

# CAPÍTULO V

---

## Análisis epidemiológico del suicidio en Córdoba, Argentina (2020-2024): Impacto de la toxicología y comparación con el periodo 2005-2010

---

### Equipo de investigación

**Directora:** *María Amalia Fabre*

**Integrantes:** *Iván Yuszczuk, Alejandra Rossi y Lucrecia Marks*

**Coordinación, seguimiento metodológico y procesamiento de datos del**

**Centro de Perfeccionamiento Ricardo C. Núñez:** *Laura Crocchia*

### Sumario

I. Introducción. II. Marco Teórico III. Antecedentes. IV. Fundamentación e impacto V. Objetivo general. VI. Objetivos específicos. VII. Metodología. VIII. Desarrollo del trabajo. VIII.I. Estadística descriptiva del comportamiento de las variables. VIII.II. Asociación estadística de las variables. VIII.III. Comparación periodo 2005-2010. IX. Conclusiones. X. Propuestas de intervención. XI. Referencias bibliográficas.

## I. Introducción

El suicidio es un acto intencional que termina con la vida propia, un fenómeno profundamente complejo, multicausal, multidimensional y dinámico que nos confronta con el dolor humano más extremo y que, en Córdoba, se manifiesta como un problema de salud pública que no es ajeno a ninguna región, donde convergen variables psicológicas, biológicas, sociales y ambientales que, al interactuar, configuran trayectorias de riesgo. El paradigma de la multicausalidad es hoy el más aceptado dentro de la suicidología contemporánea, porque permite comprender que ningún fac-

tor por sí solo explica la conducta suicida, sino que es el entrecruzamiento dinámico de múltiples dimensiones el que puede llevar al individuo a una crisis autodestructiva. No se trata solo de números, sino de personas que, en un momento de desesperanza insoportable, toman una decisión irreversible, dejando familias rotas y comunidades en duelo. Este estudio, que analiza 1136 casos de suicidio consumado entre 2020 y 2024 en la ciudad de Córdoba y su primera circunscripción, busca poner luz sobre esta realidad local, entendiendo sus patrones, sus causas y, sobre todo, cómo asistir con información clave a las personas encargadas de prevenir este flagelo mediante políticas públicas.

Quince años después del primer trabajo publicado por el Centro de Perfeccionamiento Ricardo Núñez sobre suicidios en nuestra región (2005-2009), era imprescindible actualizar los datos para comprobar la hipótesis respecto a si el perfil de quienes se quitan la vida había cambiado. La pandemia de COVID-19, con su aislamiento, estrés económico y aumento en problemas de salud mental, nos obligó a preguntarnos: ¿qué pasó en estos años? ¿Quiénes son los más vulnerables hoy? Incorporamos variables únicas hasta el momento en Córdoba, como el consumo de sustancias mediante el análisis toxicológico de muestras biológicas de fallecidos y los antecedentes psiquiátricos, para enriquecer el análisis y acercarnos más a la verdad de cada caso.

Desde una mirada interdisciplinaria, este estudio no solo describe, sino que interpela. Usamos estadísticas descriptivas y asociaciones significativas para identificar riesgos reales, porque prevenir el suicidio no es solo reducir cifras; es devolver conexión, esperanza y sentido a quienes más lo necesitan.

Este trabajo es un llamado a la acción colectiva. Con la Ley Nacional de Prevención del Suicidio como marco, y comparando con el pasado, aportamos evidencia para políticas que destigmaticen la salud mental, fortalezcan redes de apoyo y transformen el sufrimiento en acciones de prevención efectiva.

## II. Marco teórico

Históricamente, los seres humanos hemos intentado entender qué lleva a una persona a quitarse la vida. Hoy la comunidad científica coincide en que el suicidio es un fenómeno multicausal: una confluencia de factores biológicos, psicológicos, sociales y contextuales.

Desde la psicología, las primeras aproximaciones sistemáticas vinieron del psicoanálisis. Freud (1957), a fines del siglo XIX y principios del XX, planteó que el suicidio podía entenderse como la expresión de la pulsión de muerte (Thanatos): la agresión que originalmente iba dirigida hacia afuera se vuelve hacia el propio sujeto, especialmente después de pérdidas significativas o conflictos inconscientes no resueltos. Karl Menninger (1938) profundizó esta idea y describió el suicidio como la combinación de tres deseos inconscientes: matar (impulso agresivo), ser matado (autocastigo) y morir (anhelo de descanso). Aunque estas teorías psicoanalíticas ya no se usan como marco explicativo principal, siguen siendo útiles para comprender la ambivalencia y la culpa que suelen acompañar la conducta suicida.

En la segunda mitad del siglo XX, Edwin Shneidman (considerado el padre de la suicidología moderna) desplazó el foco del inconsciente al dolor psicológico consciente. Para él, el común denominador de todos los suicidios es el “dolor psíquico insoportable” y la percepción de que la muerte es la única forma de detenerlo. Shneidman identificó necesidades psicológicas frustradas (pertenencia, logro, autonomía, autoestima) como los desencadenantes principales de ese sufrimiento.

Por el lado cognitivo, Aaron Beck (1967) demostró que las personas en riesgo suicida presentan distorsiones cognitivas características: visión túnel (no ven alternativas), desesperanza aprendida y una tendencia a la catastrofización. Estos hallazgos fueron clave para el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual enfocada en suicidio.

En los últimos 25 años surgieron modelos integradores más potentes. El más conocido es la Teoría Interpersonal del Suicidio de Thomas Joiner (2005): para que alguien consuma el suicidio, se necesitan tres condiciones simultáneas: percepción de ser una carga para los demás, sensación de aislamiento o desconexión social y capacidad adquirida para el acto letal (habitualmente por intentos previos, exposición a violencia o profesiones de alto riesgo).

Rory O'Connor (2011) amplió este modelo con el Modelo Integrado Motivacional Volitivo (IMV), que separa claramente la fase motivacional (por qué alguien desea morir: derrota, humillación, atrapamiento) de la fase volitiva (qué hace que pase de la ideación a la acción: impulsividad, acceso a medios, imitación, etc.). Finalmente, Klonsky y May (2015) propusieron la teoría de los tres pasos que implica el desarrollo de la ideación suicida debido a dolor psicológico y desesperanza, la intensificación de esta idea-

ción por la falta de conexión social y la progresión hacia intentos suicidas cuando existe la capacidad para actuar, influenciada por factores como la exposición al dolor o la disponibilidad de medios letales.

Desde la perspectiva médico-biológica se ha estudiado la identificación de múltiples mecanismos que podrían contribuir al suicidio, uno de los primeros estudios en la década del 70 estudiaron los niveles disminuidos de serotonina en líquido céfalo raquídeo en pacientes que habían intentado suicidarse, otro hito conceptual clave fue la propuesta del modelo de estrés-diátesis de Mann (1999/2003) que indicaba predisposiciones genéticas como variantes en el gen transportador de serotonina interactuaban con eventos estresantes que incrementaban la vulnerabilidad del suicidio y esto hizo que se comenzaran a estudiar, luego la interacción entre los factores biológicos y ambientales, esta interacción en la actualidad está ampliamente aceptada por la literatura científica. Se ha estudiado también la disfunción del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, ya que este eje tiene una función central en la respuesta al estrés; se vincula al aumento crónico de cortisol con fenómenos de desregulación emocional, impulsividad e ideación suicida (Pfennig, 2005).

En las últimas décadas, el foco se ha expandido considerablemente. Por ejemplo, la investigación ha comenzado a explorar el papel de las citoquinas proinflamatorias, presentes tanto en el cerebro como en la sangre de individuos con este comportamiento; la inflamación sistémica y cerebral podría estar alterando la función de áreas críticas como el córtex prefrontal y la amígdala, lo que a su vez contribuiría a los sentimientos de desesperanza y la impulsividad (Brundin, 2017). Simultáneamente, la genómica y la epigenética han permitido avances; gracias a los estudios de asociación del genoma completo, hoy se pueden identificar variantes genéticas asociadas al riesgo suicida, particularmente en genes ligados a la neurotransmisión serotoninérgica y dopaminérgica. Quizás, lo más relevante es el hallazgo de modificaciones epigenéticas, como la metilación del ADN en genes reguladores del estrés (por ejemplo, NR3C1), las cuales han sido vinculadas a un incremento del riesgo en personas expuestas a traumas tempranos. Esto subraya cómo los factores ambientales pueden inducir cambios permanentes en la regulación genética, modulando la vulnerabilidad al suicidio (Turecki, 2014).

En esta línea, en los últimos años ha sido motivo de estudio considerar a los traumas tempranos como factor de riesgo. Los avances epigenéticos

de las últimas dos décadas —y especialmente los estudios publicados entre 2018 y 2024— demostraron que las experiencias adversas durante la infancia pueden generar modificaciones estables en la expresión génica, afectando sistemas neurobiológicos vinculados al estrés, la regulación emocional y la vulnerabilidad suicida.

Estudios de McGowan (2009), Kang (2013) y más recientemente Booij (2020) encontraron alteraciones epigenéticas en el gen que codifica el transportador de serotonina. Estas modificaciones están asociadas a impulsividad, irritabilidad, depresión resistente y mayor riesgo de conducta suicida, especialmente en personas expuestas a trauma infantil.

D'Addario (2019) y Misiak (2022) demostraron que el trauma temprano puede alterar la metilación del gen BDNF, responsable de la neuroplasticidad y la supervivencia neuronal. La disminución en la expresión de este gen se ha asociado con vulnerabilidad a depresión mayor, menor flexibilidad emocional y cognitiva, dificultades para generar nuevas estrategias de afrontamiento y mayor probabilidad de ideación o conducta suicida.

Revisiones recientes de Turecki y Brent (2016), Lockwood (2022) y Zannas (2023) subrayan que estas marcas epigenéticas no determinan el suicidio, pero sí generan una vulnerabilidad biológica latente, modulada por factores como estrés crónico, consumo de sustancias; aislamiento social; crisis económicas e inflamación sistémica.

Esta perspectiva epigenética integradora es coherente con modelos psicológicos como el IMV (integrado motivacional volitivo), al mostrar cómo experiencias tempranas pueden reactivar vulnerabilidades bajo condiciones de atrapamiento o desesperanza.

Estos hallazgos sostienen que el trauma infantil genera cicatrices epigenéticas que, en combinación con estresores actuales, pueden activar estados de crisis o impulsividad suicida en la adultez.

En definitiva, estas diversas líneas de evidencia —tanto biológicas como psicológicas y sociales— reafirman la naturaleza innegablemente multicausal del suicidio, ofreciendo un marco robusto e integral para su estudio y, lo que es más importante, para el diseño de estrategias de prevención (Organización Mundial de la Salud, 2021).

### III. Antecedentes

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) reporta que, anualmente, 727.000 personas se quitan la vida. En este sentido, Bertuccio et al. (2024) analizaron patrones temporales y geográficos del suicidio en la población de 10 a 24 años entre 1990 y 2020, incluyendo 52 países. Los hallazgos principales revelaron una alta variabilidad geográfica entre países y regiones, con predominio del sexo masculino sobre el femenino. En Europa, las tendencias fueron descendentes, salvo en el Reino Unido, que registró aumentos significativos. Por su parte, Estados Unidos presentó la tasa estandarizada por edad más elevada, con incrementos relevantes en ambos sexos. En la misma línea, la OMS (2021) señala que, a nivel global, el “suicidio constituye la segunda causa de muerte prematura en personas de 15 a 29 años (tras los accidentes de tráfico) y la tercera en el grupo de 15 a 44 años”.

En relación con la población de edad avanzada, Bertuccio et al. (2025) llevaron a cabo un análisis espacio-temporal de las tasas de suicidio, utilizando la base de mortalidad de la OMS para el período 1990-2022 en países seleccionados. Los resultados coincidieron con los de la población juvenil en cuanto a la heterogeneidad global. Ciertos países y regiones exhibieron disminuciones sostenidas en las tasas de suicidio en edades avanzadas, mientras que en otros se observó estabilización o incrementos locales. Hubo variaciones significativas entre países de Europa occidental y meridional, así como en algunos de América Latina, lo que sugiere que factores demográficos, sociales y de salud pública contribuyen a trayectorias divergentes.

Otro estudio realizado por Bachmann (2018) analizó la epidemiología global del suicidio, concluyendo que la región europea presenta la tasa bruta más alta (14,1 por 100.000 habitantes), superior a la media mundial de 10,7. Aunque esta tasa ha disminuido desde 1980 gracias a medidas preventivas y la exclusión de suicidios asistidos de las estadísticas, la calidad de los datos es superior en comparación con otras regiones. Resultados similares se encuentran en el estudio publicado por Ilic e Ilic (2022).

Todos los estudios epidemiológicos globales analizados resaltan la heterogeneidad de los datos según país o región, coincidiendo en la falta de información confiable, las diferencias en la recolección de datos y la necesidad de mejorar la calidad de los registros y realizar más investigaciones para contribuir efectivamente a la prevención del suicidio.

En el caso de la República Argentina, el Boletín Epidemiológico Nacional del Ministerio de Salud de la Nación (2025) reporta datos derivados de la implementación de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio (Ley n.º 27.130), promulgada en 2015, que establece un sistema de registro para la información estadística de intentos de suicidio y suicidios consumados, con obligatoriedad de notificación. El intento de suicidio se incorporó como evento de notificación obligatoria en 2022, y el registro se inició en 2023. Según este informe, el total de casos notificados no puede considerarse representativo de la cantidad total de intentos de suicidio, dado que refleja el «proceso de implementación y el aumento de la adherencia a la vigilancia y la ley de notificación obligatoria», más que un incremento real de casos en el período descripto.

Según este reporte,

Entre el 1 de abril de 2023 y el 30 de abril de 2025, se notificaron 15.807 eventos al Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS) 2.0. De ese total, el 94,3 % (n = 14.899) corresponde a intentos de suicidio sin resultado mortal, y el 5,7 % (n = 908) a intentos con resultado mortal, lo que representa una razón de 16,4 intentos no fatales por cada suicidio consumado. (Ministerio de Salud de la Nación, 2025, p. 15)

En los casos con resultado mortal, predomina el sexo masculino en un 76 %, y la mayoría corresponde al grupo etario de 25 a 34 años. El método más utilizado en ambos sexos para los suicidios consumados es el «ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación»; en las mujeres, la sobre ingesta de medicamentos ocupa el segundo lugar, mientras que en los hombres lo hace el disparo de arma de fuego.

Destaca el artículo de Bonanno et al. (2022), que analiza la tendencia de mortalidad por suicidios en Argentina entre 1990 y 2019, registrando 85.189 suicidios en ese período:

La razón de masculinidad fue de 3,8 hombres por cada mujer. Las tasas oscilaron entre 6,1 y 8,7 muertes por 100.000 habitantes. En 2003 se presentó la mayor tasa de suicidios en ambos sexos y en varones; en mujeres, fue en 2002 y 2003. Entre 2001 y 2019, se observó una tendencia descendente significativa en ambos sexos. Sin embargo, la frecuencia de muertes y las tasas acumuladas presentaron incrementos, independientemente de la pendiente de la tendencia. (Bonanno et al., 2022, p. 14)

En relación con la pandemia por COVID-19, diversos estudios internacionales coinciden en que, durante la pandemia, no se observó un aumento

inmediato y generalizado en las tasas de suicidio consumado, pero sí un incremento significativo en la ideación suicida, las consultas por crisis y el malestar psicológico severo, especialmente en jóvenes y mujeres (Pirkis et al., 2021; Appleby et al., 2021; Tanaka & Okamoto, 2021). En el plano biológico, estudios recientes demostraron que el estrés pandémico elevó marcadores de inflamación sistémica asociados a anhedonia, reactividad emocional e ideación suicida (Mazza et al., 2020).

En Argentina, destaca un artículo publicado en la *Revista Argentina de Salud Pública* en 2022 (Bonanno et al., 2022), donde se describieron y analizaron las consultas por conductas suicidas y se compararon los periodos de pandemia y prepandemia. Esta comparación arrojó como resultado un aumento de consultas durante la pandemia, particularmente en los hospitales neuropsiquiátricos; también las derivaciones fueron mayores en el periodo de pandemia.

En el plano local, un estudio realizado en Córdoba sobre 951 consultas al primer servicio de contención y acompañamiento psicológico implementado durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio mostró un incremento significativo del malestar emocional agudo en las primeras semanas de pandemia, caracterizado por angustia, ansiedad, temor y preocupación por terceros, lo que evidencia el impacto inmediato del estrés pandémico en la población (Ponce et al., 2020). A medida que avanzó el aislamiento, las consultas comenzaron a incorporar conflictos familiares, dificultades de comunicación, preocupación por el proyecto de vida y la economía, solicitudes de tratamiento psicológico y agudización de cuadros preexistentes, variables ampliamente reconocidas en la literatura suicidológica como precipitantes de crisis y facilitadores del riesgo (Ponce et al., 2020).

Si bien el volumen diario de consultas disminuyó con el transcurso de los meses, los motivos principales se mantuvieron, lo que sugiere una adaptación psicológica parcial en la población, coexistiendo con la persistencia de factores psicosociales críticos que pueden haber aumentado la vulnerabilidad de ciertos grupos, particularmente jóvenes y personas con consumos problemáticos, cuyas características coinciden con los patrones identificados en este estudio epidemiológico de suicidios. Esta evidencia local se articula con hallazgos internacionales que muestran que, aunque el suicidio consumado no aumentó drásticamente en los primeros meses de pandemia, sí lo hicieron la ideación, la impulsividad, el consumo de sustancias y el deterioro emocional sostenido (Pirkis et al., 2021; Appleby et al.,

2021; Tanaka & Okamoto, 2021), reforzando la relevancia de comprender la pandemia como un estresor socioemocional crónico que interactuó con vulnerabilidades psicológicas, neurobiológicas y sociales preexistentes.

En conjunto, estas investigaciones evidencian que el impacto de la pandemia sobre la salud mental fue profundo y multifactorial, afectando procesos psicológicos, neurobiológicos y sociales estrechamente ligados a la conducta suicida.

Siguiendo con la situación general del suicidio en la provincia de Córdoba, no se encontraron datos oficiales o fehacientes que den cuenta de esta problemática en la búsqueda bibliográfica. Respecto a la ciudad de Córdoba, este año se publicó el primer informe de suicidio, llevado a cabo por el Observatorio para el Estudio y la Prevención del Suicidio, dependiente de la Secretaría de Salud Mental (2025), en colaboración con otras organizaciones. Se analizaron 6 años (2019 a 2024); las conclusiones relevantes arrojaron un incremento en los últimos años, con un descenso en 2020 y un ascenso en 2023 y 2024. El lugar de realización predominante fue el domicilio, en un 70,91 %. Se encontró un incremento de suicidios en los meses de febrero, marzo, noviembre y diciembre, mientras que julio, agosto y septiembre presentaron los valores más bajos. El mecanismo más utilizado fue el ahorcamiento o sofocación, con un 88,02 %, seguido por la utilización de armas de fuego, con un 7,29 %. La mayoría de los casos correspondió a personas con empleo y con secundaria completa. No se efectuó un análisis diferencial respecto a la pandemia.

Como datos relevantes de investigaciones pasadas, referimos a la investigación realizada en un período de 5 años por el Centro de Perfeccionamiento Ricardo C. Núñez, que analizó todos los casos de muertes por suicidio en la ciudad de Córdoba y la primera circunscripción entre 2005 y 2009. En este estudio, se observó un aumento de las tasas de suicidios de manera interanual progresiva, superior al 40 % entre el primer y el último año analizado. El género masculino, la ubicación doméstica y la asfixia por ahorcamiento fueron predominantes, en concordancia con los estudios más actuales citados. En este estudio, el grupo etario predominante fueron los mayores de 65 años y los solteros; los meses del año con mayor incidencia, teniendo en cuenta el período estudiado, fueron marzo, febrero, noviembre y agosto. En relación con el nivel de instrucción, la primaria completa fue más preponderante, y la distribución según condición laboral arrojó que el grupo con empleo fue más relevante (Centro de Perfeccionamiento Ricardo C. Núñez, 2011).

#### **IV. Fundamentación e impacto**

La fundamentación de este trabajo radica en la necesidad de contar con datos reales e indubitados sobre la realidad del suicidio en la ciudad de Córdoba y su primera circunscripción, abordando este fenómeno multicausal desde una perspectiva interdisciplinaria. Actualizar la información quince años después del primer estudio publicado nos permitió identificar patrones evolutivos que permitan delimitar las características comunes de nuestra sociedad para que sirvan de guía en el diseño de intervenciones adaptadas a nuestra realidad regional. La incorporación de algunas variables únicas hasta ahora, como el rol de la toxicología en el suceso o los antecedentes de trastornos psiquiátricos, nos permite robustecer el análisis y profundizar la comprensión del fenómeno.

El impacto potencial reside en nutrir políticas públicas preventivas en sus tres niveles con el objetivo de disminuir la incidencia de este flagelo y contribuir a una sociedad más justa.

#### **V. Objetivo general**

- Contribuir al análisis y a la identificación de los patrones asociados al suicidio en la ciudad de Córdoba y primera circunscripción desde un enfoque epidemiológico, psicosocial y comparativo, para generar conocimiento basado en evidencia que permita el desarrollo de políticas públicas y acciones interdisciplinarias de prevención.

#### **VI. Objetivos específicos**

- Describir las tasas de mortalidad por suicidio en la Ciudad de Córdoba y primera circunscripción en los años 2020 a 2024 inclusive.
- Disregar los resultados según sexo y edad.
- Determinar los meses del año y los días de la semana con mayor prevalencia, relacionando los patrones estacionales con su incidencia.
- Identificar el lugar de ocurrencia del deceso para identificar patrones contextuales.
- Analizar los métodos de suicidio más frecuentes y, dentro de las asfixias por ahorcadura, el material específico más utilizado para el colgamiento.

- Estudiar la prevalencia del consumo de sustancias lícitas e ilícitas en los suicidas y caracterizar el tipo de sustancia.
- Comparar los resultados del trabajo de investigación previo (2005-2010) con los datos actuales.
- Contrastar la frecuencia de suicidios en la etapa pandémica vs. pospandémica COVID-19.

## VII. Metodología

Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de los años 2020 a 2024 inclusive, tomándose todos los casos ingresados como suicidios en el Instituto de Medicina Forense de acuerdo con la certificación del lugar del hecho realizada por el servicio médico legal de la policía judicial, el protocolo-cuestionario realizado por el familiar del fallecido autorizado por el magistrado interviniente, el protocolo de autopsia medicolegal y el informe de toxicología.

Para la recolección de los datos de la población general en la ciudad de Córdoba y primera circunscripción, se realizó una guía de relevamiento de datos con variables coincidentes con el trabajo previo más variables actualizadas, constando las siguientes: año, mes y día, edad, género, mecanismo utilizado, presencia de intentos previos, lugar de realización, si en institución, tipo de institución, estado civil, nivel de instrucción, situación laboral, localidad, antecedentes tóxicos. La información se sistematizó empleando un proceso de codificación y registro estructurado en la grilla, garantizando la estandarización y la comparabilidad de los datos.

El procesamiento estadístico de la información se llevó a cabo mediante el sistema IBM SPSS, facilitando la realización de análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes, así como pruebas de chi-cuadrado para la detección de asociaciones significativas entre variables categóricas. En particular, se evaluaron las relaciones entre variables como género, edad, causa de muerte, antecedentes y lugar del hecho, contribuyendo a comprender patrones y posibles factores de riesgo asociados.

## VIII. Desarrollo del trabajo

### *VIII.I. Estadística descriptiva del comportamiento de las variables*

En este subapartado presentamos gráficos y datos respecto de las variables analizadas, que en apartados posteriores serán puestas en consideración a

partir del análisis de resultados. Consideramos la asociación estadística de las variables y la comparación entre períodos. Posteriormente, exponemos algunas conclusiones relevantes y propuestas de intervención en base a los resultados.

### Datos temporales

**Año:** 2020 (235 casos) 20.7 %; año 2021 (242 casos) 21.3 %; año 2022 (216 casos) 19.0 %; año 2023 (218 casos) 19.2 %; año 2024 (255 casos) 19.8 %.

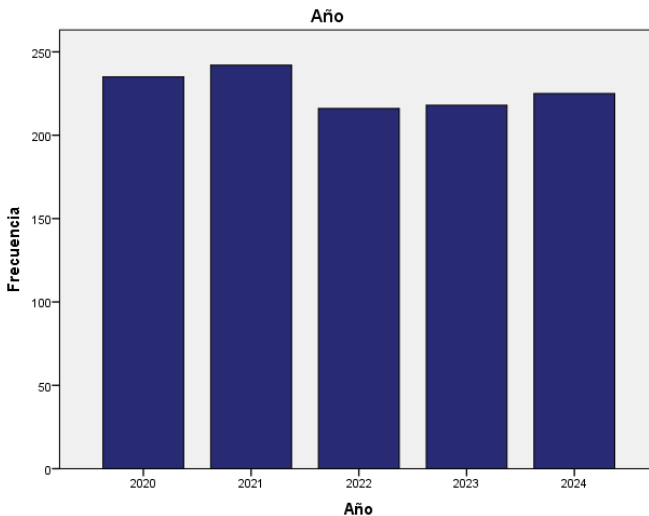


Gráfico 1

**Primer semestre (536 casos):** 47.2 %; segundo semestre (600 casos): 52.8 %.

**Mes del año:** Enero (102 casos) 9,0 %; Febrero (122 casos) 10.7 %; Marzo (104 casos) 9.2 %; abril (74 casos) 6.5 %; Mayo (70 casos) 6.2 %; Junio (64 casos) 5.6 %; Julio (87 casos) 7.7 %; Agosto (101 casos) 8.9 %; Setiembre (95 casos) 8.4 %; Octubre (99 casos) 8.7 %; Noviembre (105 casos) 9.2 %; Diciembre (113 casos) 9.9 %.

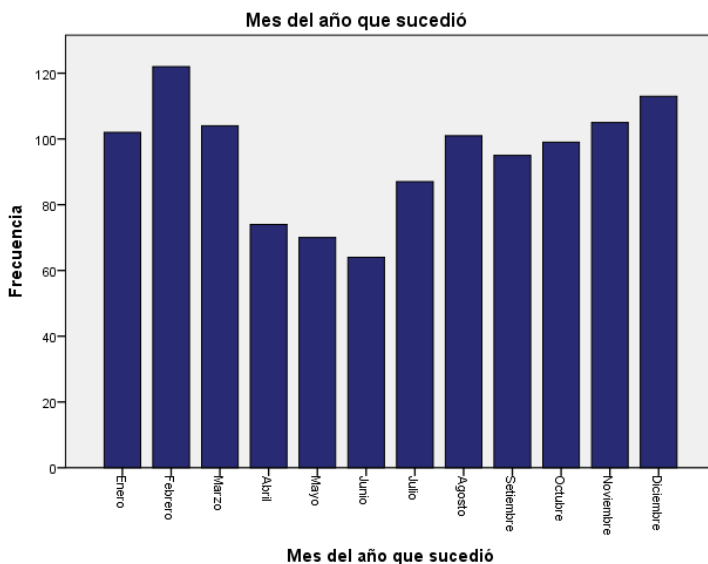


Gráfico 2

**Día de la semana:** Lunes (197 casos) 17,3 %; martes (187 casos) 16,5 %; miércoles (155 casos) 13,6 %; jueves (132 casos) 11,6 %; viernes (147 casos) 12,9 %; sábado (157 casos) 13,8 %; domingo (161 casos) 14,2 %.

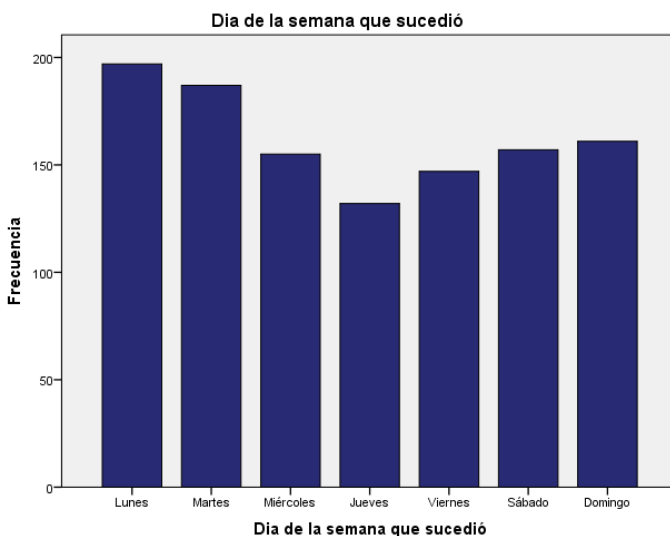


Gráfico 3

### Datos sociodemográficos:

**Edad (rango etario cada 5 años):** 6-10 años (1 caso) 0,1 %; 11-15 años (26 casos) 2,3 %; 16-20 años (106 casos) 9,3 %; 21-25 años (165 casos) 14,5 %; 26-30 años (164 casos) 14,4 %; 31-35 años (130 casos) 11,4 %; 36-40 años (83 casos) 7,3 %; 41-45 años (82 casos) 7,2 %; 46-50 años (75 casos) 6,6 %; 51-55 años (54 casos) 4,8 %; 56-60 años (54 casos) 4,8 %; 61-65 años (48 casos) 4,2 %; 66-70 años (32 casos) 2,8 %; 71-75 años (27 casos) 2,4 %; 76-80 años (30 casos) 2,6 %; 81-85 años (22 casos) 1,9 %; 86-90 años (5 casos) 0,4 %; 91-95 años (4 casos) 0,4 %; S/D (28 casos) 2,5 %.

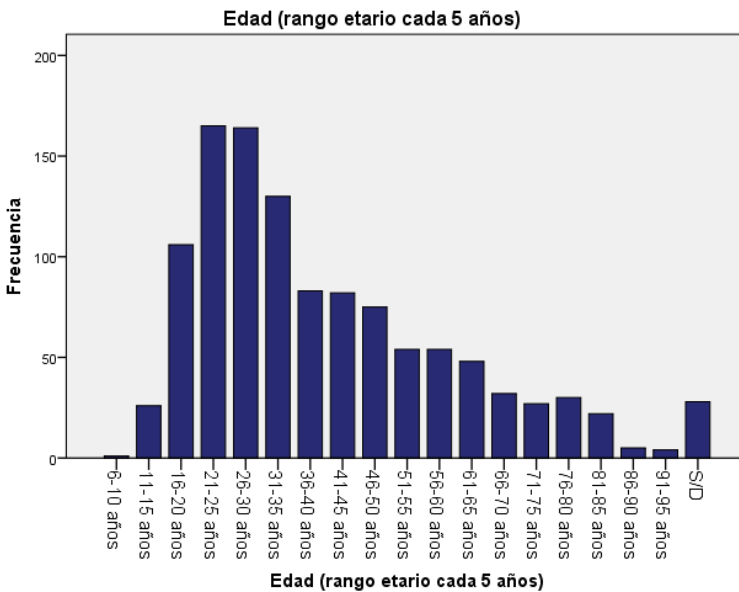


Gráfico 4

**Género (sexo biológico):** Femenino (244 casos) 21.5 %; masculino (892 casos) 78 %.

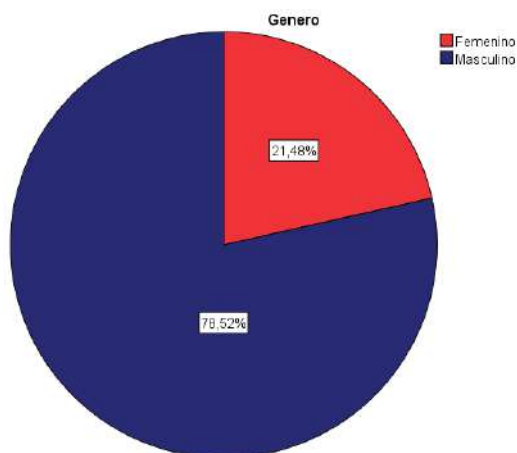


Gráfico 5

**Estado civil:** Soltero/a (247 casos) 35,2 %; Casado/a (80 casos) 11,4 %; Unión convivencial (41 casos) 5,8 %; Divorciado/a (63 casos) 9,0 %; Viudo/a (21 casos) 3,0 %; S/D (250 casos) 35,6 %.

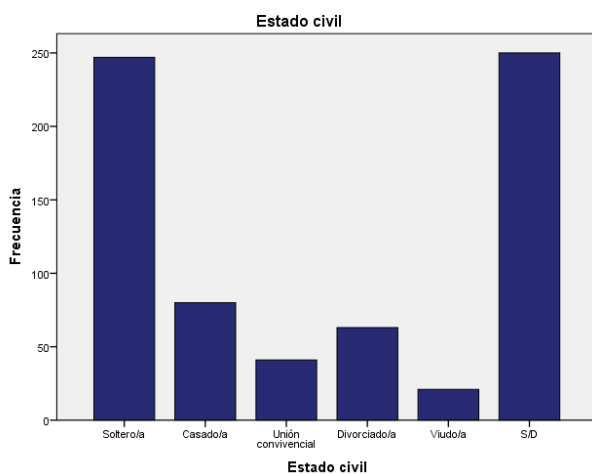


Gráfico 6

**Nivel de instrucción:** analfabeto (4 casos) 0,6 %; primario incompleto (13 casos) 1,9 %; primario completo (132 casos) 18,8 %; secundario incompleto (87 casos) 12,4 %; secundario completo (141 casos) 20,1 %; terciario completo (3 casos) 0,4 %; universitario incompleto (15 casos) 2,1 %; universitario completo (27 casos) 3,8 %; S/D (280 casos) 39,9 %.

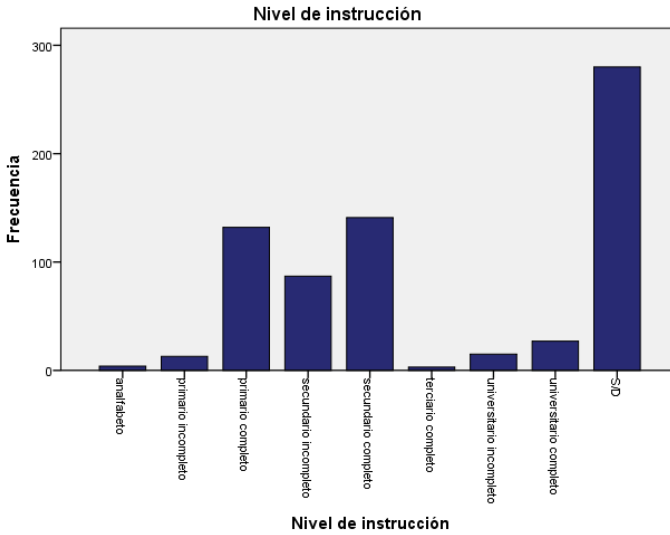


Gráfico 7

**Situación laboral:** trabajaba (254 casos) 36,2 %; no trabajaba (106 casos) 15,1 %; jubilado/a (69 casos) 9,8 %; S/D (273 casos) 38,9 %.

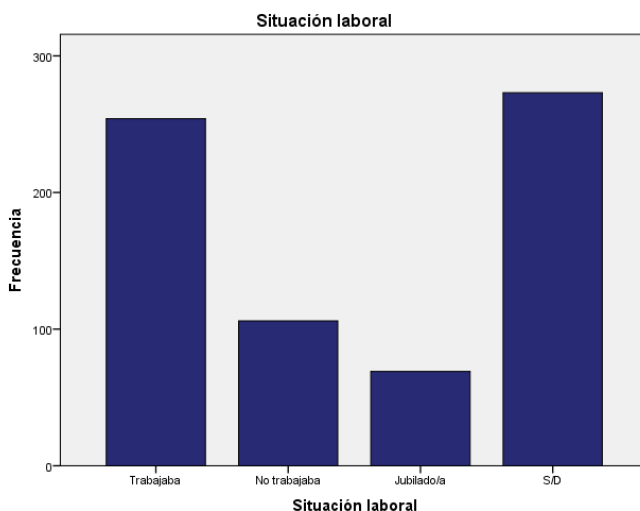


Gráfico 8

**Lugar de residencia:** Capital (820 casos) 72,2 %; Santa María (65 casos) 5,7 %; Río Primero (2 casos) 2 %; Colón (31 casos) 2,7 %; Río Segundo (70 casos) 6,2 %; Punilla-Carlos Paz (55 casos) 4,8 %; Río Tercero (83 casos) 7,3 %; S/D (10 casos) 0,9 %.

### Características del suicidio

**Causa de muerte:** asfixia mecánica por ahorcadura (880 casos) 77,5 %; proyectil de arma de fuego en cráneo (157 casos) 13,8 %; intoxicación (13 casos) 1,1 %; precipitación (caída de altura) (40 casos) 3,5 %; medios de transporte (vehículos) (3 casos) 0,3 %; quemaduras (26 casos) 2,3 %; asfixia por sumersión (13 casos) 1,1 %; herida de arma blanca (hab.) (4 casos) 0,4 %.

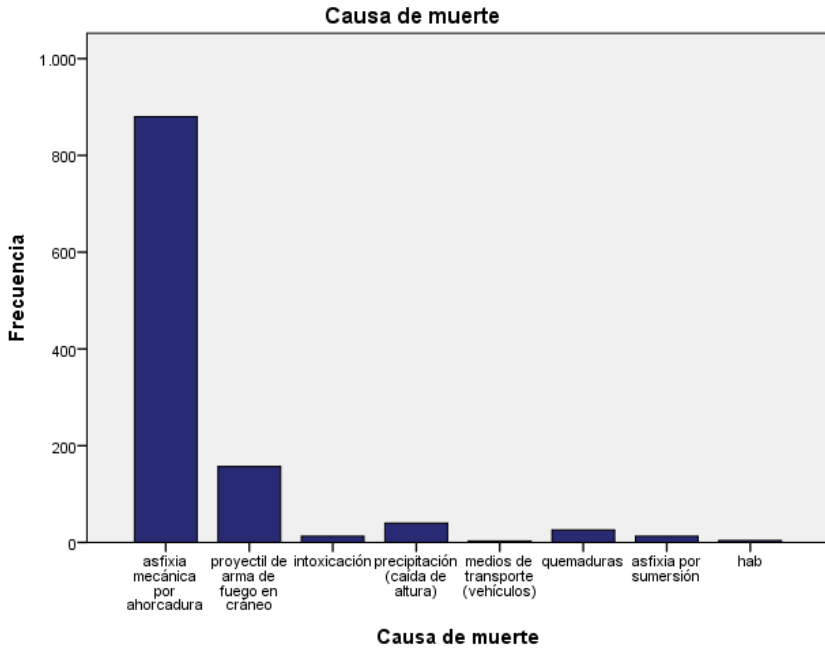


Gráfico 9

AFPM (herida por proyectil múltiple de arma de fuego) (8 casos) 1,1 %; AFPU (herida por proyectil único de arma de fuego) (87 casos) 12,4 %.

En ahorcadura: alambre (6 casos) 0,9 %; cable (28 casos) 4,0 %; cadena (5 casos) 0,7 %; cinto (13 casos) 1,9 %; linga-correa (11 casos) 1,6 %; ropa/pañuelo/bufanda/toalla (23 casos) 3,3 %; sábana (24 casos) 3,4 %; soga (83 casos) 11,8 %.

**Lugar de realización:** Domicilio (976 casos) 85,9 %; Institución (39 casos) 3,4 %; Lugar público (aire libre) (107 casos) 9,4 %; S/D (14 casos) 1,2 %.

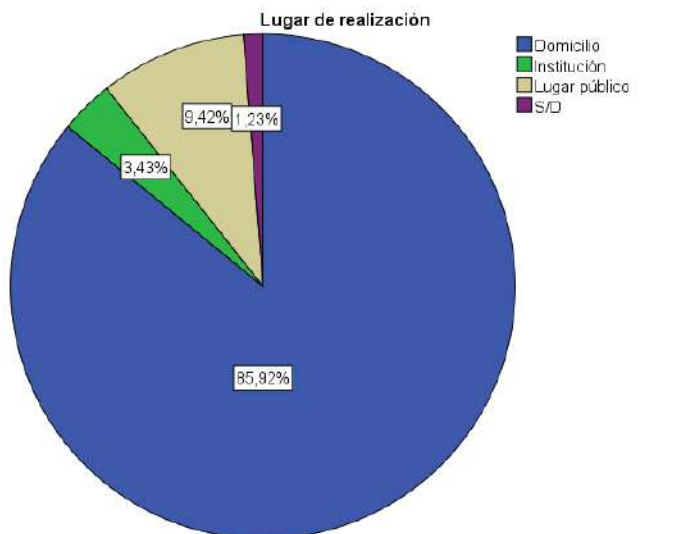


Gráfico 10

**Intentos previos:** Sí (162 casos) 2.1 %; No (540 casos) 76.9 %.

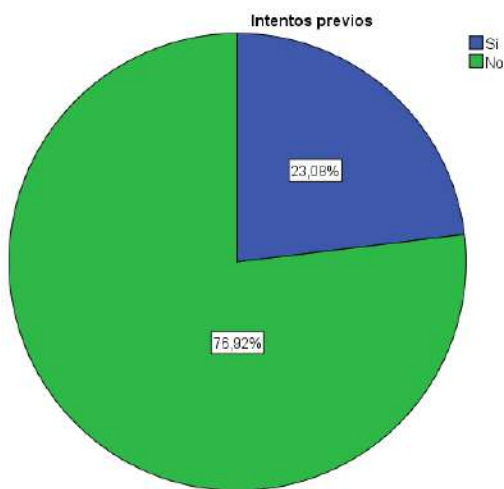


Gráfico 11

**Antecedentes:** (del total de casos con antecedentes recabados) 304 casos.

Depresión más otro antecedente: (120 casos) 39.47 %.

Trastorno psiquiátrico: (63 casos) 20.72 %; enfermedades orgánicas (20 casos) 6.57 %; drogadicción/alcoholismo (88 casos) 28.9 %; femicidio-suicidio (8 casos) 2.63 %; pelea de pareja (20 casos) 6.57 %; embarazada (3 casos) 0.98 %; depresión (83 casos) 27.30 %; otro (19 casos) 6.25 %.

**Toxicología:** Positiva (si) (698 casos) 61 %; negativa (no) (399 casos) 35.1 %; muestra no procesable (39 casos) 3.4 %.

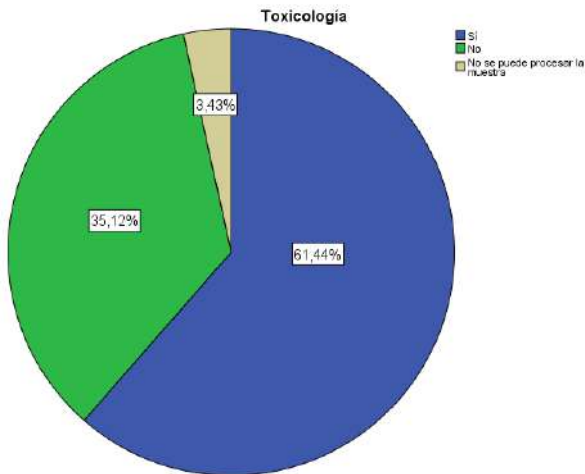


Gráfico 12

**Consumo de alcohol en el total de casos (1136):** 477 casos, un 42 %; consumo de alcohol en el total de casos positivos (698): 477 casos, un 68.33 %.



Gráfico 13

Consumo de cocaína en el total de casos (1136): 247 casos, el 21.7 % del total de casos positivos (698), el 35.38 %.

Consumo de marihuana en el total de casos (1136): 52 casos, el 4.6 % del total de casos positivos (698), el 7.44 %.

Consumo de psicofármacos en el total de casos (1136): 62 casos, el 5.5 % del total de casos positivos (698), el 8.88 %.

Consumo de benzodiazepinas en el total de casos (1136): 49 casos, el 4.3 % del total de casos positivos (698): 7 %.

Consumo de venenos en el total de casos (1136): 2 casos, el 0.2 % del total de casos positivos (698), 0.28%

Consumo de opioides en el total de casos (1136): 12 casos, el 1.1 % del total de casos positivos (698), el 1.72 %.

## *VIII.II. Asociación estadística de las variables*

### **Tendencias generales por año y causa de muerte**

**Total de casos por año:** 235 (2020), 242 (2021), 216 (2022), 218 (2023), 225 (2024). Hay una ligera estabilidad, con un pico en 2021 y un mínimo en 2022.

**Causa principal:** La asfixia mecánica por ahorcadura domina en todos los años (alrededor del 75-80 % de los casos anuales), con un total de 880 casos (77,4 %). Otras causas como proyectil de arma de fuego (157 casos, un 13,8 %) son secundarias y más variables.

**Evolución por género:** La proporción masculina aumenta con el tiempo: 77,4 % (2020) → 76,0 % (2021) → 76,4 % (2022) → 78,9 % (2023) → 84,0 % (2024). Esto sugiere un incremento relativo en casos masculinos.

### **Asociaciones significativas (chi-cuadrado) por año:**

Total (2020-2024): Significativa ( $p < 0,001$ ). Hay una asociación general entre causa de muerte y género, con hombres más propensos a proyectil de arma de fuego (90,4 %) y asfixia por sumersión (92,3 %), mientras que mujeres destacan en intoxicación (53,8 %) y quemaduras (53,8 %).

### **Diferencias por género**

Distribución general: 21,5 % femenino (244 casos), 78,5 % masculino (892 casos). Los hombres representan la mayoría en todas las causas, excepto en intoxicación y quemaduras (donde las mujeres superan el 50 %).

**Edad por género (rangos de 5 años):** Asociación no significativa.

### **Consumo de sustancias:**

Alcohol y cocaína: Significativa asociación ( $p < 0,001$ ). Quienes consumen alcohol tienen el 34,0 % de cocaína positiva, vs. 12,9 % en no consumidores. Sugiere concurrencia.

**Género y alcohol:** Significativa ( $p = 0,007$ ). Se registró mayor consumo de alcohol en hombres (44,1 % vs. 34,4 % mujeres).

**Género y cocaína:** Significativa ( $p < 0,001$ ). Se registró mayor consumo de cocaína en hombres (24,7 % vs. 11,1 % mujeres).

### **Asociaciones por edad**

Significativa ( $p < 0,001$ ) Jóvenes (11-30 años): Dominio de asfixia por ahorcadura.

Mayores (>60 años): Mayor proporción de proyectil de arma (36,9 %), quemaduras (50,0 %) y asfixia por sumersión (38,5 %).

**Lugar de realización por edad:** No significativa. La mayoría ocurre en domicilio (85,9 %), independientemente de la edad.

Intentos previos por edad: No significativa ( $p=0,263$ ), pero tendencia lineal ( $p=0,017$ ): menos intentos previos en mayores (15,3 % en  $>60$  vs. 30,3 % en 26-30).

**Toxicología por edad y género:** Significativa en mujeres ( $p<0,001$ ), hombres ( $p=0,004$ ) y total ( $p<0,001$ ).

Positiva en 61,4 % total (más en hombres: 63,3 % vs. 54,5 % mujeres).

Jóvenes (16-30 años): Alta positividad (68,3 % en 26-30).

Mayores ( $>70$  años): Baja positividad (33,3 % en 76-80).

### *VIII.III. Comparación periodo 2005-2010*

Los dos periodos analizados abarcan un lapso de 5 años de estudio.

Se observa como principal dato el aumento de casos entre un periodo registrado y el otro. Ajustando el crecimiento poblacional promedio de esos rangos, se calcula un aumento aproximado del 142 % (2.42 veces).

Ambos trabajos coinciden en el predominio de suicidios en sexo masculino, aunque con intensificación en el tiempo: primer periodo, los hombres representaban un 63 %; segundo periodo, un 78.5 %.

La asfixia mecánica por ahorcadura sigue siendo el método más utilizado.

El domicilio se mantiene como el lugar de realización predominante.

Respecto a la temporalidad, los meses de febrero, marzo y noviembre figuran entre los de mayor incidencia en ambos estudios y junio como el mes con menor frecuencia en los dos periodos.

Demográficamente, las personas solteras predominan en los dos periodos.

Respecto a la edad, en el periodo reciente predominan los rangos de 21 a 30 años, mientras que en el primer periodo analizado muestra el mayor porcentaje en personas mayores de 60 años.

Disminuye la utilización de arma de fuego como método (22 vs. 13.8 %)

Respecto a la instrucción, en el primer periodo predomina el grupo con primaria completa, mientras que en el segundo periodo predomina el grupo con secundario completo.

## IX. Conclusiones

Se efectuó un estudio retrospectivo que abarca un quinquenio desde los años 2020 a 2024 inclusive. Se registró en este periodo un total de 1136 casos de suicidio consumados en la ciudad de Córdoba y la primera circunscripción de la provincia de Córdoba.

Respecto a la variación anual, encontramos que fue relativamente homogénea y se mantiene una ligera estabilidad, registrándose una mayor cantidad de casos en el año 2021 y una menor cantidad de casos en el año 2022. Comparado con el estudio que abarca 2005 a 2010, que documentó 392 casos en total, se observa un incremento notable, aunque este dato debe interpretarse considerando el incremento poblacional de la región y la mejora en los sistemas de registros, lo que sugiere que el aumento real podría ser menor al aparente.

En relación con la pandemia de COVID, no encontramos variación significativa interanual pandemia vs. pospandemia. El sexo masculino predomina ampliamente sobre el femenino y se intensifica con el tiempo; se asocia a métodos más violentos como la muerte por proyectil de arma de fuego en cráneo, que es significativamente mayor en hombres.

La asfixia por ahorcadura se mantiene como método principal en ambos sexos y en todas las edades y se mantiene estable como método preferido utilizado en el tiempo, probablemente por su accesibilidad, así también por la percepción de letalidad. Solo la intoxicación y las quemaduras predominan en mujeres; consideramos que esto subraya vulnerabilidades de género diferenciales que requieren enfoques preventivos específicos.

El domicilio es el lugar de realización que predomina en ambos sexos y en todas las edades; esto es coincidente con los datos epidemiológicos recabados a nivel nacional e internacional, y refleja un acto íntimo y planificado.

Los meses de febrero, marzo, noviembre y diciembre concentran mayor incidencia, posiblemente vinculable a transiciones estresantes y estacionalidad relacionada con las patologías psiquiátricas. Los meses de abril, mayo, junio y julio registran los valores más bajos. Los días de la semana no tienen una variación muy marcada; se destaca el día jueves con el menor registro de casos y lunes y martes lideran el registro. Aquí cabe aclarar que es común que autopsias realizadas los días lunes sean de suicidios consumados el día domingo, por lo que la cantidad de suicidios del día domingo puede mostrar un subregistro de lo que actualmente sería la realidad.

El perfil etario revela que las muertes son más frecuentes en nuestro ámbito en la población de adultos jóvenes de 21 a 30 años, a diferencia del periodo analizado previamente, donde el grupo predominante era el de mayores de 60 años. Este contraste nos indica un rejuvenecimiento del fenómeno que podría corresponder a situaciones de desesperanza por futuro incierto, desafíos como el desempleo y problemas por consumos de sustancias que han ido en aumento en los últimos años; sin embargo, consideramos que el grupo de adultos mayores sigue siendo un número considerable en comparación con demás estudios internacionales. Destacamos la soledad y pérdida del sentido como factores.

Como nuevo dato alarmante encontramos que más del 60 % de los casos presentó toxicología positiva con predominio de alcohol (42 %) y cocaína (21.7 %), con asociaciones significativas de concurrencia entre ambas sustancias. Estas sustancias son más prevalentes en hombres jóvenes, más del 68 % en el grupo de 16 a 30 años.

Los hallazgos toxicológicos evidencian la relevancia del consumo de sustancias y la drogodependencia como factores de riesgo, en interacción con antecedentes de depresión y otros trastornos psiquiátricos que actúan como riesgos concomitantes.

Se resalta la importancia de los antecedentes de intentos previos de autoaniquilación en la población, donde más de un 20 % tiene por lo menos un intento previo; cabe decir que este dato puede subestimarse, ya que los casos consignados como negativos no significan que no tuvieran intentos previos, sino que no se cuenta con ese dato como antecedente.

El antecedente de depresión predomina en el perfil, seguido por la drogadicción y el alcoholismo; en tercer lugar se encuentran otras patologías psiquiátricas.

Finalmente, el 36,2 % trabajaba y el nivel de instrucción predominante fue secundario completo (20,1 %), variando respecto al período anterior (primaria completa), lo que refleja cambios socioeducativos y requiere de análisis más profundos.

## **X. Propuestas de intervención**

Los resultados de este estudio nos muestran cómo el suicidio impacta a adultos jóvenes, donde el consumo de sustancias como alcohol y cocaína aparece en un alto porcentaje de casos, agravando vulnerabilidades profun-

das. En las mujeres, las patologías psiquiátricas se ven potenciadas por este factor adictivo, convirtiéndose en un riesgo principal que no podemos ignorar. Esta realidad nos interpela y nos obliga a reflexionar sobre el dolor humano que hay detrás de cada número, nos impulsa a proponer intervenciones multidisciplinarias, que abracen la complejidad multicausal del fenómeno.

Mantener un conocimiento actualizado de la epidemiología y las estadísticas nos permite ajustar nuestro entendimiento de esta problemática, adaptando medidas que respondan a nuestra realidad local en Córdoba. Creemos que en muchos casos el suicidio es prevenible, y por eso las políticas públicas deben ser un pilar esencial; los datos de este trabajo nos ayudan a enfocar no solo en la prevención directa, sino también en las condiciones asociadas como la depresión o trastornos psiquiátricos, promoviendo la desestigmatización de la salud mental y la detección temprana. Proponemos poner el acento en grupos vulnerables, mejorando el abordaje de adicciones, fundamentalmente en hombres jóvenes, fomentar redes de apoyo para adultos mayores con énfasis en la conexión social que tanto falta, y focalizar en los intentos previos como señales de alerta. A través de colaboraciones interinstitucionales, podemos transformar estos datos en acciones preventivas, reconociendo siempre la complejidad única que cada persona enfrenta más allá de las cifras.

Desde nuestro lugar en el equipo de trabajo, proponemos específicamente mantener los datos estadísticos actualizados, describiendo perfiles que evolucionan con el tiempo e incorporando nuevas variables que enriquezcan el análisis, para que sirvan de base a intervenciones más efectivas y cercanas a la gente.

Es nuestra intención, además, ampliar este trabajo a las demás circunscripciones de la provincia de Córdoba a los fines de observar el comportamiento regional del fenómeno.

## **XI. Referencias bibliográficas**

- Appleby, L., Gould, M. S., & Gunnell, D. (2021). Suicide in England in the COVID-19 pandemic: Early observational data from real-time surveillance. *The Lancet Regional Health - Europe*, 4, Article 100110. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100110>
- Åsberg, M., Träskman, L., & Thorén, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor? *Archives of*

- General Psychiatry*, 33(10), 1193-1197. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770100055005>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), Article 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Bertuccio, P., Amerio, A., Grande, E., La Vecchia, C., Costanza, A., Aguglia, A., Berardelli, I., Serafini, G., Amore, M., Pompili, M., & Odone, A. (2024). Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: An analysis of data from the WHO mortality database. *EClinicalMedicine*, 70, Article 102506. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102506>
- Bertuccio, P., Mosconi, G., Amerio, A., Grande, E., La Vecchia, C., Costanza, A., Vigezzi, G. P., Aguglia, A., Berardelli, I., Serafini, G., Amore, M., Pompili, M., & Odone, A. (2025). Late-life suicide trends in selected major countries worldwide in 1990-2022: A spatio-temporal analysis from the WHO mortality database. *EClinicalMedicine*, 83, Article 103230. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103230>
- Bonanno, D. E., Ochoa, L. J., Orzuza, N. J., Fernández, M., Morra, A. P., Castro Valdez, J., ... Ardila-Gómez, S. (2022). Consultas por intentos de suicidio durante el primer año de pandemia por COVID-19: Estudio en cuatro provincias de Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 14, e50. <https://rasp.ms.gov.ar/index.php/rasp/article/view/784>
- Bonanno, D. E., Ochoa, L. J., Badano, F. M., Bernasconi, S. V., & Alfani, M. S. (2022). Tendencia de mortalidad por suicidios en Argentina entre 1990 y 2019. *Revista Argentina de Salud Pública*, 14, e75. <https://rasp.ms.gov.ar/index.php/rasp/article/view/748>
- Brundin, L., Bryleva, E. Y., & Thirtamara Rajamani, K. (2017). Role of inflammation in suicide: From mechanisms to treatment. *Neuropsychopharmacology*, 42(1), 271-283. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.116>
- Centro de Perfeccionamiento Ricardo C. Núñez. (2013). Caracterización del suicidio en la provincia de Córdoba en el periodo 2005-2009. En *Colección Investigaciones y Ensayos (Tomos 6, 8 y 10)*. Poder Judicial de la Provincia de Córdoba. <https://escuelajudicial.justiciacordoba.gob.ar/ordenadas-por-tema/>

- D'Addario, C., Bellia, F., Benatti, B., Grancini, B., Vismara, M., Pucci, M., De Carlo, V., Viganò, C., Galimberti, D., Fenoglio, C., Scarpini, E., Maccarrone, M., & Dell'Osso, B. (2019). Exploring the role of BDNF DNA methylation and hydroxymethylation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 114, pp. 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.006>
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237-258). *Hogarth Press*. (Original work published 1917)
- Ilic, M., & Ilic, I. (2022). Worldwide suicide mortality trends (2000-2019): A joinpoint regression analysis. *World Journal of Psychiatry*, 12(8), 1044-1060. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i8.1044>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(1), 1-5. <https://doi.org/10.1111/sltb.12126>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Leenaars, A. A. (2004). A historical perspective on suicide research: from psychoanalysis to contemporary theories. *Archives of Suicide Research*, 8(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/13811110490436655>
- Leveau, C. (2025). Social inequalities in suicide across Argentine provinces: Trends before and after the COVID-19 pandemic [Preprint]. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2025.04.25.25326449>
- Mann, J. J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4(1), 25-30. <https://doi.org/10.1038/nm0198-025>
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E. M. T., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P., COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study Group, & Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594-600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- Menninger, K. A. (1938). *Man against himself*. Harcourt, Brace.

- Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N° 758 (SE 21).
- Misiak, B., Stańczykiewicz, B., Pawlak, A., Szewczuk-Bogusławska, M., Samochowiec, J., Samochowiec, A., Tyburski, E., & Juster, R. P. (2022). Adverse childhood experiences and low socioeconomic status with respect to allostatic load in adulthood: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 136, Article 105602. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105602>
- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295-298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Pfennig, A., Kunzel, H. E., Kern, N., Ising, M., Majer, M., Fuchs, B., Ernst, G., Holsboer, F., & Binder, E. B. (2005). Hypothalamus-pituitary-adrenal system during major depressive episodes and after recovery. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1361-1368. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.020>
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., ... Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
- Ponce, L. F., González, M. C., Rossi, A. N., Estrada, E. M., Frank, M. L., Herrera, M. J., Nanzer, L. S., Ortega, N. A., Ribero, G., & Soto, S. E. (2020). Estudio de consultas a un servicio de contención y acompañamiento durante la pandemia de Covid-19. En IV Congreso Internacional de Psicología "Ciencia y profesión": Desafíos para la construcción de una psicología regional (Vol. 5, n.º 9, pp. 89-116).
- Secretaría de Salud Mental, Subsecretaría de Adicciones y Salud Mental, Observatorio para el Estudio y la Prevención del Suicidio. (2025). Informe de suicidio: Ciudad de Córdoba 2019-2024. Municipalidad de Córdoba. <https://cordoba.gob.ar/wp-content/uploads/2025/07/Informe-de-Suicidio.pdf>

- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- Tanaka, T., & Okamoto, S. (2021). Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature Human Behaviour*, 5(2), 229-238. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>
- Turecki, G. (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(12), 802-816. <https://doi.org/10.1038/nrn3839>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- World Health Organization. (2021). *Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027735>
- Zannas, A. S., Linnstaedt, S. D., An, X., Stevens, J. S., Harnett, N. G., Roeckner, A. R., ... McLean, S. A. (2023). Epigenetic aging and PTSD outcomes in the immediate aftermath of trauma. *Psychological Medicine*, 53(15), 7170-7179. <https://doi.org/10.1017/S0033291723000636>