
SUICIDIO, UNA FORMA DE VIOLENCIA E INDICADOR DE SALUD DE LA POBLACIÓN

SUICIDE, A WAY OF VIOLENCE AND HEALTH INDICATOR OF POPULATION

Blanca A Fritschy¹

RESUMEN: La distribución de frecuencias de casos muestra una concentración en la franja etaria entre los 15 y 30 años de ambos sexos: etapa adolescente y primera madurez. En un 80% predominan los casos en varones. Las pirámides de suicidio anuales muestran la variabilidad de los casos en la franja inferior 19 años donde se han registrado casos de hasta 10 años. La tasa de suicidio a nivel provincial es de 1.37 por diez mil habitantes y el 50-60% de los Departamentos la superan en cada uno de los años analizados. El 80% de los casos se producen en los domicilios particulares. La mayoría utiliza armas (fuego, arma blanca), envenenamiento o ahorcamiento. La cantidad de suicidios en el ámbito rural es importante. La incidencia del suicidio como causa de muerte muestra que el indicador debe ser tenido en cuenta por los gestores. Se requieren de políticas preventivas efectivas dirigidas a adolescentes, educadores, familia y población en general. Los medios de comunicación cumplen un papel primordial en la difusión de los casos. Se prudencia y mesura en el tratamiento del tema.

Palabras clave: Suicidio, pirámide, Santa Fe, Argentina.

ABSTRACT: The distribution of cases occurrences show a concentration between the ages of 15-30 years for both genders: teenage and mature stages. There is a 80% predominance for male gender. The yearly suicide pyramids indicate a variability of the cases under the age of 19 where has been registered cases of 10 years of age. The suicide rate occurred in provinces is 1,37 for every 10 thousand inhabitants and 50 to 60% of the cities exceed it in every year analysed. 80% of the cases occur at home. Most used instruments (weapons) are fire guns and knives, poison or hanging. The rate of suicides in the rural area is also important. The incidence of suicide as death reason shows that the indicator must be taken into account by the surveyors. Preventive policies for teens, educators, families and population in general. Means of communication fulfil a primeval role for the dissemination of the cases.

Key words: Suicide, pyramid, Santa Fe, Argentina.

Introducción

La línea de *Geografía de la violencia* es una de las que, tímidamente, se ha comenzado a trabajar en el campo de la Geografía. Involucra a la Geografía del delito y está alimentada por los datos de las divisiones policiales de cada Jurisdicción que está dispuesta a brindarlos. Se obtiene interesante cartografía temática, con el auxilio de los Sistemas de Información Geográfica, que coadyuvan al desempeño eficaz de la fuerza policial en las tareas de prevención.

Del Olmo (2000)¹ recuerda la importancia del tema “violencia” desde los años ‘70 y la convocatoria que realizara, en 1974, la Sociedad Internacional de Criminología al XXIII Curso de la especialidad. Dos años después, se celebraría el Primer Seminario de Investigación sobre el Proyecto Violencia en América Latina, en Quito (Ecuador), auspiciado por el Centro Internacional de Criminología Comparada con sede en Montreal. El Proyecto incluía la violencia estructural y sus relaciones con la violencia institucional y el comportamiento individual y colectivo. Los documentos que surgieron fueron la base para el diseño de políticas públicas de algunos países.

¿Pero qué significado tiene el término “violencia”? Guthmann (1991)² señala: “Todos los intentos de lograr una definición satisfactoria de la violencia fueron hasta ahora infructuosos y este fracaso ha sido a menudo atribuido tanto a la polisemia del vocablo como a la imposibilidad de englobar en alguna definición el variadísimo número de fenómenos designados por él”.

1 Doctora em Geografia: Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe – Argentina. E-mail: blancafritschy@gmail.com

Se trata, por lo tanto, de un término que se utiliza para significar una gran variedad de situaciones. La violencia se puede clasificar según la persona que la sufre: mujeres, niños, ancianos, etc.; según la naturaleza de la agresión: física, psicológica, sexual, etc.; según el motivo: político, racial, etc.; según donde ocurre: la casa, el trabajo, la calle, etc. Por otra parte, la violencia tiene móviles variados y variados (Fritschy, 2009)³.

Coincidiendo con del Olmo (2000), cada una de ellas se construye en escenarios sociales particulares (la familia, la escuela, el barrio, etc.). Así, se puede hablar de violencias de distinto orden, tales como las *violencias políticas* (guerrilla, huelgas, etc.); las *violencias económicas* (surgidas de los mercados ilegales de armas, drogas, etc.); las *violencias intrafamiliares* (en el núcleo familiar por relaciones asimétricas, etc.), y las *violencias comunes* (que erosionan a la ciudadanía, pero que se caracterizan por ser difusas y por provenir de múltiples causas). Todas estas violencias pueden actuar interrelacionadamente, con lo cual se complica su comprensión (Carrión)⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ estima que alrededor de un millón de personas muere cada año en todo el mundo por suicidio; doscientos cincuenta mil son menores de 25 años y el número de tentativas de suicidios es de 10-20 veces mayor. Pronostica que, en 2020, la cifra llegará al millón y medio.

El dato no puede dejar de impactarnos. Un millón de personas que cada año se suicida en el mundo es = a 1 persona cada 40 segundos y una tentativa cada 3 segundos. En promedio, casi tres mil personas que ponen fin a su vida.

Después de la Segunda Guerra Mundial esta enfermedad ha ganado posiciones a tal punto que, en algunos países, superan en número a los casos de incidentes de tránsito. Se ha convertido en un problema a mitigar para los gestores de turno.

Si bien es importante disponer de estadísticas sobre suicidios, el registro es vital para la gestión de campañas preventivas. En todo el mundo, las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% en los últimos 50 años y ese aumento ha sido especialmente significativo en los países en desarrollo.

La mayoría de los suicidios en el mundo ocurren en Asia, donde tienen lugar hasta el 60% del total. China⁶, India y Japón suman el 40% de todos los suicidios que se cometen en el mundo, según la OMS.

Un promedio de nueve personas se suicida por día en España que se encuentra entre los países del grupo intermedio. Uno de cada cuatro personas que se suicida tiene menos de veinticinco años. Los suicidios en jóvenes suponen que es una de las principales causas de muerte habiendo superado a los fallecidos en esta franja de edad a los de incidentes de tránsito.

En la sociedad española, según datos del INE los suicidios en hombres son tres veces mayor que el suicidio en mujeres con 3.429 suicidios en 2009 siendo 179 de

menores de 25 años⁷. En la franja etaria de mujeres de 30 a 34 años, es la primera causa de muerte. Calcedo calcula una tasa de suicidios de 10,5 por cada 100.000 habitantes, es decir, **4.500 muertes anuales**⁸.

Las tasas de suicidio de algunos países de América, al igual que en Argentina, son más frecuentes en varones que en mujeres. En Canadá, Estados Unidos, Chile, Argentina, México, Brasil, Paraguay y Venezuela oscila en 6 a 10 por cien mil habitantes para el primero y de 2 a 4 por cien mil habitantes para el segundo, el sexo femenino (fig. 1).

“En América Latina se destaca en primer lugar Cuba con una alta tasa de suicidio, en segundo lugar Brasil y Colombia en un tercer lugar” expresó Jesús Ramón Gomes director de la Fundación “Amor a la vida”, una organización no gubernamental colombiana dedicada a la prevención del suicidio⁹.

Mella (2008)¹⁰ indica que la tasa actual de suicidios en República Dominicana ronda entre 3 a 8 por cada 100 mil habitantes y sostiene que, a diferencia de otras naciones, llama la atención que los varones sean más propensos al suicidio que las mujeres. La cifra alcanza el 87%, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) en los casos de suicidios ocurridos desde el año 2000.

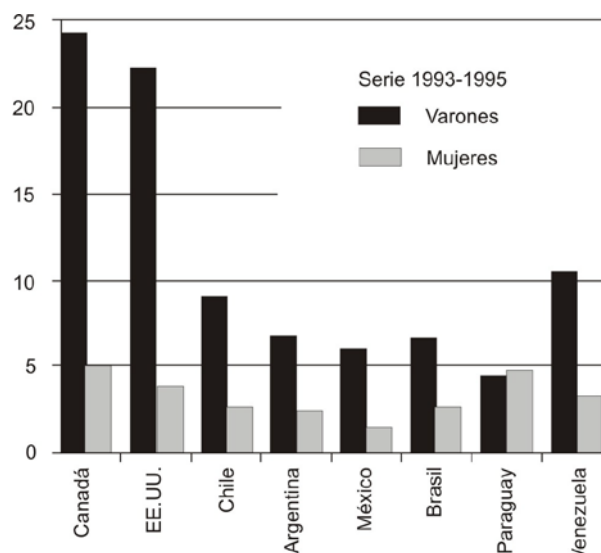


Figura 1.- Tasas de suicidio en la franja etaria 15-24 años. Fuente: OMS, Anuario Estadístico

El aumento sostenido de los casos de suicidio a nivel mundial ha llevado a la creación de redes y la puesta en marcha de programas preventivos nacionales y locales es la tendencia de las últimas décadas. Un ejemplo: la Asociación Internacional para la prevención del suicidio (IASP)¹¹ organización no gubernamental vinculada oficialmente a la OMS, la *Asociación Argentina de Prevención del Suicidio (AAPS)*...

Todos los años la OMS y la AIPS conmemoran el *Día Mundial de la Prevención del Suicidio*. Tiene como objetivo principal recordar que el suicidio es una de las

principales causas de muerte prematura prevenible. Se busca crear conciencia en la población a nivel mundial sobre el fenómeno, haciendo énfasis en la prevención. Ese *Día*, el 10 de setiembre, en la mayoría de los países, ONG, redes sociales, organizaciones del Estado y voluntarios fomentan compromisos y medidas prácticas de prevención. Se comparte y difunde información y experiencia, se preconizan terapias adecuadas. Se trata de mitigar la estigmatización y divulgar medidas de seguimiento para quienes han intentado suicidarse. Se insiste en el trato cauteloso y mesurado del suicidio por parte de los medios de comunicación.

La OMS, la ONU y la Unión Europea han lanzado la voz de alerta y señalado la muerte voluntaria como un problema de salud pública de primera magnitud. La OMS **demanda que autoridades y gobiernos adopten medidas de prevención**, dado que las cifras demuestran que las actuales son insuficientes. Ya en 2006, Kofi Annan, entonces secretario general de la ONU, reclamaba “prestar más atención a esta tragedia humana para prevenir muertes innecesarias”. No obstante, algunos ya comienzan a etiquetar al suicidio como la epidemia del siglo XXI.

El **suicidio** es un tipo de violencia; se la suele denominar también como “violencia auto infringida” (Fritschy, 2006)¹². Es una situación que impacta y cuestiona al sistema social y familiar y es la primera causa de muerte entre los jóvenes. El objeto de esta comunicación es mostrar la situación de la Provincia de Santa Fe, Argentina, a través de los datos de la ex DNPC del Ministerio de Justicia de la Nación 2000-2006 previo contexto a nivel nacional.

Varias definiciones para un solo indicador

Martínez (2007)¹³ sostiene que la definición de “suicidio” implica “un posicionamiento subjetivo, epistemológico, ideológico e institucional -entre otros- de quien lo define, quien a su vez está determinado por coordenadas socio geográficas y temporales”. Recurre a Rocamora Bonilla (1992)¹⁴ teniendo en cuenta lo exhaustivo y ordenado de su inventario que aquí se transcribe:

- Se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado (Durkheim, 1897).
- Suicidio significa el acto fatal e intento de suicidio el acto no fatal de autoperjuicio, llevado a cabo con conciente intento autodestructivo, no obstante vago y ambiguo (Stengel, 1965).
- En un sentido amplio la vivencia suicida es una conducta con matices muy diversos “de interés psicosociológico” (Giner et al, 1972) que sin producir la muerte puede marcar el posterior desarrollo de la existencia de la persona.
- El suicidio es toda conducta que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho

de atentar contra la vida del sujeto (Baechler, 1975).

- Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil (OMS, 1976).
- La conducta suicida es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte (Rocamora Bonilla, 1992).

En la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, como producto de la reflexión crítica acerca de la tarea del equipo asistencial, se llegó a la siguiente definición:

- El suicidio es un proceso complejo multideterminado. Una manera de vivir que va construyendo un enigma mortal, por condensación, sobre un marco representacional existente. Un proceso que va más allá del acto, rompiendo la concepción del hecho consumado (AAPS, 2003)”.

La lista de definiciones muestra la evolución del concepto la complejidad del indicador de salud y la preocupación por la aplicación de políticas preventivas.

Los factores de riesgo

Los factores de riesgo para el suicidio varían entre los grupos culturales. En un contexto multicultural se debe ser consciente de que algunos factores de riesgo pueden desempeñar diferentes funciones en el proceso de suicidio. Otros factores que podrían tener un impacto diferente son las actitudes hacia el comportamiento suicida y los suicidas (por ejemplo, un tabú, el estigma), la religión, la espiritualidad y la dinámica familiar (roles y responsabilidades de género).

De hecho, todos los trastornos del estado de ánimo han sido claramente relacionados con el comportamiento suicida. La depresión y sus síntomas deben alertar a los familiares y amigos sobre el posible riesgo de suicidio. Pueden alertar algunos síntomas depresivos tales como la tristeza, el aletargamiento, la ansiedad, la irritabilidad, las alteraciones del sueño y la comida. El sentimiento de desesperanza que surge derivado de las cargas de la vida constituye un pronóstico de riesgo de suicidio incluso más fuerte que la depresión por sí sola.

“El suicidio puede ocurrir sin trastorno psiquiátrico en absoluto, por ejemplo, cuando una profunda angustia se transforma en un dolor psicológico insostenible y el suicidio es visto como la solución perfecta”. Se deben considerar, también, el abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos mentales, además de comportamientos destructivos y agresivos.

Sin embargo, no se debe sobrestimar. La proporción relativa de estos trastornos varía en distintos sitios y hay casos en que no había ningún trastorno mental evidente. Según la OMS un 90% de las personas que han puesto fin a su vida suicidándose tenían un trastorno mental y un 60% de ellas estaba deprimido en el momento de suicidarse¹⁵.

El suicidio le ocurre a todo tipo de personas y se encuentra en todo tipo de familias y sistemas sociales.

“Los motivos de suicidio en Argentina no son diferentes a los de otras partes del mundo: problemas psiquiátricos, trastornos depresivos, psicosis, enfermedad bipolar o causas no biológicas como la soledad, la distancia, el desarraigo o -incluso- la escasa luz del día del sur en la época invernal” (Di Nanno, 2007)¹⁶.

Los datos de Argentina

La conciencia de la colecta y almacenamiento de datos es relativamente nueva en el país. A ello se agregan las dificultades burocráticas para conseguirlos. En general, los datos de violencia se encuentran celosamente guardados por las autoridades de diferente nivel y por variados motivos.

Se sabe que la violencia es un indicador a la hora de otorgar créditos internacionales y/o seleccionar países para instalar/desarrollar ciertas actividades económicas. De allí que, los escasos datos que circulan, tampoco son confiables en un cien por ciento.

Los especialistas indican que la tasa de suicidio ha aumentado en los últimos diez-doce años según los estudios realizados en varias provincias aunque la misma es variable según las Jurisdicciones¹⁷.

En Argentina, según Di Nanno, el suicidio provoca 8,5 decesos cada 100.000 habitantes al año. Esta cifra, por debajo de las tasas mundiales, aumentó casi dos puntos (frente a 6,9) en los últimos años y se mantiene estable desde el 2005. Sostiene, además, que la mayoría de las personas que se suicidan realizaron algún tipo de consulta médica entre los treinta y noventa días anteriores a concretar el acto.

Basile manifiesta que, para el año 2004, las **tasas de Suicidio en la población Argentina fueron de 13,26 por cien mil varones y de 3,36 por cada cien mil mujeres.**

Dentro de estas cifras se destacan los brotes locales. Algunos ejemplos:

A mediados de junio de 2010, Rosario de la Frontera (provincia de Salta), aglomeración de 30.000 habitantes del norte argentino, siete adolescentes consumaron el suicidio en dos meses y, al menos otros doce, lo intentaron. Al parecer ciertos juegos difundidos en la web han sido los disparadores junto con actitudes de imitación (“Copycat”) y problemas emocionales y familiares del entorno de cada uno. La localidad de **Monte Quemado, Santiago del Estero, en 2007 conoció seis suicidios consumados y cinco intentos en adolescentes en dos meses.**

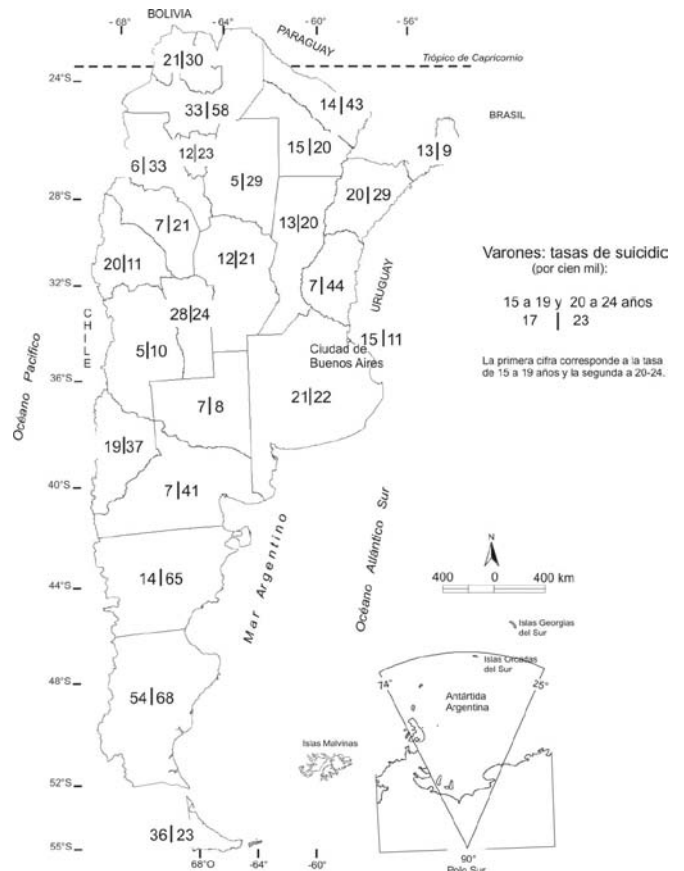
Para medir la tasa de muerte se utiliza la **tasa específica de muerte por suicidio**, agrupada por edad y sexo de un espacio geográfico y cantidad de población determinados:

$$TaeMs^{18} = \frac{N^{\circ} \text{ de defunciones}}{\text{Población}} \times 100.000$$

Para Di Nanno (op. cit.) la franja etaria es bastante amplia pero, básicamente, se produce en personas de edades económicamente activas, esto es, entre los 18 y los 60 años en el 90% de los casos. Basile (2005) **realiza un estudio especial en la franja etaria de 15 a 24 años (fig. 2). Para varones de entre 15 y 19 años, la tasa de suicidio fue del 16,65 por cien mil superando por 3,5 puntos la tasa de suicidio de la población general de varones). La Tasa de mujeres en la misma franja fue de 5,60 por cien mil.**

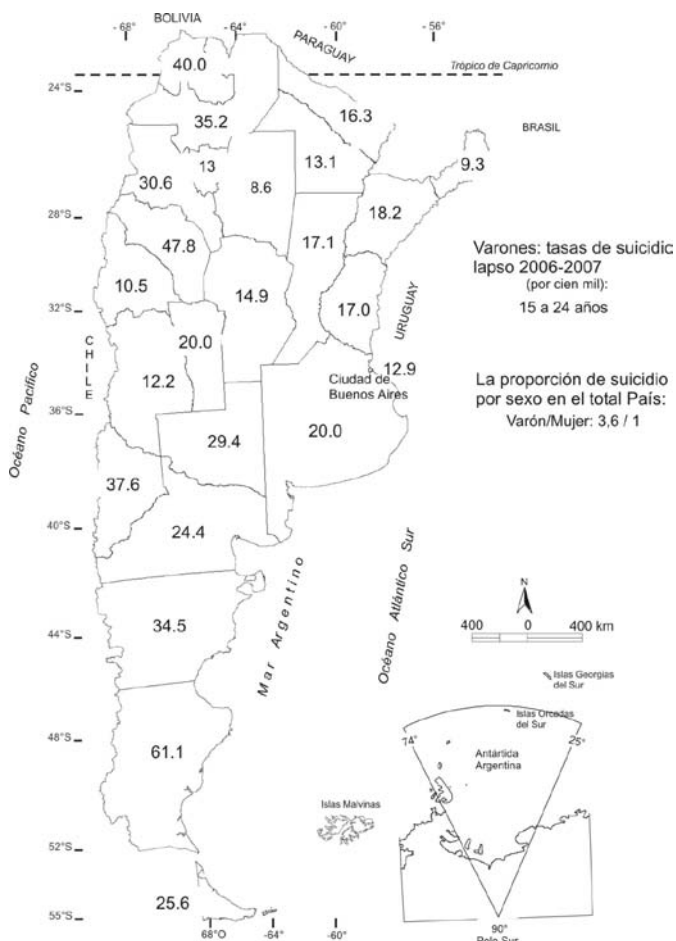
Para el año 2006-2007 las Tasas de suicidios de varones entre 15 y 24 años mostraban la distribución de (fig 3 y 4) donde se observa claramente las elevadas tasas (por encima de la media) en el sur de Argentina (Santa Cruz, Neuquén, Chubut) en la región patagónica y noroeste (Jujuy, La Rioja, Salta, Catamarca). La mayoría de suicidios consumados en adolescentes, así como los intentos de suicidio, parecen ser impulsivos y estar precedidos por un acontecimiento de estrés. Con frecuencia estos se vinculan a situaciones disciplinares en la escuela o con la ley, ruptura sentimental, pelea entre amigos.

Figura 2.- Tasa de suicidio en varones entre 17 y 23 años. Argentina, 2004.



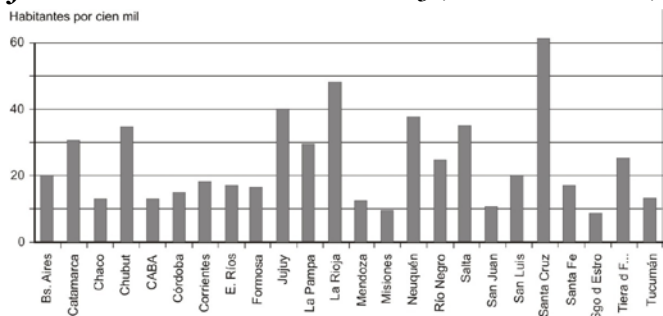
Tasas de suicidio en la población argentina (por cien mil):
 Varones: 13.26 – Mujeres: 3.36
 Fuente: Basile, 2005. Envío personal. Modificaciones cartográficas 2012.

Figura 3.- Tasa de suicidio en varones entre 15 y 24 años. Argentina, Serie 2006-2007.



Fuente: Sistema Estadístico de Salud. Agrupamiento de Causas de Mortalidad por Jurisdicción Territorial de Residencia, Edad y Sexo. Año 2007.

Figura 4.- Tasa de suicidios en población de varón entre 15 y 24 años por cien mil habitantes y por Jurisdicciones. Media nacional: 23.7. Serie 2006-2007

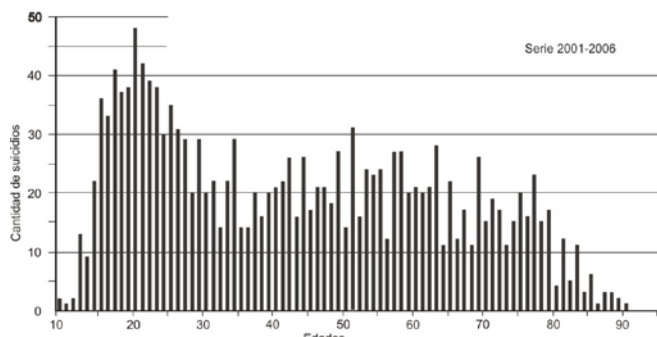


La Tasa de Suicidio de los Jóvenes Varones de entre 20 y 24 años fue del 23,16 por cien mil; este valor supera por casi 10 puntos la tasa de suicidio de la población general de varones. La de mujeres fue de 4,18 por cien mil.

Estudio de caso: suicidios consumados en la provincia de Santa Fe

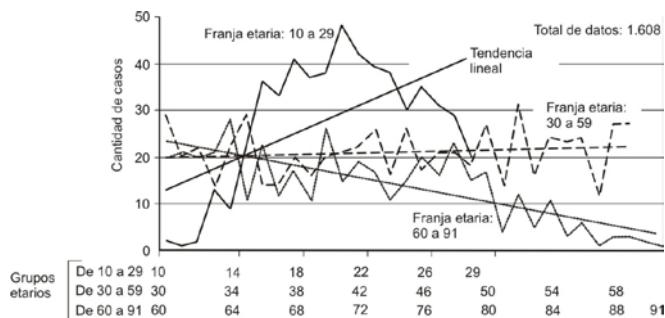
Los datos analizados, de carácter mensual, corresponden a la ex Dirección Nacional de Política Criminal del Ministerio de Justicia de la Nación y comprenden el lapso 2000-2006. El total de suicidios en este período es de 2.107. En algunos gráficos se ha descartado el año 2000 por cuestiones de consistencia de datos. Con el total de 1.608 datos de edades registradas entre 2001 y 2006 se ha confeccionado la distribución de frecuencia de casos (fig. 5)

Figura 5.- Distribución de frecuencias de casos de suicidios. Serie 2001-2006



A fin de conocer en detalle, las frecuencias de casos se han graficado en tres grupos de franjas etarias: de 10 a 29 años, de 30 a 59 años y de 60 a 90 años (fig. 6). Las líneas rectas marcan las diferentes tendencias según el grupo erario.

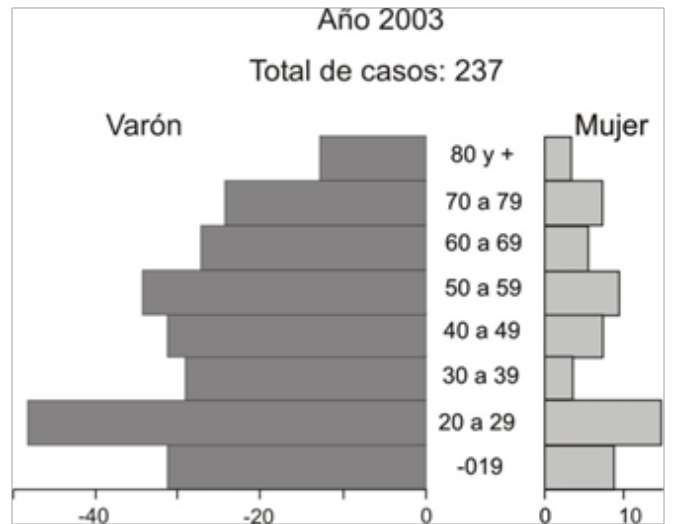
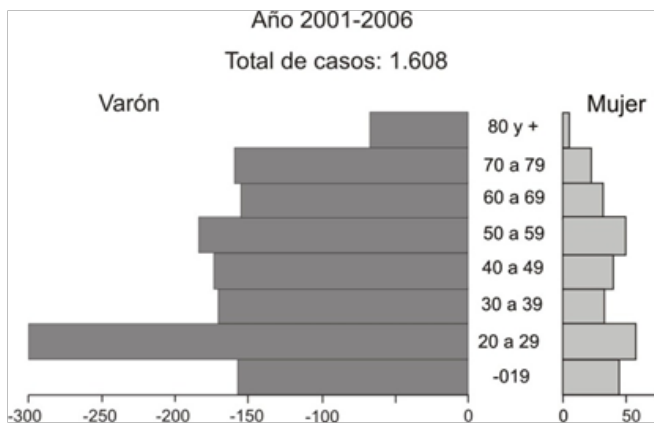
Figura 6.- Distribución de frecuencias según grupos de edades. Serie 2001-2006



Los datos totales de sexo y edad para el período 2001-2006 se han representado en la pirámide de suicidio (Fritschy, 2006) (fig. 7).

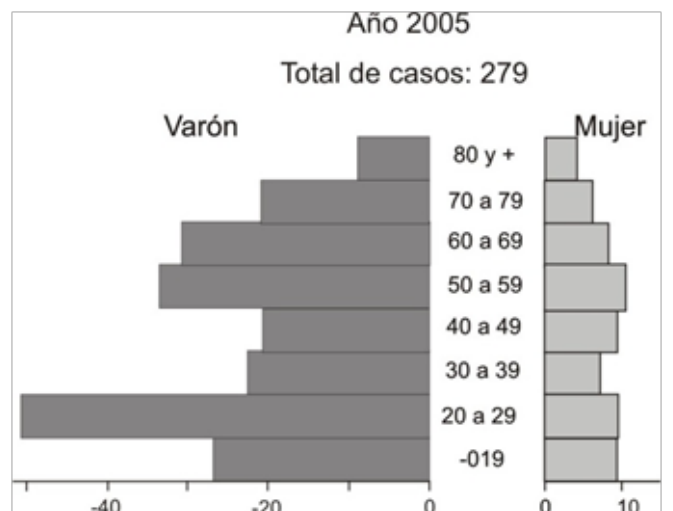
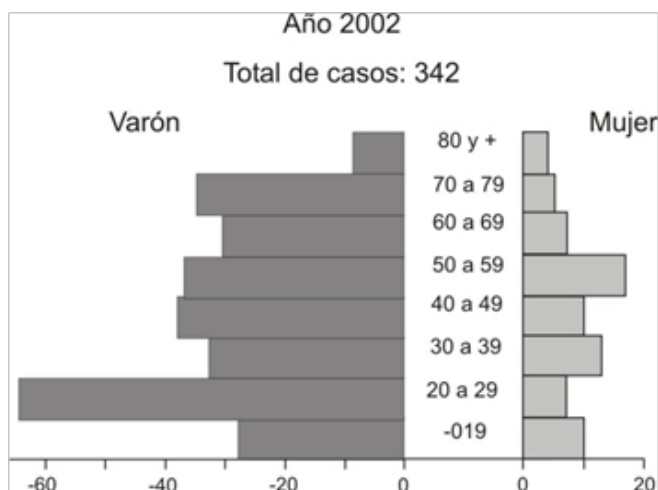
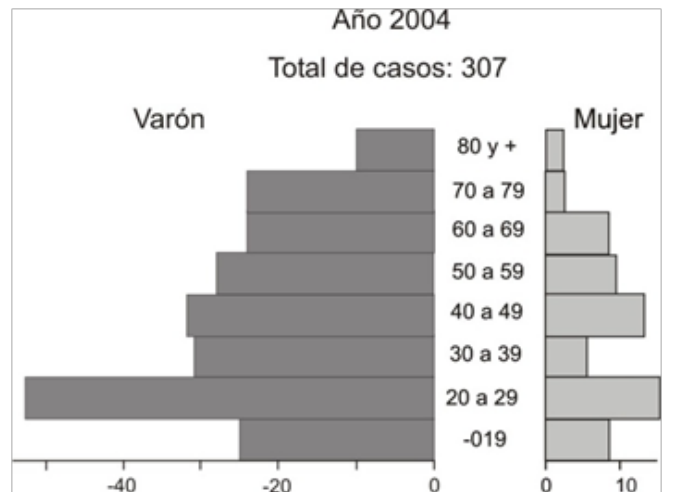
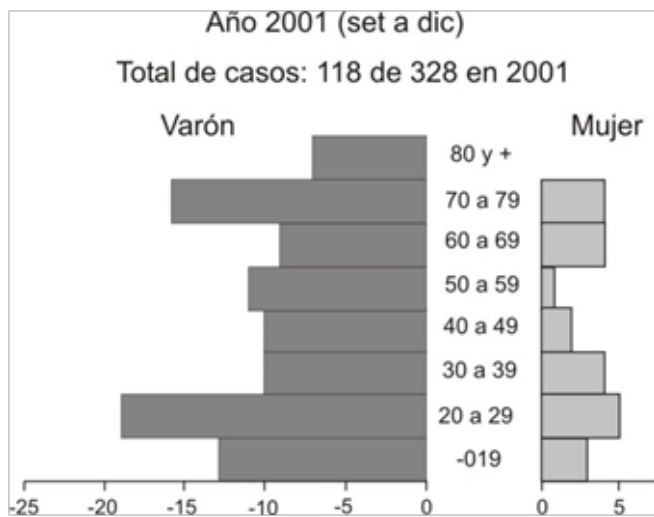
Se ha tenido en cuenta que los totales graficados enmascaran algunas situaciones reales; de allí es que se hayan elaborado las pirámides de suicidio anuales de la serie 2001-2006 (fig. 8). Las tasas, por Departamentos, se ilustran en fig. 9

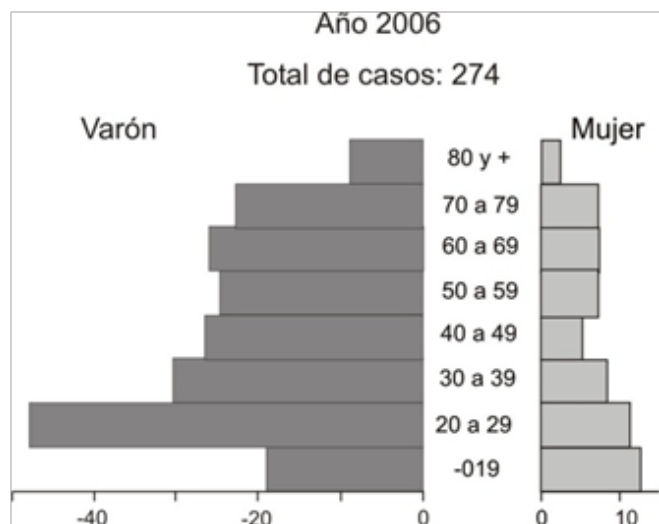
Figura 7.- Pirámide de suicidio de la provincia de Santa Fe. Serie 2001-2006



Fuente de datos: Ex DNPC, Ministerio de Justicia de la Nación. **Elaboración personal**

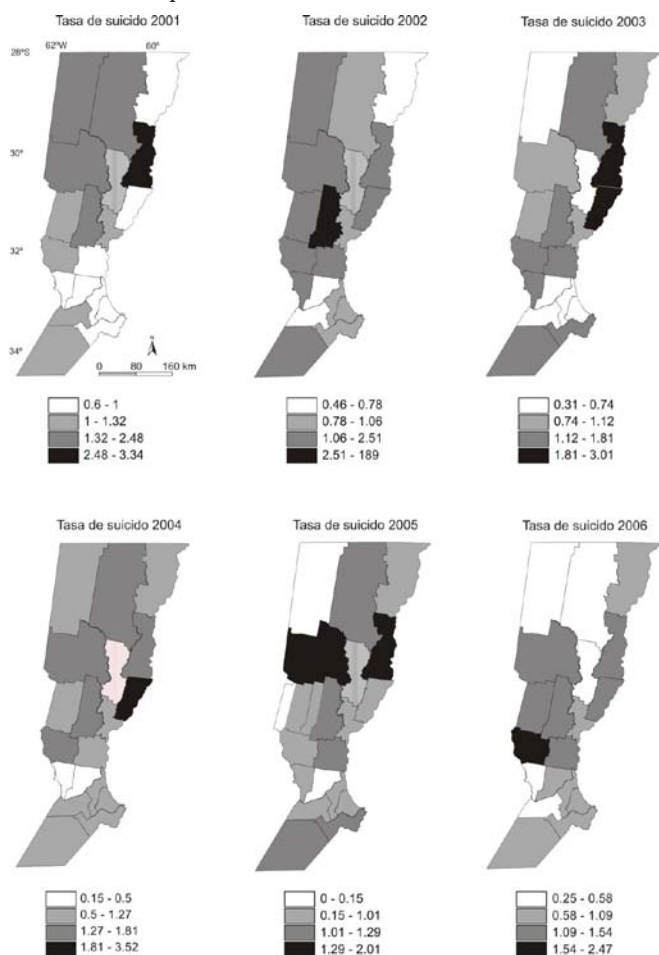
Figura 8.- Pirámide de suicidio de la provincia de Santa Fe. Serie 2001-2006





Fuente de datos: Ex DNPC, Ministerio de Justicia de la Nación. **Elaboración personal**

Figura 9.- Tasas de suicidios en la provincia de Santa Fe (por diez mil). Serie 2001-2006



Los totales de cada Departamento han sido agrupados en cuatro clases. La media provincial es de 1.37 por diez mil.

Fuente de datos: Ex DNPC, Ministerio de Justicia de la Nación. **Elaboración personal**

Los métodos y el lugar del suicidio

La totalidad de los datos han sido clasificados según el hecho de suicidio se produzca en la vía pública, en casas particulares, arrojado a vías del ferrocarril, en la cárcel o comisaría o en otro lugar (fig. 10). Por otro lugar se han registrado los siguientes: Autódromo, balneario, camping, cancha de fútbol, capilla/templo, cementerio, clínica/sanatorio, comercio, geriátrico, hospital, laguna / río, lugar de trabajo, obra en construcción, puente, galpón en zona rural, tapera, tambo, molino de viento, árbol en zona rural, entre otros. La modalidad también se registra en las planillas y se muestran en fig. 11.

Figura 10.- Tipo de lugar donde se producen los suicidios en la provincia de Santa Fe. Serie 2001-2006

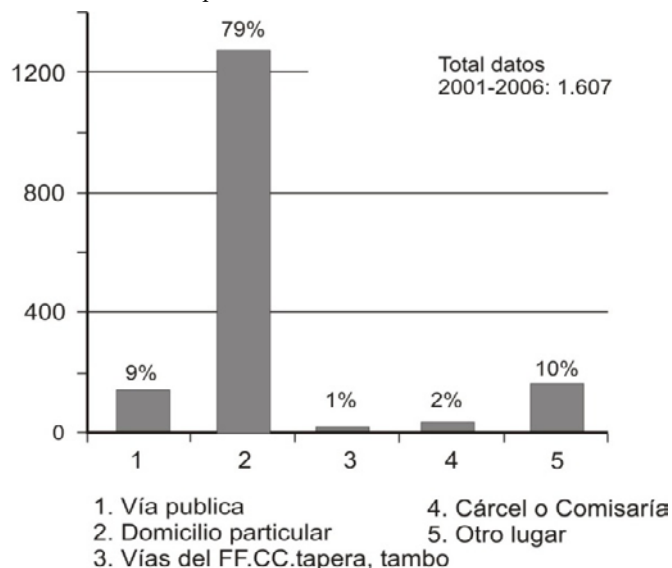
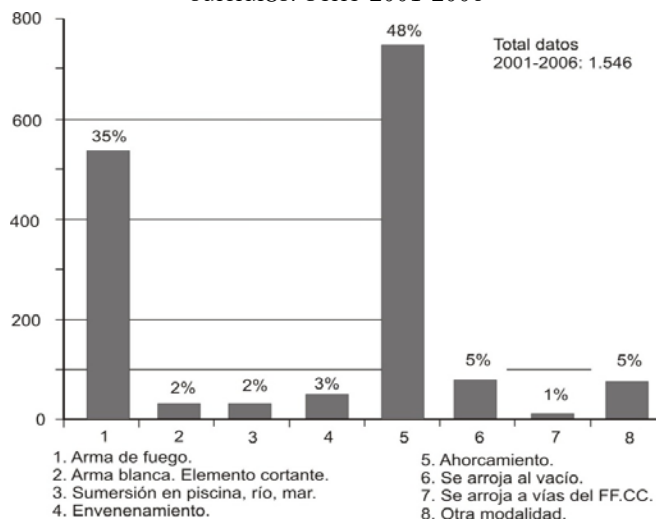


Figura 11.- Modalidad con que se producen los suicidios. Serie 2001-2006



Fuente de datos: Ex DNPC, Ministerio de Justicia de la Nación. **Elaboración personal**

Resultados y conclusiones

La distribución de frecuencias de casos muestra una concentración en la franja etaria comprendida entre los 15 y 30 años de ambos sexos. En un 80% predominan los casos en el sexo masculino. Entre los 30 y 59 años, la tendencia lineal se mantiene estable mientras que en la de 60 a 91 años, tiende a disminuir notoriamente.

Las pirámides de suicidio anuales muestran la dinámica en la cantidad de frecuencia aunque sigue predominando la franja etaria entre los 20 a 29 años. Se destaca la variabilidad de los casos en la franja inferior 19 años donde se han registrado casos de una edad de 10 años. Lo mismo se aplica al sector de las mujeres. Esto permite afirmar que la mayoría de los casos de suicidios se producen en la etapa adolescente y primera madurez.

La tasa de suicidio a nivel provincial es de 1.37 por diez mil habitantes. La distribución en los diecinueve Departamentos que comprende la provincia de Santa Fe, indica que el 50-60% de ellos superan los valores de la media en cada uno de los años analizados.

El 80% de los casos se producen en los domicilios particulares y, la mayoría, utiliza armas de fuego, arma blanca, elemento cortante, envenenamiento o ahorcamiento. Los registros indican una importante cantidad de suicidios en el ámbito rural, en especial en los cuerpos de aguas (laguna, ríos) o bien eligen arrojarse desde el puente que los atraviesa.

La incidencia del suicidio como causa de muerte a nivel local, regional y mundial muestra que el indicador debe ser tenido en cuenta por los gestores en cuanto afecta a la salud de la población, afecta especialmente a los varones de entre los 15 y 30 años e impacta profundamente a la calidad de vida de las familias que lo padecen y conmociona a las sociedades que las enmarcan.

Ante las cifras de suicidios consumados se requieren políticas preventivas efectivas dirigidas no sólo a los adolescentes sino a los educadores, familia y población en general. Se requiere de un compromiso estatal a fin de que se elaboren marcos normativos para las estrategias nacionales, provinciales y locales de prevención. Las comunidades y familia deben también asumir su rol protagónico ya que es allí donde la persona que decide suicidarse atraviesa las dificultades durante una etapa de su desarrollo y crecimiento personal.

Los medios de comunicación cumplen un papel primordial en la difusión de los casos. Se adhiere a la sugerencia de la OMS en cuanto a la prudencia y mesura en el tratamiento del tema.

Notas

1 "Ciudades duras y violencia urbana" en Nueva Sociedad Nº 167 Mayo-Junio, pp. 74-86, 2000.

2 Guthmann, G.: Violencia de los saberes. Los discursos científicos de la violencia y el control social, Nordan-Comunidad, Montevideo, 1991.

3 Fritschy, B. A. "Aportes de la Geografía para la mitigación de los delitos", en Revista Geográfica, Nº 145, enero-junio, pp. 7-29, Instituto Panamericano de Geografía e Historia (IPGH, OEA).

4 Carrión, F.: «Violencia urbana como un hecho social» en A. Concha Eastman, F. Carrión y G. Cobo (eds.): Ciudad y violencia en América Latina, Programa de Gestión Urbana, Cali, 1993.

5 <http://www.who.int/en/index.html>

6 El estudio de la OMS detalla que en China, unas 195.000 personas se suicidaron el año pasado. Las mujeres cometen más suicidios que los hombres y el fenómeno es más grave en las zonas rurales, donde las mujeres utilizan pesticidas.

7 <http://www.forumclinic.org/depresion/reportajes/10-de-septiembre-del-2011-da-mundialde-prevencion-8>

8 [http://www.elmundo.es/elmundo/2011/10/27/](http://www.elmundo.es/elmundo/2011/10/27/espana/1319712105.html)

9 <http://www.fundamor.humanet.com.co/entrevista.htm>

10 Mella, C., en 2008, Presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), <http://www.hoy.com.do/vivir/2008/9/14/247299/>

11 <http://www.iasp.info/es/index.php> La IASP fue fundada por el Prof. E. Ringel y Dr. N. Farberow en 1960. Desde entonces, profesionales y voluntarios de más de cincuenta países se han incorporado a la misma. Es una organización no gubernamental vinculada oficialmente a la OMS con el fin de prevenir el suicidio.

12 "El suicidio en el departamento La Capital, Santa Fe, Argentina", en Boletín de la Sociedad Argentina de Estudios Geográficos, nº 124, pp.67-78, Buenos Aires, 2006.

13 Martínez, C. (2007). Lugar Editorial, Buenos Aires, 2007; <http://www.suicidologia.org.ar/?1.2.-definiciones-de-suicidio,46>

14 Rocamora Bonilla, A. (1992) El hombre contra sí mismo. Madrid. Ed. Asetes., en Martínez, 2007

15 <http://www.slideshare.net/puertodeesperanza/damundial-de-la-prevencion-del-suicidio>

16 Di Nanno, Coordinador Nacional de Salud Mental, 2008.

<http://www.infobae.com/contenidos/336721-100841-0-Una-breve-cr%C3%B3nica-el-suicidio-la-Argentina>

17 Jurisdicciones: incluye a las 23 provincias argentinas y a la Ciudad de Buenos Aires.

18 TaeMs: Tasa anual específica de Mortalidad por suicidio. Esta Tasa refleja el riesgo de morir por suicidio en cada uno de los grupos de edad y sexo. Pueden compararse entre aglomeraciones, provincias y entre un lapso determinado y otro.