

Caracterización de la conducta suicida en Tabasco, México, 2010-2020

Erik Iván Bengochea-Frías¹ 

Autor para la correspondencia: eibengo75@gmail.com

Fecha de recibido: 9 de diciembre de 2025 - Fecha de aceptado: 10 de marzo de 2026

RESUMEN

Introducción: La conducta suicida incluye el intento suicida y el suicidio consumado. En México, el suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años; en Tabasco ocupa el lugar 26 en mortalidad. **Objetivo:** Caracterizar la conducta suicida en Tabasco, México, de 2010 a 2020. **Materiales y métodos:** Estudio ecológico mixto. El universo incluyó todos los registros de morbilidad por lesiones autoinfligidas y mortalidad por suicidio obtenidos de los Cubos Dinámicos de la Secretaría de Salud de Tabasco (2010–2020). Se analizaron año, sexo, edad, jurisdicción sanitaria, escolaridad, derechohabiencia, método; y para suicidio además estado conyugal y situación laboral. Se calcularon tasas brutas, ajustadas y específicas por sexo y edad por 100 000 habitantes, razón hombre/mujer y razón intento/suicidio, así como porcentaje de cambio relativo. **Resultados:** Se registraron 2517 intentos suicidas; la tasa bruta promedio anual fue de 9.5 por 100 000 habitantes. El 55,5% correspondió a mujeres. La razón intento/suicidio fue de 1,6. Se reportaron 1598 defunciones por suicidio, con tasa acumulada de 6,0 por 100 000 habitantes; el 77,0% ocurrió en hombres. El método predominante fue el ahorcamiento (84,2%).

Conclusiones: El intento suicida afectó principalmente a

mujeres y adolescentes, mientras que el suicidio consumado fue mayor en hombres y adultos. Se requieren acciones focalizadas de prevención y vigilancia en los grupos y territorios de mayor riesgo.

Palabras clave: suicidio, mortalidad, morbilidad, métodos, servicios de salud.

ABSTRACT

Introduction: Suicidal behavior includes attempted suicide and completed suicide. In Mexico, suicide is the third leading cause of death among people aged 10–24 years; in Tabasco, it ranks 26th in mortality. **Objective:** To characterize suicidal behavior in Tabasco, Mexico, from 2010 to 2020. **Materials and methods:** Mixed ecological study. All morbidity records of intentional self-harm and mortality records of suicide were obtained from the Dynamic Cubes System of the Tabasco Ministry of Health (2010–2020). Variables were year, sex, age group, health jurisdiction, education, health insurance, and method; for suicide, marital status and employment status were additionally analyzed. Crude, age-adjusted, and sex-specific rates per 100 000 inhabitants were calculated, along with the male/female ratio, attempt-to-suicide ratio, and relative percent change.

¹ Médico especialista en Higiene y Epidemiología del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba. Coordinador de Salud Pública, Jurisdicción Sanitaria de Emiliano Zapata, Tabasco, México

Results: A total of 2,517 suicide attempts were recorded, with an average annual crude rate of 9.5 per 100 000 inhabitants; 55.5% occurred in females. The attempt-to-suicide ratio was 1.6. There were 1,598 deaths by suicide (cumulative rate 6.0 per 100 000), 77.0% among males. Hanging was the most frequent method (84.2%).

Conclusions: Attempts were more frequent among females and adolescents, whereas completed suicides predominated among males and adults. Focused prevention and surveillance strategies are needed in high-risk groups and areas.

Keywords: *suicide, mortality, morbidity, methods, health services.*

LISTA DE ABREVIACIONES

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

LGS: Ley General de Salud.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio consumado. La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la representación suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado, la ideación suicida con una planificación determinada y en algunos casos una intensa preocupación autodestructiva.¹⁻³

El suicidio es un problema grave de salud pública a nivel global. En el mundo, 703 000 personas se suicidan cada año. Más de 1 de cada 100 muertes (1.3%) ocurridas en 2019 fueron a causa del suicidio.⁴ Los Centros para el Control y la Evención de Enfermedades de Estados Unidos de América (CDC) calculan el costo del suicidio y del intento de suicidio

en casi \$70 billones por año solo en costos médicos y de pérdida de trabajo.⁵

El panorama actual sobre el suicidio en México arroja cifras que han ido en aumento en los últimos años. En el año 2020, sucedieron 7,818 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en el país, lo que representa 0,7% del total de muertes en el año y una tasa de suicidio de 6,2 por cada 100 000 habitantes.⁶

La tasa de suicidio más alta es en el grupo de jóvenes de 18 y 29 años, con 10.7 fallecidos por 100 000 jóvenes. El cinco por ciento de la población de 10 años y más, refiere que alguna vez han pensado en suicidarse.⁷

Tabasco es uno de los estados que se encuentra en México, cuenta con 2,402,598 habitantes de los cuales 1,228,927 son mujeres y 1,173,671 son hombres. En el año 2019, se reportaron cifras preliminares de 207 urgencias médicas por intentos de suicidio, se registraron 103 defunciones por suicidio, con tasa de 4,05 por cada 100 000 habitantes^{8,9}, de las cuales se contabilizaron en adolescentes de 10 a 19 años, 10 defunciones por lesiones autoinfligidas, con tasa de 2,2 por cada 100 000 habitantes.¹⁰

En el año 2020, el suicidio ocupó el lugar número 26 a nivel nacional, lo que representa una tasa del 4,5. En relación con la mortalidad por lesiones autoinfligidas en adolescentes de 10 a 19 años, se reportan 20 casos en todo el año.^{11,12}

El objetivo del presente estudio fue caracterizar la conducta suicida (lesión autoinfligida y suicidio) en Tabasco, México, desde 2010 hasta 2020, según variables sociodemográficas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y fuentes de datos: Se realizó un estudio ecológico mixto, para caracterizar la morbilidad por lesión autoinfligida y la mortalidad por suicidio en Tabasco, México, desde 2010 hasta 2020. La fuente de datos fueron

los registros de morbilidad por lesión autoinfligida y de mortalidad por suicidio, a través del Sistema de Análisis Dinámico de la Información, mediante Cubos Dinámicos de la Secretaría de Salud y la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud desde el 1ro. de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2020.

Variabes: Para ambas condiciones (intento suicida y suicidio) se analizaron las siguientes variables: sexo (masculino/femenino), edad (≤ 19 años, 20–59 años, ≥ 60 años y no especificado), método empleado, jurisdicción sanitaria, derechohabiencia y escolaridad. Para los casos de suicidio se añadieron además las variables de estado civil y situación laboral.

Recolección, procesamiento y análisis de los datos: Se solicitó la autorización a la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud de Tabasco. La fuente primaria de recolección de los datos fueron los registros de morbilidad por lesión autoinfligida y de mortalidad por suicidio, a través del Sistema de Análisis Dinámico de la Información mediante Cubos Dinámicos de la Secretaría de Salud. Para la clasificación de la mortalidad (lesiones autoinfligidas intencionalmente) se utilizaron los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE 10): X60–X84.

Para la lesión autoinfligida y el suicidio, se calcularon las tasas acumuladas ajustadas por grupos de edad, además de las tasas de morbilidad y mortalidad bruta, ajustadas y específicas por sexo y grupos de edad. Las tasas se calcularon por 100,000 habitantes. La estandarización de las tasas se realizó mediante el método directo, según grupos de edad y sexo, tomando como población estándar las proyecciones poblacionales del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para Tabasco en 2020.

Se calculó el cambio relativo de la serie y se utilizaron los porcentajes para expresar los datos de las variables sexo, edad en la lesión autoinfligida y, además, los métodos empleados en el suicidio, indicando la respectiva carga sobre

estos grupos.

Se elaboró una base de datos en Excel y los datos se procesaron de forma automatizada para confeccionar las tablas.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó conforme a lo establecido en la Ley General de Salud (LGS) en materia de investigación para la salud. Se clasificó como investigación sin riesgo, al emplear exclusivamente bases de datos secundarias de dominio público, sin identificación directa o indirecta de los sujetos. No se requirió consentimiento informado. La información fue utilizada únicamente con fines académicos y se garantizó la confidencialidad de los registros. Al tratarse de un estudio con bases de datos secundarias anonimizadas, clasificado como investigación sin riesgo según la LGS, no se requirió dictamen de Comité de Ética.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se reportaron 2517 intentos suicidas, representando 228 lesiones autoinfligidas por año como promedio general, lo que representó una tasa bruta promedio anual de intento suicida de 9.5 por 100 000 habitantes. Las tasas acumuladas por sexo fueron 10.3 por 100 000 habitantes en el sexo femenino y de 8.7 por 100 000 habitantes en el sexo masculino. El sexo femenino aportó 1397 intentos suicidas (55,5 %) del total; el sexo masculino integró 1120 intentos suicidas (44,4 %) del total (Tabla 1).

Las tasas de intento suicida comenzaron en el año 2010 en 12.3 por 100 000 habitantes y en el año 2020 desciende a 5,0 por 100 000 habitantes; el porcentaje de reducción fue de 59%.

En el periodo estudiado el grupo de 5 a 19 años reportó 1300 casos de lesiones autoinfligidas o intento para una tasa promedio anual de 2,2 por cada 100 000 habitantes. Para el año 2011 se obtuvo una tasa de 37,4 por cada 100 000 habitantes siendo este donde más casos reportados hubo y en el año 2020 descendió a 9,5 por 100 000 habitantes. El porcentaje de reducción fue de 59%.

Tabla 1. Casos reportados por intento suicida, según variables seleccionadas en Tabasco, México, 2010–2020.

Características	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Intento Suicida						
Sexo	1120	44,4	1397	55,5	2517	100
Edad						
5-19 años	500	19,9	800	31,8	1300	51,6
20-59 años	479	19,0	445	17,7	924	36,7
60 años y más	140	5,6	153	6,1	293	11,6
Métodos						
Envenenamiento	686	27,2	514	20,4	1268	50,3
Objetos cortantes	203	8,0	417	16,5	620	24,6
Ahorcamiento	188	7,4	200	7,9	388	15,4
Caída altura	20	0,8	12	0,4	32	1,2
Disparo	18	0,7	5	0,2	23	1
Quemaduras	3	0,1	6	0,2	9	0,4
Ahogamiento	2	0,8	5	0,2	7	0,4
Otros						
Escolaridad						
Secundaria	325	13,0	623	25,0	948	37,6
Bachillerato	369	14,0	430	17,0	799	32,0
Primaria	254	10,0	137	5,4	391	15,5
Superior	40	1,5	62	2,5	102	4,1
Otra	35	1,4	46	2,0	81	3,1
No especificado	96	7,0	95	5,6	191	7,6
Ninguno	2	0,1	0	0	2	0,1
Se ignora	2	0,1	1	0,04	3	0,1
Municipio de Residencia						
Jalpa de Méndez	70	2,7	60	2,3	130	5
Centro	675	26,8	344	13,6	1019	40
Comalcalco	100	4,0	123	5,0	223	9
Teapa	99	4,0	123	5,0	222	9
Macuspana	85	3,3	85	3,3	170	7
Paraíso	75	3,0	82	3,2	157	6
Balancán	41	1,6	65	2,5	106	4
Emiliano Zapata	45	2,0	45	2,0	90	4
Tacotalpa	15	1,0	48	2,3	63	3
Cunduacán	25	1,0	43	2,0	68	3
Centla	25	1,0	41	1,6	66	3

Nacajuca	15	0,5	43	1,7	58	2
Huimanguillo	20	0,7	17	0,6	37	1
Jalapa	11	0,4	20	0,7	31	1
Tenosique	14	0,5	13	0,5	27	1
Cárdenas	11	0,4	12	0,4	23	1
Jonuta	11	0,4	15	0,5	26	1
No especificado	0	0	1,0	0,03	1	0

Fuente: Base de datos proporcionada por la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, 2010–2020.

El grupo de 20 a 59 años reportó 924 lesiones autoinfligidas para una tasa promedio anual de 2,5 por 100 000 habitantes. Para el año 2014 se obtuvo una tasa de 12,8 por 100 000 habitantes siendo este el año donde más casos reportados hubo con respecto a este grupo de edad. El porcentaje de decremento fue de 7,5%.

En cuanto a los suicidios, desde 2010 hasta 2020 se reportaron 1598 fallecidos (145 por año como promedio general); lo que representó una tasa acumulada para todo ese periodo de 6,0 por 100 000 habitantes.

El sexo masculino aportó 1,231 casos para una tasa acumulada de 9,4 por 100 000 habitantes y el femenino aportó 367 fallecidas para una tasa acumulada de 2,4 por 100 000 habitantes.

La tasa ajustada al inicio de período fue de 8,4 por 100 000 habitantes y de 4,2 en 2020 para un decremento del 50% para el final del periodo.

El grupo de 5 a 19 años presentó 148 fallecidos (14.8 por año como promedio general). En todo el periodo la tasa promedio fue de 3,3 por 100 000 habitantes. La tasa ajustada comenzó en 2,8 y descendió en 2020 a 2,5 por 100 000 habitantes para un 0,3% de decremento.

El grupo de 20 a 59 años fue el de más alta mortalidad, presentando 1,254 fallecidos (114 por año como promedio

general). La tasa acumulada para todo el periodo fue de 9,1 por 100 000 habitantes. Comenzó en 2010 con una tasa ajustada de 12,5 y terminó en el 2020 con 6,3 por 100 000 habitantes (51% de decremento).

El grupo de 60 años y más aportó 193 fallecidos, con una tasa acumulada de 5,6 por 100 000 habitantes (14 por año como promedio general). Las tasas ajustadas fueron de 12,7 a 4,2 por 100 000 habitantes en 2010 y 2020 respectivamente. El porcentaje de decremento fue de 67%. Este grupo presentó la mayor variación en las tasas a lo largo del periodo en más del 100 %. (Gráfica 1)

Respecto al estado civil, las personas divorciadas representaron el 63.8% (n=1019) de los casos de suicidio, seguido de aquellas en unión libre con 3.1% (n=50). Las personas casadas representaron el 1.1% (n=17) y las solteras el 0.8% (n=12). Este patrón podría reflejar la influencia del divorcio como factor de riesgo asociado a suicidio, aunque los resultados deben interpretarse con cautela al tratarse de datos secundarios provenientes de registros administrativos. El municipio que tuvo más casos por suicidio fue Centro con el 25,6%; mientras que Centla tuvo solo el 1%. El 48,7% de las personas que cometieron suicidio no contaban con ningún tipo de derechohabencia. Con respecto a la situación laboral, las personas que no trabajaban ocuparon el mayor porcentaje con un 35,8% con un predominio del sexo femenino.

El método más empleado para el suicidio fue el ahorcamiento, que provocó el 84,2% de los casos. (Gráfica 2).

Tabla 2. Casos reportados de suicidio, según variables seleccionadas. Tabasco, México, 2010–2020.

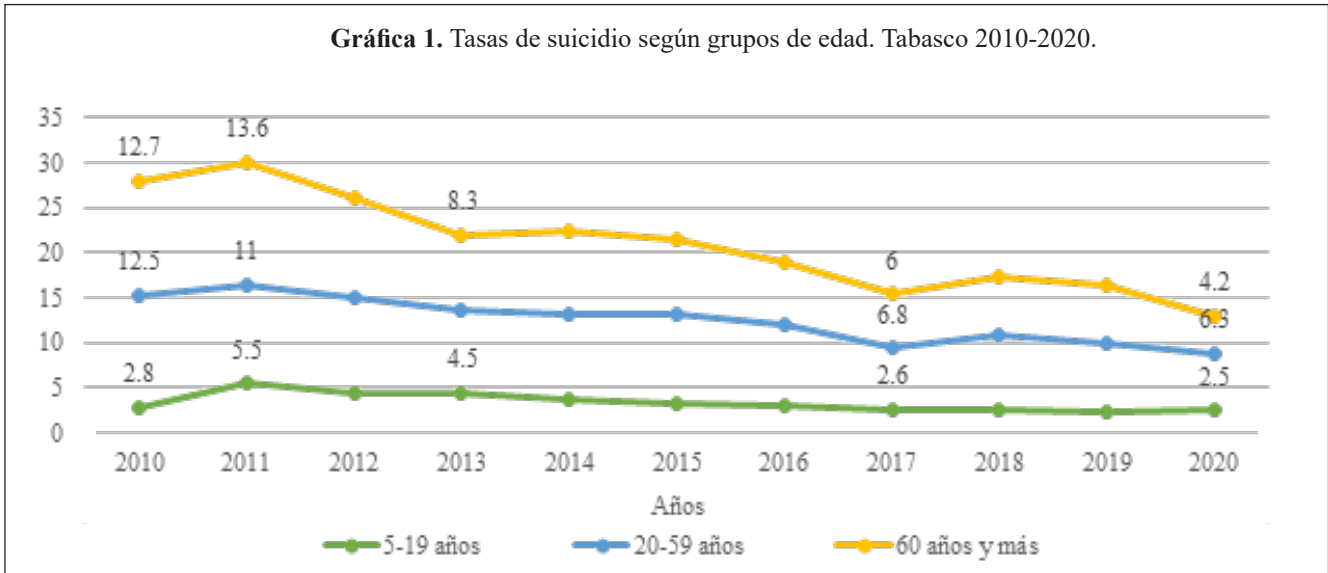
Características	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Suicidio						
Sexo	1231	77	367	22,9	1598	100
Edad						
5-19 años	106	6,6	42	2,6	148	9,3
20-59 años	1013	63,4	241	15,1	1254	78,5
60 años y más	110	6,9	83	5,2	193	12,1
No especificado	2	0,1	1	0,1	3	0,2
Métodos						
Ahorcamiento	850	53,2	496	31,0	1541	84,2
Envenenamiento	110	6,8	55	3,4	165	10,3
Disparo	39	2,4	11	0,6	50	3,1
Objetos cortantes	3	0,2	14	1,0	17	1,1
Ahogamiento	8	0,5	4	0,3	12	0,8
Otros	1	0,1	3	0,2	4	0,3
Caída altura	2	0,1	1	0,1	3	0,2
Quemaduras	1	0,1	0	0	1	0,1
Municipio de Residencia						
Centro	294	18,4	88	5,5	382	23,9
Comalcalco	50	3,1	45	2,8	95	5,9
Teapa	40	2,5	50	3,1	90	5,6
Macuspana	85	5,3	85	5,3	170	10,6
Paraíso	75	4,7	40	2,5	115	7,2
Jalpa de Méndez	70	4,4	60	3,8	130	8,1
Balancán	41	2,6	65	4,1	106	6,6
Emiliano Zapata	45	2,8	45	2,8	90	5,6
Tacotalpa	25	1,6	58	3,6	83	5,2
Cunduacán	25	1,6	43	2,7	68	4,3
Centla	25	1,6	41	2,6	66	4,1
Nacajuca	15	0,9	43	2,7	58	3,6
Huimanguillo	20	1,3	17	1,1	37	2,3
Jalapa	11	0,7	20	1,3	31	1,9
Tenosique	14	0,9	13	0,8	27	1,7
Cárdenas	11	0,7	12	0,8	23	1,4
Jonuta	11	0,7	15	0,9	26	1,6
No especificado	0	0,0	1	0,1	1	0,1

ARTÍCULO ORIGINAL

Derechohabiencia						
Ninguno	715	44,7	55	3,4	770	48,2
No especificado	200	12,5	79	4,9	279	17,5
Instituto Mexicano del Seguro Social	290	18,1	203	12,7	493	30,9
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	29	1,8	10	0,6	39	2,4
Petróleos Mexicanos	4	0,3	0	0,0	4	0,3
Secretaría de la Defensa Nacional	6	0,4	2	0,1	8	0,5
Secretaría de Marina	2	0,1	0	0,0	2	0,1
Otro	3	0,2	0	0,0	3	0,2
Situación Laboral						
No trabajaba	185	11,6	422	26,4	607	38,0
Trabajaba	205	12,8	108	6,8	313	19,6
Estudiante	200	12,5	115	7,2	315	19,7
Jubilado	104	6,5	99	6,2	203	12,7
Se ignora	56	3,5	58	3,6	114	7,1
Ama de Casa	10	0,6	36	2,3	46	2,9
Escolaridad						
Ninguno	482	39	181	4,9	663	41
Secundaria	300	18,7	145	9,0	445	27,8
Superior	152	9,5	120	7,5	272	17,0
Primaria	79	4,9	68	4,2	147	9,1
Otra	31	1,9	7	0,4	38	2,3
No especificado	13	0,8	10	0,6	23	1,4
Se ignora	5	0,3	5	0,3	10	1
Estado Civil						
Divorciado(a)	675	42,2	344	21,5	1019	63,8
En unión libre	39	2,4	11	0,6	50	3,1
Casado(a)	3	0,2	14	1,0	17	1,1
Soltero(a)	8	0,5	4	0,2	12	0,8
Se ignora	5	0,3	5	0,3	10	0,6

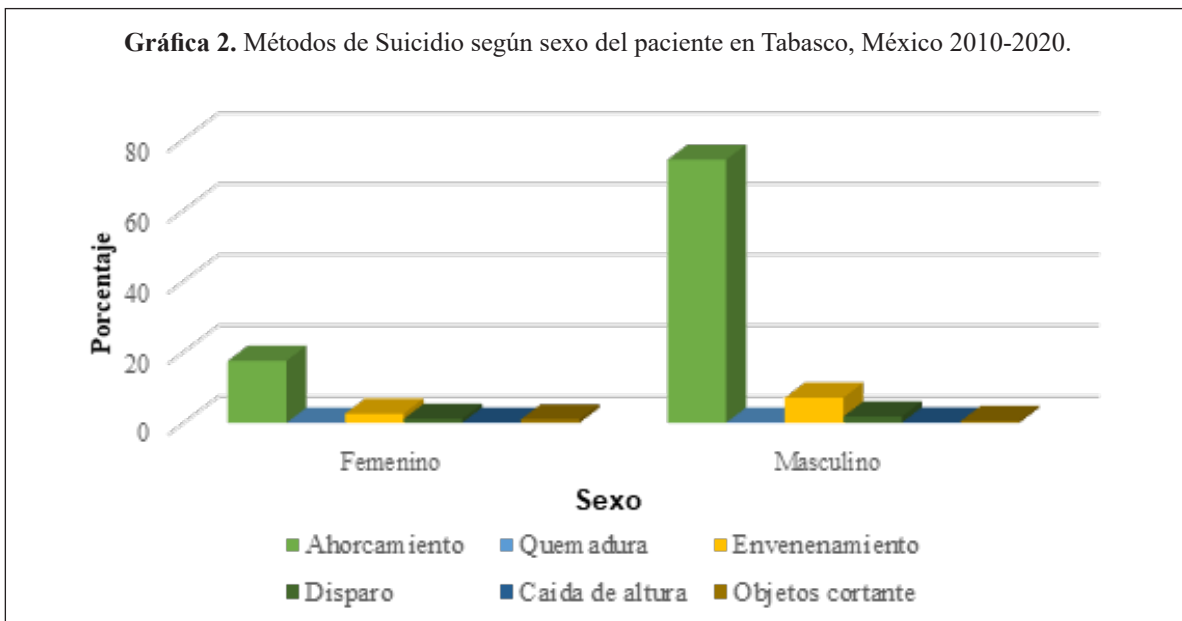
Fuente: Base de datos proporcionada por la Unidad de Transparencia en Salud de la Secretaría de Salud de Tabasco, 2010–2020.

Gráfica 1. Tasas de suicidio según grupos de edad. Tabasco 2010-2020.



Fuente: Base de datos proporcionada por la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud de Tabasco, 2010–2020.

Gráfica 2. Métodos de Suicidio según sexo del paciente en Tabasco, México 2010-2020.



Fuente: Base de datos proporcionada por la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud de Tabasco, 2010–2020.

DISCUSIÓN

El grupo de 20 a 59 años fue el de mayor tasa en el intento suicida, lo que coincide con otras investigaciones que reportan que los intentos son más frecuentes en los jóvenes y disminuyen en la medida que avanza la edad, aunque en estudios realizados en Cuba el riesgo es mayor en adolescentes.

En un estudio realizado en China, con 5,989 estudiantes universitarios, hallaron que 982 (16,40%) presentaron una respuesta positiva al intento suicida en algún momento de su vida y 115 (1,92%) informaron de la presencia de un intento de suicidio. La prevalencia de intento suicida fue significativamente mayor en los estudiantes de sexo femenino que en los de sexo masculino.¹⁰

En cuanto al sexo, las mujeres fueron las más afectadas coincidiendo con otros estudios que refieren esta prevalencia, y el suicidio en los hombres. En los adolescentes y jóvenes universitarios a nivel mundial el riesgo de ideación y conductas suicidas es alto y aumenta potencialmente cuando hay presencia de depresión y consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.¹¹ En la misma línea, en el estudio realizado en tres universidades de Massachusetts (EE. UU.) los resultados mostraron que uno de cada diez estudiantes universitarios considera seriamente el suicidio y que la gravedad de la depresión contribuye a la presencia de ideación suicida.¹¹

En Oaxaca, México se reportó 55.1% de intentos en el sexo masculino, cifra inferior a la estudiada durante el mismo periodo comparada con Tabasco, en contraste con otros estudios por diferentes autores, ya que los hombres tuvieron más intentos suicidas que las mujeres.¹²

A pesar de que existe un plan nacional en México, Tabasco cuenta con su propio plan para la conducta suicida, que establece un seguimiento y control de todos los pacientes que realizan un intento, para evaluarlos, seguirlos de forma oportuna y especializada, y evitar el suicidio, lo que constituye una fortaleza para la prevención de esta conducta.^{12,13}

En cuanto a la escolaridad, se logró observar que los intentos

suicidas fueron más subsecuentes en las personas que contaban con el grado de secundaria con 37.6%, esto coincide con otros autores, en cuyas investigaciones realizadas en México las tasas del intento suicida incrementan a lo largo de la adolescencia. La prevalencia del intento suicida tanto en los doce últimos meses como en alguna vez en la vida observada en esta investigación, fue mayor que aquella reportada en la encuesta nacional de salud y nutrición de 2006 para adolescentes de entre diez y diecinueve años. Sin embargo, fue menor a otras obtenidas en estudios realizados en población adolescente a nivel nacional en 2002, y en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México en 2005 y 2006. De igual forma, la prevalencia observada de intento de suicidio alguna vez en la vida se encuentra en el rango reportado en otras investigaciones, realizadas en otros contextos, en las cuales dicho valor tuvo una variación entre un 0.72% y 5.93%.¹⁴

En este estudio la mayor tasa de suicidio fue en el año 2010, donde el grupo de los jóvenes aportó la mayoría de los casos, lo cual comparado con otras investigaciones concuerda en que las estadísticas de los casos de suicidio en jóvenes fueron altas en los años 2010-2012 tan solo en la región de las Américas. Londoño Muriel en el año 2020 sugirió en su estudio realizado en jóvenes que se deben adoptar medidas de prevención e intervención inmediata para dicho grupo, en atención al aumento de las tasas de suicidio en este a nivel mundial, siendo consecuencia de la exposición a factores de riesgo constantes.¹⁵

Aunque las tasas por suicidio en Tabasco y México han disminuido, todavía son superiores a lo reportado en el Informe Regional de las Américas del año 2015-2019, donde la tasa es de 5.2 por cada 100 000 habitantes en México, comparando con lo reportado en este estudio en donde solo la tasa de suicidio en Tabasco para el año 2020 fue de 5.3 por cada 100 000 habitantes.¹⁵

En Tabasco, el sexo masculino es el más afectado por el suicidio, lo que coincide con otras investigaciones que reportan que el 81.6% de las defunciones ocurren en este

sexo.^{13,18} La razón de mortalidad por suicidio en Tabasco y México se ha incrementado a lo largo de los años, explicando este comportamiento.¹⁶

El grupo de 20 a 59 años fue el primero de más alta mortalidad lo que coincide con otras investigaciones que informan que este grupo aporta un 74% a esta tasa por suicidio en Tabasco. En el Informe de las Américas los subgrupos de 20 a 44 años y de 45 a 49 presentaron tasas de 7.6 y 7.0 por 100,000 habitantes, cifras inferiores a las encontradas en este estudio.^{16,17}

El grupo de 60 años al inicio de la investigación presenta una tasa de 16.6 por cada 100 000 habitantes, la cual a medida de los años fue disminuyendo hasta que en el 2020 obtuvo una tasa de 4.2 por cada 100 000 habitantes, lo cual difiere con otros autores quienes observaron que las tasas de las personas mayores de 60 años van aumentando a lo largo de los años.¹⁷

En un estudio en el que se realizó una regresión logística buscando los factores que explicaran el intento suicida de los adultos mayores, se encontró como principal componente el maltrato sexual, seguido del maltrato económico, las malas relaciones personales entre los miembros de la familia y el riesgo de depresión. En un estudio realizado por investigadores de Hong Kong, donde se analizaron 31 estudios publicados entre 2000 y 2016 relacionando la ideación suicida y las relaciones sociales en la población adulta mayor, se encontró que las relaciones discordantes aumentaban 1,57 veces la probabilidad de ideación suicida en esta población, y el maltrato al adulto aumentaba 2,31 veces más esta condición.

La familia y la sociedad deben jugar un papel fundamental para satisfacer las necesidades del adulto mayor, ya que fue observado que estar insatisfecho con la salud es una característica que aumentó hasta 2,6 veces la probabilidad de ideación suicida en el presente estudio. Una publicación de la Universidad Javeriana reportó que la salud física de las personas se asocia con la presencia de ideación suicida, y

un estado de salud malo puede aumentar hasta 15,1 veces la probabilidad de ideación suicida; esta probabilidad es mayor que la encontrada en este estudio, lo cual puede deberse al hecho de que la población de la Universidad tenía diagnosticada alguna alteración física o mental.¹⁹

En cuanto a la ocupación, las personas que no trabajan son el grupo más afectado, lo que coincide con otras investigaciones. En Reino Unido se realizó un estudio de tendencias temporales donde se alcanzaron dos conclusiones importantes: entre 2008 y 2010 hubo un aumento de alrededor de 1.000 suicidios (846 entre hombres y 155 entre mujeres) que pueden asociarse a la recesión económica, y cada 10% de incremento en el número personas que no laboraban se asoció con un aumento del 1,4% (0,5 a 2,3%) de suicidios en hombres.¹⁹

En relación con el estado civil, se observó un predominio de casos en personas divorciadas. Este hallazgo es consistente con la evidencia que señala que la ruptura conyugal y la pérdida de redes de apoyo emocional constituyen factores asociados a mayor riesgo de conducta suicida, particularmente en hombres, debido al impacto psicosocial y emocional que implica el divorcio, así como al incremento de estrés, aislamiento social y vulnerabilidad psicológica.

Los resultados obtenidos concuerdan con investigaciones hechas en donde los autores refieren que las parejas casadas constituyen un factor protector para la conducta suicida pero todo se ve mermado hasta que una situación de ruptura y divorcio se da en este convirtiéndose en un factor de riesgo, tal como lo describe Ramon Gaxiola en su estudio realizado en Baja California Sur, México donde se encuentra un problema serio de suicidio en los hombres divorciados y en los casados con edad superior a los 54 años; no sucediendo lo mismo con las mujeres, en quienes el estado civil no influye como factor de riesgo.²⁰

En este estudio el método más empleado fue el ahorcamiento, es el más utilizado por sexo y grupos de edades lo que

coincide con otras investigaciones realizadas en diferentes países y en la región de las Américas en el 2017, el método de suicidio más común fue el ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación, ahogamiento y sumersión, que representó el 47% de las muertes por suicidio registradas ese año.²¹

El envenenamiento ocupó el segundo lugar; existen estudios donde diversos autores incluyen este método como uno de los más usados seguido solamente por el uso de las armas de fuego. En el reporte de las Américas en el año 2017, ocupó el tercer lugar como el método de suicidio más utilizado representando el 13% de las muertes por suicidio registradas.²²

CONCLUSIÓN

El sexo femenino es el más afectado en el intento y en el suicidio el masculino. La relación intento-suicidio disminuye a medida que se incrementa la edad.

Aunque la mortalidad por suicidio mostró tendencia descendente en el periodo, continúa siendo un problema relevante por su magnitud y concentración en grupos específicos, haciendo indispensable la implementación de acciones para la identificación precoz y vigilancia para obtención de tasas disminuidas en estos grupos de edad.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Geneva: OMS; 2021 [citado 16 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide prevention [Internet]. CDC; [actualizado 17 Ago 2021; citado 16 Abr 2022]. Office of the Associate Director for Policy and Strategy; [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/policy/polaris/healthtopics/suicide/index.html>
3. Rangel Villafaña JN, Jurado Cárdenas S. Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud* [Internet]. Jul 2021 [citado 16 Abr 2022];32(1). DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
4. Castle K, Kreipe R. Suicidal behaviour. In: Garfunkel L, Kaczorowski J, Christy C, editors. *Pediatric clinical advisor: instant diagnosis and treatment* [Internet]. 2nd ed. Philadelphia: Mosby; 2007 [citado 16 Abr 2022]. p. 544–5. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-032303506-4.10315-3>
5. World Health Organization. Primary prevention of mental, neurological, and psycho-social disorders [Internet]. Washington: OMS; 1998 [citado 16 Abr 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42043>
6. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, version 1.0 [Internet]. Atlanta, GA; 2011 [citado 16 Abr 2022]. Disponible en: www.cdc.gov/ViolencePrevention/pub/selfdirected_violence.html
7. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014 [Internet]. Washington, D.C.:OPS; 2021 [citado 16 Abr 2022]. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275323304>
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Comunicado de prensa núm. 520/21 [Internet]. México: INEGI; 2021 [citado 16 Abr 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
9. Wilkinson PO, Qiu T, Jesmont C, Neufeld SAS, Kaur SP, Jones PB, Goodyer IM. Age and gender effects on non-suicidal self-injury, and their interplay with psychological distress. *J Affect Disord*. 2022 Jun 1;306:240-245. doi: 10.1016/j.jad.2022.03.021. Epub 2022 Mar 16. PMID: 35304237.
10. Steinhoff A, Ribeaud D, Kupferschmid S, Raible-Destan N, Quednow BB, Hepp U, Eisner M, Shanahan L. Self-injury from early adolescence to early adulthood: age-related course, recurrence, and services use in males

- and females from the community. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jun;30(6):937-951. doi: 10.1007/s00787-020-01573-w. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32572615; PMCID: PMC8140957.
11. Barrigon ML, Cegla-Schvartzman F. Sex, Gender, and Suicidal Behavior. *Curr Top Behav Neurosci*. 2020;46:89-115. doi: 10.1007/7854_2020_165. PMID: 32860593.
 12. Freeman A, Mergl R, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E, Koburger N, Hegerl U, Rummel-Kluge C. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*. 2017 Jun 29;17(1):234. doi: 10.1186/s12888-017-1398-8. PMID: 28662694; PMCID: PMC5492308.
 13. Corona Miranda B, Alfonso Sagué K, Prado Rodríguez R, Hernández Sánchez M, Cuellar Luna L, Gámez Sánchez D. Estratificación epidemiológica de riesgo del intento suicida en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2021 Jun [citado 2023 Abr 16];37(2):e1296. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000200006&lng=es. Epub 01-Jun-2021.
 14. Turner BJ, Helps CE, Ames ME. Stop self-injuring, then what? Psychosocial risk associated with initiation and cessation of nonsuicidal self-injury from adolescence to early adulthood. *J Psychopathol Clin Sci*. 2022 Jan;131(1):45-57. doi: 10.1037/abn0000718. Epub 2021 Nov 29. PMID: 34843270.
 15. World Health Organization. Preventing Suicide: a Global Imperative. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.
 16. Corona Miranda B, Alfonso Sagué K, Cuellar Luna L, Hernández Sánchez M, Serra Larín S. Caracterización de la Conducta suicida en Cuba, 2011-2014. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2017 Ago [citado 2023 Abr 16] ; 16(4): 612-624. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000400013&lng=es.
 17. Secretaría de Salud. Programa Nacional para la Prevención de Suicidio [Internet]. gob.mx. 2022 [cited 2023 Apr 16]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-nacional-para-la-prevencion-de-suicidio>
 18. Ilic M, Ilic I. Worldwide suicide mortality trends (2000-2019): A joinpoint regression analysis. *World J Psychiatry*. 2022 Aug 19;12(8):1044-1060. doi: 10.5498/wjp.v12.i8.1044. PMID: 36158305; PMCID: PMC9476842.
 19. De Leo D. Late-life suicide in an Aging World. *Nature Aging* [Internet]. 2022 Jan 20 [cited 2023 Apr 16];2(1):7-12. Available from: <https://www.nature.com/articles/s43587-021-00160-1#citeas>
 20. Crestani C, Masotti V, Corradi N, Schirripa ML, Cecchi R. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomed*. 2019 Jan 22;90(1):68-76. doi: 10.23750/abm.v90i1.6312. PMID: 30889157; PMCID: PMC6502164.
 21. Stack S. Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. *Prev Med*. 2021 Nov;152(Pt 1):106498. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106498. Epub 2021 Sep 16. PMID: 34538366.
 22. Hernández Alvarado MM, González Castro TB, Tovilla Zárata CA, Fresán A, Juárez Rojop IE, López Narváez ML, Villar Soto M, Genis Mendoza A. Increase in Suicide Rates by Hanging in the Population of Tabasco, Mexico between 2003 and 2012. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Jun 1;13(6):552. doi: 10.3390/ijerph13060552. PMID: 27258292; PMCID: PMC4924009.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no existir conflictos de intereses en relación con la investigación presentada.