

# EL SUICIDIO EN EL DEPARTAMENTO LA CAPITAL, Santa Fe, Argentina

Dra. Blanca A. Fritschy

Laboratorio de Geografía Ambiental, CONICET-UCSF

*El que se mata por sus propios deseos comete suicidio.  
Abate Francois Desfontaines, 1735 (creador del término)*

## Introducción

No sólo el suicidio ha acompañado al hombre a lo largo de su historia sino que su actitud ante la muerte ha mutado en tiempo y espacio. Y aunque en diferentes épocas la explicación de sus causas y la actitud hacia el mismo han variado, el acto ha existido en casi todas las culturas. En efecto, las mayores diferencias no se encuentran en los índices de suicidio sino en la perspectiva de valoración y la reacción de la sociedad frente al mismo. En la antigüedad, en países como Japón, China y gran parte de Europa, el suicidio no sólo era frecuente sino que en muchos casos era honroso; en los siglos VII y VIII, la Iglesia empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse y en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino atribuyó el suicidio a una inspiración demoníaca y a un pecado contra Dios. En occidente el suicidio era sinónimo de debilidad, de enfermedad, de conducta inadecuada, por ello, casi nadie lo daban a conocer. Hacia 1820, el médico J. P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un "transtorno mental" y, en 1838, Esquirol se refirió al acto suicida como a una consecuencia de una crisis de tipo afectiva (www.nuevos rumbos). Paulatinamente se comenzó a considerar como un síntoma de enfermedad; hoy se acepta y se denuncia. Es un problema en el que parece haber consenso entre sociólogos, sicólogos, psiquiatras, antropólogos, demógrafos y geógrafos en cuanto lo consideran como un rasgo de la modernidad, uno de los males del siglo.

Hacia finales del siglo XIX, Morselli (1879) y el sociólogo francés Durkheim (1897) introducen los factores sobre los cuales se basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio. Durkheim define el suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado" y concluye que la forma de prevención más eficaz es la promoción del sentido de pertenencia de los individuos a un grupo o a una comunidad. Ejemplo de un acto positivo: dispararse en la cabeza; ejemplo de un acto negativo: rehusar a ingerir cualquier medicina hasta dejarse morir. Entre las diversas muertes hay algunas que presentan la particularidad de ser obra de la propia víctima, resultante de un acto en el que el agente y el paciente son una misma persona. Por lo general, se representa al suicidio como una acción positiva y violenta que implica cierto despliegue de fuerza muscular o como una actitud puramente negativa, o una simple abstención con idéntica consecuencia. Señala que los suicidios constituyen fenómenos individuales, que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto, el suicidio sería un hecho social (www.revistafuturos).

Otros autores desarrollaron ideas muy distintas a la anterior y, mientras que algunas de estas teorías permanecen vigentes, otras han desaparecido de la comprensión actual del suicidio: Freud introdujo la teoría sobre la presencia innata de una pulsión de agresión y de muerte, una tendencia a la autodestrucción presente en el inconsciente; Ringel (1953) señaló que en el síndrome presuicida la inhibición de la agresividad causa el aislamiento del individuo y que éste termina descargando la agresión contra sí mismo; y Schneider (1954) indicó, quizá por primera vez, las diferencias entre el suicidio y la tentativa suicida. Algunos años más tarde, Kreitman (1977) propuso la substitución de la expresión "tendencia suicida" por la palabra "parasuicidio", introduciendo en este concepto el acto deliberado de ingerir drogas en cantidades no prescritas en las fórmulas terapéuticas, pero eliminando igualmente la intencionalidad de morir (www.revistafuturos).

Existieron numerosas discrepancias acerca de la terminología más apropiada para describir el comportamiento suicida. Recientemente, se ha propuesto el término "comportamiento suicida mortal", basado en el resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, "comportamiento suicida no mortal" para las acciones suicidas que no provocan la muerte (Canetto y Lester, 1995). Tales actos también a menudo se llaman "intentos de suicidio" (término común en los Estados Unidos), "parasuicidio" y "daño autoinfligido deliberado" (términos usuales en Europa). Otra forma frecuente de violencia dirigida contra uno mismo es la automutilación, que consiste en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente (op. cit.).

El suicidio (del latín *sui caedere*, matar a uno mismo) es el acto de quitarse la propia vida de forma voluntaria y premeditada. La definición ampliamente difundida es la que aparece en la *Encyclopaedia Británica* (1973), citada por Shneidman (1985): "el acto humano de causar la cesación de la propia vida". Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave. No obstante, a menudo es sumamente difícil reconstruir los pensamientos de las personas que se suicidan, a menos que hayan expuesto sus intenciones con claridad antes de su muerte o hayan dejado una nota de suicidio. No todos los que sobreviven a un acto suicida se habían propuesto vivir ni todas las muertes por suicidio han sido planificadas. Por lo tanto, puede ser problemático establecer una correlación entre la intención y el resultado. En no pocos sistemas jurídicos, se certifica como suicidio una muerte cuando las circunstancias son compatibles con un suicidio y pueden descartarse el asesinato, la muerte accidental y las causas naturales.

Para considerarse suicidio, la muerte debe ser un elemento central y el motivo del acto y no sólo una consecuencia casi ineludible. Así, los hombres bomba y los mártires no son considerados suicidas, dado que unos mueren como consecuencia de la explosión que ellos mismos provocan y los otros se sacrifican en nombre de una creencia. Tampoco son suicidas los que se sacrifican por otros en caso de emergencias ni los soldados que luchan en una guerra, y en estos casos, los muertos no son proscritos por la religión ni por la ley. En el caso de que el suicidio tenga consecuencias legales, la ley recoge que debe haber prueba de intención de morir así como la propia muerte para que el acto sea considerado un suicidio (Maza, P. M.; Muñoz Ginesta, N.; et. al.)

El tema suicidio posee numerosas fuentes de información siendo abordada desde diferentes especialidades. La Geografía también se ocupa de él en las vertientes de la Salud y la Cultural. El objeto de este artículo es instalar el tema en el ámbito docente y dar a conocer la sistematización de información disponible en el departamento La Capital de la provincia de Santa Fe.

### **Los datos en el ámbito internacional y la trascendencia del problema**

Si bien los índices de suicidios varían permanentemente y dependen de los lugares, de los datos y de los medios con que se dispongan para su análisis estadístico, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) indica que, cada segundo, algún ser humano trata de suicidarse en algún país del mundo y, cada 40 segundos, un suicida cumple su propósito. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo.

La OMS (2003) reconoce que la magnitud del problema podría ser más alarmante de lo que muestran las estadísticas. En ocasiones, se lo oculta “para evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, o de la familia de la persona, por conveniencia social, o razones políticas, o porque la persona que comete el suicidio deliberadamente lo hace aparecer como un accidente”. También asegura que más personas mueren cada año debido al suicidio que a la suma de homicidios y guerras.

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de los países europeos, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En el año 2001 los suicidios registrados en todo el planeta superaron la cifra de muertes ocurridas por homicidio (500 000) y por guerras (230 000).

La OPS (op. cit.) indica que las tasas de suicidio nacionales varían considerablemente y que, entre los países que informan a la Organización Mundial de la Salud, las tasas más altas se observan en Europa oriental (por ejemplo, Belarús, 41,5 por 100 000; Estonia, 37,9 por 100 000; en Federación de Rusia, 43,1 por 100 000, y Lituania, 51,6 por 100 000). También se han comunicado tasas altas de suicidio en Sri Lanka (37 por 100 000 en 1996), según los datos proporcionados por la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental. Se encuentran tasas bajas principalmente en América Latina (en particular en Colombia, 4,5 por 100 000, y Paraguay, 4,2 por 100 000) y en algunos países de Asia (por ejemplo, Filipinas, 2,1 por 100 000, y Tailandia, 5,6 por 100 000). En otros países de Europa, en Canadá y Estados Unidos y en regiones de Asia y el Pacífico las tasas tienden a ubicarse entre estos extremos (por ejemplo, Alemania, con una tasa de 14,3 por 100 000; Australia, 17,9 por 100,000; Bélgica, 24,0 por 100 000; Canadá, 15,0 por 100 000; Estados Unidos, 13,9 por 100,000; Finlandia, 28,4 por 100 000; Francia, 20,0 por 100 000; Japón, 19,5 por 100 000; y Suiza, 22,5 por 100 000). Lamentablemente, se cuenta con poca información sobre el suicidio en los países de África. Argentina,

para el año 1996, registró un total de suicidios de 2 245, tasa total de 8,7 por 100 000 habitantes (RAE).

Dos países, Finlandia y Suecia, tienen datos sobre las tasas de suicidio que se remontan al siglo XVIII y en ambos dichas tasas muestran una tendencia ascendente con el transcurso del tiempo. Durante el siglo XX, Escocia, España, Finlandia, Irlanda, Noruega, los Países Bajos y Suecia experimentaron un aumento significativo de suicidios, mientras que Inglaterra y Gales (datos combinados), Italia, Nueva Zelanda y Suiza presentaron una disminución considerable. No hubo ningún cambio significativo en Australia. Durante el período comprendido entre 1960 y 1990, al menos 28 países o territorios tuvieron tasas ascendentes de suicidio, por ejemplo Bulgaria, China (Provincia de Taiwán), Costa Rica, Mauricio y Singapur, mientras que ocho mostraron tasas decrecientes, entre ellos Australia e Inglaterra y Gales (datos combinados).

La raza y el grupo étnico son factores importantes en la ocurrencia de suicidios. Entre los caucásicos es aproximadamente el doble de la observada en otras razas, si bien recientemente en los Estados Unidos se ha informado una tasa más alta en los afroestadounidenses (Moscicki, 1985). Esta modalidad de una prevalencia más elevada en los caucásicos también se ha transferido a Sudáfrica y Zimbabue (op. cit.). Las excepciones a la tasa generalmente superior en los caucásicos se encuentran en las antiguas repúblicas soviéticas de Armenia, Azerbaiyán y Georgia.

El hecho de pertenecer al mismo grupo étnico parece asociarse con tasas similares de suicidio, como sucede en el ejemplo que ofrecen Estonia, Finlandia y Hungría, países que tienen todas tasas muy altas, a pesar de que Hungría está geográficamente muy distante de Estonia y Finlandia. Por el contrario, grupos étnicos diferentes —aunque vivan en el mismo lugar— pueden tener tasas muy disímiles de suicidio. En Singapur, por ejemplo, los chinos y los indios tienen tasas mucho más altas que los malayos. Las tasas de suicidio son con frecuencia más elevadas en los grupos indígenas, por ejemplo, en algunos de estos grupos de Australia (Hunter, 1991), China (Provincia de Taiwán) y Canadá y Estados Unidos.

### **Los factores desencadenantes**

Fernández López (2000) considera que los principales factores de riesgos personales y demográficos para el suicidio corresponden a los trastornos psíquicos, la historia de intentos y amenazas, la edad (adolescentes y ancianos), factores sociales y sanitarios. El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, discusiones, ruptura de relaciones, problemas jurídicos y/o laborales, demográficos (edad, sexo, estado civil, ocupación, razas, religión, período del año...). Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social; determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios; etiológicos agudos y los incluidos en el Triángulo letal de Schneiderman (baja auto-estima, agitación extrema, visión en túnel) ([www.homestead.com](http://www.homestead.com)). Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio (OMS, 2004).

## Los resultados en el departamento La Capital de la provincia de Santa Fe

Los datos analizados, de carácter mensual, corresponden a la Dirección Nacional de Política Criminal del Ministerio de Justicia de la Nación y comprenden el lapso julio 2001 a noviembre 2004. El total de suicidios es de 182, con un máximo de 8 (octubre de 2001), mínimo de 1 y promedio de 4 por mes. La mayor cantidad de casos ocurrieron en el año 2002 (30%), siguiéndole el 2003 (27%), 2004 (25%) y 2001 (18%) (figura 1). La trayectoria mensual muestra un descenso hacia el 2004 (figura 2).

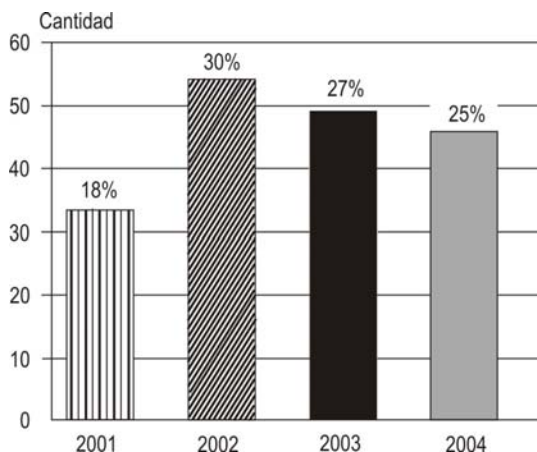


Figura 1. Cantidad de suicidios, serie 20001-2004. Fuente de datos SNPC, MJC.

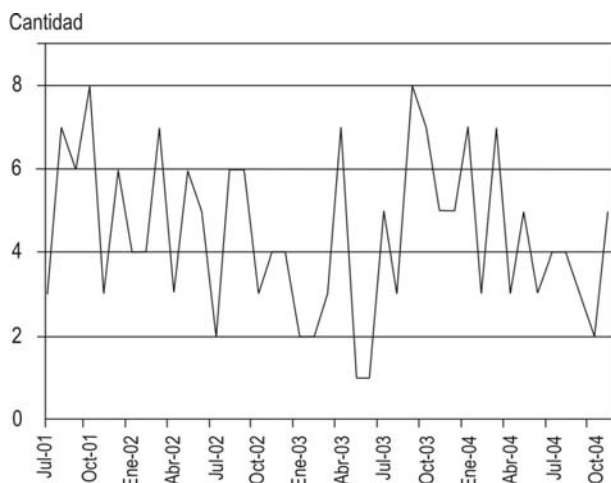
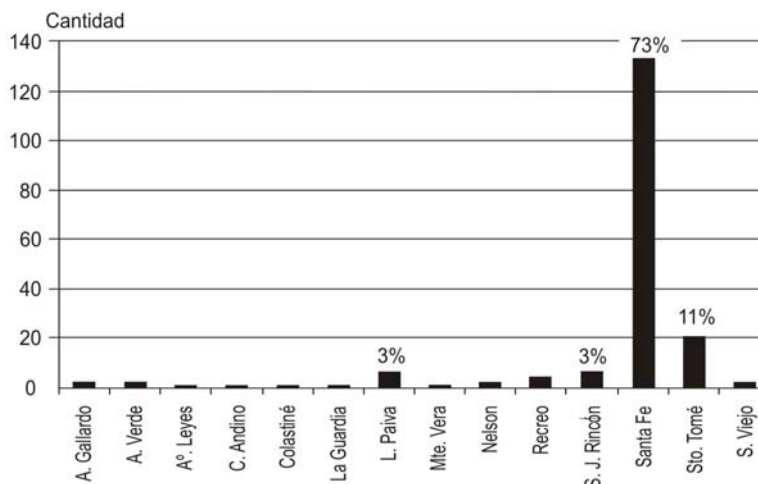


Figura 2. Trayectoria de los suicidios entre 2001-2004. Fuente de datos SNPC, MJC.

Si se tiene en cuenta la localidad del departamento La Capital donde ocurrieron, la Ciudad de Santa Fe de la Vera Cruz registra el 73%; Santo Tomé, Laguna Paiva y San José del Rincón le siguen en menor proporción (figura 3).

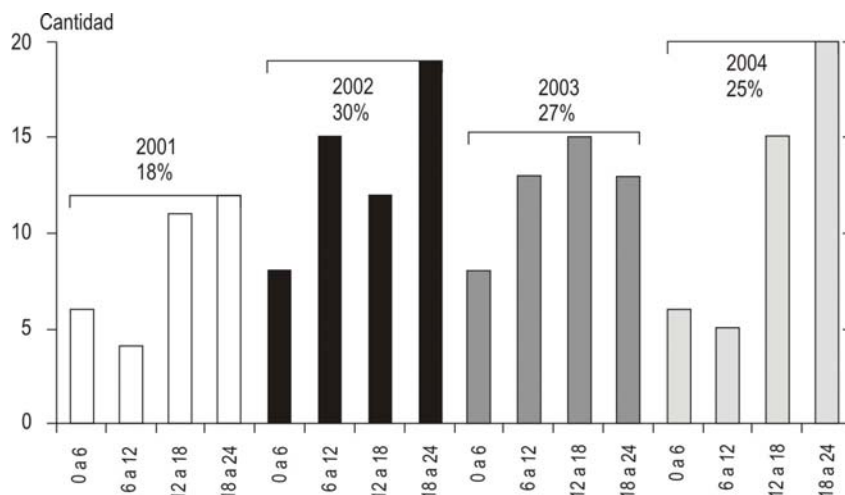
A. Gallardo	2
A. Verde	2
A° Leyes	1
C. Andino	1
Colastiné	1
La Guardia	1
L. Paiva	6
Mte. Vera	1
Nelson	2
Recreo	4
S.J. Rincón	6
Santa Fe	133
Sto. Tomé	20
S. Viejo	2
<b>Total</b>	<b>182</b>

Figura 3. Lugar de ocurrencia. Fuente de datos SNPC, MJC.



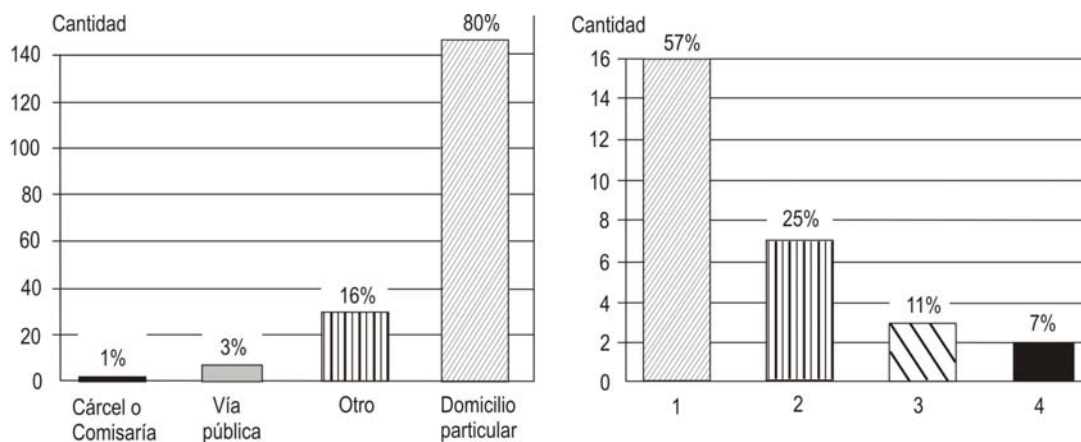
Los momentos del día de mayor ocurrencia de dan entre las 18:00 a 24:00 horas para los años 2001, 2002 y 2004; el año 2003 muestra una distribución casi homogénea entre las 06:00 y 24:00 horas (figura 4).

Figura 4. Horario de ocurrencia. Fuente de datos SNPC, MJC.



Respecto al tipo de lugar donde se produjeron los suicidios, el 80% se producen en domicilios particulares (figura 5 a). En el rubro "Otro" sucede el 16%; para especificar se genera la figura 5 b donde, de ese 16%, el 57% eligen elementos del paisaje natural de la Ciudad de Santa Fe y de sus alrededores: Laguna Setúbal o de Guadalupe, río Salado, Brazo Ubajay, zona de islas y el Parque del Sur (Gral. M. Belgrano). El tópico que le sigue, en un 25%, es el agrupado en negocios, trabajo, edificio, club, clínica...

Figura 5 a y b. Tipo de lugar donde se produjeron y detalle de "Otros". Fuente de datos SNPC, MJC.

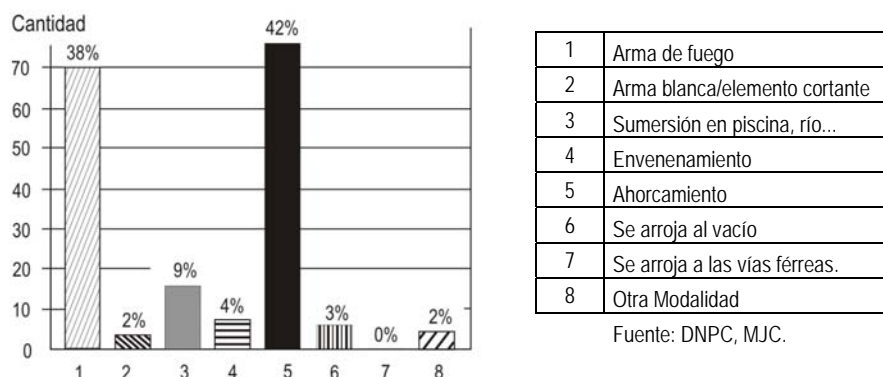


Referencias de figura 5 b: "Otros".

- 1 Laguna Setúbal, Río Salado, Brazo Ubajay, isla, Parque del Sur
- 2 Negocio, trabajo, edificio torre, club, clínica, baño local, puente de FC.
- 3 Alcaldía, móvil policial, predio militar
- 4 Zona rural

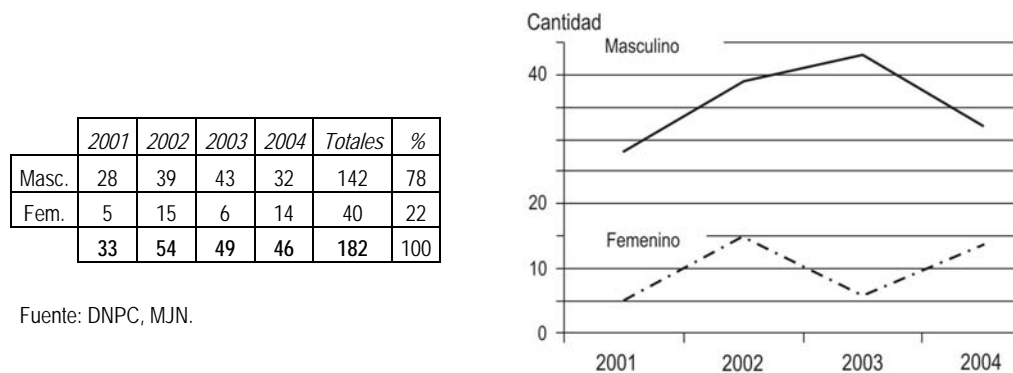
Los métodos o modalidades más empleados para suicidarse son el ahorcamiento y el uso de armas de fuego para el departamento La Capital; entre ambos suman el 80% (figura 6). No se registran suicidios sobre vías férreas. A nivel mundial, la OMS (2004) indica que son los plaguicidas, las armas de fuego y los medicamentos (analgésicos en cantidades excesivas). De allí que numerosas empresas farmacéuticas decidieron comercializar analgésicos en blísteres y evitar los frascos que son los de fácil accesibilidad. Los plaguicidas son causa especialmente frecuente de las muertes por suicidio en las regiones rurales de China. Las restricciones al acceso de las armas de fuego se han acompañado de una reducción de su uso con fines suicidas en algunos países.

Figura 6.- Modalidad elegida para cometer el suicidio.



El sexo masculino registra el 78% de los casos de suicidio en el departamento La Capital; aumenta entre los años 2001-2003; el 2004 muestra un decrecimiento importante. Por el contrario, el sexo femenino, después de una reducción en el año 2003, crece en el 2004 (figura 7). Según la RAE, para la República Argentina -año 1996-, la tasa de suicidio de varones es de 14,2/100 000 habitantes y la de mujeres de 3,9/100 000 y, la razón entre las tasas de los varones y las mujeres de 3,6.

Figura 7.- Trayectoria según sexo.



Befrienders Internacional ([www.clinicapsi.com](http://www.clinicapsi.com)) sostiene que los varones constituyen un índice tres veces mayor que el femenino, aunque éstas lo intentan el doble. Las mujeres registran más intentos de suicidio con una elevada tasa de no logrados,

También, la OMS (2004), coincide en que las tasas de suicidio de los hombres, a nivel mundial, son superiores a las observadas en las mujeres y que la razón entre la tasa de suicidio de los hombres y la de las mujeres varía de 1,0:1 a 10,4:1. En esta razón parece influir parcialmente el contexto cultural. La razón es relativamente baja en zonas de Asia (China: 1,0:1; Filipinas: 1,6:1; Singapur: 1,5:1), alta en varios países de Rusia (Belarús: 6,7:1; Lituania: 6,2:1) y muy alta en Chile (8,1:1) y Puerto Rico (10,4:1). En promedio, parece que existen cerca de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino y esto es más o menos constante en diferentes grupos de edad a excepción de la vejez avanzada, donde los hombres tienden a presentar tasas aún más altas. A menudo, las grandes diferencias de las tasas entre los países y según sexo muestran la importancia de que cada país vigile sus tendencias para determinar qué grupos de población corren el mayor riesgo de suicidio.

Un indicador importante del riesgo de suicidio es la edad. Para expresarlas gráficamente en el departamento La Capital se construyeron pirámides desagregadas según los años de la serie de los datos disponibles (figura 8). Las correspondientes a 2001 y 2002 muestran una mayor cantidad de suicidios entre los 13 a 22 años; la de 2003 y 2004, en el grupo de entre 23 a 32 años. En el 2002 y 2004 no se registran suicidios en los varones de entre 83 años y más. En las mujeres esta situación se da en el 2001 (grupos mayores a 73 años), en el 2003 (grupos entre 33 a 42 años y 63 a 82 años) y en el 2004 (grupos mayores a 73 años). La pirámide agrupada 2001-2004 enmascara estos detalles (figura 8).

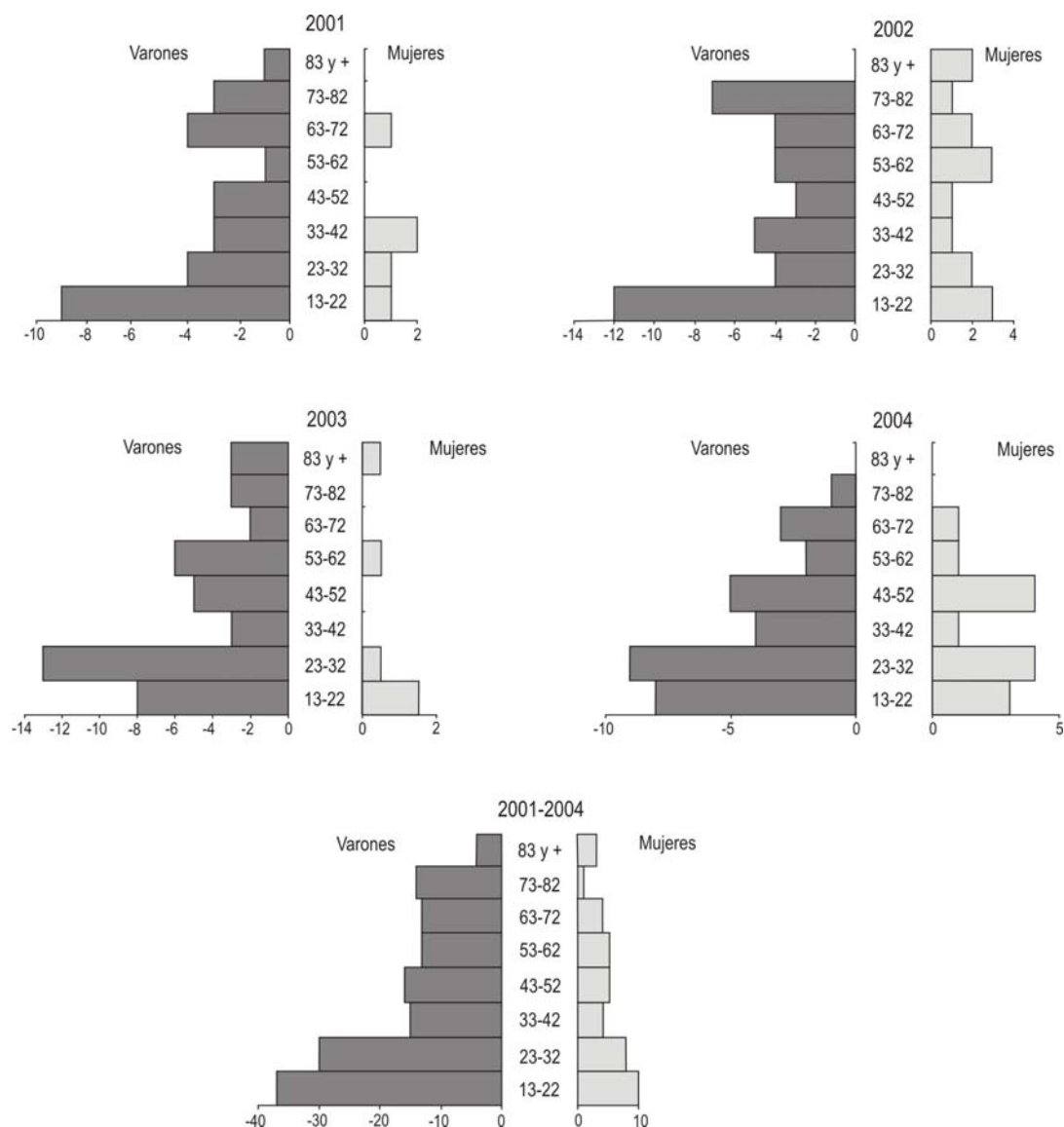
La OMS (2004) publica que las lesiones auto inflingidas constituyen la cuarta causa de muerte entre las personas de 15 y 44 años de edad a nivel mundial. A nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad, aunque en algunos países, como Canadá, han exhibido aumentos entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Las cifras registradas en 1995 muestran variaciones entre 0,9/100 000 en el grupo de 5 a 14 años de edad y 66,9/100 000 en las personas de 75 o más años de edad. En general, las tasas de suicidio en este grupo equivalen a aproximadamente el triple de las tasas correspondientes a los jóvenes de 15 a 24 años de edad. Esta tendencia se observa en ambos sexos, pero se acentúa en los hombres. En las mujeres, las tasas de suicidio presentan características diferentes; en algunos casos aumentan en forma sostenida con la edad; en otros llegan al valor máximo en la edad madura y en otros más – en particular, en los países en desarrollo y entre grupos minoritarios- alcanzan el punto máximo en las adultas jóvenes.

Si bien las tasas de suicidio son en general más elevadas en las personas mayores, el número absoluto de casos registrados entre quienes tienen menos de 45 años de edad es en realidad más alto que en las personas de más de 45 años, según los países. Este es un cambio notable observado desde hace apenas 50 años, cuando el número absoluto de casos de suicidio aumentaba aproximadamente con la edad. El cambio no se explica en términos del envejecimiento general de la población mundial; en realidad, contradice esta tendencia demográfica. Hoy en día, en aproximadamente un tercio de los países, las tasas de suicidio son ya superiores entre las personas de menos de 45 años de edad que entre quienes superan los 45 años, un fenómeno que parece existir en todos los continentes y no se correlaciona con los niveles de industrialización o riqueza. Como ejemplos de países y zonas en los que las tasas actuales de suicidio (así como el número absoluto de casos) son más altas en las personas por debajo de los 45 años de edad que en quienes



sobrepasan los 45 años podemos mencionar a Australia, Bahrein, Canadá, Colombia, Ecuador, Guyana, Kuwait, Mauricio, Nueva Zelanda, el Reino Unido y Sri Lanka. Las tasas de suicidio juvenil son particularmente altas en varias islas del Pacífico, como Fiji (entre las etnias indígenas) y Samoa, tanto en los hombres como en las mujeres. Por otra parte, Befrienders Internacional (op. cit.) informa que la tasa de los suicidios aumenta en primavera así como que la tasa es 86 veces más alta en los alcohólicos; en los alcohólicos divorciados o viudos es mayor aún.

Figura 8.- Pirámides de suicidios desagregadas por años y agrupadas en la serie 2001-2004.



## **Conclusiones**

El suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y constituye un problema importante que involucra a la salud de la población y a sus pautas culturales. El suicidio y el intento de suicidio son fenómenos complejos que surgen, de manera individualista, de la acción recíproca entre factores biológicos, psicológicos, psiquiátricos y sociales. La complejidad de las causas requiere necesariamente un enfoque polifacético de la prevención que tenga en cuenta el contexto cultural. Los factores culturales desempeñan una función destacada en el comportamiento suicida y producen grandes diferencias en las características de este problema en todo el mundo. Dadas estas diferencias, lo que tiene un efecto positivo para prevenir el suicidio en un lugar quizá sea ineficaz o aun contraproducente en otro ámbito cultural.

Existe necesidad de obtener mayor información en el plano local, nacional e internacional sobre las causas del suicidio. La promoción de estudios transculturales conducirá a una mayor comprensión de los factores causales y protectores y, en consecuencia, ayudar a mejorar las actividades de prevención. Las comunidades locales son ámbitos importantes para las actividades existentes de prevención del suicidio, si bien se puede hacer mucho más para fortalecer los esfuerzos comunitarios.

Se requiere una inversión importante tanto en la investigación como en las actividades preventivas. Aunque los estudios a corto plazo contribuyen a una mejor comprensión de por qué ocurre el suicidio y qué se puede hacer para prevenirlo, son necesarios estudios longitudinales para conocer plenamente la función de los factores biológicos, psicosociales y ambientales en el suicidio. También se requieren evaluaciones rigurosas y a largo plazo de las intervenciones.

Los datos en Santa Fe y en la República Argentina son recientes y las dificultades a su acceso engorrosos. La DNPC ha contribuido a la sistematización en cuanto al relevamiento aunque, a nivel local se requiere de una toma de conciencia en cuanto a su importancia. Los datos no resuelven el problema del suicidio pero contribuyen en la planificación de las actividades de prevención eficaces en el marco de gestiones multidisciplinares. Y en éste se incluyen a funcionarios, planificadores, trabajadores de la salud, investigadores y profesionales de diversas disciplinas y sectores. Los resultados futuros coadyuvarán a mitigar el problema; en éste, los docentes tienen una función de suma importancia.

## Referencias

Befrienders Internacional, <http://www.clinicapsi.com>; [www.suicideinfo.org](http://www.suicideinfo.org)

Canetto SS, Lester D. *Women and suicidal behavior*. Nueva York, NY, Springer, 1995.

Durkheim, E. (1897). *Le Suicide*. París, Alcan, 1897.

Fernández López, J. J. (2000). en <http://www.saludalia.com>.

Froid, S. *El malestar en la cultura*, en <http://www.homestead.com>.

Hunter, E.M. (1991). "An examination of recent suicides in remote Australia", in *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25:197–202.

Lester D.; Yang, B. (1998). *Suicide and homicide in the 20th century*. Commack, NY, Nova Science.

Moscicki, E. K. (1985). "Epidemiology of suicidal behavior", en Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, Guilford, 22–35.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*, en <http://www.who.int>.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*", cap. VII, n° 9, vol. 3, en <http://www.paho.org>.

Región Administrativa Especial (RAE), registra el año más reciente disponible entre 1990 y 2000 para los países con  $\geq 1$  millón de habitantes.

Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*, New York, John Wiley & Sons.

*Suicidio: la violencia autoinfligida*, <http://www.revistafuturos.info>.