

# Epidemiología del suicidio en el Estado de Tabasco en el periodo 1979-1988

Ma. Esperanza García R\*  
Aurora Tapia D \*\*

## Summary

Shaw (7) reported in a study, that the higher indexes of suicide are registered in developed countries, to such an extent, that suicide is the second cause of death among young people in the United States. In Mexico, suicide is not such a big problem, however, reports from the various states of the Republic are surprising.

Saltijeral and Terroba (9) investigated the tendency to commit suicide in various states, and determined that between 1971 and 1980, the highest index of suicide was registered in Tabasco, when compared with the national median.

The suicidal tendency of this state was first obtained from 1979 to 1988 and it was then that the potentially lost years of life due to groups of illnesses was obtained.

From 1979 to 1988 the incidence of suicide fluctuated; in 1980 the highest rate was found (11.7) and in 1984, the lowest (5%).

The tendency rates of suicide of men and women are quite stable, but according to the percentual distribution of suicides by sex, men usually hanged themselves, while women used poison. The highest rate of suicide was observed among married men and unmarried women. The highest frequency of suicide occurred during the months of March, May, September and December, and the highest rate of suicides occurred in rural areas.

In Tabasco, the suicidal tendency is stable, however, it should be noted that for each suicide, from 50 to 220 attempts are made. Most people that committed suicide hanged themselves, probably due to the difficulty to obtain firearms.

The number of children that committed suicide between 5 and 14 years of age suggests that they have behavioural problems since that early age. From Shaw's study it may be observed that the frequency of the idea of suicide may be significant.

According to the other studies, the number of people that committed suicide while unemployed was low. It should also be noted that quite often, the doctor in charge of extending the death certificate of people that committed suicide, states that an accident was the cause of death, because of his desire to help the family, therefore, the number of suicide is higher.

## Resumen

De acuerdo con el reporte de Shaw, en los países desarrollados se están registrando los índices más altos de suicidio, de tal manera que el suicidio ha resultado ser la segunda causa de muerte entre los jóvenes norteamericanos. Cabe mencionar que en México aún no es un grave problema, sin embargo, son sorprendentes los datos obtenidos en los estados de la República.

\* Jefe del Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Tabasco. Av. Paseo Tabasco No. 1504, Villahermosa, Tabasco.

\*\* Jefe de la Oficina de Investigaciones Epidemiológicas, SSP de Tabasco.

En los estudios que elaboraron Saltijeral y Terroba sobre la tendencia suicidógena en los diferentes estados de la República Mexicana, se determina que en la década de 1971 a 1980, en el estado de Tabasco, se registró el índice más alto de casos de suicidio, en comparación con la media nacional.

Primero se obtuvo la tendencia suicidógena en el estado, de 1979 a 1988, y en este año es cuando se obtienen los años de vida potencial perdidos por los grupos de enfermedades.

De 1979 a 1988, la incidencia del suicidio muestra fluctuaciones, registrándose en 1980, la tasa más elevada (11.7%); y en 1984, la más baja (5%).

En relación con las tasas de suicidio en las personas de uno y otro sexo, tanto los hombres como las mujeres presentan una tendencia bastante estable, pero de acuerdo con la distribución porcentual de suicidios por uno y otro sexo, los hombres emplearon más el método de ahorcamiento, y las mujeres, el de envenenamiento. Por lo que se refiere al estado civil, los hombres casados y las mujeres solteras, fueron los grupos en que se observó un mayor porcentaje de suicidios. Por otra parte, la frecuencia más alta de suicidios, de acuerdo con los diferentes meses del año, se observó en marzo, mayo, septiembre y diciembre. La proporción más alta de suicidios se registró en el área rural. En Tabasco, la tendencia suicidógena se ha mantenido estable, sin embargo, no hay que perder de vista que por cada suicidio consumado, ocurren entre 50 y 220 intentos de suicidio. Cabe mencionar que el ahorcamiento fue el método más utilizado, quizá por la dificultad que hay para obtener armas de fuego.

El número de fallecimientos por suicidio, de individuos entre los 5 y los 14 años de edad, sugiere que tienen problemas de conducta desde muy temprana edad. El estudio de Shaw permite observar que la frecuencia de la idea suicida en esta etapa puede ser significativa.

Por otra parte, según la información contenida en otros estudios, el porcentaje de personas que se suicidaron estando sin empleo, fue muy bajo. También es conveniente tomar en cuenta que en muchas ocasiones, el médico que extiende el certificado de defunción trata de ayudar a los familiares del suicida, consignando en el acta que la causa de la muerte la provocó algún tipo de accidente, por lo que es probable que el número de suicidios sea aún mayor.

## Introducción

En el código *Dresdensis* se habla de la más extrañeza en el cementerio Maya, y probablemente la única en las religiones del mundo, con referencia a la diosa *Ixtab*, la diosa del suicidio, la cual era representada por una figura femenina colgada del cuello y se dice que su oficio era el de ayudar a los suicidas a entrar al paraíso (7).

Los antiguos hebreos recuerdan cinco suicidios en la biblia, todos ellos relacionados con actos de guerra. En el nuevo testamento el único suicidio que aparece es el de Judas Iscariote. Asimismo, la primera nota suicida documentada se encuentra en un antiguo papiro (1).

Estos son ejemplos de cómo el acto suicida ha estado presente en la historia de la humanidad, variando su significado en las diferentes culturas; en algunas como un acto de honor, o como la forma máxima de protesta, en otras se ha relacionado con necesidades de escape de situaciones humillantes y desesperantes. Varios estudios consideran al estrés psicológico como la causa del suicidio; otros a factores biológicos, y algunos más al ambiente social (5, 15).

Actualmente el fenómeno se presenta en todas las sociedades, y se ha asociado a los disturbios psicomotores, a la esquizofrenia, a la angustia, al abuso de drogas y al alcoholismo; es considerado como una forma de enfermedad mental de etiología multifactorial y de complejo análisis (6, 16).

Los países que han logrado grandes avances en los aspectos socioeconómicos, son los que están registrando los índices más elevados de suicidio. En el reporte de Shaw (21), el suicidio es ahora la segunda causa más común de muerte entre jóvenes americanos. Según el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (13), la tasa de suicidios más elevada en 1980 correspondió a Hungría (44.9 por cien mil habitantes), siguiendo en orden de frecuencia Dinamarca con 31.6, Austria y Suiza con 25.7 y Alemania Federal con 20.9. México en ese mismo año obtuvo una tasa de 1.6; a pesar de que al compararlo con los anteriores, aún no representa un problema grave de salud, las diferencias existentes dentro de las entidades federativas pueden darnos algunas sorpresas.

En el estudio realizado por Saltijeral y Terroba (19), referente a la tendencia suicidógena en los estados de la República Mexicana, se determinó que durante la década de 1971 a 1980, el Estado de Tabasco registró el índice más alto de casos, alcanzando una tasa de 10.4 por cien mil habitantes, es decir, aproximadamente un 85% más elevada que la media nacional.

## Material y métodos

Inicialmente se obtuvo la tendencia suicidógena en el Estado de Tabasco, durante el periodo de 1979 a

**CUADRO 1**  
Mortalidad por suicidios consumados, según el sexo, en el Estado de Tabasco 1979-1988

Año	Masculino		Femenino		Total	
	Nº de suicidios	Tasa x 10 <sup>5</sup>	Nº de suicidios	Tasa x 10 <sup>5</sup>	Nº de suicidios	Tasa x 10 <sup>5</sup>
1979	N.D.	—	N.D.	—	96	8.2
1980	N.D.	—	N.D.	—	125	11.7
1981	90	16.2	25	4.6	115	10.5
1982	77	13.4	17	3.0	94	8.3
1983	68	11.4	18	3.1	86	7.3
1984	58	9.4	13	2.1	71	5.8
1985	76	12.0	13	2.1	89	7.1
1986	108	16.5	22	3.4	130	10.1
1987	111	16.4	18	2.7	129	9.7
1988	117	17.0	23	3.3	140	10.2

Fuente: INEGI, S.P.P. Y.S.S.P.  
N.D. = No hay datos

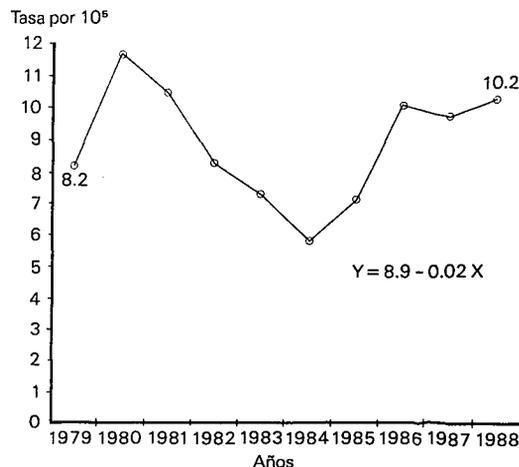
1988, basándose en las estadísticas proporcionadas por la Secretaría de Programación y Presupuesto y las elaboradas en el Estado a partir de 1984. Fue posible incluir poco a poco diferentes variables a medida que la información recolectada así lo permitió, como es la distribución por edad y sexo, y finalmente para los años de 1987 y 1988, el análisis se amplía a variables como son estado civil, ocupación, lugar de residencia y otras, ya que en estos últimos años fue cuando se empezó a manejar el nuevo formato único de certificado de defunción, permitiendo así contar con información más amplia y actualizada; algunas variables no pudieron obtenerse en todos los casos, por lo que existen diferencias en los resultados. En 1988 se obtienen los años de vida potencial perdidos, por grupos de enfermedades (11), y también las principales causas específicas de defunción en los grupos de 15 a 24 y de 25 a 44 años de edad.

## Resultados

En el periodo de 1979 a 1988 la incidencia de suicidio muestra fluctuaciones, la tasa más elevada se registró en 1980 alcanzando 11.7%, y la más baja en 1984 con 5.8%, sin embargo la pendiente de la tendencia se muestra casi horizontal, ligeramente negativa, lo que nos sugiere que si no se trata de frenar su causalidad, el acto suicida seguirá presentándose (cuadro 1, gráfica 1).

Las tasas de suicidio por sexo presentan una tendencia bastante estable: en el masculino la tasa es de 16.2% en 1981 a 17.0% en 1988, siendo esta última la más elevada. La más baja se presentó en 1984 con una tasa de 9.4%; similar ocurre con el sexo femenino ya que de una tasa de 4.6% en 1981 (siendo ésta la máxima), pasa a una tasa de 3.3% en 1988; como ocurre en la mayoría de las estadísticas reportadas.

**GRAFICA 1**  
Tendencia de mortalidad por suicidios en el Estado de Tabasco 1979-1988



Fuente: Cuadro 1  
Departamento de epidemiología

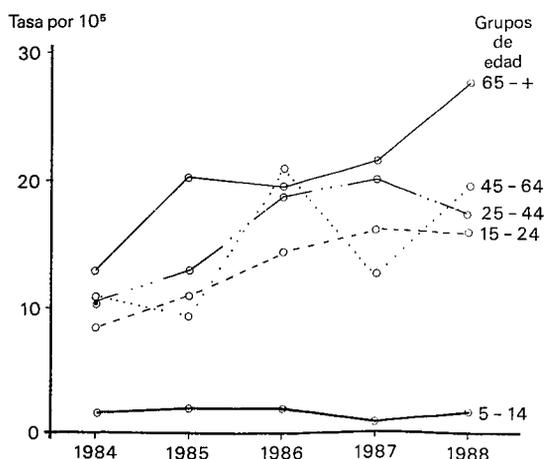
**CUADRO 2**  
**Tasas de mortalidad por suicidios según grupos de edad**  
**Tabasco 1984-1988**

Grupos de edad	1984		1985		1986		1987		1988	
	Nº	Tasa								
5 - 14	6	1.6	8	2.1	8	2.0	4	0.9	8	1.9
15 - 24	22	8.6	29	11.1	39	14.5	45	16.2	46	16.0
25 - 44	27	10.6	34	13.0	52	19.1	57	20.3	51	17.6
45 - 64	11	10.7	10	9.5	23	21.1	14	12.5	23	19.8
65 - +	5	13.1	8	20.5	8	19.8	9	21.6	12	28.0
Total 71	5.8	89	7.1	130	10.1	129	9.7	140	10.2	

Tasa por 100,000 habitantes por grupo de edad

Fuente: Listado estatal de defunciones, documento interno, 1984-1988

**GRAFICA 2**  
**Tendencia de mortalidad por suicidio según grupos de edad**  
**Tabasco 1984-1988**



Fuente: cuadro 2  
 Departamento de epidemiología, 1990

Cabe mencionar que es el sexo masculino el que registra las tasas más elevadas (cuadro 1).

Durante los años de 1984 a 1988, el grupo de edad que presentó la tasa de mortalidad más elevada fue el de 65 años y más, excepto en 1986 donde la superó el grupo de 45 a 64 años, que es el que registra las fluctuaciones más acentuadas del periodo; con excepción del grupo de 5 a 14 años de edad que permanece virtualmente sin cambio, con tasas que oscilan de entre 0.9 a 2.1%, los demás grupos muestran una franca tendencia ascendente, siendo en el de 65 y más años de edad la más acentuada. Sin embargo, el grupo de edad que registró el mayor número de casos fue el de 25 a 44 años, con el 39%, siguiéndole en orden de frecuencia el de 15 a 24 años, con el 32% de todas las defunciones de este periodo (cuadro 2, gráfica 2).

En la distribución porcentual de suicidios por sexo, según los métodos utilizados y sumando los casos de 1984 a 1988, encontramos que en los del sexo masculino, el método más empleado fue el de "ahorcamiento", con el 74% de los casos; en el segundo lugar el de "envenenamiento" con el 15%. El suicidio por "arma de fuego" quedó en tercer sitio con 7.2%; el uso de instrumentos cortantes o punzantes ocupó el último lugar, con el 0.2%. Los individuos de sexo femenino, a diferencia del anterior, emplearon con mayor frecuencia el "envenenamiento" (con el 53% de las defunciones), en segundo lugar el de "ahorcamiento", con 39%, en tercero "arma de fuego", y, al igual que los masculinos, el último sitio fue el empleo de "instrumentos cortantes o punzantes" con 1% (cuadro 3).

**CUADRO 3**  
**Distribución porcentual de suicidios por sexo,**  
**según método utilizado**  
**Tabasco 1984-1988**

Método	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Envenenamiento	72	15	46	53	118	21.2
Ahorcamiento	346	74	34	39	380	69
Arma de fuego	34	7.2	5	6	39	7
Instrumento punzante y/o cortante	1	0.2	1	1	2	0.3
Otros medios	10	2	1	1	11	2
Efectos tardíos	3	0.6	—	—	3	0.5
Total	456	100	87	100	553	100

Fuente: INEGI, S.P.P., S.S.P.

Contando sólo con los datos de 1987 y 1988, en la distribución porcentual de suicidios, según la ocupación, observamos que los individuos que se dedicaban a la agricultura y ganadería fueron los más afectados con el 41% de todos los suicidios, el segundo lugar lo ocuparon los obreros y operadores con el 18%, el tercer sitio correspondió a "labores del hogar", incluyéndose en éste el 97% de los casos femeninos, abarcando el 13% del total de defunciones; otro porcentaje importante fue el de "servicios y transportes" con

un 10%, los funcionarios directivos y propietarios, y los desempleados fueron la menor proporción (cuadro 4).

**CUADRO 4**  
Distribución porcentual de suicidios según la ocupación en el Estado de Tabasco 1987-1988

Ocupación	1987		1988		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Profesionales y técnicos	3	3	1	1	4	2
Funcionarios directivos y propietarios	1	1	1	1	2	1
Personal administrativo	5	6	2	2	7	3
Comerciante	4	4	2	2	6	3
Servicios y transportes	7	8	13	11	20	10
Agricultura y ganadería	39	43	47	39	86	41
Pesca	1	1	4	3	5	2
Obreros y operadores	14	16	23	19	37	18
Labores del hogar	11	12	17	14	28	13
Estudiantes	4	4	7	6	11	5
Desempleados	—	—	1	1	1	1
Otros	2	2	1	1	3	1
Se ignora	27	—	8	1	35	—
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

Fuente: certificados de defunción 1987-1988

Nota: no se incluye en el porcentaje el rubro "se ignora"

En lo que se refiere al estado civil, el 45% de los individuos de sexo masculino estaban casados, un 36% solteros, el 9% en unión libre, el 1% divorciados y el 3% viudos, resultando más afectado el grupo de los casados; por el contrario, en los del grupo femenino, el mayor porcentaje se observó entre las solteras con el 37%, en segundo lugar las casadas con el 33% —sin embargo, no consideramos significativa esta diferencia—, el 18% se encontraba en unión libre, y con un 3% respectivamente, divorciadas y viudas (cuadro 5).

**CUADRO 5**  
Distribución porcentual de suicidios según el estado civil y por sexo Tabasco 1987-1988

Estado civil	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casado	95	45	11	33	106	43
Soltero	78	36	12	37	90	36
Unión libre	20	9	6	18	26	10
Divorciado	3	1	1	3	4	2
Viudo	6	3	1	3	7	3
No especif.	12	6	2	6	14	6
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>247</b>	<b>100</b>

Fuente: certificados de defunción 1987-1988

Si nos centramos únicamente en el año de 1988, vemos que dentro de los diez primeros grupos de causas de defunción según años de vida potencial perdidos entre el grupo de 0 a 64 años de edad, el suicidio quedó en el noveno sitio, cooperando con el 3% del total de defunciones y aproximadamente 4525 años de vida potencial perdidos (cuadro 6). Sin embargo, al analizar las tasas por causas no agrupadas, el suicidio toma relevancia al ubicarse en el quinto y sexto sitio en el grupo de 15 a 24 años de edad, continuando en quinto lugar en el de 25 a 44 años.

**CUADRO 6**  
Secretaría de Salud Pública del Estado de Tabasco. Diez primeros grupos de causas de defunción según años de vida potencial perdidos entre el grupo de cero a 64 años de edad Tabasco, 1988

Orden	Causa	AVPP	%
1º	Ciertas enfermedades infecciosas; enfermedades infecciosas intestinales, tuberculosis, tosferina, tétanos, septicemia, meningitis, hepatitis viral, rabia, parasitosis intestinal, infecciones agudas de vías respiratorias superiores y bronquitis aguda, neumonía e influenza	65314	40
2º	Accidentes (E 800-949; E 980-989)	31993	20
3º	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (760-779)	25200	16
4º	Anomalías congénitas (740-759)	7258	4
5º	Tumores malignos (140-208)	7255	4
6º	Deficiencias de la nutrición y anemias (carenciales) (260-269; 280-281)	6411	4
7º	Enfermedades del corazón (390-429)	5525	3
8º	Homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otras personas (E 960-969)	4530	3
9º	Suicidios y lesiones autoinflingidas (E 950-E 959)	4525	3
10º	Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado (571)	3005	2
<b>Total</b>		<b>161016</b>	<b>100</b>

Fuente: certificados de defunción: 1988  
Departamento de epidemiología, 1989

Analizando la mortalidad por suicidios hacia el interior del Estado, los municipios que en 1988 registraron la tasa más elevada fueron, Centla con 17.4%, Nacajuca con 15.6%, Paraíso con 15.0%, Balancán 14.7%, Teapa 11.8% y Comalcalco 11.4%. Sin embargo, el municipio que registró el mayor número de casos fue el del Centro, con el 22% de las defunciones ocurridas entre 1987 y 1988, siguiéndole en orden

de frecuencia, Comalcalco con 11.3% y Centla con 10% (cuadro 7).

**CUADRO 7**  
Distribución porcentual de suicidios según municipio de residencia durante el periodo de 1987 a 1988  
Tabasco

Municipio	Nº de suicidios	Porcentaje
Balancán	9	4
Cardenas	19	8
Centla	22	10
Centro	51	22
Comalcalco	26	11
Cunduacán	12	5
E. Zapata	1	0.4
Huimanguillo	10	4
Jalapa	3	1
Jalpa de Mendez	10	4
Jonuta	3	1
Macuspana	9	8
Nacajuca	12	5
Paráiso	12	5
Tacotalpa	6	3
Teapa	9	4
Tenosique	6	3
No especificado	38	—
Otro estado	1	—
Total	269	100

Fuente: certificados de defunción

Finalmente, observamos que no existe gran variación en la distribución porcentual de suicidios según mes de ocurrencia, correspondiendo a los meses de marzo, mayo, septiembre y diciembre la mayor frecuencia, es decir, 10% respectivamente, y en febrero, con el 5% del total de casos, la menor; sin embargo, si analizamos esta distribución por municipio, parecería, sobre todo en los de mayor población, que el fenómeno se presenta por "rachas" (cuadro 8).

**CUADRO 8**  
Distribución porcentual de suicidios según el mes de ocurrencia  
Tabasco, 1988

Mes	Nº de suicidios	Porcentaje
Enero	8	6
Febrero	6	5
Marzo	14	10
Abril	10	8
Mayo	14	10
Junio	10	8
Julio	11	8
Agosto	10	8
Septiembre	14	10
Octubre	12	9
Noviembre	10	8
Diciembre	14	10
Total	140	100

Fuente: certificados de defunción

La mayor proporción de casos de suicidio en 1988 se registró en el área rural con el 64% del total, y en el

área urbana se registraron 48 defunciones por esta misma causa, alcanzando 36%. Sin embargo, al obtener el riesgo relativo, éste resultó de 0.9%, por lo que realmente el residir en áreas rurales no influye en la realización del acto suicida.

La razón de masculinidad en este mismo año resultó de 5, es decir, que por cada cinco suicidios que se presentan en los individuos del sexo masculino, sólo uno se realiza en los del sexo femenino.

## Discusión

La tendencia suicidógena en el Estado se ha mantenido estable, pero si tomamos en cuenta que por cada suicidio consumado hay entre 50 y 220 intentos de suicidio (10), se alcanza una proporción alarmante. Tabasco es un estado en vías de desarrollo y es de llamar la atención la elevada tasa de mortalidad que alcanza el suicidio, ya que puede ser comparable a países industrializados, aun cuando los factores existentes sean diferentes en cada uno. Podríamos pensar en un patrón cultural influenciado en la antigua cultura Maya, pero si así fuese, serían los habitantes de la Península de Yucatán, en donde floreció esta cultura, los que registrarían este problema.

A diferencia de otros países, el método más empleado fue el de ahorcamiento, aunque quizá es lógico debido a la dificultad de obtener armas de fuego (6). Lo más asequible es una cuerda o algún producto tóxico de los que se emplean en la agricultura o ganadería, ya que son las ocupaciones a las que se dedicaban con mayor frecuencia los suicidas.

Coincidiendo con otros estudios (19, 21), el suicidio resultó más frecuente en el sexo masculino, encontrándose aún más elevada la razón de masculinidad.

Algunas investigaciones refieren una frecuencia de suicidios mayor entre la población urbana que entre la rural, lo que en Tabasco resultó contrario al obtener un alto porcentaje de muertes en el área rural. Sin embargo, esto no resultó un factor de riesgo para la presentación del suicidio, lo cual se explica, ya que el mayor porcentaje de la población del Estado habita en esta área.

Es de gran importancia el número de muertes por suicidio que ocurren en el grupo de edad de entre 5 y 14 años. Esto nos está sugiriendo la existencia de problemas de conducta desde muy temprana edad, y quizá, de acuerdo al estudio realizado por Shaw (21), la frecuencia de idea suicida en esta edad fue de 12% en niños normales, de 24.8% en niños vistos en una clínica infantil psiquiátrica, y de 78.5% en aquéllos admitidos como pacientes psiquiátricos.

Parecería que en los municipios, los suicidios se presentan con cierta contigüidad y continuidad, sugiriendo la influencia de los medios de comunicación y el manejo del sensacionalismo en su génesis. Sin embargo, estos datos no los podemos aseverar; hay algunos estudios que tratan de probar esta asociación (3).

El estado civil de los suicidas mostró una diferencia importante en los del sexo masculino, presentando la mayor proporción de suicidios en los casados, lo cual no es significativo en los del sexo femenino.

A diferencia del estudio de Saltijeral (19), el porcentaje de personas que cometieron suicidio estando desempleadas fue mínimo. Nosotros analizamos que la mayor proporción se encontró entre los que se dedican al ramo primario de actividades, en particular a la agricultura, e investigamos el ingreso económico bajo que reciben estas gentes, por lo que podríamos entender que la asociación entre los factores socioeconómicos y el acto suicida es importante.

Es de tomarse en cuenta el subregistro que puede existir en la certificación de la defunción por suicidio, ya que influye tanto la estigmatización como la vergüenza de los familiares del suicida, lo que conduce al médico a tratar de ayudarlos asentando el hecho como algún tipo de accidente (6), existiendo la probabilidad de que el número real de suicidios sea mayor.

Existen estudios como el de Deykin (4), donde se prueba que el abuso o abandono de los niños está asociado con la conducta suicida en el adolescente, siendo un punto interesante a explorar, ya que se desconoce el problema; así también, los factores de riesgo que con mayor frecuencia se enuncian en la etiología de la conducta suicida son: depresión, desesperanza y desilusión, de los que no tenemos información en nuestro medio (2, 8, 18).

Nuevas teorías, como la prueba de supresión de dexametasona (20), que sugiere que la tendencia a cometer suicidios en pacientes con depresión endógena es exacerbada por un desorden neurobiológico, amplían aún más el campo de investigación.

Los resultados obtenidos en este estudio van con-

formando el perfil del suicidio en el Estado de Tabasco. Ahora se hace perentorio el realizar investigaciones de campo que nos permitan establecer asociación de causalidad, ya que, siendo el Estado con el índice más elevado de muertes por suicidio, amerita profundizar en su conocimiento. Actualmente existen diversos instrumentos ya probados en diferentes países, mediante los que se puede elaborar la autopsia psicológica (12, 17, 23).

El suicidio es el paso final de todo un proceso durante el cual el trabajador de la salud puede detectar alguno de los más importantes factores de riesgo que llevan al acto final, aumentando así la importancia del contacto del médico con el adolescente y el niño, dado que desde esta temprana edad se inicia el desarrollo de la idea suicida. Sin embargo, es necesario considerar que los factores que en él influyen no son universales y está la labor de determinar cuáles son los que se están presentando en nuestro Estado, por lo que se deberá dar un mayor énfasis al programa de salud mental, promoviendo con otros sectores el conocimiento del problema, con el fin de obtener su participación, dado que la génesis del mismo es multifactorial. El sistema de salud sólo podrá abarcar algunos aspectos.

#### Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al Dr. Bartolomé Reynes Berezaluce por el apoyo brindado, así como a los integrantes del Departamento de Estadística de la Secretaría de Salud por su colaboración; a la Sra. Leticia del C. Méndez por la paciente transcripción de este documento.

## BIBLIOGRAFIA

- BALON R: Suicide: can we predict it? *Comprehensive Psychiatry*, 28(3):236-241, Mayo/Junio, 1987.
- BECK A y cols: Hopelessness and eventual suicide: a year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*, 142:5 Mayo, 1985.
- BOLLEN KA, PHILLIPS DP: Imitative suicides: a national study of television news stories. *Am Sociol Rev*, 47:802-809, 1982.
- DEYKIN E y cols: A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 142:11, Noviembre, 1985.
- DURKHEIM E: *Suicide*. Spaulding JA, Simpson G (trans). Free Press, Glencoe, 1951.
- EISENBERG L: Adolescent suicide: on taking arms against a sea of troubles. *Pediatrics*, 66:315-320, 1980.
- FERDINAND A: *Art of the Maya*. Thame Sand Hudson, 1970.
- FRIEDMAN R y cols: History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients. *Am J Psychiatry*, 140:58 agosto 1983.
- HAWTON K: Assessment of suicide risk. *British Journal of Psychiatry*, 150:145-153, 1987.
- McINTIRE MS, ANGLE CR: Suicide as seen in parson control centers. *Pediatrics*, 48:914, 1971.
- Ministerio de Salud y Acción Social: Indicadores de mortalidad como componentes de los perfiles de salud (documento no editado). República de Argentina, 1988.
- MOTTO J y cols: Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *Am J Psychiatry*, 142:6, junio 1985.
- Organización Panamericana de la Salud: *Manual de Clasificación de Estadísticas Internacionales de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. OPS*, 1:230-285. Washington, D.C., 1986.
- PLATT S: Suicide and parasuicide among further education students in Edimburgh. *British Journal of Psychiatry*, 150:1983-188, 1985.
- POWER KG y cols: Life stress, medical lethality and suicidal intent. *British Journal of Psychiatry*, 147:655-659, 1985.
- ROBBINS D y cols: Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *Am J Psychiatry*, 142:5, Mayo 1985.
- ROBERTS R, VERNON S: The center of epidemiologic studies depression scale: its use in a community sample. *Am J Psychiatry*, 140:1, Enero 1983.
- ROOSEN S y cols: Depression, delusions and suicide. *Am J Psychiatry*, 140:9, Septiembre 1983.
- SALTIJERAL M, TERROBA G: Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública de México*, 29:4, 1987.
- SCULLY J y cols: Suicide by burning. *Am J Psychiatry*, 140:7, Julio 1983.
- SHAW K y cols: Suicide in children and adolescents. *Adv Pediatrics*, 34:335-356, 1987.
- TARGUM S y cols: The dexamethasone suppression test in suicidal patients with unipolar depression. *Am J Psychiatry*, 140:7, Julio 1983.
- TERROBA G, SALTIJERAL M: La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. *Salud Pública de México*, 25:3, Mayo-Junio 1983.