*¹⁰.

Se ha considerado a la conducta suicida como un proceso progresivo que inicia con pensamientos sobre quitarse la vida, pasando por los primeros intentos, con incremento gradual de la letalidad, hasta lograr consumir la muerte (Gutiérrez, et al., 2006). Dicha aproximación ha causado controversia ya que la conducta suicida no necesariamente sigue un curso lineal hasta desembocar en el suicidio consumado, sino que puede haber alternancia, polimorfismo y truncamiento entre sus manifestaciones (Córdova, et al., 2007; Castillo & Maroto, 2017), debido a que está influenciado por múltiples factores que condicionan su desarrollo, perpetuación y desenlace (Pérez-Olmos, et al., 2008).

Aunque la ideación y el intento suicidas se han considerado como factores de riesgo para llevar a cabo un suicidio (Nock, et al., 2008; Rosales, et al., 2012; OMS, 2014a), se han detectado casos en los que esas conductas no se manifiestan. Muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis, en los que la capacidad para afrontar las tensiones de la vida se ve afectada (Mondragón, 2008; OMS, 2018a). Además de que no se puede hablar de una superación de niveles, es decir, que una vez que se ha realizado un intento suicida no se puede volver a las ideas de muerte recurrentes, sino que por el contrario, la ideación suicida es mayor en población con intentos de suicidio previos y se incrementa a medida que se acumulan más intentos (Pérez-Olmos, et al., 2008). En suma, las etapas no letales de la conducta suicida son buenos predictores del suicidio, aunque no necesariamente de manera jerárquica, ya que cada una representa un problema importante de acuerdo con sus propias características (Mondragón, 2008). En este sentido, se puede definir a la conducta suicida como:

¹⁰ Existen otras clasificaciones de la conducta suicida como la adaptada por el Centers for Disease Control and prevention (CDC) en la década de 1980, en la que se distinguen las manifestaciones suicidas de otras formas de autolesión sin intenciones suicidas propiamente dichas (Daray, et al., 2016). O'Carroll en 1996, basándose en la propuesta de la CDC, plantea una clasificación operativa en la que diferencia los distintos tipos de conducta suicida: ideación, conducta potencialmente autolesivas con intencionalidad suicida, conducta instrumental o sin intencionalidad suicida, amenaza suicida, intento suicida y suicidio consumado (Posner, et al., 2014).

Un proceso dinámico y multifactorial que incluye diversas etapas que pueden o no ser secuenciales, donde, en ocasiones, la fatal culminación del mismo es el suicidio, como resultado de una conducta autodestructiva realizada con el deseo explícito, consciente y voluntario de quitarse la propia vida (Chávez-Hernández, et al., 2015, p. 44).

Al respecto, cabe enfatizar que estas etapas pueden o no ser secuenciales y que no necesariamente tiene que presentarse una para iniciar otra. Cada una de dichas manifestaciones suicidas tiene sus propias características, particularmente la ideación suicida, que se conforma de elementos cognoscitivos, asociado con pensamientos de matarse a sí mismo (Mondragón, 2008); a diferencia del intento y el suicidio compuestos por aspectos propiamente conductuales. La decisión de incluir la ideación, pese a su carácter cognitivo, en el comportamiento suicida se realizó con base en la propuesta de la OMS (2014a), con la que diversas fuentes son consistentes. A continuación, se describe cada uno de los elementos que componen a la conducta suicida.

2.1.1. Ideación suicida

La ideación suicida, se refiere a la presencia de pensamientos recurrentes asociados a quitarse la vida, a la manera de cómo hacerlo y a los deseos de morir (Pérez-Amezcuca, et al., 2010; Córdova, et al., 2013). De acuerdo con Beck y sus colaboradores (1979), la ideación suicida tiene dos dimensiones: una pasiva, relacionada con el deseo de morir, manifestado a través de pensamientos de muerte no específicos, y otra activa, también llamada planeación¹¹, en la que se plantean estrategias para llevar a cabo la propia muerte. Dichas dimensiones suelen variar en frecuencia, intensidad y en grado de elaboración. En este sentido Pérez (1999) realizó una tipificación según el grado de elaboración y complejidad en los pensamientos recurrentes acerca de la muerte autoinflingida.

¹¹ Algunos autores (Borges, et al., 2009) consideran la planeación como una manifestación distinta a la ideación, lo anterior debido a que implica una estrategia más elaborada de cómo se llevará a cabo la muerte.

- *Deseo de morir.* Se manifiesta a través de la disconformidad que siente la persona respecto a su manera de vivir.
- *Representación suicida.* Consiste en fantasías pasivas de suicidio, tales como imaginarse muerto.
- *Idea suicida sin un método determinado.* Se presenta cuando el sujeto tiene ideas explícitas de suicidio, pero no ha pensado mediante que método ni el momento en que llevaría a cabo su muerte.
- *Idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún.* A diferencia del tipo anterior, en este caso la persona manifiesta distintos métodos en que podría quitarse la vida sin inclinación por alguno en particular.
- *Idea suicida con un método determinado sin planificación.* La persona expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación.
- *La idea suicida planificada o planeación suicida.* La persona tiene claridad del cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida; así mismo, considera los elementos o materiales necesarios para llevarlo a cabo y toma las debidas precauciones para no ser descubierto.

Si bien es cierto que durante la ideación suicida el individuo no lleva a cabo acciones que atenten contra su integridad física, ésta puede estar representando sufrimiento psicológico, tal que merme su calidad de vida, productividad y relaciones sociales. Echeburúa (2015), afirma que la ideación suicida implica: sufrimiento intenso, carencia de recursos psicológicos para hacerle frente y desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida.

2.1.2. *Intento de suicidio*

El intento suicida es un acto potencialmente perjudicial y deliberado de atentar contra la vida de uno mismo, que no llega a concluir en resultados fatales¹² (Mondragón, et al., 2001;

¹² Algunos autores sugieren evitar términos como suicidio frustrado, intento fallido o suicidio no exitoso debido a la connotación de fracaso que dichos términos implican.

Córdova, et al., 2007; Chávez-Hernández, et al., 2015). Se considera intento de suicidio, aun cuando de dicho comportamiento no resulten lesiones físicas (Klonsky, et al., 2016). Si bien, en los intentos suicidas se tiene la intención explícita de acabar con la propia vida, son distintos los factores que impiden alcanzar ese objetivo, estos pueden ir desde la inexperiencia del sujeto en el manejo del método elegido, la intervención de otras personas, entre ellos los responsables de servicios médicos o del azar (Echeburúa, 2015).

El intento de suicidio debe ser diferenciado de conductas autolesivas como el gesto suicida y de otras conductas de riesgo, en las que se puede en poner en riesgo la vida, pero donde la intencionalidad de morir no está presente. El *gesto suicida*, es decir, aquellas conductas en las que, si bien el individuo se causa daño a sí mismo, reconoce que no tiene como meta lograr la muerte (Borges, et al., 2009). En ese mismo orden de ideas, Klonsky y colaboradores (2016), enfatizan en la importancia de diferenciar el intento suicida de otras conductas autolesivas sin intención de suicidio e identifica cuatro diferencias entre estos:

- el fin último del intento suicida es la muerte, a diferencia de las autolesiones sin intención suicida en la que se pretende un llamado de atención.
- la prevalencia de las conductas autolesivas no suicidas es mayor que los intentos de suicidio.
- los métodos más comunes de conductas autolesivas no suicidas son las cortaduras y quemaduras, mientras que, en los intentos de suicidio, es más común la intoxicación.
- las conductas autolesivas no suicidas rara vez implican lesiones médicas graves.

Pese a que las conductas autolesivas no suicidas difieren del intento suicida, Klonsky y sus colaboradores (2016), consideran que mantienen una fuerte relación con los intentos de suicidio y el suicidio consumado, debido a que: a) las conductas autolesivas no suicidas están correlacionadas con la depresión, factor que también aumenta el riesgo de conducta suicida; y b) dichas conductas facilitan habituación a la violencia autoinfligida y al dolor, aumentando así la capacidad de intentar suicidarse. Puede darse el caso de que un gesto suicida termine en suicidio de manera accidental, pero resulta complicado determinar la intencionalidad del acto cuando la muerte se ha consumado.

También se ha llamado intento de suicidio a la práctica de actividades de riesgo como los deportes extremos y el consumo excesivo de alcohol y drogas, no obstante, aunque al realizar esas acciones se corre el riesgo de perder la vida, no pueden ser consideradas como intento suicida en tanto que la muerte no es la meta por alcanzar (García de Alba, et al., 2011).

2.1.3. Suicidio

El suicidio es la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida (Echeburúa, 2015). De acuerdo con Corpas (2011), para que una muerte se considere suicidio debe incluir cuatro componentes:

- que sea un acto con una consecuencia fatal
- que sea cometido deliberadamente por el propio individuo¹³
- que este tuviera conocimiento o expectativas de su desenlace fatal
- que el individuo mediante este acto pretendiera producir los cambios que deseaba.

A partir de dichas observaciones, Corpas (2011) propone una definición de suicidio que integra esos elementos:

Acto de una persona que consiste en quitarse la vida a sí misma de una forma voluntaria e intencionada; es el acto consumado, intencional de finalizar con la propia vida (Corpas, 2011).

Además, se han sugerido otras definiciones que se asocian al carácter etiológico del suicidio, más allá de las características del hecho. Para la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés, 2018) el suicidio es la muerte que resulta de la depresión o de alguna otra enfermedad mental. Desde la neurobiología, es un trastorno heterogéneo en que la propensión del comportamiento suicida que se asocia con procesos neurobiológicos específicos (Gutiérrez-

¹³ Esta es la diferencia principal entre suicidio y eutanasia, otro tipo de muerte, en la que, si bien el individuo manifiesta su deseo de morir a causa de un sufrimiento físico o psíquico, la acción de acabar con su vida es realizada por otra persona. Además, en la eutanasia se deben considerar otros aspectos éticos y legales. (Denis, et al., 2016).

García & Contreras, 2008). Dichas definiciones son enunciadas en el marco de disciplinas muy concretas.

A pesar de que existe una relación estrecha entre los trastornos mentales y el suicidio, debe quedar claro que el suicidio no es en sí mismo una enfermedad, sino que es un evento, que según Martínez (2017), se produce en el marco de la vida, de la resolución de conflictos y que está asociado a distintos factores de riesgo y donde uno de ellos puede ser la existencia de psicopatología.

Otros autores no son tan específicos, en lo que respecta al detonante de suicidio, sino que lo consideran como una consecuencia de diversos factores, para Manzo (2005, p. 154), “el suicidio es el resultado de la autopercepción del sujeto de acuerdo con el contexto en que se desenvuelve; en este sentido, los estados que lo caracterizan como ser (biológico, psicológico, social) determinan su conducta autodestructiva”. Shneidman, por su parte, refiere que el suicidio resulta de la percepción de un malestar pluridimensional (Pérez, 2016). Esta visión más integral es la que concuerda con el planteamiento multifactorial para el suicidio de acuerdo con la OMS (2014a).

Para fines de esta investigación, el suicidio se considera como la muerte provocada por el individuo mismo, derivada de, la suma de la intencionalidad de morir y la ejecución de conductas autolesivas, y que en sintonía con el planteamiento de la OMS (2014a), es una conducta detonada por la interacción de factores de índole diversa.

2.2. *Enfoques teóricos del suicidio*

El suicidio es un problema social y de salud pública que ha causado el interés de investigadores de distintos campos disciplinarios, quienes se han dado a la tarea de buscar explicaciones de su etiología; con tal finalidad, se han propuesto explicaciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales, y se ha concluido que este es un fenómeno multifactorial (OMS, 2014). Sin embargo, las distintas teorías relacionadas con el suicidio dan pesos diferentes a esos factores, de acuerdo con el campo de conocimiento desde donde se mire.

2.2.1. Teoría sociológica del suicidio

Emilio Durkheim en su obra *El suicidio* (1897/ 2006), reconoció la importancia de factores individuales (psicológicos y orgánicos), en la incidencia de las muertes por suicidio. Este autor identificó cuatro tipos de suicidios a nivel individual, asociados con características psicológicas que hacen vulnerables a algunas personas a atentar contra su vida:

- *suicidio maniaco*, el cual se sucita como consecuencia de alucinaciones o delirios;
- *suicidio melancolico*, asociado con estados depresivos;
- *suicidio obsesivo*, es aquel en el que persiste, de manera obsesiva, la idea de la propia muerte y,
- *suicidio impulsivo*, resulta de una impulsión brusca e inmediatamente irresistible.

Sin embargo, Durkheim, consideró que los factores individuales no eran suficientes para explicar las diferencias en las tasas de mortalidad por esta causa en los países europeos, por lo que centró su atención en los factores sociales de lo que llamó sociedades suicidógenas, los cuales podrían explicar las diferencias y tendencias de las tasas de suicidio cuando se comparan sociedades distintas, pues observó patrones tanto espaciales como temporales al comparar las tasas de suicidio en distintos países.

Además, encontró que no todos los suicidas presentaron trastornos psiquiátricos y que no todos los que fueron diagnosticados con ellos se suicidaron. Por lo que no puede considerarse que el suicidio es una consecuencia exclusiva de una enfermedad mental. Esta observación vino a fortalecer la idea de que “entre las condiciones individuales, hay muchas que no son lo suficientemente generales para influir en la relación existente entre el número total de muertes voluntarias y la población” (Durkheim, 1987/2006, p. 44).

Durkheim, considera que la sociedad es un ente distinto a las suma de sus partes, es decir, que la población, como colectividad, posee características propias que afectan al individuo y pueden explicar la regularidad de los suicidios en una sociedad, sus magnitudes y sus variantes. En este sentido, las circunstancias en las que los pueblos se desarrollan determinan, en gran medida, la toma de decisiones de los sujetos que la conforman. Pero al mismo tiempo reconoce que cada una de las defunciones tiene aspectos muy particulares que la sociología no alcanza a vislumbrar.

Esta idea podría resumirse diciendo que el suicidio tiene un origen social pero que sus manifestaciones son individuales.

Los suicidios vistos desde el aspecto social, no deben ser considerados como acontecimientos aislados, sino como el conjunto de los suicidios cometidos en la sociedad durante un periodo de tiempo determinado, vale mencionar que cada sociedad tendrá su propia historia, dinámica, intensidad y aceleración del suicidio; reflejado en la tasa social del suicidio, que es un índice característico de cada grupo social. Partiendo de esta idea, Durkheim (1987/2006) clasificó los suicidios en tres grupos según la interacción del individuo con la sociedad particular en la que se desarrolla, los tipos de suicidio son:

- *Suicidio egoísta*: es aquel que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social. Este tipo es común donde factores culturales, subrayan el individualismo y se reduce notablemente en tiempo de crisis, sea política, económica o de guerra. Este tipo de suicidio varía en razón inversa al grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo.
- *Suicidio altruista*: es el que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral.
- *Suicidio anómico*: es el que se da cuando existe una falla de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significado de la vida. De acuerdo con Aranguren (2009), este último tiene lugar en circunstancias de desorganización social, en las que el Estado pierde su acción reguladora, como son las crisis financieras, económicas o por transformaciones, que implican consecuencias sociales agudas.

En este sentido, los suicidios no representan un grupo de actos aislados, sino que interactúan con otros fenómenos y circunstancias enlazadas a través de una serie continua de relaciones intermedias. Cuando en una sociedad se pierde o debilita la estabilidad, y si el sujeto no tiene capacidad de maniobra para lograr la homeostasis es proclive el aumento en la prevalencia de mortalidad por suicidio (Durkheim, 1897/2006). Lo siguiente es, identificar cuáles son los estados de los diferentes medios sociales; confesiones religiosas, composición familiar, estructura social y

política, logro educativo y formación profesional, que determinan las variaciones sociales del suicidio. Posteriormente “se podrá volver a los casos particulares para investigar como esas causas generales se individualizan para producir los efectos particulares que implican” (Durkheim, 2006, p. 164).

Este pensamiento social del suicidio de Émile Durkheim, favoreció la exploración de factores que a nivel social inciden en el suicidio, asignando responsabilidad, no sólo al individuo por sus actos, sino también, al Estado, como el responsable de facilitar el acceso a un ambiente de bienestar entre su población. En este sentido, las características de las sociedades aunadas a factores individuales serán detonantes en la dinámica suicida.

En términos generales, Durkheim (1897/2006) identificó que ciertos factores sociales, estarían incidiendo en las tasas de mortalidad por suicidio en los países europeos de su época, entre ellos la cohesión social, representada por las asociaciones religiosas, y favorecida por las crisis financieras, sociales, electorales o bélicas, como un factor protector ante el suicidio; además, identifica otros factores asociados con el suicidio como el nivel educativo, la situación conyugal y las relaciones familiares, las dos últimas con efectos diferenciados por sexo. Por lo que puede concluirse que, de las características sociales en las que se desenvuelve la población dependerá la intensidad con que las causas suicidógenas actúen sobre los individuos.

2.2.2. El papel de los determinantes sociales de la salud

De acuerdo con la OMS (2013), *la salud* es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición da lugar a ampliar la perspectiva de salud más allá de las intervenciones médicas e incluye las condiciones y opciones de vida de la población.

En el enfoque de los determinantes sociales de la salud, la responsabilidad por el bienestar, tanto físico como emocional, es compartida, no depende únicamente del individuo y sus hábitos, sino que se hacen partícipes a los sistemas sociales, políticos y económicos donde el sujeto se desenvuelve; afirmando que las inequidades sociales están fuertemente relacionadas con la distribución de la morbi-mortalidad en los países debido a, en gran medida, el acceso o restricción, a los servicios sanitarios y otras oportunidades de desarrollo, ya que influyen en su estilo de vida y

en su capacidad de tomar decisiones saludables, lo cual orienta el accionar para abordar los tipos de atención desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia y la rehabilitación (Hernández, et al., 2017). Para comprender los procesos que originan las inequidades en la salud, es preciso reconocer las interacciones multifactoriales de dimensiones como la económica, la social y la política, además, las vías para modificar las relaciones que resulten perjudiciales para la salud de los habitantes dentro de un territorio (OMS, 2010).

La OMS (2018b, p.1) define a los *determinantes sociales de la salud* como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades”. Esas circunstancias están configuradas a su vez por fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas, derivadas de la distribución del dinero, el poder y los recursos, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Para el estudio de dichos determinantes se han propuesto algunos marcos de análisis en los que se han agrupado los factores asociados con la salud, de acuerdo con el alcance que tengan, ya sea estructural, social, comunitario, relacional o individual. Lo anterior con la finalidad de facilitar la descripción de los procesos sociales que causan las desigualdades en salud y facilitar así, la planificación, implementación y evaluación en la materia de salud pública (OMS, 2010). El objetivo general de este enfoque de los determinantes sociales de la salud es favorecer la cobertura universal de salud con un enfoque del ciclo de vida y estos factores determinan patrones de exposición y de vulnerabilidad diferenciados entre la población (OMS, 2018b).

Para estudiar la relación de las condiciones socioeconómicas con los daños a la salud es necesario remitirse al concepto de desigualdad social en salud, puesto que a través de esta es factible el reconocimiento del papel de la estructura socioeconómica en la determinación de la distribución de la salud y el bienestar de la población (OMS, 2010). Se han utilizado distintas medidas comparativas de la desigualdad social en salud: diferencias en mortalidad, morbilidad o esperanza de vida; partiendo de la sociología se utilizan las diferencias en educación, salario, ocupación o clase social y, desde la economía el nivel de pobreza, índice de Gini o curva de Lorenz, así como sus posibles combinaciones (Ortíz-Hernández, et al., 2007).

- *Determinantes estructurales.*

Conformados por la interacción entre el contexto social, económico y político, así como los mecanismos estructurales que generan la estratificación social y la posición socioeconómica resultante de los individuos, a través de los cuales perduran las jerarquías sociales. De acuerdo con la OMS (2010), en este apartado se debe incluir:

- Gobernanza
- Política macroeconómica
- Políticas sociales
- Política pública en áreas como: educación, atención médica y saneamiento
- Cultura y valores
- Condiciones epidemiológicas

A pesar de que en el territorio mexicano se ha logrado un importante descenso en la mortalidad general y un aumento significativo en la esperanza de vida, no puede negarse que este es un país muy heterogéneo en lo que respecta a la cultura, el medio ambiente, desarrollo social y urbano, lo que representa inequidades en cuanto al acceso a servicios de salud, la exposición a factores de riesgo y el conocimiento de prácticas saludables.

- *Determinantes intermedios*

Se relacionan con las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar laboral o social de la persona, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades; por ejemplo, los servicios de salud constituyen un determinante intermedio, además de:

- Ingresos
- Educación
- Ocupación
- Clase social

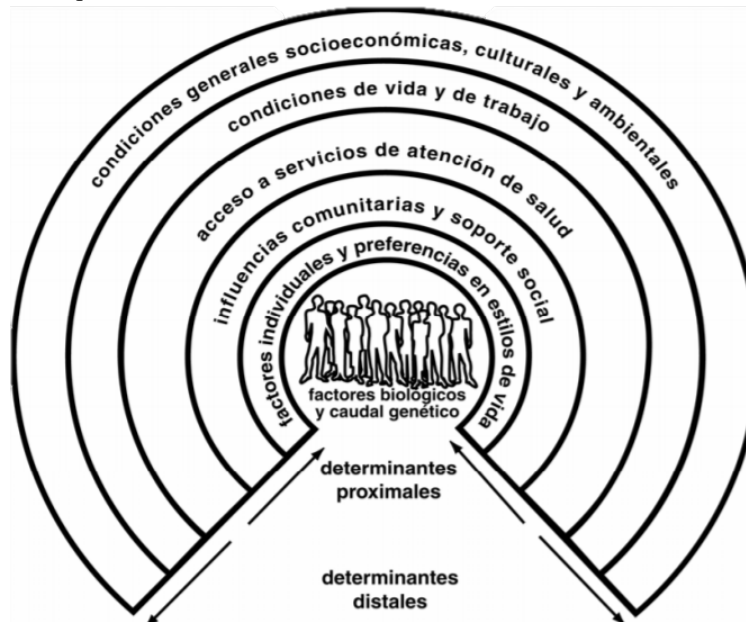
- Género
- Raza o etnia

- *Determinantes proximales*

Los determinantes proximales de la salud, se relacionan con los hábitos y estilos de vida que desarrollan las personas de manera individual, así como los factores biológicos y su carga genética. Ejemplos de este nivel proximal de los determinantes sociales de la salud son los hábitos alimenticios, los cuales, tal como advierte este enfoque, están permeados por los factores intermedios y proximales (OMS, 2018b).

En la figura 1, se presenta el esquema de los determinantes sociales de la salud, propuesto por Dahlgren y Whithead (1992), en él se muestran las interacciones de los distintos niveles de asociación entre el individuo y su contexto, así como los factores que la conforman, desde los factores biológicos y la carga genética como el grado individual, hasta las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales como determinantes distales, los más alejados del orden individual, también llamados estructurales.

Figura 1. Esquema del modelo multinivel de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Dahlgren y Whitehead (1992).

Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones importantes con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida (Bellamy & Lozano, 2015) y que los grupos más pobres, son más vulnerables a la pérdida de la salud y a una muerte más temprana. Estas diferencias se hacen presentes entre los países como al interior de ellos, dejando en desventaja a un sector de la población.

2.2.3. Determinantes sociales de la salud mental

La salud mental, en tanto que forma parte de la salud integral, también es afectada por los determinantes sociales en salud, sobre todo por los entornos sociales, económicos y físicos en los que se desenvuelve la población, haciendo a ciertos sectores más vulnerables que otros. Sin embargo, los factores de riesgo o protección actúan desde distintas esferas: el individual, familiar, comunitario, estructural y poblacional y a lo largo de toda la vida. La OMS (2014b) define a la salud mental como "un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y puede hacer una contribución a ella o su comunidad". Al igual que con la salud general, la salud mental implica un estado de bienestar social en el que intervienen factores de distinta índole, entre ellos un factor que destaca por su importancia en la afectación de la salud mental es la desigualdad social, por lo tanto, las acciones en favor de disminuirla, a lo largo de las distintas etapas de la vida, favorecerán una mejor salud mental (OMS, 2014b).

El análisis de los determinantes sociales de la salud mental cobra importancia desde dos vertientes, una, porque favorece la identificación de factores que ponen en riesgo la salud mental y la otra porque se pueden encontrar áreas de oportunidad en la intervención desde los que se reduzca el riesgo. La OMS (2014b), recomienda tener en consideración el curso de vida, el apoyo social, los servicios de la localidad, como acceso a la educación y al empleo, así como factores estructurales asociados con pobreza, desigualdad, discriminación, gobernabilidad, derechos humanos, entre otros.

De la Fuente y colaboradores (1997), enfatizan en la necesidad entender los problemas de salud mental tomando como factor importante la relación que las personas mantienen con su entorno, el medio rural o urbano al que pertenecen, las condiciones de vivienda, el ámbito familiar

y laboral, así como la clase social de la que forman parte. En este sentido, para mejorar la salud mental de la población es necesario considerar la implementación de políticas y programas de carácter multisectorial, en los que se incluyan factores como: educación, trabajo, justicia, transporte, ambiente, vivienda y asistencia social, además del acceso a los servicios de prevención y atención a la salud mental (Restrepo & Jaramillo, 2012).

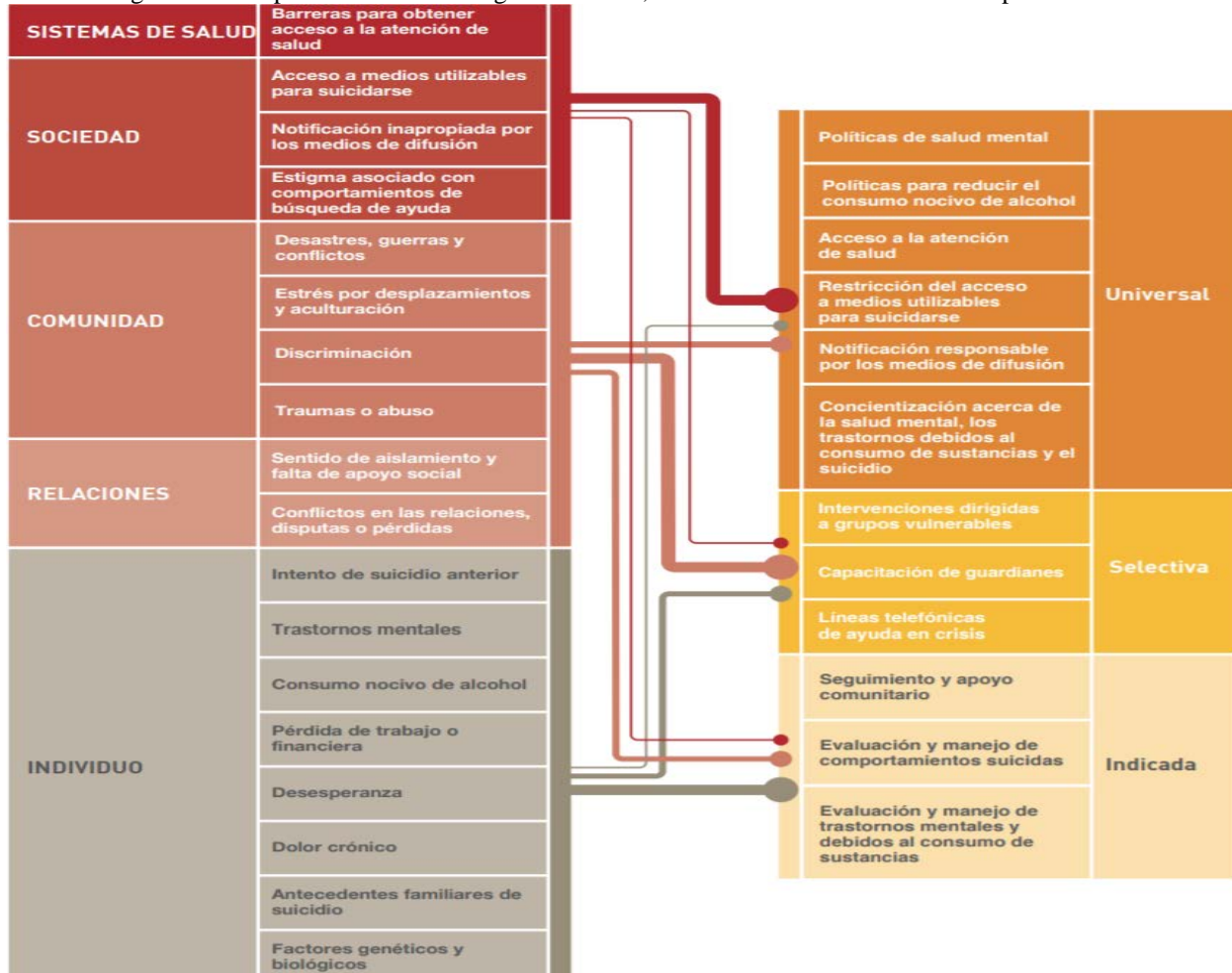
Espino (2004), ha hecho hincapié en el estrés generado en la población como consecuencia de crisis financiera y el desempleo, argumentando que las ganancias al estar empleado no son solamente económicas, sino que también se asocia con el ámbito social y emocional, al representar la oportunidad de sensación de utilidad, el reforzamiento de la identidad, alcance y aumento de metas y objetivos y la extensión de los lazos sociales más allá del ámbito familiar. Sin embargo, no basta con la presencia de un empleo, sino de las condiciones, tanto físicas como intangibles, que este implica, así como de la edad y el sexo del trabajador.

2.2.4. El suicidio en el marco de los determinantes sociales en salud mental.

Como fenómeno social, el suicidio implica una gran complejidad ya que en él se intercalan, aspectos individuales, interpersonales, pero también socioeconómicos y socioculturales articulados entre sí, que influyen directamente en los hábitos cotidianos, en las cogniciones, en la conducta y en la toma de decisiones, entre ellas el atentado o no contra la vida propia (Montes & Montes, 2009).

Partiendo de ese entendido, la OMS (2014a), después de analizar el fenómeno suicida a nivel global, plantea como estrategia para la prevención del suicidio, una mirada multifactorial en la que se consideren distintos niveles, tanto de riesgo, como de acción, dicha perspectiva incluye desde aspectos sociales hasta los individuales. Sin embargo, en el esquema presentado en la figura 2, falta hacer énfasis en la implicación que tiene la estructura social en el fenómeno suicida, pues no se le considera un factor de riesgo como tal.

Figura 2. Principales factores de riesgo de suicidio, alineados con las intervenciones permanentes.



Fuente: OMS (2014a).

Por su parte, Ortiz-Hernandez, López-Moreno y Borges (2007) reconocen la influencia de las desigualdades socioeconómicas en las afecciones a la salud mental, mencionando específicamente al suicidio como una consecuencia de dichas desigualdades. Partiendo del enfoque y la clasificación de los determinantes sociales de la salud, se puede ubicar dentro de los factores estructurales asociados al suicidio a los siguientes:

- *Nivel socioeconómico.* Dentro de los factores sociales relacionados con el aumento en la mortalidad por suicidio se encuentra el nivel socioeconómico, pues, según Vega-Piñero et al. (2002) en ambos extremos de las clases sociales son más frecuentes los suicidios, debido, por un lado, a la falta de empleo y situaciones económicas adversas y por el otro, en los estratos más altos al riesgo latente de pérdida de estatus social.

- *Áreas urbanas.* Durkheim (1897/2006) reconoce que ocurren mayor número de suicidios en las áreas urbanas, ya que en las comunidades pequeñas hay mayor cohesión social, factor que, de acuerdo con este autor, previene las muertes autoinflingidas.

En el nivel intermedio de los determinantes sociales relacionados con las tasas de suicidio, se encuentran las siguientes:

- *Religión.* La religión, específicamente identifica la religión católica, resulta un factor de protección ante el suicidio, en tanto que favorece la cohesión social entre los miembros de la colectividad (Durkheim 1897/2006).
- *Nivel educativo.* Durkheim (1897/2006), identificó que entre las personas que tienen mayor nivel educativo el número de suicidios aumenta. No obstante, en estudios recientes (Vega-Piñero et al., 2002), se ha comprobado que personas sin estudios o con estudios primarios presentan un mayor índice de intentos de suicidio y que a mayor número de años estudiando menor es la tasa de suicidio. En México, se encontró que entre quienes se suicidaron en el 2015, la mayoría, tanto hombres como mujeres, contaba con estudios de secundaria (INEGI, 2016).
- *Ocupación.* Se ha encontrado que el desempeño de ciertas profesiones, como la medicina y el derecho, genera cierto grado de estrés laboral que propicia un alza en el suicidio. En el otro extremo del nivel socioeconómico figuran los trabajos considerados muy arduos por la exigencia física o mental durante un elevado número de horas, con pocos días de vacaciones y además mal remunerados (Corpas, 2011). Además, en relación al desempleo se han encontrado diferencias por sexo, la mayoría de las mujeres que se suicidaron no tenían trabajo, a diferencia de los hombres quienes sí estaban empleados (INEGI, 2016).
- *Estructura familiar.* Aquellos individuos que pertenecen a familias desestructuradas presentan un mayor índice de suicidios. Por ello el suicidio es más frecuente en familias monoparentales o en aquellas familias desintegradas cuyos padres

separados están en continua disputa (Corpas, 2011). Reiterando el pensamiento de Durkheim (1897/2006), no es el tamaño de la familia, sino la calidad de sus relaciones.

- *Situación conyugal.* En México, quienes cometen más suicidios son los casados, seguidos por los solteros (INEGI, 2016), pero Durkheim (1897/2006), identificó que esta variable difiere entre hombres y mujeres ya que para los hombres, el matrimonio o unión, es un factor protector del suicidio, pero en el caso de las mujeres, el número de suicidios es menor entre las divorciadas.
- *Sexo.* Durkheim (1897/2006), reconoce que cada sexo tiene para el suicidio una inclinación definida, que es constante para cada medio social y que por lo general esta es una manifestación esencialmente masculina, lo cual hace sentido con las observaciones hechas por Canetto y Sakinofsky (1998), quienes enfatizan en las diferencias por sexo del fenómeno suicida.

Entre los determinantes proximales asociados al suicidio pueden enlistarse los siguientes:

- *Consumo de alcohol y drogas.* Se observa una relación entre la cantidad de alcohol y drogas consumida y la tendencia al suicidio.
- *Comorbilidad de trastornos mentales.* Se ha identificado a la esquizofrenia, la depresión y el trastorno bipolar, como factores de riesgo asociados a la mortalidad por suicidio (Téllez-Vargas, 2006).
- *Familiares con intentos previos de suicidio.* Durkheim (1897/2006), habla del carácter hereditario del suicidio, y menciona que si entre las familias más de un miembro comete suicidio o tentativas no es precisamente porque este se herede como tal, sino que hay en los miembros una tendencia que puede estar más asociada con una inclinación social a la muerte.
- *Intento de suicidio previo.* Considerado como el factor de riesgo más importante (OMS, 2014a).

CAPÍTULO III. APARTADO METODOLÓGICO

Para llevar a cabo la presente investigación, se utilizará un diseño de investigación ecológico, cuya principal característica es que permite investigar grandes grupos poblacionales y la información con la que se cuenta corresponde al total del conglomerado pero se ignoran las variaciones individuales (Gordis, 2014).

3.1 Preguntas de investigación

Considerando los hallazgos de investigaciones previas en torno al suicidio en México y partiendo del marco de los determinantes sociales en la salud mental, especialmente de los determinantes sociales del suicidio, se encontraron huecos investigativos en lo que respecta a la relación del suicidio con la ideación suicida, pues muchos de los trabajos revisados ponen énfasis en los intentos de suicidio como predictores de éste, pero poco se ha abordado con respecto a la relación ideación suicida-suicidio y más aún, cómo esta impacta en la peculiaridad de la distribución de la mortalidad por suicidio en México. Partiendo desde ese escenario, la presente investigación se ha planteado las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la relación existente entre la prevalencia de ideación suicida y las tasas de mortalidad por suicidio en las entidades federativas de la República Mexicana, por sexo en el año 2016?
- ¿Cuál es la distribución geográfica de la ideación suicida y el suicidio consumado en el territorio mexicano para hombres y mujeres?
- ¿De qué manera los factores estructurales, intermedios y proximales asociados a las tasas de suicidio afectan su relación con la ideación suicida?

3.2 Objetivos

Con la intención de dar respuesta a las preguntas anteriores, en la presente investigación se han establecido los siguientes objetivos:

3.2.1 *Objetivo general*

- Analizar la relación que existe entre la prevalencia de ideación suicida y las tasas de mortalidad por suicidio consumado en las entidades federativas de la República Mexicana para la población diferenciada por sexo para el año 2016.

3.2.2 *Objetivos específicos*

- Identificar y comparar la distribución tanto de la ideación suicida como del suicidio, para hombres y mujeres en las entidades federativas de la República Mexicana.
- Analizar la manera en que los factores estructurales, intermedios y proximales asociados con las tasas de suicidio afectan su relación con la ideación suicida

3.3 *Hipótesis*

En esta investigación se proponen las siguientes hipótesis, para el caso del suicidio en México en el 2016, con la intención de ser sometidas a contraste:

- Ya que se ha encontrado que la ideación suicida es un predictor del suicidio consumado a nivel individual (Sánchez, et al., 2011) se esperaría la existencia del carácter predictor de la prevalencia de ideación suicida a nivel estatal, es decir, que a medida que aumente la prevalencia de ideación suicida también aumentarán las tasas de suicidio.
- Considerando la ideación suicida como un buen predictor de otras conductas suicidas de mayor letalidad (Sánchez, et al., 2011) y tomando en cuenta la paradoja de género propuesta por Canetto y Sakinofsky (1998) en la que se manifiesta un comportamiento suicida diferenciado por sexo; se espera que la relación ideación-suicidio sea más fuerte para el caso de los hombres, quienes en mayor medida consuman su muerte, respecto a las mujeres que presentan más intentos.

La OMS (2014a), ha manifestado el carácter multifactorial que permea las tasas de suicidio en el mundo. En este sentido, además de la ideación suicida hay otros factores tanto estructurales como intermedios y proximales que se asocian a la mortalidad por suicidio. Además, dicha asociación está mediada por el sexo, es decir, que los factores asociados al suicidio no se manifiestan igual para hombres y mujeres. En este sentido se espera que:

- En general, los factores estructurales como la pobreza moderada y el PIB *per cápita* repercutan más en las tasas de mortalidad por suicidio de hombres que de mujeres.
- Entre los factores intermedios, se ha observado que tanto el estado civil como la composición familiar afectan de manera diferenciada las tasas de suicidio de hombres y de mujeres
- Respecto a los factores proximales, el consumo de alcohol y drogas afecte más a hombres mientras que en el caso de las mujeres, el diagnóstico de trastornos psiquiátricos tiene mayor asociación con las tasas de suicidio (García-Portilla, et al., 2014; Canetto & Sakinofsky, 1998).

3.4 Descripción de las fuentes de datos

3.4.1 Suicidio consumado

Para obtener las tasas de mortalidad por suicidio correspondientes al 2016, se recurrió a los datos de defunciones a causa de envenenamientos autoinflingidos, lesiones autoinflingidas y secuelas de lesiones autoinflingidas intencionalmente (CIE-10: X60-X84 y Y87)¹⁴, recabados en el Sistema de Información en Salud INEGI/SS. De igual manera, se consultaron las proyecciones de población para el año 2016 generadas por la Secretaría General del Consejo Nacional de

¹⁴ Para mayor especificidad respecto a las causas de muerte consultar:
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/X60-X84>

Población (CONAPO), basadas en el Censo de Población y Vivienda 2010. Ambos datos se encuentran en los cubos dinámicos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS)¹⁵.

3.4.2 *Ideación Suicida*

La ideación suicida fue medida a partir de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016, que contiene una sección específica para explorar la conducta suicida, es decir, la ideación, planeación y el intento. Dicha encuesta cuenta con representatividad nacional y estatal. En total, en la ENCODAT 2016 se entrevistó a 56,877 personas, (12,440 fueron adolescentes de entre 12 y 17 años, y 44,437 adultos de 18 a 65 años). La tasa de respuesta global fue de 74%. La encuesta está conformada por dos cuestionarios: el cuestionario de hogar y otro individual. El primero exploró las características demográficas y socioeconómicas, lo que permite obtener información sobre el contexto. El informante en el cuestionario de hogares es un residente del hogar de 18 años o más, preferentemente el jefe de familia. Cuando la composición de los hogares lo permitió, se seleccionó, de manera aleatoria a un adulto de entre 18 a 65 años y a un adolescente de 12 a 17 años (Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud., 2016).

Por otro lado, para el cuestionario individual se aplicó una entrevista mixta, es decir, algunos apartados fueron preguntados cara a cara y para otros, considerados más sensibles, como la conducta suicida, se utilizó el método ACASI¹⁶, para evitar subnotificación.

La sección de conducta suicida recogió información de ideación, planeación e intento suicida en los últimos 12 meses. En ella se incluyeron 4 preguntas específicas de ideación suicida:

- ¿Ha pensado seriamente en suicidarse? (pregunta filtro)

¹⁵ Para mayor información sobre la DGIS consultar:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

¹⁶ Audio Computer Assisted Self-Interview Software. Este método consiste en la emisión de preguntas mediante una computadora con audífonos. Es adecuado cuando se abordan datos sobre temas como el consumo de alcohol, drogas o conductas sexuales, entre otros temas que pueden resultar sensibles, ya que mantiene la confidencialidad de la respuesta.

- ¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?
- ¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?
- ¿Ha pensado que vale más morir que vivir?

3.4.3 Variables de ajustes

Para obtener información de los factores estructurales a nivel estatal se consultaron los reportes de fuentes oficiales como el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) para obtener datos de pobreza; e INEGI, de donde se obtuvo el PIB para el año 2016.

Respecto a los factores intermedios y proximales, la mayoría de estos se obtuvieron de la ENCODAT 2016, descrita en el apartado anterior. Sin embargo, también se utilizaron los tabulados de la Encuesta Intercensal 2015 de México, elaborada por el INEGI (2015), la cual tuvo como objetivo actualizar la información sociodemográfica a la mitad del periodo comprendido entre el CENSO de 2010 y el que habrá de realizarse en 2020. Con un tamaño de muestra esperado de 6.1 millones de viviendas, la encuesta intercensal 2015 proporciona información a nivel nacional, entidad federativa, municipio y para cada una de las localidades con 50 mil o más habitantes (INEGI, 2015).

3.5 Unidades de análisis

Para llevar a cabo esta investigación se consideró cada una de las 32 entidades federativas de la República Mexicana como unidad de análisis, ya que cada una posee características particulares en lo que respecta a la conducta suicida.

3.6 Definición de la submuestra de estudio

Es importante considerar que debido a que la ENCODAT 2016 tiene un alcance poblacional de hombres y mujeres de entre 12 y 65 años, este estudio se circunscribe a la población comprendida entre esas edades, con la finalidad de hacer comparable la prevalencia de ideación suicida y las tasas de suicidio consumado y evitar sesgos, ya que durante la tercera edad las tasas

de suicidio se elevan nuevamente. En este sentido, se tomaron en cuenta, de los 6,351 suicidios de residentes de algún estado de la República Mexicana registrados durante el 2016, solamente 5,850.

3.7 Variables de estudio

En este apartado se presenta la operacionalización de las variables de interés para esta investigación, a decir, las tasas específicas de mortalidad por suicidio, como variable respuesta, las prevalencias de ideación suicida, como variable explicativa y otras variables como factores estructurales, intermedios y proximales, que servirán de variables de ajuste.

3.7.1 Variable dependiente

La tasa de mortalidad es el coeficiente que resulta de dividir las defunciones registradas en un periodo dado, entre población a mitad de año, del mismo periodo. En este caso en particular, se calcularon tasas específicas de mortalidad por suicidio, por sexo y grupo etario (12 a 65 años).

Esta variable se calculó dividiendo las defunciones a causa del suicidio (es decir, las que de acuerdo con el CIE 10 están clasificadas con los códigos X60 al X84 y Y87) de la población de 12 a 65 años de cada entidad federativa y para cada sexo, entre la población a mitad de año, de hombres o mujeres, según fuera el caso, de ese mismo grupo etario. El resultado de esa operación se multiplicó por 100,000; este ejercicio se replicó para hombres y mujeres de cada una de las 32 entidades federativas de la República Mexicana.

3.7.2 Variables independientes

Prevalencias de ideación suicida. La prevalencia se refiere al número de personas afectadas, presentes en una población, en un momento específico, dividido entre el número de personas en la población, en dicho momento, es decir, es la proporción de la población que presenta el evento de estudio en un espacio temporal dado (Gordis, 2014).

Para obtener la prevalencia de personas afectadas por la ideación suicida, se consideró el porcentaje de personas que contestaron afirmativamente a la pregunta: *En los últimos 12 meses ¿Ha pensado seriamente en suicidarse?*, en este caso la respuesta dicotómica si / no de la sección

Conducta suicida de la ENCODAT 2016. Vale mencionar que estas prevalencias fueron calculadas incorporando la ponderación del diseño complejo con la que se seleccionó la muestra de la ENCODAT 2016. Las prevalencias de ideación suicida se calcularon para hombres y mujeres de cada una de las entidades federativas de la República Mexicana.

3.7.3 Variables de ajuste ¹⁷

En vista de que el suicidio es un fenómeno multifactorial, y con la idea de probar la persistencia de la relación de la ideación suicida con la mortalidad por suicidio, aún en presencia de variables de ajuste, se ha incluido una serie de factores tanto estructurales como intermedios y proximales que de acuerdo con investigaciones previas y con el marco de los determinantes sociales del suicidio han mostrado estar asociadas con la mortalidad por esta causa.

- *Factores estructurales*

- *Pobreza moderada.* Esta variable se obtuvo de los datos publicados por el CONEVAL¹⁸ respecto a la medición de la pobreza multidimensional y se refiere al porcentaje de población estatal que vive en situación de pobreza moderada; es decir, con ingreso inferior a la línea de bienestar y que padece al menos una carencia en los siguientes indicadores:

- Ingreso corriente *per cápita*.
- Rezago educativo promedio en el hogar.
- Acceso a los servicios de salud.
- Acceso a la seguridad social.
- Calidad y espacios de la vivienda.

¹⁷ Originalmente se contaba con 33 variables tentativas seleccionadas a partir de la literatura revisada y el marco teórico de los determinantes sociales en salud mental. Este número se redujo a partir de dos criterios: primeramente, cuando las variables independientes presentaron correlaciones mayores a 0.7 (o menor a -0.7), por considerar que las variables estaban correlacionadas y segundo, se implementó la estrategia de reducción de variables propuesta por Greenland y colaboradores (2016), en el que una vez establecidas, las variables dependientes (tasas de mortalidad por suicidio), independiente de interés (prevalencia de ideación suicida) y otras variables de ajuste que deban permanecer fijas en el modelo, se coloca un grupo de variables, que podrían o no estar en el modelo.

¹⁸ Para más detalles respecto a la metodología de la medición de la pobreza multidimensional, consultar: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx

- Acceso a los servicios básicos en la vivienda.
 - Acceso a la alimentación.
 - Grado de cohesión social.
- *Logaritmo natural del PIB per cápita.* Esta variable se construyó dividiendo los datos estatales del PIB, reportados por el INEGI para el 2016¹⁹, entre la población estatal del mismo año reportada por el CONAPO. Se transformó la variable obteniendo su logaritmo natural, pues al hacer dicha transformación se puede calcular el cambio porcentual de esa variable, especialmente si la variable cambia mucho y se intenta expresar la relación entre variables que tratan de cambios porcentuales (Morales, 2001).
- *Factores intermedios*
 - *Desempleo.* Se calculó la tasa de desempleo estatal para hombres y para mujeres, dividiendo el número de desempleados, sobre la Población Económicamente Activa (PEA)²⁰, datos que se obtuvieron de los tabulados de la Encuesta Intercensal, 2015, reportados por el INEGI.
 - *Proporción de población separada.* Es la proporción de población, diferenciada por sexo, cuya situación conyugal es divorciado, separado o viudo. Se calculó a partir de la información de los tabulados de la Encuesta Intercensal, 2015.
 - *Proporción de población soltera.* Es la proporción de población, diferenciada por sexo, cuya situación es soltero, es decir que nunca ha estado unido. Se calculó a partir de la información de los tabulados de la Encuesta Intercensal, 2015

¹⁹ PIB anual por entidad federativa. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/pibe/default.aspx>

²⁰ La PEA se conforma por personas de 12 y más años de edad que en la semana de referencia tuvieron un vínculo con la actividad económica o que buscaron tenerlo.

- *Hogares nucleares*, esta variable fue obtenida a partir de los tabulados de la Encuesta intercensal 2015, y se refiere a la proporción de hogares nucleares por entidad federativa. De acuerdo con la definición del INEGI, un hogar nuclear es aquel hogar familiar conformado por la jefa o el jefe y su cónyuge (pareja sin hijos); jefe y sus hijos (hogar monoparental); jefe, su cónyuge y sus hijos.
 - *Proporción de población no católica*. Se refiere al porcentaje de población, por sexo, que reportó profesar una religión distinta a la católica, o bien no pertenecer a ninguna. Esta variable se obtuvo de la ENCODAT 2016, con la ponderación de muestras complejas.
- *Factores proximales*.

El conjunto de estas variables fue obtenido de distintas secciones de la ENCODAT 2016. Para obtener los porcentajes estatales, de cada una de estas variables se usó el ponderador de muestras complejas.

- *Malestar emocional*. Esta variable se construyó a partir del apartado malestar emocional de la ENCODAT 2016, el cual se basa en la Escala de Malestar Psicológico de Kessler, versión resumida (K6), que es una escala tipo Likert, en donde se indaga la frecuencia en que se ha experimentado desesperanza, intranquilidad, depresión, minusvalía y nerviosismo; cuyas puntuaciones van de 1 a 5 en una escala ordinal de cinco niveles: nunca, rara vez, a veces, muy a menudo y siempre; donde "Nunca" tiene un valor asignado de 1, y "Siempre" tiene un valor asignado de 5. El punto de corte óptimo en el K6 para considerar que una persona presenta malestar emocional es una puntuación mayor a 18 (Kessler, et al., 2003). Se calculó el porcentaje de población que presentó una puntuación mayor o igual al punto de corte.

- *Diagnóstico de esquizofrenia*²¹. Se calculó el porcentaje de población que respondió de manera afirmativa a la pregunta ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con esquizofrenia?
- *Diagnóstico de bipolaridad*. Se calculó el porcentaje de población que respondió de manera afirmativa a la pregunta ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con trastorno bipolar (o trastorno maniaco depresivo)?
- *Abuso*²² o *dependencia*²³ a cualquier droga. Esta variable se refiere al porcentaje de población que presentó abuso o dependencia a cualquier droga, ya sea médica o ilegal.
- *Abuso y dependencia al alcohol*. Esta variable se refiere al porcentaje de población que presentó abuso o dependencia al alcohol.
- *Grupo de edad entre 12 a 29 años*. Se obtuvo el porcentaje de población entre los 12 y 29 años. Se consideró a ese grupo etario ya que de acuerdo con la OMS (2014), son los jóvenes los que presentan mayor vulnerabilidad ante el suicidio.

²¹ Las dos variables de diagnóstico, tanto el de esquizofrenia como el de bipolaridad, fueron aplicadas a una submuestra conformada por 13,130 personas, 5,482 hombres y 7,648 mujeres.

²² *Abuso*. es el patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por el consumo recurrente de alguna sustancia dando lugar al incumplimiento de labores en el trabajo, la escuela o la casa; a problemas legales repetidos; el consumirlo en situaciones en las que es físicamente peligroso, o el consumo continuado a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o continuos debido a los efectos de alguna sustancia. Se considera abuso del alcohol si uno o más de estos elementos se ha presentado en un periodo de 12 meses (Comisión Nacional Contra las Adicciones , 2017).

²³ *Dependencia*. Es el conjunto de manifestaciones físicas, cognitivas y del comportamiento que incluyen la presencia de síntomas como: tolerancia, abstinencia, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir drogas o alcohol, o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Para estos fines se consideraron con dependencia a quienes presentaron tres o más de estos síntomas dentro de los 12 meses previos a la entrevista (Comisión Nacional Contra las Adicciones , 2017).

3.8 Estrategias de análisis estadístico

3.8.1 Análisis descriptivo

Para mostrar un panorama epidemiológico tanto del suicidio como de la ideación suicida en México, se elaboraron mapas con la distribución de las tasas específicas de mortalidad por suicidio y las prevalencias de ideación suicida para hombres y mujeres. Las entidades federativas fueron seccionadas en cuatro grupos, formados a partir de la división en cuartiles tanto de las tasas, como de las prevalencias. Se calculó, además, la correlación entre estas variables para hombres y mujeres. Se creó un cuadro con los descriptivos de las variables de ajuste, así como modelos bivariados, es decir se realizaron tantos modelos de regresión binomial negativa como variables individuales, con la finalidad de indagar la relación que cada una de éstas guardaba en con las tasas de mortalidad por suicidio, la dirección, positiva o negativa, y el grado de asociación.

3.8.2 Modelos de regresión binomial negativa

Para identificar la relación que existe entre la ideación suicida y el suicidio consumado se realizaron cuatro modelos de regresión binomial negativa. Este tipo de regresiones tienen la virtud de modelar variables de conteo, especialmente los que provienen de eventos raros, como es el caso de las defunciones por suicidio, y que presentan sobredispersión (Hilbe, 2007).

A pesar de que estos modelos son para variables dependientes de conteo se puede parametrizar para el modelaje de tasas, para ello es necesario incluir una variable de exposición (Hilbe, 2007), que puede ser la cantidad de tiempo, espacio, distancia, volumen o tamaño de población a partir del cual se cuenta la variable dependiente, esta variable se especifica cuando las exposiciones son diferentes para cada observación. (NCSS Statistical Software, s.f.). Con la finalidad de aplicar al modelo binomial negativo los distintos test de bondad de ajuste, análisis de residuos y de más resultados desarrollados, esta regresión se parametrizó como un modelo lineal generalizado.

Como se ha planteado en la literatura que los factores que afectan las tasas de suicidio para hombres y para mujeres son distintas, se buscó un modelo que fuera parsimonioso, significativo y con buen ajuste para hombres, posteriormente se usaron las mismas variables con los datos de

mujeres, para verificar si efectivamente esos factores afectaban de manera distinta, o nula, la relación con la mortalidad por suicidio de mujeres. De igual manera, se calculó el modelo con mejor ajuste con los datos de mujeres y para contrastarse con el modelo que tuviera las mismas variables pero con datos de hombres.

En cada caso, se han planteado dos modelos, uno bivariado, que incluye solamente la ideación suicida como variable independiente y uno más, ajustado por distintas variables, tanto de índole estructural, intermedio y proximal con la intención de vislumbrar si dichas variables tienen un efecto en la relación ideación suicida y mortalidad por suicidio.

CAPÍTULO IV. IDEACIÓN SUICIDA Y SUICIDIO EN MÉXICO

En este capítulo se presenta un panorama general tanto de las tasas de suicidio como de las prevalencias de ideación suicida para la población de 12 a 65 años, en México, su comportamiento por sexo y grupo etario. Además, se hace una comparación de la distribución geográfica de las tasas de suicidio con la de las prevalencias de ideación en las entidades federativas de la República Mexicana, esto nos permite identificar, para el caso de hombres y mujeres, cuáles son las entidades con altas y bajas tasas y prevalencias. De igual manera, se describen otras variables que servirán para ajustar la relación que se estudia. Finalmente, se presentan y analizan los modelos de regresión binomial negativa que permitan identificar la relación que existe entre la ideación suicida y el suicidio consumado en las entidades federativas de la República Mexicana.

4.1. *Panorama general de la Mortalidad por suicidio. México, 2016*

En México, durante el año 2016 se registraron 5,850 suicidios de personas entre 12 y 65 años de edad, lo que representa una tasa específica de 6.67 suicidios por cada 100,000 habitantes. La tasa específica para hombres fue de 11.11, mientras que para mujeres fue de 2.51, lo que indica que por cada mujer que murió por esta causa lo hicieron, en promedio, 5 hombres.

Vale reconocer que la razón hombre:mujer (tabla 1), difiere entre los grupos de edad, siendo entre los más jóvenes, de 12 a 14 años en donde la brecha es menor, pues por cada suicidio de hombres ocurre uno de mujeres; pero a medida que va aumentando la edad, la diferencia también lo hace, de tal manera que un primer pico en las diferencias por sexo, se suscita en el grupo de 35 a 39 años, donde la razón es de 6 suicidios de hombres por uno de mujeres; no obstante la mayor discrepancia ocurre entre los 50 y 54 años donde la diferencia es de 7 a 1.

Las tasas de suicidio, más altas para las mujeres se ubican entre los 15 y 19 años (4.34) mientras que para los hombres está en el grupo posterior, de 20 a 24 años (16.21). En este orden de ideas, vale hacer mención que la menor tasa entre hombres (2.94) corresponde al primer grupo etario, de 12 a 14 años, y en mujeres (1.42) al último, de 60 a 65 años. Lo que denota la acumulación de defunciones de mujeres, por esta causa en edades más tempranas. El 30% de las mujeres que se

suicidaron, tenía menos de 20 años, para el caso de los hombres, el porcentaje de defunciones a esa edad fue de 13.5%.

Tabla 1. Tasas de suicidio por sexo y grupos de edad. México, 2016

Edad	Hombres	Mujeres	Total	Razón H:M
12 a 14	2.94	3.09	3.01	0.95
15 a 19	9.51	4.34	6.96	2.19
20 a 24	16.21	3.10	9.59	5.23
25 a 29	14.12	2.72	8.23	5.19
30 a 34	13.19	2.10	7.36	6.30
35 a 39	12.87	2.01	7.12	6.41
40 a 44	11.68	2.34	6.74	5.00
45 a 49	9.78	1.87	5.61	5.23
50 a 54	9.40	1.39	5.17	6.77
55 a 59	8.74	1.61	4.97	5.43
60 a 65	7.48	1.42	4.34	5.26

Fuente. Elaboración propia con datos del INEGI/SS y del CONAPO.

En cuanto las entidades federativas que presentaron las tasas de suicidio más altas, se pueden observar, en la tabla 2 que, entre los cinco estados con las tasas de suicidio más altas están: Chihuahua (14.71), Yucatán (13.25), Aguascalientes (12.99) Campeche (12.13) y Colima (10.83). Esto cobra relevancia en tanto que hace algunos años, las defunciones por suicidio se concentraban en los estados de la península de Yucatán y en la actualidad esa distribución se va ampliando a hacia otras regiones del país. A diferencia de las entidades con las tasas más bajas de suicidio: Puebla (4.71), Estado de México (4.44), Oaxaca (3.88), Veracruz (3.12) y Guerrero (2.99), que se concentran en la zona centro y suroeste del país.

Las tasas específicas por sexo se analizarán más adelante, pero vale enfatizar que los estados donde se presentan mayor discrepancia entre hombres y mujeres son Coahuila, Sonora y Baja California sur, con siete suicidios de hombres por uno de mujeres; y los estados en los que la discrepancia entre sexos es menor, son Querétaro y Durango, con una razón de 3 suicidios de hombres por cada uno de mujeres y Guerrero, donde por cada 3 suicidios de hombres se presentan 2 de mujeres.

Tabla 2. Tasas de suicidio por sexo y entidad federativa, población de 12 a 65 años. México, 2016.

Entidad Federativa	Hombres	Mujeres	Total	Razón H:M
Aguascalientes	21.82	4.77	12.99	4.58
Baja California	9.90	2.14	6.03	4.62
Baja California Sur	14.31	2.11	8.30	6.80
Campeche	19.57	4.99	12.13	3.92
Coahuila	13.05	1.82	7.35	7.16
Colima	18.99	2.94	10.83	6.46
Chiapas	11.09	2.70	6.75	4.10
Chihuahua	22.66	7.13	14.71	3.18
Ciudad de México	8.75	2.24	5.34	3.90
Durango	12.18	4.00	7.98	3.04
Guanajuato	19.31	2.60	10.49	7.43
Guerrero	3.55	2.32	2.90	1.53
Hidalgo	7.94	2.40	5.03	3.31
Jalisco	15.36	3.91	9.48	3.93
México	7.11	1.93	4.44	3.69
Michoacán	9.15	1.88	5.33	4.87
Morelos	9.96	2.47	6.04	4.03
Nayarit	13.43	2.25	7.75	5.98
Nuevo León	11.70	2.58	7.11	4.54
Oaxaca	6.50	1.56	3.88	4.17
Puebla	7.56	2.16	4.71	3.50
Querétaro	10.30	3.26	6.64	3.16
Quintana Roo	15.77	3.72	9.79	4.24
San Luis Potosí	13.87	2.67	8.06	5.20
Sinaloa	11.59	1.81	6.60	6.41
Sonora	16.19	2.33	9.25	6.94
Tabasco	14.53	2.57	8.38	5.66
Tamaulipas	9.57	1.96	5.69	4.88
Tlaxcala	9.33	1.66	5.32	5.62
Veracruz	5.54	0.89	3.12	6.21
Yucatán	22.54	4.33	13.25	5.21
Zacatecas	10.74	2.07	6.22	5.18
Nacional	11.11	2.51	6.67	4.42

Fuente. Elaboración propia con datos del INEGI/SS y del CONAPO

4.2. Ideación suicida, situación en México, 2016.

El análisis de la ideación suicida arrojó que, en el 2016, el 2.3% de la población mexicana entre 12 y 65 años pensó seriamente en suicidarse, en los 12 meses anteriores a la aplicación de la ENCODAT 2016. La prevalencia de ideación suicida fue mayor para las mujeres (2.96) que para

los hombres (1.59), esto implica que por cada hombre que pensó en quitarse la vida dos mujeres presentaron la misma idea.

Al igual que con las tasas de suicidio, las prevalencias por sexo, de ideación suicida discrepan a lo largo de los grupos etarios (tabla 3). Entre los adolescentes de 12 a 14 años se presenta la razón hombre:mujer más alta, de 1 hombre por cada 4 mujeres con ideación suicida; diferencia que disminuye hasta el grupo de 25 a 29 años, en que la razón es 1 a 1, para posteriormente aumentar de nuevo. Cabe hacer mención, que en el grupo de 55 a 59 años la razón se invierte, de tal modo que por cada 3 hombres con ideación suicida hay dos mujeres que también la presentan. Es de notar que las mujeres más jóvenes, de 12 a 14 años, son las que presentan prevalencia de ideación suicida más alta (5.11) a diferencia de los hombres, cuya cúspide se localiza entre los 54 y 59 años (2.76).

Tabla 3. Prevalencia de ideación suicida por sexo y grupos de edad. México, 2016.

Edad	Hombres	Mujeres	Total	H:M
12 a 14	1.37	5.11	3.23	0.27
15 a 19	1.93	4.34	3.10	0.44
20 a 24	1.40	2.81	2.09	0.50
25 a 29	2.01	1.88	1.94	1.07
30 a 34	1.28	1.91	1.62	0.67
35 a 39	1.18	2.73	2.02	0.43
40 a 44	1.39	2.79	2.16	0.50
45 a 49	1.39	3.70	2.63	0.38
50 a 54	1.16	2.99	2.11	0.39
55 a 59	2.76	1.82	2.29	1.52
60 a 65	1.60	1.98	1.79	0.81

Fuente. Elaboración propia con datos de la ENCODAT, 2016

Respecto a la distribución de la ideación suicida en el territorio nacional, en la tabla 4 se puede observar, que las entidades federativas donde los habitantes presentan mayor prevalencia son: Tabasco (3.85%), Jalisco (3.3%), Chihuahua (3.28%), Colima (3.2%) y Quintana Roo (3.16%) mientras que las entidades que presentaron las prevalencias más bajas fueron: Chiapas (1.72%), Nuevo León (1.60%), Guerrero (1.53%), Coahuila (1.42%) y la Ciudad de México (1.40%). Respecto a la diferencia entre las prevalencias estatales de ideación suicida de hombres y mujeres en la mayoría de los estados es superior en mujeres que en hombres, pero llama la atención que en

Baja California Sur, Sonora y Zacatecas la razón hombre:mujer es 1 a 1, mientras que en Sinaloa, la razón se invierte y por cada 3 hombres con ideación suicida, 2 mujeres la presentaron.

Tabla 4. Prevalencias de ideación suicida por sexo y entidad federativa, población de 12 a 65 años. México, 2016.

Entidad Federativa	Hombres	Mujeres	Total	Razón H:M
Aguascalientes	1.84	3.40	2.65	0.54
Baja California	1.84	2.55	2.19	0.72
Baja California Sur	2.37	2.48	2.42	0.96
Campeche	2.48	3.72	3.11	0.67
Coahuila	0.81	2.01	1.42	0.40
Colima	1.89	4.49	3.20	0.42
Chiapas	1.42	2.00	1.72	0.71
Chihuahua	2.90	3.64	3.28	0.80
Ciudad de México	0.91	1.85	1.40	0.49
Durango	1.66	3.94	2.84	0.42
Guanajuato	2.17	2.62	2.41	0.83
Guerrero	0.38	2.59	1.53	0.15
Hidalgo	1.67	2.70	2.21	0.62
Jalisco	1.03	5.45	3.30	0.19
México	1.35	2.80	2.10	0.48
Michoacán	1.53	2.87	2.23	0.53
Morelos	1.57	2.36	1.98	0.67
Nayarit	1.62	3.87	2.76	0.42
Nuevo León	1.18	2.01	1.60	0.59
Oaxaca	0.75	3.44	2.18	0.22
Puebla	1.94	3.10	2.55	0.63
Querétaro	1.42	3.10	2.30	0.46
Quintana Roo	1.92	4.44	3.16	0.43
San Luis Potosí	1.10	3.09	2.13	0.36
Sinaloa	2.59	1.71	2.15	1.51
Sonora	2.20	1.97	2.08	1.12
Tabasco	3.09	4.56	3.85	0.68
Tamaulipas	1.50	2.51	2.01	0.60
Tlaxcala	1.59	2.94	2.30	0.54
Veracruz	2.22	3.58	2.93	0.62
Yucatán	2.04	2.98	2.52	0.68
Zacatecas	2.47	2.33	2.40	1.06
Nacional	1.59	2.96	2.30	0.54

Fuente. Elaboración propia con datos de la ENCODAT, 2016

4.3. Distribución del suicidio y la ideación suicida por sexo.

Como se ha mencionado, el sexo es un factor importante en la dinámica suicida, ya que las conductas suicidas se manifiestan de manera distinta para hombres y para mujeres. A continuación,

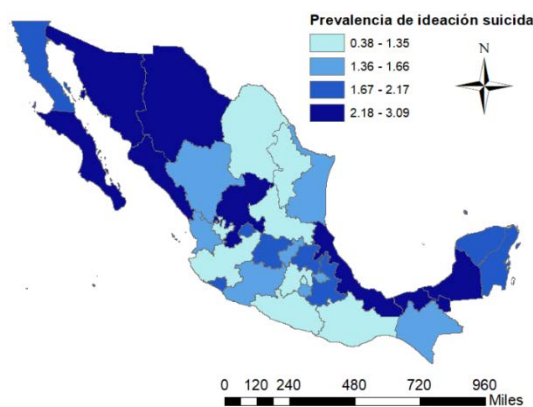
se analizará la distribución geográfica tanto de la ideación suicida como del suicidio consumado para cada sexo.

Hombres

Las entidades de la República Mexicana con las prevalencias más altas de ideación suicida para hombres son: Tabasco (3.09), Chihuahua (2.90), Sinaloa (2.59), Campeche (2.48) y Zacatecas (2.47). Pero pueden identificarse dos agrupaciones de estados de altas prevalencias de ideación suicida, una al norte del país, conformada por Baja California Sur, Sonora, Sinaloa y Chihuahua y la otra conformada por Veracruz, Tabasco y Campeche. En lo que respecta a las entidades con las prevalencias más bajas se encuentra Jalisco (1.03), Ciudad de México (0.91), Coahuila (0.81), Oaxaca (0.75) y Guerrero (0.38) (figura 3).

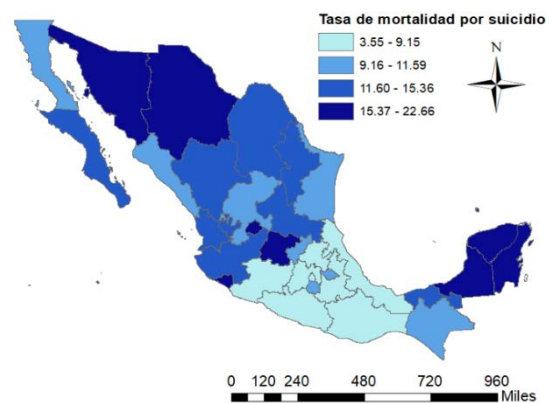
En relación con la distribución de las tasas de suicidio (figura 4), los estados con las tasas más altas son Chihuahua (22.6), Yucatán (22.54), Aguascalientes (21.82), Campeche (19.57) y Guanajuato (19.31) y también se observan patrones de distribución, colocando como zona potencial de suicidios a los estados de la península de Yucatán, y al norte a Chihuahua y Sonora. En lo que respecta a las tasas más bajas de suicidio, estas se ubican al centro y sur del país, en los estados de Puebla (7.56), Estado de México (7.11), Oaxaca (6.50), Veracruz (5.53) y Guerrero (3.55), formando un *clúster* muy específico de estados con menor riesgo suicida.

Figura 3. Distribución de la prevalencia de ideación suicida. Hombres de 12 a 65 años. México, 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCODAT, 2016.

Figura 4. Distribución de las tasas de mortalidad por suicidio. Hombres de 12 a 65 años. México, 2016.

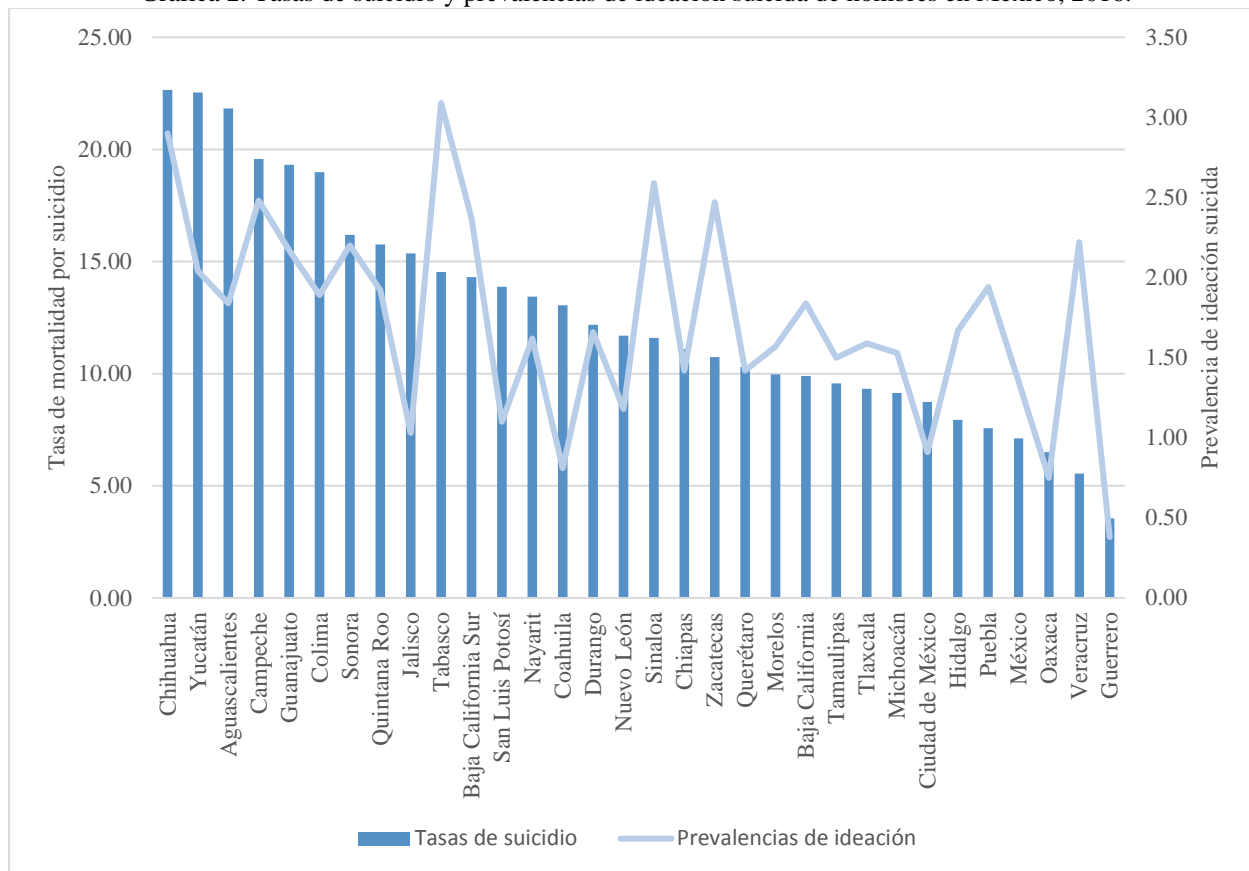


Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI/SS y CONAPO, 2016.

Existen algunos estados especialmente discrepantes, en sus medidas de ideación suicida y suicidio, tal es el caso de Jalisco, San Luis Potosí y Coahuila, que a pesar de tener prevalencias de suicidio bajas, su tasa de mortalidad es alta (gráfica 2); y en contraparte, Tabasco, Sinaloa, Zacatecas y Veracruz, los cuales, pese a presentar tasas relativamente bajas de suicidio, tienen altas prevalencias de ideación, llamando la atención este último, por ser el estado más discordante.

La correlación²⁴ entre ambas medidas es de 0.49, siendo estadísticamente significativa, lo que implica que, en términos generales, a medida en que aumenta la prevalencia de ideación suicida, también aumentan las tasas de suicidio en los Estados de la República Mexicana.

Gráfica 2. Tasas de suicidio y prevalencias de ideación suicida de hombres en México, 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI/SS, CONAPO y ENCODAT, 2016.

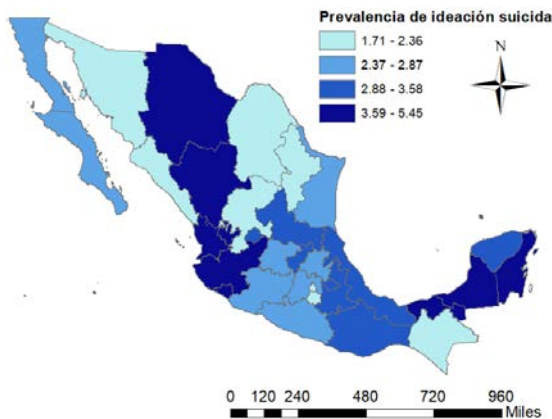
²⁴ Ver gráfica en anexo

Mujeres

Para el caso de las mujeres, los estados con las prevalencias de ideación suicida más altas son Jalisco (5.45), Tabasco (4.56), Colima (4.49), Quintana Roo (4.44) y Durango (3.94), se puede situar a dichos estados en dos agrupaciones, uno ubicado en la península de Yucatán y otra, que atraviesa al país de norte a sur, de Chihuahua a Colima (Figura 4), vale la pena mencionar que las entidades con prevalencias bajas, se encuentran rodeando esa área y son Nuevo León (2.01), Coahuila (20.1), Sonora (1.97), Sinaloa (1.71); además de Chiapas (2.0) y la Ciudad de México (1.85).

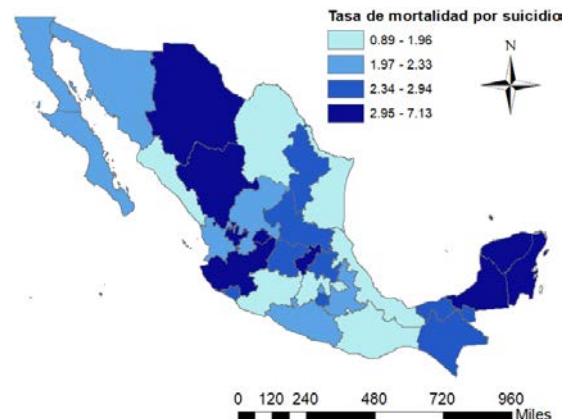
Tocante a la distribución de las tasas más altas de mortalidad por suicidio se observan conjuntos similares a los de prevalencia de ideación (Figura 5), nuevamente los estados de la península de Yucatán, Campeche (4.99) y Yucatán (4.33), y en el otro *clúster* se ubica a Chihuahua (7.13), Aguascalientes (4.77), Durango (4.0) y Jalisco (3.9). En contraparte, para las tasas más bajas de mortalidad por suicidio para mujeres no es tan claro un patrón distributivo. Las entidades con las tasas más bajas para mujeres son, Coahuila (1.82), Sinaloa (1.81) Tlaxcala (1.66), Oaxaca (1.56), Veracruz (0.86).

Figura 5. Distribución de la prevalencia de ideación suicida. Mujeres de 12 a 65 años. México, 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCODAT, 2016.

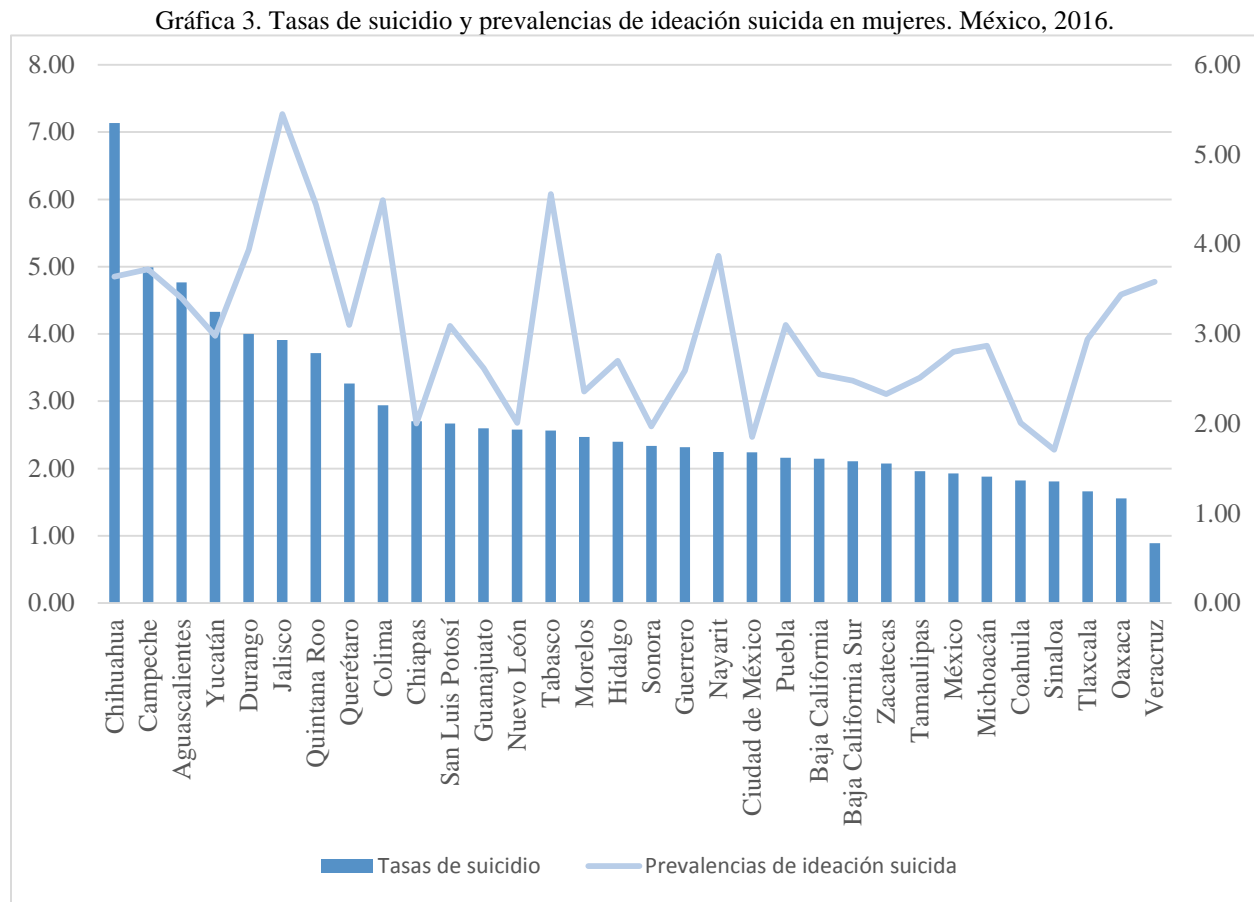
Figura 6. Distribución de las tasas de mortalidad por suicidio. Mujeres de 12 a 65 años. México, 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI/SS y CONAPO, 2016.

En cuanto a las discrepancias entre ambas medidas, Veracruz, Oaxaca, Nayarit y Tabasco presentan altas prevalencias de ideación suicida que no se ven claramente reflejadas en las tasas de

mortalidad por suicidio (gráfica 3). Así que en el cálculo de la correlación entre estas medidas se encontró una asociación positiva y significativa de 0.41.



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI/SS, CONAPO y ENCODAT, 2016

Variables de ajuste

En este apartado se describen a grandes rasgos, algunas de las variables, que de acuerdo con la literatura revisada y el marco de los determinantes sociales del suicidio, se asocian con las tasas de mortalidad por esta causa. Cabe mencionar que, los valores de los factores estructurales y el porcentaje de hogares nucleares son los mismos para hombres y mujeres, en lo que respecta al resto de las variables están diferenciadas por sexo.

En la tabla 5, se observa una marcada discrepancia en la proporción de población con pobreza moderada en los estados ya que hay una diferencia de 62.83 puntos porcentuales entre el estado con mayor porcentaje de población en pobreza moderada (Chiapas) y el que tiene el menor porcentaje de población en esas condiciones (Nuevo León).

En lo que respecta a la diferencia por sexo de los factores intermedios, se tiene que en promedio hay un mayor porcentaje de hombres solteros que mujeres solteras en el país. En contraparte, el porcentaje de mujeres separadas, triplica al de hombres en esa situación conyugal. Respecto a la estructura del hogar, el 65.27% son nucleares. Por otro lado, es más alto, en 2.25 puntos, el porcentaje de hombres que no profesa la religión católica, respecto a las mujeres no católicas. Finalmente, la tasa de desempleo es el doble para hombres que para mujeres.

En cuanto a los factores proximales, más mujeres que hombres tienen diagnóstico de esquizofrenia y bipolaridad al igual que malestar emocional, sin embargo esa relación se invierte en lo que a abuso y dependencia al alcohol y drogas se trata.

Tabla 5. Medidas descriptivas de variables de ajuste entre ideación suicida y suicidio

Factores estructurales	n	Desviación				Desviación			
		Media	estándar	Min	Max	Media	estándar	Min	Max
%Pobreza moderada	32	41.37	15.23	14.25	77.08				
Ln del PIB <i>per cápita</i>	32	11.78	0.50	10.90	13.39				
Factores intermedios		Hombres				Mujeres			
% solteros	32	36.78	1.31	34.70	39.61	31.01	1.83	28.10	34.91
% separados	32	6.13	0.99	4.53	8.21	18.59	1.60	11.82	14.71
% hogares nucleares	32	62.27	2.29	55.78	67.69				
% no católica	32	23.89	9.26	11.38	44.34	20.26	9.73	6.19	41.72
Tasa estatal de desempleo	32	4.72	1.04	2.18	6.83	2.47	0.48	1.54	3.52
Factores proximales									
% con diagnóstico de bipolaridad	32	0.90	0.90	0.00	4.08	1.79	1.12	0.00	4.51
% con diagnóstico de esquizofrenia	32	0.24	0.37	0.00	1.36	0.24	0.34	0.00	1.47
% malestar emocional	32	2.37	1.22	0.92	5.87	4.00	1.02	1.67	6.47
% abuso y dependencia al alcohol	32	10.41	2.29	7.06	15.66	2.28	0.97	0.86	4.36
% abuso y dependencia a cualquier droga	32	1.95	0.91	0.29	3.69	0.48	0.31	0.06	1.27
% entre 12 y 29 años	32	48.22	2.32	43.03	52.46	45.38	2.58	38.10	49.77

Fuente: Elaboración propia, con datos de CONEVAL, INEGI, ENCODAT 2016 y Encuesta intercensal 2015.

4.4. Factores asociados con las tasas de mortalidad por suicidio. México, 2016.

En cuanto a los resultados de los modelos bivariados en los que se relacionó a cada una de las variables contempladas en esta investigación con las tasas de mortalidad por suicidio, se hallaron las relaciones presentadas en la tabla 6. En el caso de los hombres, la tasa de mortalidad por suicidio presenta relaciones significativas con la ideación suicida, la proporción de hogares nucleares y el diagnóstico de esquizofrenia como factores de riesgo; mientras que la pobreza moderada y el desempleo resultaron significativos como variables protectoras. Para el caso de las mujeres, los factores de riesgo son la ideación suicida así como el abuso y dependencia al alcohol y a cualquier droga; por otro lado, las variables que resultaron ser factores protectores son la pobreza moderada y la proporción de mujeres separadas. Sin embargo, como advierte la OMS (2014a), en muchas ocasiones no necesariamente son los factores aislados los que repercuten en las tasas de suicidio, sino la combinación de ellos.

Tabla 6. Análisis bivariado de la tasa de mortalidad por suicidio y factores asociados. Regresión binomial negativa. México, 2016.

	Hombres				Mujeres			
	†IRR		Intervalo de confianza		IRR		Intervalo de confianza	
Prevalencia de ideación suicida	1.39	***	1.14	1.70	1.22	**	1.05	1.41
Factores estructurales								
%Pobreza moderada	0.99	**	0.98	0.99	0.99	*	0.98	1.00
Ln del PIB <i>per cápita</i>	0.94		0.78	1.13	0.98		0.81	1.18
Factores intermedios								
% solteros	1.01		0.91	1.12	1.05		0.97	1.14
% separados	1.07		0.93	1.24	0.92	*	0.84	1.00
% hogares nucleares	1.07	*	1.01	1.13	1.05		0.99	1.11
% no católica	1.01		0.99	1.02	1.00		0.99	1.02
Tasa estatal de desempleo	0.88	*	0.78	0.99	0.82		0.61	1.11
Factores proximales								
% con diagnóstico de bipolaridad	1.15		0.97	1.35	1.00		0.88	1.14
% con diagnóstico de esquizofrenia	1.47	*	1.04	2.09	1.24		0.78	1.97
% malestar emocional	1.00		0.89	1.12	1.14		0.99	1.31
% abuso y dependencia al alcohol	1.05		0.99	1.11	1.16	*	1.01	1.33
% abuso y dependencia a cualquier droga	1.08		0.93	1.27	1.56	*	1.03	2.37
% entre 12 y 29 años	1.01		0.95	1.08	1.01		0.95	1.07

† Razón de tasas de incidencia

* p<0.05 **p<0.01 *** p<0.001

Fuente: Elaboración propia, con datos de CONEVAL, INEGI, ENCODAT 2016 y Encuesta intercensal 2015.

4.5. Relación ideación suicida-suicidio en México. Modelos de regresión binomial negativa

En esta sección se presentan los resultados obtenidos a partir de los modelos de regresión binomial negativa, llevados a cabo con la intención de analizar el comportamiento de la relación entre ideación suicida-suicidio, sin y con presencia de covariables, que sirvieron para verificar si dicha relación perdura (tabla 7).

De acuerdo con el modelo de regresión binomial negativa, en ausencia de covariables, por cada unidad (*i.e. punto porcentual*) que aumente la ideación suicida, las tasas de suicidio aumentarán, en promedio 39%. Cuando se incluyen otras variables, el cambio en las tasas de suicidio por cada unidad es del 32%, siendo en ambos casos, estadísticamente significativo.

Como factores de riesgo asociados a la mortalidad por suicidio, no se halló evidencia estadística de la influencia de factores estructurales. En lo que respecta a los factores intermedios se encontró que, el incremento unitario, en la proporción de hombres separados, aumenta las tasas de suicidio en 24%. Al igual que la proporción de hogares nucleares aumenta las tasas de suicidio en un 11%. Los factores proximales tampoco resultaron ser, estadísticamente significativos como factores de riesgo influyentes en las tasas estatales de mortalidad por suicidio.

Contrario a lo esperado, de acuerdo con este modelo, la tasa de desempleo, así como el abuso y dependencia a cualquier droga son factores protectores del suicidio a nivel estatal. En relación con la tasa de desempleo, se tiene que por cada unidad que ésta aumenta, la tasa de suicidio disminuye 14%, mientras que para el caso del abuso y dependencia de cualquier droga, dicha tasa se reduce en un 12%.

Tabla 7. Modelo de regresión binomial negativa. Hombres de entre 12 y 65 años. México, 2016

	Mortalidad por suicidio	
	Modelo 1	Modelo 2
	† IRR	IRR
Ideación suicida	1.39 ***	1.32 ***
Factores estructurales		
ln PIB <i>per cápita</i>	---	1.21
Factores intermedios		
% solteros	---	1.03
% separados	---	1.24 **
% hogares nucleares	---	1.11 ***
% no católicos	---	0.99
Tasa de desempleo	---	0.86 **
Factores proximales		
Abuso y dependencia a cualquier droga	---	0.88 *
Diagnóstico de esquizofrenia	---	1.19
Malestar emocional	---	1.03
Edad. 12 a 29 años	---	1.04
Constante	0	0
‡ln(población)	1	1
Bondad de ajuste del modelo		
AIC	10.45	10.03

† Razón de tasas de incidencia

‡ Variable de exposición

* p<0.05 **p<0.01 *** p<0.001

Fuente: Elaboración propia

En el modelo propuesto para analizar la relación ideación suicida-suicidio en mujeres, se encontró que, en ausencia de covariables, por cada aumento unitario en la prevalencia de ideación suicida, la tasa de suicidio aumenta, en promedio 22%. Cuando se incluyen otras variables, la asociación deja de ser estadísticamente significativa.

En este caso, no se encontraron factores estructurales asociados con las tasas de suicidio. Por otro lado, entre los factores intermedios, se hallaron tres que implican riesgo, la proporción de solteras, que aumenta las tasas de suicidio en un 12%, el aumento en la proporción de hogares nucleares, implica un 10% en el aumento de las tasas de suicidio y la proporción de no católicas, un 2%. Finalmente, como factor proximal, porcentaje de población con diagnóstico de esquizofrenia, también es un factor de riesgo ante el aumento de las tasas de suicidio a nivel estatal, pues por cada punto que aumenta, dicha tasa aumentará 57%, más aún que con la ideación suicida. Al igual que en el caso de los hombres, la tasa de desempleo, resultó ser un factor protector, es decir que por cada unidad que aumente, la tasa de suicidio se reducirá 31%.

Tabla 8. Modelo de regresión binomial negativa. Mujeres de 12 a 65 años. México, 2016

	Mortalidad por suicidio	
	Modelo 1 † IRR	Modelo 2 IRR
Ideación suicida	1.22 **	1.12
Factores estructurales		
ln PIB <i>per cápita</i>	---	1.13
Factores intermedios		
% solteros	---	1.12 **
% separados	---	1.07
% hogares nucleares	---	1.10*
% no católicos	---	1.02**
Tasa de desempleo	---	0.69 **
Factores proximales		
Abuso y dependencia al alcohol	---	1.1
Diagnóstico de esquizofrenia	---	1.57*
Edad. 12 a 29 años	---	1.01
Constante	0	0
‡ln(población)	1	1
Bondad de ajuste del modelo		
AIC	7.64	7.56

† Razón de incidencia

‡ Variable de exposición

*p<0.05 **P<0.01 *** P<0.001

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

En México, el suicidio es un problema social y de salud pública que ha ido incrementando constantemente y no sólo afecta al suicida y a su entorno más cercano, sino que tiene repercusiones para la sociedad en general; de ahí que el tema esté cobrando importancia entre los investigadores, quienes se han dado a la tarea de analizar, describir y comprender este fenómeno, de tal forma que se puedan establecer acciones que frenen y reviertan la dinámica suicida que se ha venido suscitando en el país desde hace tres décadas (Borges, et al., 2010).

Para el 2016, se ha detectado que las tasas de mortalidad por suicidio siguen en aumento, pero además de la tendencia a la alta, este fenómeno llama la atención por las transformaciones que ha presentado en los últimos años, a decir, los cambios en los grupos etarios más afectados, siendo cada vez más los jóvenes quienes acaban con su vida; además del incremento más acelerado en las tasas de suicidio de mujeres, respecto a las tasas de suicidio de los hombres, lo cual ha sido más notorio en años recientes (Borges, et al., 2016; INEGI, 2017). Dicha dinámica se contrapone a lo observado a nivel global y en algunos países en particular (OMS, 2014a), incluyendo algunos de la región latinoamericana, como es el caso de Colombia que en la última década ha visto reducciones en sus tasas de suicidio (Dávila-Cervantes & Pardo-Montaño, 2017).

Por lo anterior es necesario llevar a cabo un reconocimiento de las características particulares del fenómeno suicida en México, sobre todo en lo que respecta a las diferencias entre hombres y mujeres, pues si bien el sexo es uno de los factores más trascendentes en la dinámica suicida, son pocos los estudios que han abordado de manera comparativa el fenómeno (Canetto y Sakinofsky, 1998; Rosales, et al., 2013; García-Portilla, et al., 2014), pues la mayoría de las investigaciones lo han analizado para el total de la población (Borges, et al., 2009; Borges, et al., 2010; Dávila, et al., 2015) o bien, específicamente para hombres o solamente mujeres (González-Forteza, et al., 1998).

No obstante, al hacer la distinción por sexo es posible evidenciar ciertas diferencias; la primera de ellas radica en la magnitud de las tasas de suicidio que, en promedio, es 5 veces mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, esta diferencia no es la misma a lo largo del ciclo de la vida, pues mientras que en la adolescencia, de 12 a 14 años, los suicidios se suscitan 1 a 1, a medida en que avanza la edad, la brecha va en aumento, sobre todo después de los 30 años, donde la

diferencia llega a 6 hombres suicidas por cada mujer; disminuye después de los 40 años y vuelve a aumentar después de los 50 años, hasta alcanzar 7 suicidios de hombres por cada uno de mujeres.

Si bien, los adultos mayores no formaron parte de esta investigación, es importante reconocer que en relación al suicidio, los hombres de ese grupo etario, son quienes en la actualidad, ocupan el segundo lugar en las tasas de mortalidad por suicidio (Borges, et al., 2016) y que hace algunas décadas ocupaban el primero, es por ello que su estudio merece una atención aparte. Estas discrepancias a lo largo del ciclo de la vida cobran relevancia en el marco de los determinantes sociales de la salud mental, en tanto que, como afirma la OMS (2014b), las condiciones de vida en las que se desenvuelven los seres humanos repercuten en su desarrollo integral, estabilidad emocional y, por lo tanto, en su potencialidad suicida.

Tocante a la distribución de la mortalidad por suicidio en las entidades federativas de la República Mexicana, es importante destacar que entre los grupos de hombres y mujeres, las tasas de suicidio se distribuyen de manera distinta en el territorio nacional. Ya que si bien, en los estados de la península de Yucatán, Campeche, Quintana Roo y Yucatán, así como Chihuahua, tanto hombres como mujeres presentaron altas tasas de suicidios, no obstante, en el resto de la República, las agrupaciones estatales con altas tasas de suicidio son distintas, mientras que en el caso de las mujeres se puede identificar un *clúster* de altas tasas de suicidio conformado por entidades que atraviesan el país de norte a sur, desde Chihuahua hasta Jalisco. En el caso de los hombres el patrón no es tan claro, pues las entidades con altas tasas de suicidio están dispersas en diferentes regiones.

Desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud se otorga un peso importante a los factores estructurales en que se desarrollan los individuos, es decir a las condiciones sociales, económicas y culturales (OMS, 2018b) y en este caso resulta revelador, que efectivamente, dichas condiciones afectan de manera diferenciada a hombres y a mujeres. Por lo que las mismas circunstancias estructurales en una entidad no desenvocarán en los mismos resultados de la conducta suicida para hombres y para mujeres a lo largo de la vida, haciendo a ciertos grupos más vulnerables que a otros. Además, como advirtió Durkheim (1987/2006), no es la cercanía de los territorios lo que provoca un *clúster* con altas tasas de suicidio, sino la similitud de las condiciones en las que viven sus habitantes. Debido a lo anterior, resulta importante indagar respecto a cuáles son las condiciones específicas, que mantienen y refuerzan la ejecución de conductas autolesivas

con intensiones fatales entre sus habitantes, con la finalidad de proponer medidas preventivas acordes a las problemáticas reales del contexto actual en México.

Una de las propuestas más importantes sugeridas por la OMS (2014a) es la detección temprana de la conducta suicida con la finalidad de truncarla antes de alcanzar desenlaces fatales, por lo que se han realizado diversas investigaciones en torno al intento de suicidio, y lograr así identificar su potencial como predictor de defunciones por esta causa y colocándolo como el factor de riesgo más importante de la mortalidad por suicidio (OMS, 2018a). Sin embargo, la mayoría de dichas investigaciones corresponden a sectores poblacionales específicos, sobre todo aquellos que recibieron tratamiento clínico derivado del intento de suicidio (Pérez-Olmos, et al., 2008; Espinosa, et al., 2009; Crosby, 2016) o bien, quienes se consideran población en riesgo, generalmente estudiantes (Pérez-Amezcu, et al., 2010; García de Alba, et al., 2011; Rosales y Córdova, 2011), lo cual sesga las observaciones y no permite hacer comparables los resultados con el resto de la población.

Por la dificultad para obtener registros de ideación suicida no se han hecho muchas investigaciones al respecto (Chávez-Hernández, et al., 2015; Córdova Osnaya & Rosales Pérez, 2016), además de que no se ha explorado su papel como predictor del suicidio, sobretodo en el contexto mexicano, cuya indagación es el objetivo general de este estudio. En relación a esto, se encontró que en ausencia de otras variables la ideación suicida mantiene relación con las tasas de mortalidad por suicidio, de tal forma que por cada unidad que aumente la ideación suicida, las tasas de suicidio aumentarán 39% y 22% para hombres y mujeres, respectivamente, lo cual evidencia que las ideas de la propia muerte representan en sí mismas un factor de riesgo, pues como advierte Echeburúa (2015), la ideación suicida implica sufrimiento psicológico intenso, carencia de recursos psicológicos para hacerle frente y desesperanza profunda ante el futuro.

No obstante, difícilmente puede aislarse un fenómeno del contexto social donde tiene lugar, es por ello que se puso a prueba la relación de la ideación suicida con la mortalidad por suicidio en presencia de otras variables, tanto estructurales, como intermedias y proximales, en este caso, para hombres se mantuvo la relación de ideación suicida y el suicidio, aunque en menor medida, ya que en presencia de otras variables, por cada unidad que aumente la prevalencia de ideación suicida, las tasas de suicidio aumentarán 32% manteniendo el resto de las variables estables; no ocurre igual

en el caso de las mujeres, ya que al agregar otras variables, la relación ideación suicida – suicidio se desvanece, perdiendo significancia estadística, puesto que, como se planteó en las hipótesis, esta relación es más fuerte para el caso de los hombres, pues de acuerdo con Canetto y Sakinofsky (1998) los hombres sí consuman el suicidio, mientras que las mujeres llevan a cabo más intentos, en este orden de ideas, quizá la relación ideación suicida- intento de suicidio para el caso de las mujeres sería más estrecha que con el suicidio consumado, sin embargo ese es motivo de una investigación aparte.

Factores estructurales

Tras realizar una revisión sistemática acerca de los factores socioeconómicos asociados a la salud mental en América Latina (Ortíz-Hernández, et al., 2007), se encontró evidencia que relaciona la mortalidad por suicidio con los estratos socioeconómicos bajos, y que a mayor proporción de población en situación de pobreza, mayor será la tasa de suicidio. Sin embargo, los resultados de esta tesis concuerdan más con las ideas expuestas por Durkheim (1897/2006), en las que se expresa que en épocas de crisis económica, se manifiesta entre los pobladores una mayor cohesión social y por lo tanto mayor protección ante el suicidio. Sin embargo, al alejar el lente de las muertes a causa del suicidio y vislumbrar la mortalidad general, también existe evidencia de que en entidades de la República Mexicana con mayores porcentajes de población en situación de pobreza se presentan mayores tasas de mortalidad general, debido a la falta de servicios médicos, lo que hace suponer que la pobreza en sí misma no protege del suicidio, sino que favorece las defunciones por otras causas.

En cuanto al PIB per cápita, desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, se esperaría que mientras este sea mayor, la tasa de suicidios disminuya, debido a que se favorecerían mayores niveles de vida entre sus habitantes, sin embargo, se ha encontrado evidencia de que el fenómeno suicida no funciona de esa manera, y que mientras mayor sea el crecimiento económico de un país, las tasas de suicidio son más altas (Moyano & Barría, 2006), para el caso de México, en el 2016 esa variable resultó no ser estadísticamente significativa.

Factores intermedios

En cuanto a los factores intermedios, para el caso de los hombre resultó que la proporción de hogares nucleares, en contraposición con los hogares unipersonales y no familiares, es un factor de riesgo para el aumento en las tasas de suicidio, asociado a esto Durkheim (1897/2006) mencionó que no es el tamaño de la familia, sino la calidad en sus relaciones interpersonales, lo que se asocia con la mortalidad por suicidio, sin embargo, debido a la naturaleza de esta investigación no se tienen datos al respecto. Por otro lado, la tasa estatal de desempleo, resultó ser un factor protector, y aunque no es lo que se esperaría de manera evidente, sí concuerda con lo estudiado por Dávila-Cervantes y Pardo-Montaña (2017), este resultado no debe ser tomado a la ligera, ya que como advierten Ortíz-Hernández y sus colaboradores (2007), este puede estar influenciado por la contraparte de estrés laboral, el temor constante a perder la fuente de ingresos y las condiciones laborales que viven los individuos.

Para las mujeres, los factores intermedios que repercuten en las tasas de suicidio son, el estado civil, el porcentaje de mujeres separadas como factor protector (modelo bivariado) y el de mujeres solteras como factor de riesgo (modelo multivariado), mientras que para los hombres el estado civil juega un papel distinto pues, de acuerdo con este modelo, los hombres separados se encuentran en mayor riesgo de suicidio, esto ya lo adelantaba Durkheim (1987/2006) quien advierte que el estado civil afecta de manera diferenciada las tasas d suicidio para hombres y mujeres.

Uno de los argumentos más conocidos de Émile Durkheim (1897/2006), fue la influencia de la religión en las tasas sociales del suicidio, en esta investigación, ser parte del porcentaje de mujeres no católicas representa un factor de riesgo de suicidio para esa población. Esta diferenciación por sexo, es decir que en mujeres esta sea una variable significativa y en hombres no, tiene que ver con la dinámica de las prácticas religiosas en México, en la que generalmente las mujeres participan más.

Factores proximales

Además de la ideación suicida, los factores proximales asociados al suicidio son, como factor de riesgo para las mujeres el diagnóstico de esquizofrenia, lo cual concuerda con (Jiménez-Ornelas y Cardiel-Téllez (2013) quien afirma que la comorbilidad psiquiátrica es un factor de

riesgo importante en cuanto a las defunciones por suicidio. Si bien en este caso, el trastorno de bipolaridad no resultó ser estadísticamente significativo, estudios han demostrado su asociación con las tasas de suicidio, lo anterior podría estar asociado con las características de la muestra, debido a que en este estudio se consideró a la población general y el porcentaje de personas con diagnósticos psiquiátricos específicos es poco.

Para el caso de los hombres, el abuso y dependencia a cualquier droga resulta como factor protector ante las defunciones por suicidio, sin embargo, al igual que ocurrió con el porcentaje de población en situación de pobreza, es menester hacer algunas precisiones puesto que se trata del consumo extremo de drogas, ya sean legales o ilegales, lo que implica la práctica de conductas de riesgo, como la exposición a riñas y accidentes, así como la muerte por sobredosis y complicaciones de salud derivadas del consumo frecuente de sustancias, por lo que esta variable, per se, no se asocia con la prevención de las defunciones por suicidio, si no que favorece, en mayor medida la mortalidad por otras causas.

Es así como el carácter multifactorial que enfatiza la OMS (2014a), debe incluir las diferencias por sexo, ya que los factores que inciden en la mortalidad por suicidio de hombres no necesariamente son las mismas para las mujeres.

CONCLUSIONES

Los suicidios son un problema de salud pública, en el que intervienen, no solamente las decisiones de los individuos, sino también las condiciones de vida en las que estos se desarrollan, es por ello que para tomar medidas preventivas es importante analizar los factores que intervienen en la gestación del fenómeno suicida y que podrían desembocar en muerte. En este sentido, la prevención de las defunciones por suicidio es una tarea que no sólo compete a los servicios de salud, sino que debe ser visto de manera integral, considerando factores estructurales, intermedios y proximales que intervengan. En este sentido, uno de los factores más importantes a considerar es el sexo, en tanto que evidencia el impacto diferenciado de otras variables para hombres y mujeres.

La ideación suicida puede considerarse como un buen predictor del suicidio consumado a nivel estatal, ya que, aún en presencia de otras variables de ajuste, la relación permanece y es estadísticamente significativa, sobre todo, para el caso de los hombres, no obstante, vale destacar que entre estos se llevó a cabo el 80.1% del total de suicidios en México para el 2016, por lo que puede resultar en un área de oportunidad para la creación de políticas públicas, en donde se intervenga a partir de la ideación, es decir, previo a la ejecución de conductas autolesivas intencionadas. Lo que a su vez implica una reducción en el gasto en salud al truncar el fenómeno suicida desde sus inicios.

No obstante a lo anterior, hay entidades de la República Mexicana con alta prevalencia de ideación suicida y bajas tasas de mortalidad por suicidio, como es el caso de Veracruz, donde valdría la pena ahondar en las particularidades territoriales que favorecen el truncamiento de la conducta suicida, para lo cual sería necesario hacer uso de una metodología diferente a la aplicada en esta investigación.

Por otro lado, ahondando en las diferencias por sexo de la conducta suicida, vale hacer mención que no necesariamente en ambos casos, es decir, para hombres y para mujeres, aplican los mismos factores de riesgo ni de protección, porque lo que es importante que para lograr una cobertura integral del fenómeno suicida sean consideradas las diferencias por sexo.

LIMITACIONES

Debe considerarse que los resultados de esta investigación están acotados por las siguientes limitaciones.

- Esta investigación, no contempla al total de la población, sino que únicamente a los hombres y mujeres entre 12 y 65 años, sin embargo, se sabe que el fenómeno suicida en la tercera edad tiene sus particularidades. En este sentido, este estudio no sería comparable con aquellos que contemplan al total de la población.
- El carácter transversal de esta investigación impide establecer relaciones causales, por lo que únicamente se pueden considerar los factores asociados a las tasas de mortalidad por suicidio.
- Este estudio fue pensado para un análisis a nivel estatal, por lo que estos resultados no pueden ser llevados a poblaciones específicas o se estaría cayendo en una falacia ecológica.
- La OPS (2014), reconoce que, en el continente americano, la calidad de los registros de mortalidad es pobre y que a pesar de los esfuerzos por llevar un buen registro de las defunciones, aun suele haber subregistro de estas, por lo que podría estarse subestimando la mortalidad por suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

- American Association Psychology, 2018. *Suicide*. [En línea]
Disponible en: <http://www.apa.org/topics/suicide/index.aspx>
[Último acceso: 13 mayo 2018].
- Aranguren, M., 2009. *Modelos Teóricos de comprensión del suicidio*. Buenos Aires, Quinto encuentro del investigadores en Psicología de MERCOSUR.
- Arriaga, E., 1996. Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. *Notas de población*, (63), pp. 7-38.
- Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A., 1979. Assessment of suicide intent: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), pp. 343-352.
- Bellamy, C. y Villanueva, M., 2015. El proceso salud enfermedad. En: M. López Cervantez, ed. *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México, pp. 29-42.
- Berk, M., Dodd, S. y Henry, M., 2006. The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychological Medicine*, 36(2), pp. 181-189.
- Borges, G., Ángel, G. J. y Borsani, L., 2016. Epidemiología de las conductas suicidas en México. En: I. Levav, ed. *Prevención de la conducta suicida*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, pp. 48-56.
- Borges, G. y otros, 2009. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud mental*, 32(5), pp. 413-425.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, M. E., 2010. Suicidio y conducta suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), pp. 292-304.
- Borges, G., Orozco, R. y Medina-Mora, M. E., 2012. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México*, 54(6), pp. 595-606.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. y Gutiérrez, R., 1996. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública de México*, 38(3), pp. 197-206.
- Borges, G. y otros, 2005. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity survey (M-NCS): Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28(2), pp. 40-47.
- Cabildo, H. y Elorriaga, H., 1966. El suicidio como problema de salud mental. *Salud Pública de México*, 8(3), pp. 441-451.

- Campo- Arias, A. y Herazo, E., 2015. Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994-2013). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), pp. 1-5.
- _____, 2014. Pobreza, desigualdad y tasa de suicidio en Colombia 2012. *Revista Duazary*, 11(2), pp. 126-130.
- Canetto, S. y Sakinofsky, I., 1998. The gender paradox in suicide. *Suicide and life tening behavior*, 28(1) pp. 1-23.
- Castillo, C. y Maroto, A., 2017. El suicidio desde un enfoque psicosocial y de la salud comunitaria: los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 43(1), pp. 447-472.
- Caycedo, A., Arenas, M. L., Benitez, M. y Guzmán, Y., 2010. Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en población adolescente en Bogotá. *Persona y Bioética*, 14(2), pp. 205-213.
- Chávez-Hernández, A.-M.y otros, 2015. Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria*, 25(6), pp. 43-50.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones , 2017. *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017*. [En línea] Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758> [Último acceso: febrero 2018].
- Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud., 2016. *Encuesta de consumo de alcohol, drogas y tabaco (ENCODAT), 2016*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Córdova, M. y Rosales, J. C., 2016. Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y salud*, 26(2), pp. 233-243.
- Córdova, M., Rosales, J. y Reyes, G., 2013. Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande, Guerrero (México). *Psicología Iberoamericana*, 21(2), pp. 38-47.
- Córdova, M., Rosales, M. d. P., Caballero, R. y Rosales, J. C., 2007. Ideación suicida en jóvenes universitarios: una asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), pp. 17-21.
- Corpas, J. M., 2011. Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas Amerindias. *Gazeta de Antropología*, 27(2), pp. 1-15.

- Crosby, A., 2016. La estrategia de prevención de la conducta suicida de los centros de control de enfermedades de los Estados Unidos de América. En: OPS/OMS, ed. *Prevención de la conducta suicida*. Washington D.C.: Levav, Itzhak, pp. 33-42.
- Daray, F., Grendas, L. y Rebok, F., 2016. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), pp. 205-211.
- Dávila, C. A., Ochoa, M. d. P. y Casique, I., 2015. Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México, 2000-2012. *Salud Colectiva*, 11(4), pp. 471-484.
- Dávila, C. A., y Pardo-Montaña, A. M., 2017. Impacto de factores socioeconomicos en la mortalidad por suicidio en Colombia, 2000-2013. *Rev. Gerenc Polít Salud*, 16(33), pp. 36-51.
- Dávila, C. A., y Pardo, A. M., 2016. Mortalidad por suicidio en Colombia y México: Tendencias e impactos entre 2000 y 2013. *Biomédica*, 36(3), pp. 415-422.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M. E. y Caraveo, J., 1997. *Salud Mental en México*. México Distrito Federal: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Fondo de Cultura Económica.
- Denis, E. y otros, 2016. El suicidio asistido y la eutanacia: una visión de derechos humanos. *Revista Mexicana de Medicina forense y ciencias de la salud*, 2(1), pp. 67-83.
- Dirección General de Información en Salud, 2018. *Cubos de información dinámica*. México: Secretaría de Salud. [En línea] Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos/>. [Último acceso: 9 Febrero 2018].
- Durkheim, É., 2006. *El Suicidio*. Ciudad de México: Grupo Editorial Exodo.
- Echeburúa, E., 2015. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), pp. 117-126.
- Espino, A., 2014. Crisis económica, política, desempleo y salud (mental). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 34(122), pp. 385-404.
- Espinosa, J., Blum, B. y Romero, M., 2009. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital psiquiátrico. *Salud Mental*, 32(4), pp. 317-325.
- García de Alba, J. E. y otros, 2011. Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), pp. 167-179.
- García-Portilla, P. y otros, 2014. Suicidio y Sexo. En: J. Giner, A. Medina y L. Giner, eds. *Aspectos socioculturales del suicidio: Medidas preventivas y crisis económicas*. Madrid: Enfoque Editorial S.C., pp. 31-36.

- García-Rábago, H. y otros, 2010. Factores de riesgo asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev. salud pública*, 12(5), pp. 713-.
- Gómez, C. y Borges, G., 1996. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida. 1966-1994. *Salud mental*, 19(1), pp. 45-55.
- González-Forteza, C. y otros, 1998. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40(5), pp. 430-437.
- _____, 2015. Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(NE-2), pp. 29-34.
- Gordis, L., 2014. *Epidemiología*. Quinta ed. Barcelona, Elsevier Saunders.
- Greenland, S., Daniel, R. y Pearce, N., 2016. Outcome modelling strategies in epidemiology: traditional methods and basic alternatives. *International Journal of Epidemiology*, 45(2), pp. 565-575.
- Guibert, W. y Alonso, A., 2001. Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 17(2), pp. 155-163.
- Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco, R., 2006. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), pp. 66-74.
- Gutiérrez, A. y Contreras, C., 2008. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. *Salud mental*, 31(4), pp. 321-330.
- Hernández-Bringas, H. y Flores-Arenales, R., 2011. El suicidio en México. *Papeles de Población*, 27(68), pp. 69-101.
- Hernández, L., Jovana, O., Ríos, D. y Calderón, C., 2017. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*, 19(3), pp. 393-395.
- Hilbe, J., 2007. *Negative Binomial Regression*. segunda ed. New York: Cambridge.
- INEGI, 2015. *Encuesta Intercensal 2015*. [En línea] Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/default.html?init=1> [Último acceso: 23 febrero 2018].
- _____, 2016. *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. [En línea] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf [Último acceso: 15 agosto 2017].

- _____, 2017. *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. [En línea] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf [Último acceso: 18 enero 2018].
- Jasso, R., 2013. La dimensión espacial del suicidio y su vínculo con el mercado laboral mexicano (2000-2004). *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*, 21(1), pp. 189-216.
- Jiménez, L., Sáiz, P. y Bobes, J., 2006. Suicidio y depresión. *Humanitas. Humanidades Médicas*, 9, pp. 2-22.
- Jiménez-Ornelas, R. y Cardiel-Téllez, L., 2013. El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19(77), pp. 205-229.
- Kessler, R. y otros, 2003. Screening for Serious Mental Illness in the General Population. *Arch Gen Psychiatry*, 60(2), pp. 184-189.
- Klonsky, D., May, A. y Saffer, B., 2016. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Reviews Clinical Psychologist*, 12, pp. 307-330.
- López, I. y Ubals, J., 2012. La resiliencia: un acercamiento viable desde la práctica educativa. *EduSol*, 12(41), pp. 43-51.
- López, E. y otros, 1995. La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 18(4), pp. 25-32.
- Lucero Abreu, R., 1998. Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992). *Rev Med Uruguay*, 14(3), pp. 2036-247.
- Manzo, G., 2005. EL suicidio desde una perspectiva socioeconómica. *Cuicuilco*, 12(33), pp. 153-171.
- Martínez, C., 2010. Población y salud mental en México. Reflexiones y un ejercicio de aproximación mediante las variaciones de la mortalidad por suicidio. *Estudios demográficos y urbanos*, 25(3), pp. 663-712.
- _____, 2017. *Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias*. Buenos Aires: ALFEPSI.
- Marusic, A., Kan, M. y Farmer, A., 2002. ¿Puede explicar la pobreza y el nivel de alfabetización las distintas tasas de suicidio existentes en Europa?. *Eur. J. Psychiat*, 16(2), pp. 111-116.
- Matusevich, D., Finkelsztejn, C. y Vairo, M., 2003. Demencia, tentativas de suicidio y suicidio. Estudios de casos. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 14(52), pp. 128-133.
- McAuliffe, C., 2002. Suicidal ideation as an articulation of intente: a focus for suicide prevention?. *Archives of suicide Research*, 6(4), pp. 325-338.

- Medina-Mora, M. E. y otros, 2003. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), pp. 1-16.
- Mendez-Bustos, P. y otros, 2013. Suicide Reattempters: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(6), pp. 281-295.
- Miranda, I., Cubillas, M. J., Rosario, R. y Abril, E., 2009. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud mental*, 32(6), pp. 495-502.
- Mondragón, L., 2008. *El suicidio ¿El derecho a morir? una aproximación bioética al estudio de intento de suicidio diádico*. Tesis de doctorado, México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R., 2001. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud mental*, 24(6), pp. 4-15.
- Montes, G. y Montes, V., 2009. El pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(2), pp. 311-324.
- Morales, E., 2001. *Introducción a la econometría*. segunda ed. Quito: Abya Yala.
- Morin, A., 2008. Sin palabras. Notas sobre la inexistencia del término 'suicida' en el latín clásico y medieval. *Circe de clásicos y modernos*, (12), pp. 159-166.
- Moyano, E. y Barría, R., 2006. Suicidio y Producto Interno Bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), pp. 343-359.
- NCSS Statistical Software, s.f. *Negative binomial regression*. [En línea] Disponible en: https://ncss-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/themes/ncss/pdf/Procedures/NCSS/Negative_Binomial_Regression.pdf [Último acceso: 13 mayo 2018].
- Nock, M. y otros, 2008. Suicide and suicide behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), pp. 133-154.
- Ocampo, R., Bojorquez, I. y Cortés, M., 2009. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiología de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Pública de México*, 51(4), pp. 306-313.
- OMS, 2010. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, Génova: World Health Organization .
- _____, 2013. *Salud mental: un estado de bienestar*. [En línea] Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ [Último acceso: 16 Junio 2018].
- _____, 2014a. *Preventing suicide. A global imperative*, Luxemburgo: World Health Organization.

- _____, 2014b. *Social Determinants of Mental Health*, Génova: OMS.
- _____, 2015. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-2015-WHO*. [En línea] Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/X60-X84> [ ltimo acceso: 19 Marzo 2018].
- _____, 2018a. *Suicidio*. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/> [ ltimo acceso: 25 Febrero 2018].
- _____, 2018b. *Determinantes sociales de la salud*. [En línea] Disponible en: http://www.who.int/topics/social_determinants/es/ [ ltimo acceso: 18 Febrero 2018].
- OMS-EURO, 2002. *Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies.*, s.l.: World Health Organization.
- OPS, 2014. *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional*, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- _____, 2017. *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región de las Américas*, Washington D. C.: s.n.
- Ortíz-Hernández, L., López Moreno, S. y Borges, G., 2007. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública*, 23(6), pp. 1255-1272.
- Pérez-Amezcu, B. y otros, 2010. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), pp. 324-333.
- Pérez, S., 1999. El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), pp. 196-217.
- Pérez-Olmos, I., Ibañez-Pinilla, M. R.-F. J., Atuesta-Fajardo y Suárez-Díaz, M., 2008. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev. Salud pública*, 10(3), pp. 374-385.
- Posner, K. y otros, 2014. The Classification of suicidal behavior. En: M. Nock, ed. *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford, pp. 7-22.
- Puentes-Rosas, E., López-Nieto, L. y Martínez-Monroy, T., 2004. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(2), pp. 102-109.
- Restrepo, D. y Jaramillo, E., 2012. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública.. *Revista Nacional de Salud Pública*, 30(2), pp. 202-211.

- Rodríguez, J., Santander, J., Aedo, A. y Robert, S., 2014. Suicidio en el mundo: ¿Puede un enfoque evolutivo explicar la relación entre tasas de suicidio y variables asociadas a la calidad de vida??. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52(4), pp. 243-249.
- Rosales, J. C. y Córdova, M., 2011. Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), pp. 9-30.
- Rosales, J. C., Córdova, M. y Guerrero, D., 2013. Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), pp. 390-406.
- Rosales, J. C., Córdova, M. y Rosalba, R., 2012. Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y salud*, 22(1), pp. 63-74.
- Saiz, P. y otros, 2014. La persona con riesgo suicida: aquí y ahora. Entrevista clínica. En: J. Giner, M. Antonio y L. Giner, eds. *Aspecto socioculturales del suicidio: Medidas preventivas y crisis económica*. Madrid: Enfoque Editorial., pp. 65-76.
- Saltijeral-Méndez, T. y Terroba-Garza, G., 1987. Epidemiología del suicidio y parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública de México*, 29(4), pp. 345-360.
- Sánchez, J., Villarreal, M., Musitu, G. y Martínez, F., 2010. Ideación suicida en adolescentes: Un análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), pp. 279-287.
- Secretaría de Salud, 2018. *Dirección General de Información en Salud*. [En línea] Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html [Último acceso: 8 febrero 2018].
- _____, 2014. *Programa de acción específico. Atención psiquiátrica*. [En línea] Disponible en: www.sap.salud.gob.mx/media/267193/PAE_Atención-Psiquiátrica.pdf [Último acceso: 13 marzo 2018].
- Téllez-Vargas, J., 2006. *Impulsividad y suicidio*. [En línea] Disponible en: http://www.academia.edu/15446192/IMPULSIVIDAD_Y_SUICIDIO. [Último acceso: 13 mayo 2018].
- Toro, R., 2013. Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psicología. Avances de la disciplina*, 7(1), pp. 93-102.
- Vargas-Espíndola, A. y otros, 2017. Conducta suicida en los pueblos indígenas: Una revisión del estado del arte. *Rev. Frac. Med.*, 65(1), pp. 129-135.
- Vázquez-Vega, D. y otros, 2015. La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*, 25(NE2), pp. 62-69.

Vega-Piñero, M., Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E. y Díaz-Sastre, C., 2002. El suicidio. *Salud Global*, 2(4), pp. 1-16.

Vianchá, M., Bahamón, M. y Alarcón, L., 2013. Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, 8(1), pp. 112-123.

Zhang, J. y otros, 2010. Economic Growth and suicide rate changes: A case in China from 1982 to 2005. *European Psychiatry*, 25(3), pp. 159-163.

ANEXOS

Anexo 1. Sección de intento suicida en el cuestionario individual. ENCODAT 2016.

INTENTO SUICIDA (IS)

Observación para programación: Esta sección se aplica a toda la población

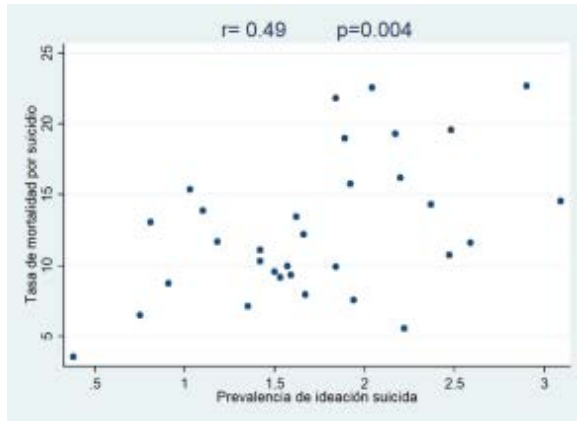
“Ahora por favor dígame si ha tenido alguna de éstas experiencias en los últimos 12 meses”

<p>IS1a. En los últimos 12 meses, ¿ha pensado seriamente en suicidarse?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 → Pase a VP1</p>
<p>IS1. En los últimos 12 meses, ¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>
<p>IS2. ¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>
<p>IS3. ¿Ha pensado que vale más morir que vivir?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>
<p>IS4. En los últimos 12 meses, ¿ha hecho algún plan para quitarse la vida?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>
<p>IS5. En los últimos 12 meses, ¿ha intentado quitarse la vida?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 → Pase a VP1</p>
<p>IS6. ¿Cuál de estas tres afirmaciones describe mejor su situación cuando hizo el intento de quitarse la vida en los últimos 12 meses?</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">SELECCIONE SÓLO UNA OPCIÓN</p>	<p>Hizo un intento muy serio para matarse, sólo la suerte hizo que no lo lograra..... 1</p> <p>Intentó matarse, pero sabía que el método podía fallar..... 2</p> <p>Su intento fue una petición de ayuda, no quería morirse..... 3</p> <p>No sabe/No contesta..... 9</p>

<p>IS7. ¿Qué método utilizó?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) Pistola.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>b) Navaja, navaja para afeitar, cuchillo u otro instrumento cortante.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>c) Sobredosis de medicamentos que requieren receta.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>d) Sobredosis de medicamentos que no requieren receta.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>e) Sobredosis de otras drogas (heroína, crack, alcohol).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>f) Envenenamiento (Monóxido de carbono/gas, veneno para ratas).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>g) Colgarse, estrangulación, asfixia.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>h) Ahogarse.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>i) Saltar de lugares altos.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>j) Chocar un vehículo.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>k) Otro (especifique) _____.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	a) Pistola.....	1	2	b) Navaja, navaja para afeitar, cuchillo u otro instrumento cortante.....	1	2	c) Sobredosis de medicamentos que requieren receta.....	1	2	d) Sobredosis de medicamentos que no requieren receta.....	1	2	e) Sobredosis de otras drogas (heroína, crack, alcohol).....	1	2	f) Envenenamiento (Monóxido de carbono/gas, veneno para ratas).....	1	2	g) Colgarse, estrangulación, asfixia.....	1	2	h) Ahogarse.....	1	2	i) Saltar de lugares altos.....	1	2	j) Chocar un vehículo.....	1	2	k) Otro (especifique) _____.....	1	2
	SÍ	NO																																			
a) Pistola.....	1	2																																			
b) Navaja, navaja para afeitar, cuchillo u otro instrumento cortante.....	1	2																																			
c) Sobredosis de medicamentos que requieren receta.....	1	2																																			
d) Sobredosis de medicamentos que no requieren receta.....	1	2																																			
e) Sobredosis de otras drogas (heroína, crack, alcohol).....	1	2																																			
f) Envenenamiento (Monóxido de carbono/gas, veneno para ratas).....	1	2																																			
g) Colgarse, estrangulación, asfixia.....	1	2																																			
h) Ahogarse.....	1	2																																			
i) Saltar de lugares altos.....	1	2																																			
j) Chocar un vehículo.....	1	2																																			
k) Otro (especifique) _____.....	1	2																																			
<p>IS8. ¿Estuvo hospitalizado u hospitalizada o bajo tratamiento médico debido a la gravedad de las lesiones que tuvo?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>Sí.....</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>No.....</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>	Sí.....	1	No.....	2																																
Sí.....	1																																				
No.....	2																																				
<p>IS9. <u>A lo largo de toda su vida</u>, ¿Cuántas veces ha intentado quitarse la vida?</p> <p>No incluya el intento o intentos de los últimos 12 meses.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>1 vez.....</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>2 o 3 veces.....</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>4 o 5 veces.....</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>6 o más veces.....</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>Antes de los últimos 12 meses, nunca lo había hecho.....</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> </tbody> </table>	1 vez.....	1	2 o 3 veces.....	2	4 o 5 veces.....	3	6 o más veces.....	4	Antes de los últimos 12 meses, nunca lo había hecho.....	5																										
1 vez.....	1																																				
2 o 3 veces.....	2																																				
4 o 5 veces.....	3																																				
6 o más veces.....	4																																				
Antes de los últimos 12 meses, nunca lo había hecho.....	5																																				

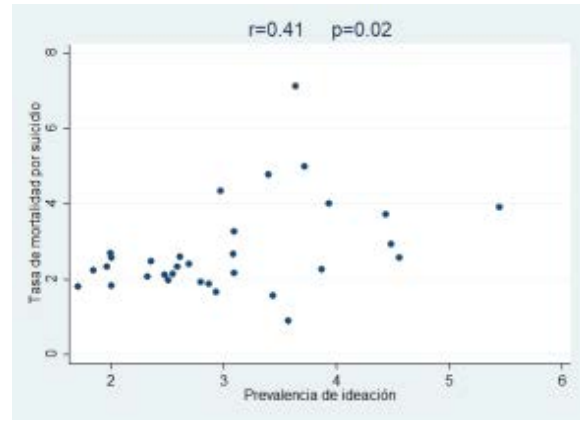
Anexo 2

Correlación ideación suicida - suicidio.
Hombres de 12 a 65 años. México, 2016



Fuente, elaboración propia

Correlación ideación suicida - suicidio.
Mujeres de 12 a 65 años. México, 2016



Fuente, elaboración propia

Anexo 3. Modelo de regresión binomial negativa. Con variables significativas para hombres, llevadas a la población de mujeres.

	Mortalidad por suicidio	
	Modelo 1 † IRR	Modelo 2 IRR
Ideación suicida	1.22 **	1.09
Factores estructurales		
ln PIB <i>per cápita</i>	---	1.19
Factores intermedios		
% solteros	---	1.11 *
% separados	---	1.08
% hogares nucleares	---	1.09 *
% no católicos	---	1.02**
Tasa de desempleo	---	0.72 *
Factores proximales		
Abuso y dependencia a cualquier droga	---	1.25
Diagnóstico de esquizofrenia	---	1.56 **
Malestar emocional	---	1.05
Edad. 12 a 29 años	---	1.02
Constante	0	0
‡ln(población)	1	1
Bondad de ajuste del modelo		
AIC	7.64	7.67

† Razón de incidencia

‡ Variable de exposición

*p<0.05 P<0.01** P<0.001

Fuente: Elaboración propia

Anexo 4. Modelo de regresión binomial negativa. Con variables significativas para mujeres, llevadas a la población de hombres

	Mortalidad por suicidio	
	Modelo 1 † IRR	Modelo 2 IRR
Ideación suicida	1.39 ***	1.13**
Factores estructurales		
ln PIB <i>per cápita</i>	---	1.17
Factores intermedios		
% solteros	---	1.04
% separados	---	1.12
% hogares nucleares	---	1.09**
% no católicos	---	1.00
Tasa de desempleo	---	0.87 **
Factores proximales		
Abuso y dependencia al alcohol	---	1.01
Diagnóstico de esquizofrenia	---	1.59
Edad. 12 a 29 años	---	1.02
Constante	0	0
‡ln(población)	1	1
Bondad de ajuste del modelo		
AIC	7.64	7.56

† Razón de incidencia

‡ Variable de exposición

*p<0.05 P<0.01** P<0.001

Fuente: Elaboración propia