



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN

**EL FENÓMENO DEL SUICIDIO EN MÉXICO 2000-2002
ESTUDIO DE CASO: CIUDAD DE MÉXICO**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA
QUE PRESENTA**

BELINA MÁRQUEZ GONZÁLEZ

ASESOR: MTRO. ADALBERTO LÓPEZ LÓPEZ

MÉXICO, MAYO DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"Mi lugar no está aquí, ni en ningún lado,
no tengo aspiraciones, sólo sueños tontos que jamás se realizaron..."

Joven suicida de 22 años
10 de agosto de 2007

EL FENÓMENO DEL SUICIDIO EN MÉXICO 2000-2002
ESTUDIO DE CASO: CIUDAD DE MÉXICO

Agradecimientos

A Dios, por haberme otorgado la noción de su existencia;

A mis padres, Carlos Márquez y Alicia González, por el infinito amor, apoyo, comprensión y paciencia que siempre me han proporcionado;

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a cada uno de mis profesores de la FES-Acatlán;

Al Dr. Víctor Alejandro Payá Porres, por todos sus comentarios, sugerencias, tiempo e interés para la realización de este trabajo;

Al Lic. Carlos Alfaro Sánchez, por su apoyo incondicional en todo momento;

Especial agradecimiento a mi asesor el Mtro. Adalberto López López, por todo su impulso, apoyo, comprensión y generosidad.

A mis familiares y amigos.

A mis hijos: Manuel Adrián, Luis Eduardo y Josué Tonatiuh;

A mi esposo Adrián López;

A Lucy Segura y Elia Delia Chávez, amigas de siempre;

A Lilia Ofelia Herrera, por su apoyo;

A mi hermano Manuel Márquez, con cariño
(q. e. p. d.)

8 de Mayo de 2007

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL DEL FENÓMENO DEL SUICIDIO	17
El suicidio	18
Interpretaciones del Suicidio a lo Largo de la Historia	21
El Suicidio a partir de la Postura Siquiátrica	25
<i>Breve Historia de la Depresión</i>	25
<i>Depresión y Suicidio</i>	28
Factores Relacionados con el Riesgo del Suicidio	30
El Suicidio desde una Perspectiva de la Teoría Clásica. Emile Durkheim	35
<i>Tipos de Suicidios</i>	37
Enfoques Contemporáneos del Suicidio	41
<i>Vulnerabilidad</i>	42
<i>Características Generales del Suicidio</i>	43
CAPITULO II. CIRCUNSTANCIAS DEL SUICIDIO EN MÉXICO 2000-2002	55
Los Intentos de Suicidio en México	56
<i>Intentos de Suicidio por Mes de Ocurrencia</i>	57
<i>Intentos de Suicidio por Causa y Sexo</i>	59
<i>Intentos de Suicidio por Sitio de Ocurrencia</i>	59
<i>Intentos de Suicidio por Medio Empleado y Sexo</i>	61
<i>Personas que Intentaron Suicidarse por Grupo de Edad y Sexo</i>	62
<i>Personas que Intentaron Suicidarse por Estado Civil y Sexo</i>	64
<i>Personas que Intentaron Suicidarse por Nivel de Escolaridad</i>	67
<i>Personas que Intentaron Suicidarse por Condición de Actividad y Ocupación</i>	69
Los Suicidios en México	71
Análisis Geográfico del Suicidio en México	75
<i>Suicidio por Rangos de Concentración</i>	76
Características del Suicidio en México	79
<i>Suicidios por Mes de Ocurrencia</i>	79
<i>Suicidios por Causa y Sexo</i>	81
<i>Suicidios por Sitio de Ocurrencia</i>	82
<i>Suicidios por Medio Empleado y Sexo</i>	84
<i>Suicidios por Grupo de Edad y Sexo</i>	86
<i>Suicidios por Estado Civil y Sexo</i>	87
<i>Suicidios por Nivel de Escolaridad</i>	90
<i>Suicidios por Condición de Actividad y Ocupación</i>	93

	<i>Pág.</i>
CAPITULO III. ESTUDIO DE CASO: EL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, 2000-2002	97
Perfil Sociodemográfico de la Ciudad de México	98
<i>Distribución de la Población</i>	98
<i>Estructura y Composición de la Población</i>	99
<i>Educación</i>	100
<i>Empleo</i>	101
<i>Principales Causas de Muerte en la Población</i>	104
<i>Composición y Estructura de la Familia</i>	104
<i>Fenómenos que Atentan Contra la Seguridad de las Familias en la Ciudad de México</i>	106
Los Intentos de Suicidio en la Ciudad de México, 2000-2002	108
Los Suicidios en la Ciudad de México, 2000-2002	112
<i>Análisis del Suicidio en el Distrito Federal por Contorno Territorial</i>	121
CONCLUSIONES	129
BIBLIOGRAFÍA	133
Índice de Tablas, Gráficos y Mapas	136

INTRODUCCIÓN

8 de Septiembre de 2004, Ginebra. El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de los costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que para el año 2020 las víctimas podrían ascender a 1.5 millones.

Cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos; el suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo; se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras; es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas. Declaraciones de la Dra. Catherine Le Galés-Camus, Subdirectora General de la OMS para enfermedades no transmisibles y salud mental.

Según cifras a escala global, el suicidio representa el 1.4 por ciento de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá, en la región del Pacífico Occidental representa el 2.5 por ciento de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. Para el año 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio y conflictos bélicos —500,000 y 230,000 casos respectivamente—.

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se registran en Europa del Este y las más bajas en América Latina, así como en los países musulmanes y asiáticos —es importante aclarar que se cuenta con poca información sobre los casos de suicidio en los países africanos—. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes entre 15 y 25 años.

El comportamiento suicida a nivel mundial está determinado por un gran número de causas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, la discusión o la ruptura de relaciones sentimentales y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio.

Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y la interacción social, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva.

Asimismo, existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios entre los

grupos de riesgo, así se ha observado en países como Finlandia y el Reino Unido. Las intervenciones basadas en el principio de conexión social y el fácil acceso a la ayuda, como las líneas de ayuda benévola y los programas de chequeo telefónico de las personas de edad, han tenido resultados alentadores. Además, las intervenciones psicosociales, los centros de prevención del suicidio y la prevención escolar son todas ellas estrategias prometedoras.

Con la ayuda de expertos de todo el mundo, la Organización Mundial de Salud (OMS) ha elaborado una serie de directrices para distintos públicos llamados a tener un papel esencial en la prevención del suicidio, incluidos profesionales sanitarios, personal docente, funcionarios de prisiones, profesionales de los medios de comunicación y personas que han intentado suicidarse.

Por otro lado existen datos que indican que las noticias de suicidios contenidas en los medios de comunicación pueden llevar a algunos a emular esos actos. Los medios de comunicación influyen y contribuyen de forma destacada a reducir o provocar el estigma y la discriminación asociados a los comportamientos suicidas y los trastornos mentales.

El suicidio en México, al igual que en el resto del mundo es un problema con amplias conexiones sociales, psicológicas, personales, y con diferentes implicaciones de salud pública. El suicidio ocupa un lugar entre las primeras diez causas de muerte, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud.

Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1,110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia,

religión, posición socioeconómica¹. En nuestro país constituye la décima causa de muerte en personas en edad productiva en el ámbito nacional y alcanza una tasa de 4.94 defunciones por cada 100,000 habitantes².

En el Distrito Federal en particular, el suicidio para el año 2000 fue la décimo octava causa de mortalidad general con una tasa de 3.7 fallecimientos por cada, 100,000 habitantes³.

En México, el análisis de los últimos seis años muestra una tendencia ascendente de los suicidios, que se hace más manifiesta al ampliar el período de análisis: entre los años de 1990 y 2002, los suicidios se han duplicado en las mujeres y ha crecido más del cincuenta por ciento en los hombres.

En 1990, la tasa de suicidios en mujeres entre 11 y 20 años era la más baja de cualquier grupo de edad y actualmente representa el doble de la tasa en mujeres de 65 años o más; de hecho, los suicidios se ubican entre las tres primeras causas de muerte en mujeres en este grupo de edad, sólo por debajo de los accidentes vehiculares y en el mismo nivel que las leucemias. En los hombres, por su parte, la tasa más alta de suicidios se sigue observando entre los adultos mayores, pero los incrementos más acelerados —de más de cincuenta por ciento— se presentan en individuos menores de 40 años.

A pesar de que los suicidios se han incrementado preocupantemente en las mujeres, particularmente en las menores de 20 años, la tasa de mortalidad por suicidios es cinco veces más alta en hombres que en mujeres. Las diferencias entre los Estados de la República también son marcadas y desde hace varios

¹ 14. Riera Betancourt C, Alonso Fernández O, Chaarnas E. La conducta suicida y su prevención. SL: Sn, 1990.

² Secretaría de Salud. Anuario de mortalidad 2000. Disponible en: www.ssa.gob.mx.

³ Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Anuario de mortalidad 2000. Disponible en: www.salud.df.gob.mx.

años las cifras más altas se han presentado en los Estados del Sur-Sureste mexicano.

En Aguascalientes, Yucatán y Nayarit, las cifras se han incrementado a un ritmo más acelerado que en las otras entidades en los últimos años, creciendo a un ritmo superior a 20 por ciento anual.

El análisis retrospectivo demuestra que en 1970 ocurrieron 554 defunciones por suicidio en todo el país, y 2,603 en 1994. Durante este período la tasa de suicidios pasó de 1.13 por cada 100 mil habitantes en 1970 a 2.89 por cada 100 mil habitantes en 1994, un aumento de 156 por ciento⁴.

En términos de la mortalidad proporcional, el suicidio pasó de 0.11 por ciento al 0.62 por ciento de todas las defunciones. Las tasas más elevadas se observan en la población masculina, especialmente en adultos mayores. En 1994 los Estados de Tlaxcala y México registraron las tasas más bajas, mientras que el Sur-Sureste del país reportó las tasas más altas, en Tabasco con 9.74 y en Campeche con 7.78 por cada 100 mil habitantes. Por otro lado, también se encuentran tasas elevadas en los Estados de Colima, Tamaulipas y Chihuahua.

Los cambios en la tasa de suicidio no se dieron de manera uniforme, sino que hubo momentos dramáticos para la serie en cuestión. Así, entre 1973 y 1974 hubo un incremento del 222.05 por ciento en la mortalidad por suicidio para ambos sexos. A partir de 1974 la tasa de suicidio entra en un nuevo escalón, relativamente constante hasta 1985. De 1984 a 1985 la tasa de suicidio para la población total se incrementó en 64.56 por ciento, y entra así en otro nivel. Para el conjunto de la población, el suicidio se incrementó en 156 por ciento entre 1970 y 1994.

⁴ Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del Suicidio en México de 1970 a 1994.

En 1994 el medio más utilizado por los hombres fue el ahorcamiento con el 53 por ciento de todas las muertes por suicidio, mientras que para las mujeres el ahorcamiento y la ingestión de sustancias tuvieron porcentajes muy similares 33 y 32 por ciento respectivamente. El uso de arma de fuego y explosivos le siguió en importancia para los hombres con 33 por ciento y para las mujeres 35 por ciento. Durante el periodo 1970-1994, en los hombres se incrementó el uso de ahorcamiento y armas de fuego, de tal manera que en 1994 estas dos causas dan cuenta de casi el 90 por ciento de todos los suicidios masculinos.

En 1995, 232 personas intentaron suicidarse, para el año 2000, lo intentaron 429, es decir, casi el doble. En el período 1995-2000, es relevante destacar que las tasas más elevadas de suicidio se encuentran en esta ocasión, en el Distrito Federal y Veracruz, siguiéndoles en importancia y en orden descendente Chihuahua, Tabasco, Jalisco y Yucatán.

Con respecto a los 232 intentos de suicidio registrados en 1995, estos se identificaron con una tendencia ascendente y un ritmo de crecimiento medio anual de 10.8 puntos porcentuales. Mientras que la información censal para el suicidio presenta para el año de 1995, 2,428 suicidios en todo el país. El medio utilizado con mayor frecuencia en los intentos de suicidio fue la intoxicación por medicamentos en 46 por ciento de los casos, mientras que 65 por ciento de los suicidios ocurrieron por estrangulación. Al examinar el comportamiento suicida entre mujeres y hombres destacó la mayor proporción de población femenina con intento de suicidio en una relación de 1.3 por cada persona del sexo masculino. En tanto que entre quienes se suicidaron, la proporción observada mostró 5.3 hombres por cada mujer.⁵

⁵ INEGI. "Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios" Edición 2001. Serie Boletín de Estadísticas Continuas Demográficas y Sociales.

Para el año 2000 se presentaron 429 intentos de suicidio en todo el país y 2,736 casos de suicidio con una tasa de crecimiento promedio anual de 2.01 puntos porcentuales. Es decir, ascendió a 2,660 el volumen de casos registrados en los once años más recientes⁶.

Por lo anteriormente referido, esta investigación nos conlleva a iniciar un proceso de reflexión y de exploración sobre el fenómeno del suicidio en México, siempre con la intención de aportar a su reducción y comprensión.

La presente investigación es un estudio documental exploratorio retrospectivo de carácter descriptivo, que se realiza con el fin de analizar la tendencia y el comportamiento estadístico y la distribución geográfica (mapas temáticos) de los intentos de suicidio y el suicidio. El análisis que se propone abarcará el territorio nacional, desprendiendo como estudio exploratorio de caso la Ciudad de México, Distrito Federal.

Principales Fuentes de Información:

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
- Secretaría de Salud.
- Anuario de Mortalidad 2000.
- Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Herramientas Metodológicas Aplicables:

- Estadística e inferencia estadística.
- Sistemas de Información Geográfica (SIG's).

⁶ La última cifra oficial que se registra antes de terminar esta investigación, es para el año 2005 con: 227 intentos de suicidio y 3,553 suicidios ocurridos a nivel nacional.

Análisis de Variables (por Intento de Suicidio y Suicidio):

- Sexo, edad, estado civil, ocupación, causa de suicidio, lugar, fecha, medio utilizado y mes de ocurrencia, principalmente.

Procesamiento de la Información: El procesamiento de los datos y la construcción de resultados, se realizará a través de la presentación de cuadros estadísticos, gráficos y mapas temáticos. Software utilizados: Microsoft Office (Word, Excel, Power Point) y Map-Info 5.5.

El objetivo general de la presente tesis: Analizar el fenómeno del suicidio en México.

Objetivos particulares:

- Describir las causas psicosociales de la conducta suicida en México.
- Obtener un panorama del comportamiento suicida en nuestro país.
- Describir las principales características sociodemográficas de la población suicida en México.
- Integrar y analizar la información conceptual, estadística y geográfica del fenómeno del suicidio a nivel nacional y local (Distrito Federal).
- Analizar la distribución geográfica de los suicidios en el Distrito Federal.
- Impulsar nuevas estrategias de estudio, que ahonden en el fenómeno del suicidio.

El período de análisis comprende los años 2000, 2001 y 2002, el motivo principal para tomar este período de análisis es la homogeneización de variables (el formato de captación de datos utilizado por el INEGI, contempla las mismas variables para los tres años a los que se refiere la investigación).

Cabe señalar que para el ámbito nacional el análisis recaerá a nivel estatal, para el estudio y análisis de la Ciudad de México, Distrito Federal, la información estadística y geográfica se desagregará a nivel Delegación Política, tomando como fuente al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

En el primer capítulo se presentan las principales definiciones de suicidio, un panorama histórico en torno a éste, la teoría clásica, así como el enfoque contemporáneo del suicidio, además de la determinación de señales y síntomas del riesgo de suicidio.

El segundo capítulo aborda los intentos de suicidio y los suicidios a nivel nacional para los años 2000, 2001 y 2002, presentándolos por medio de cuadros estadísticos, gráficos y mapas temáticos para su mejor comprensión; por mes de ocurrencia y sexo, causa y sexo, medio empleado y sexo, por sitio de ocurrencia, por grupo de edad y sexo, estado civil y sexo, nivel de escolaridad, por residencia de área rural o urbana, y finalmente por ocupación y sexo.

El tercer capítulo inicia presentando el aspecto sociodemográfico del Distrito Federal. Se presenta el intento de suicidio y suicidio mediante cuadros estadísticos, gráficos y mapas temáticos por Delegación Política y año de ocurrencia, por mes de ocurrencia y sexo, por causa y sexo, por medio empleado y sexo, por sitio de ocurrencia, por grupo de edad y sexo, por estado civil y sexo, por nivel de escolaridad, por ocupación y sexo, y por área rural o urbana del Distrito Federal. Además se presentan cruces de información de registros de suicidio con las variables más significativas conforme a la delimitación realizada por el *Programa de Ordenación de la Zona Metropolitana del Valle de México*.

Con base en esta delimitación de contornos territoriales, se han graficado los diferentes escenarios del comportamiento del fenómeno del suicidio, presentado en las 16 Delegaciones Políticas que integra el territorio de la Ciudad de México.

Primordialmente este estudio ayudará entre otros aspectos a determinar las principales causas que pudieran estar agravando el fenómeno a nivel nacional y local (Distrito Federal). Por otro lado ilustrará las correlaciones de incidencia de suicidio en cuanto a mes de ocurrencia, lugar y causa que motivó el acto. La presente investigación proporcionará información que será útil a toda persona e institución pública interesada en el tema y para posteriores investigaciones.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL DEL FENÓMENO DEL SUICIDIO

El Suicidio.

Según el Diccionario Enciclopédico Espasa define suicidio: del latín, *sui*, de sí mismo, y *caêdere*, matar. Acción y efecto de suicidarse. Se aplica hiperbólicamente al hecho, proyecto o conducta que perjudica, o puede perjudicar, a la persona que lo realiza.⁷

También se definen como:

- Se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.⁸
- Daño agudo y deliberado a sí mismo; daño mortal a uno mismo.⁹
- El término acto suicida denota una lesión a sí mismo con diversos grados de intención mortal y de conciencia del motivo.
- Suicidio significa un acto suicida con resultado mortal. Organización Mundial de la Salud, 1968.¹⁰
- Deliberado acto consciente, realizado por una persona con la intención de poner fin a su vida. Kastenbaum, 1976.¹¹
- Hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza el acto que debe poner fin a su vida, sabe con toda certeza lo que tiene que resultar de él.¹²

Desde el punto de vista moral, pocas doctrinas han aprobado el suicidio, el estoicismo, sin embargo, lo consideraba una virtud, pero solamente en el caso

⁷ Diccionario Enciclopédico Espasa. Tomo 27. Editorial Espasa Calpe, S.A. Madrid. 1993.

⁸ El Suicidio. Durkheim, Emile. Ed. Premia. México 1990, p.16.

⁹ ¿Deseos de muerte? Morgan, H.G. Fondo de Cultura Económica, 1983 p. 9.

¹⁰ Morgan, H.G. Op cit. p. 24

¹¹ Morgan, H.G. Op cit. p 25.

¹² Durkheim, Op. cit., p.17.

de que alguien no pudiera ser consecuente consigo mismo en la sociedad y en el mundo donde se encontraba. La tentativa de suicidio está penalizada en las legislaciones de influencia anglosajona excepto en los casos de perturbación mental. Las legislaciones inspiradas en el modelo napoleónico sólo castigan el auxilio o instigación a aquél. En España, el hecho de prestar auxilio o inducir al suicidio constituye dos modalidades de un mismo delito autónomo. En el primer caso se castiga al que presta los medios materiales o coopera a su ejecución, en el segundo, al que instiga de forma directa y eficaz a cometerlo. En ambos supuestos existe el delito aunque no se consume el suicidio, siendo indiferente los móviles que, en todo caso, podrán estimarse como atenuantes específicas.¹³

El suicidio es la muerte auto-infligida intencionadamente. Según Edwin Scheneidman definió el suicidio como “el acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas”. El suicidio no es un acto realizado al azar, es la salida a un problema o a una crisis que invariablemente está causando intenso sufrimiento.

El suicidio se asocia a frustraciones o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alternativas, y una necesidad de escapar. La persona suicida emite señales de angustia.

“El suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un

¹³ Gran Enciclopedia Larousse. Tomo 18. Editorial Planeta, S.A. Barcelona, España, 1973.

contexto familiar-social vulnerable que no puede impedirlo. El suicidio es la autodestrucción voluntaria de la propia vida”.¹⁴

Erwin Stengel, investigador y estudioso de esta problemática, explica que “el suicidio parece ser la acción más personal que un individuo pueda asumir; sin embargo las relaciones sociales juegan un papel importante en su causalidad, pues posee un profundo impacto social; y aunque parece dirigido solamente a la destrucción de sí, es también un acto de agresión contra los otros”.¹⁵

“Es indudable que la raíz del suicidio lo constituyen los motivos conflictivos interpersonales. Pero también y de modo fundamental el contexto histórico-social da significado al acto autodestructivo”.¹⁶

Para Farmer¹⁷ el suicidio es un tipo de comportamiento específicamente motivado hacia las conductas destructivas.

En su artículo “Duelo y Melancolía”, Freud establece su creencia de que el suicidio representa la agresión dirigida hacia dentro contra un objeto introyectado, ambivalentemente libidinoso. Freud dudaba que pudiera existir un suicidio sin el deseo prematuro reprimido de matar a alguien más.

Basado en los conceptos de Freud, Karl Menninger en “El hombre contra sí mismo” entiende el suicidio como un asesinato retroflejo, un homicidio invertido como resultado de la cólera de una persona contra otra persona, que es dirigida hacia el interior o usada como una excusa para el castigo. También describió

¹⁴ Marchiori Hilda. “El Suicidio”, Enfoque Criminológico. Segunda Edición. Editorial Porrúa. México. 2000.

¹⁵ Erwin Stengel, Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas, Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.

¹⁶ Marchiori Hilda. Op, cit.

¹⁷ R. Farmer. “Assessing the Epidemiology of Suicide and Parasuicide”, British Journal of Psychiatry, 1988.

un instinto de muerte auto-dirigido (el concepto Thanatos de Freud) y tres componentes del suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

Los suicidiólogos contemporáneos no creen que una psicodinámica específica o una estructura de personalidad se relacionen con el suicidio. Sin embargo han escrito lo mucho que se puede aprender sobre la psicodinámica de las personas suicidas a partir de sus fantasías sobre lo que les ocurriría o cuáles podrían ser las consecuencias si ellos se fueran a suicidar. Tales fantasías a menudo incluyen deseos de venganza, poder, control, o castigo, para expiación de una culpa, sacrificio o reparación para escapar o dormir o para salvarse, renacer, reunirse con la muerte o una nueva vida. Las personas suicidas que tienen más probabilidad de llevar a cabo las fantasías suicidas son aquellas que han sufrido la pérdida de un objeto amado o han sufrido un daño narcisista, los cuales experimentan afectos abrumadores como la ira y la culpa, o se identifican con una víctima suicida.

Las personas deprimidas pueden hacer intentos de suicidio cuando parece que se recuperan de su depresión, y una tentativa puede causar una depresión más duradera, especialmente si satisface la necesidad del suicida de castigarse. Muchos suicidas utilizan el suicidio como una forma de rechazo a la depresión insoportable y al sentimiento de desesperanza. En un estudio de Aarón Beck, se encontró que la desesperanza es uno de los indicadores más precisos a largo plazo del riesgo suicida.

Interpretaciones del Suicidio a lo Largo de la Historia.

El suicidio siempre ha existido en todos los grupos y en todas las sociedades de las que aún existe testimonio documental, tomando diferentes interpretaciones y significados a lo largo de la historia, siempre ha intrigado al

hombre. Las razones del suicidio continuamente han reflejado las condiciones sociales particulares que han prevalecido en determinada época.

En la antigüedad, tanto el suicidio como el homicidio estaban prohibidos por la ley religiosa de los “Diez Mandamientos”, el quinto: “no matarás”, que quería decir “no matarás a los demás” y, “no te matarás a ti mismo”. No era frecuente que éste se presentara entre los judíos de aquella época y si llegaba a suceder era para liberarse de las consecuencias de la derrota política o militar; por lo que la sociedad judía de esta manera no imponía sanciones.

En la India, se consideraba en el suicidio la mejor manera de llegar inmediatamente al estado superior de la vida y del ser, a la nada. Entre los griegos y los romanos, las circunstancias que comúnmente rodeaban al suicidio también eran militares o políticas, como la necesidad de mantener el honor, o de evitar la captura, la humillación y la muerte infame. Los estoicos griegos y romanos profesaban desprecio a la condición humana, así como resentimiento contra el mundo y contra el propio yo: sus enseñanzas explícitamente condonaban el suicidio, sobre todo en beneficio de la patria, por el bien de los amigos o a causa de un dolor intolerable, de mutilación o de enfermedad incurable. De hecho, en Grecia, si había razones para que alguien se quitara la vida, el Senado permitía hacerlo bebiendo la cicuta.¹⁸ En Roma, lo que se castigaba era la tentativa de quitarse la vida cometida por un soldado o por un reo ya condenado, quien tenía el deber de enfrentar el castigo por el delito cometido.

Los primeros cristianos frecuentemente eligieron el martirio voluntario, motivo muchas veces causa de vergüenza para sus opresores. Desde luego, su

¹⁸ Hierba de unos 2 metros de alto, con tallo rollizo, hueco, manchado de color purpúreo en la base y muy ramoso en lo alto; hojas blandas fétidas, y divididas en gajos; flores blancas, pequeñas, y semilla negruzca menuda. El zumo de esta hierba, cocido hasta la consistencia de miel dura, es venenoso.

aliciente en sus creencias religiosas les daría la vida eterna en el otro mundo. El suicidio ejerció entonces, una gran fascinación sobre los cristianos durante los tres primeros Siglos después de Cristo, especialmente en la Roma Imperial. Pero Siglos más tarde, se fue adquiriendo una actitud muy distinta, en la que el suicidio fue severamente condenado, y se le consideró un pecado. Esto inició cuando San Agustín (354 - 430 d. C.) lo calificó de “pecado mayor que ningún otro que se pudiera evitar al cometerlo”¹⁹. La gravedad implica que viola el quinto mandamiento, usurpa la función del Estado y de la Iglesia, además de que evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios. La Iglesia Católica condenó al suicida, y el Derecho Canónico legisló acerca del suicida, declarándolo un homicida, negándole a su cuerpo sepultura en lugar cristiano. En el año 563 se castigó también a los parientes y amigos del suicida, al prohibir evocar la memoria de la víctima en la santa misa. Durante los Siglos XII y XIII se castigaba con medidas más severas a los parientes, confiscándoles la Iglesia todos los bienes familiares.

En cuanto al suicidio en masa, este ha ocurrido a intervalos regulares a través de los Siglos. Generalmente al ser perseguido un grupo y ver amenazada su existencia por individuos externos a él, inmediatamente las profundas convicciones religiosas aparecen frecuentemente como la fuerza unificadora del grupo. Ese poderoso sentido de lealtad interna suele ver el suicidio como la única solución. Un ejemplo de suicidio colectivo se produjo durante la época de la conquista española cuando los indígenas de la etnia en Chiapas, antes de aceptar la dominación española, se arrojaron al Cañón del Sumidero que forma el Río Usumacinta en Chiapas. Las descripciones históricas del suicidio, relatan que las fuerzas sociales que unen al individuo con sus semejantes o que contribuyen a la cohesión de una comunidad son de gran importancia, y cuando estas son gravemente amenazadas, pueden dar por resultado un comportamiento autodestructivo.

¹⁹ Op, Cit. p. 7.

Siempre ha existido un elemento de temor en la reacción del hombre hacia la autodestrucción deliberada, y por supuesto que éste se remonta hasta antes del cristianismo. Se refiere a lo que podría sucederle al suicida después de su muerte, y las repercusiones lógicas que tendría su suicidio sobre los que lo sobrevivieran. Para el cristianismo ortodoxo medieval, el alma de un suicida se condena al infierno por toda la eternidad.

Las actitudes de comprensión y ayuda para los que estaban en peligro de suicidarse ganaban fuerza en el Siglo XVIII, pues existía la preocupación de que el suicidio pudiera aumentar en incidencia y alcanzar proporciones epidémicas.

En la Edad Media no existía la palabra suicidio y se les llamaba *desesperados* a quienes se quitaban la vida.²⁰ Entonces se imponían tres castigos después de un suicidio. El primero era la degradación del cadáver, arrastrándolo por las calles cabeza abajo, a lo que seguía su inhumación en tierra no consagrada. Esto se hacía frecuentemente en un cruce de caminos con una estaca atravesada en el corazón y una piedra en la cabeza. Tal costumbre se siguió practicando en Londres hasta 1823. Tenía por objeto inmovilizar el cuerpo para que el espíritu no regresara a dañar o rondar a los vivos. En muchos países europeos seguían decomisándose los bienes de los suicidas hasta gran parte del Siglo XIX.

El suicidio se relacionaba particularmente con los ingleses y llegó a ser conocido como el “mal de los ingleses”, se consideraba como una enfermedad en una tierra cuyos habitantes mostraban fundamentalmente una melancolía en

²⁰ Ma. Luisa Rodríguez Sala y Martha Castro Rivera. Algunas Consideraciones Sociológicas sobre el Suicidio. Jóvenes, Revista de Estudios sobre Juventud. Edición: Cuarta época, año 3, no. 8. México, D.F. enero-junio 1999.

temperamento. Esta característica se le atribuía generalmente al clima extremo, la comida pesada, la riqueza, aunado a la vida sedentaria en ciudades grandes y populares.

El movimiento romántico conllevó a una glorificación de la muerte, así como la novela de Goethe (1749-1832) las cuitas del joven Werther, todo esto acentuó el temor de que la incidencia del suicidio llegara a aumentar de manera considerable a causa de la moda y de la imitación.

A partir de la evolución del pensamiento en el Siglo XIX, la comprensión del suicidio se polarizó básicamente en dos enfoques: por un lado, sociólogos como Emile Durkheim (1858-1917) hicieron hincapié en la importancia del medio social; a la par, se desarrolló la idea del trastorno mental con correlaciones neuropatológicas. En la postura sociológica, tenemos la búsqueda estadístico-social de los factores del individuo, mientras que la psiquiatría se inclina a la opinión de que sólo es aplicable el estudio exhaustivo de los factores intrapsíquicos del individuo; esto es, el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia, y otros trastornos mentales.

La avenencia entre estos dos puntos de vista sigue siendo uno de los mayores desafíos para todo intento de comprender e impedir el suicidio.

El Suicidio a partir de la Postura Siquiátrica.

Breve Historia de la Depresión.

La depresión ha existido desde la antigüedad, puesto que se pueden encontrar en textos muy antiguos descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo. Aproximadamente en el 400 a.C., Hipócrates utilizó los términos de “manía” y “melancolía” para designar trastornos mentales. El término siguió siendo utilizado por otros autores médicos como Areteo (120-

180), Galeno (129-199), y Alexander de Tralles en el Siglo VI. El médico judío Moses Maimónides en el Siglo XII consideró la melancolía como una enfermedad concreta. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamó *maniaco-malancholicus*.

En 1854 Jules Falret describió una patología a la que llamó *folie circulaire*, en la cual el paciente experimenta de forma alternativa estados de depresión y estados de manía. Casi al mismo tiempo, otro psiquiatra francés, Jules Baillarger definió la *folie à double forme* en la cual los pacientes se iban deprimiendo cada vez más del cual finalmente se recuperaban. En 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum, utilizando el término “iclotimia” describió la manía y la depresión como estados de la misma enfermedad.

La definición del Oxford English Dictionary para la palabra depresión sigue vigente: “la palabra proviene del verbo latino *hundir, presionar hacia abajo*.”²¹ El origen se relaciona directamente con la mayoría de las acepciones que se le han asignado a deprimir, tales significados en uso desde el Siglo XV implican la idea de un “menoscabo en la condición o fortuna” actualmente se emplea sobre todo en el sentido de un decaimiento anímico; del Siglo XIX en adelante la palabra depresión se aplicó en medicina para denotar una disminución en las funciones o potencias vitales, o bien, para expresar la condición de ánimo abatido.

El humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas clave de la depresión. Las personas pueden comentar que se sienten tristes, desesperanzados, sumidos en la melancolía e inútiles. El humor deprimido a menudo posee una cualidad característica que le diferencia de un estado normal de tristeza o duelo. Los pacientes describen con frecuencia el síntoma

²¹ Highkin, E, “Current Concept of Depression”. Londres, Medical Psychology Unit. University of Cambridge, 1980. p. 1.

de la depresión como un dolor emocional que es una agonía, estas mismas personas se quejan de ser incapaces de llorar.

Dos tercios de las personas deprimidas se plantean el suicidio y entre un 10 y 15 por ciento llegan a cometerlo. Casi un 97 por ciento de las personas deprimidas manifiestan una pérdida de energía que dificulta la finalización de las tareas, empeora el rendimiento escolar y laboral, y disminuye la motivación para emprender nuevos proyectos. Un 80 por ciento de las personas deprimidas presentan dificultades para dormir, en especial de despertar precoz, y múltiples despertares durante toda la noche que aprovechan para rumiar sobre sus problemas. Muchas personas pierden el apetito y en consecuencia peso; algunos sin embargo aumentan el apetito ganan peso y sufren hipersomnias.

La ansiedad es de hecho, un síntoma común en la depresión y afecta a un 90 por ciento de las personas con depresión. Los cambios que se manifiestan en la ingesta y el sueño pueden agravar patologías médicas ya existentes como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, y las enfermedades cardiovasculares.

El retardo psicomotor generalizado es el síntoma más común, aunque en algunas personas también puede observarse estados de agitación, especialmente entre los ancianos. El retorcimiento de las manos y los estirones de pelo son los síntomas más frecuentes de agitación. Generalmente una persona deprimida tiene una postura encorvada, sus movimientos espontáneos están muy restringidos y su mirada es la de una persona abatida.

En las personas deprimidas es común la visión negativa del mundo y de sí mismos, evidencian una reducción en la velocidad y volumen de su discurso. El contenido de su pensamiento suele incluir ideas sobre pérdidas, culpa, suicidio

y muerte. Entre un 50 y 75 por ciento de personas deprimidas presentan alteraciones cognitivas también conocidas como pseudodemencia depresiva, suelen quejarse de dificultades de concentración y frecuentes olvidos.

Depresión y Suicidio.

- La depresión es un estado de profunda tristeza, de grave vulnerabilidad individual, provocada por pérdidas significativas en la vida del individuo.
- La depresión siempre conlleva ideas de muerte por la desvalorización interior en la que se encuentra el individuo. La tristeza invade toda la personalidad.
- El suicidio puede ocurrir en la mayoría de las enfermedades mentales, pero la depresión o melancolía es el trastorno mental con más alto riesgo de suicidio.²²

Al parecer en el desencadenamiento del proceso depresivo siempre existen elementos de pérdidas reales pero en muchos casos son pérdidas sobrevaloradas.²³

Para Henry Ey²⁴ la depresión es un sentimiento de dolor moral caracterizado por la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras.

Depresión es la reacción emocional manifestada por sentimientos de tristeza, soledad, rechazo, fracaso o desesperanza. Se considera como indicativa de enfermedad mental cuando se halla en desproporción con las circunstancias o cuando persiste después de un tiempo razonable y el sujeto no hace ningún esfuerzo para salir de ese estado o para luchar con las circunstancias que lo

²² Stengel. "Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas". Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.

²³ H. Marchiori. "Delito y Personalidad". Marcos Lerner Editora, Córdoba, 1984.

²⁴ Henry Ey, Bernard P. Brisset. "Tratado de Psiquiatría". Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1961.

generaron. La depresión suele iniciarse con una situación de pérdida real que afecta al individuo, separación, muerte, abandono. Esta pérdida significa una etapa de duelo y tristeza.

El sentimiento del depresivo es haber sufrido una significativa pérdida dentro de sí. La vulnerabilidad por la pérdida provoca las ideas de muerte y el suicidio. Diego García Reynoso señala que: “El síntoma principal del depresivo es la tristeza; la depresión simple y pasajera, la depresión neurótica, el duelo normal, el duelo patológico, la melancolía, todos son estados psíquicos que representan la pérdida del objeto amado”.²⁵

- La persona que intenta suicidarse o que intencionalmente o voluntariamente destruye su vida, presenta una acentuada vulnerabilidad emocional, familiar y social.
- La depresión por pérdidas reales, concretas y muy importantes en su vida, constituye la base de los comportamientos suicidas.
- El suicida produce un comportamiento irreversible para sí, para su familia y para la sociedad.
- Todo intento de suicidio pone en riesgo la vida de la persona y existe el peligro de las repeticiones o reincidencias autodestructivas.
- El suicida daña moralmente a su familia, a la sociedad y a la cultura a la cual pertenece.
- Sería viable pensar, tal vez, a través de las instituciones en una sanción —reproche moral— a la persona que atente contra sí misma para su autodestrucción.
- Se requiere reforzar las medidas asistenciales y de prevención del suicidio.

²⁵ García Reynoso “Depresión, Melancolía y Manía”. Ed. Visión, Buenos Aires, 1975.

- Son necesarios mayores programas de educación, salud y sociales para cuidar la vida de las personas.

Con respecto a la sintomatología, descripciones de criminólogos y personal especializado de salud, señalan:

- a) Retraimiento. El individuo se aísla de su medio social y familiar. Se aleja de sus intereses cotidianos.
- b) Pérdida de interés por las relaciones interpersonales, por sus familiares y amigos, por su actividad principal.
- c) Mínima preocupación por su trabajo y sus actividades predilectas.
- d) Insomnio. Problemas en la alimentación, las relaciones sexuales.
- e) Interés llamativo por la muerte y los temas vinculados a ella, entre ellos el suicidio.
- f) Preparativos inesperados para la muerte, preocupación por sus cosas, sus deudas y documentos, etc.
- g) Un deseo repentino de desprenderse de sus objetos más preciados.
- h) Interés en la compra de armas, sogas, drogas, etc.
- i) Un sentimiento de desamparo y de vulnerabilidad, de indefensión.

Factores Relacionados con el Riesgo del Suicidio.

Los factores más generales del suicidio se detallan en el los cuadros siguientes²⁶:

²⁶ Entre las características de alto riesgo figuran la edad aproximada de 45 años, sexo masculino, dependiente del alcohol, conducta agresiva, conducta suicida previa y hospitalización psiquiátrica previa. Además Según Harold Kaplan y Benjamín J. Sadock, el suicidio se agrupa en factores asociados de alto riesgo y asociados de bajo riesgo. Ringel E, ha conseguido establecer un “síndrome presuicidal” y formularlo de manera especialmente clara: 1) Angostamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica, aislamiento y estancamiento de las energías psíquicas; 2) Inhibición de la agresividad: las agresiones que

Factores Relacionados con el Riesgo de Suicidio, por Orden de Jerarquía
Edad (45 o más)
Dependencia del alcohol
Irritabilidad, cólera, violencia
Conducta suicida previa
Hombre
Reacio a aceptar ayuda
Duración del episodio de depresión mayor de la normal
Previo tratamiento psiquiátrico interno en un hospital
Reciente pérdida o separación
Depresión
Pérdida de la salud física
Desempleado o jubilado
Soltero, viudo o divorciado

Fuente: Harold, Kaplan, Benjamín J, Sadock. "Sinopsis de Psiquiatría. Ciencia de la Conducta Psiquiátrica Clínica". Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina, 1996, p. 829.

Evaluación del Riesgo de Suicidio		
Variable	Alto Riesgo	Bajo Riesgo
Perfil demográfico y social		
Edad	Alrededor de los 45 años	Menor de 45 años
Sexo	Hombre	Mujer
Estado civil	Divorciado o viudo	Casado
Trabajo	Desempleado	Empleado
Relaciones interpersonales	Conflictivas	Estable
Ambiente familiar	Caótico o conflictivo	Estable
Salud		
Física	Enfermedad crónica	Buena salud
	Hipocondríaco	Sentirse sano
	Consumo excesivo de sustancias	Escaso consumo de sustancias
Mental	Depresión grave	Ligera depresión
	Psicosis	Neurosis
	Trastorno de la personalidad grave	Personalidad normal
	Abuso de sustancias	Bebedor social
	Desesperanza	Optimismo
Actividad suicida		
Ideación suicida	Frecuente, intensa, prolongada	Infrecuente, baja intensidad, transitoria
Tentativa de suicidio	Múltiples tentativas	Primera tentativa
	Planificada	Impulsiva
	Recuperación improbable	Inevitable recuperación
	Inequívoco deseo de morir	Principal deseo de cambiar
	Comunicación internalizada (autoculpa)	Comunicación externalizada (cólera)
	Método letal y eficaz	Método con escasa mortalidad o ineficaz
Recursos		
Personales	Escasos logros	Buenos logros
	Escasa introspección	Introspección
	Escasa vida afectiva o poco controlada	Afectividad adecuadamente controlada
social	Escasas relaciones	Buenas relaciones
	Socialmente aislado	Socialmente integrado
	Indiferencia hacia la familia	Interés por la familia

Fuente: Harold, Kaplan, Benjamín J, Sadock. "Sinopsis de Psiquiatría. Ciencia de la Conducta Psiquiátrica Clínica". Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina, 1996. p.830.

no se pueden descargar contra los demás, se vuelven contra uno mismo y 3) Deseos de muerte y fantasías de autodestrucción.

Señales y Síntomas de Riesgo de Suicidio
1. Tentativa previa o suicidio imaginado
2. Ansiedad, depresión, agotamiento
3. Disponibilidad de medios de suicidio
4. Preocupado por el efecto del suicidio sobre los miembros de la familia
5. Verbalización de la ideación suicida
6. Preparación de un testamento, resignación después de una depresión agitada
7. Crisis cercana como tristeza o intervención quirúrgica
8. Historia familiar de suicidio
9. Pesimismo o desesperanza

Fuente: Harold, Kaplan. Benjamín J, Sadock. "Sinopsis de psiquiatría. Ciencia de la conducta psiquiátrica Clínica" Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 1996. p. 830.

Grupos Especialmente Amenazados por el Suicidio
1. Grupos de edad: Pubertad, Juventud, Climaterio y Edad avanzada
2. Determinados grupos patológicos: Depresiones, Toxicofilias, Alcoholismo, Desarrollos psíquicos anormales simples y neuróticos, Personalidades psicopáticas y Psicosis
3. Determinadas circunstancias vitales: Aislamiento, desarraigo, Prisión, Estancia en hospital, Ingreso en asilo y Pérdidas materiales

Fuente: Pöldinger, Walter "La Tendencia al Suicidio". Estudio médico-psicológico y médico-sociológico. Ediciones Morata, S.A., Madrid, 1969, pág. 24.

Enjuiciamiento de la Suicidalidad, según Kielh Olz
I. Indicaciones de posibilidad de suicidio:
i. Suicidios en la familia o en el ambiente social próximo (<i>efecto sugestivo</i>)
ii. Tentativas anteriores de suicidio, amenazas de suicidio directas o indirectas
iii. Manifestación de ideas concretas acerca del modo de realización y de actuar preparatorios de un suicidio, o también tranquilidad siniestra
iv. Sueños de auto aniquilación, de precipitación desde alturas o de catástrofe
II. Circunstancias patológicas.
i. Comienzo o final de fases depresivas, estados mixtos
ii. Actitud angustiada-agitada, represiones de intensas cargas emocionales y agresivas
iii. Épocas biológicas críticas (pubertad, gravidez, puerperio, climaterio)
iv. Insomnio persistente
v. Enfermedades incurables o delirio de enfermedad
vi. Alcoholismo y toxicomanía
III. Circunstancias de medio ambiente
i. Ruptura de los vínculos familiares durante la infancia (broken home)
ii. Pérdida o carencia primaria de contactos interhumanos (desengaño amoroso, aislamiento, rechazo)
iii. Pérdida de colocación o empleo, ausencia de misiones que cumplir, preocupaciones financieras
iv. Ausencia de vinculación religiosa

Fuente: Pöldinger, Walter "La Tendencia al Suicidio". Estudio médico-psicológico y médico-sociológico. Ediciones Morata, S.A. Madrid, 1969, pág. 25.

A continuación se presentan del artículo *Suicide* del *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratique* de Jousset y Moreau de Tours, que encuadra cuatro tipos de suicidio:

1. Suicidio maniaco: se produce como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes. El enfermo se mata para escapar a un peligro o a una vergüenza imaginarios o para obedecer a una orden misteriosa que ha recibido de lo alto, etc. Los motivos de este suicidio y su modo de evolucionar reflejan los caracteres generales de la enfermedad de que deriva: la manía. Lo que distingue esta afección es su extrema movilidad. Las ideas, los sentimientos más diversos y contradictorios se suceden con una extraordinaria ligereza en el espíritu de los monomaniacos; apenas nace un estado de conciencia, otro lo reemplaza; lo mismo pasa con los móviles que determinan el suicidio maniático: nacen, desaparecen o se trasforman con una asombrosa rapidez. De repente la alucinación o el delirio, que deciden al sujeto a suicidarse aparecen: resulta de esta aparición la tentativa del suicidio; luego, en un instante, cambia la escena y si el ensayo aborta, no comienza de nuevo, al menos de momento. Si se reproduce más tarde, será por un motivo distinto. El incidente más insignificante puede ocasionar estas transformaciones bruscas.²⁷

2. Suicidio melancólico: se relaciona con un estado general de extrema depresión, de exagerada tristeza, que hace que el enfermo no aprecie seriamente los vínculos que tiene con las personas y cosas que lo rodean; los placeres carecen para él de atractivo, lo ve todo negro, la vida le parece fastidiosa y dolorida. Como estas disposiciones son constantes, ocurre lo mismo con la idea del suicidio, están dotadas de una gran fijeza y los motivos generales que los determinan son siempre los mismos. A menudo en esta disposición general vienen a incrustarse alucinaciones e ideas delirantes que

²⁷Durkheim, *El Op.Cit.* p. 32.

conducen directamente al suicidio. Sólo que no tienen la movilidad de las que hemos observado antes en los monomaniacos, por el contrario, son fijas, como el estado general de que derivan. Los temores que torturan al sujeto, los reproches que dirige y los pesares que siente son siempre los mismos. Si esta forma de suicidio está determinada por razones imaginarias, como la precedente, se diferencia de ella por su carácter crónico, y es muy tenaz. Los enfermos de esta categoría preparan con calma sus medios de ejecución, y despliegan en la persecución del fin propuesto una perseverancia y una astucia, a veces increíbles. Nada se asemeja menos a este espíritu de continuidad que la perpetua inestabilidad del maniático. En el uno no hay más que explosiones pasajeras, sin causas durables, mientras que en el otro existe un estado constante, ligado al carácter general del sujeto.²⁸

3. Suicidio obsesivo: En este caso el suicidio no se causa por motivo alguno real ni imaginario, sino sólo por la idea fija de la muerte, sin razón sólida alguna, se ha apoderado subversivamente del espíritu del enfermo. Este está obsesionado por el deseo de matarse, aunque sepa perfectamente que no tiene ningún motivo racional para hacerlo. Se trata de una necesidad instintiva, sobre la que la reflexión y el razonamiento carecen de imperio, análoga a esas necesidades de robar, de matar, de incendiar, de las que se han querido hacer otras tantas monomanías. Como el sujeto se da cuenta del carácter absurdo de su deseo, trata por lo pronto, de luchar con él. Pero todo el tiempo que dura esta resistencia está triste, oprimido, y siente en la cavidad gástrica una ansiedad, que aumenta por días, por esta razón se ha dado algunas veces a esta clase de suicidios el nombre de suicidio ansioso. Pero desde que el enfermo ha tomado el partido de renunciar a la lucha, desde que resolvió matarse, esta ansiedad cesó y volvió la calma. Si el intento aborta, basta a

²⁸ Emile Durkheim. Op. cit. p. 33.

veces, aun incompleto, para suprimir, por algún tiempo este deseo. Por expresarlo de otra manera “que al sujeto se le han pasado las ganas”.²⁹

4. Suicidio impulsivo o automático: no es más motivado que el precedente; carece de razón de ser en la realidad y en la imaginación del enfermo. Sólo que en lugar de producirse por una idea fija, que atormenta el espíritu durante un tiempo más o menos largo y que domina progresivamente a la voluntad, resulta de una impulsión brusca e inmediatamente irresistible. En un abrir y cerrar de ojos surge la idea en su plenitud y suscita el acto, o al menos, un comienzo de ejecución. Aquí la inclinación al suicidio estalla y produce sus efectos con un verdadero automatismo. Sin que le preceda antecedente alguno. La vista de un cuchillo, el pasar sobre el borde de un precipicio, por ejemplo, hacen nacer instantáneamente la idea del suicidio, y el acto le sigue con tal rapidez que frecuentemente los enfermos no tienen conciencia de lo que pasa. En un grado menor los enfermos sienten nacer la impulsión, y tratan de escapar a la fascinación que ejerce sobre ellos el instrumento de la muerte, huyendo inmediatamente.³⁰

El Suicidio desde una Perspectiva de la Teoría Clásica. Emile Durkheim.

Fue hasta el Siglo XIX con la aparición de la obra del sociólogo Emile Durkheim en Francia, en que se le otorgó un verdadero status de ciencia a la sociología gracias a la serie de reglas metodológicas implementadas por el sociólogo que permitieron abordar de manera objetiva los fenómenos sociales.

Durkheim concebía la sociología como el estudio de los hechos sociales, y la explicación sociológica de estos hechos debían ser considerados como “cosas” (lo que está dado, lo que se puede observar), por lo que este objeto podría ser observado y explicado de modo semejante al que se utiliza con los hechos de

²⁹ Durkheim. Op. Cit. p. 34.

³⁰ *Ibíd.* p. 34.

las demás ciencias. El hecho social es toda forma de ejercer sobre el individuo una presión exterior, es decir, que se impone al individuo. Se dan fuera del individuo, pero a la vez, se impone a todos. Los hechos sociales son modos de actuar, de pensar y de sentir, exteriores al individuo, están constituidos por las creencias y las tendencias del grupo consideradas colectivamente.

De hecho, fue Durkheim el primer sociólogo que utilizó las estadísticas sociales para estudiar el fenómeno del suicidio y demostró teórica y empíricamente la importancia del medio social para entender las conductas suicidas. Definió así el suicidio: “es todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado”.³¹

La discusión científica acerca del estudio del suicidio se ha centrado alrededor de estos dos términos: la predisposición psicológica y la determinación social. Durkheim se interesó especialmente en demostrar esta distinción.

“El estudio del suicidio se refiere a un aspecto patológico de las sociedades modernas y a un fenómeno donde reaparece de modo más notable la relación entre el individuo y la colectividad. Durkheim quiso demostrar hasta qué punto los individuos están determinados por la realidad colectiva. Desde este punto de vista, el fenómeno del suicidio adquiere especial interés, porque aparentemente nada es más específicamente individual que el hecho de que el individuo se quite la vida.”³² Una vez que este sociólogo le dio una definición al fenómeno del suicidio, se dispuso a establecer los diferentes tipos de suicidio que encontró a lo largo de su investigación:

³¹ Durkheim, Op. Cit. p. 5.

³² Aron, Raymond. “Las Etapas del Pensamiento Sociológico”. Tomo II. Ediciones Siglo XX, Buenos Aires, P. 38.

Tipos de Suicidios.

Los tres tipos de suicidio que Durkheim definió fueron: el suicidio egoísta, el suicidio altruista y el suicidio anómico.

En el **suicidio egoísta**, los hombres o las mujeres tienden a quitarse la vida cuando piensan esencialmente en sí mismos, cuando no están integrados en un grupo social. Los cuadros sociales integradores, la religión y la familia, considerada esta última en el doble aspecto del matrimonio y los hijos no reducen sus deseos. *Los individuos abandonados a sí mismos experimentan deseos infinitos.* “Toda situación que tienda a aumentar la disparidad entre los deseos y la satisfacción se expresa en un coeficiente de agravamiento.”³³

“La tasa de suicidios varía con la edad, es decir, de modo general, se eleva al mismo tiempo que esta. Varía con el sexo, es más elevada en los hombres que en las mujeres; varía con la religión; utilizando estadísticas alemanas, Durkheim establece que los suicidios son más frecuentes en las poblaciones protestantes que en las católicas.”³⁴

En cuanto al **suicidio altruista** se refiere: el individuo se da muerte de acuerdo con imperativos sociales, y ni siquiera piensa en reivindicar su derecho a la vida. Por ejemplo, “en la concepción mística del mundo religioso de los aztecas estaba establecida la necesidad colectiva de que la muerte de sus guerreros respondiera al cumplimiento de una función fundamental para la sociedad: la preservación del Universo al hacer posible mantener la vida del Sol. Los guerreros, de preferencia, debían morir inmolándose por sí mismos o por mano de los sacerdotes y, con ello, alimentar al Sol y conferirle el poder que le

³³ Aron, Raymond. Op. Cit. p. 43.

³⁴ *Ibid*, p. 43.

permitiría seguir su lucha contra la oscuridad y los poderes de la noche.”³⁵ De esta manera, el individuo se sacrifica a un imperativo social interiorizado, y obedece las órdenes del grupo hasta el extremo de reprimir en sí mismo el instinto de conservación.

Durkheim definió la anomia como la ausencia o desintegración de las normas, este concepto representó un papel muy importante en el estudio de Durkheim hacia el suicidio. Examinó ciertos fenómenos: las crisis económicas, la mala adaptación de los trabajadores a sus respectivos empleos, la violencia de las reivindicaciones que los individuos formulan a la colectividad. Todos estos fenómenos los determinó como patológicos.

El tercer tipo social de **suicidio es el anómico**, al que Durkheim definió como el más característico de la sociedad moderna. El suicidio anómico es el que se refleja en la correlación estadística entre la frecuencia de los suicidios y las fases del ciclo económico. El aumento de la frecuencia en las fases de agitación social, la disminución de la frecuencia en ocasión de los grandes acontecimientos. Este es el concepto fundamental de la filosofía social de Durkheim, la crisis de la sociedad moderna que se define por la desintegración social y la debilidad de los vínculos que relacionan al individuo con el grupo³⁶.

El suicidio anómico no sólo aumenta durante las crisis económicas, también crece aparejado con el número de divorcios. Se le define al suicidio anómico como la causa del aumento de la tasa de suicidios en los períodos de crisis económicas y también en los períodos de prosperidad. Estos últimos fenómenos son inseparables de las sociedades en que vivimos, pero una vez sobrepasado cierto umbral, adquieren carácter patológico.

³⁵ Ma. Luisa Rodríguez Sala y Martha Castro Rivera. Op. Cit. p. 128.

³⁶ Aron, Raymond. Op. Cit. p. 45.

Durkheim vio en la división orgánica del trabajo un desarrollo normal y feliz de las sociedades. Aunque consideró positiva la diferenciación de los oficios y los individuos, también observó que no siempre se sienten más satisfechos de su suerte en las sociedades modernas. Señaló el aumento de suicidios como expresión de ciertos rasgos quizá patológicos de la organización actual de la vida en común. Señaló que las sociedades modernas pueden ser estables sólo si respetan la justicia.

Aún en las sociedades fundadas en la diferenciación individual, perdura el equivalente de la conciencia colectiva de las sociedades en las que reina la solidaridad mecánica, es decir, creencias y valores comunes a todos. Si estos valores comunes se debilitan, si la esfera de estas creencias se reduce excesivamente, la desintegración amenaza a la sociedad.

Destacó también, que el problema fundamental de las sociedades modernas, como de todas las sociedades, es por lo tanto la relación de los individuos con el grupo. Esta relación se transforma a causa de que el hombre ha adquirido excesiva conciencia de sí mismo para aceptar ciegamente los imperativos sociales. Este individualismo implica peligros, pues el individuo puede reclamar de la sociedad más de lo que ésta puede darle. Por lo mismo señala que es necesario tener una disciplina, que sólo la sociedad puede imponer.

Se puede decir que la conducta anómica es resultante de una estructura social que no está armonizada entre las expectativas de éxito que promueve y los medios institucionales que se disponen para alcanzarlas. La acción social anómica aparece como un proceso de adaptación entre los actores que se encuentran ubicados diferencialmente en el interior de la sociedad —en cuanto a la disposición de recursos se refiere— y con posibilidades limitadas para

alcanzar las metas culturales que se le han propuesto como exitosas. De acuerdo a la forma en que los sujetos hayan interiorizado los valores o la manera en que experimenten los diversos estímulos sociales pero siempre dependiendo de su posición dentro de la estructura de posibilidades que le brinda la sociedad, el individuo se verá sometido a cierta "presión" que facilitará la acción de determinada conducta y no otra.³⁷

Durkheim alude a lo que podría ser la solución del problema, la curación del mal endémico de las sociedades modernas: la organización de grupos profesionales que favorecerían la integración de los individuos en la colectividad.

La obra de Durkheim, ofrece los diagnósticos así como las posibles terapias a la "anomia" presente en las sociedades modernas. Durkheim demostró que el acto del suicidio es un acontecimiento "social" por excelencia, con sus propias tendencias y "leyes", y que podía ser explicado por factores sociales; de hecho esta investigación formó parte de su campaña para establecer a la sociología como ciencia.

Trató un tema que dominó toda su obra: encontrar los eslabones que articulan a los hombres en una vida social, y el suicidio ofrecía el caso más claro de la posible disolución de las relaciones sociales.

Podemos resumir así la teoría de Durkheim: los suicidios son fenómenos individuales, que responden a causas esencialmente sociales. Hay corrientes suicidógenas, que recorren la sociedad. Se originan no en el individuo, sino en la colectividad, y son la causa real o determinante de los suicidios. Ciertamente estas corrientes suicidógenas no se expresan en cualquier individuo tomado al azar. Si tales o cuales individuos se suicidan, ello responde probablemente al

³⁷ Payá Porres. Tesis "Criminalización Social e Institución Penitenciaria". México, D. F., 2000, p. 28.

hecho de que estaban predispuestos por su constitución psicológica, por su debilidad nerviosa y por ciertas perturbaciones neuróticas. Asimismo, las circunstancias sociales que crean las corrientes suicidógenas determinan estas predisposiciones psicológicas, porque los individuos que viven en las condiciones de la sociedad moderna, poseen sensibilidades afinadas y por lo tanto vulnerables. Las causas reales del suicidio son fuerzas sociales que varían según las sociedades, los grupos y las religiones³⁸.

Hay fenómenos sociales específicos que se imponen a los fenómenos individuales. El ejemplo más notable es precisamente el de las corrientes sociales que impulsan a los hombres a la muerte, de modo que cada uno cree obedecer sólo su propio impulso, cuando no es más que el juguete de fuerzas colectivas³⁹.

Enfoques Contemporáneos del Suicidio.

¿Cuál es el proceso y las profundas motivaciones que llevan de las ideas de muerte al pasaje al acto? Para algunos autores existirían diferentes procesos:

- a. Un proceso defensivo que confiere al suicidio una reacción de defensa,
- b. Un proceso punitivo que corresponde a un sentimiento de culpabilidad y a una conducta expiatoria,
- c. Un proceso agresivo dirigido a culpar a la familia, a la sociedad,
- d. Un proceso oblativo, de pago, determina en el suicida una tendencia al sacrificio y
- e. Un proceso lúdico, de jugar con la vida.⁴⁰

³⁸ Aron, Raymond. Op. Cit, p. 47.

³⁹ *Ibid.* p. 47.

⁴⁰ Morón Pierre. "El Suicidio". Ed. Ábaco, Buenos Aires, 1977.

El dualismo existencia —vida o muerte— que está planteado en todos los seres humanos es más marcado, al parecer, en la persona con ideas autodestructivas; la angustia ante el vivir y ante la espera de la muerte.⁴¹

Entre los aspectos y factores que inciden en la personalidad del suicida se observan: aislamiento, imposibilidad de atenerse a normas sociales o de cumplir anhelos personales y la pérdida de la propia estima.⁴²

Vulnerabilidad.

La personalidad suicida manifiesta una alta fragilidad-vulnerabilidad que lo conduce a un comportamiento voluntario autodestructivo.

Vulnerabilidad significa, desde una perspectiva criminológica, no poder percibir el peligro de la agresión y autoagresión, no tener posibilidades de reaccionar y de protegerse. “La vulnerabilidad representa un proceso que produce un estado de indefensión, de extrema angustia existencial que lleva a la determinación del suicidio. La persona vulnerable a la intención suicida está impedida de percibir y comprender la situación irreversible de su autoagresión”.⁴³

Entre los aspectos más significativos de un estado de vulnerabilidad se observan en relación al suicidio:⁴⁴

- Proceso de duelo por la muerte, pérdida emocional, abandono,
- Situación de crisis personal. Desvalorización,
- Conflicto nuevo e inesperado en sus relaciones personales, familiares y sociales,
- Procesos de victimización, culpa-castigo vinculado a conflictos familiares,

⁴¹ Marchiori Hilda. Op. Cit. p. 4.

⁴² Morón Pierre. Op. Cit.

⁴³ Marchiori Hilda. Op. Cit. p. 6 y 7

⁴⁴ Ibid , p. 7.

- Crisis económica-social, por ejemplo: altos índices de desempleo, colapsos económicos-sociales,
- Indiferencia social-cultural,
- Graves procesos de victimización,
- Víctimas de hechos delictivos, víctimas de desastres.
- Suicidio por toxicomanías. Vulnerabilidad por fármaco dependencia.
- Vulnerabilidad por enfermedad mental y vulnerabilidad por discapacidad física.

La grave vulnerabilidad en la que se encuentra el individuo, su sensibilidad y desprotección personal, psíquica y social provoca, con las ideas de muerte, consecuencias profundas de carácter irreversibles individual, familiar y social. Las consecuencias individuales integran una serie de aspectos tanto físicos, desde una leve lesión, causadas por el intento suicida, hasta lesiones graves, gravísimas que provocan daño a la salud, daño corporal, en muchos casos, de por vida, como por ejemplo: parálisis, pérdida de alguno de los sentidos, enfermedades, deterioro en la salud.

La desprotección y la alta gravedad de la conflictiva mirada desde el suicida como oscura y sin respuesta social y familiar, presenta y agrava esa vulnerabilidad en una determinación autodestructiva. “El suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente vulnerable.”⁴⁵

Características Generales del Suicidio.

Infantes.

⁴⁵ Ibid p. 9.

En los casos de niños se considera que existe una cifra negra oculta sobre los comportamientos suicidas, debido a que son percibidos familiar y socialmente como accidentes o descuidos de los adultos. El incremento de casos de suicidio infantil hasta hace poco tiempo negado por psiquiatras y pediatras está relacionado a situaciones de niños que viven el maltrato familiar y abuso sexual. Los niños buscarían en el suicidio una salida a la situación traumática de violencia familiar, maltrato infantil —físico y emocional— que sufren y que son víctimas; también en los casos de abandono por parte de sus padres.

Stern, investigando suicidios en niños y jóvenes explica las dificultades para encontrar los verdaderos motivos del suicidio. Entre las causas desencadenantes: carencia de afecto y protección que sufren los niños.

Ancianos.

Para Diekstra,⁴⁶ la situación característica del anciano que presenta una postura, un gesto negativo sobre la vida puede ser vista como un método “lento de suicidio”. Factores principales son: aislamiento social, pérdida de la ocupación y de la seguridad económica, enfermedad orgánica y enfermedad psíquica.

Una de las características de la vejez y de la edad avanzada es que la existencia se ubica fuera del circuito de la producción y de la reproducción. Por lo tanto, gran parte de los conflictos psicológicos emocionales, familiares se relacionan con la marginación y la muerte involucrada en esta marginación: muerte social. El suicidio es un comportamiento frecuente en los ancianos debido principalmente a los cuadros depresivos que caracterizan la vejez.

⁴⁶ Diekstra R.F. Jasen M., “Intervento Psicologico Nella Salute”, Milán.

Sexo.

La diferencia en los comportamientos suicidas y los intentos de suicidio entre hombres y mujeres están relacionados a los instrumentos que utilizan. Es decir, el alto número de suicidios consumados en los hombres se encuentran en directa conexión con las armas utilizadas, así como una mayor conciencia de su deseo e intento para autodestruirse. Por el contrario, en las mujeres, se advierten ideas de muerte, intenciones de morir, pero los instrumentos elegidos para llevar a cabo la conducta autodestructiva no corresponden a una idea consciente y fija de perder la vida. De allí que las cifras expresen un número bajo de suicidio de personas de sexo femenino en contraste con una cifra alta de los comportamientos autodestructivos del sexo masculino.

Estado Civil.

Debido a profundos sentimientos de soledad, temor, aislamiento afectivo y social, las personas viudas y solteras se encontrarían más vulnerables a los comportamientos suicidas. El estado de viudez puede constituir para muchas personas una situación de extrema angustia, soledad y miedo. Naturalmente, esta significativa pérdida afectiva produce cambios profundos en la vida de las personas que en algunos casos no pueden superar y recurren al suicidio como un medio para reunirse con la persona con la cual estaban casadas, y en otros porque ya su vida ha perdido el sentido.

El duelo, es decir, la pérdida de un ser querido, está íntimamente ligada con los estados depresivos, a la tristeza y al desinterés por la familia y el medio social. Festini, Cucco y Cipollone expresan que el índice de suicidio es más bajo entre personas casadas respecto a aquellas personas que viven solas: viudas, solteras, separadas. En el caso de personas viudas se trata principalmente de personas ancianas en cuyo caso el factor de riesgo se acentúa.

Ocupación.

Las personas sin actividad y/o profesión serían las más afectadas en relación a los riesgos de comportamiento suicidas. En una escala social se encuentran en una circunstancia de mayor vulnerabilidad: los jubilados-pensionados, los desocupados, los estudiantes.

Para Breed,⁴⁷ un alto factor de riesgo es la movilidad laboral, los continuos cambios de trabajos, agravados por el descenso de categoría. Breed ha utilizado tres indicadores:

- a) La movilidad intergeneracional;
- b) La movilidad de la profesión individual, y
- c) La movilidad de la situación económica-social

La investigación realizada por Gibb y Porterfield,⁴⁸ determinó los patrones de cambio en la posición ocupacional que se encuentran más asociados al suicidio. El suicidio, según estos investigadores, se produce como un proceso en el cual el perder el prestigio económico por una carencia ocupacional o una disminución en el nivel ocupacional crea un estado de frustración, que puede agravarse por una conflictiva en los lazos sociales o una desintegración social.

Zonas.

Clinard,⁴⁹ explica que el menor contingente de suicidios se encuentra en personas que provienen de zonas rurales. Festini Cucco y L. Cipollone manifiestan que estas diferencias se producen por el mayor aislamiento y desorganización de las zonas urbanas.

⁴⁷ Breed W. "Occupational Mobility And Suicide Among White Males". Journal Amer. Soc., 1963.

⁴⁸ Gibb y Porterfield "Occupational mobility and suicide among white males, Journal Amer. Soc., 1963.

⁴⁹ Marshal Clinnard, "Anomia y Conducta Desviada". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.

Los registros de muerte por suicidios que se verificarían, en un alto índice, en zonas urbanas, obedecería a dos aspectos básicos:

- a) La anomia, la falta de normas culturales-sociales que vivencian zonas urbanas, cuya población producto de movimientos migratorios internos (en una búsqueda laboral) y que son grupos que pertenecen y están integrados a otros modelos culturales y sociales. El estrés del cambio social, nuevas pautas culturales conducen a una grave desadaptación social y a un aislamiento social.
- b) El registro de los comportamientos suicidas en zonas rurales presenta mayores obstáculos que los de zonas urbanas. Es decir, por razones sociales, culturales y policiales técnicas no se realizan los estudios criminalísticos correspondientes.

En resumen, un contexto social sumamente vulnerable provoca una desprotección, especialmente en los miembros de la comunidad que se encuentra en una situación de conflicto interpersonal y social. Los períodos de recesión, el aumento de la marginalidad, el desempleo, afectan a numerosas familias que provocan vulnerabilidad, donde el suicidio es tomado como una respuesta a las presiones individuales, familiares y sociales.

El suicida presenta una personalidad extremadamente vulnerable que lo conduce a un comportamiento voluntario autodestructivo contra su propia vida. Es una personalidad que se encuentra en un grave riesgo social —pérdida de la vida— y que con su comportamiento autodestructivo afecta profundamente al grupo familiar, social y cultural.

Tozzini, señala que el suicida elige el medio que habrá de utilizar conforme cuatro circunstancias: 1) su personalidad; 2) el conocimiento que tenga sobre la

idoneidad de dicho procedimiento; 3) el real deseo de morir; 4) las posibilidades de empleo a su alcance.

Los métodos o medios frecuentemente son: gas, envenenamiento, ahorcamiento, asfixia por inmersión, armas de fuego, instrumentos cortantes, arrojar desde lugares altos. Las formas de suicidio revelan diferencias entre los hombres suicidas y las mujeres suicidas. En los hombres predominan el ahorcamiento y las armas de fuego; en las mujeres los barbitúricos y armas blancas, también la inmersión (en ríos, lagos y mares) y arrojar de un edificio.⁵⁰

La elección del medio-instrumento depende de varios y singulares factores, especialmente el contexto socio-cultural. También comportamientos de imitación de lo observado en televisión, películas o hechos policiales.

Los lugares donde se produce el suicidio registran que más del cincuenta por ciento de los suicidios se llevan a cabo en la casa del suicida y en segundo término, en lugares públicos; le siguen hoteles, cárceles, hospitales, lugares de trabajo. Todas las investigaciones criminológicas señalan que el mayor registro de casos de suicidio tiene como lugar, la propia casa. Esto se explica porque la determinación suicida tiene directa vinculación con la situación individual y las relaciones familiares. Por otro lado, el diagnóstico de suicidio es más complicado cuando el lugar es la calle u otro sitio donde puede confundirse con un accidente o un homicidio.

Lugares como las torres de iglesias, puentes, cruces de caminos y edificios públicos, presentan una particularidad especial simbólica para ser elegidos por los suicidas. En el período de 1889 y 1965 se suicidaron en Francia, en relación

⁵⁰ W. Middendorff. "La criminalidad violenta de nuestra época". Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1978.

a los lugares elegidos por los suicidas, en la Torre Eiffel. La atracción por un determinado lugar elegido para suicidarse está relacionado frecuentemente, a que ese lugar se encuentre concurrido.⁵¹ Las horas en que se produce el suicidio revelan que este se lleva a cabo, fundamentalmente, en la noche.

Lugares donde se lleva a cabo con mayor frecuencia el comportamiento autodestructivo: 1) casa del suicida; 2) edificios públicos; 3) lugares públicos; 4) lugares religiosos; 5) zonas-lugares turísticos; 6) transporte como lugar del suicidio y 7) otros lugares.

Lugares del Suicidio
1. Casa: del suicida, de la familia, de amigos.
2. Lugar de la casa: dormitorio, baño, sala, techo, garage, sala.
3. Edificios públicos: monumentos públicos, cárceles-penitenciarias, seccionales policiales, cementerios-tumbas, tribunales-palacio de justicia, escuela, hospitales, cuarteles-edificios militares, universidad, estación de trenes, puertos, aeropuertos.
4. Lugares públicos: parques (paseos, plazas, jardines), bancos, empresas, centros comerciales, negocios-tiendas, restaurante-bar, industrias, sanatorios-consultorios, hoteles-hosterías-casa de pensión, supermercados.
5. Lugares religiosos: iglesias, capillas catedrales, conventos, colegios-seminarios.
6. Zonas-lugares turísticos: ríos-diques-mar, montañas-cerros-riscos, bosques, desierto, cataratas, cuevas-cavernas-zonas arqueológicas.
7. Transporte como lugar de suicidio: automóvil, ómnibus, tren, barco, avión.
8. Otros lugares: puentes, carreteras, calles-avenidas.

Las advertencias sobre el comportamiento suicida, los medios-instrumentos elegidos, así como el lugar, representan la verdadera situación de fragilidad, vulnerabilidad de las personas que intencionalmente provocan su muerte.

Aún hoy, una de las mayores dificultades es diferenciar en casos complejos, el diagnóstico de homicidio, accidente, suicidio. Los médicos forenses, criminalistas, señalan que se debe analizar la suma de signos, puesto que ninguno aislado tiene valor absoluto. Así Nerio Rojas explicaba en su clásica obra "Medicina Legal" los siguientes elementos diferenciales: a) forma de la muerte; b) clase de armas; c) signos de violencia; d) sitio de la herida, número

⁵¹ Morón Pierre. "El Suicidio". Ed. Ábaco, Buenos Aires, 1977.

de heridas; e) variedad de las heridas y de diferentes armas; f) dos heridas graves; g) la dirección de la herida; h) regularidad de los bordes de la herida; i) la presencia de herida de defensa; j) el espasmo cadavérico y k) la presencia de marcas de disparo próximo.

Si bien en muchos casos es difícil determinar entre suicidio y homicidio y entre suicidio y un accidente, los avances en la criminalística y los exámenes minuciosos y científicos —médicos legales— permiten una mayor exactitud en el diagnóstico de los suicidios.⁵²

Al respecto los médicos forenses consideran fundamentales:

- a. Localizaciones de las lesiones que provocaron la muerte,
- b. La ausencia de signos de violencia externa. En especial la ausencia de equimosis en zonas de agresión y zonas de defensa, como por ejemplo: muñecas y antebrazos,
- c. Las marcas de intentos de suicidios anteriores,
- d. Estado y orden de las ropas del suicida,
- e. Notas, cartas, testimonios del suicida,
- f. Estudio de las características del arma utilizada para descartar un homicidio,
- g. Estudio de las características del arma utilizada para descartar un homicidio,
- h. Estudio en los casos de ahorcamiento, para diferenciarlo del homicidio. De igual modo, en los casos de suicidio por inmersión.

⁵² Correa Ramírez Alberto. "Identificación Forense". Ed. Trillas, México, 1990.

Paralelamente al conocimiento parcial de los actos suicidas, existen conductas no conocidas que integran la cifra negra oculta de la criminalidad, muertes inciertas no denunciadas y que aparecen como accidentes.⁵³

Es necesario por consiguiente, ahondar en la investigación criminalística, observando y analizando todos los detalles de la escena en la que tuvo lugar el suicidio.

Suicidio Grupal.

Se puede inferir que el suicidio por medio de un pacto y el suicidio de grupos, implican modalidades particulares del suicidio. Los aspectos singulares de estos comportamientos autodestructivos están manifestados por una especial relación interpersonal, en el caso del pacto suicida, identificados por el temor a la separación y la angustia que surge de la necesidad de unión eterna. Por el contrario, el suicidio de grupos conlleva una rebeldía agresiva-violenta hacia normas sociales y culturales, propias de un grupo que se rige por normas y estructuras absolutamente cerradas.

La conducta de imitación está relacionada con los comportamientos suicidas, especialmente en jóvenes. El suicidio es realizado por distintas personas que no tienen vinculación entre sí, pero que se identifican con un acontecimiento, generalmente, la muerte de una figura pública.

Pacto Suicida.

El pacto suicida involucra a dos personas que están relacionadas, generalmente, como pareja. El pacto es un acuerdo entre dos personas

⁵³ Manuel López Rey y Arrojo. "Las dimensiones de la criminalidad", Marcos Lerner, Editora Córdoba, 1985.

obligándose mutuamente a su observancia, en este caso, a cumplir conjuntamente la acción intención autodestructiva, de pérdida de la vida.

El doble suicidio o pacto suicida es, indudablemente, el desencadenante de complejas relaciones interpersonales entre la pareja y el contexto familiar-social. El suicidio, en estos casos, puede estar motivado por:

- Deseo de unión eterna (casos de personas adultas),
- Respuesta a la familia y al medio social que se oponen a la integración de la pareja (jóvenes adolescentes),
- Temor, miedo a quedarse solo en la vida (éstos en los casos de ancianos donde uno de ellos está enfermo),
- Deseo de destrucción para no enfrentar una crisis considerada mayor (casos motivados por ideas religiosas o políticas).
- Personalidades confusas-psicóticas.
- Las figuras posibles del suicidio, según criminólogos españoles,⁵⁴ comprende los siguientes procesos:
 - Un solo sujeto tiene la idea suicida y la impone al otro: es el suicidio impuesto,
 - Dos sujetos tienen la idea suicida al mismo tiempo, bajo la influencia de las mismas causas que la ocasionan: se habla entonces de suicidio simultáneo,
 - Dos personas tienen la idea suicida, pero uno se suicida en primer lugar, y el otro, conmovido por la conducta del primero, se suicida al mismo tiempo o poco después.

⁵⁴ López-García, Hinojal Fonseca, Bobes García. “El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos”. Ed. Rev. Derecho Penal y Criminología, Madrid, 1993.

En las estadísticas japonesas se encuentran los siguientes casos de doble suicidio: Enamorados (58 por ciento), matrimonios (10 por ciento), parejas de homosexuales (4 por ciento), suicidios de padres/hijos (el más común es el de madre/hijo) (22 por ciento), diversos (6 por ciento).⁵⁵

El suicidio colectivo propiamente dicho, donde mueren decenas de personas, se configura en la mayor parte de los casos como un intento de la inevitable destrucción de la comunidad llevada hasta el extremo, perpetrado por un grupo con ligamen psicótico, convencido, con destrucción presagiada paranoicamente y percibido el suicidio como la última esperanza. El suicidio colectivo se caracteriza por el hecho de que los distintos sujetos ejercitan la propia acción recíproca unos frente a otros.

Heuyer, manifiesta que el suicidio de grupos representa una consecuencia de una situación de psicosis colectiva.⁵⁶

Suicidios en Instituciones Penitenciarias.

Las conductas autodestructivas son frecuentes en los delincuentes considerados habituales, estas conductas se manifiestan a través de tatuajes (marcan su cuerpo a través de tatuajes y cortes que son conductas de identificación y autodestrucción). Los tatuajes significan una identificación, una marca y una pertenencia a determinado grupo.

En la población carcelaria ocurren suicidios o intentos, pero principalmente en las primeras etapas del ingreso a la prisión y en período que media entre la detención y la sentencia. Contrariamente a una expectativa común, los suicidios son raros entre los prisioneros con condenas largas.

⁵⁵ López-García, Hinojal Fonseca, Bobes García. Op. Cit.

⁵⁶ Heuyer, Desclaux, Diaxtine, “Aspects particuliers médico légaux du suicide collectif”. Acta Médica Legal, 1948.

El suicidio en una institución penitenciaria puede estar relacionado en:

- a. Una profunda reacción depresiva por el ingreso a una cárcel,
- b. Al temor manifestado por el individuo de que en la cárcel le pasarán hechos graves, el temor de la convivencia con individuos violentos,
- c. El suicidio como una respuesta a las amenazas de internos o del personal penitenciario,
- d. Por carencia de drogas. La abstinencia está vinculada a caídas en fases depresivas, al suicidio, a agresiones o una violencia indiscriminada,
- e. El suicidio como respuesta al rechazo familiar, a la incomunicación individuo-familia,
- f. El suicidio del individuo que ha sido objeto de agresiones y violencia sexual por un grupo de internos.

Los medios que utiliza el interno para intentar suicidarse están condicionados a los objetos que puede obtener en la prisión para lograr ese fin. Entre los medios más frecuentemente utilizados se puntualizan: cuerda, arma blanca, envenenamiento, psicofármacos, combustible (nafta, kerosene o prenderse fuego) arrojar desde una altura del edificio.

El individuo encarcelado buscará aislarse de sus compañeros para cuidarse en su celda.

El suicidio no conmueve a la población penal y por el contrario es rechazado y menospreciado el suicida. Es decir, frente al suicidio dentro de la institución penitenciaria no se advierten las mismas reacciones sociales y culturales que presenta la comunidad hacia el suicidio del hombre libre.

CAPITULO II

CIRCUNSTANCIAS DEL SUICIDIO EN MÉXICO 2000-2002

Los Intentos de Suicidio en México.

Durante los años 2000, 2001 y 2002 se registraron a nivel nacional 1,155 intentos de suicidio. El 58.4 por ciento de los casos de intentos fueron cometidos por mujeres y el restante 41.6 por ciento por hombres. La diferencia porcentual entre ambos sexos es de 16.8 puntos porcentuales, con tendencia de intentos de suicidios del sexo femenino.

El análisis anual nos indica que durante el año 2000 se registró una ocurrencia nacional de 429 intentos de suicidio. Al comparar este volumen de casos con los registrados un año antes, destacó una variación porcentual de 2.9 por ciento; y con respecto a 1990, se identificó un ritmo de crecimiento medio anual de 10.4 por ciento. En el transcurso del año 2001 se registraron 422 intentos de suicidio ocurridos a nivel nacional. Al observar la cantidad de los actos entre el año anterior y los registrados para el presente año, se percibió un descenso de menos 1.7 puntos porcentuales⁵⁷. Para el año 2002, se registraron 304 intentos de suicidio —tendencia nacional— resultando un decremento de menos 20 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

Tendencia Nacional de Intentos de Suicidio, por Año de Registro				
Variable	Frecuencia Anual			Total
	2000	2001	2002	
Intentos de Suicidio	429	422	304	1,155
Hombres	188	170	122	480
Mujeres	241	252	182	675

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Para el año 2000, en cuatro entidades federativas: Coahuila, Durango, Nuevo León y Yucatán se concentró el 74.6 por ciento de los sucesos observados (25.4 registraron el resto de los Estados). El 56.2 por ciento de los eventos fueron cometidos por mujeres y el restante 43.8 por ciento por hombres.

⁵⁷ Entre 1990 y 2001 se habían identificado 3,082 intentos de suicidio en el país, que representaba un crecimiento medio anual de 10.3 por ciento.

En el año 2001 la tendencia más frecuente al suicidio se registró en seis entidades de la República: Yucatán con 103 casos, Durango 67, Nuevo León 57, Distrito Federal 49, Coahuila 36 y Jalisco 36. En estas seis entidades federativas se efectuaron 348 intentos de suicidio, representando el 82.5 por ciento a nivel nacional. Para el año 2002 el volumen de los actos se registró en sólo cinco entidades de la República Mexicana: Coahuila con 38 actos (12.5 por ciento a nivel nacional), Durango 45 (14.8 por ciento), Jalisco 28 (9.2 por ciento), Nuevo León 47 (15.5 por ciento) y en Yucatán 66 (21.7 por ciento); en su conjunto captaron 73.7 por ciento del total ocurrido.

A lo largo de los tres años analizados encontramos que el Estado de Yucatán mantiene una constante de casos.

Intentos de Suicidio por Mes de Ocurrencia.

De acuerdo con la frecuencia mensual general en que ocurrieron los intentos de suicidio en marzo, abril, mayo, agosto y septiembre destacó la ocurrencia del 53 por ciento de los actos. Entre enero y mayo, ocurrieron 565 intentos que significaron el 49 por ciento del total.

Intentos de Suicidio por Mes de Ocurrencia				
Mes	Frecuencia Anual			
	2000	2001	2002	Total
Enero	34	28	30	92
Febrero	28	46	23	97
Marzo	39	37	40	116
Abril	55	50	44	149
Mayo	33	51	27	111
Junio	46	31	21	98
Julio	38	33	18	89
Agosto	55	46	22	123
Septiembre	33	51	30	114
Octubre	30	24	17	71
Noviembre	23	17	20	60
Diciembre	17	8	12	37
Total	431	422	304	1157

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

En promedio sucedieron 96 eventos cada mes, resaltando dos aspectos importantes: primero el mes de diciembre registra la más baja frecuencia (37 actos) y abril la más alta con 149 actos.

Para el año 2000 resaltó una tendencia decreciente entre enero (34) y Diciembre (17), con un ritmo promedio mensual de menos 5.6 puntos porcentuales. Se efectuaron 36 eventos mensuales en promedio.

En los meses de abril y agosto ocurrieron intentos de suicidio con mayor frecuencia. Al sumar lo registrado en ellos, se advirtió a uno de cada cuatro casos.

Para el año 2001, en mayo y septiembre destacó la ocurrencia del 24.2 por ciento de los actos. En promedio sucedieron 35 eventos cada mes, a partir del décimo mes se observó un descenso del orden de (84.3 por ciento, y para el último mes del año, se identificaron ocho actos).

Para el año 2002, el mes más sobresaliente fue abril. Entre enero y abril, ocurrieron 137 intentos que significaron 45.1 por ciento del total.

En promedio sucedieron 25 intentos por mes, por lo que resaltó diciembre por haberse registrado entonces la más baja frecuencia (12). En el mismo mes, se observó una variación porcentual de menos 40 por ciento con respecto a noviembre. A lo largo de estos tres años, destaca el hecho de que muy contrariamente a lo que se pensaba, que era el mes de diciembre en el que se realizaban más intentos de suicidio, fue en realidad el mes que registró menos casos.

Intentos de Suicidio por Causa y Sexo.

De las causas más frecuentes que inciden en la realización de los intentos por quitarse la vida durante el período analizado resalta el disgusto familiar y la causa amorosa. En las mujeres la tendencia por estas dos causas es más representativa que en los hombres.

Distribución Porcentual de Intentos de Suicidio por Causa y Sexo						
Causa	Hombres			Mujeres		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Disgusto familiar	28	27	23.8	41	37	41.2
Amorosa	9	9	8.2	10	10	11.5
Enfermedad mental	5	6	7.4	3	2	4.4
Otra causa 1/	21	26	28.7	19	21	19.8
Se ignora	37	32	31.9	27	30	23.1

1/ Incluye dificultad económica, enfermedad grave, remordimiento y otras causas.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

De las causas que implicaron el intento de suicidio para el año 2000, resalta el disgusto familiar, cabe apuntar que el 65.3 por ciento fue realizado por personas del sexo femenino.

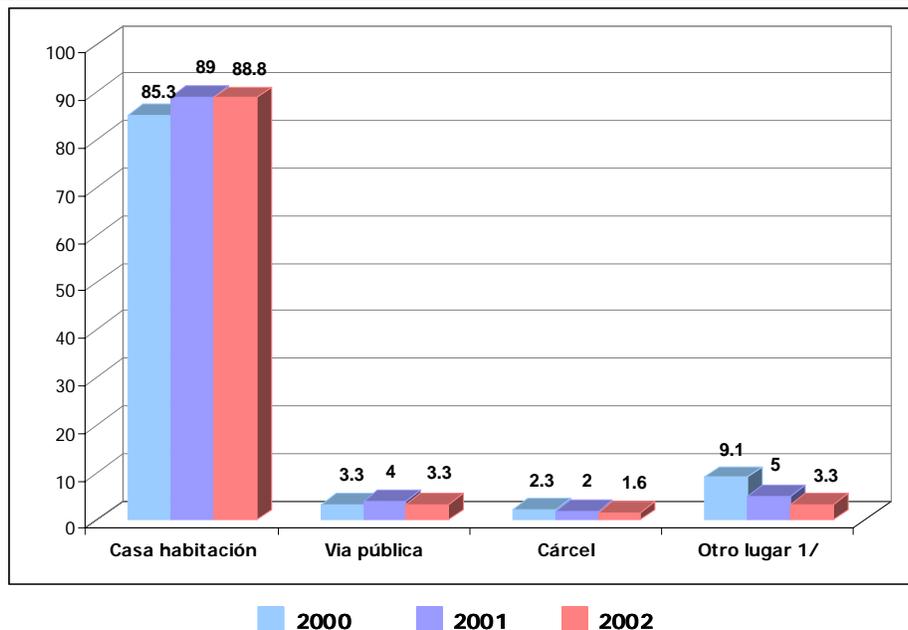
Para los años 2001 y 2002 el disgusto familiar y la causa amorosa fueron el origen más frecuente que incidió en la realización del intento del suicidio. Para ambos años el intento de suicidio por disgusto familiar fue advertido en tres de cada diez actos y en uno por cada diez intentos por causa amorosa.

Intentos de Suicidio por Sitio de Ocurrencia.

A nivel nacional el sitio en que ocurrieron más actos tendientes al intento de suicidio se realizaron en casa habitación constituyendo en promedio el 87.7 por ciento, el intento de suicidio en vía pública representó en promedio el 3.5 por ciento, en cárceles el 2 por ciento y en otros incluyendo hotel o casa de huéspedes, edificio público, cantina, cabaret, restaurante o café, hospital,

sanatorio o consultorio, fábrica o taller, campo y otros lugares abarcó el 5.8 por ciento.

Distribución Porcentual de Intentos de Suicidio por Sitio de Ocurrencia



1/ Incluye hotel o casa de huéspedes, edificio público, cantina, cabaret, restaurante o café, hospital, sanatorio o consultorio, fábrica o taller, campo y otros lugares.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

En el año 2000 los sucesos efectuados ocurrieron mediante intoxicación por medicamento y ocurrieron en casa habitación constituyendo el 51 por ciento del total.

Para este mismo año 3.3 por ciento de los intentos de suicidio ocurrieron en la vía pública. Entre ellos, cuatro de cada diez fueron llevados a cabo mediante el uso de arma blanca. En tercer término por orden descendente se observaron los intentos de suicidio en la cárcel, donde se recurrió con mayor frecuencia a la estrangulación.

Para el año 2001 los intentos efectuados en casa habitación constituyeron 86.5 por ciento del total. Entre ellos sobresale la intoxicación por medicamento como medio para llevar a cabo el acto con una cifra relativa de 50.7 por ciento. En 31 entidades federativas el sitio en que ocurrieron más actos tendientes al suicidio fue la casa habitación, en cambio en el Estado de Tamaulipas se efectuaron en la cárcel utilizando la estrangulación como medio.

En el año 2002 los intentos efectuados en casa habitación constituyeron 88.8 por ciento del total. Entre ellos, sobresalió la intoxicación por medicamento como medio para llevar a cabo el acto con una cifra relativa de 48.8 por ciento. Mientras se efectuó un suceso al utilizar veneno tomado, ocurrieron cuatro intoxicaciones por medicamento. El sitio en que ocurrieron más actos tendientes a autodestruir la existencia fue la casa habitación, en 20 entidades federativas.

Como resultado de este análisis resulta interesante observar que es la casa habitación el sitio más recurrido por las personas que intentan el acto de suicidarse, las explicaciones pueden ser muchas, sin embargo se especula que se convierte en el lugar más inmediato e íntimo para el suicida en potencia. Así mismo resulta muy preocupante que en el Estado de Tamaulipas sea la cárcel el lugar donde se comenten más actos, por lo que resulta necesario revisar el sistema carcelario y penitenciario del Estado por las autoridades competentes.

Intentos de Suicidio por Medio Empleado y Sexo.

El medio empleado a nivel nacional para efectuar el intento de suicidio es la estrangulación, aún cuando el envenenamiento y la intoxicación mantienen el mismo nivel de uso de medio. El medio más usual al que recurren los hombres para intentar suicidarse es la estrangulación, y las mujeres recurren generalmente a la intoxicación por medicamento, la diferencia del medio empleado es muy característico entre ambos sexos sin embargo el hecho de

que ocurra es igual de grave. Es importante referir, que cualquier intento de suicidio al ser frustrado, trae consigo consecuencias a nivel físico, así como ya se mencionó anteriormente, la persona puede caer en un estado depresivo mayor y de esta manera conllevar al intento de suicidio nuevamente.

Para el año 2000 por cada 14 intoxicaciones con medicamento se registró un evento con arma de fuego; mientras que ante 18 casos en los que se utilizó arma blanca se identificó uno por gas venenoso, en casa habitación.

Distribución Porcentual de Intentos de Suicidio por Año, Medio Empleado y Sexo						
	Hombres			Mujeres		
Medio Empleado	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Veneno tomado	37	48	47	63	52	53
Estrangulación	79	77	79	21	23	21
Arma blanca	89	73	63	31	27	37
Intoxicación por medicamentos	21	21	20	79	79	80
Otros medios a/	60	50	48	37	50	52

a/ Incluye arma de fuego, presipitación, gas venenoso, entre otros medios y se ignora.

Nota: La relación porcentual está calculada por año del intento en correlación a cada sexo.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Personas que Intentaron Suicidarse por Grupo de Edad y Sexo.

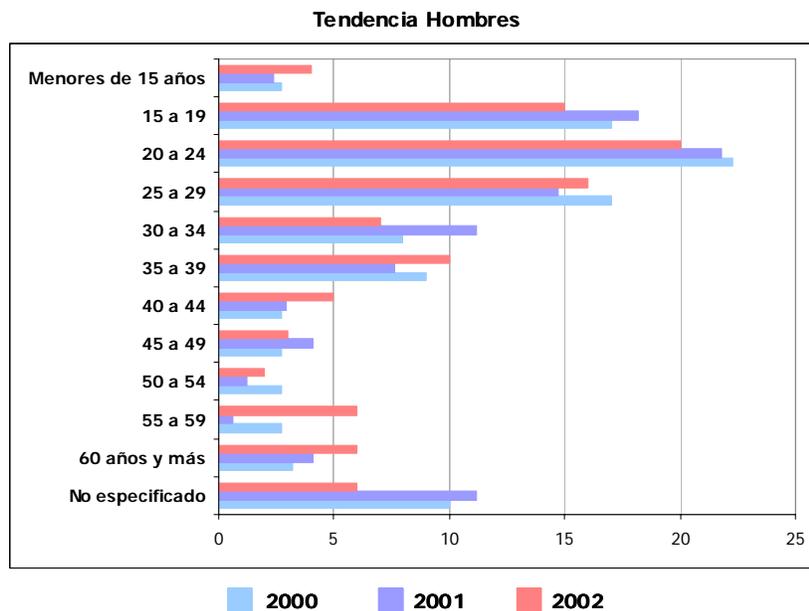
El volumen de personas que intentó suicidarse, cuya edad era menor de 34 años destacó representando el 68.8 por ciento del total. El hombre mantiene una tendencia al suicidio entre los 20 y 24 años de edad; mientras que en las mujeres es entre los 15 y 19 años. Las mujeres menores a 15 años de edad tienden más al intento de suicidio que el sexo masculino; sin embargo los hombres mayores a 50 años son más propensos al suicidio que las mujeres de la misma edad.

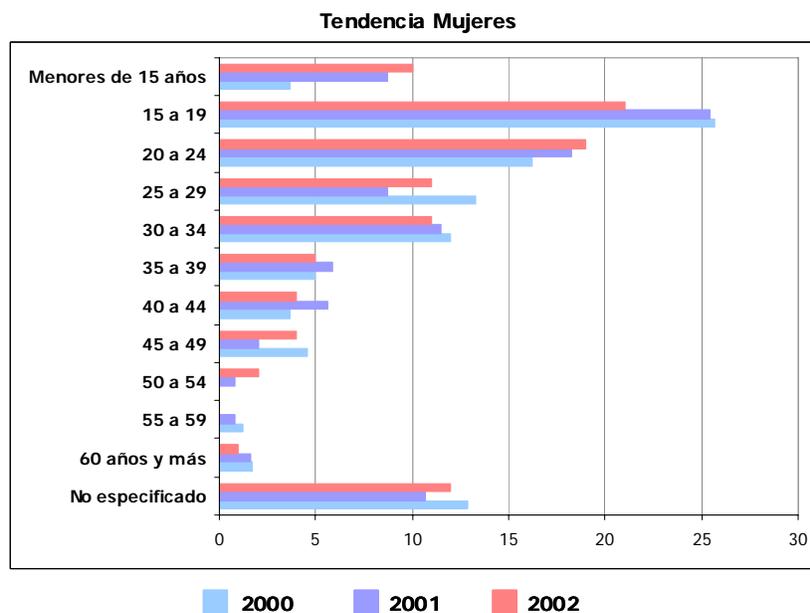
Para el año 2000, cinco de cada diez personas que intentaron suicidarse contaban con una edad menor de 24 años. Quienes tenían entre 15 y 19 años sobresalieron cuantitativamente y representaron el 22 por ciento del total.

Las personas entre un rango de edad de 15 y 34 años fueron las que destacaron en el año 2001 en mayor proporción con 64.7 por ciento del total. Entre ellas, 41 por ciento pertenecían al sexo masculino y 59 por ciento al femenino. En contraste, la menor proporción de los suicidas registrados contaba con edades comprendidas entre 55 y 59 años, de tal manera que de tres personas que intentaron suicidarse, dos eran mujeres.

Para el año 2002 el volumen de personas tendientes al suicidio, cuya edad era menor de 34 años destacó representando 68.1 por ciento del total; entre las personas de esta edad 36.2 por ciento pertenecían al sexo masculino y 63.8 por ciento al femenino. En contraparte, quienes tenían de 50 a 59 años de edad fueron identificados con menor frecuencia.

Distribución Porcentual de Personas que Intentaron Suicidarse por Año, Grupo de Edad y Sexo





Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Resulta sumamente preocupante que los jóvenes de México de ambos sexos, sean quienes más tiendan a suicidarse. Los factores y las circunstancias son multifactoriales y estructurales, tales como: desintegración familiar, consumo de drogas y alcohol, falta de oportunidades de empleo, educación y la irresponsabilidad de los medios de comunicación al difundir su publicidad que genera expectativas de consumo y modelos de vida inalcanzables que en muchos de los casos causa depresión y comportamiento agresivo o perturbadores.

Personas que Intentaron Suicidarse por Estado Civil y Sexo.

Entre el 2000 y 2002 la población de ambos sexos con mayor tendencia al suicidio registra tener estado civil soltero; seguidos por la población casada — 29 por ciento del grupo observado— y posteriormente quienes declararon vivir en unión libre. Las mujeres con estado civil solteras y en unión libre mantienen una tendencia mayor al intento de suicidio, que los hombres; sin embargo los

hombres con estado civil casados mantienen una tendencia mayor que las mujeres.

De acuerdo al estado civil de la población suicida, en el año 2000 se identificó al 53 por ciento de personas solteras que no tenían hijos, tanto entre hombres como en mujeres. Particularmente el Estado de Nayarit advirtió una proporción más frecuente de casos de mujeres casadas y con hijos.

Las mujeres solteras que no poseían hijos representaron 58.7 por ciento; por otra parte, las mujeres casadas que si tenían hijos constituyeron el 59.6 por ciento del conjunto identificado como población femenina casada.

Quienes intentaron el suicidio y formaban parte de la población femenina madre soltera se identificó 100 por ciento su tendencia al suicidio.

Las personas que intentaron suicidarse y estaban casadas fueron observadas en tres de cada diez casos.

Los hombres que manifestaron en el año 2001 tener estado civil de soltero significaron cinco de cada diez casos registrados; mientras que las mujeres casadas fueron advertidas en cuatro de cada diez de los eventos correspondientes a la población femenina.

Los casados de ambos sexos representaron el 30 por ciento del grupo observado y en orden descendente destacaron quienes declararon vivir en unión libre. Las mujeres con estado civil solteras y viudas que poseían hijos, constituyeron el 100 por ciento de las personas registradas en ese rubro. Por

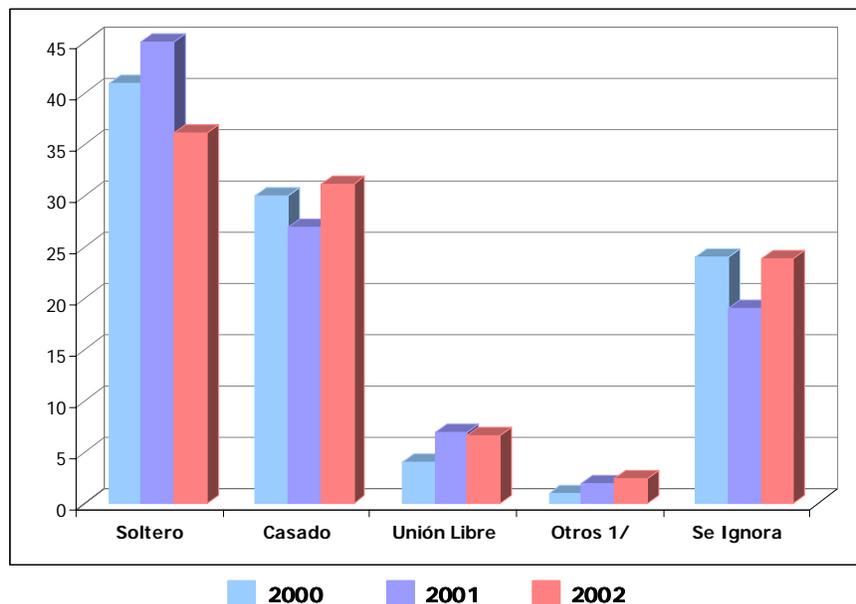
cada dos mujeres casadas que poseían hijos, se reconoció a un hombre con similares características.

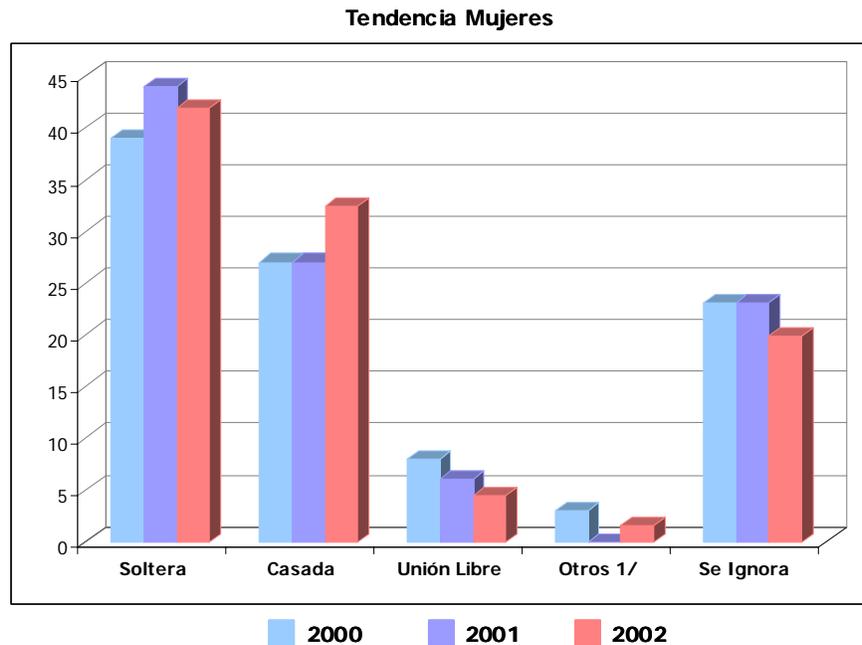
Las personas de ambos sexos que manifestaron tener estado civil solteras para el año 2002, significaron cuatro de cada diez casos. Los casados representaron 32 por ciento de la población que intentó suicidarse y en menor proporción se identificó a quienes viven en unión libre.

Las mujeres solteras que no poseían hijos constituyeron 33 por ciento de la población femenina observada y los hombres con iguales condiciones 25 por ciento del total masculino. En este contexto, por cada dos mujeres casadas que poseían hijos se reconoció a un hombre.

Distribución Porcentual de Personas que Intentaron Suicidarse por Estado Civil y Sexo

Tendencia Hombres





1/ Incluye viudo, divorciado y separado.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

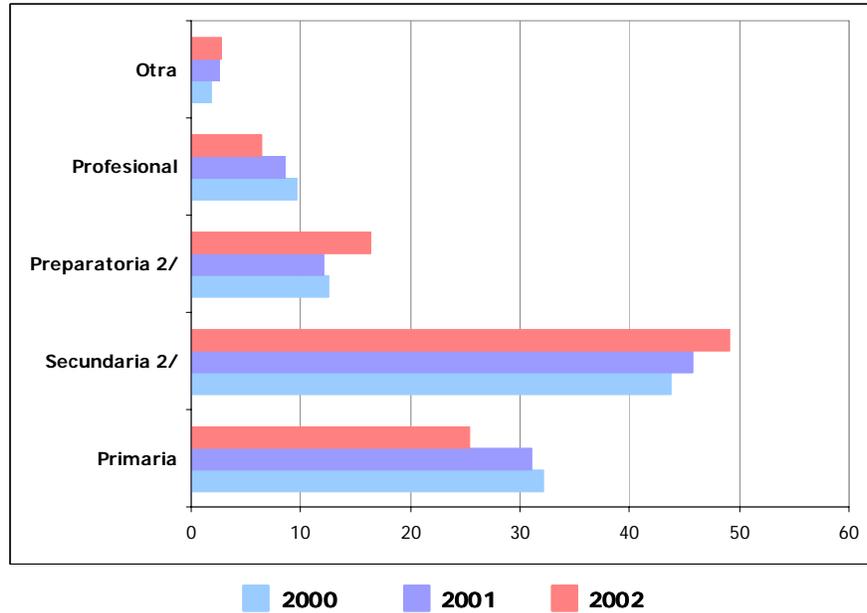
Personas que Intentaron Suicidarse por Nivel de Escolaridad.

Quienes intentaron suicidarse en el año 2000 y manifestaron haber realizado estudios escolares significaron 24 por ciento de la población observada; para 2001 el 27.5 por ciento y para 2002 el 36.2 por ciento. En 2001 el 2.4 por ciento manifestó no haber cursado estudios y para 2002 el 8.9 por ciento⁵⁸.

De acuerdo a las personas que manifestaron tener algún nivel de escolaridad destacó la proporción de quienes alcanzaron nivel primaria y secundaria como máximo de estudios. Entre ambos niveles considerados como educación básica, se identificó al 75.7 por ciento.

⁵⁸ Para el año 2000 no se registra dato sobre personas que no cursaron algún nivel de escolaridad.

Distribución Porcentual de Personas que Intentaron Suicidarse por Nivel de Escolaridad⁵⁹



2/ Incluye nivel técnico

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Para el año 2000 dos de cada cuatro casos correspondieron a personas que habían cursado hasta nivel secundaria y tenían entre 20 y 24 años; para el 2001 dos de cada cuatro personas realizaron estudios de secundaria y de estos, tres de cada diez tenían entre 15 y 19 años. Mientras que para el 2002 tres de cada diez personas realizaron estudios de primaria, dos de cada cuatro lo hicieron en secundaria.

Éste análisis arroja que son más las personas que intentan suicidarse con un máximo de estudios de nivel secundaria o que se encuentran cursándola. Esta tendencia disminuye conforme se tienen más grados de estudio.

⁵⁹ Incluye solo personas con escolaridad.

Personas que Intentaron Suicidarse por Condición de Actividad y Ocupación.

Para los años 2000 y 2001 se advirtió que de cada diez personas, tres realizaban alguna ocupación económica y tres eran económicamente inactivas como jubilados, amas de casa, estudiantes, incapacitados y otros. En el mismo orden para el 2002 se reconoció dos de cada diez personas como económicamente activas, cuatro inactivas y del resto no se reconoció su actividad⁶⁰.

Distribución Porcentual de Personas que Intentaron Suicidarse por Condición de Actividad			
	2000	2001	2002
Económicamente activa	28	27.7	21.4
Económicamente inactiva	27	27.3	41.4
No especificado	45	45	37.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Entre las personas económicamente activas ocupadas para el año 2000 destacaron por su frecuencia en orden descendente los artesanos y obreros, oficinistas y comerciantes y dependientes. Entre ellos se captó el 79 por ciento.

De las personas que intentaron suicidarse y tenían ocupación, 67.2 por ciento manifestaron ser personas de sexo masculino y 32.8 por ciento femenino, lo que significó una proporción de dos hombres por una mujer. Este dato resulta ser curioso debido a que sólo en este caso, es el hombre quien rebasa considerablemente el perfil suicida de la mujer.

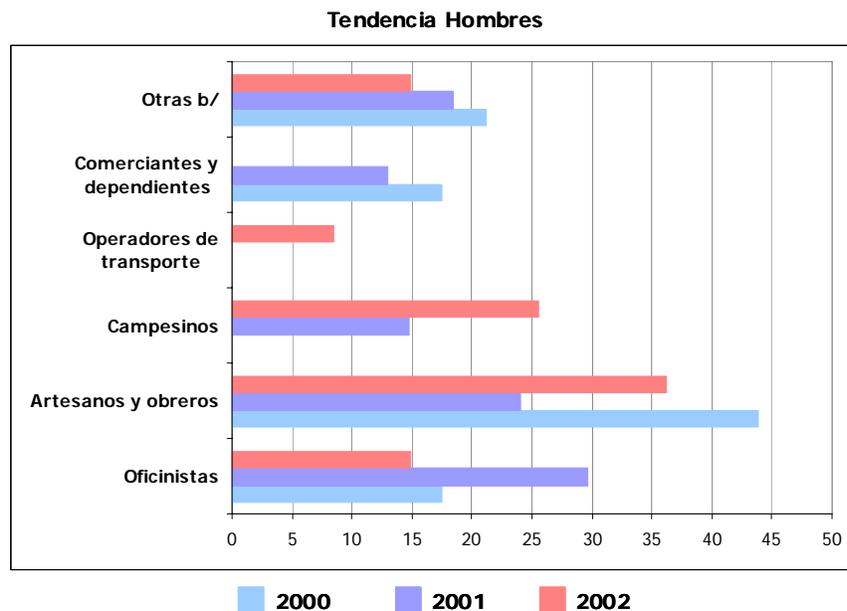
Para el año 2001 la población que intentó el suicidio y manifestó tener una actividad económicamente activa destacó la que refirió realizar labores de

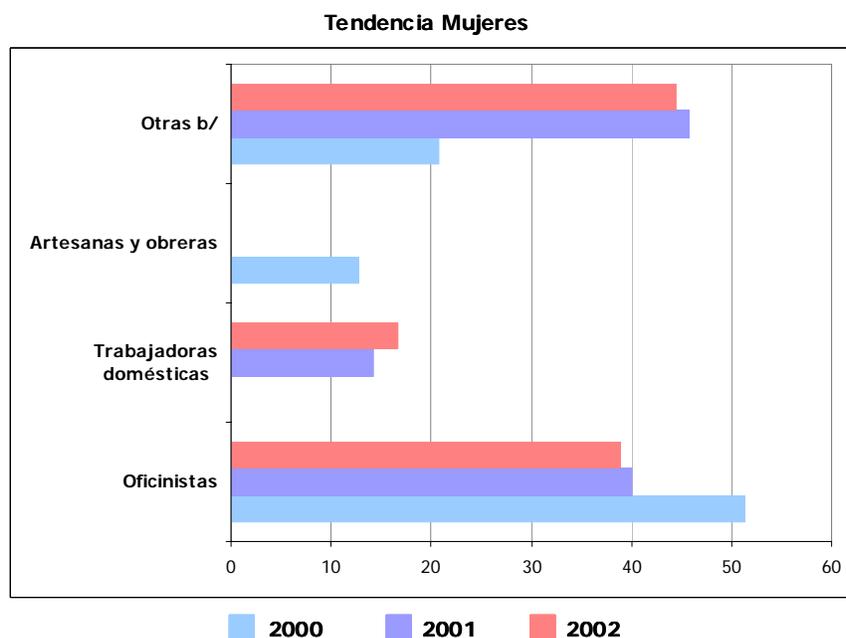
⁶⁰ Para el año 2000 y 2001 se identificó al 55 por ciento de los casos con información específica y el 21.4 por ciento para el 2002.

oficina tanto en hombres como en mujeres; en los primeros se advirtió que tres de cada diez eran oficinistas, mientras que en las mujeres cuatro de cada diez lo eran. Entre la población masculina resaltó la proporción de artesanos y obreros, campesinos y comerciantes que en conjunto representaron el 51.9 por ciento de los casos. Respecto a la ocupación de la población femenina se advirtió en segundo lugar por su frecuencia, las trabajadoras en servicios públicos.

En 2002 destacaron las personas que realizaron alguna ocupación como artesanos y obreros entre los hombres, y de oficinistas entre las mujeres con cuatro de cada diez casos observados. Entre la población masculina, destacaron por su proporción los campesinos (25 por ciento) y los oficinistas (14.9 por ciento). Respecto a la población femenina, se advirtió en segundo lugar a las trabajadoras domésticas.

Distribución Porcentual de las Personas que Intentaron Suicidarse por Ocupación y Sexo





b/ Incluye profesionista, técnicos, trabajadores de la educación, del arte, funcionarios, inspectores, operadores de maquinaria fija, ayudantes, operadores de transporte, coordinadores administrativos, trabajadores ambulantes, en servicios públicos, domésticos, de protección y vigilancia.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Los Suicidios en México.

A nivel nacional, durante el trienio analizado se registraron 8,985 suicidios, el 83 por ciento de casos registrados fueron ejecutados por hombres, mientras que el 17 por ciento fueron realizados por mujeres. Es importante mencionar que el 95 por ciento de los casos de suicidio fueron cometidos en zonas urbanas de las entidades.

Casos de Suicidio en México, por Año de Ocurrencia				
Variable	Frecuencia Anual			Total
	2000	2001	2002	
Casos de Suicidio	2,736	3,089	3,160	8,985
Hombres	2304	2534	2615	7453
Mujeres	432	555	545	1532

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Particularmente en el año 2000 ocurrieron a nivel nacional 2,736 suicidios; volumen que al ser comparado con el observado en 1999, reflejó un incremento del 8.1 por ciento.

El incremento anual observado estuvo notoriamente influido por la incorporación de los suicidios registrados en el Distrito Federal sólo durante el año 2000, ya que sin considerarlos, la tendencia anual significaría un decremento del menos 1.1 por ciento.

Los incrementos anuales más sobresalientes se presentaron en Baja California Sur, Colima y Campeche, en contraste, los mayores decrementos fueron observados en Jalisco, Chiapas y Tlaxcala. Entre las entidades federativas con información disponible para los años observados, se advirtieron tendencias al crecimiento en el volumen de suicidios ocurridos en 18 entidades federativas (58 por ciento) y disminución en 13 de ellas (42 por ciento).

En once entidades federativas donde ocurrieron más de 100 suicidios en el transcurso del año observado fueron, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Veracruz y Yucatán. En ellas se concentró 61.3 por ciento del total nacional. En el Estado de Veracruz, se advirtió el mayor número de suicidios ocurridos en el país, pues significó un volumen siete veces mayor al observado en Chiapas y Tlaxcala juntos.

En el año 2001 ocurrieron 3,089 suicidios en el país. Volumen que al ser comparado con los eventos ocurridos en el año 2000, mostraron una tendencia al incremento con 12.9 puntos porcentuales.

Esta inclinación anual creciente destacó al observar los suicidios ocurridos en Jalisco, Querétaro, Zacatecas y Coahuila; caso contrario de entidades federativas como Baja California Sur, Colima e Hidalgo, en donde se advirtieron los decrementos más acentuados. En 23 entidades federativas del territorio nacional aumentó el volumen de casos ocurridos un año antes, en ocho disminuyó y en una (Estado de Tlaxcala) se registró la misma cantidad.

En el Distrito Federal ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas a nivel nacional y ésta, fue la proporción que registró mayor frecuencia, le siguieron en orden descendente Jalisco, Veracruz, Guanajuato y Chihuahua, donde sucedió 36.6 por ciento de los casos restantes.

La frecuencia con que ocurrieron los suicidios permitió identificar un valor promedio de 97 casos por cada entidad federativa y a 21 de ellas con volumen menor al valor promedio observado.

Entre 1995 y 2001 se observó un crecimiento medio anual de 4.1 por ciento en la ocurrencia de suicidios a nivel nacional. Por entidad federativa, siete de ellas mostraron un decremento en el mismo período en el que sobresalió el Distrito Federal con menos 8.7 puntos porcentuales. Por otro lado, en el Estado de Querétaro ocurrieron nueve suicidios en 1995 y 52 en el 2001, situación que se advierte como el incremento registrado más notable (34 por ciento).

Para el año 2002, ocurrieron 3,160 suicidios en el país, de estos, 82.8 por ciento eran hombres y 17.2 por ciento mujeres, volumen que al ser comparado con el año anterior mostró una tendencia al incremento en 2.3 puntos porcentuales.

Esta inclinación anual creciente de los actos suicidas fue observable en Oaxaca, Morelos, Sonora y Querétaro, caso contrario en entidades federativas como Chiapas, Tamaulipas y el Distrito Federal, en donde se advirtieron los decrementos más acentuados. En 16 entidades federativas del territorio nacional, aumentó el volumen de casos ocurridos un año antes, mientras que en las otras 16 disminuyó.

En el Estado de Jalisco, ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas a nivel nacional y ésta fue la proporción estatal que mostró la mayor frecuencia; le siguieron en orden descendente Veracruz, Distrito Federal, Guanajuato y Chihuahua donde sucedió 25.8 por ciento de los casos restantes.

La frecuencia con la que ocurrieron los suicidios permitió identificar un valor promedio de 99 casos por cada entidad federativa y a 20 de ellas con un volumen menor al valor promedio observado.

Tabla General de Actos de Suicidio en México 2000-2002				
Estado	Frecuencia Anual			Total
	2000	2001	2002	
Tlaxcala	13	13	26	52
Guerrero	31	28	27	86
Chiapas	24	34	30	88
Baja California Sur	33	18	38	89
Colima	37	23	30	90
Nayarit	25	36	34	95
Querétaro de Arteaga	31	52	35	118
Aguascalientes	36	48	44	128
Zacatecas	31	48	51	130
Morelos	41	55	42	138
Hidalgo	60	42	39	141
Quintana Roo	67	72	64	203
Puebla	52	65	89	206
Campeche	64	72	71	207
Sinaloa	60	71	77	208
Oaxaca	63	69	92	224
Tamaulipas	88	72	64	224
Durango	63	70	102	235
Baja California	78	91	71	240

Tabla General de Actos de Suicidio en México 2000-2002				
Estado	Frecuencia Anual			Total
	2000	2001	2002	
Coahuila de Zaragoza	65	97	92	254
México	97	81	89	267
San Luis Potosí	105	98	118	321
Yucatán	115	93	133	341
Michoacán de Ocampo	132	135	108	375
Sonora	105	155	165	425
Nuevo León	130	159	145	434
Tabasco	152	160	178	490
Chihuahua	152	168	179	499
Guanajuato	164	175	185	524
Jalisco	139	265	284	688
Distrito Federal	234	269	217	720
Veracruz de Ignacio de la Llave	249	252	234	735
No especificado		3	7	10
Total General	2,736	3,089	3,160	8,985

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Entre 1995 y 2002, se observó un crecimiento medio anual de 3.34 por ciento en la ocurrencia de suicidios a nivel nacional. Por entidad federativa, seis de ellas mostraron un decremento en el mismo período en el que sobresalió el Distrito Federal con menos 9.03 puntos porcentuales. Por otro lado, en el Estado de Querétaro ocurrieron nueve suicidios en 1995 y 35 en 2002, situación advertida como el incremento más notable con 18.5 por ciento.

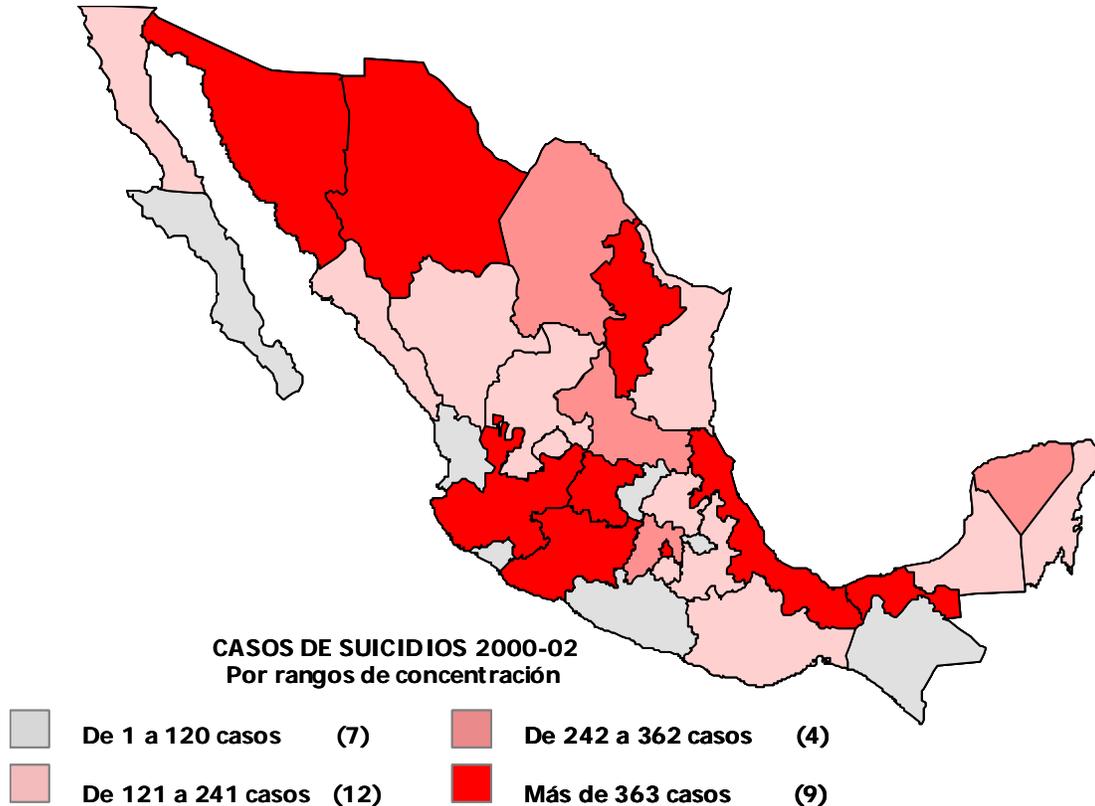
Variación Porcentual Nacional de Suicidios						
Entidad Federativa	1999	2000	VP 99-00	2001	2002	VP 01-02
Estados Unidos Mexicanos	2,531	2,736	8.1	3,089	3,160	2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Análisis Geográfico del Suicidio en México.

En tan sólo diez entidades federativas (*ver mapa 1*) se concentran 5,231 casos, que representa el 58.2 por ciento de los actos de suicidio en México: Veracruz (8.2); Distrito Federal (8); Jalisco (7.7); Guanajuato (5.8); Chihuahua (5.6);

Mapa 2. Entidades Federativas por Rangos de Menor a Mayor Concentración de Actos de Suicidio



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

En un segundo rango de concentración de actos de suicidio —entre 121 a 241 casos— se ubican las siguientes entidades federativas: Aguascalientes, Zacatecas, Morelos, Hidalgo, Quintana Roo, Puebla, Campeche, Sinaloa, Oaxaca, Tamaulipas, Durango y Baja California.

Los Estados que presentan un acumulado de actos de suicidio entre un rango mayor a 242 hasta 362 actos son: Coahuila de Zaragoza, México, San Luis Potosí y Yucatán.

Finalmente las entidades federativas que registran un mayor acumulado de actos de suicidio —más 363 actos— son: Michoacán de Ocampo, Sonora, Nuevo León, Tabasco, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Distrito Federal y Veracruz.

Es importante observar a través del mapa temático presentado que se distinguen tres zonas de mayor concentración de actos de suicidio, la primera zona agrupa los Estados de Jalisco, Guanajuato, Michoacán, San Luis Potosí, México y Distrito Federal, la suma de estas cinco entidades concentran el 32.2 por ciento del total de los actos de suicidio.

Una segunda zona es el corredor Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas, Estados que concentran el 20.4 por ciento.

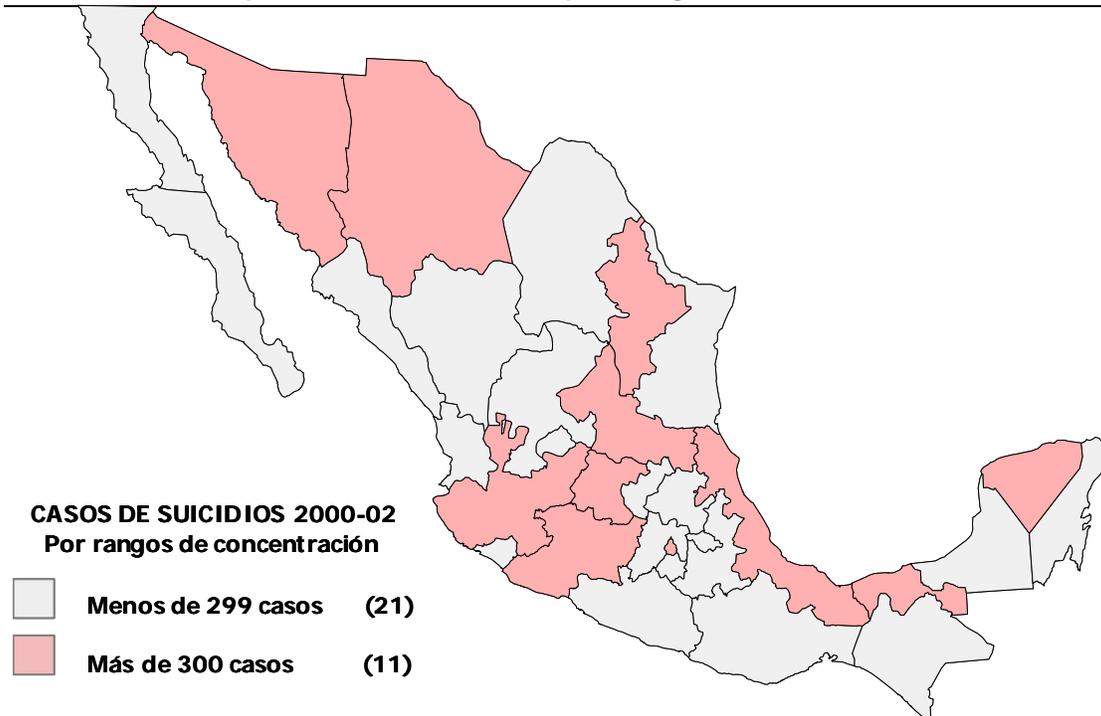
La tercera zona de concentración de actos de suicidio es el corredor Veracruz, Tabasco y Yucatán, concentrando el 17.4 por ciento de los actos.

En 21 entidades federativas se registraron menos de 299 actos de suicidio (*ver mapa 3*). Estas entidades federativas son: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Nayarit, Querétaro de Arteaga, Tlaxcala y Zacatecas, Baja California, Campeche, Coahuila de Zaragoza, Durango, México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa y Tamaulipas.

Mientras en once Estados se registraron más de 300 casos (*mapa 3*): Michoacán de Ocampo, Nuevo León, San Luis Potosí, Sonora, Yucatán, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, Tabasco y Veracruz.⁶²

⁶² Seis Estados registraron menos de 100 casos de suicidio: Nayarit, Colima, Baja California Sur, Chiapas, Guerrero y Tlaxcala. Mientras 18 Estados de la República Mexicana, registraron un promedio de 220 casos de suicidio: Michoacán de Ocampo, Yucatán, San Luis Potosí, México, Coahuila de Zaragoza, Baja

Mapa 3. Casos de Suicidio, por Rangos de Concentración



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Características del Suicidio en México.

Suicidios por Mes de Ocurrencia.

De acuerdo con la frecuencia mensual general en que ocurrieron los actos de suicidio, el mes de mayo registra la tasa más alta de actos de suicidio (9.5 por ciento) y el mes de noviembre concentra el porcentaje más bajo con el 6.9 por ciento.

En el trimestre marzo, abril y mayo se registran las frecuencias más altas de casos de suicidio, juntos concentran el 28 por ciento; en contraparte, en los meses de octubre, noviembre y diciembre se concentra la tasa más baja con el 22.2 por ciento

California, Durango, Oaxaca, Tamaulipas, Sinaloa, Campeche, Puebla, Quintana Roo, Hidalgo, Morelos, Zacatecas, Aguascalientes y Querétaro.

Los suicidios consumados por hombres, alcanzan su frecuencia más alta en el mes de mayo con 9.5 por ciento y la más baja en noviembre con el 7.1 por ciento. Los actos consumados por mujeres, registran su frecuencia más alta en el mes de enero y la más baja en el mes de noviembre con el 10.1 y el 5.9 por ciento respectivamente.

Cabe destacar que durante el periodo 2000-2002, el promedio mensual de suicidio por mes de ocurrencia es de 748 actos.

Suicidio por Mes de Ocurrencia				
Mes	Frecuencia Anual			
	2000	2001	2002	Total
Enero	237	252	273	762
Febrero	235	239	239	713
Marzo	244	282	291	817
Abril	266	305	273	844
Mayo	278	297	281	856
Junio	223	275	279	777
Julio	233	242	258	733
Agosto	224	246	273	743
Septiembre	229	258	259	746
Octubre	209	233	240	682
Noviembre	160	218	243	621
Diciembre	197	242	251	690
Total	2735	3089	3160	8984

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

El promedio mensual de suicidios para el año 2000, en el ámbito nacional fue de 228 actos. En los siete meses en que se observó volumen superior al valor promedio se acumuló 63 por ciento de los casos.

Los suicidios consumados por hombres representaron el 84.2 por ciento del total anual, alcanzando su frecuencia más alta, en el mes de mayo con 10.1 por ciento y la más baja en noviembre con el seis por ciento.

En las entidades federativas de Baja California, Distrito Federal, Oaxaca, Sinaloa y Sonora, la mayor frecuencia de eventos ocurridos se presentó también en mayo, mientras que en el resto del país, las mayores incidencias suicidas se presentaron durante los meses de mayo y agosto.

En el 2001 en los meses de abril y mayo se registraron las más altas frecuencias de suicidios con 9.9 por ciento y 9.6 por ciento del total respectivamente.

En el primer semestre del año ocurrieron 1,650 actos suicidas que representaron 53.4 por ciento del total y en los últimos seis meses del año se manifestaron los 1,439 eventos restantes. Durante los meses comprendidos entre marzo y julio ocurrieron cuatro de cada diez suicidios.

En el 2002 en los meses de marzo y mayo se registraron las más altas frecuencias en la ocurrencia de suicidios con 9.2 por ciento y 8.9 por ciento del total respectivamente.

En el primer semestre del año, se consumaron 1,636 actos suicidas que representaron 51.8 por ciento del total y en los últimos seis meses del año se manifestaron los 1,524 hechos restantes.

En promedio, se registraron 263 actos suicidas por mes y nueve por día a nivel nacional.

Suicidios por Causa y Sexo.

A nivel nacional, el desconocimiento de la causa del suicidio promedia más del 50 por ciento de los actos. Entre los suicidios ocurridos durante el 2000-2002

cuya causa fue identificada, se reconoció con mayor frecuencia —en orden descendente— el disgusto familiar, la causa amorosa, la enfermedad mental y grave.

Los disgustos familiares ocasionaron la mayor parte de los suicidios, tanto los cometidos por mujeres como por hombres. Por otra parte cabe destacar que el suicidio por causa amorosa mantiene una frecuencia más alta en las mujeres — diferencia porcentual de 6.5 puntos, en relación al promedio que representan la tendencia masculina—.

Distribución Porcentual de Suicidio, por Causa y Sexo						
Causa	Hombres			Mujeres		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Disgusto familiar	10.2	8.3	10	13	11.9	12.8
Amorosa	7.5	7.6	7.1	11.1	7.9	9.7
Enfermedad mental	6.9	6.4	3.3	5.1	7	2.2
Enfermedad grave	3.8	4.1	5.6	6.3	6.1	5.9
Otra causa 1/	13.8	16.1	15.6	9.4	10.7	13.8
Se ignora	57.8	57.5	58.4	55.1	56.4	55.6

1/ Incluye dificultad económica, remordimiento entre otras causas.

Fuente: Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

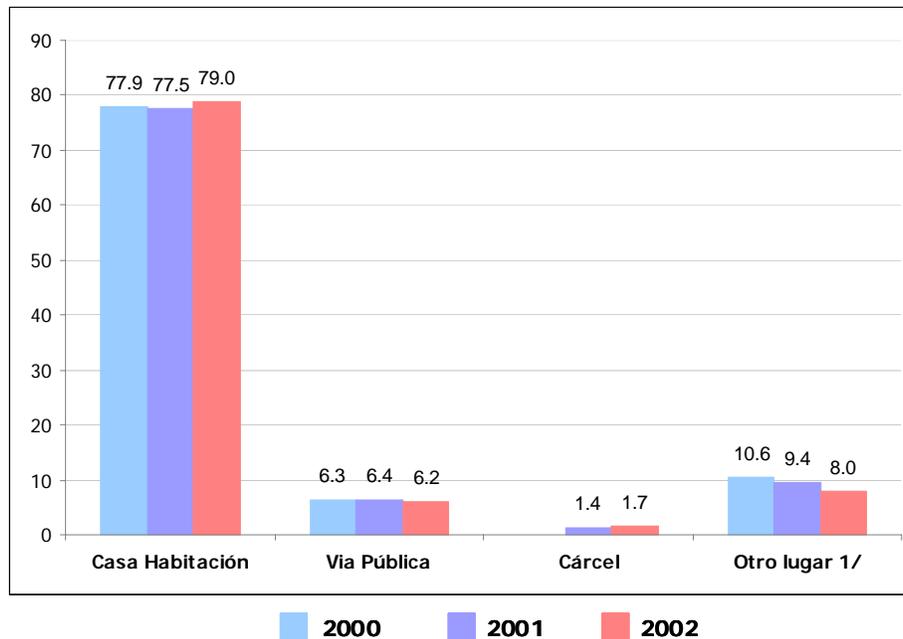
Suicidios por Sitio de Ocurrencia.

A nivel nacional el sitio en que ocurrieron más actos tendientes al intento de suicidio es en casa habitación constituyendo en promedio el 78.1 por ciento, es seguido por el intento de suicidio en vía pública el cual representa en promedio el 6.3 por ciento, en cárceles el 1 por ciento y en otros lugares que incluye hotel o casa de huéspedes, edificio público, cantina, cabaret, restaurante o café, hospital, sanatorio o consultorio, fábrica o taller, campo y otros lugares abarca el 9.3 por ciento. Particularmente en el año 2000 de cada 10 suicidios observados, ocurrieron 8 en casa habitación y uno en vía pública⁶³.

⁶³ Entre las personas suicidas del sexo masculino se observó una proporción de 80 por ciento residentes urbanos.

En el año 2001, los suicidas que tenían como residencia habitual alguna área urbana del ámbito nacional significaron siete de cada diez casos, que significó que por cada suicidio consumado por persona residente en área rural se registraron 2.5 del área urbana.

Distribución Porcentual de Suicidio, por Sitio de Ocurrencia



1/ Incluye hotel o casa de huéspedes, edificio público, cantina, cabaret, restaurante o café, hospital, sanatorio o consultorio, fábrica o taller, campo y otros lugares.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Por sexo, en el ámbito nacional urbano se observó un volumen cinco veces mayor de los hombres con respecto a las mujeres, mientras que en el área rural la proporción fue de cuatro hombres por cada mujer.

El único Estado que registró mayor frecuencia de suicidas con residencia en área rural fue Zacatecas con 64.6 por ciento del total, frente a 35.4 por ciento del área urbana.

En el año 2002, de los 3,160 actos suicidas registrados a nivel nacional, 755 se observaron en el área rural, de estos, 622 cometidos por hombres y 133 por mujeres, mientras que 2,257 se llevaron a cabo en el área urbana, de estos, 1,864 cometidos por hombres y 393 por mujeres. Se ignora de 148 de los actos suicidas registrados.

Los suicidas que residían habitualmente en áreas urbanas del ámbito nacional significaron siete de cada diez casos, lo que reflejó además que por cada suicida residente en área rural se registró, tres en área urbana.

Por sexo, en el ámbito nacional urbano se observó un volumen cinco veces mayor de los hombres con respecto a las mujeres, mientras que en el área rural la proporción fue de cuatro hombres por cada mujer.

En 19 entidades federativas, predominó la proporción de los suicidas que tenían como residencia habitual un área urbana y en las 13 restantes un área rural. Ocho de cada diez actos tuvieron lugar en casa habitación a nivel nacional. La mayor parte de los eventos restantes se llevaron a cabo en la vía pública, el campo y la cárcel.

Suicidios por Medio Empleado y Sexo.

El medio más empleado a nivel nacional para efectuar el acto de suicidio es la estrangulación. La utilización de arma de fuego, es el segundo medio empleado, seguido del suicidio por veneno tomado y la intoxicación.

Por cada suicidio consumado en el año 2000 por efectos de intoxicación con gas venenoso se registraron 223 por estrangulación en el ámbito nacional. Estos últimos registraron la frecuencia más alta y le siguió para el mismo año en orden decreciente el uso de arma de fuego y el veneno tomado. La

estrangulación fue el medio más utilizado para llevar a cabo el acto suicida en el territorio nacional con excepción de Nayarit, en donde se identificó 44 por ciento de los casos efectuados mediante el uso de arma de fuego; proporción precedida por 40 por ciento de eventos realizados por estrangulación. Los eventos ocurridos en casa habitación y efectuados por estrangulación, significaron 50 por ciento de los eventos. En tanto que el uso de este mismo medio en el campo representó el 4.1 por ciento.

Distribución Porcentual de Suicidio por Año y Medio Empleado			
Medio Empleado	2000	2001	2002
Estrangulación	65.1	64.8	69.0
Arma de fuego	19.8	19.5	17.1
Veneno tomado	5.4	7.0	6.1
Intoxicación 1/	2.5	2.7	2.5
Otros medios 2/	6.7	6.0	5.3

1/ Se refiere a intoxicación por medicamentos.

2/ Incluye arma blanca, machacamiento, precipitación, gas venenoso, quemaduras, sumersión, y otros medios.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

En el año 2001 al igual que en el 2000, el medio empleado con mayor frecuencia para llevar a cabo el acto suicida fue la estrangulación; por él se consumaron 65 de cada 100 eventos suicidas. Al utilizar el arma de fuego ocurrieron 20, por ingerir veneno siete y por intoxicación con medicamentos tres de cada 100 casos en los que fue declarado el medio que se usó.

En 30 entidades federativas y el Distrito Federal, el medio más utilizado fue la estrangulación, pero en el Estado de Zacatecas 47.9 por ciento de los suicidios se llevó a cabo por arma de fuego. Este es el Estado donde se registraron más suicidios en el área rural y donde el medio más utilizado para llevarlo a cabo fue el arma de fuego, en este sentido le sigue el Estado de Nayarit.

Al igual que en los años anteriores, en el año 2002, el medio empleado con mayor frecuencia para llevar a cabo el acto suicida fue la estrangulación; con él se consumaron 69 de cada 100 actos suicidas, por arma de fuego ocurrieron

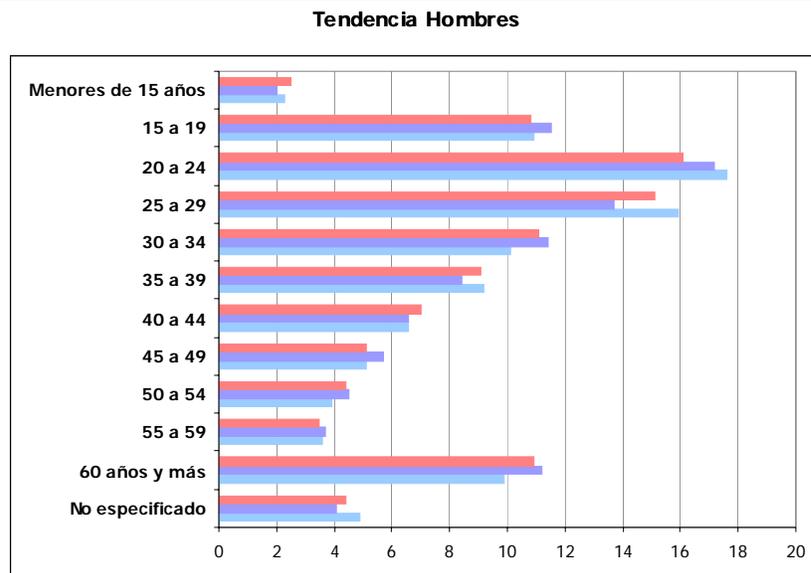
17, por ingerir veneno 6 y por intoxicación con medicamentos tres de cada 100 casos en los que fue declarado el medio que se usó.

Suicidios por Grupo de Edad y Sexo.

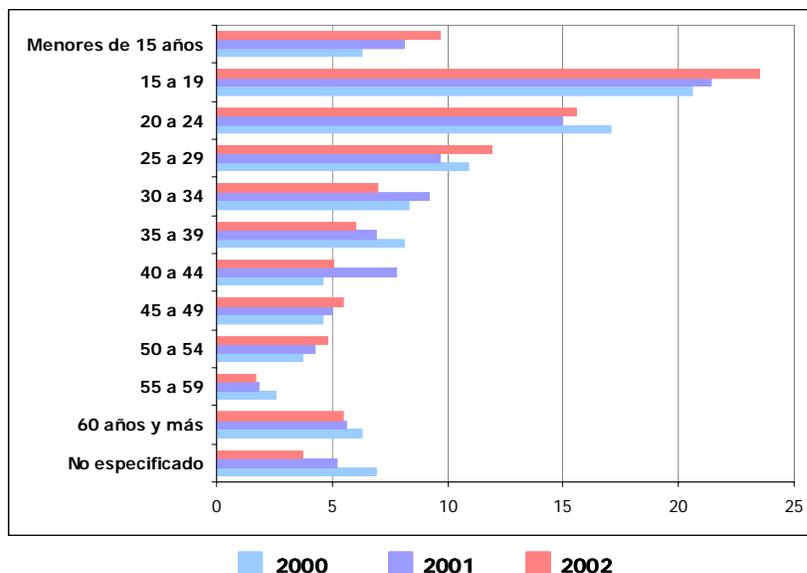
El suicidio a nivel nacional se establece con más del 50 por ciento de los actos en un rango de edad entre los 15 y 34 años. Las tasas porcentuales de suicidio más altas en el sexo masculino se proporcionan entre los 20 y 24 años de edad; mientras que en las mujeres es entre los 15 y 19 años. Las mujeres menores a 15 años tienden más al suicidio que el sexo masculino —24 por ciento en mujeres en comparación con el 6.8 por ciento en hombres—; sin embargo los hombres mayores a 60 años son más propensos al suicidio que las mujeres de la misma edad —32 por ciento y 17.4 por ciento respectivamente—.

Los hombres mantienen las tasas porcentuales más bajas de suicidio en un rango de edad menor a 15 años (6.8 por ciento) —sin embargo a partir de los 15 años hasta los 34 se registra la tendencia más alta— mientras que en las mujeres se establece los rangos más bajos a partir de los 50 años.

Distribución Porcentual de Suicidios, por Año, Grupo de Edad y Sexo



Tendencia Mujeres



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Suicidios por Estado Civil y Sexo.

La población suicida a nivel nacional registra tener estado civil soltero. En hombres la diferencia porcentual entre soltero y casado es de tan sólo 2.9 por ciento, mientras que en las mujeres es del 37.9 por ciento.

Con una diferencia porcentual del 20 por ciento los hombres casados tienden más al suicidio que las mujeres. Por otro lado el estado civil en unión libre registra las tasas más bajas de suicidio para ambos sexos —las mujeres registran una mayor tendencia bajo este régimen conyugal—.

En el 2000 su estado civil se identificó a 39.9 por ciento de personas solteras y 36 por ciento de casados, por la sobresaliente frecuencia con que fueron registradas. Al observar al conjunto de personas casadas, se advirtió que 71.5 por ciento de ellos tenían hijos y particularmente los hombres fueron reconocidos en una proporción de seis por cada mujer en la misma situación.

Con el número de suicidas registrados en 2001 se percibió un incremento respecto al año anterior de 13 puntos porcentuales. Por sexo este crecimiento destacó en el volumen de mujeres con 28.5 por ciento, mientras que el de hombres aumentó 10 por ciento.

Para cada suicida mujer se identificó a cinco hombres, cuatro de cada diez suicidas eran solteros. Otros tres eran casados y uno vivía en unión libre.

En doce de las entidades federativas del país, se registró mayor proporción de suicidas casados, mientras que en las restantes sobresalió la frecuencia de solteros.

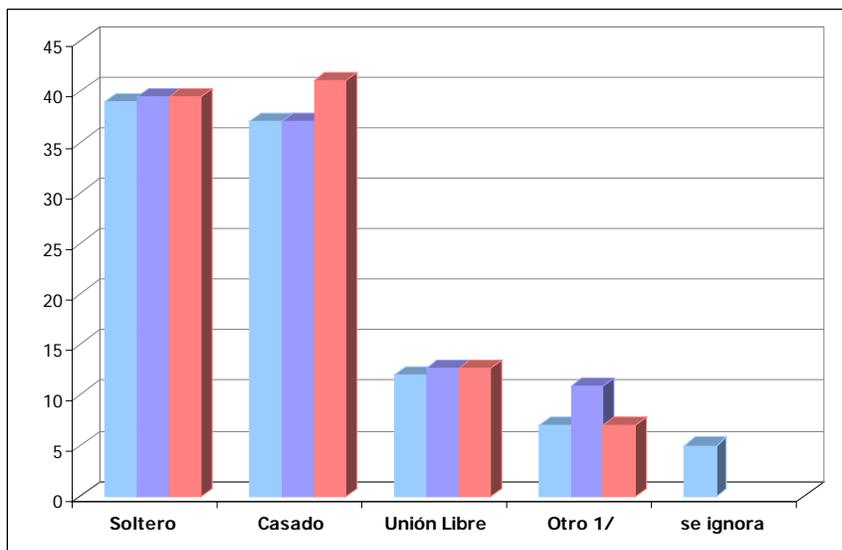
En el año 2002 se percibió un incremento de actos suicidas de 2.3 por ciento respecto del año anterior, por sexo, este crecimiento se manifestó en mayor proporción entre los hombres, al incrementarse 3.2 por ciento, mientras que en las mujeres el volumen decreció menos 1.8 por ciento.

Por cada mujer suicida, se identificó a cinco hombres. Cuatro de cada diez suicidas eran solteros, otros cuatro casados y uno vivía en unión libre.

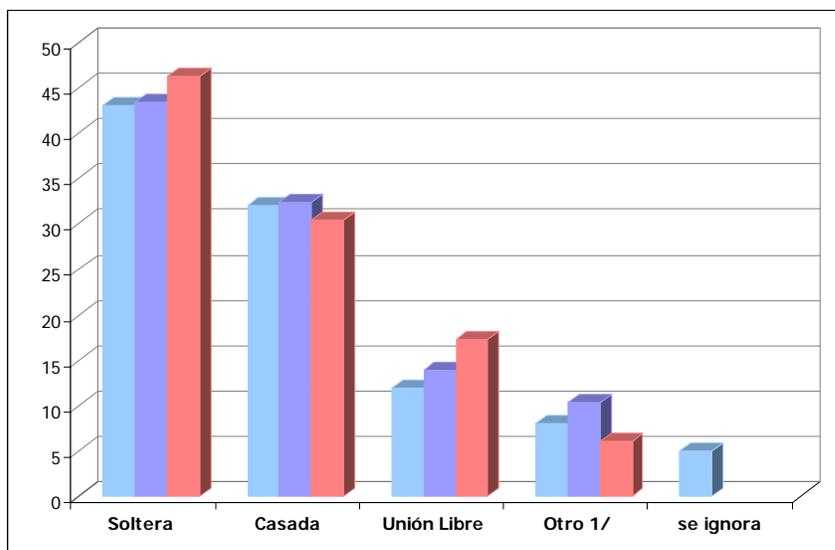
En quince entidades federativas predominaron los suicidas solteros de uno u otro sexo y en otras quince los casados; en Campeche y Coahuila, fueron advertidas personas casadas o solteras en proporciones idénticas.

Distribución Porcentual de Suicidios por Estado Civil y Sexo

Tendencia Hombres



Tendencia Mujeres



■ 2000 ■ 2001 ■ 2002

1/ Incluye viudo, divorciado y separado.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Suicidios por Nivel de Escolaridad.

A nivel nacional se registran las tendencias más altas de suicidio en personas que cursaron algún grado de escolaridad. Las mujeres con escolaridad mantienen una diferencia porcentual de 8.4 puntos por encima de la tendencia registrada por los hombres.

Distribución Porcentual de Suicidas por Condición de Escolaridad y Sexo		
	Hombres	Mujeres
Con escolaridad	59.6	68.0
Sin escolaridad	13.1	10.7
Se ignora	27.3	21.3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Por otro lado se destaca la proporción más alta de suicidas con nivel primaria como máximo de estudios. En contraparte los suicidas con grado de escolaridad superior registran la tendencia más baja (27 por ciento). Entre los niveles considerados como educación básica —primaria y secundaria—, se identifica al 77.3 por ciento de los suicidas. El nivel medio superior y superior registra el 21.4 por ciento.

En el 2000, respecto a su escolaridad, sobresalió la cantidad de personas que había cursado hasta el nivel primaria. Por esta característica y adicionalmente por tener entre 20 y 24 años de edad se reconoció al 19.1 por ciento de los casos. Por esta misma edad quienes habían cursado secundaria, representaron el 22.8 por ciento de los casos.

En Coahuila, Distrito Federal, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo y Tamaulipas sobresalió la frecuencia con que se registró a personas con estudios con nivel secundaria.

En este mismo año, se observó que por cada cuatro personas suicidas con escolaridad se registró una sin escolaridad. Una diferencia más marcada se

observó entre mujeres suicidas con escolaridad que representaron cinco casos por cada uno sin esta condición.

El Estado de Durango se identificó como la entidad federativa donde se observó una mayor frecuencia de suicidas sin escolaridad.

En el 2001, siete de cada diez mujeres suicidas había realizado estudios escolares y seis de cada diez hombres suicidas también.

Entre la población que llevó a cabo el acto suicida, fue posible identificar el nivel de escolaridad alcanzado por 60.4 por ciento de las personas. De ellas, 45.8 por ciento había cursado hasta nivel primaria y 28.3 por ciento nivel secundaria.

Quienes tenían entre 20 y 24 años de edad fueron advertidos en uno de cada seis de los casos con estudios de primaria y en orden descendente se observó a suicidas con edades comprendidas entre los 25 y 29 años.

La mayor proporción de personas suicidas con nivel primaria fue observada en 26 entidades federativas. En el Distrito Federal, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo, Sonora y Yucatán sobresalió la cantidad de suicidas que realizaron estudios de secundaria.

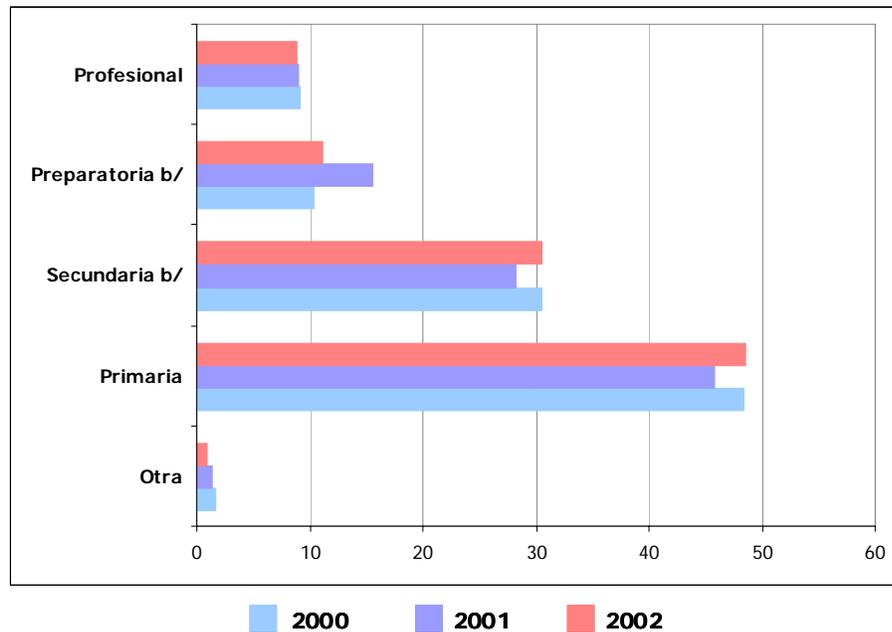
En el año 2002, entre la población que llevó a cabo el acto suicida, fue posible identificar el nivel de escolaridad alcanzado por el 63.8 por ciento de las personas. De ellas 48.5 por ciento habían cursado hasta el nivel primaria y 30.5 por ciento nivel secundaria.

Entre las personas suicidas de nivel preparatoria y profesional, se identificó al 20.1 por ciento del total. Quienes tenían entre 20 y 24 años de edad fueron advertidos en dos de cada diez casos con estudios de primaria y en orden descendente se observó a suicidas con edades comprendidas entre los 25 y 29 años de edad.

La mayor proporción de suicidas con nivel de primaria fue observada en 22 entidades federativas, mientras que en siete de ellas destacaron quienes habían alcanzado el nivel de secundaria.

Siete de cada diez mujeres suicidas habían realizado estudios escolares y seis de cada diez hombres también.

Distribución Porcentual de Personas Suicidas por Nivel de Escolaridad ^{a/}



a/ Incluye personas con escolaridad.

b/ Incluye nivel técnico.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

Suicidios por Condición de Actividad y Ocupación.

El 61.2 por ciento de los suicidas a nivel nacional registraban ser económicamente activas, mientras el 23.8 por ciento se consideraban inactivas.

Distribución Porcentual de Personas Suicidas por Condición de Actividad			
	2000	2001	2002
Económicamente activa	25.2	17.6	18.4
Económicamente inactiva	7.5	8.7	7.6

Nota: No suma 100 por ciento debido a que el 15 por ciento de los suicidas no especifica alguna condición de actividad.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

A nivel de sexos el hombre que se desempeñaba como artesano y obrero mantiene el rango más alto de los actos (89.6 por ciento), seguido del campesino y comerciante con el 80.2 y 38.9 por ciento respectivamente. La ocupación de oficinista registra la tendencia más baja con el 36.6 por ciento. Contrariamente, las mujeres oficinistas registran la tendencia suicida más alta con el 89.5 por ciento, seguidas de las comerciantes con el 53.1 por ciento. La tendencia más baja la registran las artesanas y obreras.

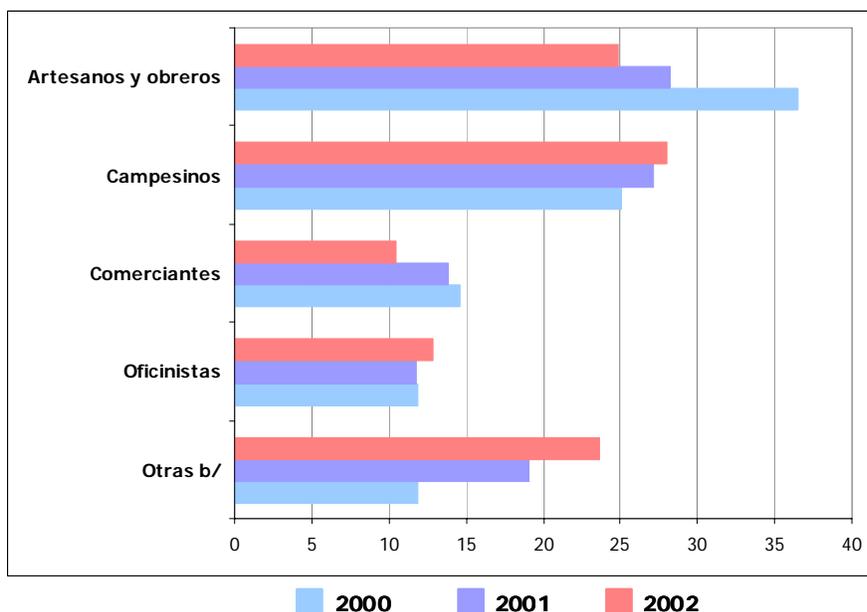
En el 2000 en casi seis de cada 10 suicidas se manifestó desempeñar alguna actividad económica, destacando en orden descendente las ocupaciones de: artesanos y obreros, campesinos, comerciantes, dependientes y oficinistas, entre las demás. En Nayarit (37.5); Hidalgo (52.4); Oaxaca (63.6) y Zacatecas (75)⁶⁴ se advirtió una mayor frecuencia de trabajadores agropecuarios.

Por sexo, la cantidad de hombres que tenían ocupación remunerada superó en más de 15 veces a la de las mujeres económicamente activas. De acuerdo a su condición de actividad, casi 60 por ciento de los suicidas registrados eran personas económicamente activas y 23.9 por ciento inactivas. Esto significó una proporción cercana a 2.5 activas por cada persona inactiva.

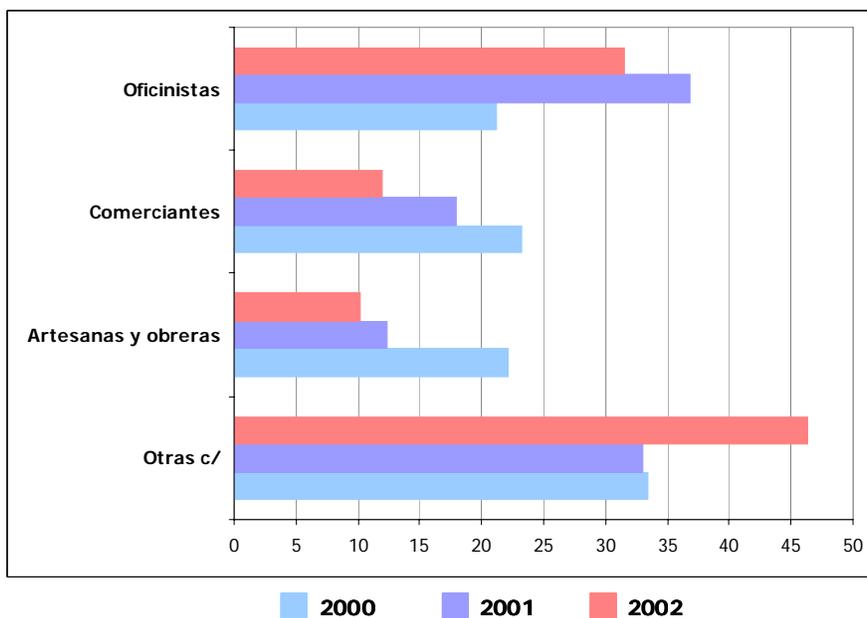
⁶⁴ Los valores en paréntesis se estipulan porcentualmente

Distribución Porcentual de Personas Suicidas por Condición de Actividad

Tendencia Hombres



Tendencia Mujeres



Otras b/ y c/: Incluye profesionistas, técnicos, trabajadores de la educación, del arte, funcionarios, inspectores, operadores de maquinaria fija, ayudantes, operadores, de transporte, coordinadores administrativos, trabajadores de la educación, del arte, públicos, domésticos y de protección y vigilancia.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

En el año 2001 a nivel nacional, 60 por ciento de la población suicida realizaba actividades remuneradas y 26.3 por ciento estaba constituido por personas inactivas económicamente, por ejemplo: amas de casa, estudiantes, jubilados, incapacitados para trabajar, etc. Lo anterior significó que por cada persona inactiva se registraron 2.3 personas activas.

Por sus actividades remuneradas en forma económica, los hombres suicidas artesanos y obreros, campesinos y comerciantes representaron 69.1 por ciento del total masculino con ocupación.

Cuatro de cada diez suicidas del sexo femenino que realizaban actividades remuneradas, eran oficinistas. En segundo término se identificó a dos comerciantes y a una artesana u obrera.

Mientras que en 29 entidades federativas sobresalió la proporción de suicidas campesinos y artesanos y obreros en el Distrito Federal, Puebla y Querétaro la mayoría de la población suicida se dedicaba a actividades comerciales.

En el año 2002 al nivel nacional 57 por ciento de la población suicida realizaba actividades remuneradas y 25.5 por ciento estaba constituido por personas inactivas económicamente y en el restante 17.5 por ciento no fue posible determinar su condición de actividad. Con lo anterior, se advirtió que por cada persona inactiva se registraron 2.2 personas activas.

Los hombres suicidas que desempeñaron actividades agropecuarias, artesanales, fabriles y de oficina representaron 65.8 por ciento del total masculino con ocupación.

De cada diez suicidas del sexo femenino que realizaban actividades remuneradas, tres eran oficinistas, una comerciante y una artesana u obrera.

Mientras que en 20 entidades federativas sobresalió la proporción de suicidas de uno u otro sexo que fueron campesinos, en otras ocho resaltó la de artesanos y obreros, en Morelos la de los oficinistas y en el Distrito Federal, Quintana Roo y Tamaulipas se observaron proporciones equitativas de las distintas ocupaciones.

CAPITULO III

ESTUDIO DE CASO: EL SUICIDIO
EN LA CIUDAD DE MÉXICO,
DISTRITO FEDERAL, 2000-2002

Perfil Sociodemográfico de la Ciudad de México.

Distribución de la Población.

La Ciudad de México ha experimentado grandes cambios a partir de la década de los años cuarenta, al pasar de una pequeña mancha urbana a una gran metrópoli. De acuerdo con los resultados obtenidos en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, el número de habitantes en el Distrito Federal asciende a 8 millones 605 mil 239, que representan el 8.8 por ciento del total nacional (97'483,412 habitantes) y que la mantiene como la segunda entidad más poblada del país⁶⁵. Las Delegaciones Iztapalapa y Gustavo A. Madero son las más pobladas, con 20.6 y 14.3 por ciento respectivamente —concentran ambas más de un tercio de la población de la entidad—, lo que equivale al monto poblacional de nueve de las Delegaciones menos pobladas, que en conjunto contienen 31.5 por ciento.⁶⁶

Distribución de la Población, por Delegación Política			
Delegación Política	Población Total		Distribución porcentual
	1980	2000	
Álvaro Obregón	639,213	687,020	8
Azcapotzalco	601,524	441,008	5.1
Benito Juárez	544,882	360,478	4.2
Coyoacán	597,129	640,423	7.4
Cuajimalpa de Morelos	91,200	151,222	1.8
Cuauhtémoc	814,983	516,255	6
Gustavo A. Madero	1,513,360	1,235,542	14.3
Iztacalco	570,377	411,321	4.8
Iztapalapa	1,262,354	1,773,343	20.6
Magdalena Contreras	173,105	222,050	2.6
Miguel Hidalgo	543,062	352,640	4.1
Milpa Alta	53,616	96,773	1.1
Tláhuac	146,923	302,790	3.5
Tlalpan	368,974	581,781	6.8
Venustiano Carranza	692,896	462,806	5.4
Xochimilco	217,481	369,787	4.3
Total	8,831,079	8,605,239	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

⁶⁵ Superada solamente por el Estado de México.

⁶⁶ Para el año 2000 el mayor porcentaje de residentes del Distrito Federal (97.5), se ubica en localidades con 100 000 y más habitantes .

Estructura y Composición de la Población.

La población del Distrito Federal la podemos considerar como población madura, debido a que el 66.6 por ciento de su población tiene entre 15 y 64 años, mientras que el 26.1 por ciento es menor de 15 años. Para el año 2000 el 13.2 por ciento del total de la población son hombres menores de 15 años y el 12.9 por ciento son mujeres de la misma edad.

Población por Delegación, según Grandes Grupos de Edad 1980–2000								
Delegación Política	Grupos de Edad / años / porcentaje							
	0 - 14		15 - 64		65 y más		No especificado	
	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000
Distrito Federal	37	26.1	59	66.6	3.9	5.8	0	1.5
Álvaro Obregón	37.9	26.4	58.7	66.9	3.3	5.5	0.1	1.2
Azcapotzalco	37.7	24.2	58.6	67.5	3.7	6.8	0	1.5
Benito Juárez	27.1	17.7	66.4	69.3	6.6	10.5	0	2.5
Coyoacán	37.1	22.6	59.3	69.5	3.5	6.5	0	1.4
Cuajimalpa de Morelos	43.5	29.6	54.1	64.3	2.3	3.6	0.1	2.6
Cuauhtémoc	29.6	22.4	63.7	66.9	6.7	8.3	0	2.5
Gustavo A. Madero	38.4	25.9	58.2	66.7	3.4	6.3	0	1.1
Iztacalco	38.7	25.2	58.2	66.6	3.1	6.7	0	1.5
Iztapalapa	42.6	29.6	54.9	65.4	2.5	3.9	0.1	1
Magdalena Contreras	40.5	27.5	56.7	65.6	2.8	5	0.1	1.9
Miguel Hidalgo	31.1	20.8	63.2	67.6	5.7	8.8	0.1	2.8
Milpa Alta	41.5	32.7	54.4	61.9	4	4.2	0.1	1.2
Tláhuac	45.2	31.6	52.2	63.6	2.6	3.4	0.1	1.4
Tlalpan	40.2	26.7	56.9	67.3	2.8	4.4	0.1	1.6
Venustiano Carranza	35.7	24.9	59.9	66.2	4.3	7.5	0	1.4
Xochimilco	41.1	29	55.4	65.1	3.5	4.2	0.1	1.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Analizando los diversos grupos, observamos que para el año 2000, en varias Delegaciones periféricas (Milpa Alta, Tláhuac, Cuajimalpa, Iztapalapa y Xochimilco) se observa una mayor presencia del grupo de edad más joven, específicamente la comprendida entre los 0 a 14 años. Por su parte, la presencia de este grupo de edad es menos relevante en el mismo período en tres Delegaciones céntricas: Benito Juárez, Miguel Hidalgo y Cuauhtémoc.

Las demarcaciones con una población más envejecida presentan una edad mediana mayor: 33 años para Benito Juárez, 30 para Miguel Hidalgo y 29 para Cuauhtémoc. Las Delegaciones céntricas (Benito Juárez, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza), se caracterizan por concentrar los porcentajes más altos de población envejecida de 65 años y más.

Educación.

Dentro del contexto nacional, el Distrito Federal presenta los niveles educativos más elevados. Solamente el 2.9 por ciento de su población de 15 años y más es analfabeta, en comparación a un 9.5 por ciento nacional.

Población sin algún Grado de Instrucción, según Nivel Educativo, 2000								
Delegación Política	Población							
	6 años y más		12 años y más		15 años y más		18 años y más	
	Sin instrucción	por ciento	Sin Instrucción Posprimaria	por ciento	Sin Instrucción Medida-superior	por ciento	Sin Instrucción Superior	por ciento
Distrito Federal	414,900	5.5	1,922,778	28.8	3,371,775	54.31	4,474,377	77.7
Álvaro Obregón	35,820	5.9	16,3635	30.7	282,975	56.9	359,469	78.4
Azcapotzalco	18,569	4.7	95,230	27.3	170,641	52.1	237,535	77.9
Benito Juárez	9,889	3.0	44,879	14.9	85,043	29.6	148,682	54.6
Coyoacán	25,666	4.5	11,3610	22.0	206,626	42.5	301,365	66.5
Cuajimalpa	8,516	6.6	36,490	32.9	60,961	59.4	74,520	79.3
Cuauhtémoc	19,907	4.3	101,821	24.7	188,064	48.5	265,854	73.4
Gustavo A. Madero	60,624	5.5	292,513	30.3	513,823	57.0	675,361	81.0
Iztacalco	19,811	5.4	92,910	28.9	164,129	54.4	223,291	79.7
Iztapalapa	99,368	6.4	448,169	33.7	767,719	62.4	963,770	85.5
Magdalena Contreras	12,504	6.5	557,551	33.1	93,579	59.7	115,797	80.2
Miguel Hidalgo	12,612	4.0	68,188	24.0	121,357	45.0	174,359	69.1
Milpa Alta	6,579	7.9	26,743	38.2	44,555	69.7	51,686	89.1
Tláhuac	16,606	6.4	69,715	31.6	125,750	62.0	160,636	86.7
Tlalpan	29,100	5.7	125,246	28.0	214,418	51.4	281,565	73.4
Venustiano Carranza	19,530	4.7	102,394	28.1	185,714	54.4	253,185	80.0
Xochimilco	19,799	6.2	85,484	30.8	146,421	57.2	187,302	80.0

Nota: Los porcentajes se encuentran calculados sobre la población total por año referido.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

La Delegación Benito Juárez, concentra un menor porcentaje de población sin los niveles de escolaridad básica, media y superior, y Milpa Alta los mayores. En Benito Juárez, sólo el 3 por ciento de la población de 6 años y más no tiene algún grado de educación primaria, en tanto que la Delegación de Milpa Alta el

7.9 por ciento; de la población de 12 años y más, en Benito Juárez sólo el 14.9 por ciento no dispone de algún grado de estudios básicos, en contraposición en Milpa Alta asciende a 38.2.⁶⁷

Empleo.

En 1999, el 46.8 por ciento de la Población Económicamente Activa (PEA) en la Ciudad de México percibe menos de dos salarios mínimos; la proporción es mayor en Milpa Alta, Tláhuac, Xochimilco y Cuajimalpa. En términos absolutos, la mayor parte de la población ocupada, que percibe ingresos de cero a dos salarios mínimos, se ubica en Iztapalapa y Gustavo A. Madero.

Los estratos de población más afectados por la falta de oportunidades de empleo estable y bien remunerado se concentran en los jóvenes y en las personas adultas mayores.⁶⁸

A pesar de que el Distrito Federal concentró más de la quinta parte del Producto Interno Bruto (PIB) nacional entre 1988 y 1992, el salario mínimo tuvo una disminución en términos reales. En el marco de esta dinámica las delegaciones que concentran los índices más altos de ingreso con población que recibe más de 10 salarios mínimos son: Benito Juárez con 8.5; Miguel Hidalgo 7; Coyoacán 5.6; Tlalpan 5.3; Magdalena Contreras 5; Álvaro Obregón 5 y Cuajimalpa con

⁶⁷ En la entidad, en todos los niveles educativos, la participación de la mujer es más desfavorable con respecto a la del hombre. Conforme avanzan los grados educativos, estas diferencias se mantienen, aunque en los grados mayores se acentúan significando que la mujer tiene menores posibilidades para cursar estudios superiores.

⁶⁸ En los grupos de edad de 12 a 19 años y de más de 60 años es muy superior la proporción de población ocupada en actividades informales que en formales. La situación de los jóvenes parece ser que se debe a una incorporación prematura al mercado de trabajo y por la preocupación para complementar al ingreso familiar, efecto generado por las crisis económicas que han obligado a incorporar a un mayor número de integrantes de la familia para tener poder adquisitivo. En los adultos mayores, se explica porque la competencia en el mercado de trabajo no permite su acceso a empleos de mejores condiciones y por la insuficiencia de los sistemas de pensión y seguridad social.

4.5 por ciento. El resto de las demarcaciones cuentan con menos del 3.5 por ciento de población con ingresos en este nivel.

En el otro extremo, entre las que tienen más del 18.3 por ciento de población que recibe hasta 1 salario mínimo, se encuentran Tláhuac con 24.7; Iztapalapa 22.5; Magdalena Contreras 22.2; Xochimilco 22.2 y Álvaro Obregón con 21.7 por ciento.

En el 2000, un primer elemento a considerar es que del total de la población mayor de 12 años, el 45.1 por ciento se encuentra inactiva y el 54.6 por ciento es PEA. Por su estructura porcentual, la PEA que se concentra en las Delegaciones Gustavo A. Madero e Iztapalapa representa el 34.5 por ciento del total para el Distrito Federal, en tanto que en Milpa Alta y Cuajimalpa representan sólo el 2.7 por ciento.

Población Mayor de 12 Años por Delegación, según Condición de Actividad y Sexo 2000						
Delegación Política	Población de 12 años y más		Población económicamente Activa		Población económicamente inactiva	
	Absoluto	por ciento	Absoluto	por ciento	Absoluto	por ciento
Distrito Federal	6,674,674	100	3,643,027	54.6	3,008,279	45.1
Álvaro Obregón	532,780	8	294,720	55.3	235,717	44.2
Azcapotzalco	349,312	5.2	186,766	53.5	161,742	46.3
Benito Juárez	300,811	4.5	177,287	58.9	122,729	40.8
Coyoacán	516,084	7.7	287,911	55.8	225,438	43.7
Cuajimalpa de Morelos	111,000	1.7	61,752	55.6	48,924	44.1
Cuauhtémoc	412,113	6.2	237,117	57.5	173,151	42
Gustavo A. Madero	965,558	14.5	506,521	52.5	456,860	47.3
Iztacalco	321,958	4.8	175,618	54.5	145,213	45.1
Iztapalapa	1,331,752	20	716,950	53.8	609,972	45.8
Magdalena Contreras	168,450	2.5	93,493	55.5	74,384	44.2
Miguel Hidalgo	284,506	4.3	160,675	56.5	122,740	43.1
Milpa Alta	69,917	1	36,108	51.6	33,620	48.1
Tláhuac	220,591	3.3	114,868	52.1	104,729	47.5
Tlalpan	448,012	6.7	248,599	55.5	198,173	44.2
Venustiano Carranza	364,346	5.5	196,107	53.8	166,859	45.8
Xochimilco	277,484	4.2	148,535	53.5	128,028	46.1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Entre las Delegaciones, aquellas que guardan un porcentaje más alto de actividad respecto a su población en edad de trabajar son: Benito Juárez, Cuauhtémoc y Miguel Hidalgo, todas ellas con porcentajes mayores a 55 por ciento. Con menores porcentajes se encuentran Milpa Alta y Tláhuac, por abajo del 52 por ciento de su total disponible.

En un nivel más específico, la relación de la población económicamente dependiente respecto a la PEA refleja que el grado de dependencia general ha tenido un descenso progresivo, en 1970 registra 2.1, desciende en 1980 a 1.7, en 1990 a 1.8 y en el 2000, por cada persona en la PEA había 1.4 personas dependientes de ella.

Por otra parte, la dependencia por vejez, que había representado menos del 10 por ciento de la población dependiente hasta 1980, para 1990 pasó a representar casi el 15 por ciento, lo que implica una mayor presencia y dependencia senil respecto a la población en edad de trabajar.

La PEA, también puede referirse al grado de participación en términos de género y edad. En este sentido, la aportación de la fuerza de trabajo masculina representa más del 60 por ciento del total de la población activa del Distrito Federal, en tanto que la población femenina se encuentra activa en un 44.6 por ciento.

Por sectores económicos, la población que trabaja en el sector terciario se ha incrementado, debido a que la ciudad ha perdido importancia en el sector manufacturero y de la transformación, así como en el abandono de las actividades agropecuarias.

Población Ocupada por Delegación, según Sector de Actividad, 2000										
Delegación Política	Población Ocupada		Sector I		Sector II		Sector III		No Especificado	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Distrito Federal	3,582,781	100	20,600	0.6	757,798	21	2,688,355	75	116,028	3.2
Álvaro Obregón	289,812	8.1	565	0.2	61,027	21.1	217,007	74.9	11,213	3.9
Azcapotzalco	183,327	5.1	329	0.2	46,266	25.2	130,767	71.3	5,965	3.3
Benito Juárez	174,489	4.9	254	0.1	21,164	12.1	147,744	84.7	5,327	3.1
Coyoacán	282,523	7.9	520	0.2	50,560	17.9	222,078	78.6	9,365	3.3
Cuajimalpa de Morelos	60,892	1.7	217	0.8	13,816	22.7	44,291	72.7	2,268	3.7
Cuauhtémoc	233,403	6.5	274	0.1	31,374	13.4	194,329	83.3	7,426	3.2
Gustavo A. Madero	497,236	13.9	720	0.1	115,753	23.3	365,670	73.5	15,093	3
Iztacalco	172,568	4.8	209	0.1	36,132	20.9	130,677	75.7	5,550	3.2
Iztapalapa	705,741	19.7	1,352	0.2	186,504	26.4	494,101	70	23,784	3.4
Magdalena Contreras	91,898	2.6	485	0.5	19,157	20.8	69,401	75.5	2,855	3.1
Miguel Hidalgo	158,522	4.4	229	0.1	26,573	16.8	125,839	79.4	5,881	3.7
Milpa Alta	35,603	1	5,074	14.3	7,203	20.2	22,619	63.5	707	2
Tláhuac	113,193	3.2	2,427	2.1	29,588	26.1	77,604	68.6	3,574	3.2
Tlalpan	244,509	6.8	2,931	1.2	48,272	19.7	186,504	76.3	6,802	2.8
Venustiano Carranza	192,829	5.4	229	0.1	33,673	17.5	153,238	79.5	5,689	3
Xochimilco	143,236	4.1	4,485	3.1	30,736	21	106,486	72.8	4,529	3.1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Principales Causas de Muerte en la Población.

En 1999, las cinco causas de muerte más frecuentes en la población del D. F. fueron: enfermedades del corazón, con una tasa de 100.3 defunciones por cada cien mil habitantes; diabetes mellitus (72.0); tumores malignos (71.1); enfermedades cerebro-vasculares (32.4) y enfermedades del hígado (31.7)⁶⁹.

Composición y Estructura de la Familia.

De acuerdo a los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, en el D. F. había 2'180,243 hogares, de los cuales el 90.9 por ciento fueron de tipo familiar y dentro del conjunto de los hogares familiares predominan los hogares nucleares con el 72.3 por ciento. Los hogares familiares van en descenso, contrario con los hogares "unipersonales" que van

⁶⁹ En el caso de la población masculina, las cinco principales causas están representadas por las enfermedades del corazón, con 96.2 defunciones por cada cien mil personas; diabetes mellitus (68.0); tumores malignos (64.4); enfermedades del hígado (47.6) y accidentes (36.5). Para las mujeres son: enfermedades del corazón (104.0); tumores malignos (77.4); diabetes mellitus (75.7); enfermedades cerebrovasculares (35.9) e influenza y neumonía (16.9).

en aumento, debido a que cada vez más hombres y mujeres forman hogares independientes. Estos se incrementaron del 6.5 por ciento al 8.2 entre 1990 y el 2000. De acuerdo al sexo prevalece más la independencia en las mujeres con un 51.9 por ciento del total de los hogares unipersonales.

Hogares por Delegación, según Jefatura Masculina y Tipo de Hogar, 2000							
Delegación Política	Total de hogares	Hogares con Jefatura Masculina					
		Hogares Familiares			Hogares no Familiares		N.E
		Total	Nucleares	N.E	Total	Uni-personales	
Distrito Federal	2,180,243	1,523,469	1,170,923	7,516	93,839	86,302	1,317
Álvaro Obregón	170,917	124,234	97,336	748	6,182	5,616	136
Azcapotzalco	113,057	78,213	58,678	319	4,556	4,273	49
Benito Juárez	115,864	63,406	50,143	370	10,058	8,906	90
Coyoacán	168,486	116,142	90,288	573	7,195	6,500	199
Cuajimalpa de Morelos	34,540	27,465	22,016	165	991	884	19
Cuauhtémoc	151,036	83,278	61,092	438	13,786	12,336	163
Gustavo A. Madero	305,575	217,924	164,380	818	10,996	10,478	101
Iztacalco	102,998	71,477	53,016	310	3,899	3,705	120
Iztapalapa	422,495	315,747	243,528	1,477	12,467	11,852	165
Magdalena Contreras	53,977	40,161	31,639	204	1,729	1,595	16
Miguel Hidalgo	96,496	59,531	45,927	554	6,685	5,776	69
Milpa Alta	22,079	17,878	13,926	116	486	471	8
Tláhuac	71,968	56,059	44,600	239	1,726	1,659	24
Tlalpan	144,587	106,847	85,540	489	5,146	4,739	73
Venustiano Carranza	120,197	78,815	57,861	365	5,624	5,325	45
Xochimilco	85,971	66,292	50,953	331	2,313	2,187	40

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Al realizar un análisis al interior de la entidad, las Delegaciones centrales presentan un mayor porcentaje de hogares unipersonales contrario a las periféricas como Milpa Alta, Cuajimalpa, Xochimilco e Iztapalapa que representan los menores porcentajes de familias unipersonales y los mayores porcentajes de hogares con 5 miembros y más⁷⁰.

⁷⁰ La formación y estructura de la familia se ve también influida por los adelantos en materia de anticonceptivos y la mayor aceptación de éstos ha hecho posible que se hayan alcanzado tasas bajas de fecundidad y que se inicie un proceso de rápida disminución de la fecundidad y a su vez éstas disminuciones han contribuido a reducir el tamaño de las familias. En el DF, el tamaño medio del hogar se redujo de 4.5 miembros en 1990 a 3.9 en el 2000.

Desde el punto de vista de las políticas, uno de los cambios notables en la formación y estructura de la familia es el creciente número de hogares dirigidos por mujeres, tan sólo en el 2000, el 25.8 por ciento del total de hogares son encabezados por ellas. Observando este comportamiento al interior del Distrito Federal se observan diferencias, donde en las Delegaciones centrales existe una mayor participación de hogares dirigidos por mujeres, ya que más del 30 por ciento de sus hogares su cabeza es mujer comparado con las periféricas en donde más del 80 por ciento de sus hogares los jefes son hombres.

Hogares por Delegación, según Jefatura Femenina y Tipo de Hogar, 2000							
Delegación Política	Total de hogares	Hogares con Jefatura Femenina					N.E
		Hogares Familiares			Hogares no Familiares		
		Total	Nucleares	N.E	Total	Uni-personales	
Distrito Federal	2,180,243	459,116	262,435	2,322	101,607	93,181	895
Álvaro Obregón	170,917	33,188	19,578	187	7,083	6,255	94
Azcapotzalco	113,057	25,290	13,888	96	4,936	4,707	13
Benito Juárez	115,864	28,209	16,846	123	13,983	12,378	118
Coyoacán	168,486	35,838	20,952	175	8,986	8,106	126
Cuajimalpa de Morelos	34,540	5,167	3,178	21	883	764	15
Cuauhtémoc	151,036	40,194	21,800	210	13,524	12,459	91
Gustavo A. Madero	305,575	64,882	35,825	277	11,607	11,115	65
Iztacalco	102,998	23,411	12,752	124	4,022	3,839	69
Iztapalapa	422,495	83,033	47,949	452	10,995	10,554	88
Magdalena Contreras	53,977	10,237	6,170	57	1,815	1,644	19
Miguel Hidalgo	96,496	21,700	12,303	154	8,354	6,734	87
Milpa Alta	22,079	3,277	1,914	21	428	419	2
Tláhuac	71,968	12,575	7,564	45	1,575	1,516	9
Tlalpan	144,587	27,129	16,899	129	5,343	4,886	49
Venustiano Carranza	120,197	29,717	16,042	152	5,972	5,769	24
Xochimilco	85,971	15,199	8,802	88	2,101	2,036	26

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Fenómenos que Atentan Contra la Seguridad de las Familias en la Ciudad de México.

La gran concentración de población en el Distrito Federal y los problemas económicos, sociales, urbanos y ambientales, han provocado el surgimiento de fenómenos que atentan contra la seguridad y la salud de los individuos, de las familias y de la sociedad en su conjunto, entre los que destacan: el consumo y comercio de drogas, el alcoholismo y la violencia intrafamiliar.

Según datos de la Procuraduría General de Justicia local, el 4.3 por ciento de la población en la entidad ha consumido alguna vez en su vida drogas ilegales. En cuanto al alcohol según la Encuesta Nacional de Adicciones 1998, la población urbana de 12 a 17 años del Distrito Federal-zona metropolitana, el 35.8 por ciento de la población ha consumido alguna vez alcohol.

La drogadicción, el alcoholismo y la violencia intrafamiliar⁷¹ que atentan contra la seguridad, la fortaleza y la integridad de la familia, han afectado particularmente a las familias de escasos recursos, trayendo como consecuencia, entre otras, la expulsión parcial o total de los niños del seno familiar para arrojarlos a las calles de la ciudad. De acuerdo a datos generados por instituciones de la Ciudad de México podemos determinar que el 82.2 por ciento de las/los receptoras/es son mujeres, mientras que el 17.7 por ciento restante son hombres, es decir que 4.6 mujeres viven violencia familiar por cada hombre en la misma situación. En cuanto a grupos de edad se refiere, las mujeres que resultan más afectadas son aquellas que están entre los 18 y los 35 años (50.5 por ciento).⁷²

Los grupos de edad que mayormente generan violencia son, en el caso de mujeres, aquellas con 18 a 34 años de edad (48.6 por ciento), mientras que en el caso de los hombres el mismo grupo de edad representa el 50.2 por ciento.

La violencia familiar es una problemática social de gran envergadura. Su erradicación depende, en buena medida, de la capacidad para incidir en la transformación de los patrones de comportamiento diferenciados para hombres y mujeres, hacia la construcción de nuevas formas de relación fundamentadas en la equidad, la justicia, la tolerancia y el respeto.

⁷¹ La violencia intrafamiliar constituye un problema importante en el DF. Sus principales víctimas son las mujeres, los niños y los ancianos.

⁷² En el caso de los hombres, este grupo de edad representa el 33.3 por ciento del total, dada la mayor afectación de la violencia a niños y adultos mayores.

Los Intentos de Suicidio en la Ciudad de México, 2000-2002.

En el Distrito Federal, durante el trienio analizado se registraron 82 casos de intentos de suicidio⁷³.

Casos de Intentos de Suicidio en el Distrito Federal, por año de Ocurrencia				
Entidad	Frecuencia Anual			Total
	2000	2001	2002	
Intentos de Suicidio	17	49	16	82

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

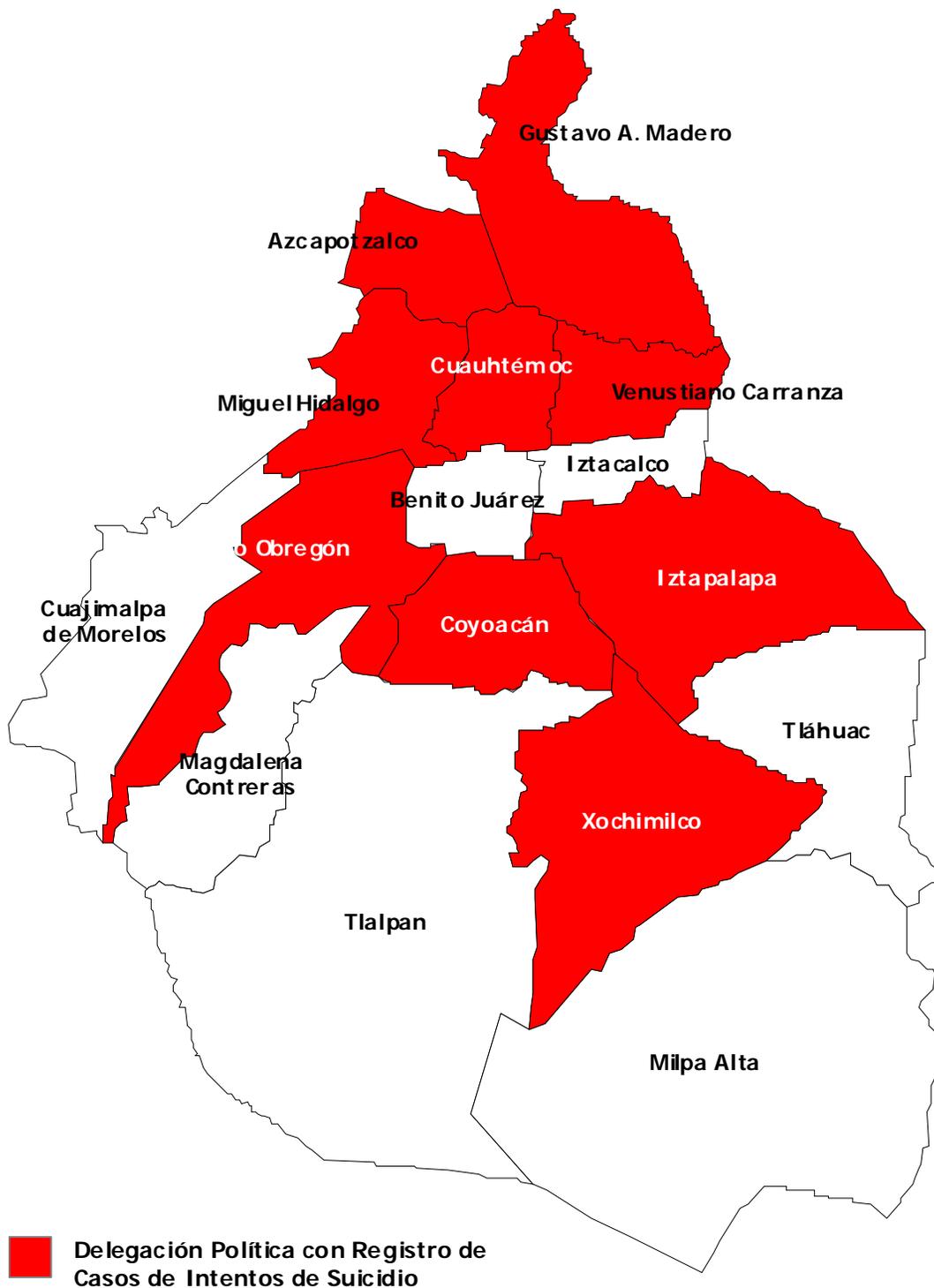
En nueve Delegaciones Políticas del Distrito Federal se concentra el 100 por ciento de los intentos de suicidios: Coyoacán (20.7), Álvaro Obregón (17.1), Iztapalapa (13.4), Azcapotzalco (9.8), Xochimilco (8.5), Venustiano Carranza (3.7), Miguel Hidalgo (3.7), Cuauhtémoc (3.7), Gustavo A. Madero (3.7).

Casos de Intentos de Suicidio, por Delegación Política		
Delegación Política	Total	Frecuencia Porcentual
Azcapotzalco	8	9.8
Coyoacán	17	20.7
Cuajimalpa de Morelos	0	-
Gustavo A. Madero	3	3.7
Iztacalco	0	-
Iztapalapa	11	13.4
Magdalena Contreras	0	-
Milpa Alta	0	-
Álvaro Obregón	14	17.1
Tláhuac	0	-
Tlalpan	0	-
Xochimilco	7	8.5
Benito Juárez	0	-
Cuauhtémoc	3	3.7
Miguel Hidalgo	3	3.7
Venustiano Carranza	3	3.7
No especificado	13	15.9
Total	82	100

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

⁷³ Se estima una tendencia de casos mayor en el sexo femenino que en el masculino. Para el trienio analizado se han calculado 49 casos efectuados por mujeres, 16 por hombres y 17 casos sin registro de sexo.

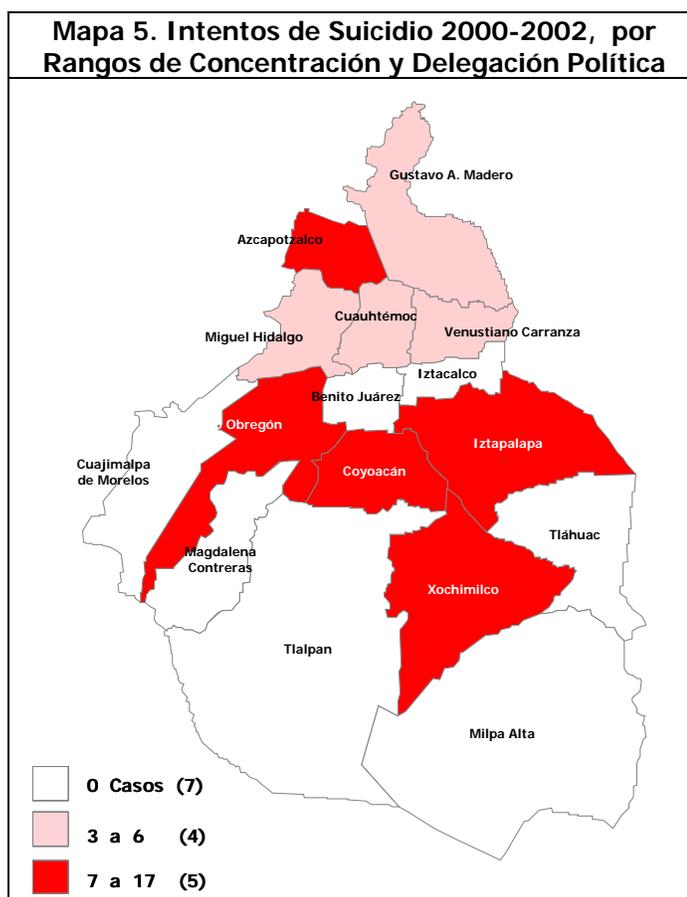
Mapa 4. Casos de Intentos de Suicidio 2000-2002, por Delegación Política



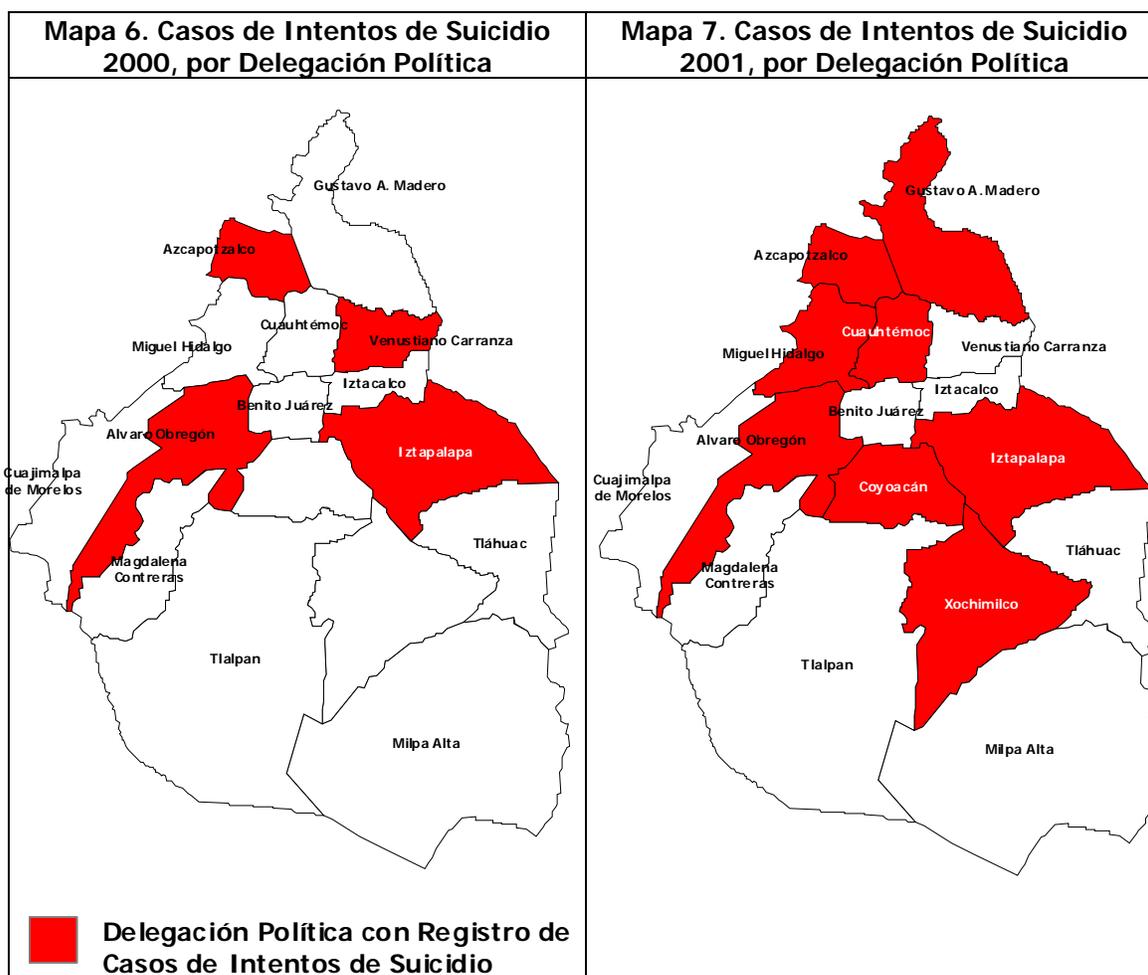
La Delegación Coyoacán registra el mayor número de intentos de suicidios con 17 casos (registrando su mayor frecuencia en el año 2001). Sin embargo la Delegación Álvaro Obregón —con la segunda frecuencia más alta 14 casos— mantiene el promedio anual más alto de intentos de suicidio, con 4.7 casos por año.

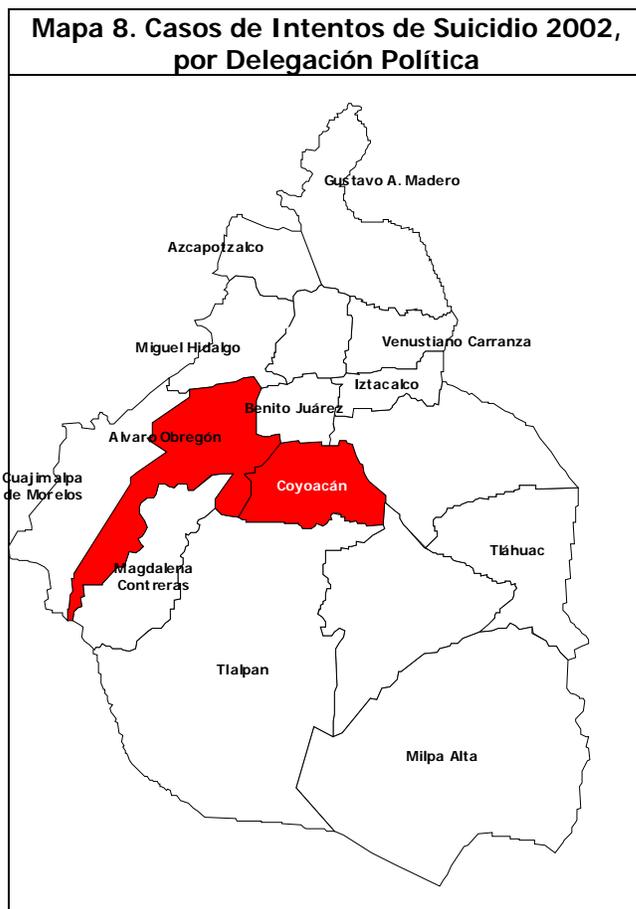
Las Delegaciones Políticas que no registran casos de intentos de suicidio son principalmente la zona tipificada como semirural: Cuajimalpa, Magdalena Contreras, Milpa Alta, Tlalpan, Iztacalco y Benito Juárez.

Como podemos observar el intento de suicidio presenta diferentes intensidades. En primer lugar el Centro y Norte del Distrito Federal mantiene un rango de 3 a 6 casos (excepto la Delegación Azcapotzalco). En segundo lugar se establece gravemente un cinturón del suicidio con las Delegaciones Álvaro Obregón, Coyoacán, Iztapalapa y Xochimilco, al concentrar un rango de 7 a 17 casos de intentos de suicidio.



Siguiendo con nuestro análisis cartográfico podremos observar que para el año 2000, las delegaciones que registraron casos de intentos de suicidio fueron cuatro: Azcapotzalco, Venustiano Carranza, Álvaro Obregón, e Iztapalapa. Los mapas temáticos representan los intentos de suicidio para el año 2001 y 2002, muestran como se anexan a las anteriores delegaciones cinco más y se reduce notoriamente; es decir para el año 2001 se suman las Delegaciones: Gustavo A. Madero, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Coyoacán y Xochimilco. Posteriormente (año 2002) solamente dos delegaciones: Álvaro Obregón y Coyoacán quienes registran algún intento de suicidio.





Es importante indicar la urgente intervención de las diferentes instancias de salud gubernamental, para establecer una política pública integral a nivel Federal, Gobierno de la Ciudad de México y especialmente Delegacional. Como se puede observar la Delegación Álvaro Obregón, mantiene una constante de intentos de suicidio durante los tres años de estudio y la Delegación Coyoacán mantiene la tasa porcentual más alta.

Los Suicidios en la Ciudad de México, 2000-2002.

En el Distrito Federal, durante el trienio analizado se registraron 716 suicidios, representando el año 2001 la tendencia más alta de casos con 253.⁷⁴

En seis delegaciones políticas del Distrito Federal se concentra el 56 por ciento de los casos de suicidio: Iztapalapa (17.6); Cuauhtémoc (9.5); Álvaro Obregón (8.7); Gustavo A. Madero (7.3); Venustiano Carranza (6.8) y Tláhuac (6).

⁷⁴ La frecuencia anual para los años 2000 y 2002, son de 232 y 217 suicidios respectivamente.

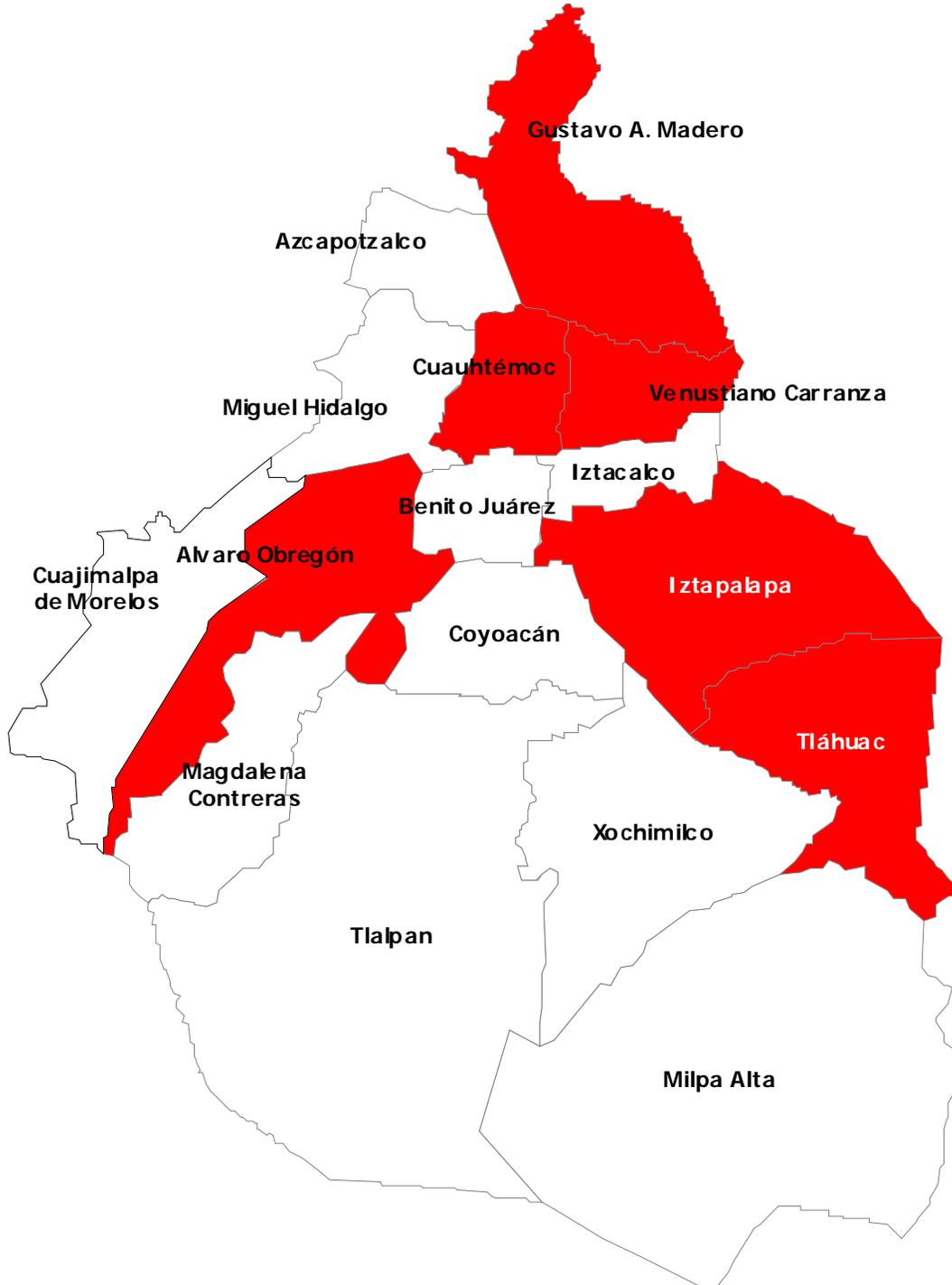
Casos de Suicidio en el Distrito Federal, por Delegación Política, para los años 2000, 2001 y 2002		
Delegación Política	Total	Frecuencia Porcentual
Iztapalapa	126	17.6
Cuauhtémoc	68	9.5
Álvaro Obregón	62	8.7
Gustavo A. Madero	52	7.3
Venustiano Carranza	49	6.8
Tláhuac	43	6.0
Miguel Hidalgo	41	5.7
Benito Juárez	40	5.6
Tlalpan	39	5.4
Coyoacán	37	5.2
Magdalena Contreras	35	4.9
Azcapotzalco	34	4.7
Xochimilco	31	4.3
Iztacalco	22	3.1
Milpa Alta	21	2.9
Cuajimalpa de Morelos	16	2.2
Total	716	100

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios*, Cuadernos Núm. 7, 8 y 9.

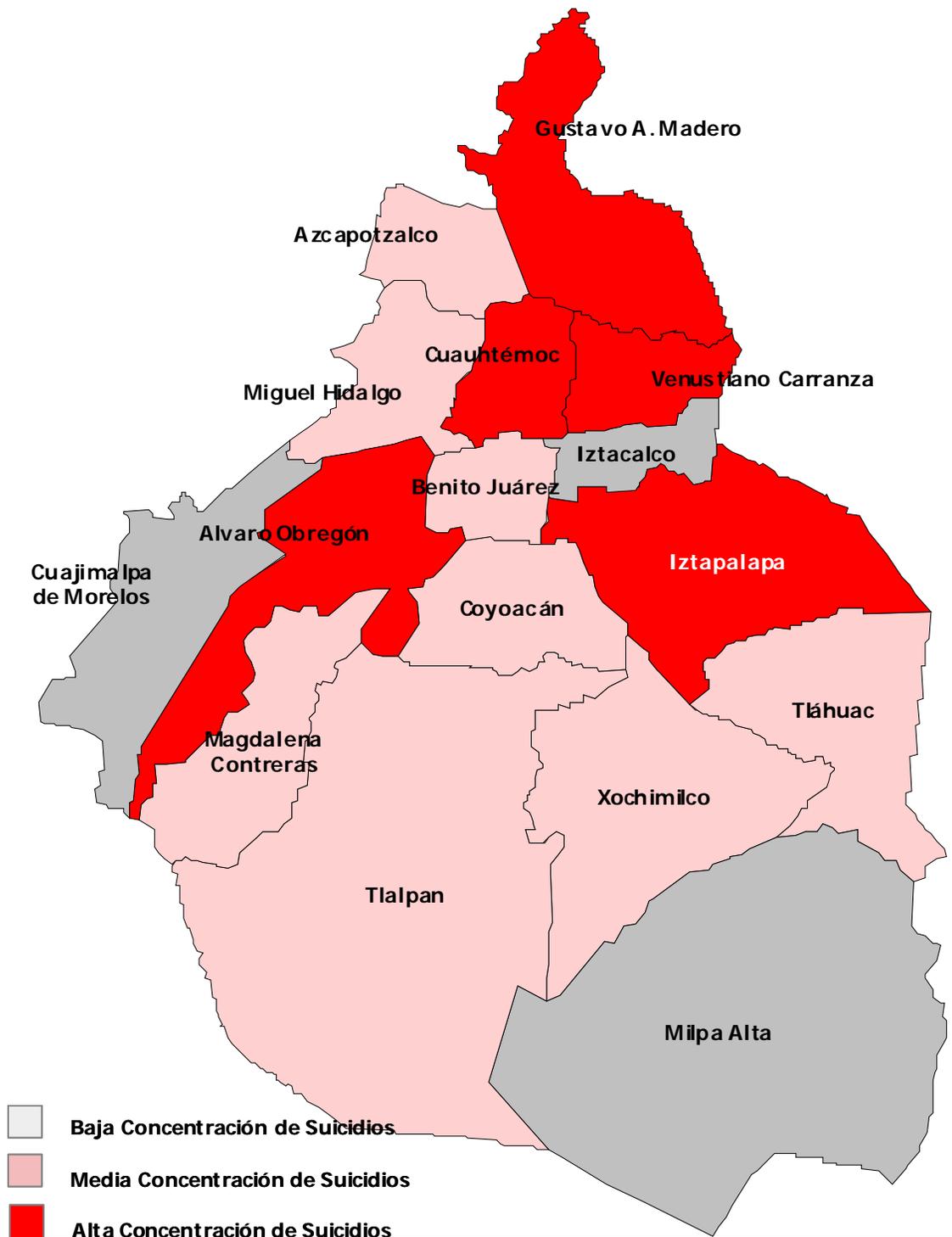
A nivel local la Delegación Iztapalapa registra la mayor frecuencia de suicidio (116), con un promedio anual de 42 casos; la Delegación Cuajimalpa registra la tendencia anual más baja con 5 casos.

El siguiente análisis cartográfico nos muestra el comportamiento del fenómeno del suicidio presentado en las diferentes Delegaciones Políticas del Distrito Federal durante los tres años de estudio 2000, 2001 y 2002. Es importante observar que cinco Delegaciones Políticas mantienen una tendencia alta de concentración de actos de suicidio, 8 con media concentración y 3 con baja concentración de suicidios. Llama la atención dos cuestiones: primero que la Delegación Iztacalco registra una tendencia baja de suicidios, así como cero casos registrados de intentos de suicidio ; segundo las Delegaciones Iztapalapa así como la marcación Álvaro Obregón mantienen una problemática muy grave de actos e intentos de suicidio, que será importante analizar para los tres niveles de gobierno.

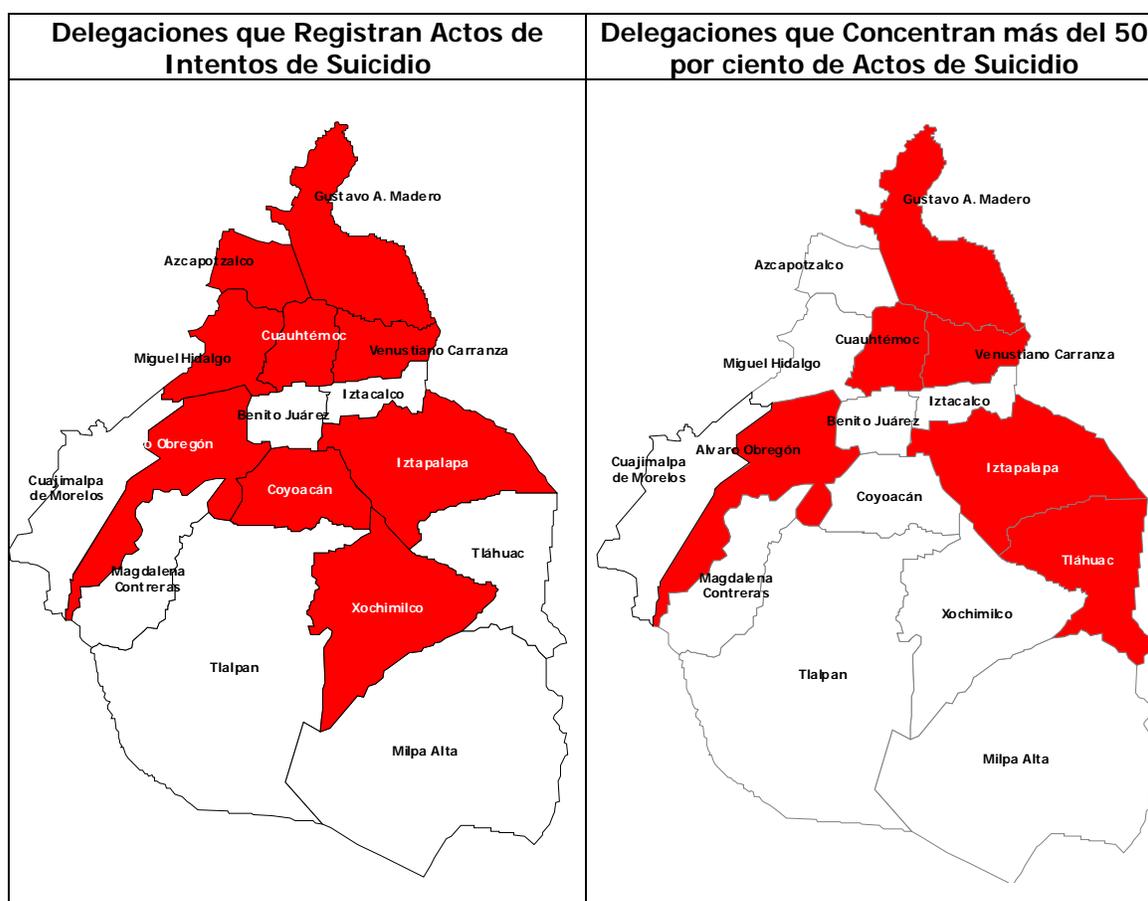
Mapa 9. Casos de Suicidio, por Delegación Política que Concentran más del 50 por ciento de los Casos Registrados



Mapa 10. Casos de Suicidio 2000-2002, por Delegación Política y Rangos de Concentración



Por otro lado el análisis cartográfico del suicidio en el Distrito Federal por año de estudio nos señala diversas circunstancias; en primer lugar se establece una correlación entre el fenómeno del intento de suicidio con la consumación del acto. Es decir como se mencionó anteriormente, de las nueve delegaciones políticas que registran oficialmente el intento de suicidio, cinco delegaciones⁷⁵ mantienen una correlación alta de suicidios consumados, y cuatro delegaciones⁷⁶ una correlación media (aún cuando su variación anual, varía entre media y alta concentración)⁷⁷.



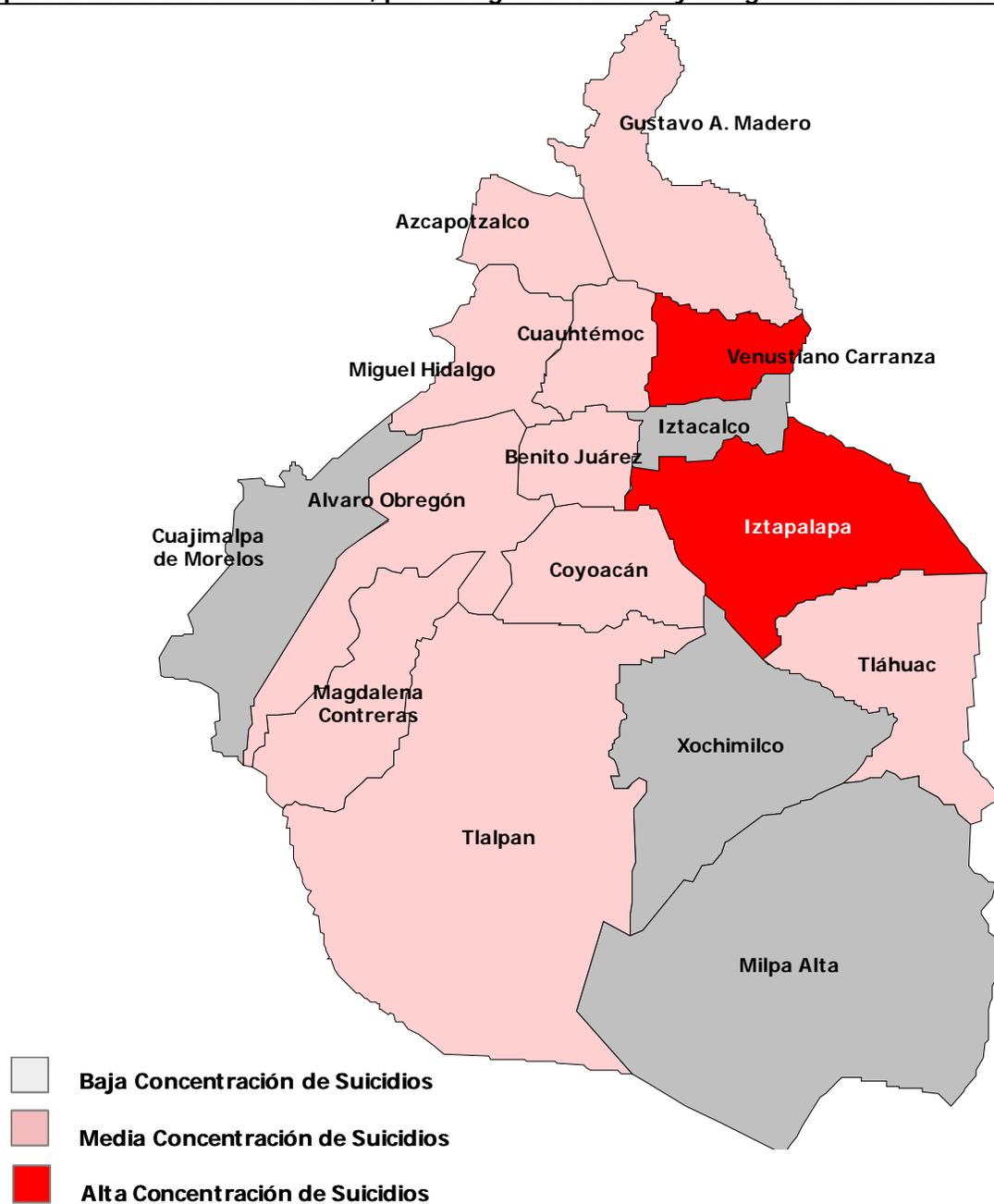
⁷⁵ Gustavo A. Madero, Cuauhtémoc Venustiano Carranza, Álvaro Obregón e Iztapalapa.

⁷⁶ Azcapotzalco, Miguel Hidalgo, Coyoacán y Xochimilco.

⁷⁷ El caso de la delegación Tláhuac se mantiene entre los casos atípicos ya que su tendencia anual de hechos de suicidio consumado varía anualmente, como se podrá ver más adelante, otro hecho interesante que se presenta en esta Delegación en particular es el hecho de no registrar en tres años algún acto de intento de suicidio —no olvidemos que nos referimos a actos registrados por alguna instancia oficial y registrados por el INEGI—, pero sí establece una tendencia alta de actos consumados.

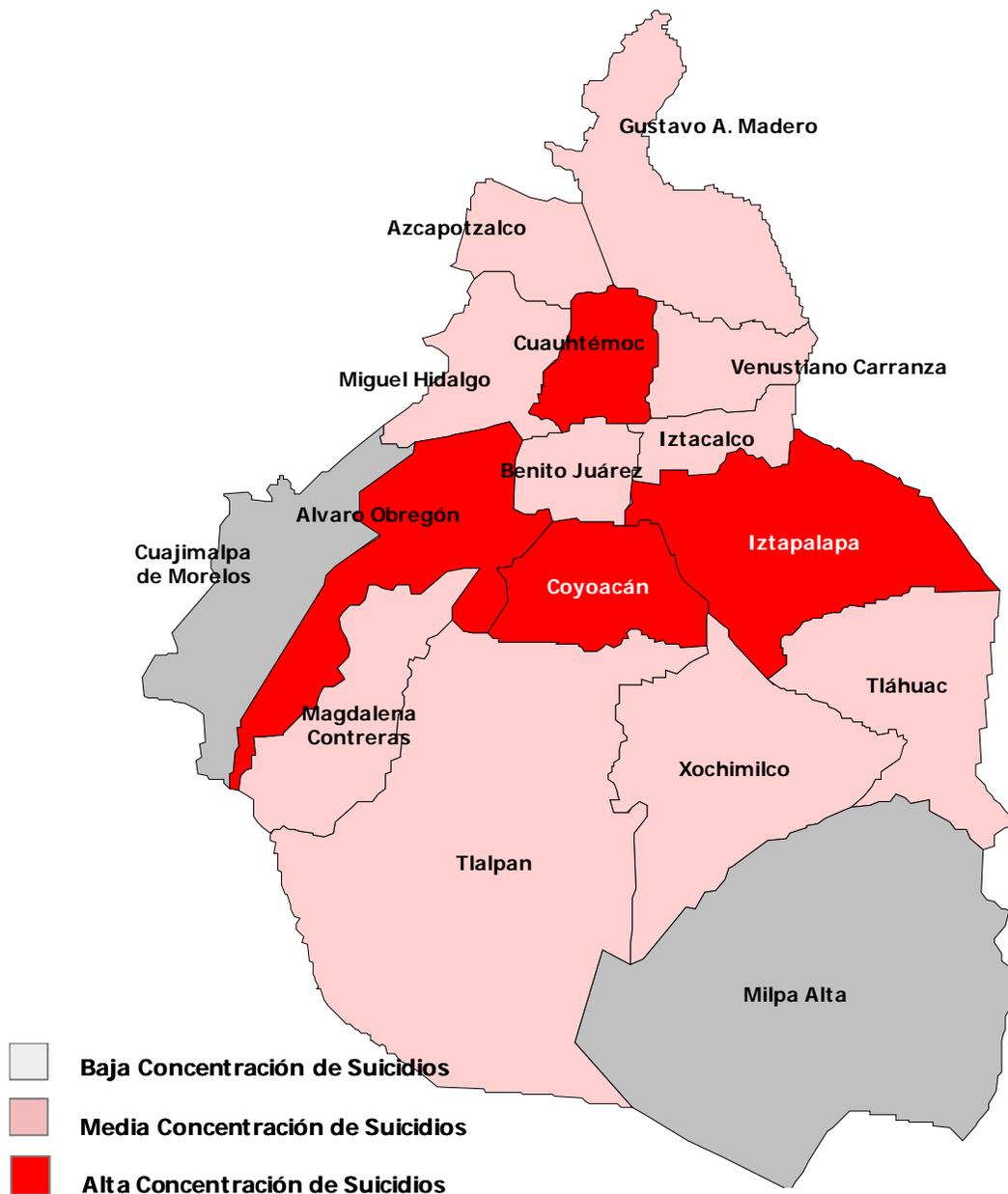
Para el año 2000 las delegaciones Venustiano Carranza e Iztapalapa, presentan la concentración más alta de suicidios consumados.

Mapa 11. Casos de Suicidio 2000, por Delegación Política y Rangos de Concentración



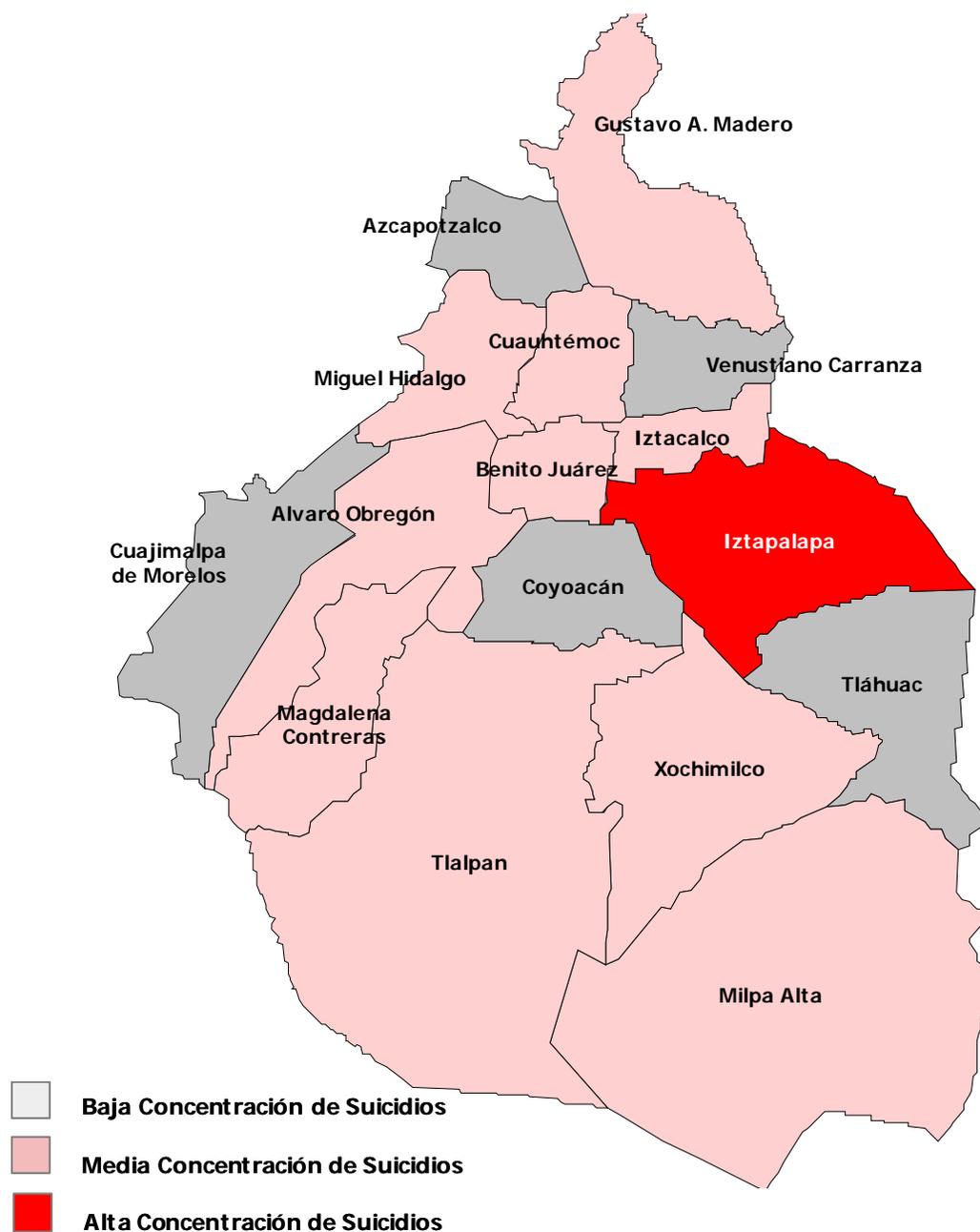
Para el año 2001 permanece la alta concentración de suicidios en la Delegación Iztapalapa, anexándose las Delegaciones Cuauhtémoc, Álvaro Obregón y Coyoacán, conformándose entre estas un cinturón de casos.

Mapa 12. Casos de Suicidio 2001, por Delegación Política y Rangos de Concentración



Para el año 2002, hay una disminución notoria de delegaciones con alto rango de concentración de suicidios, limitándose sólo a la Delegación Iztapalapa.

Mapa 13. Casos de Suicidio 2002, por Delegación Política y Rangos de Concentración



A manera de conclusión preliminar encontramos que la Delegación Iztapalapa es la que mantiene una alta concentración y una constante de actos de suicidio a nivel local.

Es importante hacer notar que esta Delegación —Iztapalapa— presentó en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, la más alta concentración de población con 1,773,343 habitantes representando el 20.6% del total de la población del Distrito Federal; el 65.4% de su población fluctuaba entre los 15 y 64 años de edad, presentando también un alto porcentaje de población sin grados de instrucción o nivel educativo; su población económicamente inactiva representó un 45.8%, mientras que su población económicamente activa representó el 53.8% tomando en cuenta que ésta población percibió ingresos de cero a dos salarios mínimos al igual que la población económicamente activa de la Delegación Gustavo A. Madero. Es significativo señalar que el total de hogares para la Delegación Iztapalapa para el año 2000, fueron 422,495; su distribución según tipo de hogar registra 398,780 hogares familiares y 23,462 de hogares no familiares.

Aunados a estos problemas esta Delegación Política registra un alto índice de delincuencia organizada —relacionada principalmente con el narcotráfico, narcomenudeo, tráfico de armas, tráfico de autopartes y trata de personas— y de delincuencia no organizada, para ejemplificar estos actos las autoridades locales han registrado que un período de tres años las bandas delictivas relacionadas con el narcomenudeo pasaron de 45 a 132 y de 99 a 455 puntos de ventas de drogas, siendo su principal objetivo los jóvenes de las colonias más marginadas.

Una reflexión más que podríamos establecer, es el hecho suicida se encuentra estrechamente relacionado con diversos factores como: la pobreza, la falta de oportunidades a nivel laboral, económico, cultural-educativo, de desigualdad

social que hace propicio el surgimiento de fenómenos tales como: el alcoholismo, la drogadicción y la depresión, entre otros.

El fenómeno del suicidio en México necesariamente tiene que formar parte de un programa integral de salud pública a nivel nacional. En la Delegación Iztapalapa como en otras demarcaciones del país el acto de muerte es un hecho cotidiano, sea por suicidio, violencia o por crimen.

Análisis del Suicidio en el Distrito Federal por Contorno Territorial.

Con la intención de aterrizar el análisis estadístico y geográfico del suicidio en el Distrito Federal de lo general a lo particular, se han establecido diversos contornos geográficos determinados por la especificación territorial del Programa de Ordenación de la Zona Metropolitana del Valle de México.

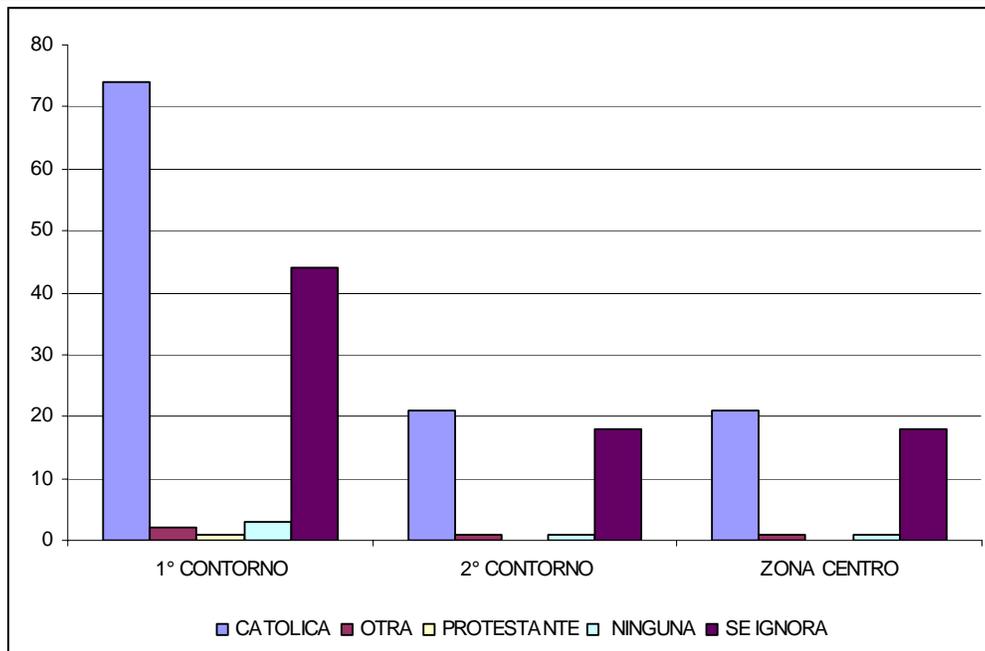
Contornos Territoriales para el Análisis del Suicidio en el Distrito Federal.

- a. CIUDAD CENTRAL equivalente a ZONA CENTRO, formada por las delegaciones: Benito Juárez, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza.
- b. PRIMER CONTORNO formado por las delegaciones: Azcapotzalco, Álvaro Obregón, Coyoacán, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa y Cuajimalpa.
- c. SEGUNDO CONTORNO formado por las delegaciones: Tláhuac, Xochimilco, Tlalpan y Magdalena Contreras.
- d. TERCER CONTORNO formado por la Delegación Milpa Alta.

Con base a la anterior delimitación, a continuación se presentan los diferentes escenarios del comportamiento del fenómeno del suicidio en el Distrito Federal, por contorno territorial⁷⁸.

1. Se establece el Primer Contorno conformado por las Delegaciones Azcapotzalco, Álvaro Obregón, Coyoacán, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa y Cuajimalpa, como la zona con el mayor número de casos de suicidio a nivel local.
2. Los suicidas mantienen una relación de creencia con la religión católica.

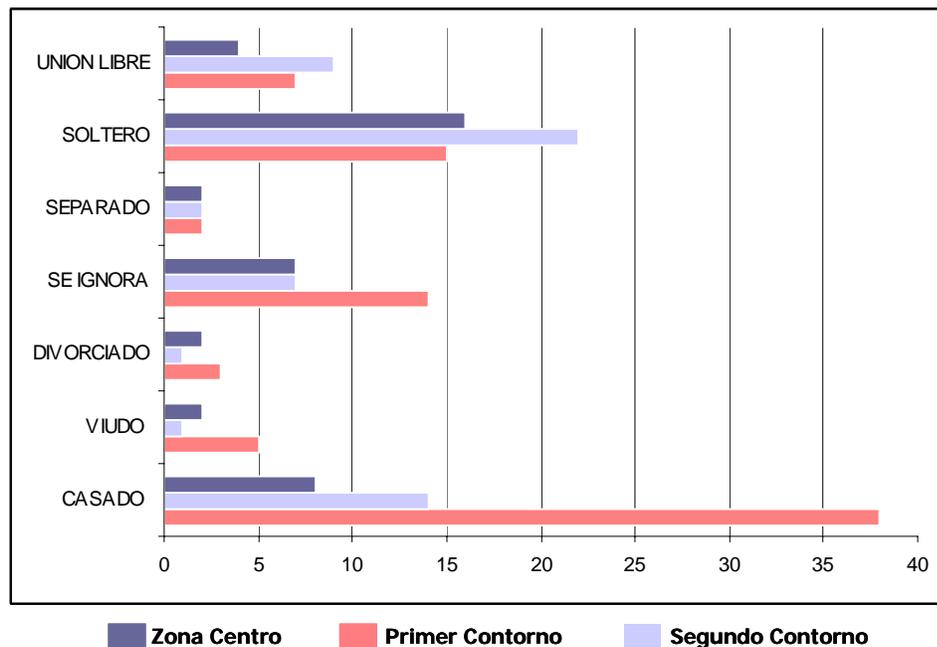
Relación de Suicidios y Religión, por Contorno Territorial



⁷⁸ Es importante señalar que debido a que el Tercer Contorno está formado sólo por la Delegación Milpa Alta, para esta investigación se ha considerado anexarla para un mejor estudio al Segundo Contorno. De esta manera se analizarán los cruces de información entre la Zona Centro, la zona del Primer Contorno y la zona del Segundo Contorno.

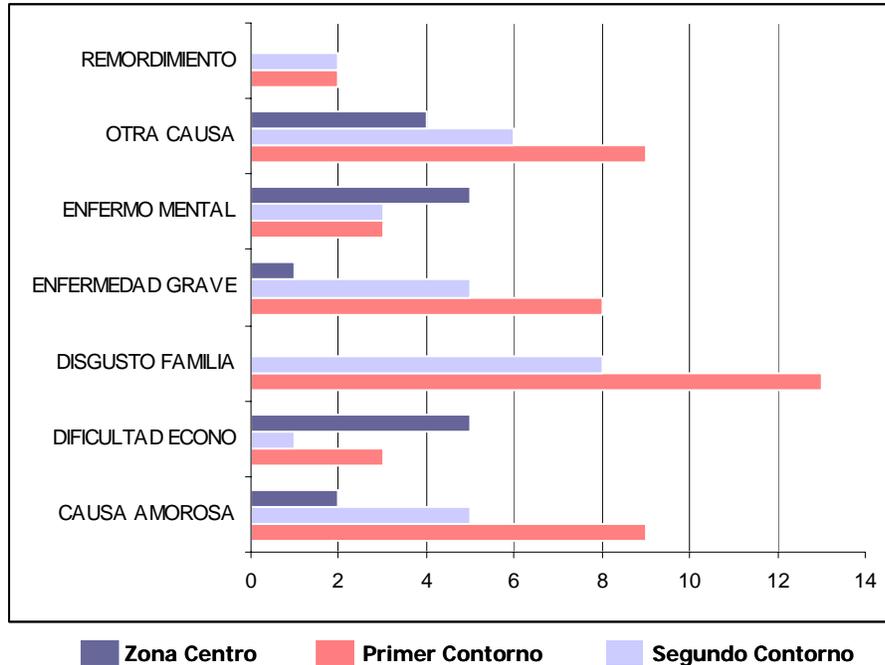
3. La relación de suicidios y estado civil se concentra mayoritariamente en el Primer Contorno con suicidas con estado civil casado.
4. Resulta interesante observar que la Zona del Segundo Contorno y Centro presenta una relación del suicida con estado civil soltero.

Relación de Suicidios y Estado Civil, por Contorno Territorial



5. En la Zona Centro prevalece como causa del suicidio la dificultad económica a la par de la enfermedad mental.
 - I. La Zona del Primer Contorno aparece como principal causa el disgusto familiar, siguiéndole en importancia la causa amorosa;
 - II. La Zona del Segundo Contorno destaca como primera causa el disgusto familiar, siguiéndole la causa amorosa y la enfermedad grave con igual número de casos.

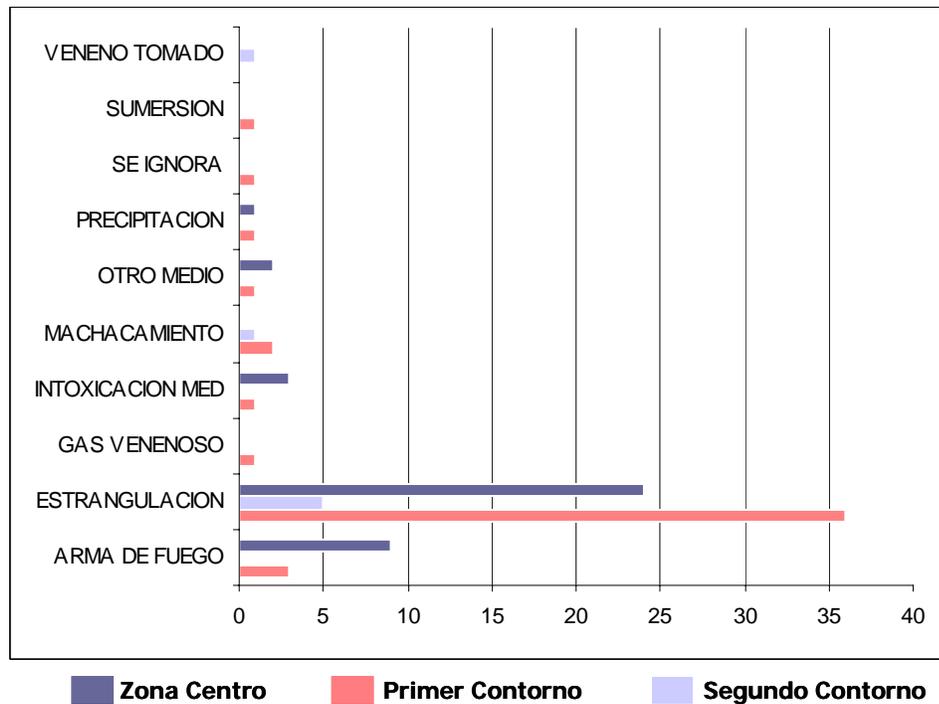
Relación de Suicidios y Causas que lo Motivaron, por Contorno Territorial



6. En relación al medio utilizado para su consumación del suicidio, destaca la Zona del Primer Contorno con el mayor número de casos de estrangulación, siendo este medio el más utilizado en la zona y siguiéndole en menor porcentaje la utilización del arma de fuego.

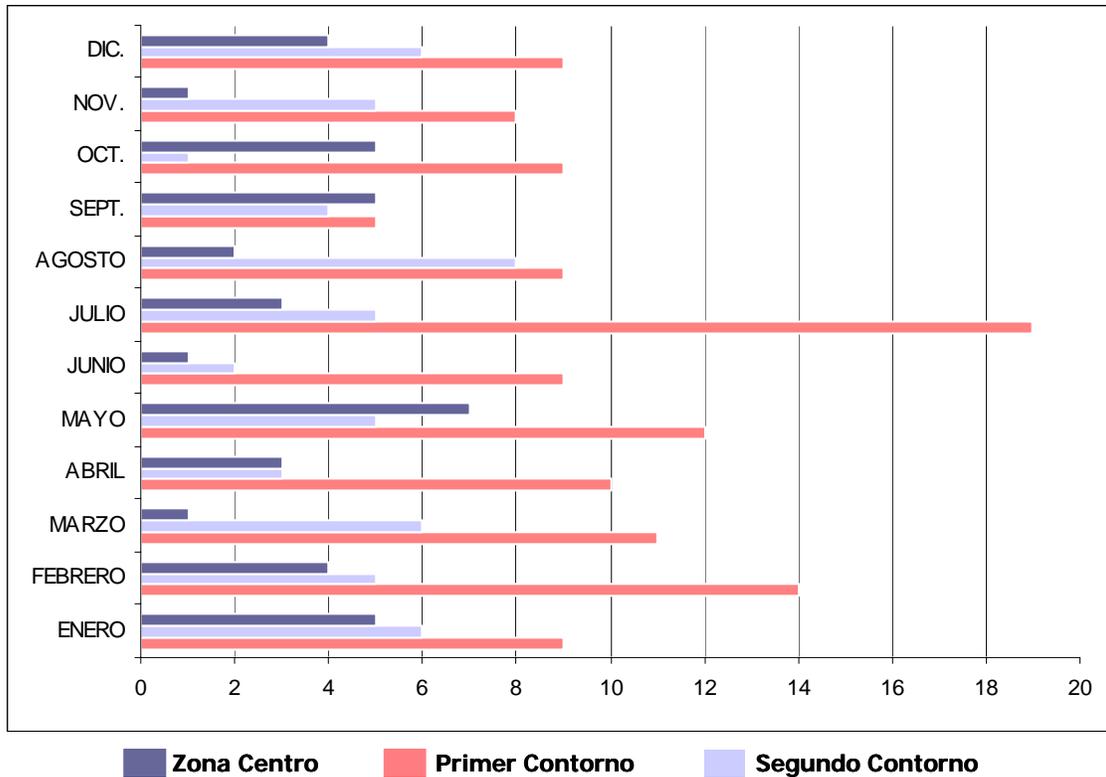
III. Se muestra a la Zona Centro como la segunda en importancia en número de suicidios cuyo medio más utilizado fue la estrangulación, siguiéndole el arma de fuego como medio más utilizado después de la estrangulación.

Relación de Suicidios y Medio Utilizado para su Consumación, por Contorno Territorial



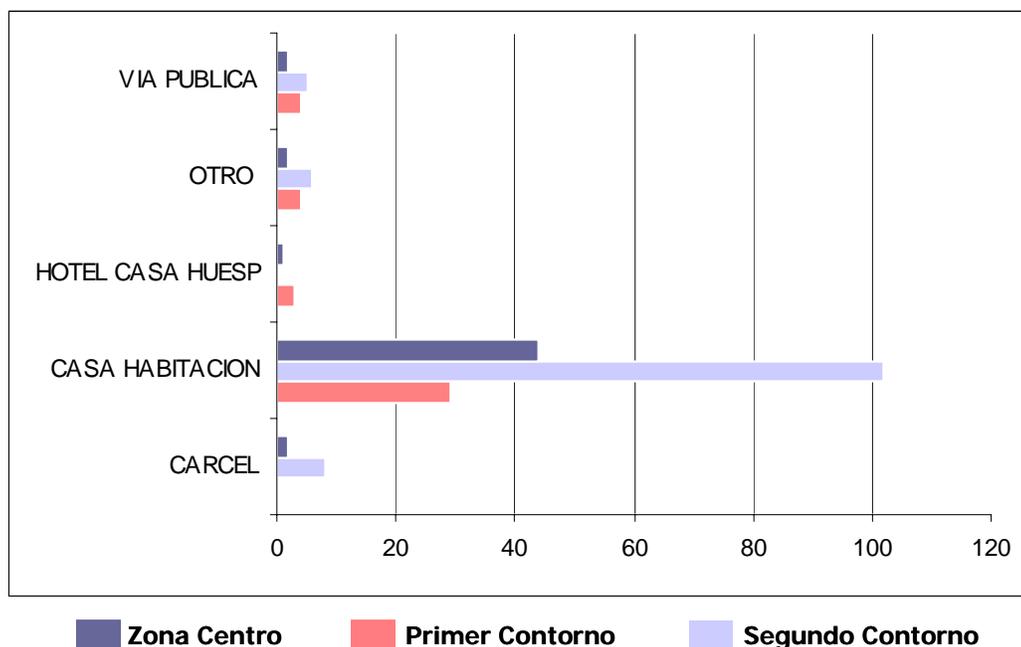
7. En correlación al mes de ocurrencia del acto de suicidio la Zona Centro presenta el mayor número de suicidios principalmente en el mes de mayo, siguiéndole los meses de enero, septiembre y octubre con igual número de casos. La Zona del Primer Contorno muestra el mes de julio como el mes en que se registró mayor número de suicidios, siguiéndole el mes de febrero y mayo respectivamente. Dado que esta zona ha demostrado ser la de mayor frecuencia de actos suicidas, es interesante mencionar que el mes en que registró menos suicidios fue septiembre. La Zona del Segundo Contorno registró en el mes de agosto el mayor número de casos de suicidio, siguiéndole los meses de enero, marzo y diciembre en similar número de casos.

Relación de Suicidios y Mes de Ocurrencia, por Contorno Territorial



8. En relación al suicidio por sitio de ocurrencia es notorio que en las tres zonas, el sitio donde se llevaron a cabo el mayor número de suicidios fue en casa habitación; siendo este el lugar más recurrido, debido a la intimidad del lugar.
9. Otro aspecto importante que sobresale en el segundo contorno son los actos de suicidios en cárceles; encontrándose ubicados los Reclusorio Varonil Oriente, el Reclusorio Varonil Sur, Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan y el Centro Varonil de Rehabilitación psicosocial. Lo que implica para las autoridades locales es realizar un análisis, estudio o diagnostico sobre la situación y condiciones de los Centros de Reclusión mencionados.

Relación de Suicidios y Sitio de Ocurrencia, por Contorno Territorial

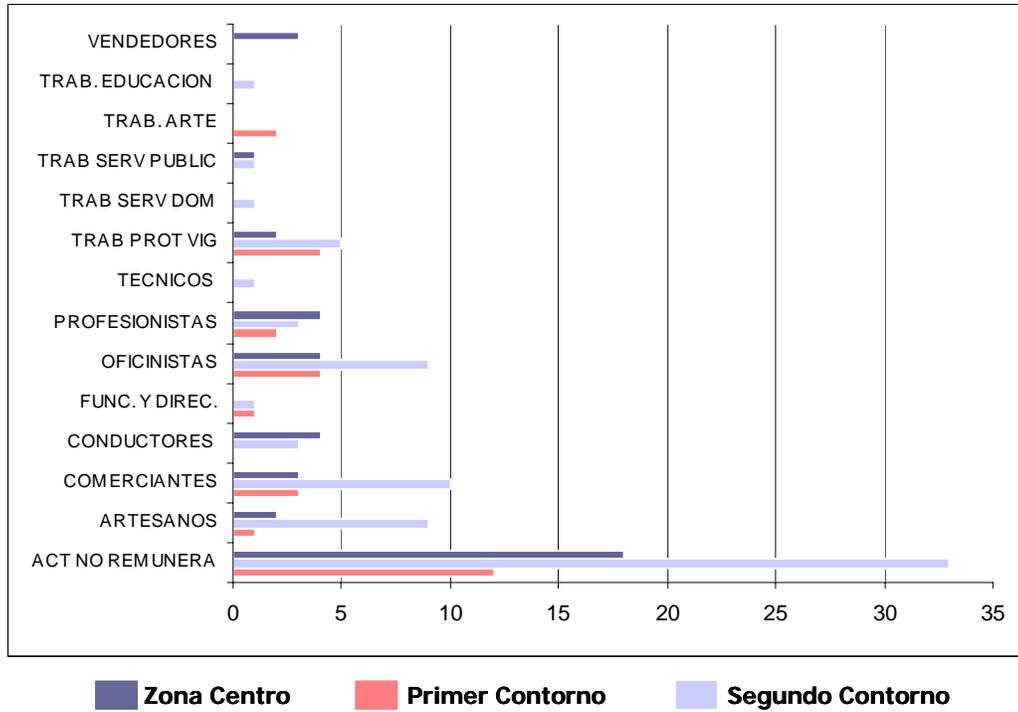


10. La relación de Suicidios y ocupación de los suicidas —aunque en muchos de los casos de suicidio se ignora la ocupación de los actores—, resalta el hecho de que en las tres zonas se suicidan más quienes no cuentan con una actividad remunerada; le siguen en orden de importancia los artesanos, comerciantes y oficinistas.

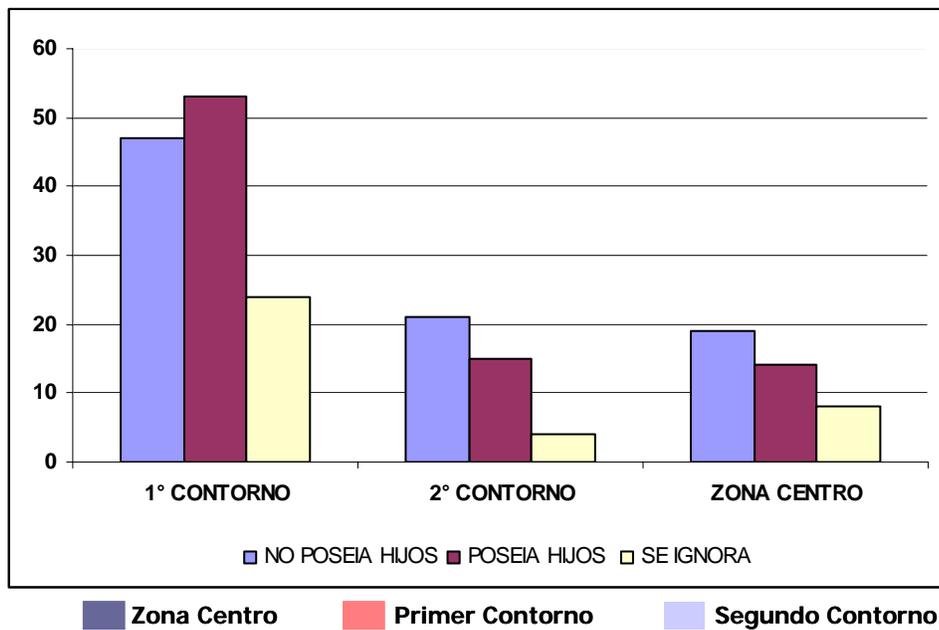
IV. Una segunda conclusión se podría establecer al especificar la relación estrecha que se establece entre el suicidio y el desempleo, la desocupación laboral y la premura económica.

11. Finalmente podremos observar la relación entre el suicidio y la posesión de Hijos. La Zona del Primer contorno ocupa los mayores registros de suicidio, llama la atención que en esta zona se suiciden más quienes poseen hijos. En las Zonas Centro y del Segundo Contorno se suicidan más quienes no poseen hijos.

Relación de Suicidios y Ocupación de los Suicidas, por Contorno Territorial



Relación de Suicidios y Posesión de Hijos, por Contorno Territorial



CONCLUSIONES.

A lo largo de esta investigación se han desarrollado diferentes conclusiones preliminares, finalmente sólo queda enfatizar que se ha pretendido problematizar la noción del suicidio al introducir diversas variables para su comprensión. Estoy consciente de las limitaciones que una investigación como la que se concluye enfrenta; seguramente reúne varias críticas y comentarios, sin embargo también se han reunido diversas reflexiones importantes:

I. El suicidio a nivel global alcanza niveles extremadamente altos.

En Europa, se ha constituido en la segunda causa más frecuente de muerte. Según algunas estimaciones realizadas, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que para el año 2020 las víctimas podrían ascender a 1.5 millones.

II. El suicidio es un problema ascendente en México. El tema del suicidio en nuestro país debe ser abordado como una política integral de salud pública. Resulta la necesidad de desarrollar programas de prevención y tratamiento en esta área a nivel de los tres ordenes de gobierno.

- El intento de suicidio se ha convertido en la expresión más peligrosa de la juventud mexicana. Dados los factores analizados, los adolescentes son los más vulnerables, y circunstancias como el estrés, la confusión y dudas sobre sí mismos, los problemas familiares, las presiones para lograr éxitos, una desesperanza generalizada, sentimientos de impotencia e incapacidad, la violencia generalizada o la situación económica, así como la marcada influencia de paradigmas, modas y estereotipos de vida a través de los medios de comunicación, se han convertido en estimulantes de esta problemática.
- Implementar una política pública para la prevención del suicidio en México; establecer cuales son las responsabilidades de cada

Secretaría de Estado (Federal o Locales) y plantear un Plan Estratégico, donde se moldeen las medidas de prevención, intervención y manejo del fenómeno del intento y acto de suicidio, resulta de vital importancia para nuestros hijos, familias y generaciones de mexicanos.

III. El fenómeno del suicidio debe considerarse como un trastorno de vulnerabilidad mental y social.

- En este sentido se pueden definir tres grandes procesos en que está conformada la vulnerabilidad social actual: la pobreza, la marginación y la exclusión social. El primero de ellos se refiere a los grupos que son vulnerables por su baja capacidad de ingreso que les impide tener el acceso a los bienes y servicios necesarios para una vida digna; el proceso de la marginación por su parte, se refiere a la dinámica mediante la cual ciertos grupos sociales se encuentran ligados débilmente a los servicios públicos urbanos y rurales —transporte, agua drenaje, energía eléctrica—; finalmente, la exclusión hace referencia a los grupos que se encuentran inmersos en una dinámica que los deja fuera, de manera intermitente o permanentemente de la escuela, el empleo y la protección social, debido a su condición de género, edad, etnicidad y discapacidad.
- Entre las variables que podrían dar cuenta de estos ejes de análisis se encuentran aquellas que permiten medir el rezago educativo y la inasistencia a la escuela, los hijos que mueren en la niñez, la residencia en viviendas inadecuadas —sobre todo que carezcan de agua potable y drenaje—, el ingreso, las prestaciones sociales y laborales, la vejez, la fecundidad temprana, la condición marital, el aumento de hogares con jefatura femenina, el desempleo y la desintegración familiar entre otras variables que se interrelacionan como factores estresantes para la consumación del suicidio.

IV. El fenómeno del intento de suicidio. El intento del suicidio se manifiesta actualmente no solo en nuestro país, sino a nivel global como un fenómeno de atención urgente. Conocer la magnitud del intento de suicidio en su justa magnitud, es un gran reto. Las

estimaciones se fundamentan en registros oficiales donde es obligatorio registrar los suicidios consumados ante un Ministerio Público, mientras que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente.

- Conocer la cifra negra del intento del suicidio se constituye como el gran reto para todos los interesados en este tema —es decir, el número de intentos de suicidio que efectivamente se generan pero que no son denunciados ante las instituciones competentes y por lo tanto quedan fuera de los registros oficiales—.
- Conocer el comportamiento y los factores de riesgo del fenómeno suicida, en sus vertientes de intento y consumación, en nuestra población es el primer paso fundamental y necesario, para emprender cualquier forma de prevención e intervención eficiente.

V. Validez y confiabilidad de los datos. Al momento de estudiar el fenómeno del suicidio se debe considerar en primer lugar la validez y confiabilidad de los datos. La estadística del suicidio en nuestro país ha avanzado de manera importante en los últimos años, lo que nos ha permitido tomar las frecuencias anuales del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) con un grado de confiabilidad; no obstante, las cifras necesitan ser interpretadas con precaución y críticamente, lo que nos lleva a presentar y afirmar lo siguiente:

- Yucatán es el Estado de la República Mexicana, con el mayor número de casos de suicidios en México.
- La Delegación Política de Iztapalapa, mantiene la tendencia más alta de casos de suicidio en la Ciudad de México.
- Tamaulipas con la mayor frecuencia de suicidios registrados en las cárceles, utilizando la estrangulación como medio de consumación.
- Para el año 2000, los Estados de Coahuila, Durango, Nuevo León y Yucatán, concentran el 74.6 por ciento de los intentos de suicidio. En el

año 2001 la tendencia más frecuente al suicidio se registró en Yucatán, Durango, Nuevo León, Distrito Federal, Coahuila y Jalisco, representando el 82.5 por ciento a nivel nacional. En el año 2002 son los Estados de Coahuila, Durango, Jalisco, Nuevo León y Yucatán, con el 73.7 por ciento del total ocurrido.

- Según el área geográfica, el suicidio es más frecuente en áreas urbanas que rurales.
- Estado civil, es más frecuente en solteros
- Lugar de ocurrencia del hecho, es más frecuente en la casa habitación.
- Escolaridad, es más frecuente en individuos entre los niveles considerados de educación básica (primaria y secundaria).
- Tiempo, el mayor número de casos se registran entre los meses de marzo, abril, y mayo. Diciembre con la tendencia más baja.
- Edad, está descrita una mayor tendencia en edades avanzadas, sin embargo la tasa tiende a establecerse entre los 15 y 34 años.
- Sexo, el suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres —no olvidemos que el intento de suicidio es más frecuente en mujeres—
- Medio utilizado, más frecuente la estrangulación.
- Se resalta la importancia de la depresión como trastorno mental que más prevalece en México y en el mundo y su asociación con el suicidio.

Finalmente con la presente investigación sólo he pretendido contribuir al estudio, análisis y conocimiento tanto del intento del suicidio como del suicidio, siempre con la intención de aportar para su prevención y control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borges G., Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. *Epidemiología del Suicidio en México de 1970 a 1994*.
2. Breed W., *Occupational Mobility And Suicide Among White Males*. Journal Amer. Soc., 1963.
3. Comisión Metropolitana de Asentamientos Humanos (COMETAH); Gobierno del Distrito Federal; Gobierno del Estado de México; Secretaría de Desarrollo Social. *Programa de Ordenación de la Zona Metropolitana del Valle de México*, 1998.
4. Corrales, Carlos Ariel. *Documento: Suicidio y Sustancias*.
5. Correa Ramírez Alberto. *Identificación Forense*. Ed. Trillas, México 1990.
6. *Diccionario Enciclopédico Espasa*. Tomo 27. Editorial Espasa Calpe, S. A. Madrid. 1993.
7. *Diccionario Enciclopédico Quillet*. Tomo III, Editorial Cumbre, México D. F., 1981.
8. Diekstra R. F. J. y Jasen M. *Intervento Psicologico Nella Salute*. Milán.
9. Durkheim, Emile. *El Suicidio*. Ed. Premia. México 1990.
10. Erwin Stengel. *Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.
11. García Reynoso. *Depresión, Melancolía y Manía*. Ed. Visión, Buenos Aires, 1975.
12. Gibb y Porterfield. *Occupational Mobility And Suicide Among White Males*. Journal Amer. Soc., 1963.
13. Gobierno del estado de México, Secretaría de Desarrollo Social. *Estado de México: Índice de Vulnerabilidad Social, Nivel de Agregación: Área Geoestadística Básica*. México, 2002
14. *Gran Enciclopedia Larousse*. Tomo 18. Editorial Planeta, S.A. Barcelona, España. 1973.
15. Harold, Kaplan. Benjamin J. Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencia de la Conducta Psiquiátrica Clínica*. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina. 1996.
16. Henry E. y Bernard P. Brisset. *Tratado de Psiquiatría*, Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1961.
17. Heuyer, Desclaux, Diastine. *Aspects Particuliers Médico Légaux du Suicide Collectif*. Acta Médica Legal, 1948.

18. Highkin, E. *Current Concept of Depression*. Londres, Medical Psychology Unit. University of Cambridge, 1980.
19. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*.
20. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Agenda Estadística. Estados Unidos Mexicanos*. México, 2000
21. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios. Edición 2001*. Serie Boletín de Estadísticas Continuas Demográficas y Sociales.
22. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Cuaderno número 7, Temporalidad 2000, México, 2001.
23. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Cuaderno número 8. Temporalidad 2001, México, 2002.
24. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Cuaderno número 9. Temporalidad 1980-2002, México, 2003.
25. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Cuaderno número 11. Temporalidad 2004, México, 2005.
26. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Base de Datos de las Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios, por Delegación Política del Distrito Federal, para los años 2000, 2001 y 2002*. México, 2005.
27. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). *Iztapalapa, Distrito Federal. Cuaderno Estadístico Delegacional*. México, Edición 2006
28. López-García, Hinojal Fonseca, Bobes García. *El Suicidio: Aspectos Conceptuales, Doctrinales, Epidemiológicos y Jurídicos*. Ed. Rev. Derecho Penal y Criminología, Madrid. 1993.
29. López Rey y Arrojó, Manuel. *Las Dimensiones de la Criminalidad*. Marcos Lerner Editora Córdoba, 1985.
30. Marchiori Hilda. *El Suicidio, Enfoque Criminológico*. Segunda Edición. Editorial Porrúa. México. 2000.
31. Marshal Clinnard. *Anomia y Conducta Desviada*. Ed. Paidós, Buenos Aires. 1967.
32. Morgan, H.G. *¿Deseos de Muerte?* Fondo de Cultura Económica.

33. Morón Pierre. *El Suicidio*. Ed. Ábaco, Buenos Aires. 1977.
34. Payá Porres, V. A. Tesis, *Criminalización Social e Institución Penitenciaria*. México, D. F., 2000.
35. Poldinger, Walter. *La Tendencia al Suicidio*. Estudio Médico Psicológico y Médico Sociológico. Ediciones Morata. S. A. Madrid. 1969.
36. R. Farmer. *Assessing the Epidemiology of Suicide and Parasuicide*. British Journal of Psychiatry, 1988.
37. Raymond, Aron. *Las Etapas del Pensamiento Sociológico*. Tomo II, Ediciones Siglo XX. Buenos Aires.
38. Riera Betantourt C, Alonso Fernández O, Chaarnas E. *La Conducta Suicida y su Prevención*. S. L: Sn, 1990.
39. Rodríguez Sala Ma. Luisa y Castro Rivera Martha. *Algunas Consideraciones Sociológicas sobre el Suicidio. Jóvenes*. Revista de Estudios sobre Juventud. Edición: Cuarta época, año 3, no. 8. México, D. F., enero-junio 1999.
40. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. *Anuario de Mortalidad 2000*. Disponible en: www.salud.df.gob.mx.
41. Secretaría de Salud. *Anuario de Mortalidad 2000*. Disponible en: www.ssa.gob.mx.
42. Stengel. *Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas*. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.
43. W. Middendorff. *La Criminalidad Violenta de Nuestra Época*. Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1978.

Índice de Tablas Gráficos y Mapas

Tablas

Capítulo I.	<i>Pág.</i>
Factores Relacionados con el Riesgo de Suicidio, por Orden de Jerarquía	31
Evaluación del Riesgo de Suicidio	31
Señales y Síntomas de Riesgo de Suicidio	32
Grupos Especialmente Amenazados por el Suicidio	32
Enjuiciamiento de la Suicidalidad, según Kielh Olz	32
Lugares del Suicidio	49
Capítulo II.	<i>Pág.</i>
Tendencia Nacional de Intentos de Suicidio, por Año de Registro	56
Intentos de Suicidio por Mes de Ocurrencia	57
Distribución Porcentual de Intentos de Suicidio por Causa y Sexo	59
Distribución Porcentual de Intentos de Suicidio por Año, Medio Empleado y Sexo	62
Distribución Porcentual de Personas que Intentaron Suicidarse por Condición de Actividad	69
Casos de Suicidio en México, por Año de Ocurrencia	71
Tabla General de Actos de Suicidio en México 2000-2002	74
Variación Porcentual Nacional de Suicidios	75
Suicidio por Mes de Ocurrencia	80
Distribución Porcentual de Suicidio, por Causa y Sexo	82
Distribución Porcentual de Suicidio por Año y Medio Empleado	85
Distribución Porcentual de Suicidas por Condición de Escolaridad y Sexo	90
Distribución Porcentual de Personas Suicidas por Condición de Actividad	93
Capítulo III.	<i>Pág.</i>
Distribución de la Población, por Delegación Política	98
Población por Delegación, Según Grandes Grupos de Edad 1980-2000	99
Población sin algún Grado de Instrucción, según Nivel Educativo, 2000	100
Población Mayor de 12 Años por Delegación, según Condición de Actividad y Sexo 2000	102
Población Ocupada por Delegación, según Sector de Actividad, 2000	104
Hogares por Delegación, según Jefatura Masculina y Tipo de Hogar, 2000	105
Hogares por Delegación, según Jefatura Femenina y Tipo de Hogar, 2000	106
Casos de Intentos de Suicidio en el Distrito Federal, por año de Ocurrencia	108
Casos de Intentos de Suicidio en el Distrito Federal, por Delegación Política	108
Casos de Suicidio en el Distrito Federal, por Delegación Política, para los años 2000, 2001 y 2002	113

Gráficos

Capítulo II.	<i>Pág.</i>
Distribución Porcentual de Intentos de Suicidio por Sitio de Ocurrencia	60
Distribución Porcentual de Personas que Intentaron Suicidarse por Año, Grupo de Edad y Sexo	63
Distribución Porcentual de Personas que Intentaron Suicidarse por Estado Civil y Sexo	66
Distribución Porcentual de Personas que Intentaron Suicidarse por Nivel de Escolaridad	68
Distribución Porcentual de las Personas que Intentaron Suicidarse por Ocupación y Sexo	70
Distribución Porcentual de Suicidio, por Sitio de Ocurrencia	83
Distribución Porcentual de Suicidios, por Año, Grupo de Edad y Sexo	86
Distribución Porcentual de Suicidios por Estado Civil y Sexo	89
Distribución Porcentual de Personas Suicidas por Nivel de Escolaridad	92
Distribución Porcentual de Personas Suicidas por Condición de Actividad	94
Capítulo III.	<i>Pág.</i>
Relación de Suicidios y Religión, por Contorno Territorial	122
Relación de Suicidios y Estado Civil, por Contorno Territorial	123
Relación de Suicidios y Causas que lo Motivaron, por Contorno Territorial	124
Relación de Suicidios y Medio Utilizado para su Consumación, por Contorno Territorial	125
Relación de Suicidios y Mes de Ocurrencia, por Contorno Territorial	126
Relación de Suicidios y Sitio de Ocurrencia, por Contorno Territorial	127
Relación de Suicidios y Ocupación de los Suicidas, por Contorno Territorial	128
Relación de Suicidios y Posesión de Hijos, por Contorno Territorial	128

Mapas

	<i>Pág.</i>
Mapa 1. Entidades Federativas que Concentran más del 58 por ciento de los Casos de Suicidio a Nivel Nacional	76
Mapa 2. Entidades Federativas por Rangos de Menor a Mayor Concentración de Actos de Suicidio	77
Mapa 3. Casos de Suicidio, por Rangos de Concentración	79
Mapa 4. Casos de Intentos de Suicidio 2000-2002, por Delegación Política	109
Mapa 5. Intentos de Suicidio 2000-2002, por Rangos de Concentración y Delegación Política	110
Mapa 6. Casos de Intentos de Suicidio 2000, por Delegación Política	111
Mapa 7. Casos de Intentos de Suicidio 2001, por Delegación Política	111
Mapa 8. Casos de Intentos de Suicidio 2002, por Delegación Política	112
Mapa 9. Casos de Suicidio, por Delegación Política que Concentran más del 50 por ciento de los Casos Registrados	114
Mapa 10. Casos de Suicidio 2000-2002, por Delegación Política y Rangos de Concentración	115
Comparativo: Delegaciones que Registran Actos de Intentos de Suicidio y Delegaciones que Concentran más del 50 por ciento de Actos de Suicidio	116
Mapa 11. Casos de Suicidio 2000, por Delegación Política y Rangos de Concentración	117
Mapa 12. Casos de Suicidio 2001, por Delegación Política y Rangos de Concentración	118
Mapa 13. Casos de Suicidio 2002, por Delegación Política y Rangos de Concentración	119

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN

TESIS: EL FENÓMENO DEL SUICIDIO EN MÉXICO 2000-2002
ESTUDIO DE CASO: CIUDAD DE MÉXICO

AUTOR: BELINA MÁRQUEZ GONZÁLEZ
México, 2007