

Lurralde : invest. espac.	46	2023	p: 135-157	ISSN 0211-5891	ISSN 1697-3070 (e)
---------------------------	----	------	------------	----------------	--------------------

TASAS DE SUICIDIO SEGÚN EDAD, SEXO Y REGIONES GEOGRÁFICAS. ARGENTINA (2000-2019).

FERNANDO ARIEL MANZANO

Instituto de Geografía, Historia y Ciencias Sociales CONICET/UNCPBA.

Pinto 399 (7000) Tandil. Buenos Aires. Rep. Argentina.

fernandoarielmanzano@fch.unicen.edu.ar

FERNANDO EMANUEL PRIETO

Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Hipólito Yrigoyen 3242 (1207). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Rep. Argentina.

ferm10@hotmail.com

Resumen

La bibliografía señala que las tasas de suicidio se incrementan con la edad, sin embargo, la diferencia entre grupos etarios no ha sido suficientemente estudiada. El presente trabajo analiza las magnitudes de las brechas entre las tasas de suicidio de cuatro grupos de edad en años seleccionados –2000, 2010, 2015 y 2019–, siguiendo la desagregación regional de la Argentina. El análisis se contrasta con el comportamiento de la tasa de suicidios según grupos de edad y sexo a nivel mundial, considerando los cuatro grupos de países clasificados según el nivel de ingresos per cápita propuestos por el Banco Mundial. Se observa que en Argentina la relación positiva entre los valores de las tasas de suicidio y la edad, solo se aprecia en algunas franjas etarias en los varones y de manera variable según las regiones. En el caso de las mujeres, la relación entre tasas de suicidio y edad es más errática.

Palabras claves: Suicidio, Edad, Tasas de mortalidad específicas, Sexo, Argentina, Regiones Geográficas.

SUICIDE RATES BY AGE, SEX AND GEOGRAPHICAL AREA. ARGENTINA (2000-2019).

Abstract

The literature indicates that suicide rates increase with age. However, the difference between age groups has not been sufficiently studied. This paper analyses the magnitudes of the gaps between the suicide rates of four age groups in selected years -2000, 2010, 2015 and 2019-, following the regional disaggregation of Argentina. The analysis is contrasted with the behaviour of suicide rates by age group and sex at the global level, considering the four groups of countries classified according to the level of per capita income proposed by the World Bank. In Argentina, the positive relationship between the values of suicide rates and age can only be observed in some age groups in males, and in a variable way depending on the region. In the case of women, the relationship between suicide rate and age is more erratic.

Key words: Suicide, Age, Specific mortality rates, Gender, Argentina, Geographical Regions.

SUIZIDIOEN TASAK, ADINAREN, SEXUAREN ETA ESKUALDE GEOGRAFIKOEN ARABERA. ARGENTINA (2000-2019).

Laburpena

Bibliografiaren arabera, suizidio-tasak handitu egiten dira adinarekin batera, baina adin-taldeen arteko aldea ez da behar bezala aztertu. Lan honek lau adin-talderen arteko suizidio-tasen arteko arrakalak aztertzen ditu – 2000, 2010, 2015 eta 2019 –, Argentinaren eskualde-desagregazioari jarraiki. Analisia kontrastatu egiten da suizidioen tasaren portaerarekin, adin-taldeen eta sexuaren arabera, mundu mailan, Munduko Bankuak proposatutako per capita diru-sarreraren mailaren arabera sailkatutako herrialdeen lau taldeak kontuan hartuta. Argentinan suizidioen tasen eta adinaren arteko erlazio positiboa gizonezkoetan soilik ikusten da adin-tarte batzuetan eta eskualdeetan modu aldakorrean. Emakumeen kasuan, suizidio-tasaren eta adinaren arteko erlazioa okerragoa da.

Hitz gakoak: Suizidioa, Adina, Heriotza-tasa espezifikoak, Sexua, Argentina, Eskualde geografikoak.

TAUX DE SUICIDE PAR ÂGE, SEXE ET RÉGION GÉOGRAPHIQUE. ARGENTINE (2000-2019).

Résumé

La littérature indique que les taux de suicide augmentent avec l'âge. Cependant, la différence entre les groupes d'âge n'a pas été suffisamment étudiée. Cet article analyse l'ampleur des écarts entre les taux de suicide de quatre groupes d'âge pour certaines années - 2000, 2010, 2015 et 2019 -, en suivant la désagrégation régionale de l'Argentine. L'analyse est comparée au comportement des taux de suicide par groupe d'âge et par sexe au niveau mondial, en considérant les quatre groupes de pays classés selon le niveau de revenu par habitant proposé par la Banque mondiale. En Argentine, la relation positive entre les valeurs des taux de suicide et l'âge ne peut être observée que dans certains groupes d'âge chez les hommes, de manière variable selon les régions. Dans le cas des femmes, la relation entre le taux de suicide et l'âge est plus erratique.

Mots-clés: Suicide, Âge, Taux de mortalité spécifique, Sexe, Argentine, Régions géographiques.

1- Introducción

Las primeras referencias bibliográficas del análisis de la evolución de los suicidios fueron aportadas por Emile Durkheim en el año 1897¹. Sus resultados sobre varios países europeos en el siglo XIX destacaron que la tasa de suicidio solía ser estable, presentando cambios bruscos ante las rupturas del equilibrio social² –como guerras y depresiones económicas– (Durkheim, 2015). Con respecto a la edad, afirmó que las tasas de suicidio se incrementan con la edad, siendo más frecuente entre la gente anciana que entre la población joven (2015, p. 38-306).

Esta correlación positiva entre suicidio y edad postulada por Durkheim, ha sido corroborada posteriormente por numerosos estudios (Gorceix y Zimbacca, 1968; Farberow y Schneidman, 1969; Haim, 1970; Estruch y Cardus, 1982; Marti, 1983). Sin embargo, Headley (1983) afirmó que este comportamiento no era aplicable para los países asiáticos.

1 El suicidio lo definió como “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, 2015, p. 20).

2 Para Durkheim las causas sociales del suicidio se encontraban en el proceso de urbanización –como la industrialización o la secularización–, que descompone los lazos entre el individuo y la sociedad, así como deteriora las bases ancestrales de las relaciones familiares (Durkheim, 2015).

Durante el siglo XX se ha sostenido que las tasas de suicidio aumentan con la edad (Stern *et al.*, 2010), remarcando la mayor incidencia del suicidio en el grupo etario mayor, con un progresivo aumento de adolescentes y adultos jóvenes –en particular varones– en Europa y Estados Unidos (Moyano y Barría, 2006). En las últimas décadas se ha destacado el aumento de la incidencia del grupo de edad 15 a 34 años (Rueda *et al.*, 2010; Caycedo *et al.*, 2010; Valencia *et al.*, 2011; Chiu *et al.*, 2001).

En líneas generales, diferentes investigaciones sobre el tema vienen a poner en evidencia diferencias cualitativas y cuantitativas, según los países, e incluso dentro de cada país. Por ejemplo, en España resulta más frecuente el suicidio en la población juvenil y entre las mujeres, mientras que en Estados Unidos es tres veces más frecuente en hombres, especialmente en edades superiores a los 50 años (Casado, 2002).

En la actualidad el suicidio constituye un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo –no únicamente a los países desarrollados³, como se consideraba en el pasado–. En tanto ya no son las cuestiones relacionadas al desarrollo económico y condiciones sanitarias los motivos dominantes en este tipo de muerte (OPS, 2002). La mayoría de los suicidios ocurren en países de ingresos medianos, donde se concentra la tercera parte de la población y la identificación temprana se complica debido a que los recursos y servicios son escasos y limitados, y los tratamientos de las secuelas y apoyos son insuficientes (Nakanishi *et al.*, 2017; OMS, 2014; Dávila *et al.*, 2015). Cabe destacar que América Latina se encuentra entre las regiones con menor tasas de suicidio⁴, junto a los países musulmanes y algunos países asiáticos (Luchinger *et al.*, 2011).

Si bien los suicidios por sexo varían en todo el mundo, esta causa de muerte es considerada una manifestación esencialmente masculina –la frecuencia entre varones es superior a la de las mujeres– (OMS, 2014). Según la OMS en los últimos 50 años las tasas de suicidio en mujeres se han mantenido estables, mientras que las de los varones han aumentado casi en un 15%, oscilando la cantidad de suicidios de varones por cada suicidio femenino entre 2 y 8 a 1⁵ (OMS, 2008). Algunos estudios afirman que la razón entre varones y mujeres en los suicidios se mantiene estable en todos los grupos de edad (Casado, 2002; Kaplan y Sadock, 2004), mientras que otros, sostienen que crece regularmente desde la infancia hasta la vejez más avanzada (Sánchez *et al.*, 2017).

3 Entre los países con niveles más elevados de mortalidad por suicidio se encuentran varios de los más desarrollados (Altieri, 2006). Stengel (1965) suponía que las tasas de suicidio en los países poco desarrollados eran menores debido a la menor expectativa de vida –siendo los adultos mayores donde se concentran las mayores tasas–.

4 Ubicándose las tasas más elevadas en países del Este de Europa (Luchinger *et al.*, 2011).

5 Según la OMS (2014), la relación se mantiene cercana a 2 a 1, incrementándose en los países de altos ingresos –3 a 1–, y una razón inferior en los casos de los países de ingresos medios y bajos –1,5 a 1–.

En las últimas décadas, a nivel mundial las tasas de suicidio han aumentado más rápidamente entre las personas jóvenes, en particular entre los varones⁶ (Kaplan y Sadock, 2004). Así, el suicidio representa la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años –detrás de los accidentes de tráfico– y la quinta en el grupo etario 30 a 49 años (OPS, 2002, Pitchot *et al.*, 2008; OMS, 2012 y 2014). No obstante, los estudios coinciden en que las tasas más altas de suicidio se presentan en el grupo etario de 75 años y más, no siendo el suicidio una de las principales causas de muerte en mayores (OPS, 2002; García-Resa *et al.*, 2002; Hernández-Bringas y Flores-Arenales, 2011; OMS 2012 y 2014).

Dentro de las múltiples dimensiones analíticas que posee el fenómeno del suicidio, el presente trabajo se limita a estudiar el indicador tasas de suicidio –cada 100 mil habitantes–. Específicamente se examina el comportamiento de la tasa de suicidio según grupos de edades diferenciando entre los sexos durante el periodo 2000-2019 en Argentina –teniendo en cuenta cuatro años seleccionados: 2000, 2010, 2015 y 2019–. El estudio se restringió a estos años específicos para priorizar la comparación con las fuentes internacionales.

En primer lugar se comparan los cambios de la tasa de suicidio en cada uno de los sexos a lo largo del periodo considerado. Seguidamente, se examinan los comportamientos según grupo de edad en cada uno de los sexos, contrastando los mismos con la hipótesis de referencia –existencia de una relación positiva entre la tasas de suicidio y la edad–. Y, por último, se calculan las diferencias entre las tasas de suicidio según grupos de edades en cada uno de los años seleccionados. Así como también las variaciones entre los años 2000 y 2019 en las tasas de cada grupo etario –15 a 29, 30 a 49, 50 a 69, y 70 años y más–. De comparar los primeros resultados con estos últimos, se hallan mayores diferencias entre tasas de suicidio de distintas edades, respecto a los cambios de la tasas de suicidio en cada grupo de edad en el tiempo.

La secuencia analítica mencionada se aplica primero a nivel internacional –utilizando la categorización de los cuatro grupos de países clasificados según el nivel de ingresos *per cápita* –propuesta por el Banco Mundial (CEPAL, 2012)–, para generar referencias empíricas que faciliten la comparabilidad y consistencia con los resultados hallados en Argentina. El territorio nacional se desagrega por regiones⁷: Centro, Noroeste (NOA), Noreste (NEA), Cuyo y Patagonia. Estas últimas se diferenciarán en función del producto bruto geográfico *per cápita* durante el periodo bajo estudio.

6 A nivel general la tasa de mortalidad por suicidio presenta modificaciones importantes en su distribución por sexo y grupos de edades (Velásquez, 2013; Dávila *et al.*, 2015; Suelves y Robert, 2012). Para realizar comparaciones entre distintas tasas a nivel total, es necesario eliminar el efecto del cambio en los grupos de edades, mediante técnicas de estandarización (Thomas y Gunnell, 2010; Stack, 1993; Neumayer, 2003).

7 La composición de las regiones según provincias, queda establecida de la siguiente manera: Centro: Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe, y por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA); Cuyo: La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis; NOA: Catamarca, Jujuy, Tucumán, Salta y Santiago del Estero; NEA: Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones; y Patagonia: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (Ministerio de Economía, 2018).

El examen de la intensidad de la mortalidad por suicidio en distintos grupos de edades y sexo permite reconocer las carencias en la prevención de esta causa de defunción en las regiones del territorio nacional (Cárdenas, 2021; OPS, 2002).

En relación a las fuentes estadísticas oficiales seleccionadas para este estudio, forman parte de la misma: Censos Nacionales de Población realizados por el INDEC, y series periódicas sobre estadísticas vitales y de salud⁸ generadas por el Ministerio de Salud de Argentina. Para el contexto internacional se utilizarán las estadísticas sobre suicidios de la OMS y el Banco Mundial. En relación a la disponibilidad de información de estas últimas, priorizando la comparación de resultados, se establecieron los grupos de edades y el periodo temporal.

2- Aspectos conceptuales y metodológicos

En 2001 la OMS explicitó el concepto de suicidio haciendo referencia a la acción deliberada realizada por una persona con pleno conocimiento de su desenlace fatal (OMS, 2001). Posteriormente, hacia el año 2010, lo define como “*el acto deliberado de quitarse la vida*” (OMS, 2010, p. 20). El suicidio más allá de un acto privado se ha convertido en un problema de salud pública mundial. Su abordaje no se puede vislumbrar desde una sola óptica, ni fundamentarse con explicaciones sencillas (Wasserman y Sklodowsky, 2016). Así, en la actualidad el fenómeno del suicidio se juzga como un proceso complejo y multicausal (OPS, 2016; García-Haro *et al.*, 2018; Manzanares Rivera, 2020).

Entre los diversos factores que intervienen en el suicidio se deben tener en cuenta elementos: sociales⁹, culturales, ambientales –variaciones geográficas y estacionales–, personales –problemas familiares, condiciones económicas desfavorables, depresión, baja autoestima y comunicación, etc.–, entre otras (Inquilla, 2013; Durkheim, 2004; Bodón y Ríos, 2016, Corona *et al.*, 2016). Las incidencias de estos factores varían sustancialmente entre países y regiones (Nock *et al.*, 2008). Considerar todos los factores de riesgo para el suicidio requeriría de una investigación exhaustiva (Canetto y Sakinofsky, 1998; Schrijvers *et al.*, 2012).

En el caso del registro del suicidio, este se ve afectado por aspectos culturales y religiosos, entre otras limitaciones adicionales inherentes a la naturaleza del mismo¹⁰ (Cárdenas, 2021). Cabe destacar cierta tendencia al subregistro –diferencial según grupos de edad–, (Bodón y Ríos, 2016), asociada a diferentes motivos, como: estigma social, temor, dificultad de registrar las distintas tentativas de suicidio, particularidades culturales de cada región, diferentes criterios de clasificación entre países, entre otras (Salvarezza, 1996; Hernández-Bringas y Flores-Arenales, 2011; Sánchez-Cervantes *et al.*, 2015).

8 Son elaboradas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), siendo la representante del Sistema Estadístico Nacional en el Ministerio de Salud.

9 Entre los distintos factores sociales se destaca el grado de conectividad social –entendido como la necesidad de generar sentido de pertenencia– (Abrutyn y Mueller, 2014).

10 Como, por ejemplo, la dificultad de establecer la certidumbre de que haya existido una decisión de acabar con la propia vida o que la muerte de la persona sea debida a otros motivos (Abellán García, 2005).

Los registros de muertes por suicidios utilizados son los incluidos en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Presentes en el capítulo XX denominado “Causas externas de morbilidad y mortalidad”¹¹, definidas como “Lesiones autoinfligidas intencionalmente” –códigos X60-X84– (Rodríguez, 2017; Delfrade *et al.*, 2017).

Para la desagregación a nivel mundial según regiones se utiliza la última actualización propuesta por el Banco Mundial –clasificando los países en función del nivel de ingresos *per cápita*¹²⁻¹³: altos, medios-altos, medios-bajos y bajos– (CEPAL, 2012), realizada en julio de 2019¹⁴–. En relación a la misma, Argentina se encuentra en el grupo de los países de ingreso medio-alto, dejando de pertenecer a la categoría de ingreso alto.

En la *Tabla 1* se presentan los valores para el periodo 1953-2010¹⁵ en los productos brutos geográficos *per cápita* de las cinco regiones del territorio argentino, destacándose una marcada desigualdad y un orden predominante –en primer lugar, la Patagonia, seguidos de Centro, Cuyo, NOA y NEA– (Manzano y Velázquez, 2015).

Tabla 1

Años / Regiones	1953	1959	1970	1980	1991	2001	2010	Promedió
Centro	96.8	108.4	111.8	120.8	118.2	135.2	150.2	120.2
NEA	56.0	46.0	46.8	52.3	46.3	46.3	37.6	47.3
NOA	56.0	54.2	53.2	67.6	46.8	51.8	43.4	53.3
Cuyo	66.5	67.5	65.8	71.3	103.5	76.5	68.5	74.2
Patagonia	152.3	149.2	122.0	147.5	167.5	148.2	132.9	145.7

Producto Bruto geográfico per cápita por regiones (Promedio nacional=100). Argentina. Periodo 1953-2010. Fuente: Elaboración propia en base a información suministrada por las Direcciones provinciales de Estadística (INDEC), Consejo Federal de Inversiones (CFI) y CEPAL.

11 Las causas externas en función de la intencionalidad del evento, se clasifican como: no intencionales, intencionales –interviene la violencia, como los suicidios (autoinfligidas) y los homicidios (causadas por terceros) (OPS, 1998; MSAL, 2007)–, de intención no determinada, y lesiones por intervenciones legales y operaciones de guerra (Programa Nacional de prevención y control de lesiones, 2013).

12 Debido a que el desarrollo no es una cuestión exclusivamente de ingresos existen organismos que utilizan criterios alternativos, como el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que se basa en el índice de desarrollo humano para evaluar el nivel de desarrollo de los países (CEPAL, 2012).

13 En base a la categorización del Banco Mundial Argentina durante el periodo en estudio se encontró dentro del grupo de ingresos medios-altos, exceptuando los años 2014 y 2017 que fue considerado de ingresos altos (información recuperada de <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>).

14 <https://blogs.worldbank.org/es/opendata/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingresos-para-2019-y-2020>

15 La restricción a este periodo se debe a la disponibilidad de los datos y a la calidad de los mismos. Los estudios de contabilidad social regional son relativamente recientes y la primera estimación de PBG, desagregado en el nivel provincial, data de 1953 (CFI-Instituto Torcuato Di Tella, 1965).

Por otra parte, la variable edad¹⁶ fue recategorizada de la siguiente manera: 15 a 29 (jóvenes); 30 a 49 (adulto joven); 50 a 69 (adulto maduro); 70 y más (adulto mayor).

3- Conceptualizaciones del suicidio durante el ciclo de vida según sexo.

El suicidio durante la primera infancia ha sido ampliamente debatido, poniendo en duda la capacidad de comprensión del fenómeno de la muerte a esta corta edad (de las Heras, 2015). Adicionalmente, el suicidio en la infancia constituye un hecho aislado, siendo excepcionales los casos de suicidio en menores de 12 años (Ulloa, 2017), además suele verse dificultado por las deficiencias en las recogidas de datos en los grupos más jóvenes de edad –por ejemplo, muertes consideradas como accidentales que ocultan potenciales suicidios– (Morcillo *et al.*, 2020).

El seguimiento de la tasas de suicidio a nivel agregado y en el largo plazo esconde importantes variaciones por sexo, grupos de edades y zonas geográficas (Moyano y Barría, 2006). En algunos países industrializados la conducta suicida se incrementa con la edad y afecta más a individuos mayores de 65 años (Moscicki, 1997; Kaplan, 2000).

Es conocido que las mujeres realizan más intentos de suicidio, pero este es finalmente concretado más en varones, fenómeno denominado “paradoja del género” del suicidio (OPS, 2014; Vijayakumar, 2016; Canetto y Sakinofsky, 1998). Una explicación posible es la construcción social de los roles de género. Los roles de género masculino tienden a enfatizar la fortaleza, la independencia y el comportamiento de asumir riesgos (Cayuela *et al.*, 2020). Se considera que las mujeres tienen mayor capacidad para sobrellevar las problemáticas que les presenta la vida¹⁷ –estrés, conflictos, entre otros–, y que poseen mayor valoración social y familiar en la vejez (Hernández-Bringas y Flores-Arenales, 2011; Devries *et al.*, 2011, Parkar *et al.*, 2012; OPS, 2014). También se han citado como causantes de la divergencia en la mortalidad por suicidios entre los sexos, que los varones recurren con mayor frecuencia a métodos violentos y letales para suicidarse como el ahorcamiento o disparo con arma de fuego, en tanto que las mujeres se valen más del envenenamiento con diversas sustancias químicas (Híjar *et al.*, 1996; Beautrais, 2002).

Existen factores de riesgo que generan vulnerabilidad ante el suicidio en cada grupo de edad (Gutiérrez-García *et al.*, 2006; Córdova *et al.*, 2012; Wasserman y Sklodowsky, 2016). En adolescentes y adultos jóvenes se han investigado múltiples factores de riesgo psicológicos, sociales, familiares o biológicos, entre otros (Milner *et al.*, 2013; Barzilay y Apter, 2014; Frey y Cerel, 2015). Estos se deben tener en cuenta para aplicar estrategias

16 El bajo número de casos del grupo de 5 a 14 años –concentra menos del 2% de los suicidios–, y su alta variabilidad, dificulta la comparabilidad con los restantes grupos de edad. Por tal motivo, se considera solo a la población de más de 14 años.

17 Un estudio realizado por Mckay *et al.* (2014) destaca razones varón/mujer marcadamente bajas en Asia, atribuyendo este resultado –entre otras causas plausibles–, al rol de las mujeres en la sociedad y a la forma de enfrentarse a eventos estresantes.

de intervención bien diferenciadas (Szanto *et al.*, 2013).

Los varones en edad productiva son particularmente sensibles a la reducción de ingresos y a la incertidumbre sobre los ingresos futuros (Breuer, 2015). Así como también el desempleo, es un factor que aumenta la probabilidad de suicidio, efecto que es más fuerte en individuos de mediana edad (Koo y Cox, 2008).

El suicidio en adultos mayores posee diferentes implicancias respecto a las edades más jóvenes. El envejecimiento se caracteriza por el desmejoramiento del estado de salud –la aparición de enfermedades crónicas, hospitalizaciones repetidas, depresión (Pérez, 2012)–, situaciones de dependencia, abandono, soledad y pérdida de vínculos familiares y sociales, lo que provoca malestar y dolor en los individuos. Siendo estos factores desencadenantes en la decisión del suicidio (Jones y Pastor, 2020).

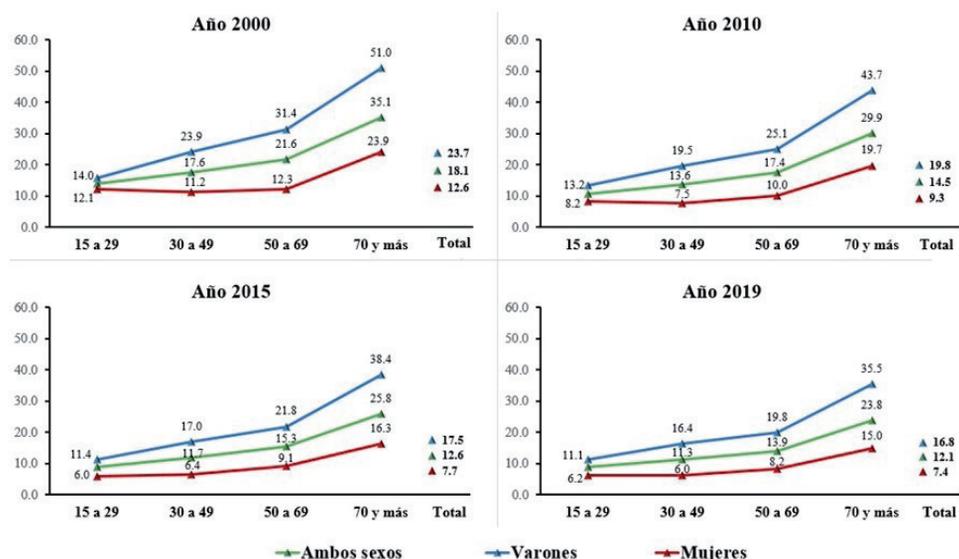
4- El comportamiento de la tasas de suicidio entre grupos de edad según nivel de ingreso de los países.

Entre los años 2000 y 2019 la tasas de suicidio a nivel mundial disminuyó de 18,1 suicidios cada 100 mil habitantes a 12,1. Las disminuciones en varones fueron superiores a las mujeres, siendo las reducciones en la tasas de suicidio de 6,9 y 5,2 suicidios cada 100 mil, respectivamente. La brecha entre sexos en los cuatro años considerados –2000, 2010, 2015 y 2019– presenta valores entre 9,4 y 11,0 suicidios cada 100 mil habitantes. Por tanto, la variable sexo concentra mayores diferencias en este indicador que las variaciones ocurridas en cada uno de los sexos entre el inicio y fin del periodo de estudio.

Las tasas de suicidio según grupos de edades presentan gran dispersión, incrementándose aún más al discriminarlas según sexo (Rodríguez-Escobar *et al.*, 2013). En los cuatro años considerados dentro del periodo 2000-2019, los valores de las tasas de suicidio se incrementan conforme se asciende entre los grupos etarios en los varones –el valor mínimo corresponde al grupo de 15 a 29 años y el máximo al de 70 años y más–. En las mujeres esta relación se cumple, excluyendo al grupo de 15 a 29 años (ver Ilustración 1).

La diferencia entre las tasas específicas por edades –15 a 29, 30 a 49, 50 a 69, y 70 años y más–, en cualquiera de los años seleccionados han sido muy superiores a las variaciones que sufren las tasas específicas durante el periodo bajo estudio –tanto para varones como para mujeres–. Por ejemplo, en el año 2000 entre la tasa de suicidio de varones del grupo de 15 a 29 y el grupo de 70 años y más, se presenta una diferencia de 35,1 suicidios cada 100 mil habitantes, mientras que la brecha en la tasa del grupo de 70 años y más entre el año 2000 y 2019 alcanza una cifra de 15,9 suicidios cada 100 mil habitantes –siendo este valor el más alto encontrado–.

Gráfico 1



Tasa de mortalidad por suicidio (cada 100 mil hab.), según sexo y grupos de edad. Total mundial. Años: 2000, 2010, 2015 y 2019. Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones de la OMS¹⁸ y Banco Mundial.

A continuación se analizan las cuatro regiones según nivel de ingreso, generadas por el Banco Mundial. En primer lugar cabe destacar que no se comprueba una relación determinística entre el nivel de ingreso *per cápita* y la tasa de suicidio.

En los cuatro grupos de ingresos las tasas de suicidio disminuyeron entre los años 2000 y 2019 –siendo las reducciones de 1,3 suicidios cada 100 mil habitantes en los países de ingresos altos, 3,7 en los bajos, 6,3 medios-bajos y 8,3 medios-bajos–. Al igual que lo observado a nivel mundial agregado, la magnitud de las brechas entre sexos en los cuatro años –2000, 2010, 2015 y 2019– fueron superiores a las variaciones ocurridas en cada uno de los sexos entre 2000 y 2019 –exceptuando los varones en los países de ingresos medios-altos en el año 2019–. Asimismo, en los cuatro grupos de ingresos las disminuciones 2000-2019 en los varones fueron superiores a las mujeres.

La relación positiva entre mayor tasa de suicidio y edad se verifica en los cuatros grupos de ingresos en los varones (ver Tabla 2). En el caso de las mujeres se cumple también, con

18 Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva, World Health Organization; 2020.

excepción del grupo de ingresos medios-bajos¹⁹. Cabe destacar en este grupo la mayor tasa de suicidio de las mujeres respecto a los varones en las edades de 15 a 29 en el año 2000 –18,9 y 17,4 suicidios cada 100 mil habitantes, en mujeres y varones, respectivamente–. Este última situación contradice la afirmación de una mayor tasa de suicidio en varones respecto a las mujeres cualquiera sea el grupo etario (Davidson y Choquet, 1982; Garfinkel y Colombek, 1983; Krynski, 1985; López *et al.*, 2010).

La mayor incidencia de los suicidios en los adultos mayores se asocia a la exclusión social, la soledad, el duelo, las enfermedades crónicas, el dolor físico, entre otros factores (Roman-Lazarte *et al.* 2021).

Tabla 2

Varones										
Años	2000					2010				
	Grupos de edad					Grupos de edad				
	15 a 29	30 a 49	50 a 69	70 y más	Total	15 a 29	30 a 49	50 a 69	70 y más	Total
Total	15,8	23,9	31,4	51,0	16,6	13,2	19,5	25,1	43,7	14,5
Países con nivel ingresos bajos	8,5	18,1	45,1	88,4	11,1	7,6	15,6	38,1	78,7	9,6
Países con nivel ingresos medios-bajos	17,4	25,3	30,5	41,4	15,0	15,2	21,6	23,5	33,7	13,4
Países con nivel ingresos medios-altos	15,6	22,9	31,0	61,8	17,2	11,4	16,0	21,0	51,8	13,6
Países con nivel ingresos altos	15,8	25,5	30,9	42,5	20,7	15,9	25,1	31,8	38,6	21,5
Años	2015					2019				
Total	11,4	17,0	21,8	38,4	13,0	11,1	16,4	19,8	35,5	12,5
Países con nivel ingresos bajos	7,3	13,7	34,1	71,4	8,9	7,1	13,4	32,3	69,1	8,8
Países con nivel ingresos medios-bajos	12,0	17,9	21,6	32,4	11,7	11,8	17,8	20,2	31,9	11,7
Países con nivel ingresos medios-altos	10,1	14,4	17,5	40,3	12,0	9,5	13,5	15,5	36,8	11,3
Países con nivel ingresos altos	16,0	22,6	28,0	37,5	20,3	16,7	21,8	25,8	33,7	19,5
Mujeres										
Años	2000					2010				
	Grupos de edad					Grupos de edad				
	15 a 29	30 a 49	50 a 69	70 y más	Total	15 a 29	30 a 49	50 a 69	70 y más	Total
Total	12,1	11,2	12,3	23,9	9,1	8,2	7,5	10,0	19,7	6,9
Países con nivel ingresos bajos	4,7	6,6	18,4	28,7	4,9	3,9	5,6	14,7	25,4	4,1
Países con nivel ingresos medios-bajos	18,9	12,0	12,0	18,8	10,1	13,8	9,7	9,3	14,8	8,0
Países con nivel ingresos medios-altos	9,9	12,8	13,5	36,1	10,0	4,6	5,9	9,9	28,9	6,4
Países con nivel ingresos altos	4,2	7,3	9,8	14,9	6,8	4,9	8,2	10,1	12,7	7,2
Años	2015					2019				
Total	6,0	6,4	9,1	16,3	5,8	6,2	6,0	8,2	15,0	5,7
Países con nivel ingresos bajos	3,1	4,6	12,9	23,5	3,6	2,9	4,3	12,0	23,0	3,4
Países con nivel ingresos medios-bajos	9,3	8,4	10,4	14,8	6,7	9,8	8,1	9,4	14,6	6,7
Países con nivel ingresos medios-altos	3,4	4,5	7,7	20,6	5,0	3,1	4,0	7,0	18,8	4,7
Países con nivel ingresos altos	4,8	7,6	9,4	12,0	6,9	5,3	7,2	8,7	10,3	6,6

Tasa de mortalidad por suicidio (cada 100 mil hab.), según sexo y grupos de edad. Total mundial y grupos de países según ingresos. Años: 2000, 2010, 2015 y 2019. Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones de la OMS y Banco Mundial.

19 En las mujeres del grupo de ingresos medios-bajos la tasa aumenta con la edad a partir del grupo de 30 a 49 años en los años 2000, 2015 y 2019. La tasa máxima siempre se presenta en el grupo de las adultas mayores.

En los varones las diferencias entre las tasas específicas por grupos de edad en cada año –siendo los valores mínimos de 62,0 suicidios cada 100 mil habitantes en los ingresos bajos en el 2019, 18,5 medios-bajos en 2010, 27,3 medios-altos en 2019 y 17,0 altos en 2019– fueron de una magnitud superior a la variación de cada tasa específica entre los años 2000 y 2019, en las cuatro categorías de ingresos (ver Tabla 2).

Esto no se cumple en las mujeres en el grupo de ingresos medios-bajos –siendo superada por la variación del grupo de 15 a 29 años entre 2000 y 2019, y en el grupo de ingresos medios-altos –en el grupo etario de 70 años y más–.

Si se considera la diferencia entre las tasas de suicidio de varones y mujeres, la mayor brecha se presenta en los adultos mayores en los cuatro grupos de países. Esto podría deberse a los métodos utilizados, siendo las armas el mecanismo más comúnmente utilizado en los varones de este grupo (Curtin *et al.*, 2016). Mientras que las diferencias mínimas se encuentran en el grupo de 15 a 29 años. Esta situación puede estar vinculada a la mayor vulnerabilidad en el inicio de la vida laboral, en las cuales pueden darse condiciones de riesgo psicoemocional ante situaciones de cesantía y/o malas condiciones laborales (Madariaga *et al.* 2010).

5- La tasa de suicidio por grupos en argentina y asimetrías regionales.

En Latinoamérica y el Caribe las tasas por suicidio son bajas en relación al promedio mundial –6,1 cada 100 mil habitantes–, pero en los últimos 20 años han aumentado en toda la región (Cervantes y Montaña, 2020). La tasa de mortalidad por suicidio en Argentina entre los años 2000 y 2019 disminuyó de 11,9 a 9,4 suicidios cada 100 mil habitantes²⁰.

Las disminuciones en varones²¹ fueron superiores a las mujeres²², siendo las reducciones en la tasas de suicidio de 3,1 y 1,9 suicidios cada 100 mil, respectivamente.

La brecha entre sexos en los cuatro años considerados –2000, 2010, 2015 y 2019– presenta valores entre 12,4 y 14,0 suicidios cada 100 mil habitantes. Por tanto, la variable sexo concentra diferencias muy superiores que los cambios ocurridos en cada uno de los sexos entre el inicio y fin del periodo de estudio (ver Ilustración 2).

En los varones los valores de las tasas de suicidio aumentan conforme se asciende por los grupos de edad a partir de 30 a 49 años –con excepción del año 2000 que crece de manera continua en los cuatro grupos de edad–. En las mujeres los valores de las tasas de suicidio presentan una relación inversa con la edad –exceptuando el año 2000 que se caracteriza por un comportamiento errático–.

La brecha mínima entre los cuatro grupos de edad en los varones presentó un valor de

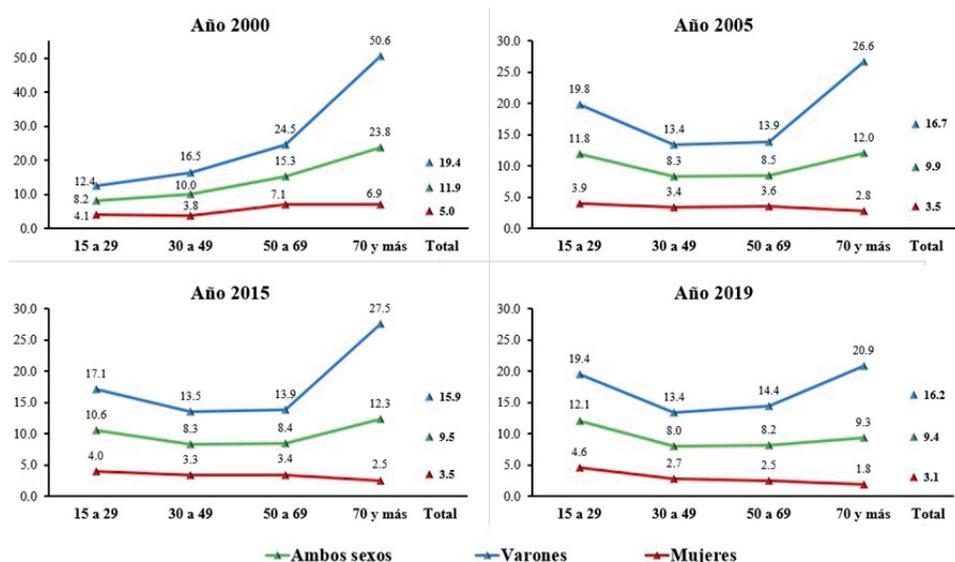
20 Ubicándose en el grupo de ingresos bajos.

21 Valores que se sitúan entre los grupos de ingresos bajos y medios-bajos.

22 Valores que se encuentran muy por debajo del grupo de ingresos bajos.

7,5 suicidios cada 100 mil habitantes. Esta magnitud es superada por las variaciones que tuvieron los grupos de 50 a 69 y 70 años y más, entre los años 2000 y 2019. En las mujeres la brecha mínima fue de 1,1, siendo superada por los dos grupos etarios mayores, al igual que en los varones.

Gráfico 2



Tasa de mortalidad por suicidio (cada 100 mil hab.), según sexo y grupos de edad. Argentina. Años: 2000, 2010, 2015 y 2019. Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas vitales (Ministerio de Salud de Argentina) e INDEC.

En primer lugar cabe destacar que no se verifica una relación determinística entre el nivel de ingreso *per cápita* de las regiones geográficas de Argentina y la tasa de suicidio.

Al igual que a escala total país, en cuatro regiones las tasas de suicidio disminuyeron entre los años 2000 y 2019 –siendo las reducciones de 4,4 en el Centro, 2,6 en la Patagonia, 1,0 en Cuyo y 0,3 en el NEA–, mientras que el NOA presentó un aumento de 6,1 suicidios cada 100 mil habitantes.

Al igual que lo observado a escala total país, en todas las regiones las brechas de sexos fueron de una magnitud superior en comparación a las reducciones en cada uno de los sexos entre 2000 y 2019. Por ejemplo, la diferencia en 2015 en la tasas de suicidio del NEA entre varones y mujeres del grupo de 50 a 69 años, fue de 5,3 suicidios cada 100 mil habitantes –siendo este valor el más bajo encontrado–. Mientras que la variación en la tasa de suicidio del grupo de 50 a 69 años en el NEA entre los años 2000 y 2019 fue de 0,9 suicidios cada 100 mil habitantes en varones, y 1,9 en mujeres.

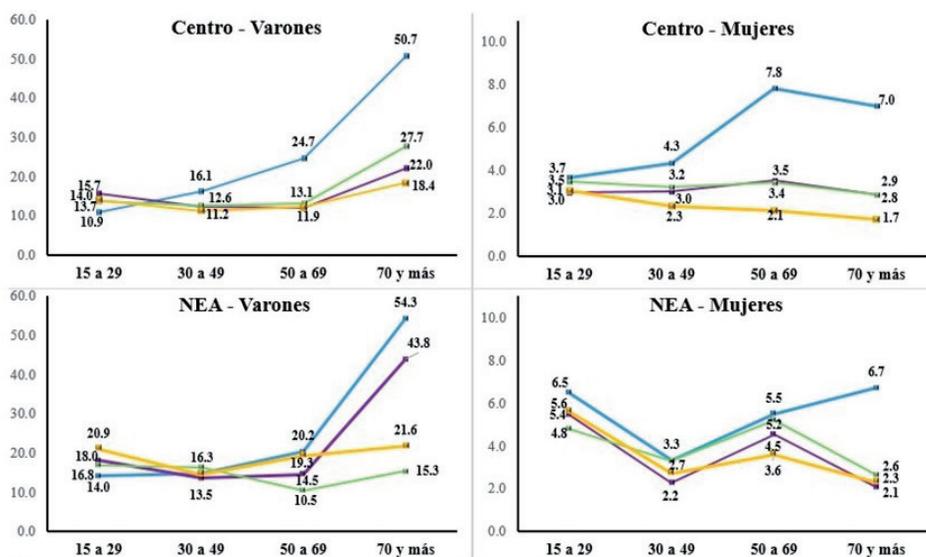
La relación positiva entre mayor tasa de suicidio y edad se verifica en los varones solo en el año 2000 en cuatro regiones –no se presenta en el NOA–. La relación se cumple

considerando el intervalo entre 30 a 49 años y 70 y más en las regiones: Centro (2015 y 2019); NEA (2010 y 2019); NOA (2000 y 2010); Cuyo (2010 y 2015) y Patagonia (2015 y 2019). En línea con los resultados que afirman una mayor tasa de suicidio en los adultos mayores en varones en Uruguay (*Vignolo et al., 2013*).

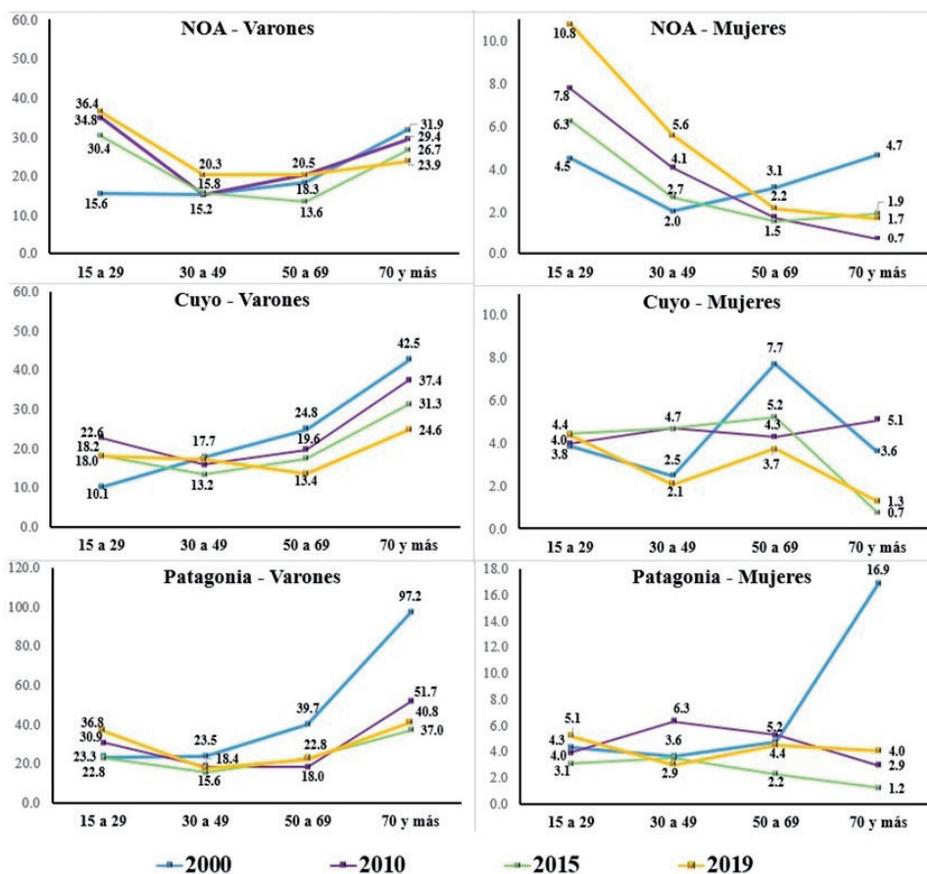
En los restantes casos se presenta una relación inversa entre el valor de la tasas de suicidio y la edad, considerando el intervalo entre 15 a 29 y 50 a 69 años –los dos casos del NEA se diferencian por presentar las tasas más elevadas en el grupo de 15 a 29 años (ver Ilustración 3)–.

En el caso de las mujeres, se presenta una relación positiva entre tasa de suicidio y edad a partir del grupo de 30 a 49 años en las regiones del NEA, NOA²³ y Patagonia solo en 2000. Y considerando el intervalo entre 15 y 29 y 50 a 69 años en Centro (año 2000) y Cuyo (2015). La existencia de una relación negativa entre la tasas de suicidio y la edad tiene mayor presencia. Se exhibe a lo largo de los cuatro grupos etarios en el Centro (año 2019) y NOA (años 2010 y 2019). Considerando el intervalo a partir de 30 a 49 años en Patagonia (años 2010 y 2015). Y en el intervalo entre 15 y 29 y 50 a 69 años en el NOA (año 2015). Por último, se encuentran los casos en que no predomina ninguna tendencia –se produce un aumento seguido de un descenso conforme se transita por los cuatro grupos etarios–, correspondientes al Centro (años 2010 y 2015), NEA (años 2010, 2015 y 2019), Cuyo (2000, 2010 y 2019), y Patagonia (2019).

Gráfico 2



23 La tasas más alta de suicidio de las mujeres en el NOA se presenta en el grupo de 15 a 29 años, exceptuando el año 2000 que correspondió al grupo de 70 y más.



Tasa de mortalidad por suicidio (cada 100 mil hab.), según sexo y grupos de edad. Total país y regiones. Años: 2000, 2010, 2015 y 2019. Argentina. Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas vitales (Ministerio de Salud de Argentina) e INDEC.

En los varones la brecha mínima entre las tasas de suicidio de los cuatro grupos de edad es de una magnitud superior a la variación de los grupos de edad entre los años 2000 y 2019, exceptuando el grupo etario de 70 años y más (en las regiones Centro, NEA, Cuyo y Patagonia), y el grupo de 15 a 29 años (en el NOA). En el caso de las mujeres la relación mencionada no se cumple en el grupo de 70 años y más (en NEA y Patagonia), en 50 a 69 años en Cuyo, en los grupos etarios de mayor edad en Centro, y en los dos grupos más jóvenes en el NOA.

Si se considera la diferencia entre las tasas de suicidio de varones y mujeres según grupo de edad, la mayor brecha se presenta en los adultos mayores en Centro, Cuyo y Patagonia. También en el NEA y NOA, exceptuando los años 2015 y 2019, respectivamente. Las brechas mínimas se ubicaron en tres etarios diferentes. En mayor medida en el grupo de 30 a 49 años –Centro (2015 y 2019), NEA (2019), NOA (2010 y 2019), Cuyo (2010 y 2015),

y Patagonia (2010, 2015 y 2019)–, y en los grupos etarios de 15 a 29 años –en 2000 en las cinco regiones–, y 50 a 69 años –Centro (2010), NEA (2010 y 2015), NOA (2015) y Cuyo (2019)–.

6- Conclusiones

Las primeras referencias bibliográficas respecto al comportamiento de la tasa de suicidio según la edad fueron aportadas por Durkheim a fines del siglo XIX, quien afirmó que existía una relación positiva. Los estudios siguientes coinciden en ponderar un aumento de las tasas de suicidio conforme se incrementan las edades.

Las diferencias en las tasas de suicidio según sexo en los años considerados fueron de una magnitud superior respecto a las variaciones ocurridas en cada uno de los sexos en las cinco regiones de Argentina y también a nivel mundial –exceptuando el caso de los varones en los países de ingresos medios-altos–. Estos resultados concuerdan con los mencionados en la literatura respecto a la marcada diferencia en las tasas de suicidio según sexo –exceptuando el caso del grupo de 15 a 29 años en los países de ingresos medios-bajos en 2000–.

En relación a la existencia de un vínculo positivo entre la tasa de suicidio y la edad, se verificó en los cuatros grupos de países según ingresos en los varones. También en el grupo de mujeres, con excepción del grupo de países de ingresos medios-bajos. En Argentina los varones presentan valores de las tasas de suicidio que aumentan con la edad en el año 2000 en cuatro regiones –excluyendo el NOA–. También se cumple en el intervalo etario entre 30 a 49 y 70 y más años en los casos: NEA (años 2010 y 2019); NOA (2000 y 2010); Cuyo (2010 y 2015); Centro y Patagonia (2015 y 2019). En las restantes situaciones se presenta una relación inversa entre el valor de la tasas de suicidio y la edad, considerando el intervalo entre 15 a 29 y 50 a 69 años – NEA (2015), Cuyo (2019), Centro y Patagonia (2010), NOA (2015 y 2019) –. Los casos del NOA se destacan por presentar las tasas más elevadas en el grupo de 15 a 29 años. Por tanto, si bien con diferencias según regiones, no puede afirmarse la existencia de un comportamiento determinístico de las tasas específicas de suicidio según edad en los varones.

En las mujeres se presenta una relación positiva entre tasa de suicidio y edad en los intervalos etarios: entre 30 a 49 y 70 y más años en NEA, NOA y Patagonia en 2000; entre 15 y 29 y 50 a 69 años en Centro (2000) y Cuyo (2015). También se evidencia la existencia de una relación negativa entre la tasa de suicidios y la edad en las siguientes situaciones: en los cuatro grupos etarios en Centro (2019) y NOA (2010 y 2019); entre 30 a 49 y 70 y más años en Patagonia (2010 y 2015); entre 15 y 29 y 50 a 69 años en NOA (2015). Y los casos en que no predomina ninguna tendencia se presentaron en Centro (2010 y 2015), NEA (2010, 2015 y 2019), Cuyo (2000, 2010 y 2019), y Patagonia (2019). Destacándose un comportamiento más errático que los varones respecto al vínculo entre las tasas específicas por suicidio y los grupos de edad.

Las menores diferencias entre las tasas específicas por grupos de edad en varones en los cuatro años seleccionados fueron de una magnitud superior a las variaciones en las tasas específicas por edad entre el 2000 y 2019. Esto se evidenció en los cuatro grupos de países según ingresos *per cápita*. También en las mujeres, exceptuando el grupo medios-bajos y medios-altos. En Argentina, dicha relación no se cumple en ninguna región. En los varones se destaca la gran disminución del grupo de 70 años y más entre los años 2000 y 2019, en las regiones Centro, NEA, Cuyo y Patagonia, y 15 a 29 años en el NOA. En las mujeres sobresalen las disminuciones del grupo de 70 años y más en NEA y Patagonia, 50 a 69 años en Cuyo, 50 a 69 y 70 y más años en Centro, 15 a 29 y 30 a 49 años en NOA.

Estos cambios abruptos detectados en diferentes grupos de edad que se produjeron en las regiones de Argentina durante el periodo bajo estudio son de utilidad para dirigir las medidas de prevención del suicidio a nivel de políticas públicas.

7- Bibliografía

- Abellán García, A. (2005). El suicidio entre las personas de edad. *Rev Mult Gerontol*, p.65-67. Disponible en <https://digital.csic.es/bitstream/10261/10495/1/g-15-1-015.pdf>.
- Abrutyn, S. & Mueller, A.S. (2014). The Socioemotional Foundations of Suicide: A Microsociological View of Durkheim's Suicide. *Sociological Theory*, 32(4), 327-351. DOI <https://doi.org/10.1177/0735275114558633>
- Altieri, D. (2006). Mortalidad por suicidios en Argentina. In *Nivel, tendencia y diferenciales. II Congreso Internacional de Suicidología, Corrientes, Argentina*, 15. https://www.redaepa.org.ar/jornadas/ixjornadas/resumenes/Se06--Mortalidad_Fantin/mesa-6b/Altieri.pdf
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Predictors of suicide in adolescents and adults with mood and common comorbid disorders. *Neuropsychiatry*, 4(1), 81-93. doi: 10.2217/np.13.86
- Beautrais, A. L. (2002). Gender issues in youth suicidal behavior. *Emergency Medicine*, 14(1), 35-42. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2002.00283.x>
- Bodón, M. C. & Ríos, M. A. (2016). *Suicidio: Lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención*. Facultad de Psicología UBA. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/index.php?var=material/publicaciones.php
- Breuer, C. (2015). Unemployment and suicide mortality: Evidence from regional panel data in Europe. *Health Econ*, 24:936-50. <https://doi.org/10.1002/hec.3073>
- Canetto, S.S. & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide. Life Threat Behav*, 28:1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Cárdenas, R. (2021). La mortalidad por suicidio en las poblaciones masculinas joven, adulta y adulta mayor en ocho países de Latinoamérica y el Caribe. *Revista Latinoamericana De Población*, 15(29), 5-33. <https://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.1>

- Casado Blanco, M. (2002). Suicidios en mayores de 65 años en la provincia de Badajoz: análisis médico legal. *Cuadernos De Medicina Forense*, (28), 25-32.
- Caycedo, A., Arenas, M. L.; Benítez, M.; Cavanzo, P.; Leal, G., & Guzmán, Y. R. (2010): "Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá-2009". *Persona y bioética*, 14(2), 205-213.
- Cayuela, A.; Cayuela, L.; Gayango, A. S.; Rodríguez-Domínguez, S.; Uceda, F. J. P. & Quiles, A. A. V. (2020): "Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 57-62.
- Cervantes, A. D. & Montaña, A. P. (2020). Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200069.
- Chiu, H.; Chan, S. & Lam, L. (2001). Suicide in the elderly. *Curr Opin Psychiatry*, 14:395-9.
- Córdova, M.; Rosales, J. & García, M. (2012). Ideación suicida y variables asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo (México): Comparación por género. *Psicogente*;15(28):287-301. <http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/330/322>
- Curtin, S.; Warner, M. & Hedegaard, H. (2016). *Increase in Suicide in the United States, 1999-2014*. NCHS Data Brief No. 241. Centers for Disease Control and Prevention. Hyattsville, MD, EEUU. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>
- Dávila Cervantes, C. A.; Ochoa Torres, M. D. P. & Casique Rodríguez, I. (2015): Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México, 2000-2012. *Salud colectiva*, 11, 471-484.
- De Las Heras Calvo, F. J. (2015). *Prevención del suicidio*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/51868/1/5301479570.pdf>
- Delfrade, J.; Sayón-Orea, C.; Teijeira-Álvarez, R.; Floristán-Floristán, Y., & Moreno-Iribas, C. (2017). Tendencia divergente de la mortalidad por suicidio en Navarra y España durante el período 2000-2015. *Rev Esp Salud Publica*, 91, e1-e10.
- Devries, K.; Watts, C.; Yoshihama, M.; Kiss, L.; Schraiber, L.B. & Deyessa, N. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med*, 73(1): 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.006>
- Durkheim, E. (2015). *El suicidio. Un estudio de sociología*. Madrid: Akal.
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio*. Grupo Editorial Tomo, México.
- Estruch, J. & Cardus, S. (1982). *Los suicidios*. Ed. Herder. Barcelona.
- Farberow, N. L. & Schneidman, E. (1969): *Necesito ayuda. Estudio sobre el suicidio y su prevención*. La Prensa Mexicana. México.

- Frey, L.M. & Cerel, J. (2015). Risk for suicide and the role of family: a narrative review. *JFam Issues*; 36: 716736. <https://doi.org/10.1177/0192513X13515885>
- García-Haro, J.; García-Pascual, H. & González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134),381-400.
- García-Resa, E.; Braquehais, D.; Blasco, H.; Ramírez, A. Jimenez, L.; Díaz-Sastre, C.; Baca-García, E. & Sáiz, J. (2002). Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 112-119.
- Gorceix, A. & Zimbacca, N. (1968). *Etudes sur le suicide*. Masson. Paris.
- Gutiérrez-García, A.; Contreras, C. & Orozco Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. 29(5):66–74.
- Haim, A. (1970). *Les suicides d'adolescents*. Payot. Paris. Headley, L.A. (1983). *Conclusion*. En; *Suicide in Asia and the Near East*. Ed. Lee A. Headley. University of California Press, Berkeley and Los Angeles.
- Hernández-Bringas, H.H. & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17, 69-101.
- Híjar, M.; Rascón, R.; Blanco, J. & López, M.V. (1996). “Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993)”. *Revista Salud Mental*, 19(4): 14-21.
- Inquilla, J. (2013). Representaciones sociales sobre el suicidio de los estudiantes en la Universidad Nacional del Altiplano Puno-Perú. *Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 4(2), 27-37. <https://www.comunicacionunap.com/index.php/rev/article/view/44>
- Jones, A.L. & Pastor, D.K. (2020). Older adult suicides: What you should know and what you can do. *Home Healthcare Now*. 38(3):124-130. doi: 10.1097/ NHH.0000000000000855.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (2004). Sinopsis de Psiquiatría, 9ª edición, 913-922.
- Kaplan, H. (2000). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiatría clínica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Koo, J. & Cox, W.M. (2008). An economic interpretation of suicide cycles in Japan. *Contemp Econ Policy*, 26(1):162–74.
- Krynski, S. (1985). La conducta suicida en la infancia. *Psicopatología* 5, 2 (137-146).
- López, L. N.; Pont, F. M., & Mejías, Ó. H. (2010). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Factores-de-riesgo-de-la-conducta-suicida-en-internos-con-trastorno-mental-grave-NIPO-126-11-051-1.pdf>

Luchinger, M. M.; Ojeda, P. S. & González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza. com*, 8, 15-25.

Madariaga, A.C.; Gómez, A.G.; Iriondo, P.C.; Savarese, V.T.; Taylor, A.B. y Ríos, G. T. (2010). Prevalencia del Suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2008. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, vol. 48, núm. 3, septiembre, pp. 197-206. <https://www.redalyc.org/pdf/3315/331527721004.pdf>

Manzanares Rivera, J.L. (2020). El fenómeno de mortalidad por suicidio en México: patrones territoriales a partir de 20 años de información. *Estudios Socioterritoriales. Revista de Geografía*, (28), 059. DOI: <https://doi.org/10.37838/unicen/est.28-059>.

Manzano, F., & Velázquez, G. A. (2015). Desigualdades en la oferta de empleo según regiones y categorías urbanas: Argentina (2010). *Revista Ágora*, 17 (02),160-172.

Marti, G. (1983). Epidemiología del suicidio consumado en Barcelona durante el año 1983. *Rev. de Psiquiatr. y Psicol. Med. de Europa y América Lat.* Tomo XVI. n° 8, (576-583).

Mckay, K.; Milner, A. & Maple, M. (2014): Women and suicide: beyond the gender paradox. *Int J Cult Ment Health*; 7: 168178. <https://doi.org/10.1080/17542863.2013.765495>

Milner, A.; Hjelmeland, H.; Arensman, E. & De Leo, D. (2013). Socialenvironmental factors and suicide mortality: a narrative review of over 200 articles. *Sociology Mind*; 3: 137148. <https://doi.org/10.4236/sm.2013.32021>

Ministerio de Economía (MECON) (2018). *Indicador de Desarrollo Relativo Provincial (IDERP). Resultados regionales. Evolución en el período 2004-2017*. <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/IDERP%20Regional%202017.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) (2007). *Lesiones por causas externas*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/boletines_epidemiologia/pdfs/boletin_BEP37_COMPLETO.pdf

Morcillo Moreno, L.; Saíz, P.; Bousoño, M. & Bobes, J. (2000). Análisis epidemiológico y manejo de las conductas suicidas. *Tratado de Psiquiatría*, 801-819. https://psiquiatria.com/tratado/cap_47.pdf

Moyano Díaz, E. & Barría, R. (2006). Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 343-359.

Nakanishi, M.; Endo, K. & Ando, S. (2017). The Basic Act for Suicide Prevention: Effects on Longitudinal Trend in Deliberate Self-Harm with Reference to National Suicide Data for 1996-2014. *Int J Environ Res Public Health*; 14(1):104. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph14010104>

Neumayer, E. (2003). Are Socioeconomic Factors Valid Determinants of Suicide? Controlling for National Cultures of Suicide with Fixed-Effects Estimation. *Cross-Cultural Research*, 37(3): 307- 329.

Nock, M.K.; Borges, G.; Bromet, E.J.; Alonso, J.; Angermeyer, M. & Beautrais, A. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*. 2008;192(2):98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Más muertes por suicidio que por conflictos bélicos y homicidios*. OMS. <http://www0.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=5358&criteria1=suicidio&criteria2=>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Prevención del suicidio SUPRE*. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global un imperativo global*. Washington: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/es/.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional*. Washington DC: OPS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHOMortalidad-por-suicidio-final.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Whashington, DC: OMS/OPS.

Parkar, S.R.; Nagarsekar, B.B. y Weiss, M.G. (2012). Explaining suicide: identifying common themes and diverse perspectives in an urban Mumbai slum. *Soc Sci Med*, 75(11): 2037- 46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.002>

Pérez, S. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciencia Salud Colectiva*, 17:2011–6

Pitchot, W.; Paquay, C. & Ansseau, M. (2008). Suicidal behaviour: psycho-social and psychopathological risk factor. *Revue Medicale de Liege*, 63, 396-403.

Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones (2013). *Instructivo para el registro de datos en las unidades centinela del sistema de vigilancia de lesiones*. SIVILE. Buenos Aires: Ministerio de Salud. http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-09_sivile-baja.pdf

Rodríguez Cámara, M. J. (2017). *Desigualdades en la mortalidad por suicidios en Argentina: quinquenios 1999-2003 y 2008-2012*. Estudio ecológico (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. <https://doi.org/10.18294/rdi.2018.174320>

Rodríguez-Escobar, J.A.; Medina-Pérez, O.A. & Cardona-Duque, D. V. (2013). Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. *Rev Fac Med*;61(1):9-16.

- Roman-Lazarte, V.; Moncada-Mapelli, E. & Huarcaya-Victoria, J. (2021). Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.005>
- Rueda, G.; Rangel, A.; Castro, V. & Camacho, P. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39:683–92
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría: Teoría y clínica*. Editorial Paidós. SAICF. Tercera reimpresión. Buenos Aires.
- Sánchez Barricarte, J. J.; Martí Rubio, B. & Castillo Parron, A. E. (2017). *Análisis de las estadísticas oficiales del suicidio en España (1910-2011)*.
- Sánchez-Cervantes, F. S.; Serrano-González, R. E. & Márquez-Caraveo, M. E. (2015). Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. *Salud Mental*, 38(5), 379-389. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.051>
- Schrijvers, D.L.; Bollen, J. & Sabbe, B.G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord*; 138: 1926. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>
- Stack, S. (1993). The Effect of Modernization on Suicide in Finland: 1800-1984. *Sociological Perspectives*, 36(2): 137-148.
- Stengel, E. (1965). The prevention of suicide in old age. *Z. Prav.-Med.* 19, 474.
- Stern, T.; Fricchione, G.; Cassem, N.; Jellinek, M. & Rosenbaum, J. (2010). Handbook of general hospital psychiatry. Care of suicidal patient, 541–54. Capítulo 40.
- Suelves, J.M. & Robert, A. (2012). La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Revista Española de Medicina Legal*, 38, 137-142
- Szanto, K.; Lenze, E.; Waern, M. & Conwell, Y. (2013). Research to reduce the suicide rate among older adults: methodology roadblocks and promising paradigms. *Psychiatr Serv*, 64(6): 586–589
- Thomas, K. & Gunnell, D. (2010). Suicide in England and Wales 1861-2007: A Time-trends Analysis". *International Journal of Epidemiology*, 39: 1464-1475.
- Ulloa Meza, J. F. (2017). *Comportamiento epidemiológico del suicidio en Nicaragua en el período de Enero 2011 a Diciembre 2015*. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. UNAN Managua. Facultad de Ciencias Médicas. <https://repositorio.unan.edu.ni/9738/1/98427.pdf>
- Valencia, H.; Campo-Cabal, G.; Borrero, C.; García, Á. & Patino, M. (2011). Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario del Valle. Cali (1994-2010). *Rev Colomb Psiquiat*, 40:619–36.

Velásquez Suarez, J. M. (2013). Suicidio en el anciano. *Revista colombiana de psiquiatría*, 42, 80-84.

Vignolo, J.; Henderson, E.; Vacarezza, M.; Alvarez, C.; Alegretti, M. & Sosa, A. (2013). Análisis de 123 años de muertes por suicidio en el Uruguay. 1887-2010. *Revista de Salud Pública*, 17(1), 8-18.

Vijayakumar, L. (2016). Suicide Prevention: Beyond Mental Disorder. *Indian J Psychol Med*; 38(6): 514-6. <https://dx.doi.org/10.4103%2F0253-7176.194916>

Wasserman, D. & Sklodowsky, M. (2016). *Stress-vulnerability model of suicidal behaviours. Suicide: an unnecessary death*. (2nd. ed.). Oxford: Oxford University Press.