

# Crónicas Sobre el Suicidio en Baja California Sur Registros Analíticos 2005-2009



**Crónicas Sobre el Suicidio en  
Baja California Sur  
Registros Analíticos  
  
2005-2009**

**Dra. Teresa Rueda Gandarilla**

**GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR  
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES  
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA  
TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE  
GÉNERO  
INSTITUTO SUDCALIFORNIANO DE LA MUJER  
SECRETARÍA DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA SUR  
PREVINCRISIS  
INSTITUTO SUDCALIFORNIANO DE CULTURA**

**LA PAZ, BAJA CALIFORNIA SUR, MÉXICO  
2010**

Esta edición se realizó gracias al Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género y el Instituto Sudcaliforniano de la Mujer.

D.R. © 2011 TERESA RUEDA GANDARILLA  
D.R. © 2011 INSTITUTO SUDCALIFORNIANO DE LA MUJER  
D.R. © 2011 INSTITUTO SUDCALIFORNIANO DE CULTURA

Primera edición, 2011

Diseño gráfico y editorial: Creativo Arte Gráfico / Jorge Ricardo Fuentes  
Maldonado / Luis Chihuahua Luján / Carolina  
Duarte de la Peña

Fotografía de portada: Esteban Salinas

Diseño de forros: Jorge Ricardo Fuentes Maldonado

**ISBN: 978-607-7503-54-5**

IMPRESO Y HECHO EN MÉXICO

## PRESENTACIÓN

Con la presentación de los estudios que atañen a la población de Baja California Sur y particularmente a las mujeres avanzamos hacia la equidad, pues la información que se desglosa en estos estudios, nos permitirá que desde todas las instancias contemos con los elementos que sirvan como apoyo para el conocimiento, análisis o elaboración de las políticas con perspectiva de género en Baja California Sur.

Debemos entonces, trabajar para garantizar los procesos que generen cambios significativos en la vida de nuestra sociedad. Es decir, una atención de calidad en cuanto a la Salud no sólo en función del sexo sino de todas las características sociales y culturales de las mujeres. La transversalidad de género es un asunto impostergable y se debe de incluir en todas las políticas, proyectos y programas de gobierno, y para que pueda ser una realidad debemos incluir la perspectiva de género en los presupuestos públicos; debemos asegurarnos de que cada acción de gobierno tenga la visión de la transversalidad y presupuestos que garanticen la aplicación de los recursos públicos con una visión de género.

Para el Instituto Sudcaliforniano de la Mujer presentar ante ustedes la investigación realizada por Previn-crisis sobre los suicidios ocurridos en nuestra media península: Crónicas sobre el suicidio en Baja California Sur. Registros analíticos 2005-2009, nos ofrece la oportunidad de invitar a todos los actores sociales a reflexionar sobre el impacto de este fenómeno en la estructura de nuestra sociedad y a que trabajemos conjuntamente en nuevos paradigmas incluyentes, plurales con equidad e igualdad entre mujeres y hombres.

En la presente administración estamos sentando bases sólidas para una nueva construcción de paradigmas en el quehacer institucional, hoy contamos con rumbo hacia la arquitectura de una sociedad incluyente, participativa, igualitaria y con respeto a la diferencia. Donde las políticas y programas se sustenten en la aplicación de los estudios, los derechos humanos, la voluntad y el respeto.

Instituto Sudcaliforniano de la Mujer

## INTRODUCCIÓN

Históricamente el suicidio ha interesado e inquietado de siempre a especialistas de la salud mental así como a personas ajenas a estas disciplinas, con frecuencia por motivos emocionales. Para quienes estudiamos el fenómeno a lo largo de muchos años en textos y artículos especializados, atendiendo innumerable cantidad de pacientes, intercambiando información con colegas, realizando investigaciones, etc., resulta indispensable, además de no mezclar los propios sentimientos, el apoyo en cifras y análisis que aproximen a la realidad para llegar a hacer afirmaciones dentro de ámbitos muy delimitados. Así fue que surgió en 2005 la primera parte de esta investigación sobre el suicidio en Baja California Sur,<sup>1</sup> y las de los siguientes años, llamándoles “Crónicas” porque aunque se trató de evitar caer en la casuística, se hizo un gran esfuerzo por conocer y describir lo más posible a los suicidas: su entorno familiar, afectivo y socio-cultural, las circuns-

---

1 Rueda, Teresa. Crónica de los Suicidios del año 2005 en B.C.S.

tancias del acto, las causas manifiestas y subyacentes, así como la repercusión del suicidio en la familia, lo que significa que los números aquí reportados van mucho más allá de un simple conteo estadístico, al desarrollo de un verdadero perfil psicológico, con un enfoque clínico y psicodinámico de cada una de esas personas a quienes se hubiera deseado evitar la muerte, pero cuyos datos podrán al menos contribuir a evitar más suicidios, especialmente de jóvenes.

Luego de observar por varios años un incremento en las conductas autodestructivas entre los jóvenes del Estado, simultáneo al mayor y más libre consumo de drogas, aumento de accidentes automovilísticos, y en general un deterioro del tejido social, manifestado también en fenómenos como la violencia doméstica y frecuentes embarazos en edades tempranas, se propuso crear un servicio de atención psicológica que les orientara y apoyara, al tiempo que brindara elementos para diseñar e implementar mejores y más específicos programas de prevención sobre esos temas.

En 2004 creamos Previncrisis<sup>2</sup> dentro de la Secretaría de Salud, para ayudar, en persona y a través de una línea telefónica de auxilio de 24 horas, especialmente a adolescentes y jóvenes que enfrentan estos problemas, con el objetivo de brindarles herramientas, pero también de identificar y apoyar a quienes pueden llegar a conductas autodestructivas diversas, y particularmente al suicidio, mediante programas de pre-

---

2 Rueda, T., Previncrisis, Programa de Prevención e Intervención en Crisis e Investigación del Suicidio.

vención y a través de investigaciones específicas. Un significativo número de esas llamadas y de las consultas presenciales son resultado de intervenciones ante los medios, así como de las pláticas impartidas en estos años a públicos diversos sobre los temas detectados, y muy especialmente del correo de voz. Aunque inédito, el programa no partió de cero dado que ya se contaba con más de 40 años de experiencia en el área de la conducta suicida y su prevención, además de trabajo continuo con adolescentes y jóvenes adultos, lo que se esperaba garantizara el éxito que se ha obtenido.

En estos seis años se han respondido una gran cantidad de llamadas de emergencia, muchas de ellas por las noches y algunas derivadas de enlaces del teléfono de emergencias 066 con amenazas de suicidio u otras situaciones de crisis, todas registradas como parte sustantiva del trabajo de Previncrisis. Tanto a partir de éstas, como de consultas en el Módulo, también numerosas, se espera haber evitado algunos suicidios entre la población de Baja California Sur.

Gracias a las opiniones y al apoyo de diversas personas e Instituciones, se han realizado modificaciones a la investigación en los años posteriores, ampliando las variables y corrigiendo las presentaciones de las cifras cuando ha sido necesario, lo que ha aportado experiencia y conocimientos, mismos que nos condujeron al análisis comparativo de estos primeros 5 años de resultados.

Las variables y los indicadores inicialmente seleccionados (2005) más los agregados en los años



subsecuentes han sido validados por su natural similitud con estudios especializados publicados recientemente por organismos internacionales, lo que nos estimula a continuar en la misma línea de trabajo.

Dado el reducido número de casos, lo que brinda la certeza de haber registrado y analizado cada uno de los suicidios ocurridos en Baja California Sur, la investigación puede ser considerada como un paradigma para otras similares en otros Estados de la República Mexicana, en particular para aquellos cuyas tasas son tan altas o superiores a las de B.C.S.

## METODOLOGÍA

En 2005 se inició esta investigación proyectada a 10 años, con un registro analítico de todos los suicidios ocurridos en B.C.S., partiendo del supuesto -posteriormente confirmado- de que debido al reducido número de suicidios, sería posible conocer con cierto detalle los hechos, algunas características socio culturales, laborales y otras variables que permitieran identificar estos actos autodestructivos y su distribución geográfica, para a partir de un mapeo, diseñar e implementar programas de prevención más efectivos y específicos dirigidos a los diferentes grupos de población y las diversas comunidades en que se presenten. Al contar con tasas estables y suficientes datos para este periodo de cinco años, que permiten hacer comparaciones, se dan a conocer los resultados de esta primera etapa de la investigación, señalando que tanto las variables como los indicadores son esencialmente los mismos que en la primera “Crónica” (2005), con las modificaciones y ajustes que han sido necesarios.

El procedimiento seguido para la obtención y registro de cada caso ha sido el siguiente:

- 1.- Recopilación de Datos: se recurre a diversas fuentes, iniciando por la revisión cotidiana de los diversos medios de comunicación: radio, T.V. o diarios impresos y electrónicos, que reportan el hecho y por otras que puedan complementarlas, como entrevistas con familiares, maestros, amigos del suicida, etc.
- 2.- Revisión Documental de los Certificados de Defunción concentrados por ley en la Secretaría de Salud, al final del año que se investiga; mensualmente o incluso en otros años cuando se cuenta con nueva información, habiendo observado subregistro de suicidios y gran porcentaje de certificados incompletos.
- 3.- Verificación y Cruzamiento de la Información dentro de la propia Secretaría de Salud a partir de los indicadores básicos, en proyecciones o confirmados, así como con la de Instituciones como el INEGI, Procuraduría de Justicia del Estado, entre otras, lo que puede llevar a modificar los registros.

Se reitera pues que más allá de un simple acopio de cifras, se han obtenido y analizado la mayor cantidad de elementos de cada persona, en particular de la situación emocional previa al acto, las circunstancias, la forma, el método y los posibles motivos; en general el entorno de cada uno, con objeto de obtener un perfil psicológico de quien se suicidó en B.C.S. Se cuenta en algunos casos con la invaluable información directa que familiares o amigos del suicida proporcionan al

acudir a Previncrisis en busca de la ayuda emocional que requieren en los momentos críticos posteriores al hecho, lo que permite corroborar o corregir los datos.

A fin de sistematizar y subsanar las deficiencias en la recopilación de todos estos datos, se diseñó en 2009 un instrumento de trabajo (Registro Obligatorio de Suicidios e Intentos de Suicidio: ROSIS)<sup>3</sup> que puede ser llenado por psicólogos, médicos u otros trabajadores de la salud, en hospitales y consultorios, a través de delegaciones de la propia Secretaría de Salud en el Estado, o bien entrevistando a familiares o personas cercanas al fallecido, cuya información contribuiría a elaborar el perfil psicológico arriba señalado. Debidamente validado, este instrumento ha probado su eficacia en las respuestas que han sido remitidas y forman parte del banco de datos de Previncrisis.

De manera particular se analizan los suicidios en las mujeres y en los jóvenes en cuanto a su situación familiar, laboral y otras variables, a fin de tratar de identificar si el género o la edad pueden ser indicadores de conductas autodestructivas.

Se elaboraron tablas concentradoras de los estados con las tasas de suicidio más elevadas, según los datos oficiales, que al señalar diferencias con las de Previncrisis llevaron a realizar otras, comparativas, mismas que se muestran en el apartado de Incidencia del Suicidio en Baja California Sur.

---

3 Rueda, Teresa. R.O.S.I.S, 2009.

Finalmente, deseando que esta investigación contribuya al conocimiento de la conducta suicida en B.C.S. y sea accesible a cualquier persona que se interese por el tema, en especial de los jóvenes comprometidos con el estudio de este fenómeno, se le ha dado un tratamiento estadístico gráfico, sencillo y comprensible.

# PRIMERA PARTE



## EL SUICIDIO EN EL MUNDO Y EN MÉXICO

Durante las últimas décadas fue lugar común entre los investigadores del fenómeno y aún en la población en general, que Suecia el país social y políticamente más desarrollado del mundo, ostentaba también el primer lugar en suicidios, lo que inevitablemente llevaba a considerar que algo se estaba haciendo mal dentro de la propia sociedad. Japón, Alemania y otros países de Europa que habían participado directa y activamente en una o las dos grandes guerras, también tenían elevados índices, igual que E. U. de Norteamérica, lo que propició el surgimiento de grupos de estudios especializados, primeramente en Austria y luego en Norteamérica, para tratar de analizar y contener el fenómeno, involucrando tanto a los gobiernos como a la sociedad civil. El número de suicidios alrededor del mundo, que crecía en proporción al incremento de población especialmente en los países más desarrollados, mantuvo un aumento constante de cifras, calculándose que durante los 45 últimos años el fenómeno ha aumentado un 60% en todo el mundo, siendo ahora significativamente mayor para los países de mercado y





economía anteriormente socialistas, según la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup> que reportó en 2000 una tasa de mortalidad global por suicidio para la población joven de 16 por 100,000 habitantes, mientras que para la O.P.S.<sup>5</sup> entre 2000 y 2004 la tasa de mortalidad ajustada es de 7.4 para toda América.

La Organización Mundial de la Salud, organismo que concentra, analiza y difunde cifras que los países le remiten, muchas de ellas irregulares y no actualizadas, de acuerdo a los criterios y capacidades de cada uno, publicó un segundo mapa de distribución mundial del suicidio en el 2009\* con informaciones para algunas naciones de años tan remotos como el 2003 y llegando en algunos sólo hasta el 2007; al compararlo con el mapa publicado en el 2002 se observan ciertas diferencias en la distribución mundial de este fenómeno. Por ejemplo, en estos 7 años, Australia, Alemania y Cuba lograron bajar sus tasas, mientras que en América Latina, sólo en Guyana y en Uruguay aumentaron los suicidios, ubicándose la mayor parte de los países de la región en los rangos más bajos.

Entre los diversos factores que han incidido en estos sensibles aumentos de cifras y cambios de distribución del fenómeno del suicidio alrededor del mundo, se pueden mencionar principalmente las recientes guerras en el este de Europa que modificaron las situaciones geográficas y políticas, con repercusiones socio-económicas y desde luego significativas secue-

---

4 Organización Mundial de la Salud. (OMS) ó WHO, en inglés.

5 Organización Panamericana de la Salud, O.M.S.

\* Para consulta del mapa del 2002: [www.who.org/mental\\_health](http://www.who.org/mental_health)



las psicológicas, emocionales y de conducta. Así, los países que encabezan actualmente las listas con las tasas más altas de suicidios son Lituania, con un 30.4 en el 2007, seguida por Bielorusia (2003) y Rusia, con 30.1. (2006). Otros países como Japón (24.4 en 2007); Francia (17 en 2006) y Suecia (13.2, también en 2006), pese a contar con numerosos programas oficiales y privados de prevención del suicidio, se siguen manteniendo entre los de cifras más elevadas, según puede observarse en el mapa, señalando que las tasas de

Lituania duplican ampliamente las que Suecia presenta en las mismas fechas.

México continúa situado, como se muestra en el mapa, en el tercer grupo de países en orden decreciente en cuanto a número de suicidios, con tasas menores al 6.5, lo que las cifras oficiales de México confirman (tabla 1) igual que algunos de América Latina y al nivel de naciones como Egipto y otras del Medio Oriente y Asia, que presentan estructuras religiosas similares y alta densidad de población. Según las cifras oficiales usadas como referencia en esta investigación, entre 2005 y 2009 hubo para todo México, de 3,800 a 4,600 suicidios por año, con variaciones poco significativas, pero constantes incrementos.

La Organización Panamericana de la Salud,<sup>6</sup> oficina regional de la O.M.S., publicó recientemente (enero 2010) un Informe sobre el Suicidio en Las Américas (del Norte, Centroamérica, América del Sur y el Cari-

6 O.P.S. Mortalidad por Suicidio en las Américas, Informe Regional, 2010.

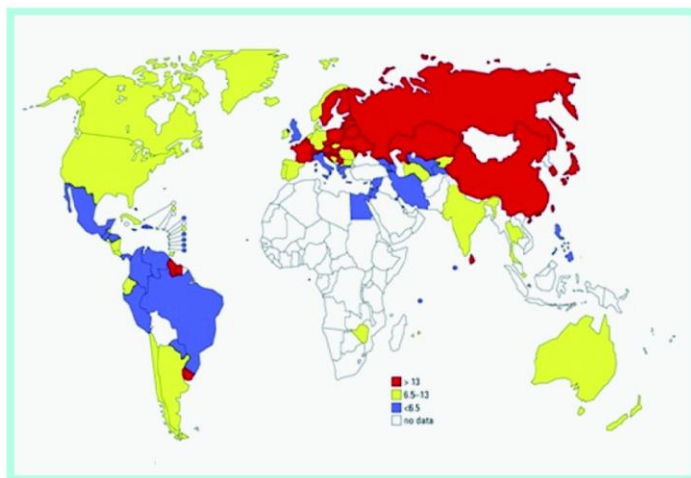




be) que presenta los resultados obtenidos de analizar prácticamente las mismas variables que esta investigación, entre 2000 y 2004, llegando a conclusiones también muy similares, lo que sugiere que este trabajo podrá contribuir a establecer parámetros de comparación más cercanos a las realidades sociales y de salud de esta región de México tan poco conocida.

Según la O.P.S., en América el suicidio ocupa el lugar número 27 entre las causas de muerte en el mundo, mencionando las irregularidades y dificultades en la aportación de los datos en la región (a los que añadiríamos las de varios países como África y Asia, por razones similares) en comparación con países más desarrollados. Algunos de los motivos que se aducen para estas

DISTRIBUCIÓN DE TASAS DE SUICIDIOS EN EL MUNDO  
CALCULADOS POR 100,000 HABITANTES  
(AÑO MÁS RECIENTE DE REPORTE EN ALGUNOS PAÍSES, EL 2007)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).



distorsiones en las cifras son los factores culturales y religiosos que en el curso de las propias investigaciones tanto en México como en Europa, se han encontrado mayormente significativos en ciertos lugares, con gran tendencia a disfrazar las muertes por suicidio. La presente investigación, realizada específicamente en Baja California Sur, región noroeste de México, tratará de mostrar que los anteriores conceptos sobre los tabúes y prohibiciones religiosas no parecen seguir vigentes ni ser tan significativos en la región, y tal vez tampoco en otras partes de México ni el mundo, como antes se observaba.

Llaman la atención las elevadas tasas que presentan estados como Baja California Sur y otros del sureste como Campeche, Yucatán y Quintana Roo, situados en las dos penínsulas diametral y geográficamente opuestas, y Tabasco, que no sólo superan por varios puntos porcentuales o duplican las nacionales -como lo indican la O.M.S. y la O.P.S. para todo México- sino que muestran que en algunas regiones de este país esas tasas son tan altas como las totales para varias de las naciones mencionadas por estos organismos internacionales.

La O.P.S. indica que es importante realizar conteos de las cifras absolutas de suicidios e intentos de suicidio, lo que ofrece esta investigación, con la certeza de que, por ser cantidades relativamente pequeñas y los casos muy recientes, todos los suicidios aquí reportados y analizados son verificables. Sin embargo, el número de incidencias locales que destaquen en el mapeo resultante de esta parte de la investigación,





habrá de ser confirmado en las visitas a realizar en una segunda etapa.

## INCIDENCIA DEL SUICIDIO EN B.C.S.

La tabla 1 muestra las tasas oficiales más elevadas de suicidios por estados en la república mexicana, destacando las de Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán del 2000 al 2009; y si bien en el 2006 B.C.S. se encuentra oficialmente 2 décimas abajo de Tabasco, los registros de Previncrisis colocarían a la entidad en ese año en el primer lugar, con una tasa de 10.1.

ENTIDADES CON LAS TASAS MÁS ALTAS DE SUICIDIOS Y TASA NACIONAL  
2000-2009

Tabla 1

2000	8.9-Camp	8.8-Tab	<b>7.8-B.C.S</b>	7.5-Chih	6.6-Col	3.5-Nac
2001	9.6-Camp	9.0-Tab	7.4-Son	7.3-Chih	6.8-Yuc	3.8-Nac
2002	9.5-Camp	9.3-Tab	<b>9.0-B.C.S</b>	7.7-Yuc	7.0-Son	3.8-Nac
2003	9.1-Yuc	8.7-Tab	<b>7.5-B.C.S</b>	7.4-Son	6.6-Camp	4.0-Nac
2004	9.1-Tab	8.8-Camp	7.7-Yuc	<b>7.1-B.C.S</b>	6.9-Col	4.0-Nac
2005	9.4-Tab	8.2-Camp	<b>8.0-B.C.S</b>	7.8-Chih	7.4-Yuc	4.2-Nac
2006	9.2-Tab	<b>9.0-B.C.S</b>	8.8-Q.Roo	8.3-Yuc	7.8-Chih	4.1-Nac
2007	15.7-Q.Roo	10.1-Tab	<b>9.5-B.C.S</b>	8.2-Camp	7.6-Yuc	4.2-Nac
2008	10.9-Q.Roo	9.4-Camp	9.4-Tab	8.4-Yuc	7.8-Son	4.4-Nac
2009	11.8-Q.Roo	11.0-Yuc	8.9-Camp	8.3-Tab	<b>8.0-B.C.S</b>	4.0-Nac

Fuente: Tabla elaborada por la autora de acuerdo con los indicadores básicos de salud, S.S.A., 2009. Calculado por 100,000 habitantes.

La observación y registros puntuales a partir del 2005 para esta investigación muestran que las tasas de suicidio en el estado duplican o triplican la nacional, e igualan o exceden también la de 7.4 que la O.P.S. señala para toda América. Según ese mismo Informe Regional, la tasa ajustada para México es de 4.9 entre 2000 y 2004,



mientras que en esta investigación, en el quinquenio inmediato, del 2005 al 2009, se obtuvo, solamente para Baja California Sur, una tasa ajustada de 9.2.

Al analizar las tablas concentradoras, elaboradas a partir de los Indicadores Básicos de Salud, que muestran los estados donde las tasas de suicidio son más elevadas (tabla 1) se hicieron evidentes algunas diferencias con las de Previncrisis, obtenidas en el inicio de la investigación de proyecciones poblacionales de CONAPO, confirmadas en 2009 con cifras del INEGI, por lo que se decidió crear un concentrado comparativo con los resultados propios y los oficiales publicados (tabla 2) donde se observan tanto diferencias poblacionales como en el número de suicidios, con discrepancias en las tasas de aproximadamente un punto entre el 2005 y el 2007 mientras que en el 2008 y el 2009 estas diferencias son mínimas, tal vez porque el trabajo conjunto con el área codificadora de la Secretaría de Salud acercó los registros de las dos instancias. Dado el reducido número de casos de esta investigación, se considera que la diferencia de un punto en las tasas obtenidas puede ser significativa.

COMPARATIVO DEL NÚMERO DE SUICIDIOS, POBLACIÓN Y TASAS  
DE LA SECRETARÍA DE SALUD, CON REGISTROS DE PREVINCISIS

Tabla 2

Años	Secretaría de Salud			Previncrisis		
	Suicidios	Población	Tasas	Suicidios	Población	Tasas
2005	42	509.524	8.0	48	502.623	9.5
2006	47	523.572	9.0	52	515.527	10.1
2007	51	537.586	9.6	58	528.405	10.4
2008	40	551.525	7.3	42	551.525	7.6
2009	45	565.400	8.0	47	565.400	8.3

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos de la S.S.A. y Previncrisis.



A fin de conciliar las proyecciones poblacionales con las cifras del INEGI en el 2009 y los registros del número de casos confirmados por esta investigación, se ajustaron las tasas, lo que también mostró variaciones de un punto para los años 2005 y 2007 con relación a los propios resultados, en tanto que aumentaron las diferencias con las tasas oficiales. La siguiente tabla es la que sirve de base para la presente investigación:

NÚMERO DE SUICIDIOS, POBLACIÓN Y TASAS AJUSTADAS POR AÑO  
2005-2009

Tabla 3

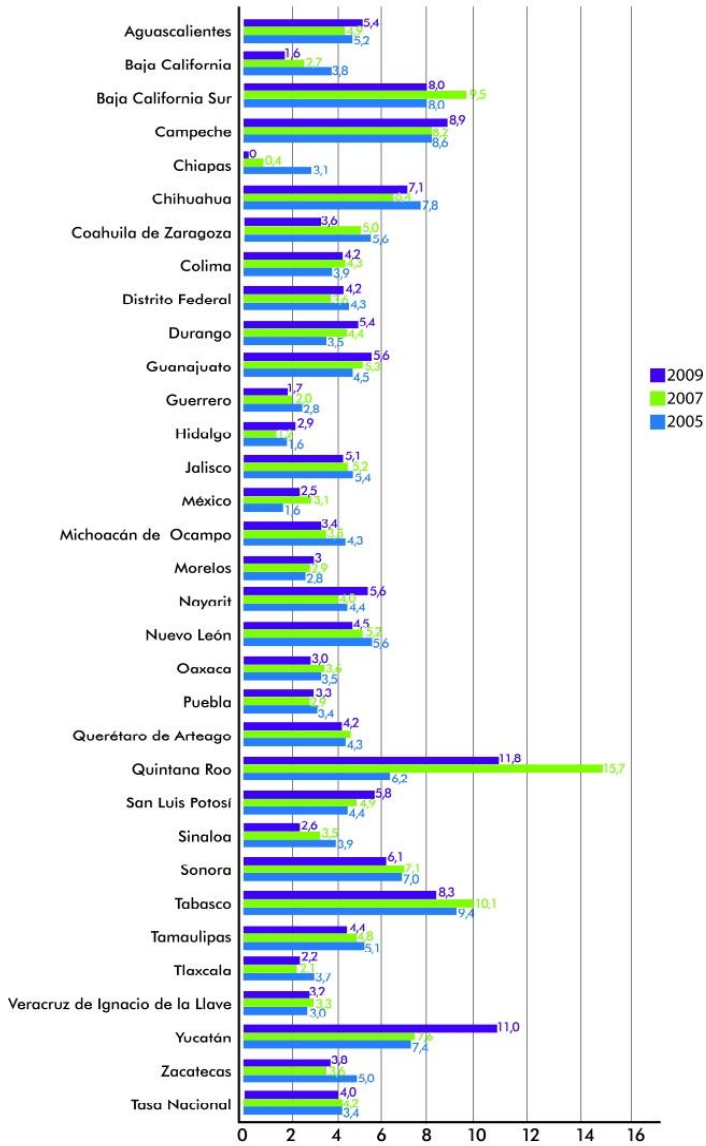
Años	Suicidios	Población	Tasa
2005	48	506.073	10.5
2006	52	519.519	10.0
2007	58	523,995	11.06
2008	42	551.525	7.6
2009	47	565.400	8.3

Fuente: Tabla elaborada por la autora con indicadores básicos de salud y datos de Previncrisis.

La gráfica bianual que se presenta en la siguiente página, con datos de la Sría. de Salud, de los años 05, 07 y 09, muestra nuevamente que las tasas de suicidio de B.C.S. son muy elevadas, aunque superadas por varios estados costeros del sureste del país: Tabasco, Campeche y Quintana Roo, al igual que por Yucatán en el 2009, por lo que se exploran desde el 2005 factores subyacentes comunes. B.C.S. no aparece en el 2008 entre los 5 primeros lugares, ya que en ese año, según las cifras oficiales, tiene una tasa de 7.3. La tasa nacional que se muestra al final permite dimensionar la magnitud de las diferencias.



TASA BIANUAL DE SUICIDIOS POR ENTIDAD 05, 07, 09



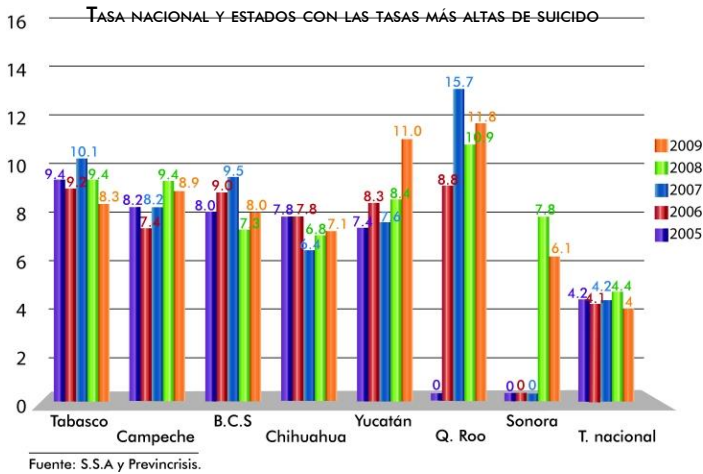
Fuente: S.S.A. y Prevencrisis.





A partir del 2005 en BCS hay elevadas tasas de suicidio, semejantes a las de Tabasco y Q. Roo, cuyas cifras para el 2007 son casi 4 veces la nacional. Con Quintana Roo se encuentran otras coincidencias: ambos se ubican en la dos penínsulas de México geográficamente opuestas; son los dos estados más jóvenes, que en el mismo año pasaron de territorios a Estados; los dos tienen una gran vocación turística, altos índices de migración, y son los dos únicos estados del país con crecimiento poblacional, en parte significativamente flotante, por lo que se espera que a partir de estos resultados se pueda trabajar conjuntamente a fin de tratar de encontrar algunas de las razones por las cuales muchas personas de estas

entidades en particular optan por el suicidio, si esa población suicida tiene semejanzas y en cuáles de las





variables, así como si pudieran ser diseñados y aplicados conjuntamente programas de prevención.

En la siguiente concentración se muestran solamente los cinco estados que han destacado consistentemente por sus elevadas tasas de suicidio, comparándolas también con la tasa nacional.

ESTADOS CON LAS TASAS MÁS ELEVADAS DE SUICIDIO Y TASA NACIONAL  
2005-2009

Estados	2005	2006	2007	2008	2009
Tabasco	9.4	9.2	10.1	9.4	8.3
Campeche	8.2	7.4	8.2	9.4	8.9
<b>B.C.S</b>	<b>8.0</b>	<b>9.0</b>	<b>9.5</b>	<b>7.3</b>	<b>8.0</b>
Chihuahua	7.8	7.8	6.4	6.8	7.1
Yucatán	7.4	8.3	7.6	8.4	11.0
Q. Roo	-	8.8	15.7	10.9	11.8
Sonora	-	-	-	7.8	6.1
Tasa nac.	4.2	4.1	4.2	4.4	4.0

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos de S.S.A y Previncrisis.

## CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES Y DEL SUICIDIO EN BAJA CALIFORNIA SUR

En 1995, según reportes del INEGI,<sup>7</sup> B.C.S. ocupó el primer lugar en suicidios en toda la república mexicana, con una tasa de 6.6 (mientras que la tasa nacional fue de 2.6) alertando a los especialistas, por lo que cuando a partir de 2000 hubo un repunte de suicidios en población joven en la entidad, se empezó a dar atención a este segmento de edad, iniciando en 2005 esta investigación

7 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios Consumados, 1995.



proyectada a 10 años, con un registro analítico de todos los suicidios ocurridos en el estado, que en ese año fueron 48, según registros de Previncrisis.

Baja California Sur es un estado territorialmente extenso, con 143,600 km<sup>2</sup> bordeados por el Océano Pacífico y el Mar de Cortés, situado al sur del paralelo 28 que lo separa de la mitad norte de la península. Los núcleos de población se encuentran muy dispersos a lo largo y ancho del Estado, distribuidos actualmente en cinco municipios, de los cuales los principales son La Paz, capital del Estado desde 1975 y Los Cabos, conformado por San José del Cabo y Cabo San Lucas, con gran población flotante que migra de otros estados ya que las actividades principales son el turismo, la prestación de servicios y las del ramo de la construcción. Loreto, que fue la capital de las Californias y surgió también en épocas modernas con una intención turística que no se ha consolidado, tiene significativamente menos habitantes, aunque también importante población flotante así como migración extranjera y nacional.

De clima semi-desértico, BCS es un estado con un nivel de vida alto, pero también caro, entre otras cosas porque siendo casi una isla, muchos de los insumos que no se producen en la región deben llegar por barco desde el interior del país, o por tierra desde la frontera norte, distante 1700 kms. de La Paz. Aquí no se observan zonas de miseria o mendicidad en las zonas urbanas ni alta incidencia de delitos como en el macizo continental o algunas zonas fronterizas y el índice de alfabetización es muy alto, aunque el promedio de escolaridad es de 9 años para hombres y 8.9 para mujeres.



En la península de Baja California hubo significativa presencia de personas de diversos orígenes, principalmente europeo, que arribaron a algunos puertos de la parte sur en busca de perlas u otros productos marinos, o a zonas mineras como Santa Rosalía, El Triunfo y San Antonio, y en años posteriores de varios estados del país, principalmente de los que comparten el Mar de Cortés. Los primeros asentamientos de población en pequeños núcleos muy dispersos y aislados en grandes extensiones territoriales favorecieron fenómenos de consanguinidad y endogamia. Al sumar a ello la peculiar calidad del agua por la presencia de depósitos de minerales en el subsuelo y los metales contaminantes usados para su extracción en algunas zonas mineras, resultaría explicable la frecuencia de trastornos psiquiátricos diversos y otro tipo de problemas mentales, y quizá también la elevada incidencia de suicidios en la entidad. Cuando se cuente con información ampliada por las visitas a las familias, así como con el mapa de distribución de las incidencias en la media península, estos planteamientos podrán ser validados o reformulados.

## LOS NÚMEROS

De acuerdo con esta investigación, entre 2005 y 2009 los suicidios en B.C.S. han oscilado entre 48 y 58, cantidades aparentemente insignificantes si se compara con los aproximadamente 4,600 suicidios anuales que ocurren en toda la república; más si se toma en cuenta que la población de B.C.S. para el 2009, según



INEGI era de 565,400 habitantes, los números resultan proporcionalmente tan significativos que el Estado continúa posicionado en los últimos años entre los 5 primeros sitios en toda la república. En total entre el 2005 y el 2009 han muerto por suicidio en el estado 247 personas, jóvenes en su gran mayoría.

Clasificado dentro de las muertes violentas, el suicidio se ubica en estos años entre las 20 primeras causas de muerte en las estadísticas de defunción de la Secretaría de Salud de B.C.S., un lugar muy similar al de las muertes por accidentes automovilísticos, ambos con altas cifras en particular entre los jóvenes, y con gran frecuencia directamente ligado al uso de alcohol, drogas o ambos. La OMS lo incluye dentro de las lesiones intencionalmente auto-infligidas entre los números X60 y X84 del CIE-10.<sup>8</sup>

---

8 Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. Revisión.

## SEGUNDA PARTE



# RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN POR MUNICIPIOS, NÚMERO DE SUICIDIOS Y TASAS

Municipios	2005			2006			2007			2008			2009		
	Pob.	Suic.	Tasa	Pob.	Suic.	Tasa	Pob.	Suic.	Tasa	Pob.	Suic.	Tasa	Pob.	Suic.	Tasa
La Paz	234,504	20	8.5	226,545	23	10.1	230,470	17	7.3	227,678	14	6.1	230,078	21	9.1
Los Cabos	123,988	13	10.5	151,576	15	9.9	158,523	26	14.55	193,384	16	8.2	204,711	17	8.3
Mulegè	54,481	6	11.0	53,849	6	11.1	54,908	7	12.7	55,840	2	3.5	56,798	4	7
Comandù	75,651	6	7.9	68,557	5	7.3	69,038	7	10.1	62,731	7	11.1	61,966	4	6.4
Loreto	13,999	3	21.4	15,000	3	20.0	15,466	1	6.4	11,892	3	25.2	11,847	1	8.4
Total	502,623	48	9.5	515,527	52	10.1	528,405	58	10.4	551,525	42	7.6	565,400	47	8.3

Fuente: Tabla elaborada por los autores, con base en datos reportados por INEGI y los censados en Fronterizas.

Esta distribución muestra algunos datos interesantes: en 2005, 2006 y 2008 Loreto fue el de las tasas más elevadas de suicidio aunque tuvo sólo 3 casos en cada año, en tanto que en 2007 la más alta corresponde a Los Cabos, mientras que La Paz en 2009 presentó la mayor tasa, de 9.1. Debido a estos altos registros, en particular en Cabo San Lucas, será necesario prestar atención al municipio, ya que con la recuperación progresiva de la economía, habrá nuevamente movimientos migratorios y población flotante. En Loreto el fenómeno se magnifica





por su reducida población, aunque se sabe que varios de los suicidas provenían de otros municipios o de otros estados, lo que remite a la necesidad de analizar la migración, tanto en éste como en los demás, ya que podría constituir también un indicador significativo para esta investigación.



NÚMERO Y PORCENTAJE DE SUICIDIOS POR MUNICIPIO, 2005-2009

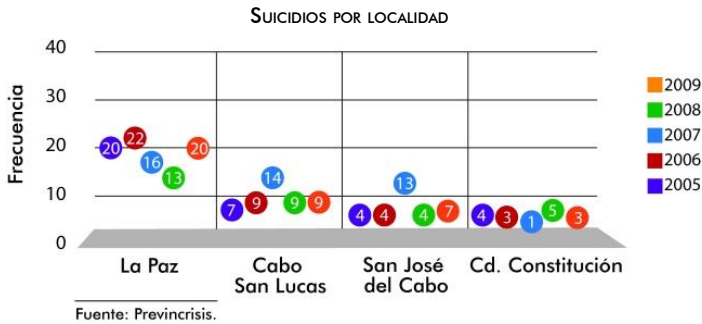
Municipio	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
La Paz	20	41.6	23	44.2	17	29.3	14	33.3	21	44.6
Los Cabos	13	27	15	35.7	26	44.8	16	38	17	36.1
Mulegé	6	12.5	6	11.5	7	12	2	4.7	4	8.5
Comondú	6	12.5	5	9.6	7	12	7	16.6	4	8.5
Loreto	3	6.2	3	5.7	1	1.7	3	7.1	1	2.1
<b>Total</b>	<b>48</b>		<b>52</b>		<b>58</b>		<b>42</b>		<b>47</b>	

## SUICIDIOS POR LOCALIDADES

Los principales centros poblacionales o sus alrededores, donde se presentan la mayoría de los suicidios, han sido concentrados bajo este rubro. Sin embargo, como se ha señalado, existen algunas poblaciones pequeñas que perteneciendo a un determinado municipio, destacan en el registro porque en ellas han ocurrido uno o



varios suicidios: tal es el caso de Miraflores donde en enero y en julio del 2005 se suicidaron dos hermanas y en el 2006 se registró otro suicidio femenino, mientras que en La Ribera, localidad vecina, se suicidó un varón en el 2006, por lo que se buscarán también aquí coincidencias y elementos que seguramente generarán nuevas variables para las etapas posteriores de la investigación.



Localidad	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
La Paz	20	41.6	22	42.3	16	27.5	13	30.9	20	42.5
Cabo San Lucas	7	14.5	9	17.3	14	24.1	9	21.4	9	19.1
San José del Cabo	4	8.3	4	7.6	13	22.4	4	9.5	7	14.8
Cd. Constitución	4	8.3	3	5.7	1	1.7	5	11.9	3	6.3

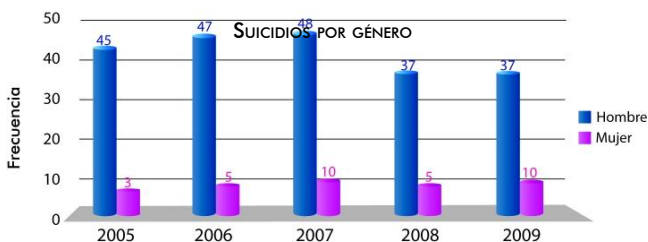
Fuente: tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis. Se señalan solamente las localidades con mayores frecuencias.

## SUICIDIOS POR GÉNERO

Como ya había sido previsto por el análisis de las cifras del 2005, los suicidios femeninos han ido en aumento en B.C.S. como en todo el mundo, duplicándose las cifras en el 2007 y en el 2009. Así, la proporción de suicidios de las mujeres con relación a los hombres ha pasado de 15/1 en el 2005 al 3/1 en el 2009, es decir,

que mientras que en el 2005 se suicidaba una mujer por cada 15 hombres, en el 2009 las cifras se han acercado

a una mujer por cada tres hombres, lo que confirma lo que se ha señalado anteriormente: que se está cerrando la brecha que tradicionalmente y a nivel nacional y mundial había entre ambos géneros, y que entre ellas los métodos son cada vez más violentos, como disparos de arma de fuego y ahorcamiento, no dejando duda de sus intenciones letales.



Fuente: Previncrisis.

Género	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2008	%
Hombre	45	93.7	47	90.3	48	82.7	37	88	37	78.7
Mujer	3	6.2	5	9.6	10	17.2	5	11.9	10	21.2
Total	48		52		58		42		47	

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.

Año	2005	2006	2007	2008	2009
Razón H/M	15/1	9/1	4/1	7/1	3/1

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.

La OPS menciona una tasa promedio de 3.5/1 a nivel mundial para el reporte que comprende los años del 2000 al 2004, casi idéntica a la que se presentó solamente en B.C.S. en 2009, lo que obliga a prestar mucha más atención a este segmento de población y a analizar cuidadosamente las incidencias que se presentan en los próximos años.



- CARACTERÍSTICAS DE LAS SUICIDAS

El número de mujeres suicidas se triplicó entre el 2005 y el 2009, con las cifras más elevadas en el 2007 y el 2009, siendo el ahorcamiento, igual que entre los varones, el método preferido, con 14 de 32 mujeres que se quitaron la vida en estos 5 años, lo que significa un 44%. A partir del 2007 se presentan algunos casos de suicidios femeninos por intoxicaciones diversas: sobredosis de drogas no lícitas, monóxido de carbono, insecticida, y medicamentos solamente en dos casos (22%). Es importante señalar que aunque generalmente se habla de la preferencia femenina por los medicamentos como instrumento para el suicidio, los datos en B.C.S. desmienten tales afirmaciones, ya que en estos 5 años sólo se presentaron los dos casos mencionados. De hecho, el que un 19% haya recurrido a armas de fuego para acabar con su existencia permitiría corroborar el que actualmente las mujeres emplean métodos más violentos, que incluyen también en algunas ocasiones el salto al vacío (12.5%) donde la apariencia final carece de importancia y se busca por el contrario asegurar la muerte. Por ejemplo, se puede comparar el uso de arma de fuego en las mujeres con los suicidios masculinos por este método, encontrando que en el 2006, las mujeres que recurrieron a pistolas o escopetas representan un 40% contra solamente un 21.2% de los hombres, por lo que en este caso ellas prácticamente duplicarían las cifras, lo que resulta sorprendente. En cuanto al ahorcamiento, los hombres recurren a este método en todos los años en aproximadamente un 80%, quedando las mujeres con 55.5%, un tercio aproximadamente más



abajo que los registros de ellos, para el 2006, también muy alto para este grupo, ya que hasta hace unos 20 años las mujeres rara vez se ahorcaban. Por otra parte, los casos de intoxicaciones (por diversas sustancias, incluidos dos por medicamentos) representan un 40% para la población femenina en el 2009, habiéndose registrado sólo un caso en la masculina en el 2008.

Ni en las variables de estado civil, nivel educativo u ocupación se han encontrado consistencias suficientes para identificar un perfil femenino hasta el momento, salvo la correspondiente a “hogar” como ocupación, ya que todos los casos fueron mujeres, sumando 13 en estos 5 años, lo que se considera un indicador interesante para analizar en los próximos años.

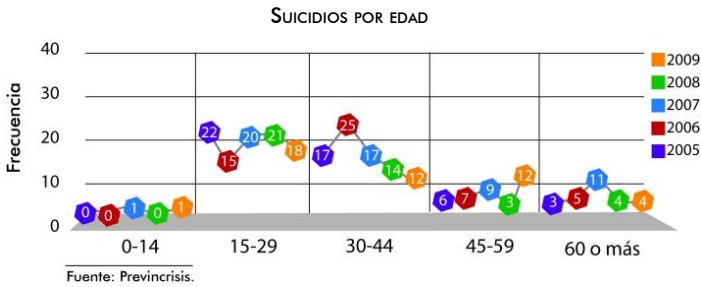
- **EXTRANJERAS**

Entre el 2005 y el 2009, con excepción del 2007 en que no se presentó ni un solo caso, hubo 5 suicidios de extranjeras en el Estado: tres de ellas estaban de paso y no existen elementos para concluir que vinieron con intenciones de quitarse la vida aquí, ya que el acto se dio asociado a ingestión de alcohol y problemas en la relación con los acompañantes, por lo que se considerarían como suicidios circunstanciales. En dos de esos tres casos existe una duda razonable respecto del tipo de acto, pero en ninguno de ellos se pudo contar con elementos suficientes para aclararla, y oficialmente fueron registrados como suicidios. Se incluyen aquí porque forman parte de la desagregación por género en la conducta suicida, pero de manera general también fueron contabilizadas, con los varones, en el apartado relativo al Lugar de Origen.



## EDADES DE LOS SUICIDAS

Aunque en el 2006 se observó un cambio en la edad de los suicidas, que pasó del rango de los 15-29 a los 30-44 con un porcentaje de 48%, a partir del 2007 la mayor frecuencia se dio nuevamente de los 15 a los 29 años, con un 34.4%. Por ello se puede afirmar que, pese a los incrementos en el número de los suicidios en otros rangos de edad en algunos años, en B.C.S. el suicidio ocurre principalmente en la población joven, entre los 15 y los 29 años, estando aquí la población femenina claramente representada. Sigue el grupo de los 30 a los 44 años y al final, con distribuciones muy semejantes, los de 45 a 59 y los mayores de 60 años, población que más adelante es analizada de manera particular.



**FRECUENCIA Y PORCENTAJE ANUAL DE SUICIDIOS POR RANGOS DE EDAD**

Edad	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
0-14	-	-	-	-	(13) 1	1.7	-	-	(14) 1	2.1
15-29	22	45.8	15	28.8	20	34.4	21	50	18	38.2
30-44	17	35.4	25	48	17	29.3	14	33.3	12	25.5
45-59	6	12.5	7	13.4	9	15.5	3	7.1	12	25.5
60 o más	3	6.2	5	9.5	11	18.9	4	9.5	4	8.5

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.

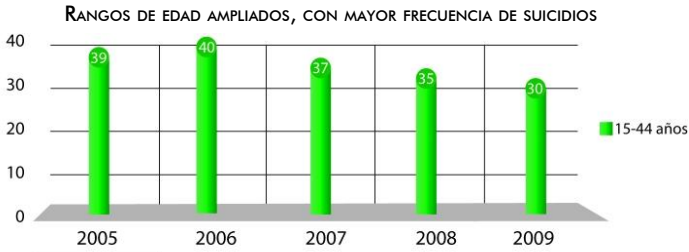


## SUICIDIOS EN POBLACIÓN DE 15 A 44 AÑOS

Dados los primeros resultados con los registros del 2005 y el 2006 que permitieron confirmar que son los jóvenes y los adultos jóvenes quienes más se suicidan en el estado, para este quinquenio se decidió manejar las edades con los rangos determinados desde el inicio, pero también analizar los indicadores resultantes de ampliar la edad de los 15 a los 44 años, lo que permite observar claramente que la mayor cantidad de suicidios se presentan en este rango ampliado. Esto indica que las personas en este grupo serían más proclives a la conducta suicida.

Al ampliar el rango de 15 a 44 años, en el 2008 con 35 casos se tiene un 83.3%, el porcentaje más elevado en los cinco años que se analizan, semejante al del 2005, mientras que el 2007 y 2009 son casi idénticos, con datos muy cercanos al 64%, lo que representa los porcentajes más bajos en el mismo periodo, pero manteniéndose aún significativamente elevados, ya que si bien las aparentes reducciones de un 20% en estas edades se podrían atribuir a la efectividad de programas de prevención como el de Previncrisis, también podrían deberse al incremento de suicidios en otros rangos, especialmente entre personas de 60 ó más años, que en la entidad presenta cifras relativamente bajas, duplicando solamente en el 2007 las de los otros años.

En cuanto a las mujeres, de las 33 que se suicidaron en estos 5 años, 26 se encontraban entre los 15 y los 44 años de edad, lo que representa un 78.7% de esta población femenina, cifra también muy elevada.



Fuente: Previncrisis.

Edad	2005	2006	2007	2008	2009
15-44 años	39 81.2%	40 76.9%	37 63.7%	35 83.3%	30 63.8%

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.

De manera similar a estos resultados, la O.P.S.<sup>9</sup> también menciona que las mayores frecuencias de suicidios se presentan actualmente en los jóvenes de 15 a 34 y adultos de 35 a 45 años, lo que hace tiempo observábamos y que estas cifras reafirman.

- SUICIDIOS EN MENORES DE 14 AÑOS

Cuando esta investigación inició y se establecieron los rangos de edad de los suicidas, no se habían presentado en el Estado casos de jóvenes menores de

los 14 años; sin embargo, en el año 2007 se reportó el primer caso de un joven de 13 años, y aunque existen dudas sobre posible muerte accidental debido a las circunstancias en que se suscitó el hecho, por estar registrado como suicidio en varias dependencias, se optó por contabilizarlo en los reportes que aquí se

9 Ibid., OPS.







muestran, ampliando entonces a la baja las edades de registro para poder incluir a niños y jóvenes entre los 0 y los 14 años de edad. En 2009 se presentaron dos casos más, ambas mujeres de 14 y 15 años, ésta última ya incluida en los grupos etáreos originalmente determinados. A diferencia de lo que parece suceder en otras entidades, aquí el suicidio entre niños no es aún un fenómeno frecuente.

- SUICIDIO EN ADULTOS MAYORES

El aumento de suicidios en personas de 60 años y más es significativo para estos registros solamente en el año 2007, ya que se incrementó casi 3 veces con relación al 2005, pasando de 6.2% a 17.2%. Sin embargo, para el 2009 el porcentaje descendió un punto con relación al 2008, con cifras semejantes entre el 06, 08 y 09, por lo que no se considera que en B.C.S. haya un aumento preocupante de suicidios en este grupo. Las observaciones permiten concluir que la esperanza de vida en B.C.S. es alta, y en general de buena calidad, por lo que las cifras de suicidio para estas edades serían congruentes con la realidad estatal. Sin embargo, debido que estos datos remiten a estadísticas nacionales e internacionales de décadas anteriores, se decidió analizar las distribuciones anuales para identificar coincidencias. Así se elaboró la tabla que presentamos en la siguiente página, en la que todos los sujetos son varones:



DISTRIBUCIÓN ANUAL DE SUICIDIOS EN PERSONAS DE 60 AÑOS O MÁS POR ESTADO CIVIL

2005		2006		2007		2008		2009	
Edad	Edo. civil	Edad	Edo. civil	Edad	Edo. civil				
76	Divorciado	71	Casado	61	Casado	67	-	71	Casado
				67	Soltero				
67	Divorciado	65	Casado	75	Casado	78	Casado	63	Casado
				60	Soltero				
67	Casado	71	Casado	80	Soltero	89	-	62	Separado
				65	Soltero				
-	-	86	Soltero	68	Casado	79	Casado	60	-
				65	Divorciado				
-	-	92	Viudo	77	Casado				
				68	Casado				
Total: 3 6.2%		Total: 5 9.6%		Total: 10 17.2%		Total: 4 9.5%		Total: 4 8.5%	
Casados: 13 50%		Solteros: 5 19.2%		Divorciados: 3 11.5%		Viudos: 1 3.8%		Separados: 1 3.8%	

Fuente: Tabla elaborada por la autora con base en los números absolutos y porcentajes registrados por Prevención

De las 26 personas de 60 años o más, que se suicidaron en estos cinco años, 13 (50%) estaban casados, 5 de ellos (19.2%) fueron registrados como solteros, ignorándose si porque nunca se establecieron en pareja o ya no la tenían; hay tres divorciados (11.5%) en este grupo, y solamente un viudo y un separado (3.8%), ignorándose para otros el estado civil. Las edades que más se repiten son 67 con 4 casos y 71 y 65 años, con 3 casos cada una. La persona de mayor edad que se suicidó tenía 92 años, el viudo, y el menor 60, de quien se ignora el estado civil. En algunas investigaciones internacionales se menciona a la vida en pareja como protectora contra conductas autodestructivas, lo que en B.C.S. no parece corresponder a esos datos.

Se seguirá analizando si hay un incremento significativo en el número de suicidios entre la población mayor, y en qué proporción, a fin de encontrar variables y buscar incidir en este grupo especialmente con programas de atención y de prevención diseñados para ellos en lo



particular. Debido a varias de sus características, este es el grupo más difícil de tratar desde el punto de vista de la prevención; sin embargo, el hecho de que la población en México y en muchos otros países esté envejeciendo, obliga a prestar más atención a la salud física y mental de estas personas, por muchos motivos muy susceptible a trastornos tanto físicos como emocionales.

## ESTADO CIVIL DE LOS SUICIDAS

Nuevamente, las estadísticas de B.C.S. corresponden en cuanto a Estado Civil a las que tradicionalmente se han manejado a nivel mundial: la mayoría de los suicidas son solteros: un 38.4% en estos 5 años, mientras que los casados representan un 33.1%. Aquí hay que recordar que el grupo de edad con mayor frecuencia de suicidio es el de 15 - 29 años, (45.8%) por lo que es esperable que sean solteros. Sin embargo, es posible que algunos jóvenes reportados como solteros pudieran estar prematuramente establecidos en pareja por un embarazo no previsto, con conflictos económicos y de convivencia, así como presiones en las familias de origen y recién formada, eligiendo el suicidio como única solución a sus problemas. Estas serían también variables para investigar en las visitas a las comunidades y para analizar posteriormente. La otra cifra significativa sería el tercio de personas casadas que en B.C.S.

se suicidaron, lo que obligaría a revisar lo que se acaba de señalar: si verdaderamente la relación de pareja protege de la autodestrucción, si estas relaciones son suficientemente profundas y significativas para que



impidan estos actos, o a la inversa, si los problemas con la pareja son determinantes en la decisión de un acto suicida. Surge pues la necesidad de realizar un cruceamiento entre las variables de edad y estado civil.



Edo. civil	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Soltero	23	47.9	20	38.4	23	39.6	15	35.7	14	29.7
Casado	13	27	18	34.6	20	34.4	12	28.5	19	40.4
Unión libre	7	14.5	3	5.7	10	17.2	6	14.2	6	12.7
Divorciado	4	8.3	6	11.5	2	3.4	0		4	8.5
Viudo	0		2	3.8	0		0		0	

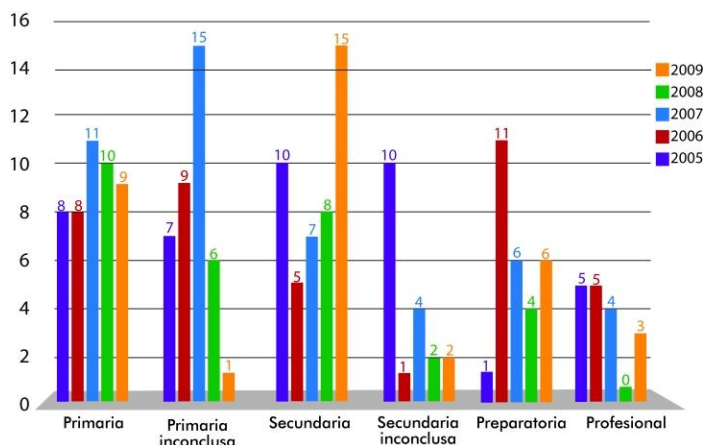
Fuente: Tabla elaborada por la autora con base en datos obtenidos por Previncrisis. Se señalan solamente las mayores frecuencias.

## ESCOLARIDAD DE LOS SUICIDAS

La mayor cantidad de suicidios en B.C.S. se presenta en personas que tienen principalmente niveles de primaria, primaria inconclusa y secundaria, o secundaria inconclusa, lo que remite a los índices de escolaridad en el estado, cuyo promedio es de 9 años. Solo en el 2006 hubo varios suicidas con preparatoria concluida, mientras que de los profesionistas que se suicidaron en el Estado, la mayor parte provenía de otros lugares del país.



### SUICIDIOS POR ESCOLARIDAD



Fuente: Previncrisis.

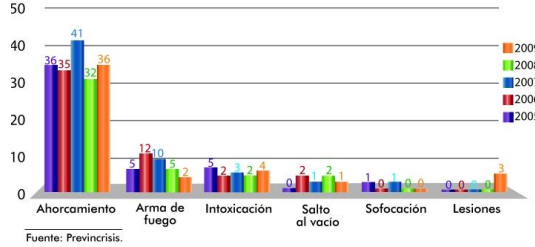
Respecto de las mujeres, es también importante cruzar las variables de escolaridad con edad, estado civil y ocupación, analizando en las visitas a las comunidades si se presenta con frecuencia convivencia en pareja en edades tempranas y embarazos prematuros, lo que ya se observa en el trabajo clínico cotidiano, ya que los resultados hasta este momento no ofrecen suficientes elementos para formar un grupo que permita interrelacionar estas variables.

Escolaridad	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Primaria	8	16.6	8	15.3	11	18.9	10	23.8	9	19.1
Primaria inconclusa	7	14.5	9	17.3	15	25.8	6	14.2	1	2.1
Secundaria	10	20.8	5	9.6	7	12	8	19	15	31.9
Secundaria inconclusa	10	20.8	1	1.9	4	6.8	2	4.7	2	4.2
Preparatoria	1	2	11	21.1	6	10.3	4	9.5	6	12.7
Profesional	5	10.4	5	9.6	4	6.8	0		3	6.3

Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.  
Se señalan solamente las mayores frecuencias.



## MÉTODO PARA COMETER EL SUICIDIO



Como se ha señalado desde la investigación inicial (Crónica del 2005) el ahorcamiento es el método mayormente utilizado para cometer suicidio, tanto entre hombres como entre mujeres, lo que se destacó en el capítulo de género; la O.P.S. lo clasifica como asfixia y en algunos registros estadísticos en México se especifica “asfixia por ahorcamiento”, pero como en esta investigación se han encontrado otros métodos de asfixia, decidimos conservar la palabra ahorcamiento cuando aplica, mientras que por haberse presentado dos casos, se ha incluido la sofocación como método específico. Sigue el uso de arma de fuego, más frecuente en el medio rural donde se dispone de armas para la protección o la caza, y en tercer lugar las intoxicaciones, entre las que se han registrado algunas por monóxido de carbono, venenos diversos y en pocos casos, medicamentos. El salto al vacío parece ser un método preferido por las mujeres, aunque no todos los casos en esta categoría son femeninos.

Sitio de deceso	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Hogar	36	75	32	61.5	37	63.7	24	57.1	38	80
Despoblado	4	8.3	8	15.3	3	5.1	5	11.9	0	
Celda	2	4.1	4	7.6	3	5.1	2	4.7	0	
Vía pública	3	6.2	3	5.7	10	17.2	6	14.2	7	14.8

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis. Se indican solo las mayores frecuencias.



## SITIO DEL DECESO

Los cinco años de registro indican que, como en otros lugares y en el mundo en general, el hogar es el sitio mayoritariamente elegido para suicidarse, y el acto se realiza preferentemente en la recámara o en el baño, siguiendo el patio trasero, lo que coincide con registros internacionales y nacionales. Algunas de las variables indicadas se refieren a sitios que no se repitieron, o poco: por ejemplo, se hizo la distinción entre despoblado y vía pública; en ésta última se consideran los suicidios en carreteras, en sitios públicos como hoteles, lugares en construcción o deshabitados, etc., dentro o cerca de los centros poblacionales o de la ciudad; mientras que en despoblado se incluyen los suicidios en campo abierto, en lugares no habitados cercanos a rancherías, en el monte, etc. Sin embargo, debido a la frecuencia con la que se han registrado suicidios en celdas de detención en cárceles o comandancias de policía, se estableció una clasificación especial, haciendo un llamado a las autoridades policiales para que presten mayor atención a las personas detenidas y prevengan estos suicidios. Algunos jóvenes que son arrestados se ven repentinamente confrontados con reiterados problemas de conducta o de adicciones, prefiriendo quitarse la vida agobiados por la culpa y antes que enfrentar la vergüenza o el castigo familiar o social por su detención. Preocupa que también hay un cierto número de jóvenes militares o marinos que se disparan con sus armas de cargo, algunos en servicio, que sería necesario atender de manera especial, en la medida en que las autoridades castrenses lo reconozcan y lo permitan.



Sitio de deceso	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Hogar	36	75	32	61.5	37	63.7	24	57.1	38	80
Despoblado	4	8.3	8	15.3	3	5.1	5	11.9	0	
Celda	2	4.1	4	7.6	3	5.1	2	4.7	0	
Vía pública	3	6.2	3	5.7	10	17.2	6	14.2	7	14.8

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.  
Se indican solo las mayores frecuencias.

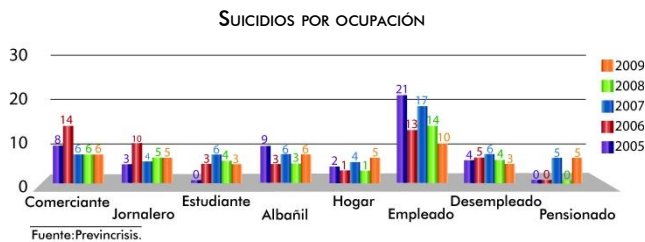
## OCUPACIÓN DE LOS SUICIDAS

Al igual que en otras variables, aquí hubo necesidad de agrupar las ocupaciones de acuerdo con las que más se

presentaron entre los suicidas, y si bien es un tanto arbitraria, es la misma que se utiliza desde el 2005, cuando se inició la presente investigación, añadiendo ocupaciones no mencionadas anteriormente según se van encontrando, en función de su frecuencia. En las tablas y gráficas, por otra parte, no se incluyen todas, ya que en ocasiones estuvieron poco representadas aún cuando se repitieron en los diferentes años. Los que se agrupan en “empleados” realizan actividades diversas para un patrón, son asalariados, sujetos a un horario y en general en un sitio definido. En comerciantes se incluyen tanto los que cuentan con un negocio establecido como los que realizan actividades en la calle, sin un



domicilio comercial fijo, y son independientes. Algunas actividades realizadas por los suicidas en un determinado año pueden repetirse poco en otros, como es el caso de los albañiles, que en 2005 fueron un importante sector y que en el 2006 y 2008 se encuentra menos representado, mientras que los jornaleros, que al igual que los albañiles podrían constituir una nueva variable entre los migrantes, empiezan a destacar en este comportamiento. Los desempleados se mantienen en niveles bajos, pero similares en los 5 años.



Ocupación	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Comerciante	8	6.6	14	26.9	6	10.3	6	14.2	6	12.7
Jornalero	3	6.2	10	19.2	4	6.9	5	11.9	5	10.6
Estudiante	0		3	5.7	6	10.3	4	9.5	3	6.3
Albañil	9	18.7	3	5.7	6	10.3	3	7.1	6	12.7
Hogar	2	4.1	1	1.9	4	6.9	1	2.3	5	10.6
Empleado	21	43.7	13	25	17	29.3	14	33.3	10	21.2
Desempleado	4	8.3	5	9.6	6	10.3	4	9.5	3	6.3
Pensionado	0		0		5	8.6	0		5	10.6

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.

## OCUPACIÓN DE LAS MUJERES

Mientras que en otras ocupaciones las mujeres se distribuyen prácticamente en todo el espectro, el rubro “hogar” está conformado exclusivamente por mujeres,



observándose un incremento en las incidencias del 2007 y 2009, con las siguientes frecuencias:

Distribución anual de mujeres suicidas ocupadas en el hogar	2005	2006	2007	2008	2009	Total: 13
	2	1	4	1	5	

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrissis.

Resulta sin embargo difícil encontrar por el momento relación entre estas cifras, porque en ocasiones las personas se refieren al “hogar” como ocupación cuando no se tiene un trabajo, generalmente fuera de la casa, que produzca un ingreso económico, así como a mujeres temporalmente desempleadas. Para tener una mayor certeza habría que entrevistar a los familiares, lo que es extensivo para prácticamente todas las variables, y cruzarlas entre ellas en diferentes rubros.

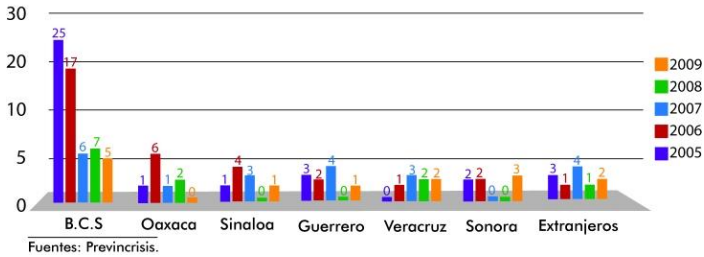
## LUGAR DE ORIGEN DE LOS SUICIDAS

Como es de esperarse, la mayor parte de los casos son originarios de B.C.S., aunque en todos los años se suicidaron personas provenientes de otros estados, especialmente de Oaxaca, Sinaloa, Sonora y Guerrero, suponiéndose que algunos de éstos últimos, como los de Veracruz, sean jornaleros o albañiles. De las tres primeras entidades siempre ha habido un gran flujo de personas hacia la península, por lo que muchos podían tener años en el estado, aunque se les señala un origen diferente por haber nacido en otro lugar, lo que se aplicaría también a los extranjeros que en algunos años estarían proporcionalmente más representados que los nacionales en esta población suicida.





SUICIOS POR LUGAR DE ORIGEN



Lugar de origen	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
B.C.S.	25	52	17	32.6	6	10.3	7	16.6	5	10.6
Oaxaca	1	2	6	11.5	1	1.7	2	4.7	0	
Sinaloa	1	2	4	7.6	3	5.1	0		1	2.1
Guerrero	3	6.2	2	3.8	4	6.8	0		1	2.1
Veracruz	0		1	1.9	3	5.1	2	4.7	2	4.2
Sonora	2	4.1	2	3.8	0		0		3	6.3
Extranjeros	3	6.2	1	1.9	4	6.8	1	2.3	2	4.2

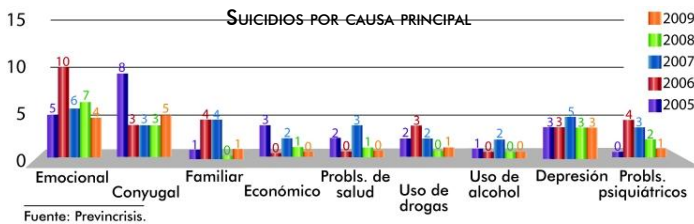
Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis. Solo se señalan los estados más repetidos.

## CAUSA PRINCIPAL DEL SUICIDIO

Siendo el suicidio una conducta indudablemente multifactorial, sería inadecuado y poco profesional tratar de señalarle una sola causa, que en último término remitiría a la estructura de personalidad o a las patologías del individuo que realiza el acto. Sin embargo, es bien sabido, y parte de esta investigación pretende demostrarlo, hay situaciones que pueden considerarse como detonantes y que con base en la experiencia permiten deducir el comportamiento autodestructivo. Obviamente, para la mayoría de los suicidios aquí registrados, igual que para otras variables, se recurrió a informaciones de los familiares o de personas cercanas al suicida para conocer de las circunstancias anteriores



al suceso: peleas con la pareja, regaños de los padres, problemas de salud, escolares, de abuso de alcohol o drogas, económicos, etcétera, analizando también el acto en sí mismo como único recurso en algunos casos. Debido a estas ineludibles circunstancias, esta variable es seguramente la menos confiable de las que aquí se analizan, a lo que se añadiría lo señalado anteriormente en diversos apartados: que quien llena el certificado de defunción no inquiriere sobre antecedentes o posibles motivos, o no lo anota.



1.- Problemas emocionales: aquí se concentran la mayor cantidad de personas y en este rubro se incluyen diversas situaciones afectivas que influyen en los individuos y que no corresponden a las otras subvariables, como abrumadores sentimientos de angustia y soledad, generalmente derivados de una ruptura afectiva; significativas dificultades en la comunicación con otros del entorno, tendencia a actuar impulsivamente, etc. En la gráfica, los problemas emocionales tienen la mayor frecuencia especialmente en el 2006, mientras que en ese año no aparecen problemas de depresión. Sin negar el hecho de que muchos de los problemas emocionales que los jóve-





nes enfrentan los conducen o son resultado del uso del alcohol o las drogas, lo que incrementa éste u otro tipo de problemas, con fines de comprensión, y dado que se les considera como elementos muy importantes, ambos se mencionan como causas separadas.

- 2.- La depresión, que es otra de las sub-variables de este rubro, es señalada de manera independiente ya que a este trastorno, que no es en todos los casos un problema psiquiátrico, se le considera como uno de los componentes muy importantes -si no determinantes- en los actos autodestructivos. Por ejemplo en los adolescentes, quienes sufren con mucha frecuencia episodios depresivos derivados de sus relaciones conflictivas -o rupturas- con los demás, no siempre detectados ni valorados seriamente por los médicos, psicólogos o psiquiatras. En la gráfica se observa que el año con mayor presencia de depresión entre los suicidas es el 2007, aunque sigue siendo significativamente menor a la frecuencia de los Problemas Emocionales en general.
- 3.- Uso de alcohol y drogas: como causa del suicidio se encuentra poco representado en los cinco años de esta recopilación, lo que evidentemente no corresponde a la realidad, ya que cotidianamente se observa un cada vez más creciente número de personas, especialmente jóvenes, que abusan del alcohol o utilizan alguna droga ilícita, generalmente cocaína o cristal (metanfetaminas) y que presentan como consecuencia, o de inicio, problemas emocionales, familiares, de salud y otros, que más tarde conducen a muchos al suicidio. Así pues, la frecuencia en el uso



de alcohol y esas drogas es seguramente mayor que lo que aquí se reporta, sabiendo perfectamente que ambas conductas están muy unidas aunque en ocasiones se pretenda manejarlas como si fueran problemas aislados e incluso ajenos a la realidad social en la que se encuentran inmersos los individuos. Cuando en la segunda parte de esta investigación se pueda entrevistar a los familiares para mejorar los perfiles psicosociológicos, seguramente aumentarán las cifras en estos registros. Por lo tanto, seguimos afirmando que las adicciones son la entrada a un submundo del que muchos sólo salen por la puerta del suicidio.

- 4.- Problemas psiquiátricos: es sólo a partir del 2006 que los problemas psiquiátricos diagnosticados como tales aparecen en la población estudiada como causa determinante del suicidio: esquizofrenias paranoides, otras psicosis delirantes de diferente etiología o resultado del abuso del alcohol o drogas, así como síndromes de abstinencia o tratamientos fallidos para dejar alguna adicción, etc., etc. Las depresiones psiquiátricas severas reiteradas y resistentes a tratamientos medicamentosos se incluirían en este rubro, aunque no se tiene la certeza de que se hayan presentado en los casos aquí analizados, si bien en algunas ocasiones la familia refirió que el suicida estaba en tratamiento psiquiátrico.
- 5.- Problemas económicos: pese a las crisis financieras de los recientes años, la situación económica no parece ser particularmente determinante en estas conductas, especialmente entre la población joven



que no estudia o ha interrumpido la escuela y que labora eventualmente para pagarse algunos gastos. Aún cuando en el municipio de Los Cabos el sector de la construcción se vió seriamente afectado, donde destacaron los albañiles en los registros del 2005, en los años posteriores no se incrementaron los suicidios entre ellos pese a la falta de empleo, manteniéndose las frecuencias en niveles bajos, tal vez porque muchos decidieron regresar a sus lugares de origen o cambiar de actividad. Los mismos números bajos se registran en lo que se refiere a Problemas de Salud, por lo que no se hace especial referencia a esta causa. Reiteramos así lo que hemos dicho en foros internacionales: cuando la gente está ocupada en sobrevivir, no piensa en el suicidio.

Causa principal	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Emocional	5	10.4	10	19.2	6	10.3	7	16.6	4	8.5
Conyugal	8	16.6	3	5.7	3	5.1	3	7.1	5	10.6
Familiar	1	2	4	7.6	4	6.8	0		1	2.1
Económica	3	6.2	0		2	3.4	1	2.3	0	
Probs. salud	2	4.1	0		3	5.1	1	2.3	0	
Uso de drogas	2	4.1	3	5.7	2	3.4	0		1	2.1
Uso de alcohol	1	2	0		2	3.4	0		0	
Depresión	3	6.2	3	5.7	5	8.6	3	7.1	3	6.3
Probs. psiquiátricos	0		4	7.6	3	5.1	2	4.7	1	2.1

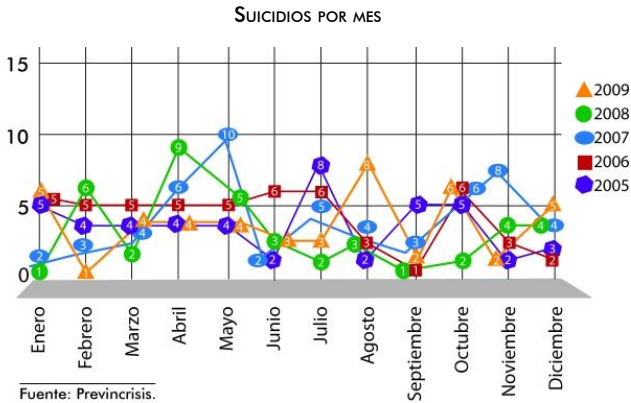
Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.  
Sólo se mencionan las causas más frecuentemente señaladas.

## FRECUENCIA DE SUICIDIOS POR MES

Para esta investigación se analizó la frecuencia de suicidios en los diferentes meses, días de la semana e incluso las horas estimadas de la muerte, pero dado que



se encontraron enormes discrepancias de hasta días en este último rubro, se decidió eliminarlo, aunque se sabe que en general la mayor incidencia de suicidios se presenta en las primeras horas (00 a 02 Hrs.) y luego entre las 05 y 06 de la mañana.



A partir del inicio de estos registros, se ha encontrado que en B.C.S. los meses en que hay más suicidios son principalmente mayo, julio, septiembre, y con menor frecuencia octubre; sin embargo, no se pueden aún hacer afirmaciones porque como se observa, mientras que en el 2006 las cifras se mantuvieron bajas, incrementándose ligeramente en junio, julio y octubre, en el 2007 hubo “picos” en mayo y noviembre, por lo que se pueden considerar ambos años como atípicos para estos registros. Igual es una constante en el Estado que en diciembre, pese también a lo que usualmente se dice respecto de que en navidad y año nuevo hay más suicidios, las cifras no se incrementan sensiblemente como en los meses en





que inicia el calor, muy intenso en la región; por el contrario, se ha observado una cierta euforia en esas fechas en que las familias, en B.C.S. muy aglutinadas en torno a la casa materna, acostumbran a reunirse y a no medirse en los gastos. Tampoco se puede afirmar nada con relación al clima, igual que sucede en muchas naciones, porque las incidencias no son constantes para poder establecer una relación causa-efecto. Sin embargo, hay ciertos fenómenos climáticos que han sido reconocidos: presencia e intensidad de vientos, depresiones atmosféricas, ausencia de luz natural y noches prolongadas, etc., circunscritos a ciertas estaciones del año y que influyen en el estado de ánimo de las personas. Por ejemplo, las depresiones invernales son reconocidas entre especialistas de la salud mental, pero también el efecto benéfico a niveles neurobiológicos y emocionales de la vida junto al mar, por lo que se insiste en que debe proponerse analizar conjuntamente lo que origina que varios estados costeros del país sean los que ostentan las tasas de suicidio más elevadas, como B.C.S.

FRECUENCIA DE SUICIDIOS POR MES

Mes	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Enero	5	10.4	5	9.6	2	3.4	1	2.3	5	10.6
Febrero	4	8.3	5	9.6	3	5.1	6	14.2	1	2.1
Marzo	4	8.3	5	9.6	4	6.8	2	4.7	4	8.5
Abril	4	8.3	5	9.6	6	10.3	9	21.4	4	8.5
Mayo	4	8.3	5	9.6	10	17.2	5	11.9	4	8.5
Junio	2	4.1	6	11.5	2	3.4	3	7.1	3	6.3
Julio	8	16.6	6	11.5	5	8.6	2	4.7	3	6.3
Agosto	2	4.1	3	5.7	4	6.8	3	7.1	8	17
Septiembre	5	10.4	1	1.9	3	5.1	1	2.3	2	4.2
Octubre	5	10.4	6	11.5	6	10.3	2	4.7	6	12.7
Noviembre	2	4.1	3	5.7	8	13.7	4	9.5	2	4.2
Diciembre	3	6.2	2	3.8	4	6.8	4	9.5	5	10.6
Total	48		52		58		42		47	

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.



## • SUICIDIOS POR DÍA DE LA SEMANA



La más alta incidencia de suicidios en B.C.S. y en muchas otras partes del mundo, se presenta los fines de semana, especialmente el domingo, luego el sábado, el viernes y ocasionalmente los jueves, y desde luego períodos de descanso pero no especialmente las vaca-

ciones, con algunas variaciones en estos cinco años. Las explicaciones remiten generalmente a que los fines de semana se dispone de mayor tiempo libre que obliga a pensar en los problemas y no evadirlos con el trabajo; a que este tiempo se comparte con la pareja o la familia, donde se generan conflictos, o para quienes se encuentran solos, a que no se tienen personas alrededor para compartir pensamientos o sentimientos, lo que puede resultar insoportable. También se observa que en el Estado en general, los fines de semana se ingieren mayores cantidades de alcohol, lo que por sí mismo es un problema por otras repercusiones, y que contribuye a intensificar los problemas emocionales y familiares que ni se evitan ni se sabe enfrentar o manejar adecuadamente. Ante las presiones se incrementan las tensiones, las reacciones violentas, los sentimientos de culpa, soledad y de angustia, que llevan entonces a las personas a tomar la decisión de huir de la realidad insoportable buscando su propia muerte.





Día	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Lunes	3	6.2	6	11.5	6	10.3	9	21.4	7	14.8
Martes	9	18.7	3	5.7	8	13.7	2	4.7	7	14.8
Miércoles	3	6.2	7	13.4	7	12	3	7.1	3	6.3
Jueves	5	10.4	9	17.3	8	13.7	10	23.8	7	14.8
Viernes	9	18.7	10	19.2	7	12	7	16.6	10	21.2
Sábado	11	22.9	5	9.6	10	17.2	7	16.6	5	10.6
Domingo	8	16.6	12	23	12	20.6	3	7.1	8	17.2

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.

## INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS

Desde el inicio de esta investigación se ha mencionado el problema del subregistro en los intentos de suicidio, que con frecuencia son precursores del suicidio y que de ser adecuada y profesionalmente atendidos, pueden evitarlo. En otras ocasiones, como lo hemos señalado con anterioridad,<sup>10</sup> el intento de suicidio constituye por sí mismo una conducta que no necesariamente tiene la muerte por finalidad, por lo que hay que contar con los elementos necesarios a fin de darles a estos actos el valor que tienen de acuerdo a la intención y la letalidad. Al saber distinguir entre los suicidios fallidos que resultaron en intentos, y las conductas que llevan a las personas a manejar la supuesta solución de sus problemas a través de reiterados intentos de suicidio, que hacen disminuir el estrés y resultan en mayor atención subsecuente del entorno, se puede brindar la ayuda profesional especializada para que los suicidantes<sup>11</sup> y sus familias

10 Rueda, T., Manual Para la Prevención del Suicidio.

11 \_\_\_\_\_, El Concepto de Muerte en los Suicidantes Franceses y Mexicanos....



aprendan a enfrentar y resolver las situaciones conflictivas de manera sana y adecuada, modificando rasgos patológicos o estructuras de personalidad deficientes.

A continuación se presentan los intentos de suicidio en total, por año, no por individuo, solamente de los casos objeto de esta investigación.

INTENTOS DE SUICIDIOS PREVIOS

Año	Hombre	Mujer	Total
2005	8	1	9
2006	3	-	3
2007	3	-	3
2008	3	1	4
2009	1	1	2
Total	18	3	21 8.5%

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.

Se observó sin embargo, que algunos de los sujetos habían hecho más de un intento previo al acto fatal.

Para esta investigación, de los 247 suicidios de estos 5 años, solamente se tiene registrado un 8.5% de intentos de suicidio previos.

Debido a que hace años los intentos de suicidio eran más frecuentes entre mujeres que entre varones, se ha mantenido la creencia de que en ellas se da más esta conducta que los suicidios, lo que probablemente sea cierto aunque ya no con las amplias diferencias que anteriormente se presentaban, según puede observarse en el apartado de género, en las características de las suicidas, mientras que en los registros de esta investigación se ha encontrado que hay más hombres que mujeres con intentos de suicidio.



## NOTAS PÓSTUMAS

Se dejó para el final de esta investigación lo que constituye otro de los mitos de la conducta suicida: las notas que dejan las personas que toman esta decisión, eximiendo a otros de su acto o culpabilizándolos de manera directa o en ocasiones de forma inconsciente y velada. Ello se manifiesta en algunos de los mensajes dejados por los sujetos, habiéndose encontrado que gran agresividad en las notas corresponde a suicidios en personas con trastornos psiquiátricos u otros problemas mentales severos, al igual que algunos actos suicidas particularmente violentos y destructivos.

El acto suicida, ya sea intento o suicidio consumado es siempre un acto autodestructivo pero también una llamada de atención al entorno, que implica igualmente una cierta dosis de agresión hacia una o varias personas cercanas, quienes difícilmente se librarán de la culpa de lo que creen que hicieron o dejaron de hacer por el suicida. Entre los especialistas se sabe que pocos suicidas dejan mensajes, y en B.C.S. así lo refleja la tabla que aquí se presenta, donde puede verse que de las 247 personas que se suicidaron en el estado, solamente un 6.4% dejó mensaje escrito.

Amenazas verbales previas al acto o el contenido agresivo o culpígeno de las notas dejadas por quienes hacen intentos de suicidio y/o juegan con su propia vida para obtener algo, confirmarían las diferencias entre el suicidio y el intento de suicidio.



#### NOTAS PÓSTUMAS POR AÑO Y GÉNERO

Año	Hombre	Mujer	Total
2005	2		2
2006	2	2	4
2007	4	1	5
2008	2	-	2
2009	3	-	3
Total	11	3	16 6.4%

Fuente: Tabla elaborada por la autora con datos obtenidos por Previncrisis.

## LA FAMILIA DEL SUICIDA

La culpa, la depresión reactiva y otros sentimientos agobiantes que genera el suicidio de una persona cercana, requieren de una ayuda profesional específica para los familiares, compañeros o amigos, también llamados “sobrevivientes”, aunque aquí se prefiere aplicar ese término traducido del inglés a quienes sobreviven a un acto autodestructivo que al entorno familiar o social del suicida. El apoyo psicoterapéutico profesionalmente manejado les permite eliminar culpa, ansiedades y conflictos con otros miembros de la familia o del entorno, superar la depresión consecuenta a una pérdida, así como restauran las relaciones con el medio y el grupo familiar. En diversas intervenciones ha podido constatarse, tanto en las entrevistas a familiares de suicidas para esta investigación, como en el trabajo cotidiano en Previncrisis, que la muerte por suicidio no constituye en B.C.S. ni un estigma ni un agravio, y que el duelo por un familiar muerto por suicidio no parece ser mayor o diferente del que se suele tener ante otro tipo de muerte. Sin embargo, sí se ha observado la misma tendencia que



ha sido reportada en otros estudios y en otros países, en la que padres, hijos, sobrinos o hermanos de suicidas se sienten forzados por una suerte de destino, abrumados por ideas casi fijas, o más aún, libres de responsabilidad propia, para repetir la conducta del suicida, lo que obedecería más a estructuras disfuncionales o francamente patológicas familiares y personales, que a una cuestión genética, de destino o fatalidad como ellos pudieran percibirlo.

## TERCERA PARTE





## CONCLUSIONES

- En esta investigación se muestra que entre 2005 y 2009, como en otros años, el suicidio, considerado ya un problema de salud pública, mantiene en Baja California Sur cifras muy elevadas, colocando al estado entre los cinco primeros del país, con tasas que duplican o triplican las nacionales.
- La tasa ajustada de suicidios obtenida por esta investigación entre 2005 y 2009, sólo para B.C.S. es de 9.2, mientras que la que la tasa que la O.P.S. obtuvo para el quinquenio anterior para toda América, fue de 7.4, lo que permite dimensionar el problema en la entidad.
- En B.C.S. los porcentajes de suicidio más altos se presentan en la población de adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 44 años, con mayor incidencia en el rango de 15 a 29 años, mostrando el gran deterioro del tejido social actual, que no solo no retiene sino que expulsa a sus miembros. Ello se entrelaza con muchas otras características que se observan en los adolescentes y los jóvenes adultos en los últimos años: ausencia de metas a corto o



largo plazo, desinterés por el futuro que es sustituido por la urgencia de satisfacer necesidades inmediatas y efímeras pero poderosas; incapacidad para establecer relaciones perdurables y significativas; escasa motivación para plantearse primero y alcanzar luego desafíos superiores en los estudios o el trabajo, así como frecuente e inmoderado consumo de alcohol y de una gran variedad de drogas ilícitas cada vez más a su alcance, que venden y compran abiertamente a plena luz. Ante la oportunidad del disfrute temporal y la obtención de placer la vida adquiere su valor, por lo que si se pierde en un hecho violento o por el suicidio, se considera que valió la pena. Toda esta dinámica se ubica sobre una plataforma general de familias disfuncionales y emocionalmente poco o mal cohesionadas y en una cultura mediática que parece enaltecer a delinquentes convirtiéndolos en figuras financieramente exitosas que esos jóvenes con escasas metas y

valores distorsionados, desean imitar.

Sin embargo, al optar por el suicidio los jóvenes renuncian al desarrollo de sus capacidades y potencialidades, privando a la sociedad de su fuerza de trabajo, creatividad, capacidad reproductiva, etc. etc. El suicidio no es entonces problema de un sólo individuo, sino de toda la sociedad.

- El suicidio entre la población femenina se ha incrementado en la entidad, cerrando la brecha que existía anteriormente con relación a la población masculina. La proporción de 15/1 en el 2005 llegó hasta 3/1 en el 2009, lo que representa un gran





aumento solo en esos 5 años, siendo los métodos utilizados por ellas cada vez más violentos y defensorios. Es posible que aquí influya el hecho de que las mujeres ahora tienen mayores responsabilidades que en el pasado al irse incorporando por necesidades económicas o de superación personal,

al mercado de trabajo y convertirse también en jefas de familia, o por el contrario, porque las condiciones socio-culturales o una maternidad a temprana edad les impide desarrollarse más allá de los límites del hogar, lo que en ambos casos puede generar frustración y agresividad.

Derivado de ello, se observa que la maternidad no constituye ya una barrera contra el suicidio, puesto que algunas suicidas dejan tras de sí hijos que pudieron ser factores de frustración, culpa o insatisfacción, lo mismo que otras relaciones significativas. Por el contrario, a la fecha no se han reportado suicidios de madres solteras jóvenes, lo que se explicaría tal vez porque aquí la maternidad en mujeres adolescentes o muy jóvenes no constituye un problema, al pasar a ser parte de este mundo de responsabilidades diluidas y ser integradas en las familias de origen de manera natural, con un hijo primero y luego otros, obteniendo incluso recursos financieros que podrían estar favoreciendo estas conductas poco responsables a nivel individual tanto como familiar

- Otra de las que parecen ser características muy específicas de la sociedad sudcaliforniana, es que los familiares del suicida no perciben el acto como





algo vergonzoso ni reprochable, sino que lo asumen como una muerte natural o consecuente a enfermedad. Sin embargo, como ante otras varias situaciones, se observan también actitudes orientadas a restar importancia al acto, si no es que un claro mecanismo de negación, lo que les permite, en algunas ocasiones, recuperarse del duelo con relativa facilidad.

- Uno de los resultados más importantes de esta investigación es el deficiente registro de las muertes por suicidio en los certificados de defunción, ya sea porque quien certifica la muerte no cuida de llenar todos los espacios interrogando a familiares, o porque al asentar la causa no inquiere sobre lo que antecedió al hecho, o la intencionalidad de las lesiones que ocasionaron la defunción. Esto repercute no solamente en un subregistro de suicidios, sino en complicaciones para el manejo posterior de la información.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Las elevadas tasas de suicidio de jóvenes en el estado, ponen de manifiesto la necesidad de promover acciones interinstitucionales, y en los diferentes niveles o instancias de salud, a fin de diseñar e implementar programas efectivos de atención y prevención de conductas suicidas que permitan abatir las cifras o al menos evitar que sigan creciendo. Esto hace necesaria una adecuada capacitación de profesionistas para que cuenten con conocimientos teórico-prácticos específicos sobre el tema que les permita detectar y ayudar en la solución de los problemas.
2. Con el objetivo de poder ofrecer la capacitación idónea sobre las conductas suicidas y su prevención a personas con influencia y trato directo en especial con población de adolescentes y jóvenes, como maestros, enfermeras, etc., así como a personal médico y paramédico, psicólogos y psiquiatras, se elaboró un “Manual Para la Prevención del Suicidio”,<sup>12</sup> pensando en una guía sencilla, clara y

---

<sup>12</sup> Rueda, T., *ibid.*



de fácil comprensión. Mediante un taller de corta duración, este instrumento brinda elementos teórico-prácticos para distinguir las diferentes conductas suicidas, detectar signos en personas en riesgo, así como los métodos más efectivos para ayudarles, permitiendo a los profesionales de la salud, en particular a los de salud mental, desarrollar su sensibilidad y mejorar habilidades para acercarse mejor a este tipo de personas, o saber cuándo canalizarlos con un experto. Pese al interés que el tema despierta, en México existen muy pocos especialistas en conductas suicidas y su prevención, por lo que sería deseable que la capacitación específica motive a algunos profesionistas para continuar profundizando y dedicándose seriamente al estudio del suicidio.

- 3.- Es necesario brindar a las familias y el entorno de quienes se suicidaron apoyo psicoterapéutico profesionalmente manejado que les permita eliminar tendencias fatalistas, superar la depresión consecuente a una pérdida, así como restaurar las relaciones con el medio y el grupo familiar, tratamiento profesional que brinda Previncrisis para todos estos problemas en particular, por lo que es importante que este programa reciba el apoyo necesario para poder ampliar su campo de acción a todo el estado y reproducir sus intervenciones, que han probado ser tan eficaces que a la fecha nadie que haya sido atendido por él ha llegado posteriormente al suicidio.



- 4.- En los próximos cinco años de esta investigación se trabajarán específicamente algunas de las variables ya identificadas que serán interrelacionadas con otras, para que a partir de indicadores validados se puedan determinar zonas geográficas de riesgo y diseñar e implementar programas específicos para esas regiones, dando especial atención a las incidencias entre las mujeres, ya que los presentes resultados muestran un aumento de cifras entre ellas.
- 5.- El peso de la migración en general, y también en particular entre las mujeres deberá ser analizado, ya sea que se trate de quienes se van a otros lugares o de aquellas que se quedan con la carga del hogar y de los hijos porque el compañero busca otra fuente de ingresos, revisando su repercusión en las conductas autodestructivas. En esta investigación se registró el caso de un jornalero migrante de Oaxaca, adicto al cristal, que se suicidó en la cárcel donde se encontraba por haber asesinado a su esposa en el propio campamento, pero muchos otros suicidios corresponden a albañiles o trabajadores de campos pesqueros que se desplazaron de sus lugares de origen a B.C.S., teniendo conocimiento de serios problemas de diversa índole en los lugares donde se concentran migrantes en el estado, a los que hay que atender urgentemente en las diferentes áreas.
- 6.- Por las coincidencias en las cifras y otras características comunes con los estados del sureste del país que destacan junto con B.C.S. por sus eleva-







das tasas de suicidio, y especialmente con Quintana Roo, que también tiene altos índices de migración, se propone promover acciones coordinadas con las instancias correspondientes a fin de tratar de encontrar variables e indicadores comunes de las conductas suicidas de las dos penínsulas y diseñar conjuntamente programas específicos de atención y prevención, con las modalidades de cada región en particular.

- 7.- A fin de eliminar o al menos disminuir el subregistro en los suicidios, se propone que se haga oficial la obligatoriedad de llenar adecuadamente los certificados de defunción, así como solicitar, también oficialmente, el llenado de instrumentos como el que aquí se mencionó en Metodología (ROSI)<sup>13</sup> que permitiría concentrar en una sola área importantes datos sobre los intentos de suicidio, información que podrá ser utilizada posteriormente en investigaciones como la presente, lo que contribuiría a reducir el subregistro de esta conducta.
- 8.- Finalmente, se espera también que los resultados propicien una mayor atención a la población joven de B.C.S. que se está suicidando, ya que a la fecha el fenómeno no es considerado como parte de los serios problemas de salud mental en el estado.

La Paz, B.C.S.  
Diciembre, 2010

---

13 Rueda, Teresa, *ibid.*

## REFERENCIAS

1. Rueda G., Teresa, Crónica de los Suicidios del Año 2005 en Baja California Sur.- Previncrisis, Sría. de Salud, B.C.S.Publicación Interna, 26 p.
2. \_\_\_\_\_, Previncrisis: Programa de Prevención e Intervención en Crisis e Investigación del Suicidio, diseñado y coordinado por la autora desde abril del 2004.- Secretaría de Salud, B.C.S.
3. \_\_\_\_\_, Registro Obligatorio de Suicidios e Intentos de Suicidio (ROSIS). Previncrisis, Secretaría de Salud, B.C.S., 2009, 3 p.
4. Organización Mundial de la Salud, Ginebra/Salud Mental, [www.oms.org](http://www.oms.org)
5. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.
6. Organización Panamericana de la Salud: Mortalidad por Suicidio en las Américas. Informe Regional. Washington, D.C., enero, 2010.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios Consumados. Serie Boletín de Estadísticas Continuas, Demográficas y Sociales. México, 2005.

8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a. Revisión. Ginebra, 1992
9. Organización Panamericana de la Salud.- Ibid.
10. Rueda T., Manual Para la Prevención del Suicidio. Previncrisis, Sría. de Salud, B.C.S. y COVYDE. B.C.S., Mayo, 2007. 30 p.
11. \_\_\_\_\_, “El Concepto de Muerte en los Suicidantes Franceses y Mexicanos”, en: Memorias del 6o. Congreso Internacional Para la Prevención del Suicidio. México, 1972.- International Association for Suicide Prevention.- Edwards Brothers, Inc. Michigan, pp. 474-479.
12. \_\_\_\_\_, Manual...
13. \_\_\_\_\_, Ibid.

# CONTENIDO

Presentación.....	7
Introducción.....	9
Metodología.....	13
PRIMERA PARTE	
El suicidio en el mundo y en México.....	19
SEGUNDA PARTE	
Resultados.....	35
TERCERA PARTE	
Conclusiones.....	69
Recomendaciones.....	73
Referencias.....	77

