

---

# El suicidio y sus interpretaciones teóricas

---

F Rodríguez Pulido, J. L. Glez. de Rivera y Revuelta,  
R. Gracia Marco y D. Montes de Oca Hernández

Psiquis, 1990: 11: 374-380

## Resumen

Los autores analizan las principales teorías que intentan dar una explicación coherente al fenómeno suicida. Y lo hacen, desde el punto de vista de las teorías socioculturales, que atribuyen a la sociedad la causalidad del mismo. También nos hablan de las teorías psicoanalíticas y postfreudianas, las cuales centran su interés en el individuo, en las fuerzas contradictorias inconscientes. Y por último nos hablan de las teorías biológicas-genéticas, que intentan buscar correlatos bioquímicos específicos. Los autores, exponen las críticas más frecuentes que reciben estos modelos teóricos.

## Abstract

Solving the puzzle of suicidal behaviour has been attempted from three main points of view: The socio-cultural, which analyzes the influence of social dynamics and structures (or lack of) in suicide, the psychoanalytic, which emphasizes the individual internal dynamics of unconscious conflicts, and the biological, which are on the search of specific biochemical and psychophysiological correlates. The development of an integrative view may be helped by the consideration of suicide as a chronic mental health problem, which stems and evolves from a complex array of multivariate sources.

---

Cátedras de Psiquiatría y Psicología Médica.  
Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna, Canarias.

## Introducción

El suicidio es un ejemplo donde los factores psicológicos, ambientales y genéticos parecen necesarios para que se de el fenómeno suicida. Sin embargo, estos elementos son insuficientes por separado a la hora de dar una explicación adecuada, debido a las lagunas conceptuales y metodológicas que presentan.

Si bien la teoría sociológica alcanzó su esplendor entre finales del siglo XIX y mediados del presente, coincidiendo con el auge de las teorías psicoanalíticas, parece ser que ambas se encuentran en un período de estancamiento teórico, sin la aparición de nuevas aportaciones a los modelos originarios. En cambio, en las dos últimas décadas el avance de las teorías biológicas es más que evidente.

### 1. Teorías sociológicas:

En ellas tenemos la *Teoría sociocultural* que vendría representada por la obra *Suicide* de Durkheim (1982), que recibe la influencia del pensamiento europeo predominante de la época (Quetelet, 1842; Buckle, 1850). Durkheim considera que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas, es decir, como realidades exteriores al individuo. De esta forma la tasa de suicidio no puede ser explicada por motivaciones individuales. Es decir, no son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos. Hipotetiza que todos los suicidios resultan de perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad, y en base a ello establece cuatro formas de suicidio: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista.

El Suicidio *egoísta*, donde existe un trastorno en la integración en la colectividad social y un exceso de in-

dividualización de la persona, se produce siempre que se da una desintegración de las estructuras sociales. 2) Suicidio *altruista*, aquí el yo no se pertenece, se confunde con otra cosa que no es él, que está situado fuera de sí mismo. 3) Suicidio *anómico*, depende de un fallo o dislocación de los valores sociales que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación en la vida. Y por último, el 4) Suicidio *fatalista*, se caracteriza por una excesiva reglamentación, es el que cometen los sujetos cuyo porvenir está implacablemente limitado.

De la obra de Durkheim (1982) se pueden obtener, entre otras, como conclusiones más relevantes: a) El suicidio progresa con la ciencia. El hombre se mata porque la sociedad de la que forma parte ha perdido su cohesión. b) La religión ejerce una acción profiláctica sobre el suicidio porque constituye una sociedad. c) El suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo.

Las críticas más consistentes a la obra de Durkheim son: (1) no se comparte la existencia de una realidad social independiente de las realidades individuales; (2) existe una tendencia a extraer conclusiones mediante un análisis conceptual para demostrar las cosas; y (3) que él conocía los hechos estadísticos y las ideas teóricas que tenían que usarse, antes de escribir la obra, y ajustó estas dos series para que se demostrase la validez de su proposición general (Gibbs y Martín, 1958; Nisbet, 1965; Douglas, 1975; Maris, 1975; Estrach y Cardus, 1982).

Otra de las teorías, es la *Teoría de la subcultura*, recogida en la obra de Halbwachs (1930) *Les causes du suicide*. Su autor está en desacuerdo con las teorías de Durkheim en: a) Las relaciones de las crisis económicas con el suicidio y b) la relación de los problemas mentales y el suicidio. Halbwachs (1930) creía que la relación entre la residencia urbana-rural y las tasas de suicidio se explicaba por la diferencia en los modos de vida de los grupos urbanos y los grupos rurales. Entendiendo por modo de vida lo que hoy entendemos por cultura. A diferencia de Durkheim, Halbwachs afirmó que en el origen del acto suicida juegan una gran importancia los significados y motivos situacionales de los individuos.

También destaca la *Teoría del Cambio de Estatus*. Durkheim (1982) y Sainsbury (1955) coinciden en que un cambio repentino en la posición social de la persona tiene una cierta probabilidad de conducir al suicidio. No obstante, Gibbs y Porterfield (1960) estudiando los registros de Nueva Zelanda entre 1946 y 1951, encontraron que la movilidad social estaba asociada significativamente con los suicidios, pero la movilidad descendente parecía estar asociada con una tasa de suicidios mayor que la de la movilidad ascendente. De esta manera, el cambio de estatus a largo plazo causaría frustración y una falta relativa de lazos sociales; entonces se produce una crisis personal que no es resuelta y llega a ser un acontecimiento precipitante del suicidio.

La crítica a esta teoría radica en la definición de lo que se entiende por situaciones de crisis y su relación no demostrada con el suicidio, así como, de carecer de rigurosidad metodológica, al notarse la falta de un grupo control de no suicidas. Los únicos valores de esta teoría radican en su reintroducción de la idea de *proceso suicida*, así como que un suicidio determinado

es el resultado de una situación a largo plazo y otra a corto plazo que conduce directamente a las acciones suicidas (Douglas, 1975).

Y por último tendríamos la *Teoría de la Integración de Estatus*, publicada por Gibbs y Martín en 1958, con el fin de cubrir algunas lagunas de las teorías de Durkheim. Así, postulan que: cuanto más baja sea la tasa de suicidio, más estables y duraderas son las relaciones sociales, y con ello más conformidad con las expectativas sociales, menor conflicto del rol, menos individuos ocupando estatus incompatibles y una mayor integración de estatus. Estas conclusiones han sido criticadas por numerosos autores (Hagedorn y Labovitz, 1966; Douglas, 1975).

## 2. Teorías psicoanalíticas del suicidio:

Las principales formulaciones teóricas relacionadas con el sustrato intrapsíquico del suicidio derivan de Freud y sus discípulos (Litman, 1967). Sin embargo, lo cierto es que en la obra freudiana sólo encontramos referencias dispersas (Freud, 1901; 1915; 1920; 1920).

Las aportaciones más relevantes de la obra de Freud son: a) la idea fundamental del suicidio como parte del homicidio, b) la ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida, y c) la asociación de la agresividad, y por tanto del suicidio, a la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

Otros autores (Hendin, 1951; Litman, 1965) consideran que la teoría del instinto de muerte es más un punto de vista filosófico que una hipótesis científica, ya que Freud la formuló por que sin ella no podía explicar adecuadamente la autodestructividad de los seres humanos.

Horney (1950) considera, a diferencia de estas doctrinas freudianas, que las formas distorsionadas del desarrollo nacen de trastornos provocados culturalmente (religión, política, figuras paternas) en el desarrollo del niño, produciendo así un desarrollo neurótico. De esta forma aparecen actitudes que, tarde o temprano, inducen a un proceso de «angustia básica». A medida que el niño se esfuerza por vencer su angustia básica puede desarrollar sentimientos de superioridad. Se produce, así, un tipo de fracaso del desarrollo del yo, una disparidad entre el desarrollo del yo idealizado y del verdadero yo, dando lugar a lo que Horney (1950) denominó como «alienación del yo».

Para Rado (1951) los estados de depresión implican una adaptación de dependencia. El repliegue interior de la ira del paciente se interpreta como un deseo insatisfecho de depender de alguien. También señala la naturaleza expiatoria de la ira dirigida contra sí mismo, su mal encauzado propósito adaptativo de reparación, y la esperanza del sujeto de ser perdonado y reconciliarse con el objeto de su frustración.

H. Hendin (1951) hace hincapié en las actitudes y fantasías de los pacientes en relación con la muerte y el acto de morir. Estas fantasías de muerte que preceden al acto suicida final suelen aparecer en un período de crisis psicológica y conflicto emocional en aumento. Así mismo, algunos de los sistemas de fantasías inconscientes más importantes que contribuyen a todos los suicidios toman forma de deseos, como por ejemplo: a) Un deseo cansado de escapar. b) Un deseo culpable de castigo. c) Un deseo hostil de ven-

ganza. d) Un deseo erótico de rendición masoquista apasionada. e) Un deseo esperanzado de rescate (Litman y Tabachnick, 1968).

Desde su teoría interpersonal de la psiquiatría, Sullivan (1953) considera que los factores más importantes en la actividad destructiva son la angustia y la envidia. De esta forma, el principal factor del funcionamiento defectuoso de la personalidad es la angustia, que surge como resultado de personificaciones inadecuadas. Sullivan denominó «sistema antiangustia» a la organización de la experiencia del individuo para escapar de la angustia, y «operaciones de seguridad» a las operaciones de este sistema, las cuales tienden a interferir con el crecimiento de la personalidad y la accesibilidad a nuevas experiencias.

Para Otto Rank (1959), la muerte autoiniciada es el resultado de un conflicto, dentro del ego, entre el miedo de vivir y el miedo de morir. Este conflicto produciría una estrategia basada en la negociación de la vida para la no-muerte: el individuo neurótico inhibe su vida y, así, se mata lentamente para evitar su muerte.

Jung (1959) postuló que, a fin de que la vida tenga sentido, debía haber un contacto mínimo entre el ego y el self. Sin embargo, surge el peligro porque el self tiene a la vez un lado brillante y un lado oscuro; cuando prevalece el último, la muerte puede parecer más deseable que la vida. En el suicidio, la muerte se concibe claramente como la muerte del ego, que ha perdido contacto con el self y, por lo tanto, con el significado de la vida. El acto suicida, según Jung (1959), ocurre cuando: a) prevalece una situación a la que sólo podría poner fin la muerte, b) el ego se ve envuelto en el conflicto, c) el resentimiento puede alcanzar proporciones asesinas, con la ira dirigida a la persona responsable, en cuyo caso, el suicidio es un intento de preferir tales actos asesinos, y d) la falta de vitalidad hace imposible encontrar alguna situación sustituta que desahogue la tensión.

Las observaciones generales de Adler (1968) le llevan a pensar que el suicidio afecta, sobre todo, a las personalidades dependientes que siempre tratan de descansar en otros esperando sólo gratificaciones (estilo de vida mimado), que poseen una autoestima claramente baja (sentimiento de inferioridad), que centran el pensamiento en su propia persona (meta egocéntrica) e intentan por todos los medios sobresalir y aumentar su actividad (grado de actividad), y lastiman a otros cuando sueñan que le hieren o cuando uno mismo se lesiona (agresión velada). Por lo tanto, la perspectiva del suicidio les da la sensación de ser dueños de la vida y de la muerte, la sensación de ser omnipotentes.

Kelly (1969), en su teoría de la concepción personal, supone que en cada suicidio se debe plantear esta pregunta: ¿qué es lo que la persona está tratando de validar mediante su acción? Dos condiciones bajo las cuales el suicidio parece razonable para este autor: el realismo, cuando el curso de los acontecimientos parece tan obvio que no tiene objeto el esperar el desenlace; y la incertidumbre, cuando todo parece tan imprevisible que uno puede preferir abandonar la escena.

Kelly propone algunos términos para explicar el suicidio: a) «el postulado básico y el corolario elegido», o sea, la canalización psicológica de los procesos de una persona, por medio de los cuales anticipa los acontecimientos, con la tendencia a escoger alternati-

vas que parecen proporcionar más validez a su sistema conceptual; b) «dilatación versus constricción», como cuando una persona abarca más y más cosas, o se restringe a menos y menos cosas con la esperanza de encontrar mayor sentido a los acontecimientos; c) «la angustia», el sentido del caos con sentimientos de impotencia; d) «la amenaza», el resultado de encontrarse a sí mismo al borde de un cambio significativo del ser; e) «la hostilidad», la extorsión de pruebas confirmatorias para la validación de las concepciones personales individuales a fin de preservar el status quo; y f) «la culpa», o sea, el sentimiento que queda en la persona cuando sus percepciones de las demandas que le hacen los demás son invalidadas y siente que no tiene ningún papel que desempeñar.

Sin embargo, a pesar de todas las teorías anteriores, la doctrina clásica psicoanalítica sobre el suicidio es la obra de Menninger (1972). Este afirmó *de acuerdo con el concepto freudiano del instinto de muerte, que existen en todos nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción y éstas llegan a hacerse efectivas como suicidio cuando se combinan muchas circunstancias y factores*. Así mismo, atribuye el suicidio a causas inmediatas evidentes y reconocibles a simple vista: locura, enfermedad y ruina económica. El mismo autor describió los tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir. Además, señala que en la práctica autodestructiva intervienen los derivados de tres elementos; el autopunitivo, el agresivo y el erótico.

Los tres componentes de la conducta suicida, los define Menninger (1972) de la siguiente manera: a) el deseo de matar son impulsos cristalizados derivados de la agresividad primaria; b) el deseo de ser matado son impulsos derivados de una modificación de la primitiva agresividad cristalizada en la que, básicamente, intervienen los sentimientos de culpabilidad y la justicia de castigo; y c) el deseo de morir que enlaza con los motivos más sofisticados y se traduce a menudo en las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o rehuir los conflictos.

Otras formas de suicidio, serían el: «suicidio crónico» como aquellas formas de autodestrucción en las cuales el individuo pospone la muerte indefinidamente, a costa de sufrimientos y del deterioro de las funciones. Incluye en este grupo las formas de ascetismo y martirio, invalidez crónica y neurótica, alcoholismo, conductas antisociales y psicosis; también propone el llamado «suicidio localizado», definiéndolo como aquellas actividades autodestructivas que se concentran habitualmente sobre una parte limitada del cuerpo como, por ejemplo, morderse las uñas, las automutilaciones, las enfermedades fingidas, la policirugía, los accidentes intencionados y la impotencia y frigidez. Por último, el llamado «suicidio orgánico» como aquel que suscita internamente procesos destructivos, generales o focales, haciendo hincapié en los factores psicológicos de la enfermedad orgánica.

S. Sarni, J. Bemporad (1981), al hablar de los posibles significados del intento de suicidio, comentan las siguientes hipótesis: 1) el paciente trata de castigarse; 2) busca alivio para su sufrimiento o desea terminar con una vida sin objeto; 3) en un nivel simbólico, trata de matar al otro dominante; 4) el suicidio carece de significado, no es más que una indicación del empeoramiento del trastorno bioquímico que pro-

vocó la depresión.

Weiner (1983) considera que, en realidad, una amplia fracción de los gestos suicidas y, en menor grado, de los intentos de suicidio, se relacionan principalmente con la modificación conductual del objeto amado primario actual, sea esposo/a, prometido/a, padre o madre y, ocasionalmente, incluso el terapeuta. Cuando es exitosa, tal modificación ofrece guías para actos futuros de esta naturaleza.

### 3. Teorías biológico-genéticas:

En cuanto a las *teorías genéticas*, los trabajos publicados se ha movido en el continuo de descubrir si lo que se transmite es una herencia específica del suicidio o es la enfermedad mental. Varios estudios han señalado la asociación entre suicidio y depresión (Miles, 1977; Sainsburt, et al., 1978; Beskow, 1979; Ringel, 1952; Boven, 1942; Brenner, 1925). Las explicaciones iniciales de las teorías genéticas intentan dar una interpretación en aquellos casos donde existían familias con alta incidencia de suicidios. Así, Roy (1983) y Tsuang (1983) encontraron riesgo significativamente más alto de suicidio en las familias de los pacientes depresivos y maníacos que habían cometido suicidio, que en los familiares de aquellos que no lo habían cometido.

Era de esperar que, si los factores genéticos estuvieran presentes en el suicidio podría, estos podrían demostrarse claramente en estudios con gemelos, monocigóticos y heterocigóticos. Los primeros estudios de este tipo encontraron resultados contradictorios (Wood y Urguhart, 1901; Shapiro, 1935; Kallman, et al., 1949). No obstante, los trabajos de Haberlandt (1967) y de Juel-Nielsen y Videbeck (1970) encontraron un número significativo de pares de gemelos monocigóticos concordantes con el suicidio. Recientemente, un estudio sobre adopción (Schulsinger et al., 1981) encontró que las personas biológicamente relacionadas con suicidas tenían tasas más altas de suicidio que los relacionados por adopción.

A la vez se inició otra metodología, que consistía en estudios de individuos adoptados que no habían sido criados ni vivido en el mismo ambiente familiar en el que habían nacido y su grupo control de semejantes características, comparando la incidencia del suicidio en los familiares biológicos y en los familiares adoptivos. Representativo de esta metodología son los estudios realizados por Schulsinger et al. (1981) y Vender et al. (Seymour y Kety, 1986). Comprobaron que en los familiares biológicos de los adoptados que habían cometido suicidio había una incidencia de suicidio mayor en relación a los controles.

Por estos resultados no puede concluirse que el suicidio no es enteramente un patrón genéticamente determinado. En cambio, es más probable que de todos los individuos que están sujetos a algún proceso de vida estresante, tienen una predisposición genética para ello, al igual que los que cometen suicidio (Seymour, S. y Kety, 1986) y basándose en el papel del metabolismo de la serotonina en el suicidio como expresión de los factores genéticos, se preguntan: ¿Cuál es el tracto comportamental que está genéticamente transmitido? ¿es la depresión por sí misma la que lleva directamente al suicidio?

Las *teorías neuroquímicas*, diversos estudios sobre las emociones han concluido que estas pueden ser ad-

critas a centros específicos del cerebro (Snyder, 1975). En el campo neurobioquímico de la investigación suicida han existido dos grandes hipótesis: (1) la hipótesis de la noradrenalina (Schuldkraut, 1965), y (2) la hipótesis de la serotonina (Lapin, et al., 1969).

Una línea de investigación va dirigida a buscar la relación existente entre la *Depresión y la Serotonina*. Diversos autores (Post et al., 1980; Asberg, et al., 1984) han encontrado que las concentraciones promedio de 5-HIAA (ácido 5-hidroxiindol actico) y AHV (ácido homovanílico) se encuentran reducidas en pacientes depresivos. Sin embargo, la concentración de metabolitos monoamina alterada en el FCE (Fluido Cerebro Espinal) en los depresivos no es tan concluyente como cabría esperar ya que existen importantes problemas metodológicos en los estudios de autopsias (Asberg et al., 1986).

Van Praag et al (1979) encontraron una incidencia creciente de enfermedad depresiva en familiares de pacientes con bajo 5-HIAA al compararlos con familiares de pacientes normales en 5-HIAA. Este indicador de la vulnerabilidad a padecer una depresión, ha sido puesto de manifiesto por Sedvall, et al. (1984), los cuales observaron que sujetos sanos con historial familiar de enfermedad depresiva tienen más bajo el 5-HIAA que sujetos sanos sin tal historial. También los estudios preliminares de Sedvall, et al. (1984), con gemelos, apoyan estos hallazgos.

Es importante tener presente que no todas las depresiones llevan al suicidio, sino solamente aquellas en las cuales la actividad inhibitoria serotoninérgica es deficitaria, Campanilla (1985). Así, este autor distingue dos tipos de depresión; una «agitada» con déficit de la actividad inhibitoria serotoninérgica, que implica un elevado riesgo de suicidio, y otra «anérgica» con insuficiencia funcional del sistema impulsor noradrenergico que requiere un tratamiento antidepresivo totalmente diverso al que se aplica al primer caso. En esta perspectiva, la administración descontrolada de antidepresivos desinhibitorios es un factor suicidógeno.

Otras, en la asociación entre los *Intentos de suicidio y la serotonina*. Así, Asberg, et al. (1976) encontraron una incidencia aumentada de intentos de suicidio en un subgrupo de pacientes con 5-HIAA bajo, en comparación con aquellos con altas concentraciones de 5-HIAA. Más aún, los pacientes con bajas concentraciones intentaron suicidarse con métodos violentos. Resultados que posteriormente fueron confirmados en otras investigaciones (Agren, 1980).

En un estudio subsiguiente por Traskman, et al. (1981) hallaron que todos los pacientes suicidas tenían concentraciones de 5-HIAA en el FCE más bajas que los del grupo control, tanto en los suicidas depresivos como en los suicidas no depresivos. Un seguimiento de esos pacientes y mostró, en el lapso de un año, una tasa de mortalidad por suicidio del 20 % en el grupo de pacientes con concentraciones inferiores a la medida de 5-HIAA en el FCE. Relación que ha sido confirmada por diversos estudios (Van Praag, 1982; Montgomery y Montgomery, 1982; Palanappian et al., 1983; Prez de los Cobos, et al., 1984).

Las características clínicas de los pacientes con bajos niveles de 5-HIAA en el FCE y tendencias suicidas violentos, fueron descritos por Cronholm et al. (1977), como personas que «mostraban poco interés por ellas mismas y que tenían falta de empatía con los demás, tendían a evitar relaciones emocionales estrechas pe-

ro se les consideró como socialmente hábiles y aceptaban el tratamiento de mala gana».

Varias investigaciones (Ballenger et al., 1979; Rosenthal, et al., 1980; Banki, 1981; Traskman, et al., 1981; Van Praag, 1983; Ninan, et al., 1984; Banki, et al., 1984) han estudiado la relación entre comportamiento suicida y 5-HIAA en otras categorías diagnósticas, pues, únicamente el 50% de aquellos que cometen suicidio están retrospectivamente diagnosticados como síndrome depresivo. Así, encontraron bajo 5-HIAA en pacientes suicidas con desórdenes de personalidad, esquizofrenia, desórdenes afectivos menores y alcoholismo.

Asberg et al. (1986) aventuran la hipótesis de que la relación entre el abuso de alcohol y el comportamiento suicida son parte de un síndrome de comportamiento desinhibido que puede estar asociado con deficientes neurotransmisores serotoninérgicos. Por lo tanto, probablemente la serotonina actúa como un neurotransmisor o modulador inhibitorio en el sistema nervioso central (Aghajanian, et al., 1974).

En cambio, otra línea de investigación es buscar la conexión entre el suicidio y las catecolaminas. En este sentido, bajas concentraciones de HVA en pacientes depresivos con intentos de suicidio han sido dadas por diversos autores (Traskman, et al., 1981; Montgomery y Montgomery, 1982; Agren, 1983).

Roy-Byrne, et al. (1983) en un seguimiento de pacientes depresivos encontraron que un nivel más bajo de HVA fue un mejor predictor de suicidio que el ácido 5-HIAA. Esto puede sugerir que las concentraciones reducidas de HVA pueden estar más estrechamente relacionadas con algún aspecto particular de la enfermedad depresiva más que con el comportamiento suicida en general (Asberg, et al., 1986). Sin embargo, la relación del suicidio con la noradrenalina está menos clara que la referida al suicidio con la serotonina.

#### Correspondencia:

F Rodríguez Pulido.

Departamento de Psiquiatría.

Hospital Universitario de Canarias.

Urb. Ofra s/n La Laguna.

Santa Cruz de Tenerife.

#### Bibliografía

- ADLER, A.: *Suicide. Journal of Individual Psychology*, 1968; 14:57-61.
- AGHAJANIAN, G. K.; HAIGLER, H. J.; BENNETT, J. L.: *Amine receptors in CNS: 3,5-Hydroxytryptamine in brain*. In: (versen, L. L.; Iverset, S. D.; Snyder, S. H. (eds.): *Handbook of Psychopharmacology*. Vol. 6: *Biogenic amine receptors*. New York: Plenum Press, 1977; 63-96.
- AGREN, A.: *Symptoms patterns in unipolar and bipolar depression correlating in the monoamine metabolites in the cerebrospinal fluid: II-Suicide. Psych. Res.*, 1980; 3,2:225-237.
- ASBERG, M.; TRASKMAN, L.; THOREN, P.: *5-HIAA in the cerebrospinal fluid - A biochemical suicide predictor?* *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976; 33:1193-1197.
- ASBERG, M.; THOREN, P.; TRASKMAN, L.; BERTILSSON, L.; RINGBERGER, V.: *Serotonin depression, a biochemical subgroup within the affective disorders. Science*, 1976; 1976; 191:478-480.

- ASBERG, M.; BERTILSSON, L.; MARTENSSON, B.; SCALIA-TOMBA, G. P.; THOREN, P.; TRASKMAN-BENDZ, L.: *CSF monoamine metabolites in melancholia. Acta. Psuichiatry. Scand.*, 1984; 69:201-219.
- ASBERG, M.; NORDSTROM, P.; TRASKMAN-BENDZ, L.: *Biological Factors. In: Suicide. In Alec Roy, Chir B (eds). Suicide. Los Angeles: ED Williams y Wilkins, 1986.*
- BALLENGER, J. C.; GOODWIN, F K.; MAJOR, L. F.; BROWN, G. L.: *Alcohol and central serotonin metabolism in man. Arch. Gen. Psychiatry.*, 1979; 36:224-227.
- BANKI, C. M.; ARATO, M.; PAPP, Z.; KUREZ, M.: *Biochemical markers in suicidal patients. Investigations with cerebrospinal fluid amine metabolites and neuroendocrine tests. J. Affecxtive Disord.*, 1984; 6:341-350.
- BANKI, C. M.: *Factors influencing monoamine metabolites and tryptophan in patients with alcohol dependence. J. Neural Transmission*, 1984; 50:89-101.
- BESKOW, J.: *Suicide and mental disorders in Swedish men. Acta Psychiatry Scand*, 1979; (suppl 277):1-138.
- BOVEN, W.: *Consideration sur le suicide en rappott avec la genetique. Chweitz. Arch. Neurol. Psychiatry*, 1942; 50:158.
- BRENER, F W.: *Cit. por Rojas, E. En estudio sobre el suicidio, Ed. Salvat, 1978; 451.*
- BUCKLE, H. T.: *Introducción a la Historia de la Civilización en Inglaterra. New York: George Routledge and Sons, Limited, 1850; 12-15.*
- CAMPANILLA, G.: *Los psicofármacos antidepresivos y el suicidio. Rev. Psicopatología*, 1985; 2:123-126.
- CRONHOLM, B.; ASBERG, M.; MONTGOMERY, S.; SELALLIUJ, D.: *Suicida behavior syndrome with low CSF 5-HIAA. Br. Med. Journal*, 1977, 377.
- DOUGLAS, J. D.: *The social meanings of suicide. New Jersey: Princeton University Press, 1975; 6-397.*
- DURKHEIM, E.: *El suicidio. Madrid.: Ed. Akal Universitaria, 1982; 2-400.*
- ESTRUCH, J.; CARDUS, S.: *Los suicidios. Barcelona: Ed. Herder, 1982; 57-134.*
- FREUD, S.: *Psicopatología de la vida cotidiana (1901). Obras completas. Tomo VI. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1980; 175-176.*
- FREUD, S.: *Duelo y Melancolía (1915). Obras completas. Tomo XIV. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1980; 249.*
- FREUD, S.: *Más allá del principio del placer (1920). Obras completas. Tomo XVIII. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1980; 34-58.*
- FREUD, S.: *Psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina (1929). Obras completas. Tomo XVIII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1980; 155.*
- GIBBS, J. P; MARTIN, W. T : *Una teoría de la integración de Status y su relación con el suicidio. American Sociological Review*, 1958; 23:140-147.
- GIBBS, J. P.; PORTERFIELD, D.: *Prestigio ocupacional y Movilidad Social de los suicidios en Nueva Zelanda. The American Journal of Sociology*, 1960; 66:151.
- HABERLANDT, W.: *Aportación a la genética del suicidio. Folio Clín. Int.*, 1967,, 17:319-322.
- HAGEDORN, R.; LABOVITZ, S.: *A note on Status Integration. Social Problems*, 1966; 14:79-94.
- HALBWACHS, M.: *Les causes du Suicide. Paris: Ed. Felix Alcan.*, 1930; 24; 30, 7, 8, 169-197, 9, 10.
- HENDIN, H.: *Psychodynamic motivational factors in suicide. Psychiatry Quarterly*, 1951; 25:672-678.
- HORNEY, K.: *Neurosis and Human Growth. New York: W.W. Norton and Company, Inc.*, 1950; 25-160.
- JUEL-NIELSON, N.; VIDEBECH, T: *A twin study of suicide. Acta Gent. Med. Gemellol.*, 1970; 19:307-310.
- JUNG, C. G.: *The meaning of death. New York: McGraw-Hill Book Copan y, Inc.*, 1959; 25-160.
- KALLMAN, F J.: *Suicide in twins and only children. Amer. Jour. of human genetics*, 1949; 113-126.

- KELLY, G. A.: *El punto de vista de la concepción personal*. En: Farberow, N. L.; Shneidman, eds. *¡Necesito Ayuda! México*: Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1969; 279-310.
- LAPIN, I. P.; OXENBKURUG, G. F.: *Intensification of the central serotonergic processes as a possible determinant of the thymoleptic effect*. *Lancet*, 1969; 1:132-136.
- LITMAN, R. E.: *Suicide: A Clinical Manifestation of Acting Out*. En: Abt and Weissman, eds. *Acting Out*. New York: Grune and Stratton, 1965.
- LITMAN, R. E.: *Sigmund Freud and Suicide*. En: Shneidman, E. S. eds. *Essays in Self-Destruction*. New York: Science House, 1967; 324.
- LITMAN, R. E.; TABACHNICK, N.: *Psychoanalytic Theories of Suicide*. Fourth International Conference For Suicide Prevention. Los Angeles: Delmar Publishing Co., 1968; 277-285.
- MARIS, R. W.: *Sociology of Suicide. A Handbook for the study of suicide*. London: Ed. Seymour Perlin, M. D. University Press, 1975; 93-111.
- MENNINGER, K.: *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Ed. Península, 1972; 9-363.
- MILES, C. P.: *Conditions Predisposing to suicide: A review*. *I. Nerv. Ment. Dis.*, 1977; 164:231-246.
- MONTGOMERY, S. A.; MONTGOMERY, D.: *Pharmacological prevention of suicidal behaviour*. *J. Affective Disord.*, 1982; 2:291-298.
- NINAN, P. T.; VAN KAMMEN, D. P.; SCHEININ, M.; LINNOILA, M.; BUNNEY, W. E.; GOODWIN, F. K.: *Cerebrospinal fluid 5-HIAA in suicidal schizophrenic patients*. *Am. J. Psychiatry*, 1984; 141:566-569.
- NISBERT R.: *Emile Durkehim*, Englewood Cliffs. Prentice Hall, 1965; 9-13.
- PALANAPPIAN, V.; RAMACHANDRAN, V.; SOMASUDARAM, O.: *Suicidal ideation and biogenic amines in depression*. *In dian J. Psychiatry*, 1983; 25:286-292.
- PEREZ DE LOS COBOS, J. Z.; LOPEZ-IBOR ALINO, J. J.; SAIZ RUIZ, J.: *Correlatos biológicos del suicidio y la agresividad en depresiones mayores (con melancolía): 5-HIAA en LCR, DST, y respuesta terapéutica a 5-Htp*. Presented to the First Congress of the Spanish Society for Biological Psychiatry. Barcelona, 1984.
- POST, R. M.; BALLENGER, J. C.; GOODWIN, F. K.: *Cerebrospinal fluid studies of neurotransmitter function in manic and depressive illness*. In Wood, J. H. (ed): *Neurobiology of cerebrospinal fluid*. New York, Plenum Press, 1980; 685-717.
- QUATELET, M. A.: *Un tratado del hombre*. Edimburgo: Williams and Robert Chambers, 1848; 6-8.
- RADO, S.: *Psychosomatic Medicine*, 1951; 13:51-55.
- RINGER, E.: (1942) Citado por Rojas, E. *En estudio sobre el suicidio*. Barcelona: Ed. Salvat, 1978; 471.
- ROSENTHAL, N. E.; DAVENPORT, Y.; COWDRY, R. W.; WEBSTER, M. H.; GOODWIN, E. K.: *Monoamine metabolites in cerebrospinal fluid of depressive subgroups*. *Psychiatry Res.*, 1980; 2:113-119.
- ROY, A.: *Family history of suicide*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983; 141:971-974.
- ROY-BYRNE, P.; POST, R. M.; RUBINOW, D. R.; LINNOILA, M.; SAVARD, R.; DAVIS, D.: *CFS 5-HIAA and personal and family history of suicide in affectively ill patients: a negative study* *Psychiatry Res.*, 1983; 10: 263-274.
- SAINSBURY, P.: *Suicide in London. An Ecological Study*. London: Chapman y Hall, 1955; 11-19.
- SAINSBURY, P.; BAERT, A.; JENKINS, J.: *Suicide trends in Europe: a study of the decline in suicide in England and Wales and of the increase elsewhere. A report of the World Health Organization Office for Europe Copenhagen*, 1978.
- SARIETI, S.; BEMPORAD, J.: *Psicoterapia de la depresión*. Buenos Aires. Ed. Paidós, 1981; 161, 214, 216.
- SCHILDKRAUT, J. J.: *The catecholamine hypothesis of affective disorders. A review of supporting evidence*. *Am. J. Psychiatry*, 1965; 122:509-522.
- SCHULSINGER, E.; KETY, S. S.; ROSENTHAL, D.; WENDER, P. H.: *A family study of suicide*. In: Goram Strume. Ed. *Abstracts of the 111 world Congress of biological psychiatry*. Stockholm., 1981; 79.
- SEDEVALL, G.; ISELIUS, L.; NYBACK, H.; ORELAND, L.; OXENTIERN, G.; ROSS, S. B.; WIESEL, E. A.: *Genetic studies of CSF monoamine metabolites*. *Adv. Biochem. Psychopharmacol.*, 1984; 39:79-85.
- SEYMOUR, S.; KETY, M. D.: *Genetic Factors in Suicide*. En: Alec Roy (eds). *Suicide. USA: Williams Wilkins*, 1986; 41-45.
- SHAPIRO, L.: *Suicide: Psychopathology and familiar tendency*. *Nerv. Ment. Dis.*, 1935; 81:547-553.
- SNYDER, S. H.: *Biology of suicide*. In: Seymour Perlin (eds). *Handbook for the study of suicide*. London: University Press Oxford, 1975; 113-112.
- SULLIVAN, H. S.: *The interpersonal theory of Psychiatry*. New York: Ed. Norton, 1953.
- TRASKMAN, L.; ASBERG, M.; BERTILSSON, L.; SJSTRAND, L.: *Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1981; 38:631-636.
- TSUANG, M. T.: *Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives and controls*. *J. Clin. Psychiatry*, 1983; 44:396-400.
- VAN PRAAG, H. M.; DE HAAN, S.: *Central Serotonin metabolism and the frequency of depression*. *Psychiatry Res.*, 1979; 1:219-224.
- VAN PRAAG, H.: *Depression, suicide and the metabolism of serotonin in the brain*. *J. Affective. Disord.*, 1982; 4:275-290.
- VAN PRAAG, H. M.: *CSF 5-HIAA and suicide in non depressed schizophrenics*. *Lancet*, 1983; 2:566-569.
- WEINER, R. D.: *Suicide*. En: Jesse D. Cavenar, Sr; H. Keith; H. Brodie., eds. *Signs e Symptons in psychiatry*. Philadelphia: Ed. J. B. Lippincott, 1983; 227-247.
- WOOD, J.; UROWHART, A.: *Family tree illustrative of insanity and suicide*. *J. Ment. SCI*, 1901; 47:764-767.