

Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual

Guilherme Borges, Dr en C,⁽¹⁾ Ricardo Orozco, M en C,⁽¹⁾ Corina Benjet, Dra en Psicol,⁽¹⁾
Maria Elena Medina-Mora, Dra en Psicol Soc.⁽¹⁾

Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME.
Suicidio y conductas suicidas en México:
retrospectiva y situación actual.
Salud Publica Mex 2010;52:292-304.

Resumen

Objetivo. Presentar una panorámica epidemiológica del suicidio consumado, de tendencia y actual, así como de la conducta suicida en el país. **Material y métodos.** Revisión de la mortalidad por suicidio de 1970 hasta 2007, y análisis sobre la conducta suicida por medio de encuestas transversales. **Resultados.** De 1970 a 2007 el suicidio ha crecido 275%. Actualmente el suicidio se incrementa en el grupo de 15-29 años de edad. La prevalencia de por vida de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y 3.8% reportaron intento de suicidio. Entre los habitantes de la República mexicana, 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. **Conclusión.** Es urgente tomar medidas que canalicen casos de ideación al tratamiento y que pacientes con trastornos mentales sean objeto de una evaluación cuidadosa sobre su riesgo suicida.

Palabras clave: suicidio; intento de suicidio; prevalencia; mortalidad; epidemiología; México

Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME.
Suicide and suicidal behaviors in Mexico:
Retrospective and current status.
Salud Publica Mex 2010;52:292-304.

Abstract

Objective. To summarize the epidemiology of completed suicide and suicidal behavior in Mexico. **Material and Methods.** National data registries on mortality from the year 1970 to 2007 and cross-sectional surveys were used to analyze suicide mortality and suicidal behavior. **Results.** The suicide rate grew 275% from 1970 to 2007. Suicide has been increasing among Mexicans 15-29 years old since 1970. In adults aged 18-29 years the lifetime prevalence of ideation was 9.7%, and attempt 3.8%. About 6,601,210 Mexicans had suicidal thoughts, 593,600 attempted suicide and 99,731 used some sort of medical service as a direct consequence of the latter in the year prior to the survey. **Conclusions.** Suicide and suicide-related behaviors are significant public health problems and, as such, actions are urgently required to identify and treat persons with suicidal thoughts, assess suicidal risk in patients with psychiatric disorders and implement population interventions.

Keywords: Suicide; Suicide, attempted; Mexico; Prevalence; Mortality; Epidemiology

En un trabajo previo, publicado en 1996 y ya algo desactualizado sobre la epidemiología del suicidio en México, que abarcaba los años de 1970 a 1994, se afirmaba que: "En 1970 hubo 554 defunciones por suicidio en toda la República mexicana, para ambos sexos, y

2 603 en 1994. Durante este periodo la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 por 100 000 habitantes en 1970 a 2.89 por 100 000 habitantes en 1994, un aumento de 156%."¹ ¿Qué ha pasado desde entonces? El suicidio se ha instalado como parte del perfil epidemiológico

(1) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México DF, México

Fecha de recibido: 7 de agosto de 2009 • **Fecha de aceptado:** 16 de abril de 2010
Solicitud de sobretiros: Dr. Guilherme Borges. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría.
Calzada México Xochimilco 101, col. San Lorenzo Huipulco. 14370, México DF, México.
Correo electrónico: guibor@imp.edu.mx

moderno del país. En 2007, último año con estadísticas vitales disponibles al momento de escribir este trabajo, se dieron en México 4 388 muertes por suicidio en toda la República, con una tasa de mortalidad por suicidio de 4.12 por cada cien mil habitantes. En comparación con la tasa de suicidio de 1970, se observa ahora para este largo período un crecimiento del 275% de ese año a la actualidad. Otras fuentes internacionales dan cuenta del acelerado proceso que ha seguido la mortalidad por suicidio en México. Por ejemplo, en un estudio de tendencias entre 47 países,² Levi y colaboradores muestran que mientras la mortalidad por suicidio en los períodos entre 1980 y 1984 y entre 1995 y 1999 tuvo un comportamiento descendente en Japón, Canadá, Estados Unidos y varios países de Europa, se observaron incrementos de 90.3% para la población masculina mexicana (sólo superado por 248.1% en la república de Mauricio) y 25% para la femenina (con valores mayores de Lituania, España y Cuba).

Este incremento reciente en México es especialmente marcado entre la población joven.³ En el trabajo previo de la epidemiología del suicidio de 1996, Borges y colaboradores reportaban pocos datos sobre los intentos de suicidio, en su mayoría de fuentes estadísticas nacionales con muy baja cobertura. En los últimos 15 años, como elemento positivo en la situación nacional, se ha avanzado mucho en este último punto, y disponemos ya de por lo menos tres grandes encuestas que nos permiten trazar un panorama mucho más detallado y exacto de la situación sobre las conductas suicidas (ideación suicida, los planes de cometer un suicidio y el intento suicida)⁴⁻⁶ en el país y en la región metropolitana de la Ciudad de México. Además de una serie mayor de encuestas locales o en subgrupos poblacionales específicos.⁷ Lo anterior es importante ya que recientemente se ha mostrado que México se distingue poco de otros 17 países en cuanto a las prevalencias de conducta suicida.⁸ El estudio de las llamadas conductas suicidas cobra especial relevancia si consideramos la necesidad de idear y ejecutar medidas preventivas. Los motivos principales para estudiar las conductas suicidas, aparte del suicidio consumado, radican en que éstas no sólo producen un gran malestar mental y sufrimiento psíquico y pueden producir consecuencias físicas de primera magnitud, sino que también son un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado. Con mucha frecuencia, un acto que llevó a una muerte por suicidio se ve precedido por una serie de intentos fallidos previos. Por lo tanto, si logramos comprender y evitar los intentos de suicidio, podremos evitar también posteriores suicidios consumados.

El objetivo de este trabajo es presentar una panorámica epidemiológica del suicidio consumado, de

tendencia y actual, así como de la conducta suicida en el país. Se ha considerado oportuno ampliar y actualizar el más reciente diagnóstico sobre este tema⁹ dada la disponibilidad de dos nuevas encuestas^{5,6} y cambios más claros en el perfil de la mortalidad por suicidio.

Material y métodos

Suicidio consumado

Las tasas de mortalidad de 1970 a 1989, recabadas directamente de microfichas, fueron obtenidas del artículo de 1996 de Borges y colaboradores.¹ De 1990 en adelante, se calcularon con base en la información disponible en los cubos de información de defunciones del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) / Secretaría de Salud (SS) y de Proyecciones de la Población 1990-2012 [(con base en el conteo 2005 realizado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO)), alojados en el micrositio de información dinámica de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la SS.¹⁰ Esta Dirección concentra y publica en su sitio web la información de mortalidad recopilada y validada por el INEGI: el proceso de registro de defunciones inicia cuando se expide un certificado y se tramita el acta correspondiente en el Registro Civil. En el caso de muertes accidentales o violentas la defunción es captada por las agencias del Ministerio Público.

Los sistemas de registro en México se han apegado históricamente a las siguientes versiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): de 1970 a 1978 se usó la octava revisión; de 1979 a 1997, la novena y de 1998 a la fecha, la décima. No obstante, la DGIS ha realizado esfuerzos por homologar estos sistemas de clasificación en un listado de principales causas de muerte,¹¹ el cual fue usado para determinar los numeradores en las tasas de mortalidad por suicidio (lesiones autoinfligidas). Se excluyeron de este análisis las muertes por suicidio donde el sexo y la entidad federativa no se especificaron.

Conductas suicidas

El estudio de las conductas suicidas, desde el punto de vista epidemiológico, es diferente al suicidio consumado, que se basa en gran medida en estadísticas recolectadas rutinariamente por las instancias oficiales a través del certificado de defunción. En el caso del intento de suicidio, no hay organismo que disponga de información veraz sobre este problema ya que no es obligatorio reportarlo, mucho menos el reportar la ideación o los planes suicidas. Solamente en algunas ciudades de algunos países europeos se ha diseñado un

sistema de reporte de casos de intentos de suicidio para estudiar este fenómeno. Incluso en estas circunstancias, estos sistemas se encuentran limitados a un proyecto de investigación. Así que, en general, necesitamos recurrir a estudios epidemiológicos ex profeso para su estudio. Para este trabajo nos basamos en tres estudios, grandes y representativos, sobre la conducta suicida en México.

En primer lugar, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica¹² utilizó un diseño probabilístico, multietápico y estratificado, representativa de la población no-institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas del país (definidas como localidades con una población de más de 2 500 habitantes). La población urbana nacional, así definida, comprende aproximadamente 75% de la población nacional. La tasa ponderada de respuesta a nivel individual fue de 76.6%. El rechazo directo fue infrecuente (6.2% de los individuos listados). El instrumento diagnóstico fue la versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (WHO World Mental Health Survey Initiative version of the CIDI-WMH-CIDI).¹³ El WMH-CIDI es una entrevista estructurada instalada en una computadora portátil y aplicada en entrevista cara a cara por entrevistadores legos. Proporciona diagnósticos de por vida, en los últimos 12 meses y los últimos 30 días según criterios del DSM-IV¹⁴ para 17 diagnósticos principales y seis diagnósticos secundarios. La traducción de este instrumento al español fue realizada siguiendo las normas de la Organización Mundial de la Salud por un panel de expertos. Esta muestra se ponderó de tal manera que las prevalencias que aquí se reportan son representativas del México urbano en su composición por grupos de edad y sexo, de acuerdo con el censo del año 2000.

En segundo lugar, tenemos la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente.¹⁵ En ésta, fueron seleccionados 3 005 adolescentes mediante un diseño muestral complejo, es decir, probabilístico, multietápico y estratificado, lo que dio como resultado una muestra representativa de los residentes de entre 12 y 17 años de hogares fijos del área metropolitana de la Ciudad de México, con una tasa de respuesta de 71 por ciento. Como marco de muestreo se utilizaron los datos poblacionales del XII Censo General de Población y Vivienda, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el 2000, con los que se integró a las 16 delegaciones del Distrito Federal y los 16 principales municipios del Estado de México conurbados al Distrito Federal. Los trastornos psiquiátricos se evaluaron con la versión adolescente y computarizada de la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta (WMH-CIDI-A) diseñada para la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental, similar a la usada para los adultos y descrita anteriormente.

Más recientemente, se integró una sección entera sobre la conducta suicida en la Encuesta Nacional de Adicciones 2008,¹⁶ que se basó en un diseño muestral aleatorio, probabilístico y polietápico y consideró el estudio de un total de 50 688 viviendas en todo el país. La información se obtuvo mediante entrevista directa, en versión computarizada, en el hogar, a un adulto de entre 18 y 65 años y a un adolescente de entre 12 y 17 años. La ENA 2008 es una encuesta de hogares con representatividad nacional y estatal, en la que se encuentran representadas poblaciones rurales –aquellas con un número de habitantes menor o igual a 2 500– y urbanas –aquellas con más de 2 500 habitantes. El trabajo de campo de la ENA se llevó a cabo de abril a octubre de 2008. La aplicación informática de la encuesta se programó para realizar una selección aleatoria del individuo o de los individuos a entrevistar a partir del listado de integrantes obtenido en el cuestionario básico de hogar. La tasa de respuesta de la ENA 2008 fue de 77% y el tamaño muestral final de la misma fue de 51 227 entrevistas totalizadas. Todas las personas entrevistadas en la ENA 2008 contestaron 12 secciones centrales de la encuesta, que incluyó, entre otras, una batería de preguntas sociodemográficas así como las secciones de consumo de tabaco, alcohol y drogas. Una submuestra de 22 962 individuos, además de contestar las 12 secciones anteriores, contestó también una serie de preguntas adicionales, incluyendo la sección de conducta suicida (entrevista larga). Estos 22 962 sujetos son los incluidos en el presente trabajo.

Medición y escalas

Eventos relacionados con el suicidio (ERS)

Una sección completa de la entrevista estructurada evalúa los ERS en las tres encuestas. En las dos primeras, existen puntos específicos que indagan acerca de la ideación suicida: “Pensó seriamente en suicidarse”, plan suicida: “Realizó un plan para suicidarse”, e intento suicida: “Intentó suicidarse”. Estas definiciones son consistentes con el consenso de expertos y con las investigaciones que se han realizado sobre el tema. Los participantes proporcionan información sobre la presencia de cada uno de estos ERS alguna vez en la vida y su uso de servicios para los problemas mentales y por uso de drogas.

En la ENA 2008, una sección completa de la entrevista estructurada evalúa los eventos relacionados con el suicidio en los últimos 12 meses. Existen puntos específicos que indagan acerca de la ideación suicida en tres preguntas: “¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?”, “¿Ha vivido situaciones

ante las que ha deseado dejar de existir?" y finalmente "¿Ha pensado que vale más morir que vivir?" A partir de estas tres preguntas creamos una variable compuesta, es decir, prevalencia de cualquier ideación suicida en los últimos 12 meses: plan suicida: "¿ha hecho un plan para quitarse la vida?"; finalmente intento suicida: "¿ha intentado quitarse la vida?". Los participantes que fueron positivos en "intento de suicidio" proporcionaron información adicional acerca del o los métodos de lesión autoinfligida utilizado (se indaga sobre 11 métodos diferentes), y si necesitaron atención médica debido a esa conducta.

Los datos de mortalidad usados en este estudio para análisis secundarios son públicos y no permiten identificar a los individuos. Los datos de las tres encuestas mencionadas han sido todos producto de investigaciones que realizó el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, y todas ellas fueron aprobadas por el Comité de Ética en Investigación de este instituto.

Resultados

Mortalidad 1970-2007

La mortalidad por suicidio ha aumentado lenta pero constantemente en los últimos 40 años (figura 1). Aunque se observa el incremento del suicidio en hombres y mujeres, el crecimiento es mayor en hombres. En la gráfica ocurre un período de tendencia variable de 1970

a 1984. A partir de esta fecha el crecimiento es sostenido. La brecha que separa la tasa de suicidio entre hombres y mujeres al inicio de este período y en 2007 se ha ensanchado: 4.1 suicidios masculinos por uno femenino en 1970 y 4.8 en 2007. Esta diferencia en la mortalidad masculina/femenina llegó a más de 6:1 en el año de 1993, para luego descender y mantenerse en alrededor de 5:1 en esta última década.

La figura 2 muestra las diferencias en la distribución de la mortalidad por suicidio por grupos de edad y sexo, en 1970 y en 2007. En los hombres, se observa un gran incremento en las tasas al pasar a los grupos de 15-34 años, disminuyendo entonces las tasas hasta el grupo de 65 años y más, en donde vuelve a incrementar. Al comparar esta curva con la de 1970 se ve que en las mujeres se ha pronunciado la importancia del suicidio en las edades muy jóvenes (15 a 34 años) y que a partir de estas edades el suicidio se mantiene constante, sin el incremento tan grande que se ve en los hombres de mayores edades. Es interesante que las tasas por edad de las mujeres en 2007 son todavía más bajas que las tasas de los hombres de hace casi 40 años, en 1970.

El suicidio, que en 1970 era un problema importante especialmente en la población de mayor edad, ha cambiado también en México siguiendo una tendencia internacional. Actualmente el suicidio se incrementa muy rápidamente en el grupo de 15 a 29 años, y se constituye ya en una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Para los varones jóvenes, la

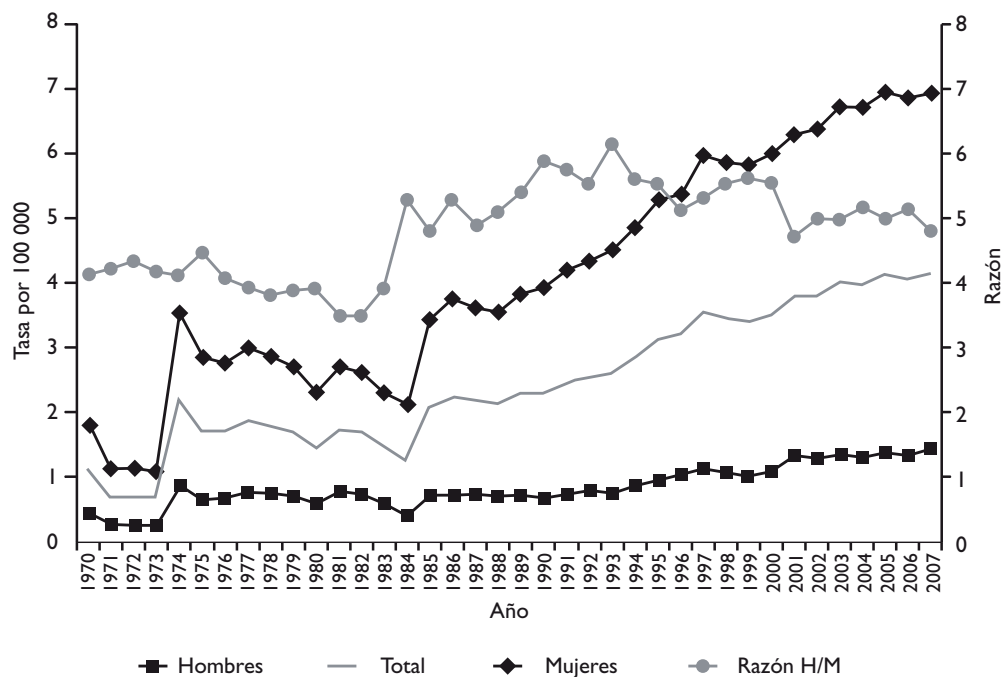


FIGURA 1. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LA REPÚBLICA MEXICANA POR SEXO, 1970-2007

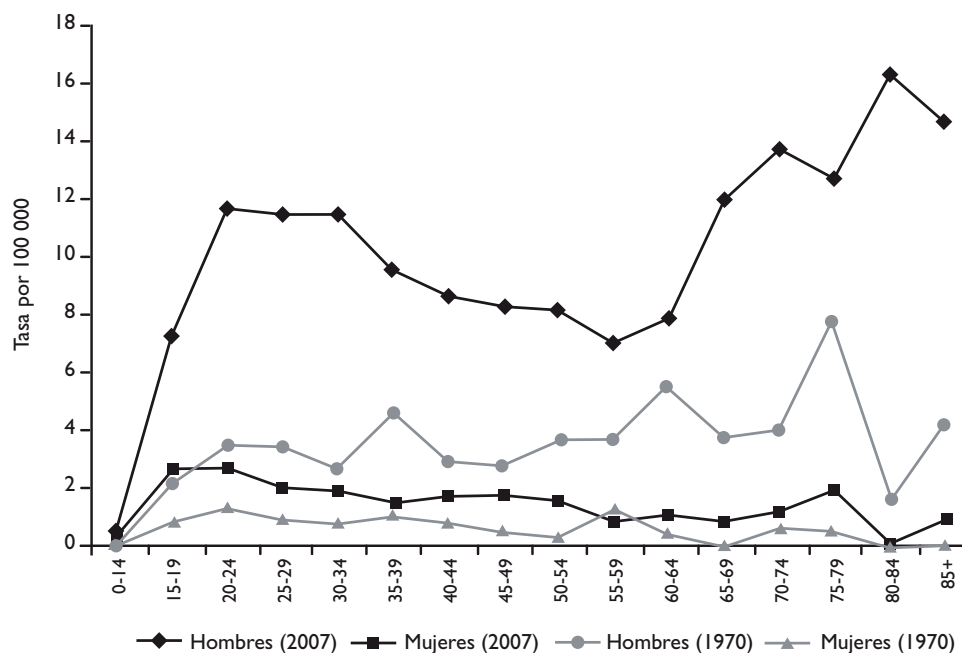


FIGURA 2. TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. MÉXICO 1970 Y 2007

mortalidad por esta causa en el grupo de 14 a 19 años representa el 10.64% del total de las muertes por suicidio. El 15.40% de ese mismo total se da en el grupo de 20 a 24 años y el 13.73% en el grupo de 25 a 29 años. En las mujeres, en el mismo orden, los porcentajes son 18.11, 17.34 y 12.16%. En estos tres grupos de edad, el suicidio corresponde respectivamente a las causas de muerte 3, 3 y 4 para los hombres y a las número 2, 2 y 6 para las mujeres. El cuadro I presenta de una manera condensada el número de muertes por suicidio, tasa y lugar en orden de importancia para varios grupos de edad en ambos sexos, en 2007. Como se ve, el suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad, y la tercera entre los 15 y 24 años. Hasta los 44 años está entre las 10 primeras, disminuyendo en importancia a partir de estos grupos de edad (aun cuando sus tasas son de las más elevadas según se describió anteriormente).

Los 4 388 suicidios que se observaron en el 2007 se distribuyeron por causas y sexo (cuadro II). En ambos sexos, la enorme mayoría de los suicidios se cometió por ahorcamiento (76%). Para las mujeres, la segunda causa fue por envenenamiento, mientras que para los hombres fue por uso de arma de fuego.

Por último, se presenta la distribución del suicidio por entidad federativa, para los años de 1990 y 2007 (figuras 3 y 4). Para los hombres, los datos de 1990 y

Cuadro I
SUICIDIO COMO UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, POR GRUPOS DE EDAD. MÉXICO, 2007

Grupo de edad	n	% hombres	Tasa	Lugar entre las causas de mortalidad
< 15	138	60.9	0.43	5
15 a 19	522	73.2	4.98	3
20 a 24	687	80.5	7.13	3
25 a 29	587	84.0	6.60	4
30 a 34	551	85.3	6.52	5
35 a 39	419	85.9	5.41	7
40 a 44	345	82.3	5.09	10
45 a 49	278	82.0	4.90	16
50 a 54	213	82.6	4.76	22
55 a 59	130	88.5	3.76	30
60 a 64	115	87.0	4.27	32
65 a 69	124	92.7	6.02	33
70 a 74	104	90.4	6.91	41
75 a 79	69	84.1	6.71	43
80 a 84	45	100.0	7.04	44
85 y mas	36	91.7	6.59	49

Excluye suicidios con entidad federativa, edad o sexo no especificados
Fuente: Referencia 7

Cuadro II
CAUSAS DE SUICIDIO POR SEXO. MÉXICO, 2007

	Masculino		Femenino		Total general	
	n	%	n	%	n	%
Envenenamiento	204	6	158	20	362	8
Arma de fuego	485	13	58	8	543	12
Ahorcamiento	2 794	77	530	68	3 324	76
Ahogamiento	20	1	4	1	24	1
Otros*	111	3	24	3	135	3
Total	3 614	100	774	100	4 388	100

Excluye suicidios con entidad federativa o sexo no especificados

* Otros incluye: Humo, fuego o llamas, objeto cortante, saltar, colisión de vehículos, otros medios

Fuente: Referencia 11

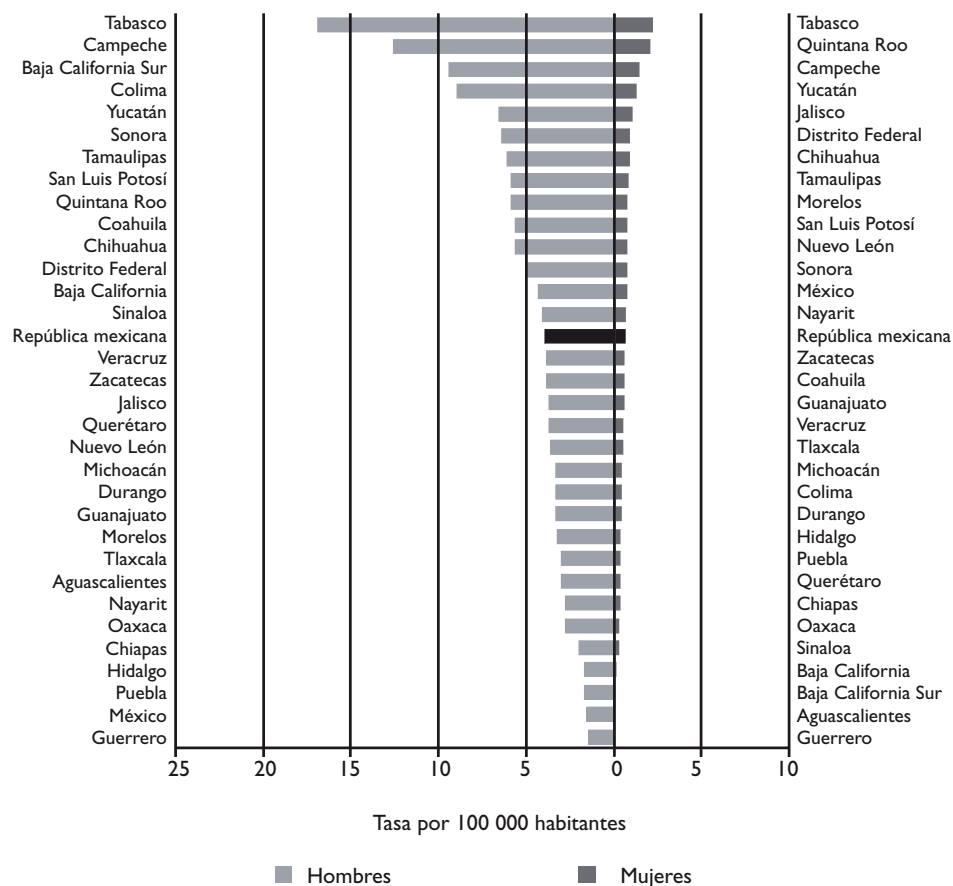


FIGURA 3. TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO POR ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO 1990

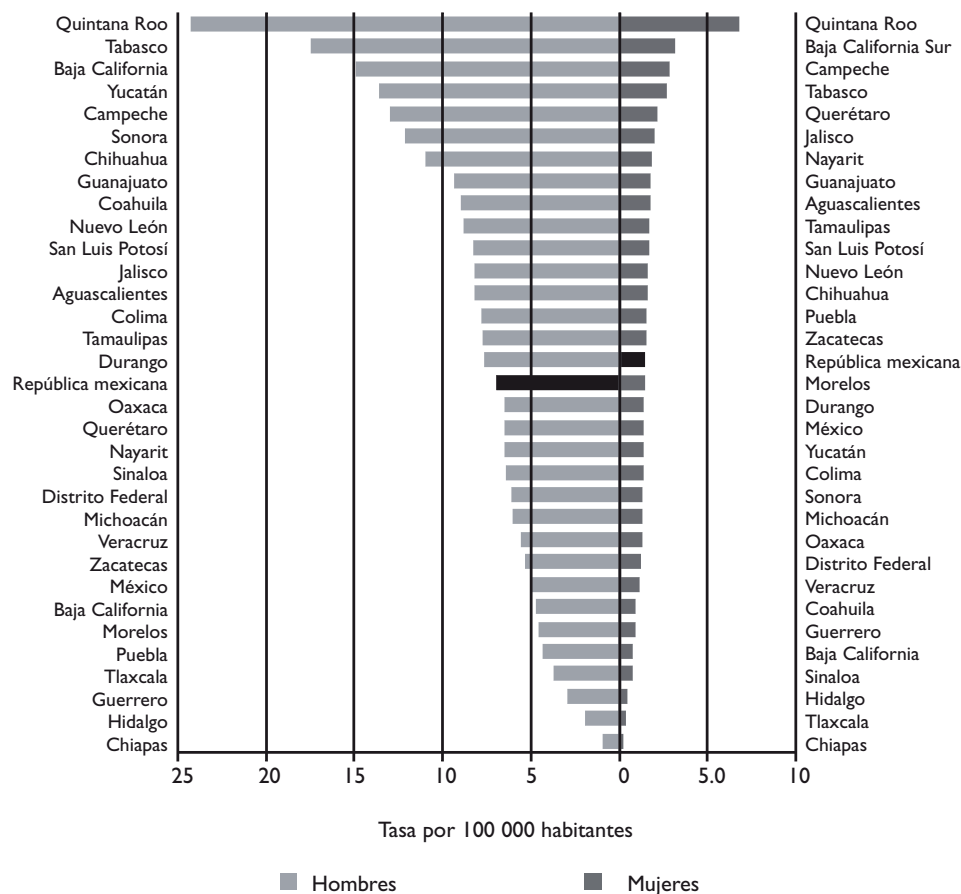


FIGURA 4. TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO POR ENTIDAD FEDERATIVA, MÉXICO 2007

2007 sugieren dos áreas de riesgo: una formada por los estados del sureste (especialmente Tabasco, Campeche y Quintana Roo) y por estados del norte (Baja California, Sonora y Chihuahua). Para las mujeres la situación es menos marcada, con estados también del sureste (Campeche, Tabasco, Quintana Roo) pero seguidos de estados más del centro de la República (Baja California Sur, Querétaro y Jalisco).

Conductas suicidas

En los últimos 10 años se ha avanzado mucho en el país en la realización de encuestas epidemiológicas, de amplia representatividad, que nos muestran algunos puntos centrales del estado actual que guardan estas conductas en México.⁷ En este trabajo nos limitamos a presentar información de tres grandes encuestas representativas llevadas a cabo en población general. Para fines de comparación entre las tres encuestas, hemos homogenizado las definiciones de conductas suicidas

utilizadas en los tres trabajos previos que presentamos en la metodología. Es posible que esto provoque algunas inconsistencias con lo reportado en los trabajos publicados previamente.

Según el cuadro III, la prevalencia alguna vez en la vida de las tres conductas suicidas va disminuyendo al pasar de los adolescentes (12 a 17 años) al grupo de 18 a 29 años y luego al de 30 a 65 años. Por ejemplo, para la población total, la prevalencia del intento de suicidio alguna vez en la vida fue de 4.26% en el grupo de 12 a 17 años. Pasa a 3.75% en el grupo de 18 a 29 años y luego a 2.61% en el grupo de 30 a 65 años. Tendencias similares se observan para la ideación y los planes suicidas. Esta disminución se observa de manera muy clara para las mujeres, y menos marcadamente para los hombres.

Al pasar a la prevalencia de ideación suicida en los últimos 12 meses, debemos de recalcar que la definición de ideación suicida de la ENA 2008 no es directamente comparable con las dos encuestas de epidemiología psiquiátrica que se usaron para la prevalencia alguna vez

en la vida. Los planes y los intentos sí son directamente comparables en estas tres encuestas. El 10.01% de la población total de 12 a 17 años reportó ideación suicida en los últimos 12 meses, seguida de una prevalencia de 8.74% en el grupo de 18 a 29 años y de 8.39% en el grupo de 30 a 65 años. En términos generales, observamos una marcada disminución en las prevalencias de plan e intento suicida al pasar de alguna vez en la vida a los últimos 12 meses. En general, la prevalencia de intentos de suicidio recientes es sólo una cuarta parte de la prevalencia de intentos alguna vez en la vida. Al igual que en lo descrito anteriormente, las prevalencias en los últimos 12 meses disminuyen con la edad (excepto para los planes entre las mujeres y el total) y las prevalencias son mayores en las mujeres que en los hombres (alrededor de dos veces mayor para los intentos de suicidio). Para el total de la población, las prevalencias de intento de suicidio en los últimos 12 meses son de 1.09% para la población de 12 a 17 años, de 0.90% para la de 18 a 29 años y de 0.62% para la de 30 a 65 años.

Cumplir con los criterios para uno o más de los trastornos mentales investigados fue un factor de riesgo importante para los comportamientos suicidas en las encuestas de epidemiología psiquiátrica de adultos⁴ y de adolescentes.⁵ Presentamos esta información de forma comparable y por sexo para estas dos encuestas, únicas que han reportado esta relación en el país (cuadro IV). En primer lugar, vemos que entre los 121 casos de intento de suicidio entre adolescentes, 85.44% reportó algún trastorno mental (87.73% para las mujeres y 78.61% para los hombres). Hay algunas variaciones interesantes entre los sexos para estas prevalencias. En los hombres, el diagnóstico principal es de trastornos del impulso, mientras que en las mujeres lo son trastornos de ansiedad. Poco más de la mitad de las mujeres adolescentes con intentos de suicidio reportan un trastorno del estado de ánimo, pero sólo 30% de los adolescentes varones.

En la población adulta, 75.41% reporta algún trastorno mental, pero aquí son los hombres quienes muestran mayores prevalencias de trastorno mental: 79.14% contra 73.71% en las mujeres. En las mujeres adultas con un intento de suicidio, una vez más son los trastornos por ansiedad los más reportados (56.74%), pero en los hombres los que tienen mayores prevalencias son los trastornos por sustancias, con casi 70 por ciento.

Los intentos de suicidio tienen consecuencias sobre el uso de los servicios de salud mental y los servicios médicos en general. En las dos encuestas psiquiátricas vemos que alrededor de la mitad de las personas con un intento de suicidio consultaron con los servicios para el tratamiento de problemas emocionales y de uso de alcohol y drogas (cuadro V). Los varones reportaron porcentajes un poco mayores de uso, especialmente en

la población adolescente. Los servicios médicos son los más reportados, pero los adolescentes hacen también un uso importante de los servicios de atención especializada en las escuelas. Esta prevalencia de uso de servicios disminuye en forma notable para la prevalencia reciente de intentos de suicidio y el uso reciente de servicios (últimos 12 meses). Aquí, sólo 17% de la población adolescente y 41% de la población adulta (especialmente varones adultos) buscaron tratamiento. Dado el número tan pequeño de personas en estas circunstancias, estas estimaciones se deben de tomar con cautela.

Por último, mientras que 0.8% de la muestra reportó intentó de suicidio en los últimos 12 meses según la ENA 2008, la prevalencia de intentos de suicidio que requirieron atención médica fue de 0.13%. Si utilizamos los ponderadores muestrales de esta encuesta para hacer estimaciones de los 75 millones de habitantes de la República mexicana que la ENA 2008 representa, tenemos que 6 601 210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918 363 mexicanos planearon suicidio, un total de 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio.

México en el contexto internacional

Por primera vez contamos con datos comparables a escala internacional de la conducta suicida.⁸ Hemos graficado estos datos junto a la mortalidad por suicidio de estos mismos países. Es claro que aún cuando estos datos no sugieren una relación directa entre las tasas actuales de suicidio consumado y las prevalencias de intento de suicidio, lo fundamental de estos resultados es que si bien México tiene una mortalidad relativamente baja en la comparación internacional,¹⁷ su prevalencia de intentos de suicidio es mucho más elevada, con una posición intermedia entre los países estudiados (mapas 1 y 2).

Discusión

Un aspecto importante de las investigaciones previas es que alrededor de 75% de los casos de intento de suicidio de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. En el caso de los adolescentes de la región metropolitana del Distrito Federal, se encontraron antecedentes de algún trastorno mental en 85% de aquellos con un intento de suicidio. Así, una de las estrategias básicas para evitar intentos de suicidio o el suicidio consumado radica precisamente en la identificación y el tratamiento de los sujetos con trastornos mentales. Es importante asegurarse que en la entrevista clínica

Cuadro III

PREVALENCIA DE IDEACIÓN, PLAN E INTENTO* DE SUICIDIO ALGUNA VEZ EN LA VIDA Y ÚLTIMOS DOCE MESES EN LA POBLACIÓN GENERAL. MÉXICO

	Encuesta de adolescentes mexicanos del AMCM (n = 3 005) [‡]						Encuesta psiquiátrica nacional (n = 5 782) [§]											
	12 a 17 años - Alguna vez						18 a 29 años - Alguna vez						30 a 65 años - Alguna vez					
	Ideación		Plan		Intento		Ideación		Plan		Intento		Ideación		Plan		Intento	
	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%
Hombres	7.63	(6.15 - 9.42)	2.25	(1.52 - 3.33)	2.14	(1.42 - 3.21)	7.44	(5.34 - 10.29)	3.02	(1.72 - 5.25)	2.27	(1.35 - 3.79)	4.96	(3.61 - 6.79)	1.60	(0.93 - 2.74)	2.08	(1.62 - 2.67)
Mujeres	15.32	(13.34 - 17.54)	5.56	(4.13 - 7.45)	6.37	(4.79 - 8.43)	11.64	(9.42 - 14.31)	5.11	(3.84 - 6.77)	5.09	(3.63 - 7.1)	9.04	(7.75 - 10.53)	3.38	(2.57 - 4.44)	1.49	(0.88 - 2.52)
Total	11.48	(10.38 - 12.68)	3.91	(3.11 - 4.9)	4.26	(3.43 - 5.27)	9.64	(7.97 - 11.62)	4.11	(3.13 - 5.38)	3.75	(2.83 - 4.95)	7.10	(6.09 - 8.27)	2.53	(1.97 - 3.26)	2.61	(1.92 - 3.55)

	Encuesta Nacional de Adicciones (n = 22 962) [#]											
	12 a 17 años - Últimos doce meses				18 a 29 años - Últimos doce meses				30 a 65 años - Últimos doce meses			
	Ideación		Plan		Intento		Ideación		Plan		Intento	
	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%
Hombres	6.88	(5.74 - 8.22)	0.98	(0.57 - 1.67)	0.57	(0.31 - 1.04)	7.22	(6.13 - 8.49)	0.92	(0.54 - 1.55)	0.67	(0.41 - 1.1)
Mujeres	13.14	(10.63 - 16.13)	1.41	(0.98 - 2.03)	1.60	(1.08 - 2.38)	10.06	(8.29 - 12.15)	1.53	(1.05 - 2.22)	1.10	(0.75 - 1.61)
Total	10.01	(8.55 - 11.69)	1.19	(0.87 - 1.64)	1.09	(0.76 - 1.55)	8.74	(7.63 - 10)	1.25	(0.94 - 1.65)	0.90	(0.64 - 1.26)

AMCM = Área metropolitana de la Ciudad de México

* La definición de intento incluye gestos e intentos serios

[‡] Año 2006[§] Año 2002[#] Año 2008; ideación definida como respuesta positiva a cualquiera de tres preguntas diferentes sobre pensamiento suicida

Cuadro IV

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN PERSONAS CON INTENTO DE SUICIDIO. MÉXICO

Trastorno	12 a 17 años (n = 121)						18 a 65 años (n = 166)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%
Estado de ánimo	29.65	(17.97 - 44.78)	53.74	(41.01 - 66)	47.70	(36.82 - 58.8)	24.06	(11.37 - 43.92)	45.39	(35.49 - 55.67)	38.73	(29.66 - 48.65)
Ansiedad	58.25	(39.42 - 74.94)	67.40	(54.31 - 78.23)	65.10	(54.49 - 74.4)	26.74	(14.14 - 44.73)	56.74	(46.33 - 66.58)	47.36	(37.41 - 57.53)
Impulso	59.30	(45.34 - 71.91)	54.43	(41.09 - 67.16)	55.65	(45.98 - 64.91)	44.38	(22.53 - 68.65)	16.96	(10.38 - 26.46)	25.53	(15.78 - 38.54)
Sustancias	26.64	(11.32 - 50.82)	18.39	(9.84 - 31.73)	20.46	(14.23 - 28.5)	69.39	(48.56 - 84.48)	9.70	(3.83 - 22.5)	28.36	(17.98 - 41.69)
Cualquier trastorno	78.61	(59.17 - 90.31)	87.73	(77.73 - 93.61)	85.44	(77.31 - 91)	79.14	(58.97 - 90.92)	73.71	(65.42 - 80.6)	75.41	(66.87 - 82.32)

Fuentes: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica¹² y Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente¹⁵

Cuadro V

PREVALENCIA DE USO DE SERVICIOS ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN PERSONAS CON INTENTO DE SUICIDIO, MÉXICO

Tipo de servicio	12 a 17 años (n = 121)						18 a 65 años (n = 166)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%
Médico	45.58	(27.36 - 65.06)	33.77	(22.04 - 47.92)	36.73	(25.61 - 49.48)	51.66	(30.32 - 72.42)	48.07	(37.21 - 59.11)	49.29	(38.59 - 60.05)
No médico	15.58	(5.41 - 37.3)	7.07	(3.04 - 15.56)	9.20	(3.98 - 19.84)	9.26	(4.38 - 18.53)	16.50	(9.66 - 26.76)	14.05	(8.53 - 22.27)
Escuela	18.00	(8.23 - 34.94)	24.74	(17.03 - 34.50)	23.05	(16.48 - 31.26)	-	-	-	-	-	-
Cualquier servicio	53.80	(35.58 - 71.05)	47.86	(34.71 - 61.31)	49.35	(37.45 - 61.32)	54.34	(33.21 - 74.02)	52.30	(40.76 - 63.6)	53.00	(41.91 - 63.79)

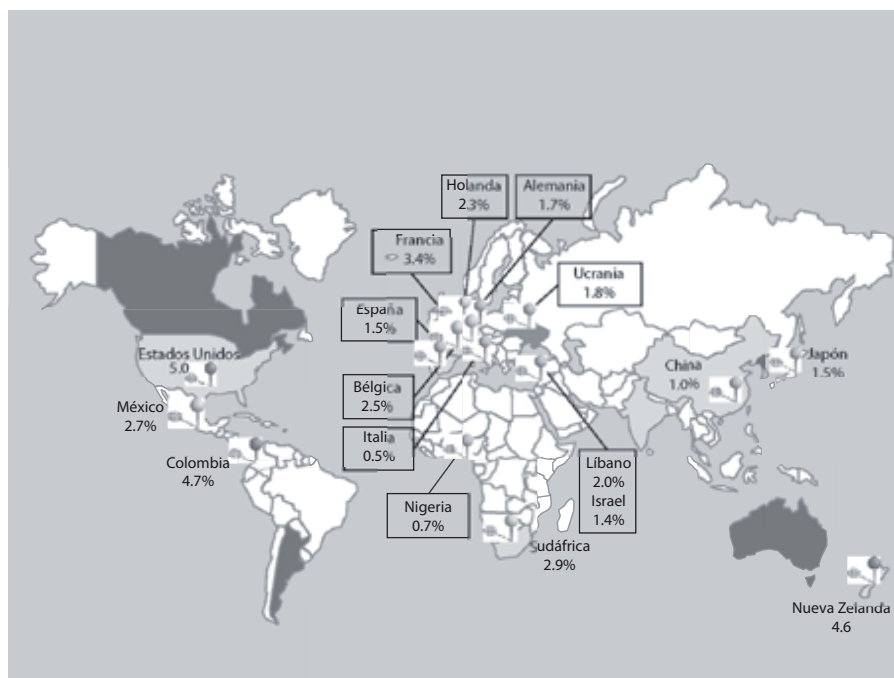
PREVALENCIA DE USO DE SERVICIOS EN PERSONAS CON INTENTO DE SUICIDIO. ÚLTIMOS 12 MESES, MÉXICO.*

Tipo de servicio	12 a 17 años (n = 62)						18 a 65 años (n = 31)					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%	Prev	IC 95%
Médico	5.62	(0.68 - 34.09)	14.90	(5.11 - 36.28)	12.77	(5.28 - 27.76)	55.31	(38.13 - 71.31)	17.24	(6.47 - 38.56)	36.55	(21.7 - 54.48)
No médico	5.71	(0.8 - 31.22)	3.69	(0.82 - 15.07)	4.15	(1.15 - 13.93)	8.88	(1.4 - 40.12)	†	†	4.51	(0.96 - 18.65)
Escuela	†	†	6.01	(1.41 - 22.24)	4.63	(1.07 - 17.86)	-	-	-	-	-	-
Cualquier servicio	11.32	(2.72 - 36.8)	19.22	(7.91 - 39.72)	17.40	(8.34 - 32.79)	64.20	(44.58 - 79.98)	17.24	(6.47 - 38.56)	41.06	(26.53 - 57.32)

* Últimos doce meses tanto en uso de servicios como en intento de suicidio

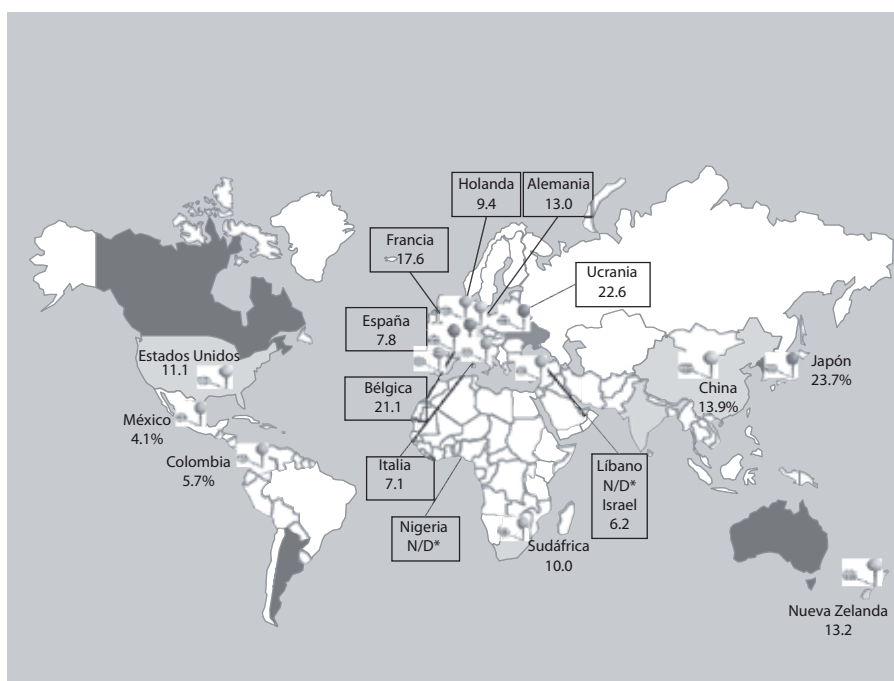
† No buscaron este tipo de servicio

Fuentes: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica y Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente



Fuente: Referencia 8

MAPA I. PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO ALGUNA VEZ EN LA VIDA, POR PAÍS



* N/D No disponible

Fuente: Referencia 8

MAPA 2. TASA DE SUICIDIO (POR 100 000 HABITANTES), POR PAÍS

psicológica/psiquiátrica se incluya la búsqueda de antecedentes de ideación e intento de suicidio y se explícite el potencial suicida de los pacientes con trastornos mentales. En relación con ello, es importante notar que el trastorno depresivo no es el único ni el más frecuente trastorno mental asociado con los intentos de suicidio en la población mexicana. De hecho, una investigación reciente⁸ ha mostrado que existe una diferencia importante entre países desarrollados y en desarrollo en cuanto a los principales trastornos asociados a los intentos de suicidio. En los primeros, los trastornos del estado de ánimo tienen prioridad, mientras que en los segundos son los trastornos por uso de sustancias y de control del impulso los de mayor relevancia. Por lo tanto, es de la mayor importancia que los clínicos en México tomen en cuenta un amplio espectro de posibles trastornos mentales al analizar el riesgo suicida de sus pacientes y no se centren únicamente en aquellos con trastorno depresivo.

Actualmente existen diferentes modalidades y escenarios para el tratamiento de los pacientes suicidógenos, desde la psicoterapia de corte psicoanalítico hasta los tratamientos eminentemente conductuales, enfocados hacia las conductas autodestructivas.¹⁸ Los datos que hemos presentado también sugieren que se necesita trabajar mucho para lograr un aumento en la búsqueda de atención clínica por parte de las personas con intento de suicidio, reduciendo las barreras en el uso de servicios para esta población. Futuros trabajos necesitan explorar con más detalle el momento en que se obtuvo la atención y las razones para no buscarla cuando se siente la necesidad de hacerlo.

Pero la búsqueda de atención clínica especializada no es la única estrategia para enfrentar el suicidio. Intervenciones en el ámbito poblacional como el control de sustancias, entre ellas el alcohol, y el control de armas de fuego pueden tener un impacto importante en México. Un trabajo reciente¹⁹ sugiere que aunque el suicidio por arma de fuego en México no es el principal método, éste se halla asociado con la prevalencia de armas de fuego a nivel estatal. Por cada aumento de uno por ciento en la prevalencia de armas de fuego en los estados hay un aumento de 21% en la mortalidad por suicidio por arma de fuego. Para las mujeres, son esenciales las intervenciones en el control y restricción de psicofármacos en la prevención del suicidio.

Aunque este es un trabajo descriptivo de la tendencia de la mortalidad por suicidio, el hecho de que veamos pocas subidas y bajadas abruptas en la tasa de mortalidad sugiere la presencia de factores constantes en la sociedad mexicana. En los últimos 40 años, el país

se ha urbanizado y secularizado, la estructura familiar se ha hecho más fragmentaria y nuclearizada, entre muchos otros cambios. Entender el papel específico de estos factores en la génesis y la evolución del suicidio en el país es una tarea urgente, si queremos incidir sobre esta evolución ascendente. Asimismo, aunque mucho se ha hablado de la distribución del suicidio en México, con énfasis en el sureste, pocas veces se ha mostrado y enfocado hacia las áreas del norte que también presentan altas tasas. Nuevas investigaciones sobre este asunto son también prioritarias para el campo.

En este trabajo hemos encontrado importantes diferencias por sexo en el suicidio consumado y en la conducta suicida, que aunque ya se han reportado anteriormente²⁰ no se habían mostrado en su conjunto para México. Como en otros países, el suicidio consumado es más común en hombres. Éstos han sido los que han visto los incrementos más importantes en la tasa de suicidio en años recientes y en ocasiones usan métodos más violentos. Al contrario, la conducta suicida (ideación, planes e intento) es más frecuente entre las mujeres de México. Si bien para ambos sexos los trastornos mentales son sumamente importantes como factores de riesgo de la conducta suicida, encontramos diferencias en los trastornos mentales más frecuentes reportados por los varones y las mujeres en el país. El uso de los servicios de salud para la atención especializada es también diferente para hombres y mujeres, y parece depender del grupo de edad y de si estamos interesados en el uso de servicios actual o pasado. Sin duda, a raíz de estas evidencias, es necesario llevar a cabo en el país estudios detallados con una perspectiva de género sobre el fenómeno del suicidio en su conjunto, que permita avanzar más en la comprensión de estas diferencias.

En el contexto internacional México aún reporta una tasa de suicidios relativamente baja (<6.5 por cien mil habitantes). El hecho de que ésta se haya venido incrementando paulatinamente y que los grupos más jóvenes sean los más afectados no presagia un futuro halagador, a menos que se tomen acciones públicas cuanto antes. Muy pocos padecimientos presentan un crecimiento similar en el país, que afecte en tanta medida a las poblaciones jóvenes y que, al mismo tiempo, haya sido objeto de tan poca atención de las autoridades sanitarias y políticas. Los niveles de conducta suicida en México son similares a los de otros países más desarrollados. México necesita dedicar mayores esfuerzos a la detección, tratamiento y prevención de estas conductas para evitar futuros incrementos en la conducta suicida y sus consecuencias.

Limitaciones

Al interpretar las tasas de mortalidad por suicidio, es necesario tener en cuenta las limitaciones presentes en todos los registros regulares de información: incoherencia en la lógica del llenado de registros, falta de datos y, principalmente, de precisión en las causas principales y secundarias de mortalidad.^{21,22} A la fecha, no hay un estudio específico sobre el impacto que estas imprecisiones tienen en las estadísticas de suicidio, principalmente en la clasificación de muertes violentas como suicidio consumado y viceversa. Una limitación importante en nuestro análisis de tendencia es que no se llevó a cabo el análisis de un posible efecto de la transición demográfica sobre la mortalidad por suicidios, que puede afectar las comparaciones de las tasas globales presentadas en la figura 1. Sin embargo, aunque este efecto de transición exista, no puede explicar toda la evolución del suicidio en México, ya que la figura 2 muestra incrementos en las tasas específicas para todos los grupos de edad y, en particular, para los más jóvenes. Nuevos estudios sobre la mortalidad por suicidio en México que busquen mostrar el efecto de la transición demográfica y llevar a cabo un análisis de cohorte de la mortalidad por suicidio son puntos relevantes para futuras investigaciones.

Por otro lado, si bien es común el uso de servicios clínicos entre las personas con conductas relacionadas con el suicidio, es necesario acotar que la definición de uso de servicios clínicos que empleamos abarca cualquier servicio médico o no médico relacionado a cualquier problema mental o de drogas. Esto, sumado a la limitación temporal inherente a los estudios de prevalencia, evita precisar el porcentaje de personas que recibieron atención específica para conductas relacionadas con el suicidio.

Referencias

1. Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publica Mex* 1996;38:197-206.
2. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK et al. Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:341-349.
3. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:372-394.
4. Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Lifetime and 12 Month Prevalence, Psychiatric factors and Service Utilization. *Salud Ment* 2005;28:40-47.
5. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:41-52.
6. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes socio-demográficos de la conducta suicida en México. *Salud Ment* 2009;32:413-425.
7. Cota M, Borges G. Estudios sobre Conducta Suicida en México: 1998-2008. *JOVENes* 2009; 32: 12-45.
8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008;192:98-105.
9. Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Garrido G. Capítulo VII. Epidemiología de la conducta suicida en México. En: SSA, comp. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: Secretaría de Salud, 2006: 205-236.
10. Dirección General de Información en Salud. Cubos de Información Dinámica. México: Secretaría de Salud [consultado 2009 Jul 02]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos/>.
11. Dirección General de Información en Salud. Metadatos de Defunciones. México: Secretaría de Salud [consultado 2009 Jul 02]. Disponible en: http://pda.salud.gob.mx/cubos/Metadatos/Dat-Mort-Fuentes_de_informacion.html.
12. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Ment* 2003;26:1-16.
13. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV). 4a. edición. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
15. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:386-395.
16. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, 2008. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
17. World Health Organization. Suicide Prevention and special programmes - Country reports and charts available. [consultado 2009 Jul]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html.
18. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-2074.
19. Miller M, Borges G. Firearms and Suicide in Mexico: intimation of mortality. *JOVENes* 2009; 32: 90-107.
20. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133-154.
21. Álvarez G, Harlow SD, Denman C, Hofmeister MJ. Quality of cause-of-death statements and its impact on infant mortality statistics in Hermosillo, Mexico. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25:120-127.
22. Swift B, West K. Death certification: an audit of practice entering the 21st century. *J Clin Pathol* 2002;55:275-279.