

## PSIQUIATRÍA

# ABORDAJE DEL SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Wendy Navas Orozco\*

## SUMMARY

**Suicide is the act for self-inflicted death caused voluntarily, deliberately. Suicide in the community is a serious health problem. It is a complex phenomenon, billed as a public health problem, which gathers experts from different areas for study and research. This article is a review of the most important aspects about the suicide. The primary care physicians play a key role in the identification and treatment of suicide risk because of its close links with the community, is better able to detect the alleged suicide and exercise health actions to prevent this act. The aim of this review is to highlight the main**

**factors associated with suicide and provide information on the identification and management of suicidal patients to approach from primary care.**

## INTRODUCCIÓN

Una de las peores cosas con las que un médico tiene que enfrentarse es el suicidio de un paciente. Las reacciones más comunes de los médicos que han pasado por una situación así, son incredulidad, pérdida de la confianza, enojo y vergüenza. (15) El suicidio es un fenómeno complejo que ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos y artistas a lo largo de los siglos de acuerdo con

el filósofo francés, Albert Camus, en el Mito de Sísifo, el suicidio es el único problema filosófico serio. (14) El suicidio ha estado presente en la historia humana desde tiempos inmemoriales y se ha asociado con ritos religiosos y diversas manifestaciones visibles en la historia del arte y de la política. (16) Es a principios del siglo XX, cuando empieza a surgir en Europa la opinión predominante del suicidio como consecuencia de un trastorno mental, siguiendo las ideas que preconiza la Escuela Psiquiátrica Francesa. (11) Estamos ante un fenómeno universal, transcultural, con una enorme repercusión social y que ha generado el rechazo de

\* Médico general. Área de Salud 3. Desamparados. EBAIS Guido 1. CCSS.  
E-mail: wendyn@costarricense.cr

la práctica total de los colectivos humanos que han llegado a perseguirlo y a castigarlo por ley. (17) El suicidio es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales. El mejoramiento de la detección por parte de la comunidad, la remisión y el control del comportamiento suicida son pasos importantes para su prevención. Tanto el suicidio como las tentativas constituyen un problema de Salud Pública de primer orden, y por tanto, deberían de tener responsabilidad en su prevención todos los niveles asistenciales sanitarios. (12) El suicidio es un problema significativo de salud pública y corresponde a una importante causa de muerte alrededor del mundo. (3)

## CONCEPTO

El suicidio supone quitarse voluntariamente la vida. Se trata de un término que proviene de 2 vocablos latinos: sui (“de sí mismo”) y caedēre (“matar”), o sea, matarse a sí mismo. En él intervienen tanto los pensamientos suicidas como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan los actos fatales o suicidio consumado, los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos con intención y planeación del suicidio, y los intentos de baja

letalidad asociados a una situación psicosocial crítica. (6) En 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”. (4)

## EPIDEMIOLOGÍA

Cada año aproximadamente 1 millón de personas en todo el mundo muere por suicidio, siendo una de las principales causas de muerte. (10, 15) En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercer causa de muerte. (1, 6) Los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud del año 2003, indican que en el año 2000 unas 815.000 personas murieron a causa de suicidio en todo el mundo, dando una taza mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por cada 100.000

habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. (1) La OMS estimó la tasa de suicidio de aproximadamente 2% de las muertes en el mundo. (3) Las tasas de suicidio varían de acuerdo a la región, sexo, edad, origen étnico y probablemente también a las prácticas de registros de muertes en los diferentes países. (1) La OMS estima que un intento suicida ocurre aproximadamente cada 3 segundos, y un suicidio completo ocurre aproximadamente cada minuto. Esto significa que más personas mueren a causa del suicidio que a causa de conflictos armados. Por consiguiente, la reducción del suicidio se ha convertido en una importante meta internacional de salud. (20). El suicidio se encuentra entre las 3 primeras causas mundiales de muerte en personas de 15-44 años. (13) Se considera que de 2000 pacientes atendidos por los médicos generales al menos uno de ellos comete suicidio en los 2 primeros años, 10 intentan suicidarse cada año y al menos 50 tienen ideas de suicidio. (7) En Costa Rica en el periodo comprendido entre el año 2000 y el 2008, se suicidaron 2711 personas según reportes del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). En nuestro país, según datos reportados en el documento Situación Actual de la Salud Mental en Costa Rica del Ministerio de Salud y la OPS, del año 2003, señala que la mortalidad

por suicidios en el periodo de 1995-2002 mostró la tasa más alta en el 2002 con 6,6 suicidios por cada 100.000 habitantes. En ese mismo año, el segmento de la población más afectado fue el grupo de edad entre los 15-34 años con 50,18 de los casos. El 88,2% de las muertes ocurrió en hombres y 11,8% en mujeres, con una razón hombres/mujeres de 6:1. Los agricultores desocupados, comerciantes, guardas y empleadas domésticas figuran como los grupos de mayor índice de suicidios. (1) Entre 45-70% de quienes intentan el suicidio sufren principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad y agresividad y trastornos de la personalidad y alcoholismo, que a menudo van unidos a una pérdida reciente. En el género masculino, el ahorcamiento es el método más utilizado para el suicidio, seguido por el que se consuma con armas de fuego; en el género femenino lo es envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos. En la mayoría de los países, los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres, y los suicidios consumados en hombres. (6)

### CAUSAS DEL SUICIDIO

El suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad,

pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio. Entre los factores más importantes asociados al suicidio está la presencia de enfermedad mental (especialmente enfermedades afectivas, trastornos de personalidad y abuso de sustancias), historia de suicidalidad familiar, eventos estresores significativos, enfermedades físicas progresivas, disponibilidad de armas de fuego, etc. (2) El comportamiento suicida está determinado por una serie de causas complejas, que pueden ser tanto factores externos como internos del sujeto. Entre ellos pueden enumerarse: la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, antecedentes familiares, el abuso de alcohol o drogas, los maltratos durante la niñez, aislamiento social, enfermedades crónicas, patrones familiares autodestructivos, eventos traumáticos durante la niñez, violencia intrafamiliar, abusos, humor inestable, ansiedad, desórdenes psiquiátricos como la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros.

El riesgo de suicidio aumenta en las enfermedades físicas crónicas, asociado además a la existencia concomitante de un trastorno psiquiátrico, especialmente depresión. La cronicidad, la inhabilidad y el pronóstico negativo se correlacionan con

el suicidio. Dentro de estas enfermedades se incluyen enfermedades neurológicas, neoplasias, VIH/SIDA y otras condiciones médicas crónicas como enfermedades renales, hepáticas, óseas y articulares, cardiovasculares y trastornos gastrointestinales. Los factores sociodemográficos desempeñan un papel muy importante en la génesis de la conducta suicida. El conocimiento de los mismos es fundamental para establecer el tipo de intervenciones terapéuticas y preventivas que se aplicarán en los individuos que presenten dicha conducta. (11) Entre los factores sociodemográficos importantes se encuentra: sexo, edad, estado civil, ocupación, desempleo, residencia rural/urbana, migración, otros. (15)

### FACTORES DE RIESGO

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables y no modificables (Tabla 1). Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. (5) Los factores de riesgo modificables son principalmente, ansiedad y depresión, sin restar

importancia al acceso a los medios para cometer suicidio, interrupción de tratamiento médico, aislamiento social y enfermedades crónicas. (6) El abuso de drogas adictivas conlleva un alto riesgo de ideación suicida. Aproximadamente 1/3 de varones y 1/5 de mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol y cerca de 1/10 de alcohólicos mueren por suicidio. (6) Los factores de riesgo no modificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico. (5) Los grupos en los extremos de la vida son una población en riesgo ascendente de suicidio. Durante la infancia, se puede desarrollar desesperanza que lleva a depresión. En el otro extremo de la vida, ocurre la depresión de la tercera edad. Los varones mayores de 80 años se van dejando morir lentamente en un suicidio silencioso, lo cual ocurre en una tasa de 50 por cada 100.000 habitantes. (6) En junio de 2003 la *Food and*

*Drugs Administration* (FDA) y el United Kingdom Committee (UK), advirtieron sobre los cuidados con el uso de Paroxetina, un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, en menores de 18 años por el riesgo de aumento de conductas suicidas. En marzo del 2004, la FDA sugiere restringir y vigilar el uso de antidepresivos en pacientes adultos ante la posibilidad de empeorar los síntomas depresivos y la ideación suicida. La atribución de un rol suicidogénico a los antidepresivos resulta contradictoria. Para llegar a dicha conclusión habría que depurar todos los factores biológicos, psicológicos y sociales, que impactan en concretar un acto suicida, ya que se trata de un hecho multifactorial, no atribuible a una causa aislada o específica. Enfrentados a una patología de elevada frecuencia y de tan alto costo personal y social, puede constituir un riesgo mayor abstenerse de emplear fármacos de eficacia demostrada como los antidepresivos. Resulta dudoso

atribuir al antidepresivo un aumento de conductas suicidas, en la medida en que la ideación suicida y los actos que potencialmente le acompañan son condiciones inherentes a trastornos del ánimo, una exacerbación de suicidalidad podría deberse a una mayor gravedad del cuadro clínico, y en tal caso, es posible que la monoterapia o el fármaco utilizado sean insuficientes para controlar la intensidad de dichos síntomas y no culpar a los antidepresivos de ser la causa. (18, 19)

## FACTORES PROTECTORES

Los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de consecuencias graves en la presencia de riesgo elevado. Algunos de ellos incluyen creencias religiosas, práctica religiosa y espiritualidad, objeciones morales del suicidio y el apoyo social y familiar. (10) Los principales factores que proveen protección frente a la ideación suicida y la múltiple gama de comportamientos autodestructivos – establecidos por la OMS – son los que se presentan en la Tabla 2. (5)

## CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida incluye un amplio espectro y se refiere a la presencia de intentos de suicidio

**Tabla 1.**

Clasificación de Factores de Riesgo Suicida

Factores Modificables	Factores No Modificables
Trastorno afectivo	Heredabilidad
Esquizofrenia	Sexo
Trastornos de ansiedad	Edad (adolescentes, adultos jóvenes, edad geriátrica)
Abuso de sustancias	Estado civil
Trastorno de personalidad	Situación laboral y económica
Otros trastornos mentales	Creencias religiosas
Salud física	Apoyo social
Dimensiones psicológicas	Conducta suicida previa

**Tabla 2.**  
Clasificación de los Factores Protectores

Patrones Familiares	Estilo Cognitivo y Personalidad	Factores Culturales Sociodemográficos
Buena relación con los miembros de la familia Apoyo de la familia	Buenas habilidades sociales Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros Búsqueda de consejo cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas Receptividad hacia conocimientos nuevos	Integración social, por ejemplo, participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades Buenas relaciones con sus compañeros Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos Apoyo de personas relevantes

que van desde actos letales pero fallidos hasta aquellos de baja letalidad. (3) Existen diversos argumentos que sugieren que la conducta suicida es un trastorno como tal, sin embargo se ha observado que las condiciones psiquiátricas son el factor que influye más en los intentos suicidas. La mayoría de los suicidios ocurre en relación con los trastornos del estado de ánimo, pero también puede relacionarse otras entidades tales como esquizofrenia, alcoholismo y abuso de sustancias. (3)

psicopatológica, deben recogerse variables sociodemográficas y aquellos factores de riesgo y de protección que permitan

un abordaje integral del riesgo suicida. La mejor opción posible de aproximación está determinada por diferentes factores, como el escenario, las circunstancias, el tiempo disponible, las condiciones y la disponibilidad de la persona entrevistada, además del estilo, experiencia y preparación propios. (5) Teniendo en cuenta lo anterior, deberá realizarse una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya lo descrito en la Tabla 3. La OMS publicó algunas recomendaciones para los profesionales sobre la forma de preguntar acerca de los diferentes

**Tabla 3.** Evaluación de las Causas Desencadenantes de la Conducta Suicida y del Riesgo de Repetición

Causas de Conducta Suicida: Factores Psicológicos y Contextuales	Riesgo de Conducta Suicida
Situación social Relaciones interpersonales Acontecimientos vitales recientes o problemas actuales Historia de trastorno mental, intentos de suicidios previos, abuso de alcohol y otras drogas Características psicológicas relacionadas con la conducta suicida y su motivación	Características del intento: Intencionalidad, elaboración del plan, letalidad, método elegido Características personales: Edad, sexo, presencia de trastorno mental, conducta suicida previa, desesperanza, etc. Características contextuales: Aislamiento social, clase social, enfermedad física

**Tabla 4.**  
Recomendaciones de Cómo? Cuándo? y Qué preguntar?

<b>¿Cómo preguntar?</b> ¿Se siente feliz? – ¿Se siente desesperado? – ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día? – ¿Siente la vida como una carga? – ¿Siente que la vida no merece vivirse? – ¿Siente deseos de cometer suicidio?
<b>¿Cuándo preguntar?</b> Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida. Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos. Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia.
<b>¿Qué preguntar?</b> Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría? Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

**VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA**

Las 2 herramientas básicas para la evaluación del riesgo suicida son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento. (5) Durante la entrevista, además de realizarse una evaluación

**Tabla 5.** Recomendaciones de Comportamiento Ante una Situación de Ideación Suicida

¿Qué Hacer?	¿Qué No hacer?
Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma Mostrar apoyo y preocupación Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo Preguntar acerca de los intentos previos Explorar posibilidades diferentes al suicidio Preguntar acerca del plan de suicidio Ganar tiempo, pactar un contrato de no suicidio Identificar otros apoyos Quitar los medios, si es posible Tomar acción, contar a otros, obtener ayuda Si el riesgo es alto, permanecer con la persona	Ignorar la situación Mostrarse consternado o avergonzado y entrar en pánico Decir que todo estará bien Retar a la persona a seguir adelante Hacer parecer el problema como algo trivial Dar falsas garantías Jurar guardar secreto Dejar a la persona sola

**Tabla 6.**  
Actitud del Clínico Durante la Entrevista Clínica

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal</li> <li>• Transmitir que nuestros conocimientos están dispuestos para ayudar</li> <li>• Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes</li> <li>• No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta</li> <li>• Mostrar calma y seguridad</li> <li>• Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitar preguntas morbosas</li> <li>• Comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes</li> <li>• Manejar, si la situación lo admite, el humor, pero evitar siempre el sarcasmo y la ironía</li> <li>• Atender no sólo a lo que la persona dice, sino también a su expresión, gestos, tono de voz, etc.</li> <li>• Ante cualquier atisbo de ideación suicida se requiere la participación activa del profesional. A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva debe ser la actuación</li> </ul>
--

aspectos de la ideación y la conducta suicida, descritos en la Tabla 4 y Tabla 5. En el inicio de la entrevista clínica es importante explicar con claridad los objetivos de la evaluación y también tener en cuenta el interés de que el paciente se implique en la toma de decisiones sobre el tratamiento. (Tabla 6)

## TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

En un intento de suicidio sin comorbilidad psiquiátrica el

médico puede iniciar y disponer de tratamiento farmacológico, generalmente con antidepresivos y combinarlo psicoterapia. (9) Se han descrito como medidas generales de prevención las siguientes:

- Controlar el abuso o dependencia alcohólica, así como también de otras sustancias, equipos electrónicos y juegos de apuestas
- Inaccesibilidad a armas de fuego
- Detectar antecedentes

familiares de suicidio

- Detectar enfermedades psiquiátricas, principalmente la depresión mayor
- Estar atentos cuando una persona tenga tensiones graves, enfermedades terminales y eventos abrumadores
- Estar atentos cuando la persona verbaliza deseos de morir

Por otro lado, dada la complejidad del tema, vale la pena resaltar 2 fenómenos preventivos importantes: el rol de la familia y la promoción de la salud mental y espiritual.

Rol de la familia: El suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual son considerados como una crisis familiar por desorganización. Este enfoque nos conduce a valorar adecuadamente la importancia del funcionamiento familiar saludable en cada uno de sus miembros.

Promoción de la salud: Para prevenir la conducta suicida debe involucrar no sólo a los profesionales de salud pública, sino a otras personas que se relacionan más con los pacientes como los familiares, maestros amigos.

## CONCLUSIÓN

El suicidio representa una entidad compleja y sus estrategias de valoración, detección de riesgo

y prevención se dificultan por el desconocimiento de una definición y clasificación consensuadas. El médico de atención primaria es clave en la identificación de usuarios con riesgo suicida y en su abordaje.

## RESUMEN

El suicidio es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada. El suicidio en la comunidad es un serio problema de salud. Es un fenómeno complejo, catalogado como un problema de salud pública, que convoca a especialistas de diferentes áreas para su estudio e investigación. En el presente artículo se realiza una revisión sobre los aspectos más importantes en torno al suicidio. El médico de atención primaria tiene un papel clave en la identificación y el tratamiento del riesgo de suicidio, ya que por su estrecha vinculación con la comunidad, está en mejores condiciones de detectar al presunto suicida y ejercer las acciones de salud que impidan este acto. El objetivo de esta revisión, es resaltar los principales factores asociados con el suicidio y proveer información sobre la identificación y el manejo de pacientes suicidas para el abordaje desde atención primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña Barboza L, Moreira Hidalgo F. Revisión bibliográfica el fenómeno suicida. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado. San José, Costa Rica: 2011
2. Bille Brahe U. Suicidal behavior in Europe. The situation in the 1990s. [artículo en línea]. [accesado el 31 de julio de 2012]. Disponible en: [www.selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf](http://www.selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf)
3. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry* 2006; 11: 336-351
4. Cohen RV. Convivir con el suicidio. *Revista del Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía*. VIII. No.2 [en línea]. [accesado el 26 de agosto de 2012]. Disponible en: [www.ramosmejia.org.ar/r/200302/suicidio.pdf](http://www.ramosmejia.org.ar/r/200302/suicidio.pdf)
5. Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan e Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad. Agencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. [en línea]. [accesado el 21 de agosto de 2012]. Disponible en: [www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5212/23G1/2054385.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5212/23G1/2054385.pdf)
6. Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RS. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental* 2006; 29(5): 66-74
7. Littman KE. Suicide prevention in a treatment setting suicide and life-threatening behaviour. *Spring* 1995; 25(1): 134-142
8. Maldonado Abascal G. El suicidio. [artículo en línea]. [accesado el 26 de agosto de 2012]. Disponible en: [www.webs.ono.com/aniorte\\_nic/archivos/trab\\_suicidio.pdf](http://www.webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trab_suicidio.pdf)
9. Nizama Valladolid M. Suicidio. *Rev Perú Epidemiol* 2001; 15 (2)
10. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-154
11. Ocio León S. Manejo del paciente suicida desde el nivel de atención primaria. [en línea]. [accesado el 25 de agosto de 2012]. Disponible en: [www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2431/Manejo-del-paciente-suicida-desde-el-nivel-de-atención-primaria](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2431/Manejo-del-paciente-suicida-desde-el-nivel-de-atención-primaria)
12. Ocio S, Gómez M, Hernández MJ. Depresión resistente. Aportaciones desde la práctica clínica. Madrid, España: Ergón; 2008
13. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Recursos para consejeros. Ginebra: OMS, 2006
14. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra: OMS, 2007
15. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un instrumento para médicos generales. Ginebra: OMS, 2000
16. Sáenz Rojas M. Aportes para una epidemiología del suicidio en Costa Rica: Una análisis de la primera década del siglo XXI. *Rev Ciencias Sociales* 2011; 131-132(I-II): 37-55
17. Segarra R, Sánchez P, Robador A. Introducción a la Psicopatología. Instinto de vida en Equiluz JI, editor. Madrid, España: IMySA; 2001
18. Silva H, Martínez JC. ¿Es efectivo que los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio? *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1195-1201
19. Simon GE, Savarino J, Operskalski B, et al. Suicide risk antidepressant treatment. *Am J Psychiatry* 2006; 163(1): 41-47
20. World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, 1999