

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**



**CARACTERIZACIÓN SOCIAL DE LA MUERTE POR VIOLENCIA**  
**AUTOINFLIGIDA EN BAJA CALIFORNIA:**  
**EL CASO DE MEXICALI**  
**(1999-2005)**

Tesis presentada por

Elsa de Jesús Hernández Fuentes

Para obtener el grado de

**MAESTRA EN ESTUDIOS Y PROYECTOS SOCIALES**

Mexicali, B. C.

Agosto de 2007.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**



**CARACTERIZACIÓN SOCIAL DE LA MUERTE POR VIOLENCIA**  
**AUTOINFLIGIDA EN BAJA CALIFORNIA:**  
**EL CASO DE MEXICALI**  
**(1999-2005)**

Tesis presentada por

**Elsa de Jesús Hernández Fuentes**

Para obtener el grado de

**MAESTRA EN ESTUDIOS Y PROYECTOS SOCIALES**

**DIRECTOR DE TESIS**  
**DR. DAVID FERNANDO FUENTES ROMERO**

**SINODALES**  
**DR. DAVID FERNANDO FUENTES ROMERO**  
**DR. JOSÉ MARÍA RAMOS GARCÍA**  
**DR. AGUSTÍN SÁNDEZ PÉREZ**  
**DR. JOSÉ ASCENSIÓN MORENO MENA**  
**DR. RICARDO GONZÁLEZ REYES**

Mexicali, B. C.

Agosto de 2007.

## Índice

<b>1. Aspectos introductorios</b>	
Presentación	4
Introducción	5
1.1. Planteamiento del problema	7
1.2. Objetivos de la investigación	8
1.3. Planteamiento de las hipótesis de trabajo	8
1.4. Utilidad y limitaciones de la investigación	8
<b>2. Consideraciones teóricas en el estudio del suicidio</b>	
2.1 Razonamiento sobre el concepto de suicidio	9
2.1.1. Teoría de Durkheim	11
2.1.2. Hecho social	12
2.2. Interpretación social del suicidio	18
2.2.1. Sociedad y suicidio	21
2.2.2. Tipos de suicidios	25
<b>3. Aspectos metodológicos en el estudio del suicidio</b>	
3.1. Reglas del método sociológico	31
3.2. Variables y categorías de análisis	33
3.3. Fuentes y procesamiento de datos	35
<b>4. Evaluación del impacto social sobre el suicidio</b>	
4.1. Antecedentes del suicidio en México	39
4.2. El suicidio por regiones	45
4.3. Suicidio juvenil en México	46
<b>5. Estudio de caso</b>	
5.1. Frontera Norte	50
5.2. El suicidio en Mexicali, Baja California	51
5.3. El suicidio en los grupos de edad	55
5.4. Móvil del hecho	56
<b>6. Conclusiones</b>	
6.1. Conclusiones y resultados centrales	57
6.2. Recomendaciones generales	63
Bibliografía	67
Apéndices	
-Gráficos y Estadísticos	71
-Análisis hemerográfico 1999-2005	98

## **1. Aspectos Introdutorios**

### **Presentación**

La presente tesis titulada “Caracterización Social de la Violencia Autoinfligida en Baja California: El Caso de Mexicali, 1999-2005” surge de la necesidad por describir este fenómeno social en la región, dado que su incremento se relaciona con el desarrollo y complejidad de la ciudad misma.

El trabajo en su conjunto comprende seis capítulos: El primero aborda el esquema de la investigación, que abarca el planteamiento del problema, su fundamentación, justificación de análisis, la documentación de las hipótesis centrales del trabajo, el planteamiento de los objetivos y las limitaciones del presente estudio.

El segundo capítulo se centra en la reflexión y discusión del marco teórico que resultan relevantes para la investigación profundizando en la teoría de Durkheim en torno al suicidio como fenómeno social.

En un tercero se analizan los rasgos metodológicos en el estudio sociológico del suicidio, así como la implementación del modelo de análisis considerado en este trabajo.

En el cuarto, se elaboran los apartados para analizar y enmarcar puntualmente el impacto social del suicidio en México.

El quinto capítulo aborda el caso particular del municipio de Mexicali. Describiendo primero sus elementos de base para una interpretación diferenciada del fenómeno en el área y profundizando posteriormente en la diferenciación por género, grupos de edad y móvil del hecho.

El sexto capítulo muestra en conclusión el perfil del suicidio en el Municipio de Mexicali, B. C. y las recomendaciones generales sobre el tema.

## **Introducción**

El suicidio es visto como un fenómeno social, producto de la dinámica social y de la coevolución del hombre con ella. Considerando como dinámica social la relación e interacción de las variables exógenas (variable que no se explica dentro de un modelo económico determinado sino que se considera como dada. También se denominan variables autónomas e independientes) cuando se tratan de explicar los componentes claves de la socialización, el poder, control, cooperación, violencia, orden y cambio sociales. Con el objetivo de contribuir al planteamiento de alternativas para la gestión, planeación y/o transformación de las instituciones que atienden dicha problemática (suicidio).

La tasa de suicidios constituye un orden único de hechos sociales. La tendencia creciente a los suicidios aflige colectivamente a la sociedad, pues los actos que en ocasiones un individuo lleva a cabo, y que a simple vista expresan una decisión personal, son en realidad consecuencia y prolongación de un estado social que el individuo experimenta en su interacción con la sociedad. Ya que por cada suicidio se ven afectados al menos 4 familiares directos y 4 indirectos (según el INEGI 2000, la familia se compone de 4 personas en promedio), sin contar a su grupo de amigos y compañeros de escuela y trabajo. De ahí su trascendencia e impacto social a pesar de que numéricamente no es tan alto.

Según Puentes-Rosas: “Además de la pérdida directa de la vida, el suicidio debe considerarse un hecho trágico que acarrea daños profundos y prolongados para los familiares y amigos de la víctima, y en algunos casos puede implicar la pérdida del apoyo económico de la familia (pérdida del proveedor de bienes)” (Puentes-Rosas, et. Al., 2004). A pesar de ser un acto individual su impacto social no distingue edad ni nivel socioeconómico.

Por tanto, no debe creerse que un estado general sólo se explica con la ayuda de generalidades, porque puede tener causas concretas que escaparían a la percepción, si no se tuviera el cuidado de estudiarlas a través del suicidio, en el estado en que hoy aparece, manifiesta, justamente, ser una de las formas en que se traduce la afección colectiva que todos sufrimos, y, por esta razón, nos habrá de ayudar a comprenderla (Durkheim E. 1897). Lo

anterior nos muestra la vigencia del sustento del estudio del suicidio que Durkheim elaboro, aunque las sociedades son cambiantes a través del tiempo y su contexto, el suicidio sigue siendo la expresión más lamentable de las dolencias que aquejan a las sociedades actuales.

En estos últimos 25 años el suicidio se ha incrementado vertiginosamente en México; a pesar de que en 1975, el número de suicidios disminuyó a 1006 o sea 1.73 casos por cada cien mil habitantes; sin embargo en 1985 aumentó a 2.09, en el transcurso de estos años el aumento se ha sostenido, lo cual marca el inicio del incremento de éste fenómeno en nuestro país hasta llegar a 67.05% en total del año 1975 al 1994. Es decir de 1970 al 1994 casi se triplico (2.6 veces) la tasa de suicidios en México (de 1.13 a 2.89 tasa por cada cien mil habitantes) y el número de suicidas de significar el 0.11% como causa de mortalidad general en 1970 llegó a 0.62% en 1994 (ver Cuadro No. 1).

**Cuadro No. 1**  
**TASA DE SUICIDIOS POR CADA 100,000 HABITANTES**  
**MÉXICO 1970-1994**

<b>AÑO</b>	<b>TASA DE SUICIDIOS POR CADA 100,000 HABITANTES.</b>
<b>1970</b>	<b>1.13</b>
<b>1973</b>	<b>0.68</b>
<b>1974</b>	<b>2.19</b>
<b>1975</b>	<b>1.73</b>
<b>1985</b>	<b>2.09</b>
<b>1990</b>	<b>2.35</b>
<b>1991</b>	<b>2.49</b>
<b>1992</b>	<b>2.59</b>
<b>1993</b>	<b>2.67</b>
<b>1994</b>	<b>2.89</b>
	<b>67.05% de Incremento de 1975 a 1994.</b>

**Fuente: INEGI, 1997.**

El Estado de Baja California por 2 años y en forma consecutiva presentó la tasa de muerte violenta por cada 100,000 habitantes más alta a nivel nacional (1999-2000), por su parte el

Municipio de Mexicali, capital del estado, hacia el interior de la región de 1999 a 2002 contaba con una tasa que lo ubicaba como el centro de población que presentaba una de las mayores tasas de muertes violentas (entre las cuales se incluye el suicidio) por encima de localidades importantes en la zona como lo era Tijuana (Fuentes, D., 2006).

En Mexicali se carece de un estudio que describa el comportamiento del suicidio como fenómeno social, siendo éste un problema creciente y en este sentido tal y como establece Puentes-Rosas es necesario conocer la forma en que las muertes por suicidio evolucionan en el país para poder interpretar cómo diferentes variables afectan a la salud de la población (Puentes-Rosas, et. al., 2004), y así poder prevenirlo y atenderlo en medida de lo posible.

Emilio Durkheim realizó un investigación sociológico sobre el Suicidio en 1897 de la cual se desprende una tipología del mismo, existen además diversas obras con enfoque psicológico y sociológico entre las cuales encontramos: Halbwichs(1930), Cavan (1930), Menniger (1957), Spaulding (1957), Sainsbury, Stengel y Cook en Inglaterra y Dublin (1963), David Philips (1974), Freud (1979) y recientemente Anthony Giddens (1979) así como Simpson (1989), Ligth (1991), Miller (1993), George Ritzer (1994), Murphy (1997), Puentes-Rosas (2004) sin embargo el retoman gran parte de la teoría de Durkheim; debido a lo cual se tomó como base teórico-metodológica del presente estudio descriptivo.

Se partió de las siguientes preguntas para el **planteamiento del problema**:

1. ¿Cuál ha sido la evolución del suicidio en esta región fronteriza, durante el período de 1999 al 2004?
- 2.-¿Quiénes son las principales víctimas de los suicidios?
- 3.-¿Que factores han influído para que el suicidio ocupe el 5to. lugar como causa de muerte violenta en la región?
- 4.-¿Qué implicaciones sociales conllevan los suicidios en la región?
- 5.-¿En este período como se diferencian los hechos involucrados según las variables de ocupación, escolaridad, sexo, edad, estado civil, adicción a sustancias tóxicas, etc.?
- 6.-¿Cuáles son las diferencias de género en el comportamiento de dicho fenómeno?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

*Objetivo General:* Conocer el nivel de impacto en el sujeto a través de las variables: edad, grado de escolaridad y lugar de residencia para describir el comportamiento de los suicidios cometidos en el Municipio de Mexicali, B. C. entre los años 1999-2005.

*Objetivos específicos:*

- 1.- Describir el fenómeno del suicidio a través de la perspectiva teórica de Durkheim, contrastándola con el marco social, urbano y fronterizo que caracteriza al municipio de Mexicali.
- 2.- Describir el problema del suicidio a través de las tendencias y magnitud durante el período en estudio.
- 3.- Conocer las principales características del suicidio y su grado de vulnerabilidad social imperante dentro de la comunidad objeto de estudio.

### **1.4. Planteamiento de las hipótesis de trabajo**

Como conjeturas centrales de investigación derivadas del problema, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1.- El deterioro en el nivel de vida de la población así como el patrón de consumo a sustancias adictivas tienen relación directa con el suicida manifiesto dentro de esta comunidad.

Hipótesis 2.- La magnitud y naturaleza del suicidio en el municipio de Mexicali, se originó en gran parte por el deterioro de la habilidad por parte de los miembros de la comunidad para manejar los diversos conflictos sociales.

### **1.5 Utilidad y limitaciones de la investigación**

Lo relevante de un estudio sociológico del suicidio es conocer el comportamiento y así prevenirlo en medida de lo posible, ya que es considerable la proporción que se origina debido a problemas en la célula de la sociedad, que es la familia y que se relacionan a su vez con el entorno socioeconómico tales como número de miembros en la familia, nivel educativo, empleo, edo. civil, ubicación geográfica de la vivienda, entre otros.

El alcance del estudio se limita al nivel descriptivo y debido a la complejidad del tema existe información que se ignora ya que los familiares no la otorgan o la desconocen.

## **2.- Consideraciones teóricas en el estudio del suicidio**

El propósito de este capítulo, es mostrar las diferentes concepciones sobre el suicidio, haciendo énfasis en la teoría de Emilio Durkheim.

### **2.1. Razonamiento sobre el concepto de suicidio**

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2002), define la violencia como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.” nombrando además al suicidio como *Violencia autoinfligida* Comportamiento suicida (para-suicidio o intento deliberado de matarse).

Sin embargo no existe significado alguno o conjunto de significados que se pueden aplicar a todos los actos suicidas en la mayor parte de ellos. Los significados que en cada caso se den dependerán:

- 1.- De las intenciones de los diversos actores;
- 2.- De las formas socialmente percibidas en que se hayan realizado las acciones;
- 3.- De los patrones concretos de significados suicidas que sean percibidos;
- 4.- De los procesos de razonamiento antes, durante y después de las acciones suicidas.

Según Sillis se debe de advertir así mismo que el hecho de que las acciones sean o no socialmente vistas como “suicidas” depende precisamente de la misma clase de procesos (Sillis, 1979: 199).

Como indican Papalia y Wendkos: en algunas partes, terminar con la propia vida es visto como una decisión racional, dadas ciertas circunstancias, como una enfermedad grave; y el suicidio es considerado un derecho que debe ser defendido. Hay un creciente apoyo a la ley del “derecho de morir”, la cual suprime las connotaciones criminales del suicidio y le da a la gente madura el derecho de terminar su vida cuando vea que es conveniente (Papalia y Wendkos, 1994: 610).

Tal como sucede en algunos países Europeos, lo cual refleja las diferencias en la escala de valores, normas morales y costumbres que se construyen dentro de dichas sociedades en comparación con la nuestra.

Karl Menniger (citado por Spaulding, 1957) afirma que el suicidio revela tres elementos: El deseo de matar, el deseo de ser muerto y el deseo de morir. Al igual que la interpretación de Freud vincula al suicidio “con el instinto de la muerte”. Al sentirse derrotado, el sujeto sometido a presiones y tenso por la frustración de algún motivo, impulso o deseo, puede apelar a la agresión, cuyas formas más graves son, evidentemente el suicidio y el homicidio.

Otra opinión según Sillis es como debemos tratar de frustrar el acto que aún no se ha llevado a cabo con éxito. Este punto de vista demuestra que el suicidio no es tanto un deseo de morir como el de evitar el dolor irresistible, sea físico o emocional, y que lo que se necesita es encontrar formas de reducir el dolor de seguir viviendo.

La idea de Freud sobre este tema era que se trata de un fenómeno primordialmente intrapsíquico, que tiene sus raíces en la mente (en particular en el inconsciente) de la persona.

En una de sus primeras formulaciones, Freud (citado por Sillis, 1979) consideró el suicidio como resultado de un proceso por el que sentimientos de amor y de afecto, que originalmente habían estado dirigidos hacia un objeto de amor interiorizado, se convertían en sentimientos hostiles como resultado del rechazo y la frustración. No obstante, como el objeto había sido interiorizado y había acabado formando parte del yo, esos sentimientos de hostilidad se volvían contra el yo. El suicidio, por tanto, desde un punto de vista psicoanalítico, se podría decir que es un homicidio en el que el golpe mortal ha dado un giro de 180 grados.

El enfoque freudiano clásico no sólo tendía a ignorar sistemáticamente los factores sociales, sino también a fijarse en un complejo o constelación psicodinámica sencilla. Aunque ahora sabemos que las personas se suicidan por diversos motivos. No únicamente por el odio y venganza, sino también por sentimientos de dependencia, vergüenza, culpa, miedo, desesperación, lealtad, fidelidad a la idea de sí mismas, dolor, frustración, soledad y aún hastío.

Un reciente trabajo a éste propósito (Shneidman y Farberow, 1960, citados por Sillis, 1979) ponía de relieve la relación mutua que existe entre los factores sociales y psicológicos en cada caso particular de suicidio, tesis que se halla de acuerdo con la posición de Halbwachs (1930, citado por Sillis, 1979), quien, a diferencia de su mentor Durkheim (citado por Sillis, 1979), sostiene que las explicaciones sociales y psicopatológicas, más grupos de elementos hay que encontrarla en el área del “yo”; en concreto, en la manera de incorporarse las fuerzas sociales a la totalidad del individuo. Para comprender el suicidio, hay que conocer los pensamientos y sentimientos, el funcionamiento del yo y los conflictos inconscientes de la persona, así como la forma en que se integra con su prójimo y participa moralmente como miembro de los grupos dentro de los que se desarrolla su vida social.

### **2.1.1. Teoría de Durkheim**

En el estudio del suicidio es pertinente recurrir a uno de los clásicos de la Sociología, que trata el tema nos referimos a Durkheim quien perteneció a la Corriente Positivista. El positivismo es un Sistema Filosófico que admite únicamente el método experimental y rechaza toda noción a priori y todo concepto universal y absoluto.

Tiene el mérito de haber sido el primero en tratar a la Sociología como en la actualidad se considera la ciencia. Es el primero en poner en práctica el trabajo interdisciplinario; y rompe con la idea de lo social heredado, concretando la cultura como creación social.

Pensaba que los métodos científicos debían aplicarse al estudio de la sociedad y creía que los grupos sociales presentaban características que iban más allá o eran diferentes a la suma de las características o conductas de los individuos. Además estudió la base de la estabilidad social, es decir, los valores compartidos por una sociedad, como la moralidad y la religión.

Dichos valores (que conforman la conciencia colectiva) son los vínculos de cohesión que mantienen el orden social. La desaparición de estos valores conduce a una pérdida de estabilidad social o anomía (del griego anomía, “sin ley”) y a sentimientos de ansiedad e

insatisfacción en los individuos. Explicó el fenómeno del suicidio como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad.

Los desarrollos de Durkheim son ejemplos paradigmáticos de la forma de trabajar las relaciones entre teoría y método: no es posible intentar interpretar sus planteamientos teóricos sin tener presente el positivismo.

### **2.1.2. Hecho social según E. Durkheim**

El objeto de la Sociología es el hecho Social, esto es “toda manera de hacer, fijada o no, susceptible de ejercer sobre el individuo una coacción exterior; o bien: que es general en el conjunto de una sociedad, conservando una existencia propia, independiente de sus manifestaciones individuales” (Durkheim, 1897). Por lo tanto el hecho social es coactivo, exterior, objetivo e independiente de los individuos.

Una vez que ha sido contrastada la generalidad del suicidio, se pueden confirmar los resultados. Los resultados del método hacen ver de qué forma es útil. Durkheim establece, entonces, tres reglas:

- 1.- Un hecho social es normal para un tipo social determinado considerado en una definida fase de su desarrollo, cuando se produce en el término medio de las sociedades de este tipo estimadas en la fase correspondiente de su evolución.
- 2.- Los resultados del método precedente se pueden verificar haciendo ver que la generalidad del fenómeno depende de las condiciones generales de la vida colectiva en el tipo social considerado.
- 3.- Es necesario efectuar esta verificación, cuando ese hecho se refiere a una especie social que aún no ha terminado la totalidad de su evolución.

Un hecho social sólo puede ser llamado normal en una especie social determinada en relación con una fase igualmente definida de su desarrollo; por tanto, para saber si puede denominarse de este modo, no basta con observar bajo que forma se presenta la generalidad de las sociedades que pertenecen a esta especie, sino que se deben considerar en la fase correspondiente de su evolución.

El estudio de los hechos sociales no puede prescindir de los fenómenos biológicos, físicos y psicológicos. Cada uno de ellos sólo puede ser explicado por otro hecho social. Una de las características del hecho social es la posibilidad de ejercer coacción sobre el sujeto, obligándolo a acomodarse a él, la presión que se ejerce sobre los individuos para impulsarlos a una acción determinada es consecuencia de la objetividad de los factores sociales. No es un producto de una entidad psicológica individual, de una mente, ya que no pueden ser modificados a voluntad con ella, sino que son coactivos, pues ejercen una presión social sobre el individuo; existen castigos inherentes a su cumplimiento, regulados conforme a derecho o no. Los fenómenos sociales son producto de y afectan a una colectividad, a un grupo social.

El hecho social es externo, porque todas las personas nacen dentro de una sociedad que ya tiene una estructura y unas características determinadas que condicionan su forma de ser y de comportarse. Por lo tanto las normas, creencias, etc., existen con anterioridad al individuo y por ende fuera de él. Durante la infancia, a través de la educación se transmiten al niño las maneras de ser, sentir y actuar características de la sociedad, transformándose en hábitos, y así la exterioridad deja de percibirse.

Otra característica de los hechos sociales es que son colectivos, porque existen independientemente de las manifestaciones individuales. Son resultantes de la vida en común, propios del grupo, y se repiten en los individuos porque se imponen a ellos (un ejemplo claro de esto es el idioma: un individuo puede optar por no hablar el idioma de su sociedad, pero la imposibilidad de comunicarse con sus padres lo obliga a utilizar la lengua impuesta por dicha sociedad).

Los hechos sociales son cosas con el mismo derecho que las cosas materiales, aunque de otra manera; son cosas sociales. Se entiende por “cosa” lo que se opone a la idea, todo aquello de lo cual no podemos tener una noción adecuada por simple procedimiento de análisis mental.

En “El suicidio”, Durkheim (citado por Ritzer, 1993) señaló “el hecho social se materializa a veces de manera que se convierte en un elemento del mundo externo” (1877).

Durkheim (citado por Ritzer, 1993: 607) menciona con todo, es incontestable que toda la conciencia social no llega íntegramente a exteriorizarse y a materializarse así. Toda la estética nacional no está en las obras que inspira; toda la moral no se formula en preceptos definidos. La mayor parte permanece difusa. Hay una vida colectiva que está en libertad; toda clase de corrientes, van, vienen, circulan en varias direcciones, se cruzan y se mezclan de mil maneras diferentes, y, precisamente porque se encuentran en un perpetuo estado de movilidad, no llegan a concretarse en una forma objetiva. “Hoy, es viento de tristeza y de decaimiento el que sopla sobre la sociedad; mañana, por lo contrario, un impulso de alegre confianza vendrá a levantar los corazones” (Durkheim, 1897).

En “El suicidio”, Durkheim (citado por Ritzer, 1993) analizó ejemplos de éste tipo de hecho social. Relacionó las diferencias en las tasas de suicidio con las variaciones en las corrientes sociales. Por ejemplo, allí donde hay fuertes corrientes de anomía (ausencia de normas), se pueden apreciar tasas altas de “suicidio anómico”. Corrientes sociales tales como la anomía, el egoísmo y el altruismo carecen de existencia material, pero sí pueden tener una influencia material y producir variaciones en las tasas de suicidio. Sin embargo, son fenómenos intersubjetivos que sólo pueden existir en la conciencia de las personas.

Pensemos por ejemplo, en la explicación durkheimiana (citado por Bravo, et.al, 1981) del “suicidio egoísta”. En el aumento de la tasa de este suicidio está directamente relacionado con la disminución de la protección que determina la cohesión de ciertos grupos o instituciones (confesiones religiosas, familia, etc.). Lo que explica, pues, la más alta tasa de suicidio entre los miembros de cierta confesión (protestantes), respecto a otra (católica), es la menor

protección que deriva de una baja cohesión social o integración social. Pero esta explicación, en apariencia puramente causal, está previamente tamizada, en realidad, por una visión de las necesidades funcionales del sistema social.

Durkheim (citado por Ritzer, 1994) eligió el suicidio porque era un fenómeno relativamente concreto y específico: disponía de datos relativamente fiables sobre el suicidio; y sobre todo, constituía uno de los actos más privados y personales, en dicha obra demostró que los hechos sociales, muy en particular las corrientes sociales, son externas y coercitivas para el individuo.

Philips basado en los hechos y estadísticas que recogió Durkhéim, concluyó que el suicidio, al menos parcialmente dependía de circunstancias sociales. Como lo expresó en su clásico “Suicidio”, el suicidio está basado en “causas sociales y en sí mismo es un fenómeno colectivo”. Las características del grupo social en el que la gente se encuentra, hacen que varíe la probabilidad de suicidarse y que la autodestrucción no sea simplemente un acto privado (Light, et. al, 1991).

Aunque Durkheim (citado por Ritzer, 1994) se sirvió de una abundante cantidad de hechos para rechazar cada una de estas ideas alternativas como explicaciones de las diferentes tasas de suicidio. El argumento que más desarrolló, y fué más coherente con su perspectiva general se centraba en la importancia de los factores raciales para explicar las variaciones. Una de las razones por las que rechazó a la raza era que las tasas de suicidio variaban entre los grupos dentro de una misma raza. Si la raza fuese una causa relevante de la variación de las tasas de suicidio habría tenido incidencia similar en los diversos subgrupos raciales.

Al analizar esta información, Durkheim (citado por Light, et al, 1991) observó las condiciones sociales bajo las cuales ocurre el suicidio con mayor o menor frecuencia, encontró que los protestantes se suicidaban con una frecuencia tres veces mayor que los católicos y que éstos lo hacían más frecuentemente que los judíos; que los solteros cometían suicidio más frecuentemente que los casados, y que los casados con hijos se suicidaban menos frecuentemente que todos.

Durkheim pensó que la proporción de suicidios es más alta cuando la gente siente que tiene pocos o muy débiles vínculos con una comunidad o con un grupo social, probablemente están más inclinadas a cometer lo que Durkheim llamó particularmente “Suicidio Egoísta”, o sea, el suicidio relacionado con el aislamiento social y con el individualismo. En el otro extremo están las personas cuyos vínculos a su grupo son tan fuertes que se suicidan para el bien del grupo. Los soldados japoneses se autoeliminaban y las viudas en India se arrojaban sobre las hogueras funerales de sus esposos muertos cometían un “Suicidio Altruista”.

También descubrió que los suicidios aumentaban cuando se presentaban agudos reveses o fracasos económicos, y que disminuían cuando había estabilidad. Razonó entonces que cualquier cambio que le produjera angustia a la gente, bien fuera un fracaso o una bonanza económica, aumentaba la probabilidad del suicidio. Cuando los tiempos son estables, la gente se siente mejor integrada dentro del tejido social y más comprometida con las normas sociales. Cuando los tiempos son difíciles y desorganizados, el estado resultante de “anomía”, conduce a la gente a cometer el “suicidio Anómico” .

Philips (citado por Light, et al, 1991) afirma en nuestro tiempo, los investigadores argumentan que muchos accidentes fatales donde interviene un sólo vehículo y que tiene lugar en carreteras con muy buena visibilidad realmente son formas disfrazadas (quizá inconscientes ) de “suicidio” .

Durkheim (citado por Light, et. al, 1991) formuló una teoría funcional según la cual el aglutinante de la sociedad es un sentido de solidaridad social que proviene de las creencias compartidas, de las costumbres y de las leyes. Influida por ésta teoría, quería determinar si la falta de vínculos sociales tenía una influencia aparente en actos como el “Suicidio” .

Durkheim aceptó como hipótesis el grado de integración de las personas a la vida social, como estar casado, tener hijos, tener vínculos religiosos, y así por el estilo, podría estar relacionado con la probabilidad de suicidarse. Muchos años más tarde, David Philips (1974

citado por Light, et al, 1991) aceptó como hipótesis que la imitación del suicidio podría estar relacionada con la cantidad de publicidad que rodea los “suicidios” de personajes notables.

Por muchos años los sociólogos aceptaron los hallazgos de Durkheim. Pero en 1974 Philips (citado por Light, et. al, 1991). concluyó lo contrario, o sea, que los suicidios muy publicitados producen imitaciones en abundancia, después de examinar los patrones de suicidios que siguieron al suicidio ampliamente publicitado de Daniel Burros, un líder del Ku Klux Klan (una organización antisemítica), ocurrido en noviembre de 1965. Burros se suicidó después de que un reportero de un periódico reveló que él era judío. Philips (1974) encontró que los suicidios aumentaron en forma significativa después de que la prensa publicó el suicidio de Burros en primera plana.

Para probar esta hipótesis, Philips tomó en cuenta la cantidad de cobertura periodística que recibía un suicidio en las primeras páginas de la prensa, después comparó el número de suicidios esperados durante el mes siguiente con el número real de suicidios; encontró una correlación directa entre un suicidio muy publicitado y el aumento en la proporción de suicidios. Philips seleccionó una muestra de mucha gente ampliamente admirada, cuyos suicidios deberían haber generado una cantidad poco común de aflicción; pero encontró que la proporción de suicidios no se veía afectada más por las historias de estas muertes que por los suicidios de personas menos conocidas (Light, et al, 1991).

Durkheim (citado por Ritzer, 1994) se expresó con mucha claridad acerca del importante papel que desempeñaban las corrientes en la etiología del suicidio: “Cada grupo social tiene realmente por este acto una inclinación colectiva que les es propia y de la que proceden las inclinaciones individuales; de ningún modo nace de éstas. Lo que la constituye son esas corrientes de egoísmo, de altruísmo y de anomía que influyen en la sociedad. Son estas tendencias de la sociedad las que penetrando en los individuos, los impulsan a matarse” .

En un principio, Maurice Halbwachs ideó su obra (1930) como un suplemento a El Suicidio de Durkheim, pero al fin terminó por presentar una teoría sociológica radicalmente nueva.

Halbwachs (citado por Sillis, 1979) llegó a la conclusión de que Durkheim, a pesar del extenso uso que hizo de análisis replicativos, no se había percatado del alto grado de superposición o solapamiento que se da entre las variables que él había encontrado que estaban asociadas con las tasas de suicidio. La única relación independiente fundamentalmente significativa, afirmó Halbwachs, es la que existe entre las tasas de suicidio y el grado de complejidad de una sociedad. Así por ejemplo el estilo de vida (o sistema sociocultural) rural es más simple que el urbano, y, consiguientemente, la tasa de suicidio es menor en aquel.

Pero Halbwachs rechazaba también el sociologismo de Durkheim; mantenía que es una relación complementaria entre los motivos imputados a los suicidas y las situaciones sociales de aislamiento. En apoyo de su teoría, Halbwachs presentó el análisis más extenso y complejo de estadísticas oficiales que existe en la literatura sociológica. Sin embargo, parece no haber duda, en las estadísticas oficiales existe un sesgo básico en el sentido de subestimar los datos de las áreas rurales” (Douglas, 1965:195-209; citado por Sillis, 1979:197-198).

## **2.2. Interpretación social del Suicidio**

La sociología no estudia el suicidio desde un punto de vista individual, sino que toma en cuenta el suicidio en general, en la sociedad, pasando a ser un hecho diferente y variable.

El principio individualista de justicia se convierte en el principio colectivo, indispensable, de orden actual. Las sociedades modernas pueden ser estables sólo si respetan la justicia. El problema fundamental de las sociedades modernas es la relación de los individuos con el grupo. Esta relación se transforma porque el hombre ha adquirido excesiva conciencia de sí mismo para aceptar ciegamente los imperativos sociales.

“En este siglo, o por lo menos desde 1897, fecha de la publicación de *Le Suicide* (El Suicidio) de Durkheim se han observado dos enfoques principales con respecto a la definición y explicación del suicidio: uno sociológico y otro psicológico” (Sillis, 1979:203).

Existen otros estudios, generalmente clasificados como “sociológicos” en cuanto que presentan datos estadísticos y ecológicos, pero no porque; a imitación de Durkheim, se propongan explicar la diversidad de compromisos morales, como, por ej. los de Sainsbury, Stengel y Cook, en Inglaterra, y Dublin (1963 citado por Sillis, 1979), en Estados Unidos. Dublín particularmente, ofrece a los estudiosos unas enciclopedias de información estadística acerca de los fenómenos del suicidio.

En el suicidio existe no solamente el miedo al castigo lo que detiene a individuos religiosos a quitarse la vida, como menciona Durkheim en su magna obra “suicidio”; No hay que perder de vista que quien está integrado a un grupo religioso esta mejor protegido del aislamiento. La soledad es una de las condiciones que con más frecuencia inducen a una persona al suicidio.

El suicidio es más frecuente en épocas de paz y mayor libertad individual, entre divorciados, viudos y solteros, personas de raza blanca y profesionistas. Las mujeres jóvenes cometen más intentos de suicidio, mientras que el suicidio consumado es más común entre hombres maduros y ancianos según Durkheim.

Estas conclusiones Durkheimianas no pueden aceptarse como definitivas, pero nos dan un amplio marco de la realidad respecto al fenómeno del suicidio y en su generalidad son relevantes. La patología que con más frecuencia conduce al suicidio es la depresión severa. Esta afirmación se ha mencionado por la mayoría de los estudiosos del suicidio; lo difícil es determinar las causas de esta depresión y como evitar que lleguen a consumarse los suicidios en estos casos (Psicología del Suicidio, 1997).

Más que prevenir el suicidio, debe tomarse en serio a toda persona que expresa ideas suicidas o presenta el “síndrome presuicida”. Las personas en mayor riesgo son las de personalidad esquizoide o sujetas a ciclos depresivos, los epilépticos, los psicópatas, las personas que no pueden establecer ligas sentimentales profundas (Psicología del Suicidio, 1997).

Es frecuente que se formule la intención, pero es excepcional que se indiquen el medio y la fecha. La repetición de la amenaza trae como consecuencia la desmovilización del médico y de la familia lo cual facilita la culminación del acto al no ser atendido.

El problema de la conducta autodestructiva o de los intentos de suicidio se resuelve generalmente en la casa y la familia no lo comunica abiertamente, afirma Sentíes y agrega que 15 por ciento de las mujeres van a sufrir depresión en el transcurso de la vida, mientras que en la población en general el porcentaje es de 8. Esto se debe a que existen mecanismos neurales que funcionan diferente entre hombres y mujeres, y eso hace que ellas se depriman más. No hay una respuesta absoluta de porque se suicidan las mujeres influyen, en este orden, la violencia intrafamiliar –en el que se incluye abuso sexual (incesto) y la violación-, la drogadicción, factores macrosociales (como las condiciones económicas, el desempleo, la falta de oportunidades laborales, de estudio y de esparcimiento), una predisposición genética, el cambio en los patrones de la familia, la modificación de los valores y, debajo de todo ello, una inestabilidad emocional no atendida a tiempo, afirma la psicóloga González Fortaleza, (citada por Sandoval, 2001) autora de varios estudios sobre el tema .

Otro tipo frecuente de intento de suicidio es una riña de enamorados, a propósito de una infidelidad o de una amenaza de ruptura; el objetivo consiste entonces en provocar la culpabilidad y los remordimientos del otro, a fin de que modifique su actitud. (Psicología del suicidio, 1997)

El suicidio puede deberse también a una reacción frente a una situación de vergüenza o de culpabilidad aguda; el individuo está convencido, o casi convencido, de que ha cometido una acción inadecuada o de que ha fracasado en un objetivo cualquiera. Otro tipo de suicidio se refiere a los intentos repetidos que realizan los histéricos o los sociópatas, que son, en ocasiones depresivos crónicos y que suelen abusar de los medicamentos.

Este aspecto de manipulación explica quizá la gran mayoría de mujeres que se suicidan; en efecto, nuestra civilización entiende que el hombre, para modificar el comportamiento ajeno,

puede recurrir a la violencia, pero el hecho de volver esa violencia contra sí mismo se consideraría como falta de virilidad (Murphy citado en Psicología del suicidio, 1997).

Entre las más importantes fantasías inconscientes que se asocian al suicidio son: un deseo culposo de castigarse, de sacrificarse; un deseo fatigado de escape, dormir, muerte; un deseo hostil de venganza, poder, asesinato; un deseo esperanzado de vivir, de ser rescatado, de comenzar de nuevo y un deseo erótico de entrega apasionada, de tremendo éxtasis, de reunión con los muertos amados.

Según Sillis para poder progresar en el tratamiento, prevención e investigación de los actos de autodestrucción en el hombre es esencial partir de una definición clara y una clasificación conveniente de los fenómenos diversos que reciben el nombre de Suicidio dentro del mismo se observa que: es un acto humano, tanto el deseo consciente por parte de la víctima de morir como las acciones por medio de las cuales realiza este deseo, que los otros individuos han de deducir las motivaciones de la víctima e interpretar su conducta por medios tales como notas dejadas por el suicida, su testimonio hablado o la reconstrucción retrospectiva de sus intenciones, que el objetivo de la acción es la muerte y no él infligirse heridas, mutilarse, etc. y el concepto de la cesación de la vida introspectiva consciente del individuo (Sillis, 1979: 200).

### **2.2.1 Sociedad y Suicidio**

Durkheim proclamó que la sociedad es “el conjunto de ideas”, de creencias, de sentimientos de todo tipo que se realizan a través de los individuos.

El realismo social como teoría sobre la sociedad pertenece al llamado sociologismo de Durkheim. Establecía el principio de la especificidad y la autonomía de la realidad social; de supremacía y superioridad sobre los individuos. La sociedad, en comparación con el individuo, se consideraba como una realidad más rica de contenido.

El teórico diferenciaba con precisión la conciencia colectiva y la individual, “el grupo piensa siente y actúa de un modo completamente diferente que sus miembros si estuvieran aislados. Por consiguiente, si se parte de estos últimos, no se podrá comprender nada de lo que ocurre dentro del grupo” (Durkheim, 1897).

Introdujo a su vez, el término de “representaciones colectivas” para designar las ideas y creencias sociales, emocionalmente matizadas. Interpretaba las relaciones de los individuos en la sociedad como las relaciones de asociación, gracias a la cual surge una nueva cualidad: la vida social como proceso de actividad.

No hay antagonismo entre la sociedad y el individuo. La sociedad está fuera de los individuos y los envuelve, pero también está en ellos y por un aspecto de la naturaleza humana nos confunde con ella. La sociedad sobrepasa al individuo, tiene su naturaleza propia distinta de la naturaleza individual, además, ella se une al individuo; entre ambos no hay vacío; hunde en ellos fuertes y profundas raíces.

El hecho social surge cuando las propiedades elementales de las cuales es resultante han sido transformadas por la asociación. Esta última es un factor activo que produce efectos especiales. Cuando las conciencias, en lugar de permanecer aisladas, se agrupan y se combinan, algo cambia en el mundo. Es natural que este cambio genere otro.

La vida social está hecha esencialmente de representaciones. Pero las representaciones colectivas son de naturaleza diferente a las del individuo.

El problema central de la obra de Durkheim es la solidaridad social. La solución de este problema debía dar respuesta al interrogante sobre los vínculos que unen a los hombres en la sociedad. Había que determinar la naturaleza y las funciones de la solidaridad social en la sociedad “desarrollada” moderna, a diferencia de las sociedades primitivas o tradicionales, y explicar el tránsito histórico de una forma de la sociedad a otra.

Durkheim estructura la dicotomía de las sociedades con la solidaridad mecánica y orgánica como dos eslabones de la cadena única de la evolución. Parte de la idea, propia de la sociología del siglo XIX, de la construcción de dos tipos de sociedad, entre los que existe sucesión histórica.

El derecho es el “símbolo” de la solidaridad; expresa la fuerza de la conciencia colectiva, y su misión es castigar severamente al individuo que ha infringido la costumbre o la ley. Durkheim considera que existe una dependencia funcional entre la fuerza de los vínculos sociales, característicos de algún tipo de solidaridad, y la magnitud relativa (volumen) de la conciencia colectiva, su intensidad.

La solidaridad es más fuerte, si el volumen de la conciencia colectiva coincide con el de las conciencias individuales, si la conciencia colectiva está expresada más intensamente y con mayor nitidez. Entonces no hay lugar para las desviaciones individuales, la conciencia colectiva reglamenta toda vida del individuo y la autoridad colectiva es absoluta.

Dependiendo de las diferencias sociales, esta conciencia colectiva implica más o menos fuerza. En las sociedades en que domina la solidaridad mecánica, la conciencia colectiva engloba la mayor parte de las conciencias individuales.

El debilitamiento de la conciencia social se diferencia funcionalmente con el fin de corresponder a la creciente división del trabajo y a la organización social más complicada; es el resultado de que los hombres empiecen a cumplir funciones específicas y particulares en la sociedad.

Cuando la densidad de la población aumenta, la división del trabajo se hace mayor y las personas comienzan a diferenciarse entre sí. Como cada uno realiza tareas distintas, comienza a darse una independencia entre los miembros del grupo; éste deja de estar segmentado y presenta ahora una determinada “organización”.

La diferencia es el principio que rige este tipo de sociedad, y el vínculo que une a sus integrantes constituye la solidaridad orgánica, denominada así por Durkheim porque se parece al organismo con sus distintos órganos. La diferenciación de los miembros del grupo permite que cada uno de ellos desarrolle su propia individualidad, por tanto comienza a predominar la conciencia individual sobre la colectiva.

Bajo la solidaridad orgánica la conciencia colectiva toma nuevas formas y cambia su contenido, disminuye su volumen, convirtiéndose en una parte muy estrecha de las sociedades desarrolladas; su intensidad y grado de certeza también disminuyen. A medida que se desarrolla la división del trabajo, la conciencia colectiva se hace cada vez más débil y confusa.

Por el contenido, la conciencia colectiva se convierte cada vez más en civil, racionalista, orientada al individuo. Pero eso no quiere decir que la conciencia común esté amenazada con desaparecer totalmente.

Durkheim afirma que el individuo nace de la sociedad y no la sociedad de los individuos. La primacía de la sociedad con respecto al individuo tiene por lo menos dos sentidos: el primero es el de la prioridad histórica de las sociedades en que los individuos se asemejan unos a otros y están perdidos en el todo sobre las sociedades cuyos miembros han adquirido, al mismo tiempo, conciencia de su responsabilidad y capacidad para expresarla. Las propiedades colectivistas, donde cada uno se asemeja a todos, son históricamente las primeras.

A partir de ésta, surge el segundo sentido, que es la prioridad lógica en la explicación de los fenómenos sociales. Si la solidaridad mecánica ha precedido a la solidaridad orgánica, no es posible explicar los fenómenos de diferenciación social y de solidaridad orgánica partiendo de los individuos.

Cabe señalar que Durkheim define a la desigualdad social como el sistema de clases que priva a las masas de la posibilidad de ocupar una posición social de acuerdo con sus aptitudes; de ese modo, dificulta la igualdad de posibilidades, lo cual conduce a un intercambio injusto de servicios; la cual es un factor determinante en la generación de suicidios dentro de la sociedad actual.

Su argumento principal era que la naturaleza y los cambios de los hechos sociales explicaban las diferencias entre las tasas de suicidio. Por ejemplo, la guerra o la depresión económica creaban probablemente un estado depresivo colectivo que a su vez, elevaba las tasas de suicidio (Ritzer, 1993).

### **2.2.2. Tipos de suicidios**

Durkheim (citado por Sillis, 1979: 203) recurrió al análisis de los fenómenos del suicidio por la oportunidad que le ofrecía de elaborar cuatro tipos de factores en este tipo de muerte: egoísta, altruista, anómico y fatalista.

Durkheim plantea que para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio. Sólo puede haber tipos distintos de suicidios cuando sean diferentes las causas de las que suceden. En base a esto se pueden construir los tipos sociales de suicidio.

Si una individualización excesiva conduce al suicidio, una individualización insuficiente produce los mismos efectos. Cuando el hombre está desligado de la sociedad atenta contra su vida más fácilmente.

Durkheim (citado por Spaulding, 1957) en el Suicidio Egoísta encuentra que el individuo está débilmente adherido al orden social, por lo tanto, le falta la restricción que la intensa participación en la vida del grupo le impone. Un individuo no atado a otros está libre de las exigencias que ellos pueden tener para su supervivencia, al individuo le faltan las adhesiones emocionales hacia otros que hacen de más valor y menos egocéntrica la vida. Le faltan al individuo los apoyos emotivos que pueden proveer la profunda inmersión en el grupo, no obtiene satisfacción por los alcances del grupo; el éxito o el fracaso son suyos solamente. El suicidio egoísta ocurre porque el individuo no está imbuido sino aislado. Tienen menos responsabilidades así como menos adhesiones; los casos son restringidos por obligaciones formales y lazos emotivos.

En las sociedades denominadas inferiores, el suicidio egoísta es prácticamente desconocido, pero se encuentra en otras formas; cada una de ellas tiene caracteres muy particulares. Todos los hechos se ubican en una de las tres categorías siguientes: **a)** Suicidios de hombres llegados al apogeo de la vejez o atacados por una enfermedad; **b)** Suicidios de mujeres a la muerte de su marido; **c)** Suicidios de clientes o servidores a la muerte de sus jefes.

El suicidio altruista puede ser una manifestación de excesiva participación del individuo en un grupo y aislamiento social de otros grupos. Suicidio altruista sucede cuando el individuo está íntimamente ligado a un grupo muy integrado y con un fuerte sentido de solidaridad, acepta como propios los valores y normas del grupo. No distingue entre sus intereses y los del grupo, ni es probable que se crea un individuo singular con una vida separada y aparte del grupo (Spaulding, 1957).

Se llama a este tipo de suicidio altruista, porque como se ha denominado egoísta al estado en que se encuentra el individuo cuando vive su vida personal y no obedece más que a sí mismo, la palabra altruismo expresa el estado contrario; es decir, aquel en el que el individuo no se pertenece, en que se confunde con otra cosa que no es él, en el que el polo de su conducta está situado fuera de él, en uno de los grupos de que forma parte dentro de la sociedad, por ejemplo los atentados suicidas en esta variedad de suicidio altruista se puede denominar suicidio altruista obligatorio.

Otra clase de suicidio, es el altruista facultativo, en el cual el individuo no tiene ningún apego a la vida, y a la menor indicación renuncia a ella “facultativo” debe entenderse solamente que son los mismos exigidos por la sociedad que cuando son estrictamente obligatorios.

El tercer tipo dentro del altruista es el suicidio altruista agudo, cuyo perfecto modelo es el suicidio místico.

En una sociedad o grupo social, la anomía puede originar reacciones patológicas en los individuos, como puede ser el suicidio, el crimen, la delincuencia o la prostitución. Por

anomía también se entiende una situación de desorganización personal o social; notable desviación respecto de una norma.

En el Suicidio Anómico el individuo está altamente integrado y unificado a un grupo que desarrolla normas para regular la conducta y las relaciones interpersonales (Spaulding, 1957).

El Diccionario de la Real Academia Española (RAE) define la anomía como: “estado de aislamiento del individuo, o de desorganización de la sociedad, debido a ausencia, contradicción o incongruencia de las normas sociales”.

Este concepto sociológico, que fue formulado por el teórico francés Émile Durkheim, se define como la ausencia de normas en el individuo. Dicho término designa una situación en la que existe un conflicto de normas que impide a los actores sociales orientar con precisión su conducta.

Si el individuo no parece alcanzar las normas del grupo, la muerte puede parecer preferible a la vida. La identificación con el grupo puede ser tan intensa que la condenación del mismo sea equivalente a la auto condenación. El fracaso, en tal instancia, es total y absoluto. El individuo se lo juega todo, apuesta su autorrespeto entero a la aprobación de un grupo particular; cuando ésta se lo retira, ya no tiene otras bases para estimarse a sí mismo (Spaulding, 1957).

De acuerdo con Durkheim (citado por Spaulding, 1957) una sociedad a la que le faltan normas claramente delineadas para gobernar las aspiraciones y la conducta moral de los hombres, se caracteriza por lo anómico.

Por otra parte, las funciones de la familia decaen en la sociedad moderna, alejándose cada vez más del individuo, y no contribuyen a poner fin a la anomía. Tampoco la religión logra hacerlo, eliminando las causas profundas del mal. En las sociedades modernas, las religiones presentan un carácter cada vez más abstracto e intelectual. Por lo tanto, el único grupo social

que puede favorecer la integración de los individuos en la colectividad es la profesión, o , utilizando el término de Durkheim, la “corporación”.

En el suicidio anómico, se produce una confusión de valores sociales, que lleva a una crisis individual a causa de las condiciones de existencia que caracterizan a las sociedades modernas. En estas sociedades, la existencia social ya no es regulada por la costumbre; los individuos compiten permanentemente unos con otros, por lo tanto están acechados de forma continua por el sufrimiento que se origina en la desproporción entre sus aspiraciones y satisfacciones. Se caracteriza por un estado de irritación y de disgusto, que la existencia moderna ofrece, un disgusto que es el resultado de la toma de conciencia de la desproporción entre las aspiraciones y las satisfacciones. Este tipo de suicidio le interesa particularmente a Durkheim, porque es el más característico de la sociedad moderna.

La anomía es en las sociedades modernas un factor regular y específico de suicidios. El suicidio anómico es consecuente de que la actividad de estas personas está desorganizada y está es la razón de su sufrimiento.

Se podría resumir la teoría de Émile Durkheim afirmando que los suicidios son fenómenos individuales que responden a causas esencialmente sociales.

Puede hacer que uno u otro individuo aislado atente contra su vida, pero no que la sociedad en total sienta hacia el suicidio una inclinación más o menos intensa, por lo mismo que no se refiere más a que cierto estado de la organización social, no produce reflejos sociales, e interesa al psicólogo, no al sociólogo. Lo que busca este último son las causas por medio de las que es posible obrar, no sólo sobre los individuos aisladamente, sino sobre el grupo.

Según Durkheim debe haber algo en la organización social de los grupos que previene, o deja de impedir, a la gente que cometa suicidio y que aún la incitan a hacerlo. El grado en que el individuo estaba integrado en la vida del grupo determinaba si fuese motivado a cometer suicidio. Sin embargo reconoció que no existe una sola clase de circunstancia que pueda

explicar el suicidio. El individuo puede ser motivado para cometer suicidio en cualquiera de los extremos: si está altamente integrado, o si sólo está superficialmente integrado a la sociedad (Simpson, 1989).

El suicidio anómico y el egoísta surgen ambos de la baja integración social, pero no obstante son independientes.

El Suicidio Fatalista sucede cuando la regulación es excesiva. Durkheim (citado por Ritzer, 1994) describía a aquellos que era más probable que cometieran este tipo de suicidio como “personas cuyo futuro está implacablemente determinado, cuyas pasiones están violentamente comprimidas por una disciplina opresiva”. Demasiada regulación (la opresión) libera corrientes de melancolía que a su vez, causan un aumento de la tasa del suicidio fatalista, entre los factores del suicidio los únicos que le conciernen a esta tipología, son aquellos que hacen sentir su acción sobre el conjunto de la sociedad.

Suicidio intencional marginal es el usualmente crónico y se ve típicamente en aquellos muchachos que sufren anorexia nerviosa, o aquellos que son propensos a los accidentes de auto o motocicleta; no usan casco protector; manejan cuando están intoxicados; éste grupo incluye jóvenes de clase media y muchachos de barrios pobres, quienes se exponen a pandillas hostiles, estos individuos son narcisistas y exhibicionistas; pero a menudo sufren inconscientemente de baja autoestima, algunas veces estos individuos saben que alguien los salvará; hacen llamadas a líneas de ayuda; toman dosis de sedantes justo antes de que sus padres regresen a casa, etc. (Miller, 1993).

El Suicidio accidental es aquel en ocurren en algunos adolescentes esquizofrénicos que no tienen una consciente intención de cometer un suicidio; pero lo hacen por un deseo de reconciliarse o fusionarse con una parte de ellos mismos; por ejemplo la auto mutilación es a menudo altamente erotizada y trata de reducir la tensión intra psíquica, es una acción designada a proyectar desesperanza y enviarla al exterior; pero al mismo tiempo se le regresará una negativa atención. Esta conducta incluye: tratos suicidas, cortarse las muñecas,

brazos, abdomen o las manos con un vidrio, a pesar de que ésta conducta raramente es suicida, un suicidio intencional puede seguir a éstos actos (Miller, 1993).

Existen otras teorías sobre tipos de suicidios, tal como la de Menninger, en la cual dividía los fenómenos sub-suicidas en suicidio crónico (ascetismo, martirio, toxicomanía, invalidez, psicosis); suicidio focal (automutilación, simulación de enfermedades, accidentes múltiples, impotencia y frigidez), y suicidio orgánico (donde intervienen los factores psicológicos en la enfermedad orgánica). Una lista compuesta de otras rúbricas incluiría las siguientes: suicidio como comunicación; suicidio como venganza; suicidio como crimen fantástico, suicidio como escape inconsciente; suicidio como resurrección o reunión mágicas; suicidio como renacimiento y restitución. También ha sido propuesta una clasificación, que tiene su origen en el análisis lógico de notas dejadas por suicidas, divide los estilos de pensamiento de los suicidas en tres tipos: lógico, catalógico y paleológico” (Sillis, 1979, pp. 204).

### **3. Aspectos teórico-metodológicos en el estudio del suicidio**

#### **3.1. Las Reglas del Método Sociológico**

Las aportaciones en la investigación sociológica, elaborada por Durkheim, nos permiten considerarlo como un destacado representante del Positivismo. Para él, el estudio de lo social debe someterse a ciertas normas metodológicas para adquirir el carácter de científico. Uno de los rasgos de este método es el ser exclusivamente sociológico. Debe basarse principalmente en la observación empírica del carácter externo de los hechos sociales, de su manifestación externa y visible, para elaborar enunciados científicos que expresen de forma concisa los datos recopilados.

Durkheim aspira a la elaboración de leyes que expresen las regularidades y las relaciones causales halladas en los hechos sociales, para poder así predecir los cambios y controlar su evolución.

Cada sociedad tiene, en determinado momento de su historia, una actitud (concepción ideológica, social, religiosa, moral) definida para el suicidio. La intensidad relativa de esta actitud se mide comparando la cifra global de las muertes voluntarias y la población de toda edad y sexo. Este dato numérico se denomina tasa de mortalidad suicidio propio de la sociedad tomada en consideración, y se calcula, por lo general, en relación a cien mil o un millón de habitantes.

Este hecho definido, llamado la cifra social de los suicidios, depende de ciertas condiciones. Entre las condiciones individuales hay muchas que no son lo suficientemente generales para influir en la relación que pueda haber entre el número total de muertes voluntarias y la población.

El objetivo de la ciencia no se reduce a la descripción y ordenación de los hechos sociales con ayuda de los indicadores objetivos observados. Ayudan a establecer relaciones y leyes

causales más profundas. Tratando de conseguir la mayor objetividad posible en la recopilación del material empírico, este teórico subraya que en la primera fase de la investigación había que elegir como datos de partida sólo los fenómenos observables directamente.

Debe liberarse al sociólogo de todas aquellas “falsas evidencias” que dominan al espíritu vulgar. A lo que intenta llegar Durkheim es que a los hechos sociales no pueden ser conocidos por intuición directa, sino sólo por observación y otros métodos empíricos, ni tampoco ser alterados a voluntad.

La posibilidad de separar a la sociedad del científico que la estudia, es una reivindicación de Durkheim en contra del moralismo que cree indigno considerar las sociedades formadas por relaciones humanas, como un objeto semejante a los objetos naturales, lo cual impedía el avance de la sociología, que se perdía en meras especulaciones; esto se debió a que, dada aquella tendencia, la observación empírica era casi inexistente o en caso de existir, se realizaba como conclusión, como demostración de una teoría preconcebida y nunca como base para desarrollarla.

El científico sólo ha de tomar como objeto de investigación un grupo de fenómenos anteriormente definidos por ciertos caracteres exteriores que le son comunes. La sensación es fácilmente subjetiva: los caracteres exteriores por los cuales define el objeto de sus investigaciones, deben ser lo más objetivos posibles. Cuando el sociólogo comprende la tarea de explorar un orden cualquiera de hechos sociales, debe esforzarse en considerarlos por el lado en que se presenten aislados de sus manifestaciones individuales. Durkheim exige dar definiciones objetivas a los conceptos, destacando los rasgos comunes para toda clase de fenómenos. A su vez, diferenció y utilizó en la práctica de la investigación sociológica dos tipos de análisis: causal y funcional. La explicación sociológica es la explicación causal cuya esencia consiste en el análisis de la dependencia del fenómeno social del medio social. Criticaba todos los demás intentos de explicar la vida social.

Durkheim se basa, para este análisis, en la analogía de la sociedad con el organismo como el sistema más perfecto de órganos y funciones. De esta analogía deduce el concepto de las sociedades de tipo normal, los conceptos de norma y patología, que luego aplicaba a la interpretación de fenómenos tales como la delincuencia, las crisis, y otras clases de desorganización social. Los delitos y otros males sociales, que causan daño a la sociedad y provocan repugnancia, son normales ya que se encuentran en determinadas condiciones sociales y mantienen relaciones sociales útiles e indispensables.

Los suicidios no constituyen un grupo completamente aparte, una clase aislada de fenómenos normales, sin relación con otras modalidades de la conducta, sino que se enlazan con ésta por una serie continua de relaciones intermediarias; son la forma exagerada de prácticas usuales. Se puede afirmar que hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza el acto que deberá poner fin a su vida, sabe lo que tiene que resultar de él.

Durkheim desecha las explicaciones del suicidio del tipo psicológico. Para él, la fuerza que determina el suicidio no es psicológica sino social. La discusión científica se centra alrededor de estos dos términos: predisposición psicológica y determinación social. A través de un estudio descriptivo entendiéndose como tal al que estudia situaciones que ocurren en condiciones naturales, es diseñado para describir la distribución de variables y conocer las características del fenómeno estudiado no siendo necesaria la comprobación de hipótesis. Se revisará la tasa de suicidio por cada cien mil habitantes, sus características así como el entorno socioeconómico del sujeto en el Municipio de Mexicali. Estudiándose el período entre 1999 y 2005.

### **3.2 Variables y categorías de estudio**

**Las Categorías de Estudio:** serán los índices de suicidio y las características sociodemográficas de los suicidas, tales como sexo, edad, escolaridad, ocupación, lugar de residencia, servicio de salud; la adicción a sustancias tóxicas así como el estado civil se utilizaron la codificación de respuestas en método y lugar del deceso según INEGI.

Con la información ya depurada se llevó al cabo un análisis cuantitativo de dicha información elaborando las conclusiones, para así cumplir con el objetivo general antes mencionado.

**Cuadro 2 Variables de estudio**

Variables:
1-Sujeto Identificado
2-Número de Acta
3-Fecha de necropsia
4-Año del Evento
5-Mes del Evento
6-Sexo de la victima
7-Edad
8-Grupos de Edad
9-Prueba de Laboratorio
10-Estudio Toxicológico (substancias tóxicas)
11-Causa Determinante de muerte
12-Ubicación geográfica (urbano o rural)
13-Fuente de información
14-Método utilizado
15-Lugar del deceso
16-Estado civil
17-Ocupación
18-Sector económico laboral
19-Escolaridad
20-Servicio Médico (acceso a seguridad social o privada)
21-Señas particulares (tatuajes)
22-Lugar de nacimiento
23-Hora de deceso
24-Domicilio particular

Fuente: Caracterización de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### **3.3 Fuentes y procesamiento de datos**

Se construyó una plataforma de infamación soportada por dos bases: primero la del Servicio Médico Forense (SEMEFO) donde se analizaron el 100% de las necropsias o sea la totalidad de los suicidios consumados sumando 288 casos y la segunda base se constituyó a través de la prensa local (periódicos de mayor circulación como El Mexicano, La Voz de la Frontera, La Crónica de Baja California) alcanzando el 47.9% de los casos antes mencionados. Además se realizó un análisis de información de las dos bases para así generar el perfil del suicidio en el Municipio de Mexicali, B. C.

Cabe mencionar que en algunas variables (ocupación, escolaridad, lugar del deceso, lugar de nacimiento, acceso a servicio médico, estado civil) no se obtuvo el 100% de los datos debido a que es información que se ignora (casos perdidos) debido a que el familiar o amigo que identificó a la víctima no la otorgó. Sin embargo el porcentaje de casos perdidos es menor que el presentado por INEGI, en las mismas variables.

Se referencio la información otorgada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Anuarios: Estadísticas de Suicidio, Mujeres y Hombres en México 1997-2005) y por el Consejo Estatal de Población (CONEPO), la cual se registro en una base de datos en el Programa para el Análisis Estadístico en las Ciencias Sociales “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS). El 51% de la información tuvo como fuente SEMEFO y el 47.9% se obtuvo de SEMEFO-PRENSA.

#### **4.-Evaluación del impacto social: estudio de caso sobre el suicidio**

En gran parte del mundo el suicidio está estigmatizado, es decir, es condenado por razones religiosas o culturales, y en algunos países el comportamiento suicida constituye un delito castigado por la ley, es pues, un acto subrepticio y rodeado de tabúes, y es probable que no se reconozca, se clasifique erróneamente o se oculte de forma deliberada en las actas oficiales de defunción. A pesar de que el suicidio es sólo la parte más visible de un problema con amplias conexiones sociales, psicológicas y personales, y de que con frecuencia se ha argumentado que los registros habituales de suicidios tienden a subestimar el problema (Marusic, et. al, 2003) la mayor parte de las conclusiones que se pueden sacar a partir de las cifras oficiales son en esencia correctas (Speechley, et. al, 1991).

La mortalidad por suicidios se ha convertido en un problema de alta prioridad social, tanto a escala nacional para diversos países como en el ámbito internacional. En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado en 60% en el mundo. El suicidio está ahora entre las tres causas principales de muerte entre aquellos de 15-44 años (ambos sexos), no incluyendo los intentos suicidas arriba de 20 veces más frecuente que el suicidio consumado (Martínez, L., 1997). Se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815 mil personas, o sea, cerca de una cada 40 segundos, lo que convierte al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo. Las tasas más elevadas se registran en los países de Europa Oriental, y las más bajas en América Latina y unos pocos países de Asia. En general, las tasas de suicidio aumentan con la edad. Sin embargo, la tendencia se inclina al aumento entre los menores de 45 años (OMS, 1999) ya que en la población entre 15 y 44 años, las lesiones autoinfligidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

En el mundo se produce una media de tres suicidios masculinos por uno femenino, proporción que también fluctúa mucho entre los distintos países, desde apenas 1:1 en China a 10:1 en Puerto Rico. Las tasas de suicidio también varían dentro de los países entre las poblaciones urbanas y rurales y entre diferentes grupos raciales y étnicos (Lester, D. 1997). Aunque tradicionalmente las tasas de suicidio han sido más altas entre el anciano masculino, las tasas

en la gente joven ha estado aumentando a tal magnitud que está siendo ahora el grupo de más alto riesgo en un tercio de los países, tanto en países desarrollados y como en vías de desarrollo (Martínez, L. 1997).

Sólo una minoría de quienes tienen tendencias suicidas llegan a quitarse la vida. Se calcula que, en promedio, se producen entre dos y tres intentos por cada suicidio consumado entre los mayores de 65 años, mientras que en la población menor de 25 años la proporción entre actos suicidas no mortales y mortales puede llegar a ser de 10–20:1 (McIntosh, et. al, 1994). Cerca del 10% de las personas que intentan suicidarse termina por quitarse la vida, y una proporción mayor de ellos albergan pensamientos suicidas pero nunca intentan matarse. Por lo general, las mujeres tienen más pensamientos suicidas que los hombres (Linden, et. al, 1997).

Diversos acontecimientos o circunstancias estresantes, como la pobreza, el desempleo, la pérdida de personas queridas, las discusiones con la familia o los amigos, la ruptura de las relaciones y los problemas legales o relacionados con el trabajo, pueden aumentar el riesgo de que las personas atenten contra sí mismas (Platt, S. 1984). Aunque estas experiencias son frecuentes, sólo una minoría se ve impulsada a suicidarse. Para que estos factores se precipiten o desencadenen el suicidio, deben sobrevenirles a personas predispuestas o particularmente propensas, por otros motivos, a atentar contra sí mismas. Al igual que ocurre con la violencia interpersonal, los factores de riesgo predisponentes son el abuso del alcohol y las drogas, los antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia y el aislamiento social (Murphy, et. al, 1990). Influyen también problemas psiquiátricos como la depresión y otros trastornos anímicos, la esquizofrenia y un sentimiento general de desesperanza (Beck, et. al, 1985). Las enfermedades somáticas, sobre todo las dolorosas o discapacitantes, son otro factor destacado (De Leo, et. al, 1999).

El acceso a los medios para quitarse la vida (por lo general armas, medicamentos y venenos agrícolas) es un importante factor de riesgo en sí mismo y un determinante significativo del éxito o el fracaso de los intentos (CDCP, 2000).

## **Vulnerabilidad Sociodemográfica**

El vocablo vulnerabilidad denota riesgo, fragilidad, indefensión o daño, en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se acogen estos términos de identificación, y se afirma que es “la probabilidad de ser dañado o herido”. En la incapacidad de respuesta se distingue entre la ineptitud para enfrentar los riesgos y la inhabilidad para adaptarse activamente a sus consecuencias, elementos que corresponden a lo que Moser (1998, p.3) denomina sensitivity y resilience, respectivamente:

Vulnerabilidad=exposición a riesgos + incapacidad para enfrentarlos + inhabilidad para adaptarse activamente.

Es decir, un riesgo no alude a un acontecimiento intrínsecamente negativo, sino a uno que puede generar daño o incertidumbre y cuyas consecuencias concretas pueden ser ambiguas o mixtas, combinando adversidad y oportunidad, si bien esta última condición sólo se mencionará de paso en este documento. Un enfoque para analizar la vulnerabilidad en el ámbito de las relaciones entre la población y el desarrollo. En los ámbitos sociales, la delimitación precisa de la vulnerabilidad resulta más compleja, aunque en algunas disciplinas será posible especificar los riesgos de manera relativamente uniforme, siempre en el aspecto (dimensión) al que afecten esté claramente identificado. El razonamiento sobre el sentido ambivalente del riesgo puede extenderse, con los debidos recaudos, a otros procesos sociales. (O’Connel, 2001; Destremau y Salama, 2001).

La aplicación de un concepto de vulnerabilidad que integra en una cadena lógica los riesgos sociodemográficos y la capacidad de respuesta y adaptación es de gran utilidad, sobre todo para el examen de los temas emergentes en materia de población y desarrollo desde un punto de vista individual, doméstico y comunitario, y para la adopción de medidas al respecto.

#### **4.1. Antecedentes del suicidio en México**

Durante mucho tiempo, México presentó una de las tasas de mortalidad por suicidios más bajas de América Latina. Sin embargo, en los últimos años la mortalidad por esta causa se ha incrementado a un ritmo más acelerado que en otros países de la región (OPS, 1998). Factores tales: como los procesos de industrialización, el alejamiento a la religiosidad, la doble moral y la pérdida de autoestima (Hawton K., 1998) han contribuido a dicho aumento.

Por otra parte, en el primer estudio que abarcó un análisis de todo el país para el período 1954-1963 un problema importante en el contexto de la salud mental nacional fue el suicidio y en el se observó una baja, pues mientras en 1954 ocurrieron 3.2 actos suicidas por cada cien mil habitantes, en 1963 la cifra disminuyó a 2.1; entre 1960-1969 se registró otro aumento de 30.5% en el número de suicidios por cada cien mil habitantes, que mostró un aumento promedio de 3% anual (Borges G., et. al., 1996).

La tasa de suicidios en México ha aumentado un 200 % en los últimos treinta años, se ha registrado desde 1970 un incremento sostenido de muertes por suicidio, ya que en este año atentaban contra su vida 1.13 personas por cada cien mil habitantes, en 1994 esa cifra fue de 2.89, lo que revela un incremento de 1.56 personas por cada cien mil habitantes donde la mayoría de los suicidas fueron hombres, cuya tasa de muerte por cada cien mil habitantes aumento 169%. En ese año el suicidio llegó a representar el 0.6% del total de causas de muerte en el país. La evolución del suicidio indica incrementos recientes entre los adultos jóvenes, con marcado énfasis en adolescentes (de 10 a 14 años de edad) y también una mayor frecuencia conforme avanza la edad (personas mayores de 65 años).

Otro de los grupos más susceptibles, en el Distrito Federal es la población inmigrante (Guzmán Peña, 1997). En 1999 la tasa nacional promedio fue de 3.4% de suicidios por cada 100 mil habitantes, registrándose en dicho año 3,339 muertes por esta causa (Barrera Dávila, O., 2002) y en 2000 llegó al 3.4 por cada cien mil habitantes. En año 2002 se consumaron

3,159 suicidios de los cuales el 41.4% (1308 casos) ocurrieron en áreas urbanas, el 28.2% (891 casos) en áreas rurales y el 30.4% se ignora el lugar. (INEGI, 2003).

Desde otro punto de vista el suicidio es una de las consecuencias de la depresión (una enfermedad característica de la sociedad moderna), cuya vinculación es de hasta 60 por ciento. Entre los factores de riesgo destacan las presiones económicas. De acuerdo con la Secretaría de Salud, la prevalencia de depresión en México se estima entre 12 y 20 por ciento en la población adulta de 18 a 65 años. Es decir, mas de diez millones de personas en algún momento de sus vidas sufrirán de esta enfermedad (Ramírez, J.L., 2003) .

Un elemento que no ha sido explorado con suficiencia en México es la influencia que pueden ejercer los medios de comunicación masiva sobre el comportamiento de las personas que quisieran intentar suicidarse. La difusión imprudente de la información relacionada con las muertes por suicidio, su descripción precisa -incluso con presentación de imágenes reales- y el uso de términos como *suicidio exitoso* crean una situación de "moda" o imitación que podría influir en el aumento de la frecuencia de suicidios (Gunnell, D., 1994).

En ocasiones se presenta como un acto heroico y se subestima -si no es que se omite- el papel que desempeñan las enfermedades mentales en la tendencia al suicidio (Hawton, et. al, 2002).

Aunque también existen opiniones que niegan el impacto de los medios de comunicación en el suicidio (Philips, et. al, 2002) o que sólo reconocen su influencia en relación con el método mediante el cual se lleva a cabo dicho suicidio, es de citar que se ha documentado la reducción en el número de suicidios e intentos de suicidio cuando los periodistas se incorporan a las estrategias de prevención (Etzerdorfer, et. al, 1998).

Por supuesto, la disponibilidad de medios para efectuar el suicidio es otra variable que requiere evaluarse y, en la medida de lo posible, controlarse. Las referencias que asocian la disponibilidad de armas de fuego con los suicidios son abundantes (Sloan, et. al, 1990) y la proporción entre el número de suicidios y la disponibilidad de plaguicidas en el medio rural

también reflejan el hecho de que la accesibilidad de los medios es un factor que debe controlarse. Las diferencias observadas entre hombres y mujeres en relación con los métodos de suicidio pueden estar relacionadas precisamente con la disponibilidad de los medios.

La disparidad en la mortalidad por suicidios entre los sexos es un fenómeno reconocido en todo el mundo. Según estos resultados, en México los suicidios son 4.6 veces más frecuentes en hombres que en mujeres. Esta diferencia se observa en todas las entidades del país, aunque con diferentes magnitudes. En Tabasco, por ejemplo, la tasa de suicidios en hombres es 7.3 veces mayor que en mujeres, mientras que en el Estado de México o Chiapas, la mortalidad por suicidios en hombres es sólo 3 veces mayor que en mujeres.

**Cuadro No. 3**  
**INTENTOS DE SUICIDIO POR PORCENTAJE**  
**SEGÚN SEXO EN MEXICO 1999**

<b>AÑO</b>	<b>NO. DE INTENTOS DE SUICIDIO.</b>	<b>NO. DE INTENTOS EN HOMBRES.</b>	<b>NO. DE INTENTOS EN MUJERES.</b>
<b>1999</b>	<b>417</b>	<b>158</b>	<b>259</b>
<b>%</b>		<b>37.9</b>	<b>62.1</b>

FUENTE: (INEGI, 2000).

**Cuadro No. 4**  
**TOTAL DE SUICIDIOS SEGÚN SEXO EN MEXICO 1999**

<b>AÑO</b>	<b>NO. DE SUICIDIOS OCURRIDOS.</b>	<b>NO. DE SUICIDIOS EN HOMBRES.</b>	<b>NO. DE SUICIDIOS EN MUJERES.</b>
<b>1999</b>	<b>2,531</b>	<b>2,142</b>	<b>389</b>

FUENTE: (INEGI, 2000).

Aspectos relacionados con el papel de cada género reflejan que la mortalidad masculina está asociada a causas externas está vinculada con las actitudes que por tradición se consideran

propias de los hombres, como el papel de proveedor y protector y la búsqueda del "éxito" (OPS, 2002). Así como el deseo y la coacción "de ser o valer algo" son inevitables para muchos hombres; si queda insatisfecho desata una inquietud que puede llevar hasta formas inaceptables en él, la búsqueda del "valer" (Woosner J, 1976). Otros papeles adjudicados al varón que pueden estar coligados de manera directa con la frecuencia de suicidios son el consumo de drogas y alcohol y el acceso a armas de fuego. No obstante, estas diferencias no explican por qué los intentos de suicidio son mas frecuentes entre las mujeres que en los hombres.

Los casos de suicidio entre hombres y mujeres se diferencian principalmente por los métodos utilizados para suicidarse, debido a que tienen diferentes grados de violencia y letalidad y, por tanto, condicionan la posibilidad de recibir atención. En el caso de las mujeres, se recibió atención en el 30% de las muertes, y en el de los hombres, solamente en un 14 %. Las diferencias en la letalidad de los métodos empleados se reflejan también en los registros de intentos de suicidios, según los cuales 62% correspondieron a envenenamientos o sobredosis de medicamentos y sólo el 10% de los que utilizaron este medio murieron. En cambio, 5% de los intentos de suicidios fueron por disparo de arma de fuego, mientras que 19% de los suicidas que emplearon este medio murieron (INEGI, 2002).

De hecho, el incremento en la utilización de métodos más letales para quitarse la vida, particularmente del ahorcamiento, pueden ser un factor que esté influyendo en la disminución de la brecha entre ambos sexos.

#### **Cuadro No. 5**

#### **TOTAL DE INTENTOS Y SUICIDIOS SEGÚN SEXO Y LA TASA DE POR CADA CIEN MIL HABITANTES EN MÉXICO, DURANTE 2001.**

<b>AÑO</b>	<b>NO. DE SUICIDIOS CONSUMADOS.</b>	<b>NO. DE SUICIDIOS EN HOMBRES.</b>	<b>NO. DE SUICIDIOS EN MUJERES</b>	<b>TASA DE SUICIDIOS POR CADA CIEN MIL HABITANTES</b>
<b>2001</b>	<b>3,784</b>	<b>3,110</b>	<b>674</b>	<b>3.72</b>

Fuente: INEGI 2002.

Entre los suicidios y los intentos de suicidios las diferencias no se limitan a los medios, y se manifiestan también en la edad de las personas que se suicidaron o intentaron hacerlo. Mientras que los menores de 29 años cometen 63% de los intentos de suicidio, a este grupo de edad le corresponden el 50% de las muertes por esta causa. La diferencia se hace más notable en el grupo de 60 años o más, al que corresponden sólo 2.8% de los intentos de suicidio, pero el 10% de las muertes.

Estos resultados señalan que el suicidio es un problema social creciente que exige medidas de control inmediatas. De igual manera, no debe subestimarse el daño a la salud, a veces grave, que ocasionan los intentos fallidos de suicidio. En diversos países se han establecido programas para disminuir la carga que representan los suicidios en una comunidad. Es tiempo de que en México se establezcan las medidas necesarias con el fin de controlar este creciente y grave problema social.

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso. Por otro lado, los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente, mientras es obligatorio registrar los suicidios consumados. Así, en 1993 la Secretaría de Salud informó sobre 2022 suicidios consumados y sólo 93 intentos. Ese informe resulta paradójico puesto que se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados, y que se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado (González-Forteza C., et. al., 1998).

El suicidio en México se practica básicamente “puertas adentro” presentándose poco en espacios públicos. Da la impresión de que quien incurre en un suicidio lo hace pensando más en poner fin a una vida conflictiva doméstica (que lo ha puesto en situación límite) o por asuntos amorosos que por cuestiones relacionadas con la convivencia social en general, como puede ser el caso de aquellos que en su mensaje póstumo invocan alguna dificultad económica (Guzmán Peña, 1997).

Como se ha mencionado en México los hombres se suicidan más que las mujeres tan es así que de los 554 suicidios ocurridos en 1970, 445 fueron varones; y de 2,603 registrados en

1994, 2210 correspondieron a hombres. En el caso de las mujeres, se registraron 393 en 1994 frente a 109 en 1970, aunque de ese año a la fecha la tendencia es incrementarse (Guzmán Peña, 1997).

A nivel nacional en 1999 ocurrieron 417 intentos de suicidio de ellos 158 (37.9%) fueron de hombres y 259 (62.1%) de mujeres; en el mismo año hubo 2531 suicidios, de los cuales 2142 corresponden a hombres y 389 a mujeres.

En la publicación hombres y mujeres en México (INEGI, 2000) a nivel nacional 41 de cada cien intentos de suicidio se debieron a disgustos familiares, en 30 de 100 se ignora y 11 de cada 100 obedecieron a motivos pasionales. En la población femenina intentaron suicidarse el 47.9% por disgusto familiar y 12% por motivos pasionales, el resto se ignora la causa; a diferencia de la población masculina que el 30% se debió a problemas familiares y solo el 7% por conflictos amorosos. En el suicidio donde los motivos fueron enfermedades graves, remordimientos o las dificultades económicas la gran mayoría se trata de hombres.

El director de los Servicios de Salud Mental en el país, Salvador González, anunció que la incidencia de suicidios entre la población femenina es muy baja, sin embargo afirma que el suicidio se ubica ya entre las diez principales causas de muerte en el país. En el hospital Fray Bernardino Álvarez, el especialista informó que cada dos y media horas fallece una persona en México por esta causa, registrando una tasa de 3.5 por cada cien mil habitantes, lo que significa un aumento con relación al año 2000, que era de 2.5, según cifras del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (Magally, S., 2002).

## 4.2. El suicidio por regiones del país

Resulta importante resaltar las diferencias por regiones sobre el fenómeno del suicidio en México. Ya que por ejemplo en el “México indígena” es el que menos recurre al suicidio. A pesar de su pobreza y de contar con el más bajo PIB per cápita del país, únicamente uno de cada 100 mil se quitan la vida al año en los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero; después del “México Indígena” viene la populosa “zona de la Meseta Central”, donde se encuentran: el Distrito Federal, el Estado de México, Hidalgo, Morelos, Tlaxcala y Puebla; ahí, y a pesar de su vida estresante, la región sólo presentaba hasta el 2000 dos suicidios por cada 100 mil habitantes al año. Se suicida más la zona llamada de “Origen de emigrantes a los Estados Unidos”, a la que pertenece, desde luego Aguascalientes, además de Jalisco, Michoacán, Zacatecas, Guanajuato y San Luis Potosí, que en promedio acusaban tres suicidios anuales por cada 100 mil habitantes; sigue en escala ascendente, el “México fronterizo con la Unión Americana” integrado por Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas, que en conjunto promediaban cuatro muertes por suicidio anual por cada 100 mil habitantes; zona sólo superada por la Península de Yucatán (incluyendo a Tabasco) donde se presentaban hasta el 2000 ocho suicidios por cada 100 mil habitantes en un año ( Puentes-Rosas, et. al., 2004).

Salvador González explicó que los estados del sureste del país registran las tasas de incidencia más altas. Actualmente, Tabasco registra la tasa más alta con 8.6 muertes por cada cien mil habitantes y el Estado de México tiene 1.6 muertes por la misma cantidad de habitantes. Tlaxcala presenta la menor incidencia de suicidio. En México los métodos más utilizados para terminar con la vida, es en primer lugar el ahorcamiento, seguido por las armas de fuego, la intoxicación o arrojarse desde las alturas. De esta forma, casi el 70% de los suicidios que ocurren en nuestro país, son por ahorcamiento aunque también es frecuente el uso de ratificadas. Las autoridades informaron que 7 de cada 10 personas que se quitaron la vida sufrían depresión o esquizofrenia. Salvador González planteó, por ello, la necesidad de quitar el estigma a los padecimientos mentales o emocionales así como aumentar los tratamientos para estas enfermedades en el sistema de salud. (Magally, S., 2002).

Durante el año 2001 se registraron 3,784 suicidios (3,110 de ellos en hombres y 674 en mujeres), lo que representa una tasa de 3.72 muertes por suicidios por cada 100 mil habitantes, en una población total nacional de 101.8 millones de habitantes. Los estados con mayor mortalidad por suicidios fueron Campeche y Tabasco (9.68 y 8.47 por cada 100 mil habitantes, respectivamente). En 2001, la mortalidad por suicidios por 100 mil habitantes fue de 6.14 en hombre y de 1.32 en mujeres. La tasa más alta (13.62 por cada 100 mil personas) se observó en los hombres de más de 65 años. Además se observaron cambios en los métodos de suicidio, y el ahorcamiento es el medio más frecuentemente utilizado actualmente tanto por hombres como por mujeres (Puentes-Rosas, et. al., 2004).

Cabe hacer mención que los conflictos familiares son la causa mas frecuente de suicidio en México, de acuerdo con el INEGI, en el 2002 se registraron 422 intentos fallidos, contra 3 059 que sí se consumaron. Las cifras llegan a resultar alarmantes si se toma en cuenta que para el año 2020 la depresión y la ansiedad serán el mayor problema de salud y la segunda causa de discapacidad en el mundo occidental, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. Además por cada mujer suicida, había cinco hombres y 4 de cada 10 suicidas eran solteros.

#### **4.3. Suicidio Juvenil en México**

A partir de 1976 es cuando comienzan a aparecer en mayor magnitud los suicidios en el grupo de infantes y escolares (grupo de 10 a 14 años) y cuya tasa de mortalidad pasó de 0.10 casos por cada 100 mil habitantes en 1976 a 0.23 casos en 1994. Para este tipo de suicidas la tasa ha estado sujeta a ascensos y descensos menores durante 17 años (1976-1992), para posteriormente mantenerse en ascenso durante 1993 y 1994 (Guzmán Peña, 1997).

Uno de los aspectos más angustiantes de las muertes por suicidio es su incremento en los adolescentes y jóvenes adultos. Según diversas fuentes, el aumento del consumo de drogas entre los jóvenes es un factor estrechamente relacionado con este incremento (SSA, 2002). A pesar de esto, es importante no perder de vista otros factores de tipo social que afectan la calidad de la vida de los jóvenes y sus expectativas para el futuro (Straus, et. al, 1994). Otros datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), basados en encuestas realizadas entre jóvenes, muestran que hasta el 50% de ellos manifestaron haberse sentido alguna vez tan deprimidos que se preguntaban si valía la pena seguir viviendo (OPS,

2002). Cualquier estrategia encaminada a disminuir la mortalidad por suicidios debe identificar las causas de la desesperanza en los jóvenes, combatir el creciente consumo de drogas sin menospreciar el aislamiento, la desintegración familiar y el quebrantamiento de la tradición, de forma tal que se caractericen los grupos de alto riesgo.

El incremento en la frecuencia de suicidios está asociado con diversos factores que varían con relación al grupo de edad en estudio (OMS, 2001). Entre los jóvenes influyen la depresión y el aumento del consumo de drogas y de alcohol; en los adultos mayores, las enfermedades que generan gran dolor o discapacidad; y en los grupos laboralmente activos, otros factores de índole laboral y económica.

Sobre suicidio juvenil femenino existen diversos análisis de corte estadístico que indican que el suicidio entre las mujeres de entre 15 y 24 años de edad se ha convertido en la cuarta causa de muerte en este segmento de la población femenina, está el hecho de que no hay una atención específica para quienes quieren atentar contra su propia vida. El suicidio como fenómeno social es la complicación final de un cuadro depresivo severo, y las señales que indican un estado emocional crítico son, en pocas veces, inadvertidas por quienes rodean a la joven. Además de conocer los números que reportan lo que está ocurriendo entre las jóvenes, 278 de ellos se quitaron la vida en 1999, de acuerdo con INEGI, cifra que no es muy confiable debido a que hay un subregistro habra que adentrarse en las causas que provocan este fenómeno (Fernández, 2001 citado por Sandoval 2001) tales como la pérdida de interés en las actividades cotidianas, una actitud negativa, pesimista, de angustia, el insomnio, la pérdida del apetito, las lágrimas, son síntomas que evidencian una grave depresión y pueden llevar al mayor acto de autodestrucción (Sandoval, 2001).

Sin dejar de lado el fundamental papel de la familia para evitar un suicidio, dice en entrevista el psiquiatra Héctor Sentíes, del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP). Sin embargo, los familiares y las amistades de una joven con ideas autodestructivas hasta el extremo, pocas veces entienden que ante una conducta de este tipo la ayuda profesional es imprescindible. Los padres, los hermanos piensan que la joven no quiere enfrentar los problemas, la critican y

en lugar de ayudarla la perjudican; no entienden que la comunicación y el apoyo pueden salvar una vida, agrega (Sandoval, 2001).

En otra investigación denominada Al borde de la muerte: problemática suicida en jovencitas adolescentes, elaborada por especialistas del INP, se advierte que los factores que contribuyen al suicidio son la baja autoestima, un ambiente familiar disfuncional, una mala relación con el padre, sentirse en desventaja con las amigas, la pésima comunicación con la madre y preferir aislarse en situaciones problemáticas. Y por su parte en el sexo masculino, el principal factor de riesgo es el ambiente familiar (Sandoval, 2001). Lo anterior muestra la importancia que juega la familia en el comportamiento de dicho fenómeno, principalmente en los jóvenes, de ahí la necesidad de prevenir y detectar indicios de un futuro suicidio.

Una de las posibles causas del suicidio juvenil es que a los jóvenes de hoy los abrumba un doble temor en los momentos de crisis: no valer nada y no ser digno de recibir amor y respeto en el futuro, subrayándose esta situación en la investigación Indicadores Psicosociales Predictores de Ideación Suicida en Dos Generaciones de Estudiantes Universitarios, publicada en la revista Salud Mental del INP (Sandoval, 2001).

Siendo la juventud es una etapa de consolidación y cristalización de la elección vocacional. La función fundamental que se plantea a los jóvenes de hoy en día, en su transición a la edad adulta, es definir sus relaciones con la sociedad mediante su relación personal y laboral. La mayoría de quienes están en esta etapa descubren que le temen al futuro, por el entorno de la sociedad, la responsabilidad, el error y el fracaso, y por saber que tendrán que hacerse cargo de sí mismos; es decir se sienten vulnerables al contexto social que pertenecen aunado al estrés que se genera en esta etapa de desarrollo, la forma de enfrentarlo, el dilema entre la esperanza y la desesperanza pueden llevar a la forma más dramática de autodestrucción: el suicidio.

Sin embargo en este grupo de edad se observan diferencias cuantitativas en relación con los métodos utilizados: los hombres tienden a emplear el ahorcamiento y las armas de fuego,

mientras que las mujeres se inclinan por métodos menos letales, como sustancias líquidas o sólidas; el hecho de que las mujeres utilicen con más frecuencia medios menos seguros que los hombres nos remite a cuestiones de género que determinan lo que es socialmente aceptable en los hombres y en las mujeres, y el acceso que tienen a ciertos medios. Aunque también esto se refiere a que el deseo de morir no está firme como el de los hombres (Sandoval, 2001).

No obstante las cifras en el caso de las mujeres de entre 15 y 24 años son dramáticas. En 1999 casi 2 mil jovencitas habrían intentado quitarse la vida, de este número 278 lograron su propósito según el INEGI contra 71 casos que reporta el mismo instituto en 1980, esto significa que en cerca de 2 décadas la cifra se incrementó 291 %. De acuerdo con el Servicio Forense del D. F. solo en el primer semestre de 2001 se suicidaron 45 adolescentes. Ya que en México los suicidios son la segunda causa de muerte en los adolescentes, desde hace 15 años se ha registrado un aumento; entre los factores que inciden a este fenómeno están la pérdida del soporte en el núcleo familiar, los procesos de industrialización, el alejamiento a la religiosidad, la doble moral, la pérdida de autoestima y que el 10% de los adolescentes sufren depresión. Anteriormente dentro de la sociedad mexicana la familia era extensiva, había soporte, en la actualidad influye mucho el ambiente familiar donde el padre y la madre trabajan y los hijos se sienten solos aumentando su vulnerabilidad.

En la adolescencia se registran una serie de cambios hormonales, físicos, emocionales, así como en la forma de pensar y de sentir, existe una necesidad de ser aprobados en sus marcados rasgos personales, hay una dependencia emocional de las actitudes de los demás, frente al reto de sobresalir en un mundo de plena competencia y en el que muchas veces son objeto de críticas que los hacen sentirse rechazados y ante una estructura emocional impulsiva que impide controlar sus emociones dependientes. “Los jóvenes se frustran cuando no consiguen lo que quieren y se autocastigan” (La Voz de la Frontera, feb 2001). En resumen existen diferencias en la consumación del suicidio entre sexos, por ubicación geográfica, así como por grupos de edad.

## **5. Estudio de caso**

### **5.1. Frontera Norte**

El proceso de industrialización y el crecimiento demográfico generaron, desde mediados del siglo XX, una nueva distribución de la población en México marcada principalmente por un crecimiento social producto de la migración del campo a la ciudad.

Estos cambios en la conformación de la población provocaron una concentración de mexicanos en zonas con mayor atractivo industrial y de urbanización, que dieron origen a ciudades metropolitanas como las de Guadalajara, Monterrey y la ciudad de México, y posteriormente a las llamadas *ciudades intermedias* donde a partir de los ochentas existía una mayor atracción, mas no un desarrollo económico y social como el que se esperaba (Solís, P., 1997).

Desde hace más de dos décadas las ciudades ubicadas en la frontera norte han registrado cambios importantes relacionados con la situación socioeconómica del país que generó la crisis de los ochenta, la cual obliga a miles de residentes de las zonas rurales a migrar hacia las ciudades en busca de mejores oportunidades de vida, empleo, vivienda con servicios y asistencia social completa, entre otras aspiraciones.

Cabe mencionar que también empieza a registrarse hacia estas ciudades migración de residentes de áreas urbanas, aunque en flujos mucho menores (Verduzco, G., 1989).

Los cambios que se registran en las ciudades fronterizas no sólo afectan al ámbito económico, sino también al ambiente social y cultural. Uno de estos cambios puede observarse al analizar las causas por las que mueren los residentes de la frontera norte, y cómo se han ido modificando. De ocupar los primeros lugares, las causas infecto-parasitarias, éstas han sido desplazadas por las crónicas degenerativas y las violentas (que comprenden las muertes por accidentes, homicidios y suicidios).

Este crecimiento poblacional acelera la ocupación de la mancha urbana, en donde cada vez más población se asienta, en muchas de las ocasiones, sin las condiciones de seguridad necesarias. En ese contexto se empieza a extender la ciudad y junto con ésta crecen también las demandas de servicios, de empleo y de vivienda; se incrementan los problemas de hacinamiento, de accidentes automovilísticos, delincuencia e inseguridad es considerada la principal generadora de los cambios económicos y sociales registrados en las últimas décadas en México, y dentro de estos cambios destacan las muertes ocasionadas por la violencia (Chías, L. 1997).

Con base en los registros vitales (INEGI, 1997) podemos afirmar que las muertes violentas en el municipio de Mexicali se han ido colocando en los primeros lugares al igual que en el resto del país, pero con características particulares.

“La mayoría de los casos de muertes violentas no están relacionadas con la delincuencia organizada, sino que se propician por conductas antisociales relacionadas con el consumo de alcohol y drogas, así como por violencia intrafamiliar, es por ello el combate a estos fenómenos sociales, con la participación incluso de los medios de comunicación” (Mejía, 2005).

## **5.2. El suicidio en Mexicali, Baja California**

En Baja California en 1997 se presentaba una tasa de 4.4 suicidios por cada 100 mil habitantes, misma que está por arriba de la media nacional y donde este Estado ocupó el lugar número siete; según información de la Secretaría de Salud (SSA) y hacia finales de la década anterior, se estimaba que la tasa se encontraba entre 5 y 6 suicidios por cada 100 mil habitantes. Hasta 1998, Tijuana y Mexicali, registraban 2 suicidios por cada 100 mil habitantes, esa estadística se disparó notablemente hacia el final de la década anterior, según reportan gráficas del INEGI. Posteriormente en 1999, se identifica que en Mexicali se registran hasta 6 suicidios por cada 100 mil habitantes, lo que en el contexto nacional es una de las tasas más elevadas de ese año, el porcentaje para 2001 fue 3 por cada 100 mil

habitantes, el riesgo de decidir suicidarse se acentúa entre los 25 y los 34 años, atribuido a los cambios de la vida de hombres y mujeres en el terreno profesional, sentimental o familiar.

Según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, las localidades de Tijuana y Mexicali, concentran al 79.4% de la población del Estado, donde en 1999 se registraba un total de 108 suicidios, representando una tasa de 5.1 casos por cada 100,000 habitantes; dicha tasa se mantuvo en ambos Municipios durante los años de estudio.

En el Municipio de Mexicali, B. C. en promedio las muertes violentas representan el 13.5% del total de defunciones anuales; de las cuales el suicidio alcanza en promedio el 6.0%. Durante el periodo de estudio 1999-2005, a pesar que el 92% de la población en México práctica la religión católica (misma que lo señala como acto prohibido y que lo castiga) el incremento no se detiene, contrario a lo que afirmaba Durkheim en obra magna (véase pag. 12).

El suicidio en Mexicali, B. C., se plantea como el reflejo de la sociedad inmersa en un contexto económico globalizado, como expresión de necesidades no satisfechas. El número de suicidios por año durante el periodo de estudio antes citado; en donde el año 2001 presento la mayor incidencia con un total de 52 que representa el 18.1% del total, y el año con el numero inferior de suicidios fue 2005 donde ocurrieron 33 o sea un 11.5% del total, el cual asciende a 288 suicidios (Ver Cuadro No. 6 y Gráfica No. 27). El promedio de la tasa de suicidios por cada cien mil habitantes es de 5.0; aunque en 2001 logra su nivel mas alto con un 6.49.

Los meses de Mayo y Septiembre observaron el mayor número de suicidios lo que representa el 9.7% con 28 casos respectivamente durante el periodo antes mencionado, seguido por el mes de julio y noviembre con un 9% cada uno En los meses de febrero, junio, agosto y octubre se obtuvo un 8% respectivamente (ver Gráfica No. 28) y el mes que tuvo menor incidencia de suicidios fue Diciembre donde se efectuaron solo 19 suicidios, lo que corresponde al 6.6% (ver Cuadro No. 7). Sin embargo la frecuencia de suicidios no se

sostiene en los meses de verano o de invierno, lo cual impide establecer relaciones entre la temporada y el hecho.

El número de personas identificadas es del 95.5% y solo el 4.5% no fue identificado por ningún familiar o amigo (Ver Cuadro No. 8 y Gráfica No. 29).

La prueba de laboratorio que se realiza para identificar el nivel de alguna sustancia tóxica en el organismo de la víctima se realizó al 80.2% de ellos (ver Gráfica No. 30). Encontrándose en el siguiente resultado en el estudio toxicológico el 52.8% alguna sustancia tóxica (ver Gráfica No. 31) principalmente mentanfeminas en un 16.5%, Alcohol en un 10.4% y la combinación de alcohol y drogas en un 78.2%; el resultado negativo se ubica el 47.2% restante. Cabe señalar que el 19.8% no fue procesado o especificado por diversos motivos ajenos a la investigación (Ver Cuadro No. 9 y 10).

Tal como Durkheim señalaba el suicidio se practica con mayor frecuencia en las ciudades que las áreas rurales en el área urbana del Municipio de Mexicali se ubica el 80.2% de los casos y solo el 19.8% en el área rural (Valle de Mexicali y San Felipe) (ver Cuadro No. 9 y Gráfica 32).

El 35.1% se ignora, pero de la información obtenida el 32.1% era casado y el 17.1% vivía en unión libre; el 43.3 era soltero y el 7.5% restante eran viudos, divorciados, o separados (Ver Cuadro No. 12 y Gráfica No. 33).

Una variable importante para determinar el nivel socioeconómico de las víctimas es el sector y actividad económica; ya que en general, una economía es vulnerable cuando se muestra altamente sensible a golpes extrínsecos, asociados a una amplia apertura externa o a una fuente dependencia de flujos de capital o inversión foráneos (O'Connell, 2001; Destremau y Salama, 2001). Aunque el 35.4% se ignora; en la información válida el 44.6% laboraba en el sector terciario, el 17.2% en el sector primario y el 14.5% en el sector secundario. El 8.6% estaba desempleado y el 13.4% se dedicaba al hogar o a estudiar y el 1.6 se ubica como trabajador su cuenta (Ver Cuadro No. 13 y Gráfica No. 34).

El 41.2% termino la primaria, el 35.7% la secundaria, el 13.2% la preparatoria, y el 4.4% profesional. En general el 94.5% tuvo acceso a la educación y solo el 4.5% no curso ningún grado escolar (Cuadro No. 14 y Gráfica No. 35).

El 62.3% de las víctimas, no tenía acceso a seguridad social (servicio médico público), el 35.2% contaba con servicio medico público, tales como IMSS, ISSSTE o ISSSTECALI, y solo el 2.5% algún servicio medico privado (ver Cuadro No. 15 y Gráfica No. 36).

Acerca del lugar de nacimiento de las victimas solo se obtuvo el 55.2% de los casos, sin embargo, dichos datos recopilados: el 56.1% era originario de Baja California, el 14.5% es producto de los provenientes de Sonora y Sinaloa, el 10% se suman los nacidos en Guanajuato y Michoacán respectivamente, y el 8.8% lo alcanzan uniendo los originarios de Jalisco, D.F. y Durango. Es decir el 44% eran nativos de otras entidades e incluso de otros países; lo cual los hace más vulnerables a problemas económicos y sociales, al carecer de familia o amigos que pueden brindarles cualquier tipo de apoyo (Ver Cuadro No. 16 y Gráfica No. 37).

Del total de suicidios en el Municipio de Mexicali, B. C. suma 288 casos, el 90.3% corresponde a personas del sexo masculino en comparación con el 9.7% restante el cual ocupan las personas del sexo femenino; o sea la proporción es de 9 a 1; lo cual establece una diferencia notable entre un sexo y otro; lo anterior coincide la con la media de suicidios consumados a nivel nacional y al igual que Durkheim reconoce una existente diferencia entre sexos respecto al suicidio, sosteniendo que la actitud femenina está muy lejos de ser superior o equivalente a la masculina (Ver Cuadro no. 17 y Gráfica No. 38).

### **5.3. El suicidio en los grupos de edad**

Acerca del suicidio infantil, México carece de registro sobre el mismo; ya que se consideran accidentes, presuponiendo que el menor no tenía de la intención de quitarse la vida; aunque en la Ciudad de México, por citar un ejemplo, la prensa ubica algunos casos desde la década de los ochentas.

El suicidio entre jóvenes es uno de los grupos de edad no siendo el que presenta mayor incidencia provoca un impacto mas profundo en la familia y en sociedad en general debido a la vulnerabilidad. En los estudios más recientes se advierte que el componente central de la vulnerabilidad –es decir, los riesgos predominantes entre muchachos y muchachas (deserción escolar, embarazo temprano o agresión física)- tiene al menos dos interpretaciones. Una de ellas alude a las “conductas riesgosas” (como la ingesta de alcohol y drogas, las relaciones sexuales no protegidas o el involucramiento con pandillas), en tanto que la segunda se refiere a las “situaciones riesgosas”, entre las que suelen distinguirse las de naturaleza genética, socioestructural o familiar (como la pertenencia a una minoría étnica, la situación de pobreza o la uniparentalidad) y las de tipo social contingente (por ejemplo la residencia en barrios violentos).

Estas interpretaciones originan dos discursos sobre la vulnerabilidad de los adolescentes de ambos sexos, que se traducen en sendas opciones de política: una orientada a las decisiones individuales y otra a los contextos en que éstas se desarrollan (Fischhoff, Nightingale y Iannota, 2001); ambos discursos son coherentes y convincentes, pero se fundan en nociones distintas de riesgo.

La mayoría de los suicidios se presentan entre los 20 y los 39 años de edad con un 61.2% del total, presentándose la menor incidencia en los menores de 15 años con solo un 1%. Sin embargo los mayores de 54 años alcanzan 16.3% es un grupo que ha sostenido un incremento los años de estudio. La edad que tiene el mas alto índice de suicidio es 30 años con un 5.6% del total (Ver Cuadro No. 18 y Gráfica No. 39).

#### **5.4. Método utilizado durante el hecho**

El 65.4% utilizó como medio la asfixia por ahorcamiento (soga), el 30.6% un arma de fuego (herida por arma de fuego principalmente en la cabeza) y el 4 % restante algún otro medio tales como arma blanca, veneno, precipitación entre otros (Ver Cuadro No. 19 y Gráfica No. 40).

La relación entre medio utilizado y sexo del encuestado, muestra lo siguiente: del total que utilizaron un arma de fuego el 88.6% eran varones y el 11.4% mujeres, del total que consumaron suicidio por medio de la asfixia por ahorcamiento (soga) el 91% eran varones y el 9% mujeres, del total que utilizaron un arma blanca el 66.7% eran varones y el 33.3% mujeres. El resto de los medios fueron utilizados únicamente por varones tales como envenamiento, precipitación, machacamiento, intoxicación y quemaduras. Lo cual ubica al arma de fuego y asfixia por ahorcamiento como los medios mas utilizados por ambos sexos (Ver Cuadro No. 20).

Sin embargo entre las personas de sexo masculino el método más utilizado fue la asfixia por ahorcamiento con un 65.4% y un 60.7 en el sexo femenino; entre los varones el arma de fuego como método utilizado para consumar el suicidio alcanza el 30.4% y el 35.7% en total de mujeres (Gráfica No. 41).

La mayoría de los sujetos o sea el 71% consumó el suicidio en casa-habitación de las cuales, el 58% era el domicilio de la víctima, lo cual genera un mayor impacto y dolor en la familia que le sobrevive; y que continúa residiendo en el lugar del deceso, y a su vez refleja que el suicidio se practica a puerta cerrada por el estigma social y el 13% en la casa de otra persona conocida; el 8.3% se suicidó en la vía pública. Solo el 15% tuvo atención médica y por lo tanto falleció en un hospital o consultorio (ver Cuadro No. 21 y Gráfica No. 42).

## **6. Conclusiones**

### **6.1- Conclusiones y resultados centrales**

La cultura y la religión como elemento de la misma juegan un papel importante en el comportamiento del suicidio México nació como nación eminentemente católica, en la actualidad la práctica religiosa ha disminuido notablemente, aún así, el arraigo de los preceptos de dicha religión que condenan al suicidio prevalecen.

Culturalmente existe el prejuicio sobre el suicida y su familia, independientemente de la religión; lo cual propicia su ocultamiento no solo cuando se consuma, sobretodo cuando se intenta, cubriéndolo como un accidente, percance o cualquier otra situación que no implique responsabilidad para la persona.

A pesar de qué el suicidio es un acto individual y único en sus causas y consecuencias, se pueden encontrar similitudes en el medio socioeconómico “entre los fenómenos que contribuyen a la vulnerabilidad figuran la creciente inestabilidad macroeconómica; las frecuentes entradas y salidas de la condición de pobreza, que afecta incluso a grupos históricamente protegidos; diversos signos de fragmentación y de asimetrías sociales; indefensión ante riesgos de diversa naturaleza, algunos de los cuales van en aumento, y nuevas formas de segmentación del acceso a los activos relevantes en términos de movilidad social” (CEPAL, 2002).

En la vulnerabilidad social se incluyen los riesgos, la capacidad de defensa y las habilidades adaptativas presentan una gran variedad y complejidad, es difícil distinguir entre estos componentes. La fragilidad institucional y la falta de equidad socioeconómica suelen considerarse riesgos, pues obstaculizan el desarrollo socioeconómico y socavan la cohesión social: sin embargo, en una situación específica –como un acontecimiento ambiental dañino– pasan a ser factores debilitantes de la capacidad de respuesta de la comunidad (o de algunos de sus sectores).

“Los sectores más desfavorecidos suman entonces, a su segregación espacial, una ajenidad perceptiva que es alimentada profusamente por las sospechas, las anécdotas de encuentros fortuitos con saldo desagradable, las noticias (malas) sobre sus peripecias cotidianas, suministradas por los medios de comunicación. Las características estéticas y comportamentales diferentes son cada día más afirmadas y autónomas por la ausencia de contactos, cuando no el firme rechazo que una parte de la sociedad manifiesta”. (Morás, 2001). La relación de la vulnerabilidad social con aumento de los fenómenos sociales, tales como el suicidio es inminente.

Por lo tanto podemos concluir que el Perfil del suicida en el Municipio de Mexicali, B. C., es el siguiente:

-Sujeto de sexo masculino de 20 a 30 años de edad, nativo de Baja California, que residía en la zona urbana, utilizo como medio para cometer el suicidio la asfixia por ahorcamiento, consumó dicho hecho en su domicilio particular, era soltero, laboraba en el como empleado en el sector terciario, su última escolaridad era primaria, no contaba con servicio médico (seguridad social), dio resultado positivo en el examen toxicológico (alcohol o drogas), llevo a cabo el deceso entre las 12:00 y 16:00 hrs. en los meses de mayo y septiembre mayoritariamente.

- Sujeto de sexo femenino de 15 a 29 años de edad, nativa de Baja California, que residía en la zona urbana, utilizo como medio para cometer el suicidio la asfixia por ahorcamiento, consumó dicho hecho en su domicilio particular, era soltera, laboraba en el como empleada en el sector terciario o era ama de casa (se dedicada al hogar), su última escolaridad era secundaria, no contaba con servicio médico (seguridad social), dio resultado negativo en el examen toxicológico, llevo a cabo el deceso entre las 8:00 y 16:00 hrs. en el mes de julio mayoritariamente.

De acuerdo a los perfiles mostrados se pueden señalar lo siguiente:

En el caso de los varones tenían empleos inestables y de bajos salarios sin seguridad social de acuerdo a su escolaridad, a pesar de que su carga familiar no era complicada en el sentido en que no estaban al frente de un hogar debido a que era soltero, el alto porcentaje de adicción a algún tipo de droga licita o ilícita los vuelve vulnerable de acuerdo al contexto social.

En las mujeres tenían empleos inestables y de bajos salarios, solteras o eran madres solteras con gran carga familiar y responsabilidad económica, contaban con menor edad, aunque la escolaridad es mayor que la de los varones, no tenían adicción a algún tipo de droga, vulnerable en contexto social.

La primera hipótesis se comprueba a través de las variables tales como edad, resultado de estudio toxicológico. En el caso de la segunda también se comprueba sin embargo debido al nivel del estudio no es contundente al no poder profundizar en las causas del suicidio.

De tal suerte que al presentarse el suicidio en una etapa de alta productividad económica, ya la población económicamente activa se localiza entre los 15 y 34 años de edad es aproximadamente el 53.8% según el INEGI (Censo de Población y Vivienda, 2000), podría estimarse una pérdida de años o bien porque el suicidio impide la integración del individuo a la sociedad productiva o porque los procesos de competitividad (desempleo, sueldo-salario) estén generando actitudes ante el suicidio en quienes inician su vida económica (Manzo, 2005).

La relación entre la Teoría de Durkheim y el contexto social nacional se da en la manifestación del fenómeno entre sexos ya que a pesar de que hace 110 años se escribió dicha teoría es aplicable ya que la carga social del varón es mayor; también en la cuestión del empleo y desempleo, así como la violencia en general que va en aumento en nuestro país.

La teoría Durkheim es aplicable en el caso del suicidio en México a nivel de profundidad no alcanzado en mi estudio y es comparable en un nivel descriptivo como es mi estudio de caso.

Las diferencias geográficas en la zona norte “México Fronterizo”, refuerzan las hipótesis debido a el aumento de la complejidad de las sociedades fronterizas nacionales, donde crece la violencia, la adicción y por ende la desintegración familiar ocasionado por la influencia económica, social y política de los EEUU; donde tenemos multifactores entre ellos: empleo de bajo nivel de bienestar aunque económicamente se gane mas que en otras áreas del país; dichos empleos se caracterizan por incluir largas jornadas laborales (12 a 14 horas) sin contar horas extras y capacitaciones, generan escasos o nulas relaciones personales, familiares, culturales, deportivas o sea sociales; es decir nuestro contexto social tomando en cuenta solo el factor empleo mismo que esta rigiendo nuestro nivel de bienestar; aunado a las presiones sociales y de exigencia de apariencia física con marcado énfasis fronterizo no se diga Californiano y Baja Californiano; lo cual provoca una creciente presión social que desemboca en violencia y suicidios. Además ser ciudades jóvenes que esta gestando el cambio de lo rural a lo urbano sin dirección alguna.

La incidencia del contexto social y familiar en la incidencia es primordial para la disminución y atención de la problemática. Ya que un suicidio afecta a la familia en primera instancia, pero no exime a la colonia, y comunidad de los efectos del mismo en lo económico y social.

Los jóvenes como principales actores de los suicidios en el Municipio de Mexicali nos reflejan la incapacidad para sobrellevar los problemas cotidianos en todo ámbito, ya las responsabilidades sociales demandadas por padres, hijos, cónyuges, amigos y compañeros de trabajo y escuela; no pueden ser resueltas por los mismos generando una encrucijada social que creen solventar con el suicidio.

¿Cuales serian las tendencias? Es precipitado afirmar dichas tendencias pero podría decirse que el grupo de edad de adultos jóvenes continuara en aumento y aunque en menor grado los adultos mayores.

### **Grupos de Edad-Año de Eventos**

En 2001 fue el año que se registro mayor número de suicidios entre los 20 y 29 años de edad ascendiendo a 23 casos y también presento el mayor índice de sujetos que tenían 19 años o menos de edad, con un total de 6 casos y en 2003 se presentó el más alto número de personas de 60 años y más, contándose 7 casos; que a pesar de ser grupos de edad minoritarios en dicho fenómeno, han mantenido un aumento significativo en los últimos años (ver Cuadro No. 22 y Gráfica No. 43).

### **Estudio Toxicológico-Sexo**

Del total de hombres el 55.7% dio positivo a algún tipo de sustancias tóxica y en las mujeres solo el 23.8%. El 17.6% de los hombres consumieron metanfetaminas antes de consumir suicidio, y en las mujeres el 4.8% consumió metanfetaminas. Del total de hombres el 10.0% consumieron alcohol antes de consumir suicidio, y en las mujeres 14.3% consumió alcohol ante la misma situación. El 9% de las personas del sexo masculino dieron positivo a una mezcla de alcohol y drogas, ninguna persona del sexo femenino ingirió alguna mezcla de alcohol y drogas. El 44.3% de los varones obtuvo un resultado negativo consumir suicidio, y en las mujeres el 76.2% obtuvo un resultado negativo. Lo cual indica un patrón de consumo de drogas ilícitas más elevado entre hombres en comparación las mujeres y una mayor adicción en general a algún tipo de droga ya sea de curso legal o no (Ver Cuadro No. 23 y Gráfica No. 44).

### **Lugar del Deceso-Sexo**

De los hombres el 70.3% cometió el suicidio en casa-habitación incluyendo su domicilio particular y el 76.2% de las mujeres del total de casos observados, por tanto la mayoría de mujeres y hombres culminaron su vida en casa, aunque estos últimos en un porcentaje menor y utilizaron otros lugares tales como se describe a continuación. En la vía pública el 9.3% de los hombres se suicidó y ninguna mujer. Consumaron su suicidio en alguna cárcel o tutelar de menores el 2.3% de los hombres y ninguna mujer. De los hombres el 3.5% cometió el suicidio en otro lugar y el 4.8% de las mujeres. El 14.5% de las personas de sexo masculino murió en

algún hospital o consultorio y el 19% de las personas de sexo femenino; debido a que fueron auxiliadas por algún amigo o familiar en su esfuerzo fallido por salvarles la vida (Ver Cuadro No. 24 y Gráfica No. 46).

### **Lugar de Nacimiento-Sexo**

El 57.2% de los hombres era originario de Baja California y de las mujeres el 47.6%. El 7.2% de los hombres era originario de Sonora y de las mujeres el 14.3%. El 6.5% de los hombres era originario de Sinaloa y de las mujeres el 4.8%. El 11.6% de los hombres era originario de Guanajuato y Michoacán, sin embargo ninguna mujer. El 3.6% de los hombres era originario de Jalisco y de las mujeres el 4.8%. El 3.6% de los hombres eran originarios del DF. y Durango, y en las mujeres el 9.5% y el 4.8% del DF. y Durango respectivamente. El 9.6% de las mujeres eran originarias de Coahuila y Nayarit.

El solo el 1.4% de los hombres era originario de los Estados Unidos de América y de las mujeres el 4.8%. Y el resto de los hombres 8.9% eran de otros Estados Aguascalientes, Colima, Guerrero, Hidalgo, Nayarit, Querétaro, Tabasco, Tlaxcala, Zacatecas y El Salvador (Ver Cuadro No. 25 y Gráfica No. 45).

### **Estado Civil-Sexo**

Del total de hombres el 41.5% eran solteros y de las mujeres 56.5%; el 3.7% de los hombres eran viudos y ninguna mujer. Del total de mujeres 8.7% eran divorciadas y de los varones el 1.8%; del total de personas del sexo masculino el 17.7% vivían en unión libre y de las personas del sexo femenino el 13%; el 34.1% de los varones eran casados y de las mujeres 17.4%, y por último el 4.3% de las mujeres eran separadas y el 1.2% de los hombres (Ver Cuadro No. 26 y Gráfica No. 47).

## **6.2. Recomendaciones generales**

Ante la demanda social que reclama al sector público que genere valor e innove en los métodos para solucionar problemas sociales como el desempleo, huelga, la pobreza o la violencia urbana, la respuesta de Moore no consiste en posicionarse en relación a los diferentes discursos ideológicos, sino que nos hace caer en la cuenta de que en el origen del debate se encuentra la comparación que, de manera poco reflexiva, se suele hacer entre el sector público y privado y más específicamente, entre la eficiencia y las organizaciones públicas y la de las empresas privadas. Moore nos viene a decir que, aunque muchas de las técnicas de la gestión empresarial son igualmente aplicables al sector público, dicho debate se plantea de manera errónea ya que el sector público crea valor social de una manera diferente al sector privado. Para Moore, el sector público, a pesar de poder crear valor social en la provisión de determinados bienes y servicios que el sector privado no puede producir fundamentalmente crea valor en la manera en que produce dichos bienes, es decir, a través del diálogo comunitario, la participación social y el respeto a los valores constitucionales y democráticos (Moore H., 1998). Ya que en la actualidad la innovación en las políticas públicas ha propiciado una mayor participación social de los ciudadanos; en este sentido es necesaria la creación de un mayor número de organizaciones bien estructuradas capaces de vincularse con el Estado para la resolución de los diversos problemas sociales, entre los cuales encontramos al suicidio.

Dentro del Estado en cuestión, considero fundamental la implantación de una política pública, que consiste en conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios (Tamayo, M.).

De lo anterior surge la necesidad de generar un mecanismo específico para el estudio, dentro de lo que vendría a ser la prevención y atención del intento fallido de suicidio. Ya que en primer lugar no existía un estudio que evidenciara las cifras del fenómeno y por lo tanto la falta de sistematización se podría confundir con la escasez o baja incidencia del mismo. Por

otra parte el suicidio al no ser considerado un delito, no tiene una partida económica destinada a su control en la Secretaría de Seguridad Pública y las instituciones que deben atenderlo DIF, ISESALUD, SEDESOL tiene escaso o ningún programa para el mismo, se limitan a dar pláticas escolares principalmente de ahí la importancia de estudio y de la continuación del mismo; para señalar el impacto social del suicidio y la grave falta de atención y prevención en el Municipio.

Para llevar a cabo lo anterior propongo las siguientes alternativas:

-Realizar un análisis multidisciplinario de las cartas póstumas de los suicidas, de tal forma que permita generar un mayor conocimiento científico de dicho fenómeno y así permita elaborar un perfil del posible suicida determinando su comportamiento e impacto social del suicidio consumado en la familia y amigos.

-Obligatoriedad legal de reportar los intentos de suicidios en hospitales públicos y privados, escuelas, Agencia del Ministerio Público y centros de detención y rehabilitación de adictos.

-Focalizar pláticas de prevención del suicidio en escuelas de nivel medio superior que involucren el manejo de las crisis y mejoramiento de la autoestima; así como el análisis de los mitos y realidades.

-Seguimiento de las personas que sobreviven a un atentado contra su propia vida para prevenir muertes prematuras y abordaje inicial de personas en riesgo y autocuidado a sus familiares cercanos para reducir los efectos letales posteriores asociados por la conducta suicida (conocimiento de los factores de riesgo y protección).

#### **Una alternativa de tipo estratégico lo es**

-Inclusión en una Agenda Gubernamental de los intentos fallidos y de los suicidios consumados.

-Implementar una política pública que destine un presupuesto específico para el seguimiento de los intentos fallidos de suicidios en hospitales públicos y privados, escuelas, Agencia del Ministerio Público y centro de detención y rehabilitación.

-Reducción de la disponibilidad de y acceso a los métodos de suicidio (por ejemplo: uso de sustancias tóxicas, utilización de armas fuego de mano).

-Aumentar la conciencia general sobre el suicidio.

Toda política para medir su efectividad necesita ser evaluada dado que existen tres razones que justifican efectuarla periódicamente: en primer lugar, es una condición previa a cualquier esfuerzo de racionalización de la gestión de servicios; en segundo lugar, permite a los decisores públicos adaptar sus decisiones a los resultados de la política pública; y, en tercer lugar, favorece la transparencia de la acción pública y, con ella, la legitimidad del servicio de las instituciones públicas para lograr lo anterior se puede llegar a imponer cambios de comportamiento mediante instrumentos coercitivos (multas prohibiciones), incentivos (subvenciones, premios, desgravaciones fiscales), manipulación simbólica (campañas de sensibilización, información) o apoyo de estructuras organizativas (organizaciones sin ánimo de lucro o no comerciales) (Ruano de la Fuente, J.). Por lo tanto para llevar a cabo dicha evaluación se sugiere analizar los siguientes indicadores.

*Estrategias preventivas:* se mencionan ya algunas pero adicionalmente se requiere mayor participación de los diferentes grupos sociales tales como Clubs (privados), ONG's, Asociaciones religiosas y educativas; sin dejar de lado la responsabilidad Gubernamental; lo cual requiere tres etapas:

- 1.- Estudio y diagnóstico del fenómeno
- 2.- Difusión y concientización de las posibles causas y efectos sociales.
- 3.- Ejecución de acciones en conjunto sociedad y gobierno.

No existen medidas o alternativas que nos aseguren la disminución del fenómeno debido a su carácter multifactorial sin embargo además de las ya propuestas podría agregarse la participación de los medios de comunicación claro de forma consciente y direccionada para la

difusión de los indicadores y sobretodo en la concientización del suicidio como una problemática social que nos involucra a todos tanto en las causas como en los efectos.

Como insumo principal se ubican los indicadores de impacto, en ellos se exige explicitar las hipótesis causales y de funcionamiento sobre las que descansa la intervención pública. Esto implica una definición clara de los grupos-objetivo y de los beneficiarios finales (Ruano de la Fuente, J.) .

- Tasa anual de suicidios por cada cien mil habitantes.
- Tasa anual de suicidios en mujeres por cada cien mil habitantes
- Tasa anual de suicidios en hombres por cada cien mil habitantes
- Tasa anual de suicidios por grupos de edad en cada cien mil habitantes
- Tasa mensual y anual de intentos fallidos de suicidio por cada cien mil habitantes.

Por último recomendamos dar continuidad del estudio que implique el seguimiento del 100% de los casos del suicidio. Así como la creación de un Programa Integral de Atención y Prevención del Suicidio dirigida tanto a la víctima de un intento fallido de suicidio como a la familia de la misma para lograr disminuir la tasa de suicidios por cada cien mil habitantes. Incluyendo el estudio permanente del comportamiento del suicidio consumado para la implementación de las medidas necesarias para que el Programa antes mencionado alcance sus objetivos.

El escenario social en el Estado de Baja California de continuar el incremento o mantenerse lo cual es de esperarse debido al escaso interés y una deficiente y a la falta de una política de prevención en dicho fenómeno, lo anterior provocará el aumento de otras problemáticas tales como: dependientes sociales (viudas, huérfanos, adultos mayores desprotegidos), aumento de problemas económicos y aumento la violencia en general.

## Bibliografía

- Agerbo E., et. al (2002), "Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case—control study", *Br. Med. J.*, 2002: 325, 749.
- Aguilar L. (2001) La Nueva Gestión Pública, Gerencia Pública. México, D. F.
- Anselmi V. y Diez V. (2004) Emilio Durkheim, Uruguay. [www.monografias.com/trabajos](http://www.monografias.com/trabajos).
- Beck A. *et al.* (1985), Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation, *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142: 559-563.
- Borges G., Rosovsky H., Gómez C. y Gutiérrez R. (1996) Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública en México Vol. 38, pp. 197-206. 1996. México.
- Bravo V., Díaz-Polanco H. y Michel M. (1981). Teoría y Realidad en Marx, Durkheim y Weber. México: Juan Pablos Editor.
- Brugués A., et. al (1998), Inseguridad pública en la frontera norte. Ciudades. Núm. 40. oct-dic 1998, Puebla, México.
- Centers for Disease Control and Prevention, (2000), National Injury Mortality Reports, 1987-1998, Atlanta, 2000.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) (1998), Una Nueva Gestión Pública para América Latina, Octubre 1998.
- CEPAL (2002) Informe Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y Nuevos Riesgos para comunidades, hogares y personas, Brazil, 2002.
- Chías L. (1997), Los accidentes de tránsito como problema de salud, Revista Ciudades, Núm. 33. Ene-Mar 1997, Puebla, México.
- De Leo D. *et al.*, (1999), Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO), *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29: 149-163.
- Durkheim E. (1897, 2000) Le suicide (El Suicidio), Sexta edición en español, Serie Dialogo Abierto Sociología, Ediciones Coyoacan, México, D. F. 2000.
- Enciso V. (2001), La categoría de género en la comprensión de mortalidad, Universidad de Guadalajara, [www.udg.mx](http://www.udg.mx).
- Etzerdorfer E. y Sonneck G. (1998), "Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996", *Arch. Suicide Res.*, 1998: 4, 67-74.
- Fuentes, R. David Fernando. (2006). Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México: El Caso de Mexicali, Baja California, Periodo 1999-2004. Tesis de Doctorado. Tijuana, Baja California. El Colegio de la Frontera Norte (COLEF).

- Goldman H. (1987), Psiquiatría General. México: Manual Moderno.
- González-Forteza C., et. al, (1998) Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Pública de México, Vol. 40, No. 5, sep-oct de 1998. México.
- Gunnell D. (1994), “Reporting suicide: the effect of media coverage on patterns of self harm”, Medicine Journal, 1994: 308.
- Guzmán Peña (1997) Los suicidios en México. La Jornada, suplemento Investigación y Desarrollo, No. 47, Año VI, Abril 1997. México.
- Haro Cordero, Sergio (2001), “La puerta falsa, cada vez más socorrida”, Semanario Siete Días. Núm. 245, octubre 2001. México.
- Hawton K. (1998), National target for reducing suicide, *Br. Med. J.*, 1998, p. 317.
- Hawton K. y Williams K. (2002), “Influences of the media on suicide”, Medicine Journal, 2002: 325.
- INEGI (1997) Registros Vitales 1997-1998. 1997. México: INEGI.
- INEGI (1999) Estadísticas de Suicidio. 1998. México: INEGI.
- INEGI (2000) Mujeres y Hombres en México. México: INEGI.
- INEGI (2000) Intentos de Suicidio y Suicidios Serie Boletín de Estadísticas Continuas Demográficas y Sociales, Año V, No. 1, diciembre 1999. México: INEGI.
- INEGI (2001) ABC de las Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios, edición 2001. México: INEGI.
- INEGI (2001) Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios edición 2001, Cuaderno núm. 7, México: INEGI.
- INEGI (2002) Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios, Cuaderno núm. 8, Aguascalientes, México: INEGI.
- INEGI (2002) Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios Baja California edición 2001, Serie Boletín de Estadísticas Continuas Demográficas y Sociales. México: INEGI.
- Lester D. (1997) *Suicide in American Indians*, Commack, Nueva York, Nova Science, 1997.
- Light D., Keller S. y Calhoun C. (1991) Sociología. Colombia: Mc Graw Hill.
- Linden M. y Barnow S. (1997), “The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study (BASE)”, International Psychogeriatrics, 1997, 9: 291-307.
- Magally S. (2002) Tabasco registra el mayor número de casos cimanoticias.com, México.
- Martínez L. (1997) Programa de Salud Mental de Nicaragua. Gobierno de Nicaragua, 1997.

- Marusic A. et. al (2003). Undetermined deaths: are they suicides?, Croat. Med. J., 2003: 44-55.
- McIntosh J. et. al (1994). Elder suicide: research, theory and treatment, Washington, American Psychological Association, 1994.
- Méndez Fierros Rosa M. (2000). Aumentan muertes violentas en Mexicali, Semanario Siete Días, No. 180, julio 2000. México.
- Mejía Javier (2005) Alcohol y drogas relacionados con muertes violentas, La Voz de la Frontera, Marzo, 2005, México.
- Miller D. (1993). Adolescent suicide: Etiology and treatment [Suicidio en adolescentes: Etiología y tratamiento]. Adolescent Psychiatry. 19: 361-383.
- Moore H. (1998). Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. Paidós, Barcelona: 19-36 y 59-273.
- Morás L. (2001), Violencia, inseguridad pública y desigualdad social. Serie: Convivencias (XXXVIII). No. 206, En en Uruguay hoy. Edición en internet No. 55, Montevideo julio de 2001. www.chasque.apc.org.
- Murphy G. y Wetzel R. (1990), The life-time risk of suicide in alcoholism, *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47: 383-392.
- OMS (1999), “Injury: a leading cause of the global burden of disease”, Reporte del Departamento de Prevención de Traumatismos y de la Violencia, Ginebra, 1999.
- OMS (2001), *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, Ginebra, 2001: 38.
- OMS (2002), *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Ginebra, 2002.
- OPS (1998), La salud en las Américas, vol. 1, Publicación científica núm. 569, Washington, 1998.
- OPS (2002), La salud en las Américas, vol. 1, Publicación científica núm. 587, Washington, 2002.
- Papalia D. y Wendkos S. (1994), Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill Internacional.
- Philips D. y Paight D. (1987), “The impact of televised movies about suicide. A replicative study”, New England Journal Medicine, 1987: 317.
- Platt, S. (1984), “Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature”, Social Science and Medicine, 1984, 19: 93-115.
- Psicología del Suicidio (1997) en Revista Psicológica, marzo-abril 1997, México: UNAM.

- Puentes-Rosas E., López-Nieto L. y Martínez-Monroy T. (2004) La Mortalidad por suicidios: México 1990-2001 Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 16, No. 2: 102-109, Agosto 2004. Washington, USA.
- Ramirez J.L. (2003) Sufren depresión más de diez millones de personas en México El Financiero, 2 de Enero de 2003. México, D.F. México.
- Ritzer G. (1993), Teoría Sociológica Contemporánea. México: Mc Graw Hill.
- Ritzer G. (1994), Teoría Sociológica Clásica. México: Mc Graw Hill.
- Ruano de la Fuente J. El Control de gestión en las organizaciones públicas. Oías de Lima, Blanca, La Nueva Gestión Pública, Prentice Hall, Madrid: 201-222.
- Sandoval, Nora (2001) El suicidio es la cuarta causa de muerte en las jóvenes. La Voz de La Frontera, Suplemento Voz a Nova, Febrero, 2001, México: OEM.
- Sillis D. (1979), Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. España: Artes Gráficas Grijelmo.
- Secretaría de Salud (SSA, 2002), Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México.
- Sloan J. H. et al. (1990) Firearms regulations and rates of suicide. A comparison of two metropolitan areas. New England Journal Medicine, 1990: 322, 369.
- Solís P. (1997), “Cambios en el crecimiento de l población urbana y de la población rural”. Demos. Carta Demográfica sobre México. Núm. 10, México.
- Spaulding J. (1957), Sociología y Vida Social. México: Diana.
- Speechley M., y Staravsky K. M. (1991) “The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health”, Public Health Report, 1991, p. 82.
- Tamayo M. El Análisis de las políticas públicas Universidad Complutense de Madrid. Instituto Universitario Ortega Gasset, España.
- Verduzco G. (1989), “Desarrollo urbano. Las ciudades de provincia ¿alternativa?”. Demos. Carta Demográfica sobre México. Núm. 2. México.

## **INDICE**

### **Apéndices**

Gráficos y Estadísticos

**CUADRO 1** TASA DE SUICIDIOS POR CADA CIEN HABITANTES EN MÉXICO DURANTE LOS AÑOS 1970 A 1994.

**CUADRO 2** VARIABLES QUE CONSTRUYEN EL ESTUDIO.

**CUADRO 3** TOTAL DE INTENTOS FALLIDOS DE SUICIDIOS POR PORCENTAJE SEGÚN SEXO EN MÉXICO, DURANTE EL AÑO 1999.

**CUADRO 4** TOTAL DE SUICIDIOS SEGÚN SEXO EN MEXICO DURANTE EL AÑO 1999.

**CUADRO 5** TOTAL DE INTENTOS Y SUICIDIOS SEGÚN SEXO Y SU TASA DE POR CADA CIEN MIL HABITANTES EN MÉXICO, DURANTE 2001.

**Violencia Auto-inflingida en Baja California: El caso del Suicidio en Mexicali, B. C. (1999-2005).**

**CUADRO 6** SUICIDIOS TOTALES SEGÚN AÑO

**CUADRO 7** SUICIDIOS TOTALES SEGÚN MES

**CUADRO 8** SUICIDIOS TOTALES: SUJETOS IDENTIFICADOS

**CUADRO 9** PRUEBA DE ESTUDIO TOXICOLÓGICO

**CUADRO 10** RESULTADO DE ESTUDIO TOXICOLÓGICO

**CUADRO 11** UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE SUICIDIOS (RURAL-URBANO)

**CUADRO 12** SUICIDIOS SEGÚN ESTADO CIVIL

**CUADRO 13** SECTOR ECONÓMICO-ACTIVIDAD ECONÓMICA

**CUADRO 14** SUICIDIOS SEGÚN ESCOLARIDAD

**CUADRO 15** ACCESO A LA SEGURIDAD SOCIAL

**CUADRO 16** LUGAR DE NACIMIENTO

**CUADRO 17** SUICIDIO ENTRE GÉNEROS

**CUADRO 18** SUICIDIO EN LOS GRUPOS DE EDAD

**CUADRO 19** MÉTODO UTILIZADO DURANTE EL HECHO

**CUADRO 20** MÉTODO UTILIZADO SEGÚN SEXO

**CUADRO 21** LUGAR DEL DECESO

**CUADRO 22** AÑO DEL EVENTO SEGÚN GRUPOS DE EDAD

**CUADRO 23** ESTUDIO TOXICOLÓGICO SEGÚN SEXO

**CUADRO 24** LUGAR DEL DECESO SEGÚN SEXO

**GRAFICA 25** LUGAR DE NACIMIENTO SEGÚN SEXO

**GRAFICA 26** ESTADO CIVIL SEGÚN SEXO

**GRAFICA 27** SUICIDIOS TOTALES SEGÚN AÑO

**GRAFICA 28** SUICIDIOS TOTALES SEGÚN MES

**GRAFICA 29** SUICIDIOS TOTALES: SUJETOS IDENTIFICADOS

**GRAFICA 30** PRUEBA DE ESTUDIO TOXICOLÓGICO

**GRAFICA 31** RESULTADO DE ESTUDIO TOXICOLÓGICO

**GRAFICA 32** UBICACIÓN DE SUICIDIOS (RURAL-URBANO)

**GRAFICA 33** ESTADO CIVIL

**GRAFICA 34** SECTOR ECONÓMICO-ACTIVIDAD ECONÓMICA

**GRAFICA 35** ESCOLARIDAD

**GRAFICA 36** ACCESO A SEGURIDAD SOCIAL

**GRAFICA 37** LUGAR DE NACIMIENTO

**GRAFICA 38** SUICIDIO ENTRE GÉNEROS

**GRAFICA 39** SUICIDIO EN LOS GRUPOS DE EDAD

**GRAFICA 40** MÉTODO UTILIZADO DURANTE EL HECHO

**GRAFICA 41** MÉTODO UTILIZADO SEGÚN SEXO

**GRAFICA 42** LUGAR DEL DECESO

**GRAFICA 43** AÑO DEL EVENTO SEGÚN GRUPOS DE EDAD

**GRAFICA 44** ESTUDIO TOXICOLÓGICO SEGÚN SEXO

**GRAFICA 45** LUGAR DE NACIMIENTO SEGÚN SEXO

**GRAFICA 46** LUGAR DEL DECESO SEGÚN SEXO

**GRAFICA 47** ESTADO CIVIL SEGÚN SEXO

**ANÁLISIS HEMEROGRAFICO SOBRE EL SUICIDIO 1999-2005.**

**Cuadro No. 6**  
**Suicidios Totales según año en Mexicali, B. C.**  
**1999 a 2005.**

Año	Frecuencia de suicidios	Porcentaje
<b>1999</b>	<b>44</b>	<b>15.3</b>
<b>2000</b>	<b>35</b>	<b>12.2</b>
<b>2001</b>	<b>52</b>	<b>18.1</b>
<b>2002</b>	<b>49</b>	<b>17.0</b>
<b>2003</b>	<b>36</b>	<b>12.5</b>
<b>2004</b>	<b>39</b>	<b>13.5</b>
<b>2005</b>	<b>33</b>	<b>11.5</b>
Total	288	100.0

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 7**  
**Suicidios totales según mes**

Mes	No. de Suicidios	Porcentaje
<b>Enero</b>	<b>20</b>	<b>6.9</b>
<b>Febrero</b>	<b>23</b>	<b>8.0</b>
<b>Marzo</b>	<b>24</b>	<b>8.3</b>
<b>Abril</b>	<b>25</b>	<b>8.7</b>
<b>Mayo</b>	<b>28</b>	<b>9.7</b>
<b>Junio</b>	<b>23</b>	<b>8.0</b>
<b>Julio</b>	<b>26</b>	<b>9.0</b>
<b>Agosto</b>	<b>23</b>	<b>8.0</b>
<b>Septiembre</b>	<b>28</b>	<b>9.7</b>
<b>Octubre</b>	<b>23</b>	<b>8.0</b>
<b>Noviembre</b>	<b>26</b>	<b>9.0</b>
<b>Diciembre</b>	<b>19</b>	<b>6.6</b>
Total	288	100.0

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 8**  
**Suicidios totales: sujetos identificados**

<b>Sujeto Identificado</b>	<b>No. De personas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	<b>275</b>	<b>95.5</b>
<b>No</b>	<b>13</b>	<b>4.5</b>
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 9**  
**Prueba de Laboratorio**

<b>Prueba Laboratorio</b>	<b>No. de personas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	<b>231</b>	<b>80.2</b>
<b>No</b>	<b>57</b>	<b>19.8</b>
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 10**  
**Resultado de Estudio Toxicológico**

<b>Estudio Toxicológico</b>	<b>No. De personas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Cocaína</b>	<b>6</b>	<b>2.6</b>
<b>Heroína</b>	<b>8</b>	<b>3.5</b>
<b>Barbitúricos</b>	<b>3</b>	<b>1.3</b>
<b>Metanfetaminas</b>	<b>38</b>	<b>16.5</b>
<b>Alcohol</b>	<b>24</b>	<b>10.4</b>
<b>Drogas sin alcohol</b>	<b>24</b>	<b>10.4</b>
<b>Alcohol y drogas</b>	<b>19</b>	<b>8.2</b>
<b>Resultado Negativo</b>	<b>109</b>	<b>47.2</b>
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 11**  
**Ubicación geográfica de Suicidios (Rural-Urbano)**

<b>Ubicación</b>	<b>No. De suicidios</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Urbano</b>	<b>231</b>	<b>80.2</b>
<b>Rural</b>	<b>57</b>	<b>19.8</b>
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005

**Cuadro No. 12**  
**Suicidios según Estado Civil**

Estado civil	No. de personas	Porcentaje
<b>Soltero</b>	<b>81</b>	<b>43.3</b>
<b>Viudo</b>	<b>6</b>	<b>3.2</b>
<b>Divorciado</b>	<b>5</b>	<b>2.7</b>
<b>Unión libre</b>	<b>32</b>	<b>17.1</b>
<b>Casado</b>	<b>60</b>	<b>32.1</b>
<b>Separado</b>	<b>3</b>	<b>1.6</b>
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro 13**  
**Sector Económico/Actividad Económica**

Sector Económico/Actividad Económica	No. de personas	Porcentaje
<b>Sector primario</b>	<b>32</b>	<b>17.2</b>
<b>Sector secundario</b>	<b>27</b>	<b>14.5</b>
<b>Sector terciario</b>	<b>83</b>	<b>44.6</b>
<b>Ama de casa</b>	<b>9</b>	<b>4.8</b>
<b>No trabaja</b>	<b>16</b>	<b>8.6</b>
<b>Desempleado</b>	<b>16</b>	<b>8.6</b>
<b>Trab. Por su cuenta</b>	<b>3</b>	<b>1.6</b>
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Caracterización de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro 14**  
**Suicidios según Escolaridad**

Escolaridad	No. de personas	Porcentaje
Ninguna	10	5.5
Primaria	75	41.2
Secundaria	65	35.7
Preparatoria	24	13.2
Profesional	8	4.4
Total	182	100.0

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro 15**  
**Acceso a Servicio Social**

Servicio Médico	No. De personas	Porcentaje válido
Ninguna	101	62.3
IMSS	48	29.6
ISSSTE	6	3.7
ISSSTECALI	3	1.9
Otra	4	2.5
Total	162	100.0

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 16**  
**Suicidios según Lugar de Nacimiento**

Lugar de Nacimiento	No. de personas	Porcentaje
Aguascalientes	1	.6
Baja California	89	56.1
Coahuila	1	.6
Colima	1	.6
D.F.	4	2.5
Durango	4	2.5
Guanajuato	8	5.0
Guerrero	1	.6
Hidalgo	2	1.3
Jalisco	6	3.8
Michoacán	8	5.0
Nayarit	2	1.3
Querétaro	1	.6
Sinaloa	10	6.3
Sonora	13	8.2
Tabasco	1	.6
Tlaxcala	1	.6
Zacatecas	2	1.3
Salvador	1	.6
Estados Unidos	3	1.9
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 17**  
**El suicidio entre géneros**

Sexo	No. de personas	Porcentaje
<b>Masculino</b>	<b>260</b>	<b>90.3%</b>
<b>Femenino</b>	<b>28</b>	<b>9.7%</b>
Total	288	100.0%

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 18**  
**El suicidio en los grupos de edad**

Grupos de Edad	No. de personas	Porcentaje
<b>Menor de 15 años</b>	<b>3</b>	<b>1.0</b>
<b>15 a 19 años</b>	<b>25</b>	<b>8.7</b>
<b>20 a 24 años</b>	<b>50</b>	<b>17.4</b>
<b>25 a 29 años</b>	<b>50</b>	<b>17.4</b>
<b>30 a 34 años</b>	<b>43</b>	<b>14.9</b>
<b>35 a 39 años</b>	<b>33</b>	<b>11.5</b>
<b>40 a 44 años</b>	<b>14</b>	<b>4.9</b>
<b>45 a 49 años</b>	<b>13</b>	<b>4.5</b>
<b>50 a 54 años</b>	<b>10</b>	<b>3.5</b>
<b>55 a 59 años</b>	<b>13</b>	<b>4.5</b>
<b>60 a 64 años</b>	<b>6</b>	<b>2.1</b>
<b>65 y mas años</b>	<b>28</b>	<b>9.7</b>
Total	288	100.0

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 19**  
**Método utilizado durante el hecho**

Método utilizado	No. de personas	Porcentaje
Arma de fuego	88	30.6
Asfixia por ahorcamiento	188	65.4
Envenamiento (ingestión de veneno)	3	1.0
Precipitación	2	0.7
Machacamiento	1	0.3
Intoxicación (por medicamentos o drogas)	2	0.7
Arma blanca	3	1.0
Quemaduras (carbonización)	1	0.3
Total	288	100.0

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 20**  
**Método utilizado-Sexo**

Método utilizado	Sexo (porcentaje)		Total de casos
	Masculino	Femenino	
Arma de fuego	88.6	1.4	88
Asfixia por ahorcamiento	91.0	9.0	188
Envenamiento (ingestión de veneno)	100	0	3
Precipitación	100	0	2
Machacamiento	100	0	1
Intoxicación (por medicamentos o drogas)	100	0	2
Arma blanca	66.7	33.3	3
Quemaduras (carbonización)	100	0	1
Total	260	28	288

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 21**  
**Lugar del Deceso**

Lugar del Deceso	No. de personas	Porcentaje
Casa-habitación	137	47.6
Vía pública	16	5.6
Hospital o consultorio	29	10.1
Cárcel o tutelar de menores	4	1.4
Otro	7	2.4
<b>Total</b>	<b>193</b>	<b>67.0</b>
Se ignora	95	33.0
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 22**  
**Grupos de Edad-Año de Eventos**

Grupos de Edad	Año de Eventos							Total
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Menor de 15 años	0	0	1	0	1	1	0	3
15 a 19 años	5	3	5	4	3	3	2	25
20 a 24 años	8	8	12	7	7	4	4	50
25 a 29 años	8	10	11	8	4	4	5	50
30 a 34 años	5	4	7	8	5	9	5	43
35 a 39 años	4	5	5	5	2	6	6	33
40 a 44 años	1	1	1	3	3	3	2	14
45 a 49 años	4	2	1	1	3	0	2	13
50 a 54 años	3	0	0	3	0	3	1	10
55 a 59 años	0	0	3	4	1	3	2	13
60 a 64 años	1	0	0	2	1	1	1	6
65 y más años	5	2	6	4	6	2	3	28
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>35</b>	<b>52</b>	<b>49</b>	<b>36</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	<b>288</b>

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 23**  
**Estudio Toxicológico-Sexo**

Estudio Toxicológico		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Cocaína	Count	6	0	6
	% con Sexo	2.9	.0	2.6
	% del Total	2.6	.0	2.6
Heroína	Count	8	0	7
	% con Sexo	3.8	.0	3.5
	% del Total	3.5	.0	3.5
Barbitúricos	Count	2	1	2
	% con Sexo	1.0	4.8	1.3
	% del Total	0.9	.4	1.3
Metanfetaminas	Count	37	1	38
	% con Sexo	17.6	4.8	16.5
	% del Total	16.0	.4	16.5
Alcohol	Count	21	3	24
	% con Sexo	10.0	14.3	10.4
	% del Total	9.1	1.3	10.4
Alcohol y drogas	Count	19	0	19
	% con Sexo	9.0	.0	8.2
	% del Total	8.2	.0	8.2
Resultado Negativo	Count	93	16	108
	% con Sexo	44.3	76.2	47.2
	% del Total	40.3	7.1	47.2
Drogas sin alcohol	Count	24	0	24
	% con Sexo	11.5	.0	10.4
	% del Total	10.4	.0	10.4
<b>Total</b>	<b>Count</b>	<b>210</b>	<b>21</b>	231
	<b>% con Sexo</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	100.0
	<b>% del Total</b>	<b>90.9</b>	<b>9.1%</b>	100.0

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 24**

### Lugar del Deceso-Sexo

Lugar del Deceso		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Casa-habitación	Count	121	16	137
	% within Sexo	70.3	76.2	71.0
	% of Total	62.7	8.3	71.0
Vía pública	Count	16	0	16
	% within Sexo	9.3	.0	8.3
	% of Total	8.3	.0	8.3
Hospital o consultorio	Count	25	4	29
	% within Sexo	14.5	19.0	15.0
	% of Total	13.0	2.1	15.0
Cárcel o tutelar de menores	Count	4	0	4
	% within Sexo	2.3	.0	2.1
	% of Total	2.1	.0	2.1
Otro	Count	6	1	7
	% within Sexo	3.5	4.8	3.6
	% of Total	3.1	.5	3.6
Total	Count	172	21	193
	% within Sexo	100.0	100.0	100.0
	% of Total	89.1	10.9	100.0

Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 25**  
**Lugar de Nacimiento-Sexo**

Lugar de nacimiento		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Aguascalientes	Count	1	0	1
	% within Sexo	.7	.0	.6
	% of Total	.6	.0	.6
Baja California	Count	79	10	89
	% within Sexo	57.2	47.6	56.0
	% of Total	49.7	6.3	56.0
Coahuila	Count	0	1	1
	% within Sexo	.0	4.8	.6
	% of Total	.0	.6	.6
Colima	Count	1	0	1
	% within Sexo	.7	.0	.6
	% of Total	.6	.0	.6
D.F.	Count	2	2	4
	% within Sexo	1.4%	9.5%	2.5
	% of Total	1.3%	1.3%	2.5
Durango	Count	3	1	4
	% within Sexo	2.2	4.8	2.5
	% of Total	1.9	.6	2.5
Guanajuato	Count	8	0	8
	% within Sexo	5.8	.0	5.0
	% of Total	5.0	.0	5.0
Guerrero	Count	1	0	1
	% within Sexo	.7	.0	.6
	% of Total	.6	.0	.6
Hidalgo	Count	2	0	2
	% within Sexo	1.4	.0	1.3
	% of Total	1.3	.0	1.3
Jalisco	Count	5	1	6
	% within Sexo	3.6	4.8	3.8
	% of Total	3.1	.6	3.8
Michoacán	Count	8	0	8
	% within Sexo	5.8	.0	5.0
	% of Total	5.0	.0	5.0
Nayarit	Count	1	1	2
	% within Sexo	.7	4.8	1.3
	% of Total	.6	.6	1.3
<b>Lugar de</b>		<b>Sexo</b>		<b>Total</b>

<b>nacimiento</b>		<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	
Querétaro	Count	1	0	1
	% within Sexo	.7	.0	.6
	% of Total	.6	.0	.6
Sinaloa	Count	9	1	10
	% within Sexo	6.5	4.8	6.3
	% of Total	5.7	.6	6.3
Sonora	Count	10	3	13
	% within Sexo	7.2	14.3	8.2
	% of Total	6.3	1.9	8.2
Tabasco	Count	1	0	1
	% within Sexo	.7	.0	.6
	% of Total	.6	.0	.6
Tlaxcala	Count	1	0	1
	% within Sexo	.7	.0	.6
	% of Total	.6	.0	.6
Zacatecas	Count	2	0	2
	% within Sexo	1.4	.0	1.3
	% of Total	1.3	.0	1.3
Salvador	Count	1	0	1
	% within Sexo	.7	.0	.6
	% of Total	.6	.0	.6
Estados Unidos de América	Count	2	1	3
	% within Sexo	1.4	4.8	1.9
	% of Total	1.3	.6	1.9
Total	Count	138	21	159
	% within Sexo	100.0	100.0	100.0
	% of Total	86.8	13.2	100.0

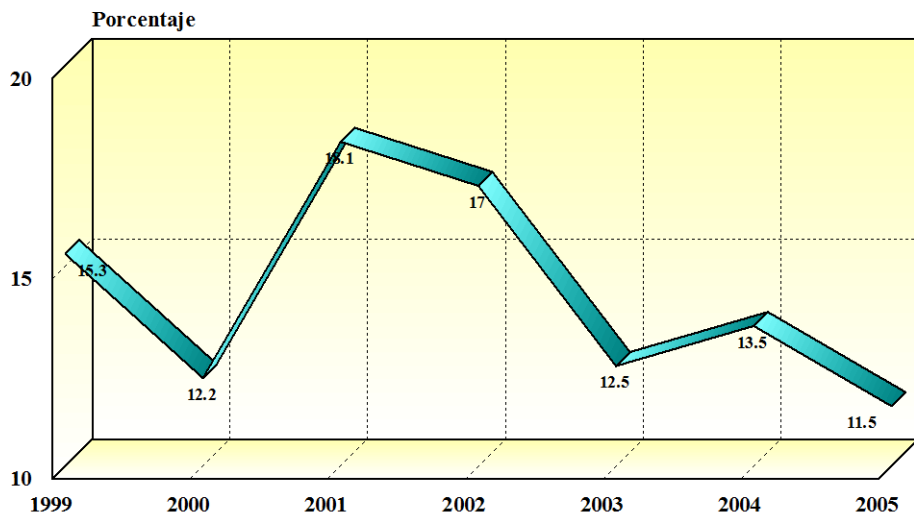
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Cuadro No. 26**  
**Estado Civil-Sexo**

Estado Civil		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Soltero	Count	68	13	81
	% within Sexo	41.5	56.5	43.3
	% of Total	36.4	7.0	43.3
Viudo	Count	6	0	6
	% within Sexo	3.7	.0	3.2
	% of Total	3.2	.0	3.2
Divorciado	Count	3	2	5
	% within Sexo	1.8	8.7	2.7
	% of Total	1.6	1.1	2.7
Unión libre	Count	29	3	32
	% within Sexo	17.7	13.0	17.1
	% of Total	15.5	1.6	17.1
Casado	Count	56	4	60
	% within Sexo	34.1	17.4	32.1
	% of Total	29.9	2.1	32.1
Separado	Count	2	1	3
	% within Sexo	1.2	4.3	1.6
	% of Total	1.1	.5	1.6
Total	Count	164	23	187
	% within Sexo	100.0	100.0	100.0
	% of Total	87.7	12.3	100.0

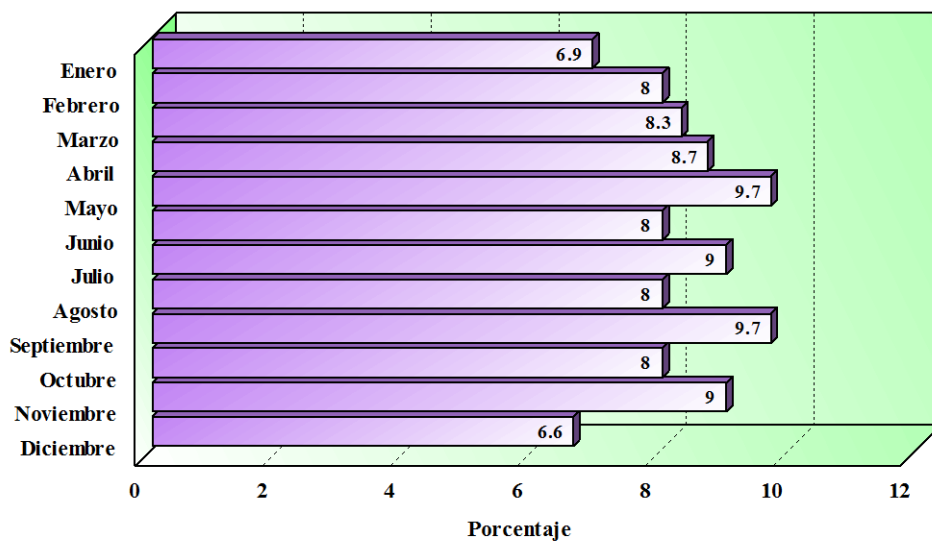
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 27 Suicidios Totales según Año



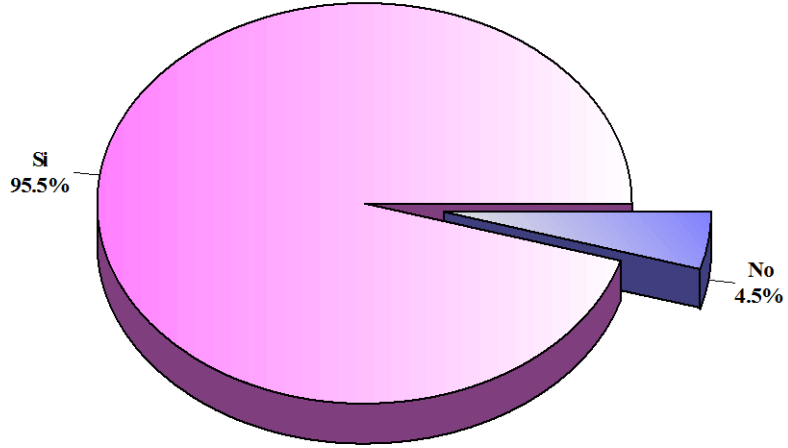
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 28 Mes del Evento



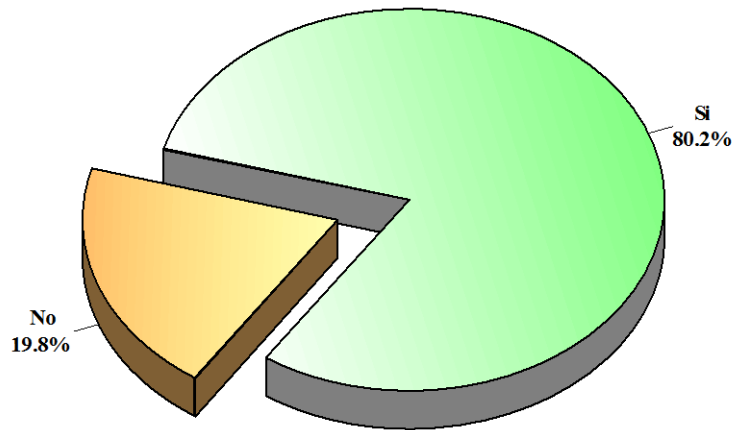
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Gráfica 29**  
**Sujeto Identificado**



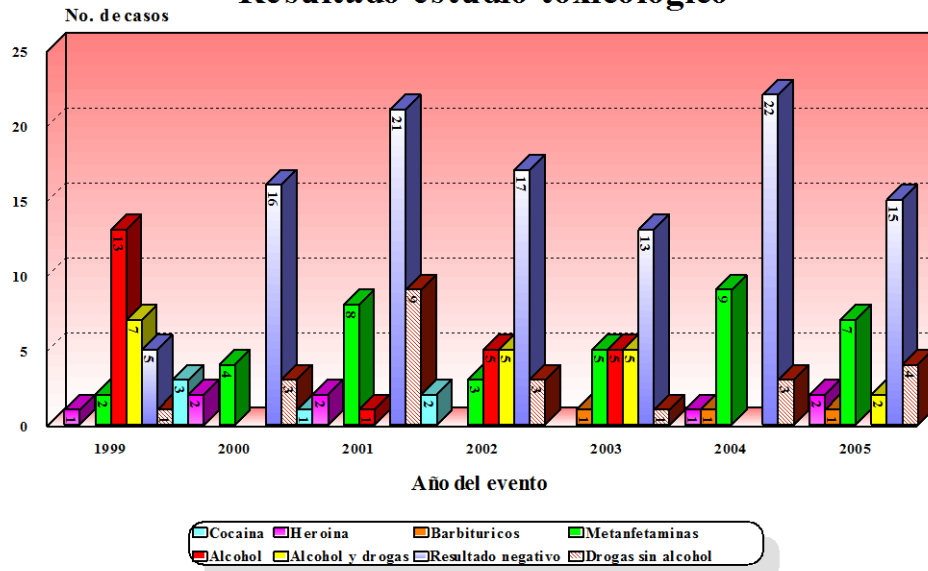
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Gráfica 30**  
**Prueba de estudio Toxicológico**



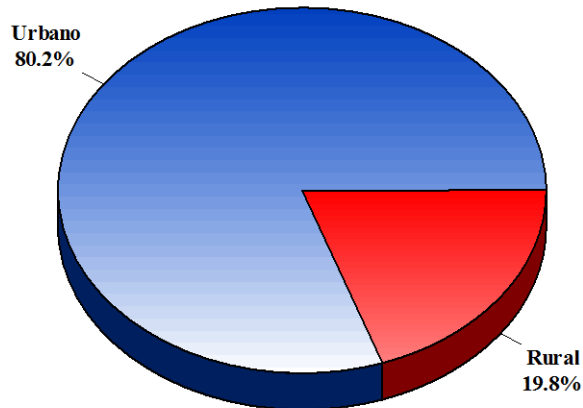
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 31 Resultado estudio toxicológico



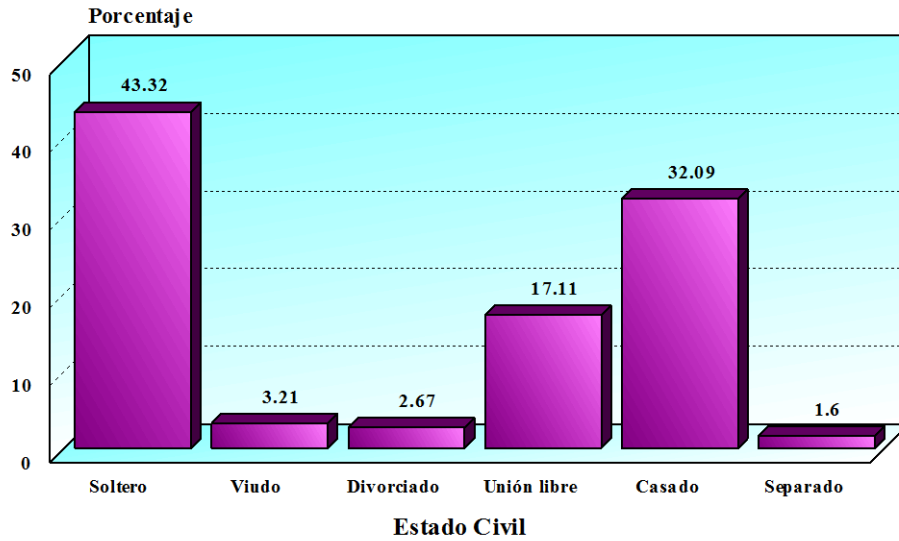
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 32 Ubicación geográfica



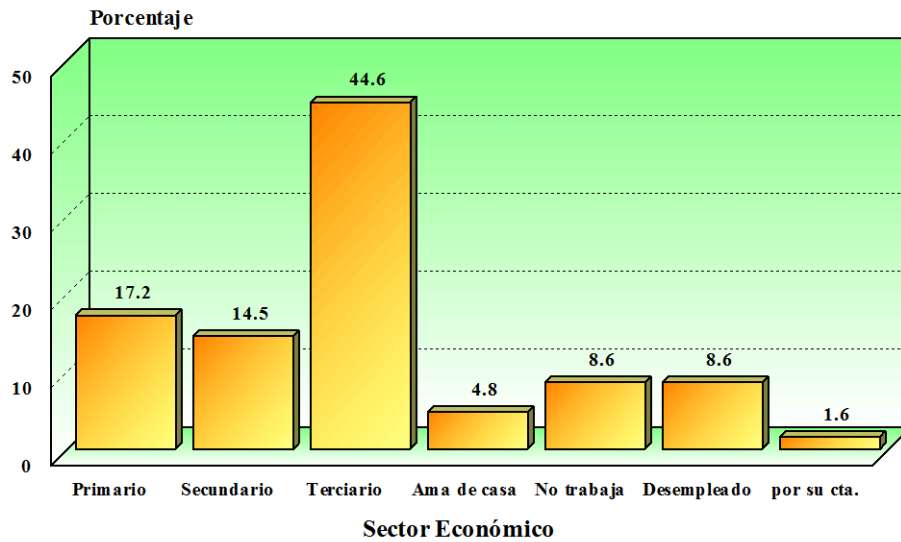
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 33 Estado civil



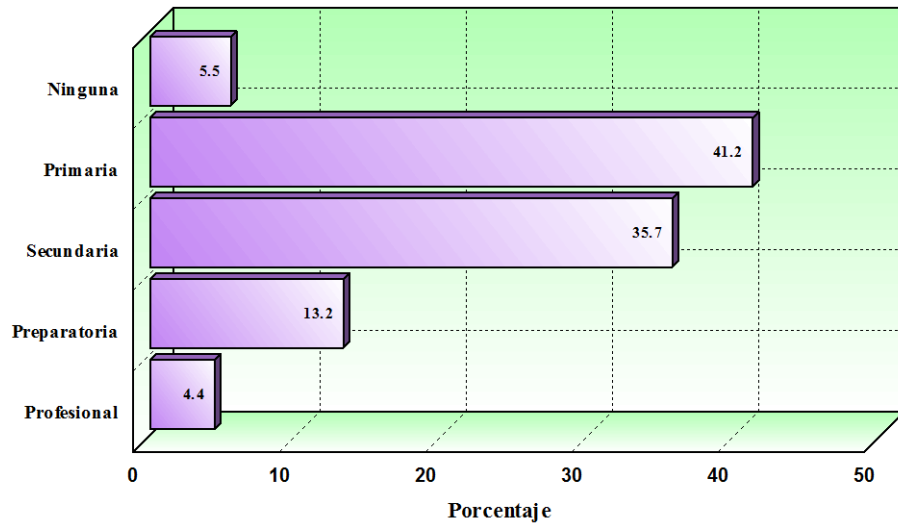
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 34 Sector económico



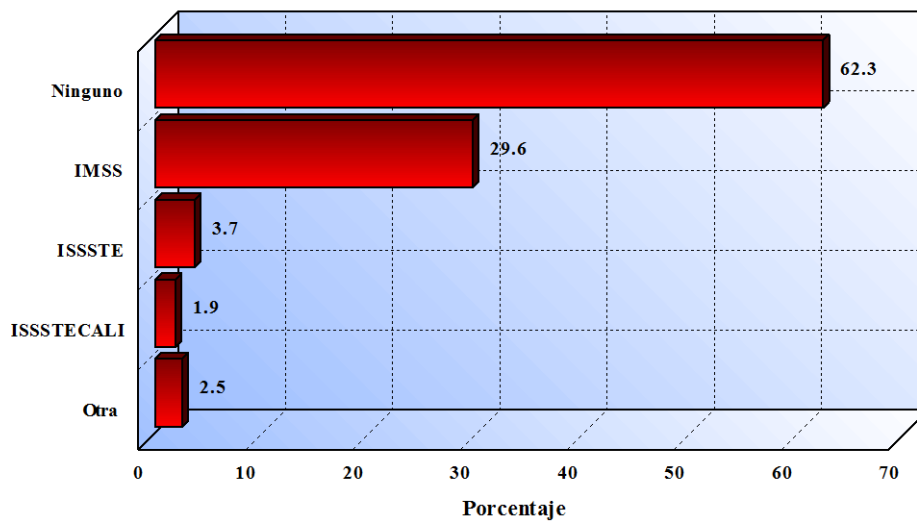
Fuente: Caracterización Social e la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 35 Escolaridad



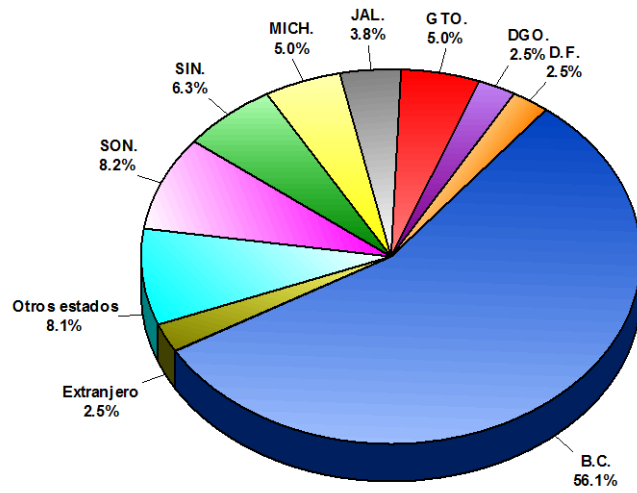
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 36 Acceso a Seguridad Social



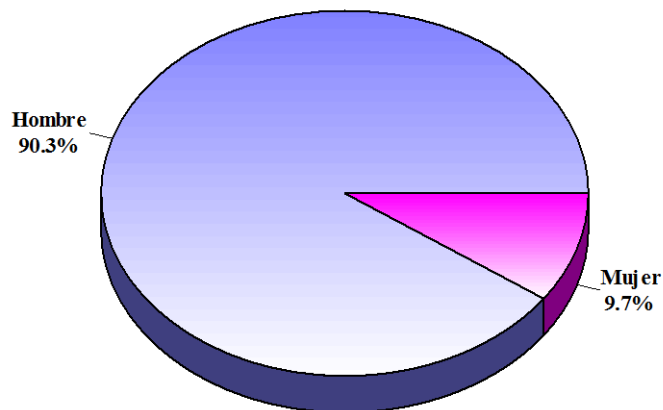
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Gráfica 37**  
**Lugar de nacimiento**



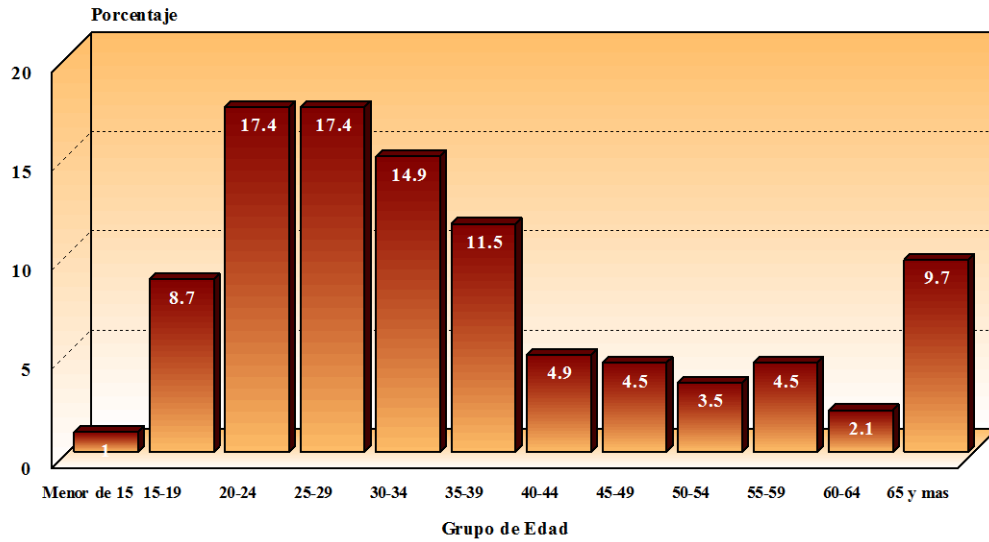
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Gráfica 38**  
**Suicidio según género**



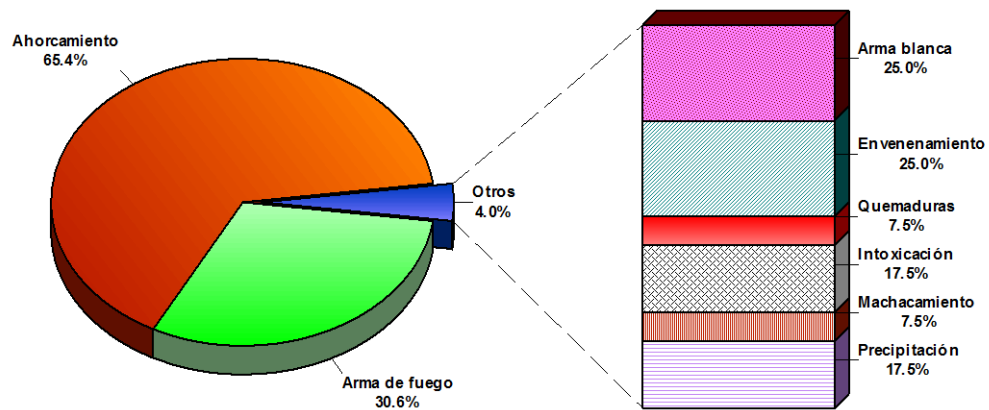
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 39 Grupos de edad



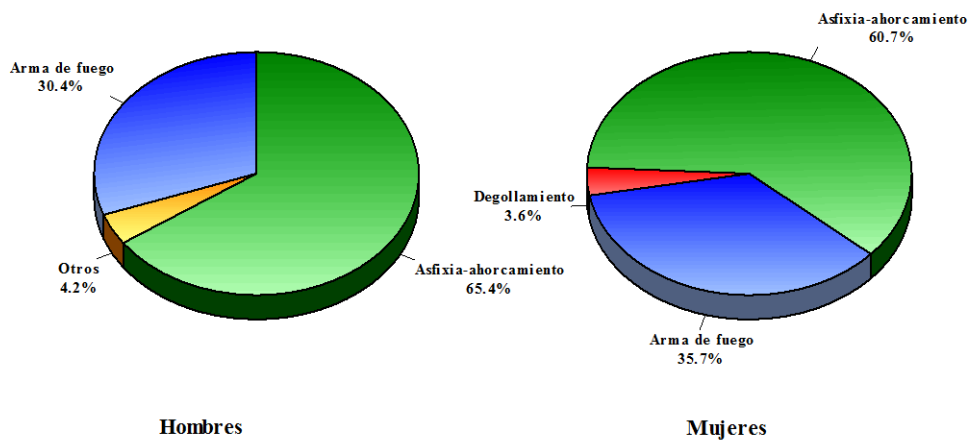
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 40 Método utilizado en el hecho



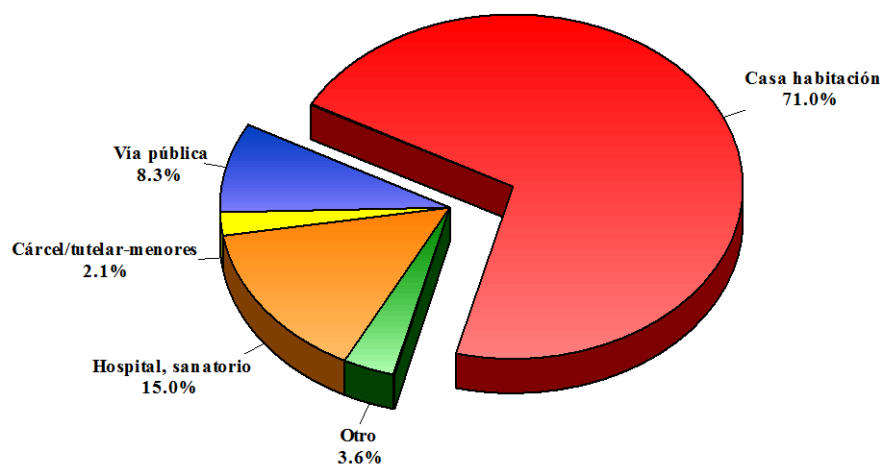
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Gráfica 41**  
**Método utilizado según sexo**



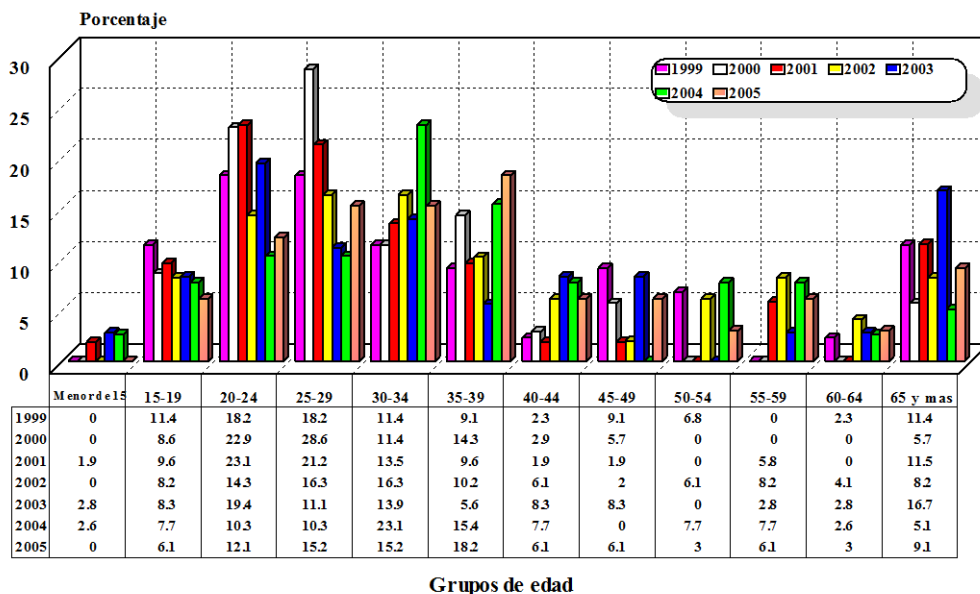
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Gráfica 42**  
**Lugar del deceso**



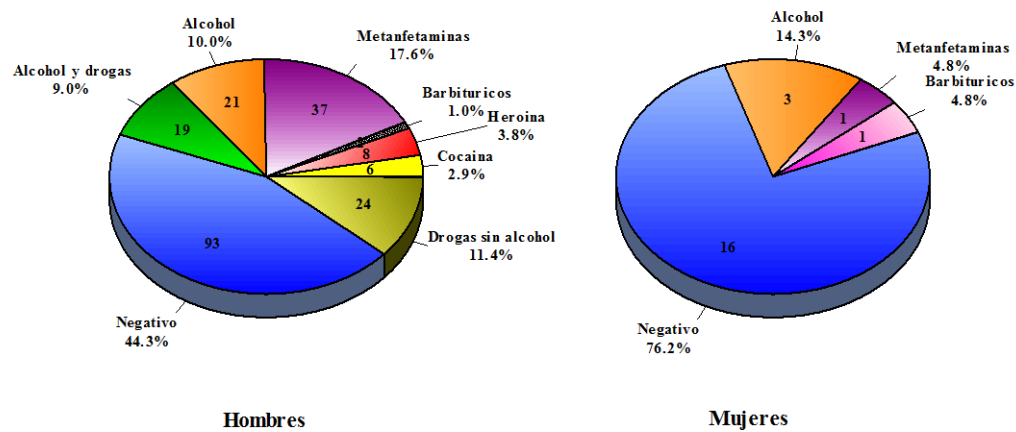
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 43 Año del evento según grupos de edad



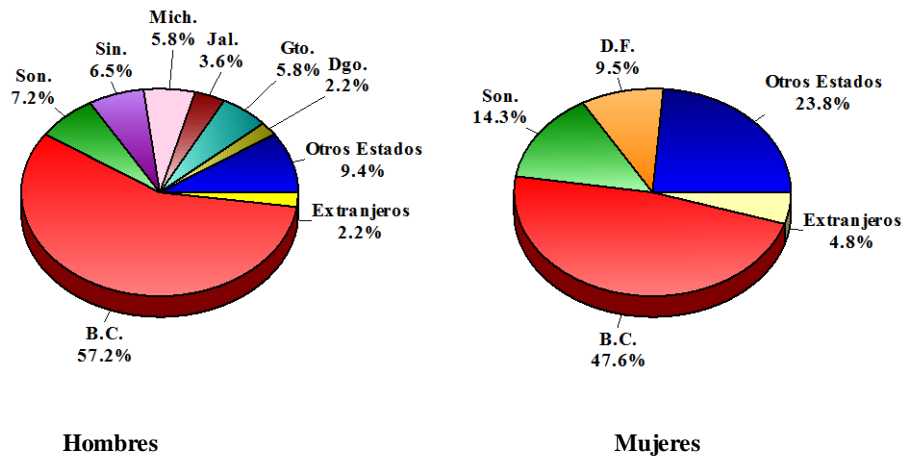
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

### Gráfica 44 Estudio Toxicológico según sexo



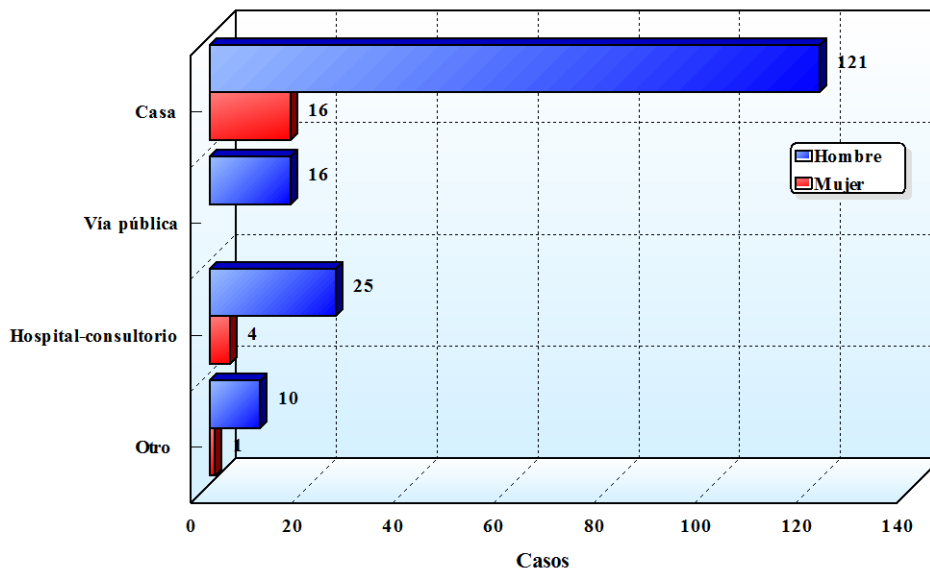
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Gráfica 45**  
**Lugar de nacimiento según sexo**



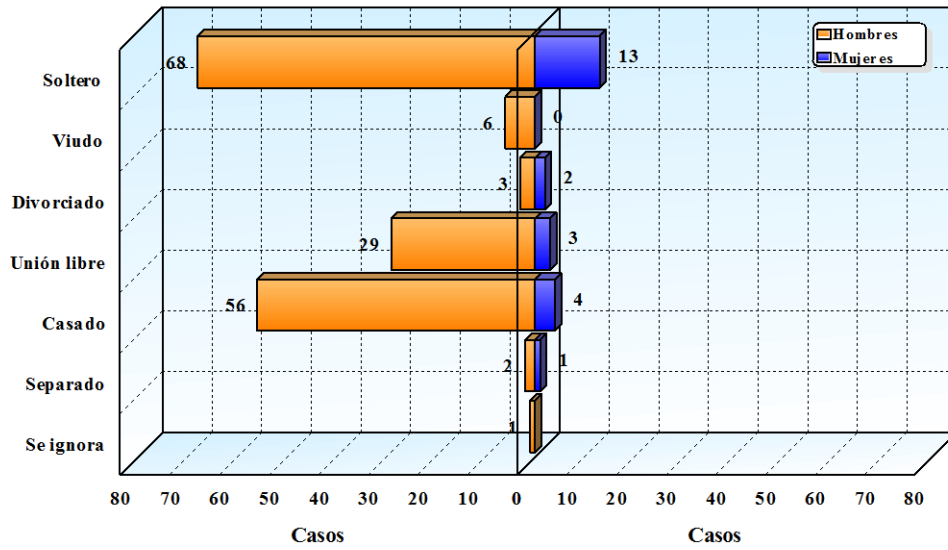
Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Gráfica 46**  
**Lugar del deceso según sexo**



Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**Gráfica 47**  
**Estado civil según sexo**



Fuente: Caracterización Social de la Muerte Violenta en la Frontera Norte de México; el caso de Baja California 1999-2005.

**VIOLENCIA URBANA EN FRONTERA: ANÁLISIS Y CARACTERIZACION DE LA MUERTE  
VIOLENTA EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA (1999-2005)  
AÑO 1999**

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/99/100	23	Suicidio (ahorcamiento) Se registra presencia de alcohol	31-12-98	Calle Santa Lucía #653, Colonia Santo Niño	SD
Persona del sexo masculino	00/99/100	29	Suicidio (ahorcamiento)	17-01-99	Calle Carpinteros, Colonia Burócrata	SD
Persona del sexo masculino	00/99/106	35	Suicidio (ahorcamiento, presenta surco en cuello)	17-02-99	Avenida 79 #1231, Colonia Carranza	SD
Persona del sexo masculino	00/99/106	46	Suicidio (envenenamiento con raticida)	24-02-99	Calle 1era. y Río Tamazula, Delegacion Gonzalez Ortega	17:05 hrs.
Persona del sexo masculino	00/99/100	26	Suicidio (ahorcamiento)	03-03-99	Islas Malvinas # 321, Colonia Televisora	SD
Persona del sexo masculino	00/99/100	48	Suicidio (ahorcamiento)	25-03-99	Callejón Norte #360, Colonia Bella Vista	SD
Persona del sexo masculino	00/99/106	34	Suicidio (ahorcamiento)	18-04-99	Río Concepción y Calle 3ra, Delegacion González Ortega	SD
Persona del sexo masculino	00/99/100	40	Suicidio (ahorcamiento)	21-04-99	Av. Michoacán y Calle 14, Col. Baja California	SD
Persona del sexo masculino	00/99/109	25	Suicidio (disparo con arma de fuego) esta persona se suicido dentro de un auto	22-04-99	Avenida Alvaro Obregón #15, Ejido Oaxaca	SD
Persona del sexo masculino	00/99/108	67	Suicidio (ahorcamiento)	22-04-99	Ejido México	SD
Persona del sexo masculino	00/99/109	15	Suicidio (disparo con arma de fuego)	27-04-99	Calle 10 y Avenida Morelos, Gpe Victoria	17:30 hrs.
Persona del sexo Femenino	00/99/100	16	Suicidio (disparo con arma de fuego)	01-05-99	Calle 11 y Callejón Sonora # 1910, Colonia Esperanza	SD
Persona del sexo Femenino	00/99/100	54	Suicidio (cortaduras en muñecas y cuello)	01-05-99	SD	SD
Persona del sexo masculino	00/99/106	80	Suicidio (ahorcamiento) Esta persona padecía de enfermedades típicas de su edad, al parecer se quitó la vida para no ser mas una carga en su familia	05-05-99	Río Támesis #321, González Ortega	11:00 hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/99/109	65	Suicidio (Asfixia por ahorcamiento)	20-05-99	Calle 20 de Septiembre y 2 de Noviembre, Ejido Sonora	19:45 hrs.

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/99/106	35	Suicidio (ahorcamiento)	30-05-99	Calle 78 y Calle A #1208, Colonia Venustiano Carranza	Madrugada
Persona del sexo masculino	00/99/106	27	Suicidio (asfixia por ahorcamiento)	20-06-99	Fraccionamiento Pórticos del Valle	04:40 hrs.
Persona del sexo masculino	00/99/100	21	Suicidio (ahorcamiento)	08-07-99	Calle Silvano Barba #1438, Col. Pedro Moreno	SD
Persona del sexo masculino	00/99/106	20	Suicidio (ahorcamiento)	08-07-99	Separos de la Policía Ministerial del Estado	15:00 hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/99/100	30	Suicidio (ahorcamiento)	21-07-99	Avenida Sinaloa y Calle Salina Cruz	SD
Persona del sexo masculino	00/99/100	42	Suicidio (disparo de arma de fuego)	27-07-99	Avenida Nayarit #1201, Colonia Baja California	19:32 hrs.
Persona del sexo masculino	00/99/106	28	Suicidio (ahorcamiento)	29-07-99	Avenida Noxtilán #193, Delegacion González Ortega	SD
Persona del sexo masculino	00/99/100	30	Suicidio (Ahorcamiento)	19-08-99	CERESO	SD
Persona del sexo masculino	00/99/100	30	Suicidio (sobredosis de heroína)	20-08-99	Domicilio abandonado	SD
Persona del sexo masculino	00/99/106	37	Suicidio (Ahorcamiento)	03-09-99	Calle 13 #2031, Fracc. El Cóndor	SD
Persona del sexo masculino	00/99/108	75	Suicidio (disparo en la cabeza, revolver cal. 38)	06-09-99	Ejido Colima	09:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/99/100	22	Suicidio (disparo en la cabeza)	21-09-99	Colonia Nueva	11:55 hrs.
Persona del sexo masculino	00/99/100	33	Suicidio (ahorcamiento)	25-09-99	Niños Héroe #461	SD
Persona del sexo masculino	00/99/100	75	Suicidio (Ahorcamiento)	01-10-99	Ave. Carpinteros, Col. Burócrata	17:50 hrs.
Persona del sexo masculino	00/99/106	21	Suicidio (tiro en la cabeza, pistola cal. 22)	09-10-99	Cruz Roja	23:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/99/100	75	Suicidio (tiro en la cabeza)	21-10-99	Av. Poder Legislativo #1362, Colonia Lázaro Cárdenas	22:45 hrs.
Persona del sexo masculino	00/99/100	33	Suicidio (ahorcamiento)	23-10-99	Colonia Nacionalista	SD

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/99/100	29	Suicidio (pistola)	18-11-99	Colonia Alamos	23:10 hrs.
Persona del sexo masculino	00/99/100	36	Suicidio (Ahorcamiento)	19-11-99	Colonia División del Norte	00:35 hrs. cuerpo localizado
Persona del sexo masculino	00/99/100	18	Suicidio (ahorcamiento)	24-12-99	Colonia Independencia	SD

**VIOLENCIA URBANA EN FRONTERA: ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DE LA MUERTE VIOLENTA EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA (1999-2005)  
AÑO 2000**

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/00/100	50	Suicidio (se ahorco después de asesinar a su nieta y nuera)	09-01-00	Av. Michoacán y calle 11, Col. Baja California	SD
Persona del sexo masculino	00/00/100	40	Suicidio (se colgó con las cintas de sus tenis)	29-01-00	Mazapil, Colonia Zacatecana	00:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/00/100	35	Suicidio (tiro en la cabeza)	13-02-00	Ecuador y Díaz Mirón, Colonia Alamos	15:15 hrs.
Persona del sexo masculino	00/00/100	29	Suicidio (se colgó con una soga)	20-02-00	Colonia Vicente Guerrero	16:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/00/100	26	Suicidio (Herida de arma de fuego en la cabeza)	24-02-00	Colonia Cuauhtémoc	SD
Persona del sexo masculino	00/00/106	25	Suicidio (ahorcamiento)	01-03-00	Calle Río Grijalva #3414, Fracc. El Cóndor	SD
Persona del sexo masculino	00/00/106	18	Suicidio (se ahorca con una soga)	11-03-00	Fraccionamiento Mirasol	SD
Persona del sexo masculino	00/00/100	21	Suicidio (colgándose)	13-03-00	Calle Rumania, Colonia Nacionalista	17:20 hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/00/106	21	Suicidio (Un tiro detrás de la oreja derecha)	26-03-00	Hospital General	19:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/00/106	20	Suicidio (1 balazo en la cabeza)	08-04-00	Fracc. El Cóndor	23:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/00/100	28	Suicidio (Se colgó de un árbol)	10-04-00	Colonia Fronteriza	14:30 hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/00/100	33	Suicidio (se acostó sobre la vía del tren que lo decapitó)	03-05-00	Garita Internacional (Área Antigua)	06:30 horas aprox.

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/00/100	22	Suicidio (se colgó de una soga en su casa presentaba heridas en las dos muñecas)	26-05-00	Avenida Carpinteros #1631, Colonia Industrial	05:45 hrs.
Persona del sexo masculino	00/00/10A	21	Suicidio (Ahorcamiento)	29-05-00	Colonia Loma Linda	07:50 hrs.
Persona del sexo masculino	00/00/106	45	Suicidio	03-07-00	Orillas de la ciudad	SD
Persona del sexo Femenino	00/00/106	18	Suicidio (ahorcamiento)	06-07-00	Delegacion Gonzalez Ortega	06:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/00/100	20	Suicidio (se colgó con un cinturón)	18-07-00	Avenida Fundadores Esq. Calle G, Colonia Nacozari	SD
Persona del sexo Femenino	00/00/106	38	Suicidio (ahorcado)	31-07-00	Calle 13 #2085, Fracc. El Cóndor	SD
Persona del sexo masculino	00/00/100	27	Suicidio (se colgó)	13-08-00	Agua Leguas #1025, Colonia Lázaro Cárdenas	20:30 hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/00/108	27	Suicidio (un tiro en la cabeza sien derecha)	23-08-00	Ejido Michoacán de Ocampo	SD
Persona del sexo masculino	00/00/106	21	Suicidio (se ahorco)	06-09-00	Av. Manzanillo #61 Colonia Ciprés	SD
Persona del sexo masculino	00/00/100	27	Suicidio (se colgó del techo de su casa)	11-09-00	Avenida Jesús Garza #1827	SD
Persona del sexo masculino	00/00/106	36	Suicidio (se ahorco)	15-09-00	Calle Villa verde #96 Villas de la Republica	SD
Persona del sexo masculino	00/00/106	36	Suicidio (un tiro en la cabeza pistola calibre 22)	30-09-00	Colonia El Ciprés	SD
Persona del sexo masculino	00/00/107	29	Suicidio (se colgó)	07-11-00 (la voz)	Calle Mar Rojo,#225 Colonia Iero. de Enero, San Felipe	SD
Persona del sexo masculino	00/00/100	23	Suicidio (un tiro en la cabeza)	20-11-00	SD	02:40 hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/00/109	34	Suicidio (se colgó)	26-11-00	Ejido Oaxaca	SD
Persona del sexo masculino	00/00/109	69	Suicidio (un tiro en la cabeza)	01-12-00	Rancho Mendoza Col. Carranza, Valle de Mexicali	SD
Persona del sexo masculino	00/00/109	30	Suicidio (Se dio un balazo en el corazón)	19-12-00	Ejido Delta Valle de Mexicali	09:50 hrs Aprox.

**VIOLENCIA URBANA EN FRONTERA: ANÁLISIS Y CARACTERIZACION DE LA MUERTE  
VIOLENTA EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA (1999-2005)  
AÑO 2001**

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/01/100	32	Suicidio (se colgó)	04-01-01 (la voz)	Avenida 55 Esquina Dolores Hidalgo #1784, Colonia Hidalgo	SD
Persona del sexo masculino	00/01/106	19	Suicidio (un disparo en la sien)	10-01-01 (la voz)	Calle Ruisseñor # 3449, Fracc. El Cóndor	11:50 hrs.
Persona del sexo masculino	00/01/100	65	Suicidio (se colgó)	25-01-01	Avenida Aguascalientes #513, Col. Fronteriza	SD
Persona del sexo masculino	00/01/100	30	Suicidio (se colgó)	03-02-01	Poniente de la ciudad cerca del Blvd. Lázaro Cárdenas y Heroico Colegio Militar	SD
Persona del sexo masculino	00/01/100	37	Suicidio (se colgó)	07-02-01	La Joya #2698, Colonia Baja California	
Persona del sexo Femenino	00/01/100	25	Suicidio (supuestamente se dio un tiro en el estomago)	11-02-01	Calle Miguel Negrete Ejido Pueblo Nuevo	SD
Persona del sexo masculino	00/01/107	80	Suicidio (se colgó)	18-02-01	Avenida Mar #78, Poblado San Felipe	SD
Persona del sexo masculino	00/01/109	56	Suicidio (se colgó con una bufanda en su casa)	14-03-01	Carretera Estatal #3, Ejido Veracruz	06:10 hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/01/100	20	Suicidio (se colgó)	12-04-01	Encinas #1450, Col. Televisora	SD
Persona del sexo masculino	00/01/100	26	Suicidio (se colgó)	21-05-01	Av. Mecánicos #2789, Colonia Nacionalista	06:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/01/100	25	Suicidio (se colgó de un árbol)	05-06-01	Ex-Ejido Xochimilco	SD
Persona del sexo masculino	00/01/100	26	Suicidio (balazo en la cabeza)	05-06-01	Av. Tratado de Guadalupe Victoria #1949, Col. Hidalgo	17:50 hrs.
Persona del sexo masculino	00/01/100	21	Suicidio (un tiro en la cabeza)	10-06-01	Río Culiacán #1160, Col. Pro-Hogar	22:00 hrs.

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/01/106	30	Suicidio (después de matar a su novia)	25-06-01	Ejido Choropo	SD
Persona del sexo Femenino	00/01/100	14	Suicidio (se colgó del tendedero)	05-07-01	Av. Cañada #524, Fracc. San Marcos	22:45 hrs.
Persona del sexo masculino	00/01/106	38	Suicidio (un balazo)	17-07-01	Motel Olimpo	SD
Persona del sexo masculino	00/01/108	31	Suicidio (Se disparo en la cabeza).	01-08-01	Ejido Hermosillo	SD
Persona del sexo masculino	00/01/106	26	Suicidio (Se disparo en la cabeza).	01-08-01	Robledo	SD
Persona del sexo masculino	00/01/100	27	Suicidio (se colgó de un tendedero)	04-08-01	Col. Carvajal	SD
Persona del sexo masculino	00/01/108	48	Suicidio (se colgó de un árbol)	09-08-01	Ejido Monterrey y Batáquez	04:35 hrs.
Persona del sexo masculino	00/01/106	33	Suicidio (se colgó de una viga del techo de su casa)	09-08-01	Avenida Presa la Angostura #1483, Colonia 18 de Marzo	SD
Persona del sexo Femenino	00/01/100	36	Suicidio (se colgó)	18-09-01	Av. Calera #123, Colonia Zacatecas	SD
Persona del sexo Femenino	00/01/100	36	Suicidio (se colgó)	19-09-01	Av. Calera #123, Col. Balbuena	20:45 hrs.
Persona del sexo masculino	00/01/106	18	Suicidio (se colgó)	26-09-01	Ejido Cuernavaca	02:40 hrs.
Persona del sexo masculino	00/01/100	27	Suicidio (de un tiro)	06-10-01	Av. Francisco Márquez #703, Col. Pro- Hogar ó Av. Fernando Montes de Oca #705 Depto 5. Pro-hogar	SD
Persona del sexo masculino	00/01/100	36	Suicidio (se colgó)	13-10-01	Av. Pedro Moreno #800, Colonia Independencia.	SD
Persona del sexo masculino	00/01/109	55	Suicidio (se colgó)	27-10-01. (en la voz y cronica salio esta fecha)	Poblado Guadalupe Victoria	SD
Persona del sexo masculino	00/01/106	39	Suicidio (se colgó)	05-11-01	Granados #297, Colonia Robledo	SD

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/01/100	56	Suicidio (balazo en la cabeza)	06-11-01	Colonia Zaragoza	SD
Persona del sexo masculino	00/01/106	29	Suicidio (se disparó en la frente)	15-11-01 (la voz)	Col. Computas y Valle Alamo.	SD
Persona del sexo masculino	00/01/100	SD	Suicidio (se colgó)	17-11-01	Ejido Emiliano Zapata, zona de la Rosita.	SD
Persona del sexo masculino	00/01/100	19	Suicidio ( se colgó)	13-12-01 (la voz y cronica)	Calle Salina Cruz #524, Col. Pueblo Nuevo	5:45 hrs
Persona del sexo masculino	00/01/100	26	Suicidio (se colgó)	21-12-01	Calle Río Nilo #608, Colonia Ampliación Nacionalista	SD

**VIOLENCIA URBANA EN FRONTERA: ANÁLISIS Y CARACTERIZACION DE LA MUERTE  
VIOLENTA EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA (1999-2005)  
AÑO 2002**

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/02/100	59	Suicidio (se tiro desde un cuarto piso)	04-01-02	4to. piso del Edificio del Poder Ejecutivo, Centro Cívico	14:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	66	Suicidio (balazo en la cabeza)	04-01-02	Colonia Orizaba	05:45 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	59	Suicidio (Se lanzo del 3er piso de un edificio)	05-01-02 (salio en la voz)	Edificio de Poder Ejecutivo, Centro Cívico	14:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	30	Suicidio (se corto las venas)	24-01-02	Patios de la Estación del ferrocarril	SD
Persona del sexo masculino	00/02/108	38	Suicidio (balazo en el pecho)	10-02-02	Ciudad Morelos, Valle de Mexicali	22:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	18	Suicidio (se colgó)	16-02-02	Av. Narciso de Mendoza #1311 y Río presidio, Col. Independencia	09:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	30	Suicidio (balazo en la boca)	17-03-02	Sótano de la Casa Municipal, Centro Cívico	14:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/106	20	Suicidio (se colgó de un árbol)	22-03-02	Ejido Islas Agrarias	14:10 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/106	28	Suicidio (disparo en la cabeza)	06-05-02	Rumbo al basurero municipal del Ejido Hipólito Renteria	SD

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/02/100	17	Suicidio (se colgó con una cobija)	16-05-02	Escuela Granja de Orientación para Varones	12:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	52	Suicidio (se colgó)	27-05-02	San Felipe	08:18 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	35	Suicidio (se colgó)	27-05-02	Calle Francisco Zarco, Fracc. Hípico	08:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/108	74	Suicidio (se colgó con una sogá)	03-06-02 ( la voz)	Col. La Puerta, Kilometro 32 Carretera Mexicali San Felipe, Valle de Mexicali.	7:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/108	70	Suicidio (se ahorco)	03-06-02	Predio de Primaria Federal Pescadores	10:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/108	27	Suicidio (se dio un balazo en la sien)	21-06-02	Cerca de un canal en el Ejido Villa Hermosa, Valle de Mexicali.	08:35 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/106	37	Suicidio (se ahorco con su camisa)	02-07-02	Celdas de la comandancia de Palaco.	08:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	21	Suicidio (se ahorco con un lazo)	04-07-02 (La voz)	Taller mecanicanico, en la Calle de la Industria y alfareros.	12:00 hrs.
Persona del sexo Femenino	00/02/100	55	Suicidio (se colgó)	12-07-02	Callejón Nayarit #2199, Colonia Baja California	SD
Persona del sexo masculino	00/02/109	27	Suicidio (se dio un balazo en la cabeza)	20-07-02	Hotel "La posada" habitacion #5, (Poblado de Estación Delta).	3:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	59	Suicidio (se colgó)	21-07-02	Colonia Pro hogar	SD
Persona del sexo masculino	00/02/100	22	Suicidio (se colgó)	23-07-02	Avenida Universidad #2539, Conjunto Urbano Universitario	SD
Persona del sexo masculino	00/02/100	52	Suicidio (se colgó)	13-08-02	Av. Kenia #2692, Col. Nacionalista.(La voz). Av. Kenia #2892, Col. Orizaba.(El mexicano).	SD

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/02/100	37	Suicidio (se colgó)	02-09-02	Av. Josefa Ortiz de Domínguez #1170 y Calle. Río Quelite, Colonia Pro-hogar	10:20 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/108	40	Suicidio (quemó su casa con gasolina para suicidarse)	19-09-02	Ejido Pólvora Valle de Mexicali	09:45 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/106	19	Suicidio (balazo en la cabeza)	03-10-02	Av. Coronillas#517 Col. Villa Florida.	15:45 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/106	73	Suicidio (se dio un balazo en la cabeza)	13-10-02	Av. Río Verde #1523 y calle primera, Delegación González Ortega.	15:45 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	37	Suicidio (se colgó)	15-10-02	Av. Daniel Ruiz #1495, Fracc. Infonavit Cucapah.	10:58 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/106	42	Suicidio (se colgó)	15-10-02	Av. Del Abano #144, Colonia Robledo.	21:10 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	19	Suicidio (se colgó)	24-10-02	Parque Villa Ilusión, Laguna San Cristóbal, Fracc. Villas del Rey.	SD
Persona del sexo femenino	00/02/100	22	Suicidio (se colgó)	05-11-02	Av. 54 #2023, Calle. Hacienda de Corralejo. (Cerca de Col. Hidalgo)	21:10 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/109	27	Suicidio (se colgó)	12-11-02	Ciudad Guadalupe Victoria, Fracc. del sol.	07:15 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	40	Suicidio (se colgó)	16-11-02	MaCristina de Hermosillo, Fracc. El Lienzo	10:25 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/100	40	Suicidio (se colgó)	17-11-02	Av. Agrícola s/n, Blvd. Cristina de Hermosillo, Fracc. La Rivera.	10:10 hrs.
Persona del sexo masculino	00/02/106	58	Suicidio (se colgó)	26-11-02	Rancho Rubio Km 10 de la carretera San Felipe, Deleg. Glez. Ortega.	SD
Persona del sexo masculino	00/02/100	50	Suicidio (se colgó)	01-12-02	Av. Zacatecas #2091, Col. Baja California.	21:30
Persona del sexo masculino	00/02/100	26	Suicidio (se colgó)	13-12-02	Fracc. Las Palomas	SD

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/02/100	45	Suicidio ( se colgó en el baño de su casa)	26-12-02	Poblado Coronita	SD
Persona del sexo masculino	00/02/100	29	Suicidio (se colgó)	30-12-02	Colonia Mayo	SD

**VIOLENCIA URBANA EN FRONTERA: ANÁLISIS Y CARACTERIZACION DE LA MUERTE VIOLENTA EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA (1999-2005)  
AÑO 2003**

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/03/109	29	Suicidio (se colgó)	01-01-03	Col. Sta. Isabel Av. Caborca #3785	SD
Persona del sexo masculino	00/03/100	30	Suicidio (se colgó)	03-01-03	Av. Ecuador #675 Entre los ríos Fuerte y Sinaloa, Colonia Cuauhtémoc.	SD
Persona del sexo masculino	00/03/108	65	Suicidio (Se disparo en la boca)	07-01-03 (la voz)	Col. Victoria s/n Poblado Paredones	08:50 hrs.
Persona del sexo femenino	00/03/108	29	Suicidio (Se disparo en el estomago)	13-01-03	Col. El rastro con Colonias Nuevas y Colonia Luis B. Sánchez.	SD
Persona del sexo masculino	00/03/107	57	Suicidio (se corto las venas)	28-01-03	Av. Mar Amarillo #174, a la vera de la carretera Mexicali-San Felipe, a la altura de km 175, campo turístico "El californiano".	22:15 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/100	45	Suicidio (se arrojó del paso a desnivel de la calzada Independencia)	04-02-03	Calzada Independencia, Patios del Ferrocarril	10:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/100	49	Suicidio (se tiro del 5to. piso del Hospital General)	06-02-03	Hospital General	SD
Persona del sexo femenino	00/03/100	66	Suicidio (se colgó)	11-02-03	# 359 Av. Juan de la Barrera, y Colonia 1 de Diciembre	2:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/106	35 46 (lavoz)	Suicidio (Se disparo en la cabeza después de matar a su pareja)	12-02-03 13-02-03 (la voz)	Av. Valle de Banderas #2219, Fracc. Villa Bonita	04:00 hrs.

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/03/108	21	Suicidio (Se disparo en la cabeza)	09-03-03	Ejido Cucapah Mestizo (valle de Mexicali).	19:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/108	47	Suicidio (Carbonizado, quedo atrapado en su domicilio)	20-03-03	Ciudad Morelos	SD
Persona del sexo masculino	00/03/106	15	Suicidio (se colgó)	02-04-03 (31-03-03 la voz)	Privada del mar #3394, Fracc. Villas del Palmar	SD
Persona del sexo masculino	00/037108	20	Suicidio (se colgó)	20-04-03	Av. Cerro Azul #1310, Col. 18 de Marzo.	18:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/109	21	Suicidio (se colgó)	24-04-03	Ejido Sombrerete, a un lado del canal zacatecas (Valle de Mexicali).	09:15 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/108	35	Suicidio (se colgó de un árbol)	20-05-03 (Cuerpo localizado)	Poblado Los Algodones	SD
Persona del sexo masculino	00/03/100	43	Suicidio (balazo en la cabeza)	12-06-03	Av. Formentera y Blvd. Anáhuac.	12:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/109	84	Suicidio (se colgó)	16-06-03	Ejido Polvora, Valle de Mexicali	07:00 hrs. Aprox.
Persona del sexo femenino	00/03/100	15	Suicidio (balazo en la cabeza)	22-06-03	Colonia Xochicali	SD
Persona del sexo femenino	00/03/100	78	Suicidio (se colgó)	22-06-03	Colonia Burócrata	SD
Persona del sexo femenino	00/03/100	28	Suicidio (intoxicación de monóxido de carbono). -Dejo carta póstuma.	23-06-03	Lázaro Cárdenas, casi esquina calle 11, Fracc. Virreyes.	22:00 hrs.
Persona del sexo femenino	00/03/100	78	Suicidio (se colgó)	23-06-03	Av. Carroceros #2016, Calle L y Calz. Justo Sierra.	17:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/106	34	Suicidio se colgó	24-06-03	Jardines de Calafia, Avenida Viñeros #400	SD
Persona del sexo masculino	00/03/10A	17	Suicidio se colgó	01-07-03  (03-07-03 la voz)	Av. Durango #2593 Col. Baja California	18:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/106	27	Suicidio (se disparo en la cabeza)	02-07-03	Av. Río Nautla #2219, González Ortega.	3:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/100	47	Suicidio, (se colgó dentro de un autobús)	03-07-03	Conjunto Urbano Esperanza, Fracc. Las palomas.	17:30 hrs.

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/03/100	26	Suicidio (se colgó)	12-08-03	Av. 60, #2057, Colonia Hidalgo.	06:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/108	27	Suicidio (se colgó)	12-08-03	Colonia Granjas de la progreso.	SD
Persona del sexo masculino	00/03/100	35	Suicidio (se colgó después de asesinar a su novia)	14-08-03	Av. Río sena #2577 Fracc. Virreyes	SD
Persona del sexo femenino	00/03/100	47	Suicidio (se colgó)	29-09-03	Bajos de Pasadina #330, Col. Pasadina	09:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/107	24	Suicidio (se colgó)	29-09-03	Calle. Eucaliptos #500, Fracc. Los Arcos, en San Felipe.	SD
Persona del sexo masculino	00/03/108	28	Suicidio (se colgó)	01-10-03	Campo deportivo del Ejido Monterrey, Valle de Mexicali	06:10 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/108	28	Suicidio (se disparo en el pecho)	05-10-03	Av. Felipe Carrillo del ejido Michoacán de Ocampo, Valle de Mxli	11:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/108	42	Suicidio (se colgó)	08-10-03 (04-10-03 la voz)	Separos de la Delegacion de Ciudad Morelos	SD
Persona del sexo femenino	00/03/100	24	Suicidio (balazo en el tórax)	10-11-03 (la voz)	Calle Santa María de Guadalupe #633, Col. Santo Niño.	09:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/107	13	Suicidio (se colgó)	13-11-03	Av. Mar Oriental #530, Col. Los Gavilanes (San Felipe).	18:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/03/100	12	Suicidio (se colgó)	21-11-03	SD	SD
Persona del sexo masculino	00/03/108	52	Suicidio (se colgó) -Dejo recado póstumo a sus familiares.	15-12-03	Calle. Hacienda Canutillo, sin número Fracc. Santa Lucía en La presa	SD
Persona del sexo femenino	00/03/100	SD	Suicidio (se colgó)	15-12-03	Av. Michoacán #2198, Colonia Revolución	SD

**VIOLENCIA URBANA EN FRONTERA: ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DE LA MUERTE  
VIOLENTA EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA (1999-2005)  
AÑO 2004**

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/04/100	20	Suicidio (disparo a la cabeza con revolver calibre .357)	01-01-04	Av. León de Oro #96, Colonia Bella Vista	05:00 hrs. Se dio aviso a la policía municipal.
Persona del sexo masculino	00/04/100	42	Suicidio (disparo en la sien)	25-01-04 05-02-04 (la voz)	Av. Michoacán y Calle 3ra., Colonia Pueblo Nuevo.	13:50 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/100	36	Suicidio (ahorcamiento)	25-01-04 05-02-04 (la voz)	Avenida 39 #625 casi esquina con Calle caudillo.	4:10 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/100	36-38 Aprox.	Suicidio (Se corto el cuello)	26-01-04 (lacronica)	Centro Civico, Calz. Independencia y pasaje Vallarta frente al Bar "Desdén".	2:50 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/100	33	Suicidio (colgado)	30-01-04 31-01-04 (la voz)	Celda de antigua comandancia de policía	22:00 hrs. cuerpo localizado.
Persona del sexo masculino	00/04/106	37	Suicidio (ahorcamiento)	08-02-04 11-02-04 (la voz)	Av. Genoveva #3157, Fracc. Valle del Álamo	SD
Persona del sexo femenino	0514/04/106	21	Suicidio (disparo a la cabeza, con pistola calibre .22)	11-02-04 (la voz)	Ciudad Morelos Ejido Merida	SD
Persona del sexo femenino	00/04/107	15	Suicidio (ahorcamiento)	11-02-04	Colonia Los Arcos, San Felipe	SD
Persona del sexo masculino	00/04/100	SD	Suicidio (Se lanzo frente a un trailer)	12-02-04	Edificio terminal del Ferrocarril (Plaza del Ferrocarril)	03:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/100	25	Suicidio (ahorcamiento)	29-02-04	Col. División del Norte, Calle Francisco Villa	19:30 hrs. cuerpo localizado.
Persona del sexo masculino	00/04/100	33	Suicidio (disparo a la cabeza)	22-03-04	Av. Francisco Mújica y Calle H, Col. Nacozari	19:45 hrs. se dio aviso a la policía.

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/04/108	41	Suicidio (ahorcamiento)	25-03-04 26-03-04 (la voz)	Ejido Hermosillo, (Valle de Mexicali)	07:20 hrs. cuerpo localizado.
Persona del sexo masculino	00/04/100	SD	Suicidio (se dio un balazo en el interior de su carro)	26-03-04	Colonia Nacozeni.	SD
Persona del sexo masculino	00/04/108	SD	Suicidio (disparo en la sien)	27-03-04	Ejido Islas Agrarias, (Valle de Mexicali)	SD
Persona del sexo femenino	00/04/106	17	Suicidio (disparo a la cabeza)	27-03-04 28-03-04 (la voz)	Clínica Arce Quiñónez	13:50 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/108	40 Aprox.	Suicidio (tomo veneno)	10-04-04	Intersección de carretera a Ejido Islas Agrarias "B", (Valle de Mexicali).	SD
Persona del sexo femenino	00/04/106	22	Suicidio (se colgó)	25-04-04	Centro de Rehabilitación CREDA	20:30 hrs. cuerpo localizado.
Persona del sexo masculino	00/04/10A	64	Suicidio (roció con gasolina su casa y le prendió fuego, dentro de ella se disparo con un rifle .22)	28-04-04	Calle Neptuno #117 y del sol, Col. Santa Isabel	SD
Persona del sexo femenino	00/04/108	14	Suicidio (disparo a la cabeza con pistola calibre .12)	20-05-04	Poblado Villa Zapata	12:00 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/10A	27	Suicidio (ahorcamiento)	30-05-04	Callejón Madero #1724, Colonia Nueva	09:00 hrs. Se reporta a la policía.
Persona del sexo masculino	00/04/106	38	Suicidio (ahorcamiento)	30-05-04	Av. Río Santa Cruz #3788, Fracc. Bugambilias	02:40 hrs. cuerpo localizado.
Persona del sexo masculino	00/04/100	34	Suicidio (disparo a la cabeza)	07-06-04	Av. Manuel de la Peña #360, Fracc. Adolfo López Mateos	01:30 hrs. Se reporta a la policía.
Persona del sexo masculino	00/04/100	50	Suicidio (ahorcamiento)	04-07-04	Av. Presa San Miguel #1131, Col. Francisco I. Madero	19:00 hrs. cuerpo localizado.

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/04/10A	20	Suicidio (jugaba a la ruleta rusa)	26-08-04	Col. Nacionalista	16:14 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/10A	59	Suicidio (un tiro en la sien con arma calibre .22)	27-08-04	Av. Tabasco #1550 Col. Pueblo Nuevo	13:11 hrs. Se reportó a la policía.
Persona del sexo masculino	00/04/10A	56	Suicidio (ahorcamiento)	31-08-04	Av. Ignacio Comonfort #1051, Col. Pro-Hogar	09:00 hrs. cuerpo localizado.
Persona del sexo masculino	00/04/108	62	Suicidio (disparo a la cabeza con revolver calibre .22)	03-09-04	Delegacion Ciudad Morelos	16:35 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/10A	35	Suicidio	03-09-04	Avenida Ignacio Ramírez #1705, Col. Pro-hogar	SD
Persona del sexo masculino	00/04/100	46	Suicidio (se arrojó desde el puente leyes de Reforma)	27-09-04 (fecha 1er intento 17-09-04)	Puente Leyes de Reforma hacia Río Nuevo	22:15 hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/04/10A	35	Suicidio	06-10-04	Fracc. Hacienda Orizaba	11:00 hrs. cuerpo localizado
Persona del sexo masculino	00/04/106	32	Suicidio (Se colgó)	19-10-04 20-10-04 (la voz)	Calle. Corregidora Sur #504, Col. Corregidora	11:00 hrs. cuerpo localizado.
Persona del sexo masculino	00/04/100	35	Suicidio (asfixia por ahorcamiento)	24-10-04	Av. Revolucion #2114, Col. Martha Welch	16:55 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/106	36	Suicidio (asfixia por ahorcamiento)	29-10-04	Ej. Islas Agrarias	03:45 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/100	43	Suicidio (asfixia por ahorcamiento)	01-11-04	Av. Zacatecas #2510, Col. Baja California	04:20 hrs. cuerpo localizado.
Persona del sexo masculino	00/04/106	30	Suicidio (asfixia por ahorcamiento)	09-11-04 10-11-04 (la voz)	Av. Guillermo Cadena, sin numero, Ejido Islas Agrarias "A".	19:30 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/10A	52	Suicidio (asfixia por ahorcamiento)	03-12-04	Avenida Penjamo, Col. Hidalgo	08:08 hrs. Se reportó a la policía.

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/04/10A	29	Suicidio (asfixia por ahorcamiento)	25-12-04	SD	23:10 hrs.
Persona del sexo masculino	00/04/100	30	Suicidio (un disparo en la sien)	25-12-04	Fracc. Hacienda de los Portales	SD

**VIOLENCIA URBANA EN FRONTERA: ANÁLISIS Y CARACTERIZACION DE LA MUERTE  
VIOLENTA EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA (1999-2005)  
AÑO 2005**

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/05/100	65	Suicidio (Balazo en el Tórax)	18-01-05	Paseo de la Rumorosa y del Llano, Fracc. San Marcos	10:30 Hrs.
Persona del sexo masculino	00/05/10A	36	Suicidio (Ahorcamiento)	04-02-05	Av. Michoacán y calle 2da., Col. Pueblo Nuevo	11:00 Hrs.
Persona del sexo masculino	00/05/109	70	Suicidio (Tiro en el cráneo)	16-02-05	Parte Posterior de la Gasolinera Diamante	09:10 Hrs.
Persona del sexo masculino	00/05/100	42	Suicidio (Se lanzo frente a un trailer)	25-02-05	Blvd. López Mateos y Ferrocarrileros	12:10 Hrs.
Persona del sexo masculino	00/05/100	35	Suicidio (se colgó)	22-03-05	Calle E #916, Col. Industrial	SD
Persona del sexo femenino	00/05/100	25	Suicidio (se colgó)	27-03-05	Av. Cerrada Viento Seco #102, Fracc. Nuevo Palmira	05:45 Hrs.
Persona del sexo masculino	00/05/100	19	Suicidio (se colgó)	27-03-05	Calle. Sierra de Tericopa #2699, Fracc. Solidaridad Virreyes.	20:00 Hrs.
Persona del sexo masculino	00/05/100	74	Suicidio (tiro en la boca)	19-05-05	Av. López Quezada #1302, Colonia Independencia.	14:15 Hrs.
Persona del sexo masculino	00/05/100	20	Suicidio (se colgó)	28-05-05	Av. Eustaquio López Quezada #1147, Colonia Independencia.	06:00 Hrs.
Persona del sexo masculino	00/05/100	69	Suicidio (tiro en la boca)	28-05-05	Av. Perimetral Deportiva Sur # 1488, Col. Esperanza Agrícola	10:50 Hrs.
Persona del sexo masculino	00/05/100	45	Suicidio (se colgó)	30-05-05	Lote 8 pegado al canal Coronita en el Poblado Coronita	

SEXO	NO. EXPEDIENTE	EDAD	CAUSA DE MUERTE	FECHA DEL DECESO	LUGAR	HORA
Persona del sexo masculino	00/05/100	75	Suicidio (tiro en la sien)	11-06-05	Parcelas del Valle Calle. Séptima, #164	06:45 Hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/05/108	19	Suicidio (tiro en la cabeza)	17-06-05	Campamento Militar Zacatecas por el Ejido Indiviso, Delegacion de Colonia Nuevas.	07:00 Hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/05/108	72	Suicidio (tiro en la sien)	29-06-05	Presa morelos, Poblado Los Algodones (Valle de Mexicali)	06:45 Hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/05/10A	77	Suicidio (tiro en la sien)	30-06-05 (la voz)	Av. Perimetral Deportiva Sur #1100 Col. Santa Cecilia	11:30 Hrs. Aprox.
Persona del sexo masculino	00/05/108	27	Suicidio (ahorcamiento)	12-11-05	Av. Oaxaca #138, Poblado Benito Juárez	13:00 Hrs.
Persona del sexo masculino	00/05/107	65	Suicidio (se colgó)	06-12-05	Terreno baldio, pegado al km 13.5 del camino del aeropuerto, Colonia Castro.	07:30 Hrs.