

FACTORES DE RIESGO Y CONTEXTO DEL SUICIDIO

Risk factors and context of suicide

Dra. Macarena Mejía Luchinger (1), Dra. Pamela Sanhueza Ojeda (1), Dr. Jorge González Hernández (2).

(1) Residente Psiquiatría; Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Neurólogo; Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN:

El fenómeno del suicidio ha sido definido en distintas épocas y desde perspectivas diferentes. Instituciones morales, religiosas, sociales y legales, entre muchas otras, abordan esta problemática que implica el hecho de atentar contra la propia vida. El suicidio constituye un importante problema de salud pública, estimándose que es la causa de casi la mitad de todas las muertes violentas. Es por esto, que resulta fundamental en la práctica clínica evaluar el potencial suicida que pueda tener un paciente tomando en consideración los factores de riesgo, que incluyen datos demográficos, trastornos psiquiátricos y patología médica; destacándose el ser hombre, de mayor edad y con aislamiento social importante, además del antecedente de intento suicida previo y la depresión, los que dada su relevancia pueden orientar a un adecuado manejo.

INTRODUCCION Y REFLEXIONES

El fenómeno del suicidio ha sido definido en distintas épocas y desde perspectivas diferentes. El suicidio supone quitarse voluntariamente la vida. Se trata de un término de dos vocablos latinos: *sui* (“de sí mismo”) y *caedere* (“matar”), o sea, matarse a sí mismo. El tema es motivo de estudio para una amplia gama de disciplinas, sin embargo el suicidio puede ser conceptualizado como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil” (OMS 1976).

Desde una perspectiva moral, para la Iglesia Católica el suicidio es catalogado como un acto inaceptable. En la “Declaración sobre la Eutanasia por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe”, se establece que la vida es el fundamento de todos los bienes, la fuente y condición necesaria de toda actividad humana y de toda convivencia social. Si la mayor parte de los hombres creen que la vida tiene un carácter sacro y que nadie puede disponer de ella a capricho, los creyentes ven a la vez en ella un don del amor de Dios, que son llamados a conservar y hacer fructificar. De esta última consideración brotan, entre otras consecuencias, que “la muerte voluntaria o sea el suicidio es, por consiguiente, tan inaceptable como el homicidio; semejante acción constituye en efecto, por parte del hombre, el rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor (Juan Pablo II 1980).

A partir de otra perspectiva, se plantea que la unidad de una sociedad está dada por la existencia y el funcionamiento permanente de un conjunto de valores y creencias comunes, las que, fuertemente definidas y estructuralmente instruidas, brindan cohesión e integración social a sus integrantes, asegurando y proveyendo de sentido colectivo a las

acciones individuales de sus miembros. En este sentido, una situación de disociación de la máquina social, caracterizada por la ausencia de cohesión, solidaridad e integración, al estar directamente asociada a la irrupción de crisis y frustraciones colectivas, va a generar, entre los grupos humanos desorganizados, una mayor predisposición y vulnerabilidad a la conducta suicida; y es en esos periodos en donde efectivamente aumenta el número de suicidios consumados. Así, cada sociedad tiene, en un determinado momento de su historia, una aptitud definida para el suicidio; son las causas propiamente sociales las que explicarían la cifra de los suicidios. El suicidio resulta, a la vez, un acto individual y un fenómeno social, donde “los incidentes de la existencia privada que parecen inspirar inmediatamente el suicidio como causas determinantes, en realidad no son más que causas excepcionales: la sociedad ha hecho del individuo una fuerza dispuesta al suicidio. De tal forma, dirá el autor, el suicidio es “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado” (Durkheim 1897).

Desde un punto de vista legal el código penal chileno considera al suicidio como un delito, si y sólo si se comprueba participación de terceros, y dice “si se presumiere que ha habido suicidio, debe procederse a averiguar si alguien prestó ayuda a la víctima y en qué consistió la cooperación” (Art. 136 (157)).

EPIDEMIOLOGIA

El suicidio es un grave problema de Salud Pública, pero en gran medida prevenible.

Casi la mitad de todas las muertes violentas se deben al suicidio. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras.

La OMS estima que anualmente, un millón de personas cometen suicidio en el mundo, lo cual representaría una tasa anual de mortalidad por suicidio de 14,5 por 100.000 habitantes. En muchos países desarrollados, el suicidio está entre la segunda y tercera causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes, siendo la 13° causa de mortalidad para todas las edades, en el mundo. A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad. América latina, sin embargo, está entre las regiones con menor tasa de suicidios, junto a los países musulmanes y algunos países asiáticos. Las tasas más elevadas se dan en países del Este de Europa (OMS 2002).

Para el caso de Chile, entre las causas de muerte no natural, el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel país, sólo lo supera aquellas muertes producto de accidentes del tránsito. Si consideramos sólo el año 2007, la información correspondiente a los peritajes tanatológicos, es decir, aquellas muertes violentas que han ocurrido en el país, y que hacen necesaria la realización de autopsias médico legales, fallecieron un total de 6.763 personas en todo el país, de las cuales 1.912 personas fallecieron por lesiones auto infligidas intencionalmente (28,5%) (MINSAL).

El año 2000, la tasa de mortalidad por suicidio fue de 9,6 por 100.000 habitantes; y el año 2009 la tasa aumentó alcanzando un valor de 12,7 por 100.000 habitantes (MINSAL).

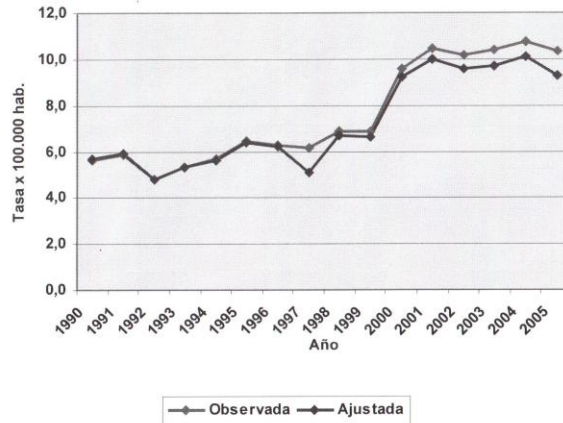
En términos de políticas públicas de salud encontramos “*Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud: Elementos para el manejo de la Conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud*”, elaborado por Vicuña (2003), que en términos generales diagnostica que en Chile la causa de muerte más directamente relacionada con enfermedades mentales es el suicidio debido a que en la inmensa mayoría de los casos se asocia, según han demostrado las autopsias psicológicas,

con la presencia de alguna patología psiquiátrica, y en especial los Trastornos Depresivos, la Dependencia de alcohol y drogas y la Esquizofrenia (Vicuña 2003).

**MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE
TASA OBSERVADA Y AJUSTADA
CHILE SERIE 1990 - 2005**

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

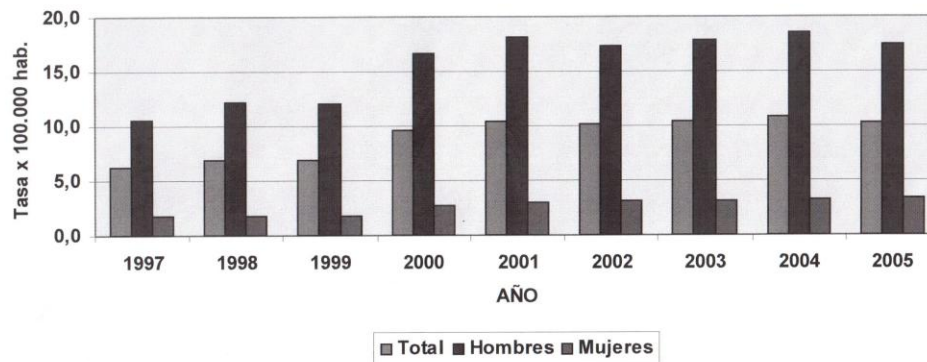
Año	Mortalidad	
	Observada	Ajustada
1990	5,6	5,7
1991	5,9	5,9
1992	4,8	4,8
1993	5,3	5,3
1994	5,7	5,6
1995	6,5	6,4
1996	6,3	6,2
1997	6,2	5,1
1998	6,9	6,7
1999	6,8	6,6
2000	9,6	9,2
2001	10,4	10
2002	10,2	9,6
2003	10,4	9,7
2004	10,8	10,1
2005	10,3	9,3



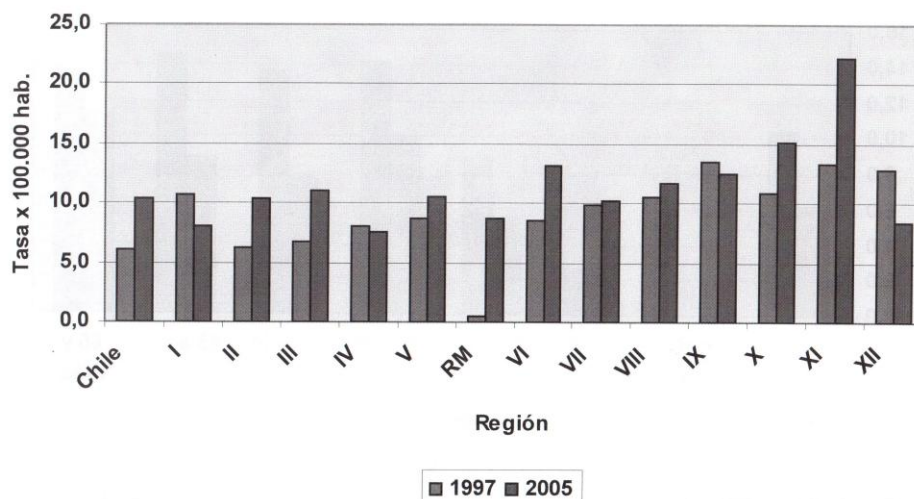
1990 - 1996 CIE 9 E950-E959
1997 - 2005 CIE 10 X60 - X84
Ajustada a la estructura etarea de la población del Censo de 1992

**TASA MORTALIDAD POR SUICIDIO x 100.000 hab.
SERIE 1997 - 2005 SEGUN SEXO**

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



**TASA MORTALIDAD POR SUICIDIO x 100.000 hab.
SEGUN REGION
Comparación años 1997 y 2005**



DETECCIÓN FACTORES DE RIESGO

Resulta fundamental realizar una pesquisa certera de los factores de riesgo que tiene el paciente para poder así evaluar el riesgo real de realizar un intento, de reincidir en éste y de finalmente morir por estar causa. La eficiencia con que se realice la entrevista y se detallen los factores de riesgo serán de ayuda para decidir la conducta de manejo y derivación adecuada según el contexto clínico en que nos encontremos.

Dentro de los factores de riesgo suicida más determinantes son la existencia de un intento previo de suicidio y la presencia de alguna patología psiquiátrica que confiera vulnerabilidad suicida (Gómez 2008).

Existe el mito de que preguntar por suicidio confiere un riesgo debido a que se podría inducir algún pensamiento autolítico o potencia los ya existentes, pero se ha objetivado que realizar screening de ideación suicida en atención primaria entre las personas con signos de depresión no induciría a sentir que la vida no vale la pena vivirla (Crawford 2011) por lo que no incrementaría el riesgo suicida, sino que, por el contrario, representa una primera medida terapéutica si se realiza adecuadamente.

Factores socio-demográficos

Género

La frecuencia del suicidio entre varones es cuatro veces superior a la de las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad (Kaplan 2004). Sin embargo, en la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres (Hawton 2000), describiéndose distintas relaciones mujer/hombre que van entre 1,5 y 4 es a 1 (Estudio WHO/EURO-Kaplan 2004). Lo anterior, refleja el uso de mecanismos de mayor letalidad en los hombres (Callanan 2011) lo que ocasiona mayor número de suicidios consumados y, por lo tanto, tasas más altas en este grupo.

Edad

Las tasas de suicidio aumentan con la edad, lo que destaca la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre varones, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años; entre mujeres, los números más altos de suicidios consumados se registran después de los 55 años. Los ancianos intentan suicidarse con menor frecuencia que los jóvenes, pero es más probable que tengan éxito. Sin embargo, en la actualidad la tasa de suicidios aumenta más rápidamente entre las personas jóvenes, en particular entre los varones (Kaplan 2004).

Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad. Según el WHO/EURO, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres.

Estado Civil

El matrimonio, reforzado por los hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio de forma significativa. Sin embargo, las personas que estuvieron casadas presentan tasas mucho mayores que las que nunca se han casado (Kaplan 2004).

Se ha descrito que cambios en el estado marital es un factor de riesgo para suicidio, siendo mayor el riesgo durante el primer año posterior al cambio y en adultos mayores (Roskar 2011).

Lugar de Residencia

Los intentos de suicidios son más frecuentes en zonas urbanas que rurales. En estas últimas la letalidad tiende a ser mayor por el menor acceso a Servicios de Salud (Harris 2011) y uso masivo (por motivos de trabajo), de armas de fuego. En definitiva, se registran menos como intentos fallidos de suicidio pues tienden a ser más letales sus procedimientos.

Nivel Socioeconómico

Estudios muestran que los intentos de suicidio y los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural (Harris 2010-Danzinger 2011).

Situación ocupacional

El trabajo actúa como un factor protector. Riesgo de cometer suicidio aumenta con el desempleo (Danzinger 2010).

Las tasas de suicidio son altas en las personas desempleadas, aunque las razones para esta asociación son complejas.

En parte, las altas tasas se asocian con enfermedades mentales, lo que contribuye al riesgo de desempleo y suicidio.

Entre las personas con empleo, se observa que algunos grupos profesionales tienen un mayor riesgo de suicidio. Los médicos tienen un alto riesgo en la mayoría de los países, siendo las mujeres médicos las que tienen mayor riesgo en general. Las enfermeras también tienen un alto riesgo. En ambos casos, el acceso de estos profesionales a los fármacos mortales, parece ser un importante factor determinante de las altas tasas. Entre los médicos, los anestesiólogos están en especial riesgo, con medicamentos inductores de anestesia usados en muchos suicidios consumados. Varios otros grupos de alto riesgo ocupacional (por ejemplo, los dentistas, farmacéuticos, veterinarios y agricultores) también tienen fácil acceso a medios letales de suicidio (Hawton 2009).

Trastornos Psiquiátricos

El método clásico de la investigación de las características de personas que han muerto por suicidio es a través de la autopsia psicológica, que incluye entrevistas con informantes claves y el examen de registros oficiales. Este enfoque ha demostrado que los trastornos psiquiátricos están presentes en alrededor del 90% de las personas que se suicidan y contribuyen en un 47-74% al riesgo de suicidio de la población. Estos estudios se han hecho en su mayoría en países desarrollados (Cavanagh 2003).

Los trastornos afectivos son la causa de enfermedad psiquiátrica más común, seguido por consumo de sustancias (especialmente por abuso de alcohol) y la Esquizofrenia. La comorbilidad de trastornos aumenta considerablemente el riesgo de suicidio (Cavanagh 2003).

Conducta Suicida Previa

El intento de suicidio en el pasado es un factor de riesgo mayor para suicidio (Hawton 2009), el más importante (Beghi 2010) y quizás el mejor indicador de que el paciente tiene un alto riesgo de suicidio. Se ha visto que alrededor del 40% de los pacientes con depresión que se suicidan lo habían intentado con anterioridad. El riesgo de nuevos intentos de suicidio es máximo en los tres meses posteriores al primero (Kaplan 2004).

Trastornos Anímicos

La Depresión es el Trastorno del Ánimo más frecuentemente asociado con suicidio y uno de los factores de riesgo más importante. Cerca del 30% de las muertes por suicidio había sido diagnosticado con un Trastorno Depresivo Primario (Kaplan and Sadock), aunque otros estudios hablan de más de la mitad de los casos (Cavanagh 2003).

En un estudio sobre víctimas suicidas, el 63% de las víctimas depresivas eran hombres y el 37% mujeres. El ser hombre con depresión es un factor de riesgo por se en individuos depresivos. La mayoría (85%) eran casos complicados de Depresión con comorbilidad psiquiátrica (Henriksson 1993).

En otro estudio, se encontró que el diagnóstico más prevalente en víctimas de suicidio mayores de 60 años, fue Depresión (Qin 2011).

Cerca del 4% de personas con depresión unipolar mueren por suicidio, siendo el riesgo mayor en los hombres y en los que han necesitado hospitalización psiquiátrica, especialmente por suicidalidad. Entre los predictores clínicos de suicidio en personas con

depresión mayor se incluyen: antecedentes de intento de suicidio previo, altos niveles de desesperanza y alto puntaje de tendencia suicida (Coryell 2005).

El suicidio en el Trastorno Depresivo Mayor es más probable que ocurra durante el primer episodio depresivo y parece estar relacionado con el abuso del alcohol, la impulsividad y los rasgos de personalidad agresiva (MacGirr 2008).

Con respecto al Trastorno Bipolar, entre un 10 a un 15% de los pacientes con trastorno bipolar muere por suicidio, comúnmente al comienzo de la enfermedad (Goodwin 2007).

Factores de riesgo suicida incluyen: antecedente de autolesiones anteriores, antecedentes familiares de suicidio, enfermedad de inicio temprano y aumento de la gravedad de los síntomas de trastorno depresivo, (incluyendo desesperanza), episodios mixtos, cicladores rápidos, trastornos psiquiátricos comórbidos y el uso indebido de alcohol o drogas (Hawton 2005).

Trastornos Psicóticos

Un estudio mostró que los intentos suicidas son comunes en todos los Trastornos Psicóticos excepto en el Trastorno Delirante. Son particularmente frecuentes en los cuadros psicóticos inducidos por sustancias y en el uso co-mórbido de sustancias, siendo también los jóvenes los de mayor riesgo. Además se describe que se asocian con la severidad de los síntomas depresivos y no con la gravedad de los síntomas psicóticos (Suokas 2010).

Dentro de los trastornos psicóticos destaca la Esquizofrenia, donde alrededor del 10% de los pacientes consuma suicidio, especialmente los sujetos jóvenes (Gómez 2008).

Los pacientes con esquizofrenia tienen un alto riesgo de presentar conducta suicida, por lo que se ha enfatizado la importancia de determinar los factores de riesgo. Entre un 10 a un 13% de individuos con esquizofrenia comete suicidio y entre un 20 a un 40% lo intenta en alguna oportunidad. La mayoría de los que se suicidan habían tenido intentos previos.

En la esquizofrenia, el riesgo de presentar conducta suicida es alto a lo largo de la vida, aunque la mayoría de los individuos lo intentan en los primeros 10 años de la enfermedad. El riesgo es más alto luego de un episodio psicótico agudo y durante los primeros 6 meses después de una hospitalización. La depresión mayor y el abuso de sustancias pueden relacionarse a los intentos suicidas (Harkavy-Friedman 1999).

En un estudio reciente, se encontró una tasa aproximada de un 5% del riesgo de vida de suicidio en pacientes esquizofrénicos. Los factores de riesgo asociados fuertemente a suicidio posterior fueron el ser joven, de sexo masculino, y con un alto nivel de educación. Los factores de riesgo relacionados a la enfermedad fueron predictores importantes, con evidencia consistente el número de intentos previos, los síntomas depresivos, las alucinaciones activas y delirios y la presencia de Insight. Una historia familiar de suicidio y abuso concomitante de sustancias también se asociaron positivamente con suicidio posterior. El único factor protector para suicidio encontrado fue la adherencia a un tratamiento efectivo (Hor 2010).

Trastornos Ansiosos

Casi el 20% de los pacientes con trastorno de pánico y fobia social ha intentado suicidarse sin éxito. Sin embargo, la asociación de depresión aumenta el riesgo de muerte por suicidio (Kaplan 2004).

Estudios acerca de la posible relación entre trastornos de ansiedad e ideación suicida han arrojado diversos resultados, sugiriendo algunos que esto se debe a la presencia de una depresión concomitante. Sin embargo, estudios recientes han mostrado que el tener un trastorno de ansiedad, sin historia de trastorno de alteración del ánimo asociada, incrementa el riesgo de presentar ideación suicida (Norton 2008).

Un estudio donde se evaluaron trastornos ansiosos como fobia social, fobia simple, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, y trastorno obsesivo compulsivo, mostró, luego de ajustar los resultados por factores demográficos y todos los otros trastornos mentales, que la presencia de cualquier trastorno ansioso se asoció significativamente con ideación suicida e intentos suicidas. Además los análisis demostraron que la presencia de cualquier trastorno de ansiedad asociado a un trastorno del ánimo se asoció con una mayor probabilidad de intento suicidio en comparación con un trastorno del ánimo sólo. Por lo tanto, se ha visto que un trastorno de ansiedad preexistente es un factor de riesgo independiente para presentar ideación suicida y/o para intentarlo. Y los trastornos de ansiedad co-mórbidos amplifican el riesgo de intento suicida en personas con trastornos del ánimo (Sareen 2005).

Abuso de Alcohol

El abuso de alcohol, sobre todo la dependencia, está fuertemente asociado con el riesgo de suicidio. La gravedad del trastorno, rasgos de personalidad de agresividad e impulsividad y falta de esperanza, parece ser que predisponen al suicidio. Principales factores precipitantes son la Depresión y los eventos estresantes de la vida, sobre todo el término o quiebre de relaciones interpersonales (Conner 2004).

Personas alcohólicas tienen un riesgo incrementado de cometer suicidio, con un riesgo de vida del 2,2 a 3,4%. Generalmente cometen suicidio después de muchos años de abuso de alcohol. La comorbilidad con Trastorno Depresivo son particularmente de riesgo. En un estudio hecho sobre 50 víctimas de suicidio alcohólicas, la mayoría había experimentado alguna pérdida personal importante como factor precipitante del acto suicida. Sólo en una sola víctima no se identificó el probable factor o evento desencadenante (Kaplan 2000).

El abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. Según un estudio, tienen seis veces más riesgo de suicidio que en la población general. Suelen ser hombres de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, con problemas económicos y/o laborales y aislados socialmente. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos (Inskip 1998).

Trastornos de Personalidad

Están presentes hasta en el 70% de los suicidas. Es sabido que pacientes con Trastorno de Personalidad Borderline, tienen un elevado riesgo suicida, sobre todo en mujeres menores de 35 años (Qin 2011).

En otro estudio se demostró que hasta el 30% de las víctimas de suicidio tenían un Trastorno del Eje II. Un 30 % de estas eran TP tipo Cluster B, comparados con la prevalencia estimada en la población general (4-5%) y el 10% eran Cluster C (Isometsa 1996).

Otros estudios aseguran que entre un 30-40% de las personas que mueren por suicidio tienen Trastornos de Personalidad (Foster 1997).

El riesgo de suicidio parece ser mayor particularmente en el Trastorno de Personalidad límite y antisocial (Duberstein 1997).

Sin embargo, casi todos los individuos con trastornos de la personalidad que mueren por suicidio han presentado síntomas depresivos concurrentes, trastornos por abuso de sustancias o ambos (Foster 1997-Duberstein 1997).

El concepto de Trastorno de Personalidad puede ser menos relevante en los países en desarrollo, cuando los actos suicidas a menudo parecen ser impulsivos (Mishara 2007).

Aproximadamente el 10% de las personas que mueren por suicidio en la mayoría de los países no tienen ningún trastorno psiquiátrico evidente. Sin embargo, el estudio de autopsia psicológica de estas personas indica que la mayoría tienen síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad similares a los de los individuos con un trastorno psiquiátrico que han muerto por suicidio (Enrst 2004).

Trastornos médicos

La relación entre el suicidio y las enfermedades médicas es significativa. En una encuesta realizada por Druss y Pincus (año 2000) en Estados Unidos a 7.589 individuos entre 19 y 39 años, obtuvieron que un 16% de la muestra encuestada había tenido en algún momento de su vida ideas autolíticas, frente a un 25,2% de individuos con una enfermedad médica y un 35% con dos o más enfermedades. Así mismo, un 5,5% de los encuestados realizaron un intento autolítico, frente a un 8,9% de aquellos con una enfermedad médica y un 16,2% con dos o más enfermedades. Hay que tener en cuenta que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, VIH, enfermedad de Cushing, porfiria, úlcera péptica, cirrosis o enfermedad renal tratada con hemodiálisis). También factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como por ejemplo: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales. Ciertos fármacos pueden también alterar el estado de ánimo: reserpina, corticoides, antihipertensivos y antineoplásicos (García de Jalón 2002).

Referencias

Beghi M, Rosenbaum JF. "Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal". *Curr Opin Psychiatry*. 2010 Jul;23(4):349-55.

Callanan VJ, Davis MS. "Gender differences in suicide methods". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 May 22.

Cavanagh. "Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review". *Psychological Medicine* 2003; 33: 395-405.

Código Penal Chileno, Art. 136 (157).

Conner KR. "Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration". *Alcohol Clinical Experimental Research*, 2004;28:6S-17S.

Coryel W, Young EA. "Clinical Predictors of suicide in Primary Major Depressive Disorder". *Journal of Clinical Psychiatry* 2005; 66: 412-17.

Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross J, Gordon F, Blair G, Bajaj P. "Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial". *Br J Psychiatry*. 2011 May;198(5):379-84.

Danziger PD, Silverwood R, Koupil I. "Fetal Growth, early life circumstances and risk of suicide in late adult". *European Journal Epidemiology* (2011) 26:571-581.

Druss B, Pincus H. "Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses". *Arch Intern Med*. 2000 May 22;160(10):1522-6.

Duberstein. "Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review". *Clinical Psychology Science Practice* 1997; 4: 359-76.

Durkheim E. "Suicide. A Study in Sociology". (1897) 1952:256.

Ernst C. "Suicide and no Axis I psychopathology". *BMC Psychiatry* 2004; 4-7.

Foster T. "Mental disorders and suicide in Northern Ireland". *British Journal of Psychiatry*, 1997; 170: 447-52.

García de Jalón E, Peralta V. "Suicidio y riesgo de suicidio". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 2002, Vol. 25, suplemento 3.

Gómez A. "Conducta Suicida". *Apuntes para Docencia, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile*, 2008.

Goodwin. "Manic-Depressive Illness: Bipolar disorders and recurrent depression", 2nd edn. New York: oxford University Press, USA, 2007.

Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador X, Yale SA, Gorman J. "Suicidal Behavior in Schizophrenia: Characteristics of Individuals Who Had and Had Not Attempted Suicide". *Am J Psychiatry* 1999; 156:1276-1278).

Harris L. "Deliberate self-harm in rural and urban regions: A comparative study". *Social Science*, 2010, Jul; 73 (2):274-81.

Hawton K. "Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior". *Br J Psychiatry* 2000; 177: 484-485.

Hawton K, van Heeringen K. "Suicide". *Lancet*. 2009 Apr 18;373(9672):1372-81.

Hawton. "Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors". *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005; 66: 693-704.

Henriksson M, Aro H y cols. "Mental Disorders and comorbidity in Suicide". *American Journal of Psychiatry*, 150:935, 1993.

Hor K, Taylor M. "Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors". *Journal of Psychopharmacology* 2010; 24(11); 4: 81-90.

Inda Graciela. "The political sociology of Emile Durkheim: The Centrality of the problem of the State in his reflections from the years 1883-1885". *Andamios*, jun 2008, Vol. 4 Issue 8, p135-168, 34p.

Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. "Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia". *Br J Psychiatry*. 1998 Jan;172:35-7.

Isometsa E. "Suicide among subjects with personality disorder". *Am Journal Psychiatry*, 1996; 153:667.

Juan Pablo II Pontífice, 5 de mayo de 1980. Citado en *Human Life International* en 1998.

Kaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis de Psiquiatría*, 9ª edición, 913-922; 2004.

Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th edition, 2000, Volume Two, p2033

Mac Girr A, Renaud J, Bureau A. "Impulsive-aggressive behaviours and completes suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide". *Psychological Medicine* 2008; 38: 407-17.

MINSAL, DEIS. <http://deis.minsal.cl>

Mishara BL. "Prevention of death from intentional pesticide poisoning". *Crisis* 2007; 28:10-20.

Norton PJ, Temple SR, Pettit JW. "Suicidal ideation and anxiety disorders: elevated risk or artifact of comorbid depression?" *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008 Dec;39(4):515-25.

OMS, Organización Mundial de la Salud, 1976. www.WHO.int

OMS. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

Qin P. "The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects". *J Psychiatr Res*. 2011 Nov;45(11):1445-52.

Roškar S, Podlesek A, Kuzmanić M, Demšar LO, Zaletel M, Marušič A. "Suicide risk and its relationship to change in marital status". *Crisis*. 2011 Jan 1;32(1):24-30.

Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, Stein MB. "Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults". *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Nov;62(11):1249-57.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerhof A, Bjerke T, Crepet P et al. "Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide". *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-338.

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. *Lancet*. Vol 378 July 9, 2011.

Suokas JT, Perälä J, Suominen K, Saarni S, Lönnqvist J, Suvisaari JM. "Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population". *Schizophr Res*. 2010 Dec;124(1-3):22-8.

Vicuña, Alberto. "Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud: Elementos para el manejo de la Conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud", 2003. <http://www.psiquiatriasur.cl>