

## **EL SUICIDIO DESDE LA PERSPECTIVA FORENSE**

*Dra. Mary Luz Morales Rodríguez\**

*Dr. Ivan Alberto Jiménez Rojas\*\**

*El suicidio como método de muerte violenta ha aumentado en las últimas décadas en Colombia. Las dificultades para el seguimiento de casos, dado el subregistro y la confusión diagnóstica, plantean dificultades para la prevención. En el presente estudio, hecho sobre los casos diagnosticados como suicidio en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en 1992, encontramos que el 3% de las muertes violentas correspondieron a suicidio. Los grupos de mayor riesgo son los hombres de 19 a 35 años y el método utilizado con mayor frecuencia fue el arma de fuego.*

*Sorprende el aparente «silencio» en que transcurrieron las intenciones suicidas de los casos estudiados y la baja asociación con embriaguez.*

**Palabras clave:** suicidio, psiquiatría forense.

*Suicide has increased in the last decades in Colombia. Cases are sometimes hardly classified as suicide and even not reported. Looking for documentation about how suicides occurs in our society for prevention purposes, we reviewed the files of all the autopsies performed during 1992 at the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences. Three (3%) of violent deaths were considered suicides. The high risk group is that of men between 19 and 35 years old. The more frequent method used for suicide was firearm. An unexpected finding was the low association between suicide and acute alcohol ingestion, as well as the apparent absence of previous suicide threats.*

*We are suprised about the apparent «silence» situation in which occurred the suicide intention and the low association with alcoholic intoxication in our cases.*

**Key words:** Suicide, forensic psychiatry.

---

\* Jefe Sección Patología Forense. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

\*\* Coordinador Grupo Psiquiatría Forense. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

### **MUROS**

*Sin ninguna consideración  
sin piedad ni vergüenza  
levantaron muros alrededor mío...  
gruesos y altos  
y ahora me siento aquí, tan  
desesperado  
no pu edo pensar en otra cosa,  
esta suerte roe mi mente  
pues tenía tanto que hacer fuera...  
cuando levantaron los muros  
como no pude notarlo...  
pero nunca oí a los constructores,  
ni un ruido,  
imperceptiblemente me encerraron  
desde el mundo exterior.*

*Constantin Kavafis*

## **INTRODUCCION**

Desde la perspectiva médico forense tenemos la certeza de que el suicidio como manera de muerte sigue ocupando un lugar importante dentro del espectro de muertes violentas. Situación que cobra una mayor dimensión si tenemos en cuenta las repercusiones psicológicas y sociales que cada suicidio tiene en las personas y el medio que rodea al suicida. Creemos que parte importante de la prevención debe estar en la comprensión global de las causas que con mayor frecuencia llevan a una persona a atentar contra sí mismo. Estas causas y el método empleado muchas veces resultan determinadas por el medio circundante.

Por esa razón, en este estudio partimos de las cifras estadísticas para mirar un poco más allá de las mismas, en la posibilidad de encontrar herramientas para la prevención del suicidio.

## **MARCO TEORICO**

El suicidio es una forma relativamente frecuente de muerte. Se define, según Durkheim, como toda muerte

que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado. Para Meninger es el «asesinato del sí mismo».

En nuestro país, abocado a una situación social en la que la violencia aumenta de manera preocupante en las últimas décadas, el suicidio como método de muerte violenta también va en aumento <sup>(4)</sup>. Así lo demuestran diversos estudios, a pesar del subregistro de estos casos, la confusión en el diagnóstico y la dificultad para su seguimiento <sup>(1, 2, 3, 4)</sup>. Continúa siendo una importante causa de muerte y su prevención un reto para el que no parecen existir todos los argumentos necesarios para enfrentarlo <sup>(2, 15, 16)</sup>.

Dentro de los datos generales que presentan diversos estudios epidemiológicos encontramos que el suicidio es más frecuente como causa de muerte en algunos países que en otros. Así, tenemos que se dan tasas de más de 20 por 100.000 por año en países de Europa Central y Escandinavia: Hungría, Checoslovaquia, Finlandia, Dinamarca, Austria, Suecia y un poco menores en Alemania, Suiza y Japón (siendo éste el país no europeo con mayor tasa de suicidios consumados) <sup>(2)</sup>. En Estados Unidos la tasa se acerca al 13 por 100.000. Nuestro país presenta tasas de 5.04 x 100.000 por año (estadísticas Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses).

En general, los estudios indican que varía según los países en su distribución por grupos etáreos y por sexo.

Algunos reportes muestran que en Inglaterra es más común en hombres que en mujeres y se incrementa

con la edad <sup>(15)</sup>, mientras en España es más frecuente en la población juvenil y entre las mujeres <sup>(2)</sup>. En Estados Unidos es tres <sup>(3)</sup> veces más frecuente en hombres, especialmente en edades superiores a los 50 años <sup>(1)</sup>.

En nuestro país los suicidios consumados se producen en un alto porcentaje en jóvenes menores de 16 años y la diferencia entre hombres y mujeres ha venido disminuyendo, llegando a ser iguales los porcentajes en 1989 <sup>(4)</sup>.

Cosa parecida sucede con los métodos utilizados para el suicidio. Estos varían siguiendo una razón socio-cultural. En algunos países el principal método es el ahorcamiento <sup>(2)</sup>, mientras en otros es la intoxicación <sup>(15, 11, 12)</sup>. En Estados Unidos y en nuestro país ocupan lugar preponderante los suicidios ocasionados por armas de fuego <sup>(1, 6)</sup>. También son frecuentes los causados por intoxicación, armas blancas y ahorcamiento. Métodos menos comunes son la sumersión y las quemaduras <sup>(2, 7, 10)</sup>.

Las fantasías específicas vinculadas a la idea de morir pueden ser conjeturadas a menudo por el método con el que se ha intentado o planeado el suicidio <sup>(28)</sup>.

En cuanto a los antecedentes de las personas que se suicidan, numerosos estudios coinciden en mencionar las patologías psiquiátricas como uno de los factores más comúnmente asociados <sup>(1, 2, 3, 7, 11, 15, 10, 5)</sup>, en especial la depresión y los cuadros esquizofrénicos.

Otros antecedentes de importancia serían los eventos vitales que afectan al sujeto, en especial aquellos que representan pérdidas afectivas importantes. Finalmente, existe lo que J. Corbella <sup>(2)</sup> llamó «suicidio balan-

ce», cuando alguien decide que la vida ya no tiene valor para él, luego de hacer un balance de su existencia. Históricamente en los pueblos con convicciones católicas, el suicidio presenta tasas menores que en los que no las tienen.

En cuanto al estado civil, el suicidio se presenta con menor frecuencia en personas casadas <sup>(1)</sup>.

Respecto a la ocupación, los estudios norteamericanos indican que los profesionales más propensos son los médicos, dentistas, funcionarios de la ley, abogados y agentes de seguros <sup>(1)</sup>.

En lo atinente a la legislación sobre el suicidio, históricamente ha venido cambiando, pues sabemos que el derecho de la antigua Grecia y Roma contemplaba penas para los suicidas <sup>(15)</sup> como la vejación de los cuerpos y la confiscación de los bienes.

Hoy en día en algunos países se contemplan medidas de seguridad tendientes al tratamiento de quien intenta el suicidio <sup>(10)</sup>. Actualmente en nuestro país no se considera delito el intento de suicidio; y en realidad no hay un registro claro y total de los casos de intento de suicidio que permita un estudio comprensivo del tema.

Dentro de las estrategias en prevención del suicidio se proponen líneas telefónicas de ayuda, clínicas de urgencias psiquiátricas, orientación psicológica a grupos estudiantiles y se abre una polémica interesante acerca de la efectividad que tiene en la prevención del suicidio, la reducción en la disponibilidad del método, en especial en lo referente al control del porte y tenencia de armas de fuego. Muchos estudios sustentan la tesis de que un mejor control de las

armas de fuego disminuye el número de suicidios y, en general, de muertes violentas ocasionadas por ellas. (9, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 8, 10, 14, 13, 6).

## METODOLOGIA

Se revisaron las estadísticas de autopsias realizadas por muerte violenta en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses durante el año 1992.

Se extractaron de allí los casos de suicidio en Bogotá y se revisó la casuística general en Bogotá de acuerdo al número de suicidios por mes, según sexo, según método, según edad y por calibre de arma de fuego.

Además se escogió una muestra aleatoria de tres (3) meses (enero, febrero y noviembre) en los que además de sexo, estado civil y edad, se investigó la procedencia, la ocupación, el lugar del suicidio, la existencia de alguna nota de amenazas de suicidio previas, la asociación con factores económicos, emocionales, lúdicos, de tratamiento psiquiátrico o de enfermedades terminales. También se exploró la asociación con consumo de alcohol y se discriminó por causa de muerte, además de algunas asociaciones sobre los posibles rasgos de personalidad del suicida.

## RESULTADOS

Del análisis general de los datos obtenidos encontramos que de las 24.947 necropsias por muertes violentas realizadas en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en 1992, 754 correspondieron a suicidios, es decir el

3%. De estos, 217 correspondieron a la ciudad de Bogotá.

Al mirar estas 217 necropsias, cuya manera de muerte fue el suicidio, vemos que los meses en que más se presentaron fue en noviembre con 23 casos y en enero y mayo con 22 casos; así mismo el mes en que menos casos se presentaron fue junio, con sólo 11 casos.

Del total de casos en Bogotá, el 82% correspondió a hombres (179) y sólo el 18% a mujeres (38 casos).

El grupo de edad más afectado fue entre 19-35 años con 117 casos (53%). Se encontraron además 4 casos en menores de 12 años (1.8%); 28 casos en edades comprendidas entre 3 y 18 años (12%); 36 casos entre 36 y 50 años (16%); 13 casos entre 50 y 60 años (5.9%) y 18 casos entre la población de mayores de 60 años (8.2%).

En cuanto al método utilizado encontramos que 111 casos utilizaron el arma de fuego como método letal (51%). La intoxicación fue el método en 50 casos (23%) y la asfixia fue elegida en 40 casos (18%). Otros métodos sólo correspondieron al 7% de los casos.

En cuanto a las armas de fuego vemos que el calibre 38 fue usado en 11 casos (37%), seguido del calibre 32, con un 10% (3 casos). Otras armas de fuego presentan cifras menores y en un amplio número de casos 43% (13 casos) se desconoce el tipo de arma de fuego utilizada.

Encontramos que en los tres meses investigados se presentaron 67 suicidios en menores de 12 años. Diez de ellos se presentaron en edades entre 13 y 18 años (14%); 30 en edades comprendidas entre los 19 y 35 años

(44.7%); 15 entre 36 y 50 años (22%); 4 entre los 50 y 60 años (5.9%) y 8 en mayores de 60 años (11%).

La distribución por sexo fue de 78% hombres (52 casos) y 22% mujeres (16 casos). Al discriminar los grupos etáreos según sexo encontramos que para el sexo femenino se realizaron 12 necropsias por suicidio en mujeres entre 19 y 35 años (80%); entre 13 y 18 años 2 casos (13%) y entre 50 y 60 años 1 caso (6%). En los hombres el mayor número de necropsias por suicidio fue en el grupo de 19-35 años, con 18 casos (34%); seguido del grupo de 36 - 50 años con 15 casos (28%) y del grupo de 13 a 18 años con 8 casos (15.32%). En mayores de 60 años hubo también 8 casos (15.32%). El grupo menos afectado fue el de 50 - 60 años con sólo 3 casos (5.7%).

El 84% de suicidios de la muestra se realizó en casa de habitación en especial en una alcoba. El 34% fue en el baño; 3% en el lugar de trabajo; 3% en sitio de reclusión (cárcel, clínica psiquiátrica) y el 6% en lugar abierto.

El método escogido con mayor frecuencia fue el arma de fuego (45% de los casos) mientras la intoxicación fue el método de elección en el 25%, seguida de las asfixias con 21%. Otros métodos se usaron en 9% de los casos.

Entre los hombres el arma de fuego fue el método más usado (46%) seguido por la intoxicación (25%), la asfixia (19%) y otros métodos (9%). En las mujeres el método elegido con mayor frecuencia fue el arma de fuego (40%), seguido de la intoxicación (26%), la asfixia (26%) y otros métodos (6%).

El método más usado en grupos de 13-18 años y de 19-35 años fue el

arma de fuego; mientras la asfixia fue más usada como método de muerte en mayores de 60 años. Solo tuvimos un caso de suicidio por quemaduras en un hombre que utilizó como método rociarse con gasolina y prenderse fuego. También sorprende que solo en un caso de los estudiados la víctima dejó una nota, y en general en muy pocos casos se registraron signos o síntomas que hicieran sospechar el riesgo suicida.

La asociación con consumo de alcohol fue negativa en el 76% (51 casos). Se encontraron alcoholemias positivas menores de 100 mg/100 ml en 3 casos (4%), entre 100 mg y 150 mg/100 ml en 6 casos (9%) y mayor de 150 mg/100 ml en 7 casos (10%).

En cuanto a las enfermedades asociadas se encontraron 5 casos con tratamiento psiquiátrico (7%), cáncer en 3 casos (4%), epilepsia 2 casos (3%) y sin datos 57 casos (85%).

En lo que respecta al estado civil de los 67 casos de la muestra, 16 correspondieron a personas solteras (24%), mientras 18 casos fueron casados (26%), 4 vivían en unión libre (6%), 1 era viudo (1.5%) y 1 separado (1.5%). En 27 casos no se reportaron datos sobre el estado civil (40%).

De los hombres el 60% fueron casados o vivían en unión libre mientras el 40% fueron solteros, separados o viudos. De las mujeres el 40% fueron casadas y el 60% solteras.

El lugar de procedencia se pudo establecer en 61 casos que se distribuyeron así: 24 procedían del norte de la ciudad (39%), 4 procedían del centro (6.5%) y 33 del sur (54.5%).

Respecto de la ocupación se encontró gran variedad, destacándose que entre los 53 casos en los que encon-

tramos información, 11 fueron empleados (20%), 5 tenían como ocupación las labores del hogar (9.5%), 8 eran comerciantes (15%), 5 eran vigilantes (9.5%), 3 eran militares (5.6%), 6 eran estudiantes (11%), 2 fueron pensionados (3.7%). El resto correspondía a diversas profesiones independientes y solo un caso correspondió a un desempleado (1.8%).

## DISCUSION

Encontramos en nuestro estudio cifras globales de suicidio para el país de 754 casos, un poco más bajas que las correspondientes a años anteriores presentadas en otros estudios <sup>(4)</sup> cuyas fuentes de información son diferentes. Estas diferencias indicarían una baja en la tasa de suicidios en el año 1992. Pero al ser la fuente de información diferente y debido al amplio rango de subregistro o registros errados que se presentan en los casos de suicidio, la información pierde consistencia.

También encontramos que en la ciudad de Bogotá la prevalencia del suicidio en hombres (82%) es muy superior a las mujeres (18%) (cifras parecidas a las encontradas en la muestra total: hombres 78% y mujeres 22%) contrastando esto con estudios anteriores que ofrecían porcentajes similares para ambos sexos.

En cuanto a la edad predomina el suicidio de personas entre los 19 y 35 años (53%) esto es en adultos jóvenes, con un muy bajo porcentaje para los menores de 12 años (1.8%). En la muestra investigada no hubo ningún caso de menores de 12 años y el mayor porcentaje lo tuvieron los adultos jóvenes entre los 19 y 35 años (40%).

Al discriminar por sexo los grupos etáreos encontramos que entre las mujeres el 80% de los suicidios corresponde a edades entre 19 y 35 años. En los hombres, el 34% correspondió al mismo grupo de edades (entre 19 y 35 años) y el 28% al grupo entre 36 y 50 años. Esto muestra una población de alto riesgo entre los 19 y los 35 años y, aunque en menor proporción pero también significativa, entre los 36 y 50 años.

De la muestra de tres (3) meses encontramos que el mayor porcentaje (88%) se realizó en casa de habitación ya sea en el baño o en la alcoba. Muy pocos suicidios ocurrieron en el lugar de trabajo (3%) o en sitios de reclusión (3%). Estos datos nos indican que los individuos de nuestra muestra se suicidaron con una altísima preferencia en sus casas.

Respecto al método el más usado fue el de las armas de fuego, seguido de la intoxicación y las asfixias. Las armas de fuego no solo fueron el método de elección entre los hombres (46%) sino también para las mujeres (40%) y a su vez las armas de fuego fueron la principal elección en los grupos etáreos de mayor riesgo o sea en los grupos de 19 a 35 años o de 36 a 50 años. En los pacientes de edad madura el método más usado fue la asfixia.

Estos datos nos orientan a pensar que la prevención en lo que atañe al método, deberá hacerse de preferencia sobre el porte y tenencia de armas de fuego, creando controles que disminuyan la disponibilidad del método.

En general fue baja la asociación con consumo de alcohol, encontrando alcoholemias negativas en el 76% de los casos, lo que nos lleva a desesti-

mar el estado de embriaguez como un factor frecuente en este tipo de muerte.

A pesar de la baja disponibilidad de datos, la mayor asociación encontrada correspondió a enfermedades mentales, seguida de enfermedades mortales como el cáncer, lo que concuerda con diversos estudios sobre la materia.

En nuestro estudio encontramos que los porcentajes entre los hombres y mujeres respecto del estado civil no mostraron grandes diferencias, pues aunque en los hombres los porcentajes se inclinan ligeramente hacia los casados o con pareja estable (60%), sobre los solteros (40%) la diferencia no es muy grande. Lo contrario sucedió en las mujeres en las cuales predominaron las solteras (60%), sobre las casadas (40%), no concuerdan estos datos con otros estudios en los que hay definido predominio para los solteros entre los suicidas.

En cuanto al lugar de procedencia no son muy claros los datos pues en ocasiones solo consta la dirección del hospital o centro de urgencias donde fue atendido y en otros alguna dirección de familiares del suicida. Esta información deberá ser ampliada y corregida en futuros estudios.

En cuanto a la ocupación sorprende la variedad de ocupaciones u oficios (contabilizamos 16 diversas ocupaciones), entre las que sobresalen los comerciantes, los estudiantes, los vigilantes y los de ocupación hogar. También estos datos ameritan un estudio más amplio.

Solo tuvimos un caso en la muestra en el cual aparecieron 2 víctimas en el mismo escenario, posiblemente un «Suicidio-homicidio» cuyo motivo al parecer fue pasional. Debido al

bajo registro de datos, en muy pocos casos se pudo establecer la existencia de otras asociaciones. Así, en 4 casos se estableció un estado pasional por celos en el suicida, en 2 casos hubo asociación con una mala situación económica y en 2 casos se sabe que la víctima jugaba «ruleta rusa».

## **CONCLUSIONES**

Nuestro estudio refleja un mayor porcentaje de suicidios en hombres y una prevalencia en edades entre 19 y 35 años, que se presentan la mayoría de los casos en casa de habitación. Además, hubo una baja asociación con consumo de alcohol y una importante cifra de los casos en los que se conocieron datos presentaban alguna enfermedad mental o una enfermedad terminal.

El mayor porcentaje de suicidios se produjo por armas de fuego.

Se hace necesario a partir de los datos recogidos hacer un estudio prospectivo a nivel nacional en el cual se consignen datos relacionados con el suicidio, de manera sistematizada que no solo informen sobre la manera y causa de muerte, sino que aporten acerca de las características de personalidad, grupo social, grupo familiar, actividad laboral y de pareja del individuo que se ha suicidado, con miras a establecer posibles mecanismos en la prevención que resulten en políticas sociales, familiares y de tratamiento individual encaminadas a atacar el suicidio.

En lo que se refiere a la disponibilidad del método, nuestro estudio confirma la absoluta necesidad de reforzar la aplicación de la legislación al respecto del porte y tenencia de armas,

que haga menos fácilmente disponibles estos elementos a la población en general.

Desde otra perspectiva sorprende el aparente «silencio» en que transcurrieron las intenciones de los suici-

das de la muestra para familiares y allegados, pues en nuestra muestra de 67 casos un muy bajo porcentaje tuvo con anterioridad intentos suicidas, o los familiares informaron de esta novedad durante las diligencias judiciales.

## REFERENCIAS

1. Kaplan H. y Sadock B. *Compendio de Psiquiatría*. Salvat Editores, 1987: Cap. 25.
2. Gisbert Calabuig JA: *Medicina Legal y Toxicología*. Salvat Editores, 1991: 263-268.
3. Toro RJ, Yepes LE: *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*, Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), 1986.
4. Vásquez R., Torres: *Mortalidad y Problemas Funcionales: El Suicidio en Colombia 20 años después (1970 - 1990)*. Act Med Col 1993; 18(2): 113-118.
5. Vásquez R., Lombana A.: *Intento de Suicidio en Adolescentes: Tristeza y Conflicto Familiar*. Actualizaciones pediátricas - Fundación Santafé de Bogotá. 1991; 1(2): 56-59.
6. Peñate Morales: *Aproximación a Factores Asociados en Muertes por Proyecto de Arma de Fuego en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C.* Protocolo de Trabajo. Presidencia de La República, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Abril 6 de 1992.
7. Shrun, Johnston A.: *Fire and Suicide: A Three Study of self inmolation Deaths*, Journal Of Forensic Sciences. 1980; 37(1): 209-221.
8. Kellermann, Rivasa FP, Sommer G: *Suicide in the home in Relation to Gun Ownership*. The New England Journal of Medicine. 1992; 327(7): 467-472.
9. Lester D., Murrell: *The Influence of Gun Control Laws on Suicidal Behavior*. Am J Psychiatry. 1989; 137(1): 121-122.
10. Peterson L., Peterson M., O'Shanik, G. Swang: *Self inflicted Gunshot Wounds: Lethality of Method Versus Intent*. Am J Psychiatry. 1985; 142(2): 228-231.
11. Herman SP., Schowalter J. *Depresión y Suicidio en la Niñez*. Tribuna Médica. 1982: 7-10.
12. Berger: *Suicides and Pesticides in Sri Lanka*. American Journal of Public Health. 1988; 178(7): 826-827.
13. Wintemute J., Teret SP., Kraus J., Wright M: *The Choice of Weapons in Firearms Suicides*. American Journal of Public Health. 1988 Jul; 178(7): 824-826.
14. Jagger J., Elliot Dietz P.: *¿Death and Injury By Forearms: Who cares?* JAMA 1986 Jun: 226(22): 3143-3144.
15. Bluglass R., Bowden P.: *Principies and Practice of Forensic Psychiatry*. Churchill Livingstone 1990: 597-610.
16. Ugaldelobo J., Castro FJ.: *El suicidio en los hospitales generales de Costa Rica (Sistema Hospitalario Nacional 1980 - 1990)*. Medicina Legal de Costa Rica, 1992. Pag. 9-14.
17. Loftin, McDowall D., Wiensemb B., Cottey. *Effects of Restrictive Licensing of Handguns on Homicide and Suicide In The District of Columbia*. The New England Journal of Medicine. 1991; 325(23): 1615-1620.



18. Blackman P.: *Effects of Restrictive Handguns Laws*. Correspondence. The New England Journal of Medicine. 1992; 326(17): 1157.
19. Wells: *Effects of Restrictive Handguns Laws*. Correspondence. The New England Journal of Medicine. 1992; 326(17): 1158.
20. Eilees: *Effects of Restrictive Handguns Laws*. Correspondence. The New England Journal of Medicine. 1992; 326(17): 1158.
21. Chine: *Effects of Restrictive Handguns Laws*. Correspondence. The New England Journal of Medicine. 1992; 326(17): 1158-1159.
22. Sastry: *Effects of Restrictive Handguns Laws*. Correspondence. The New England Journal of Medicine. 1992; 326(17): 1159.
23. Meier S.: *Effects of Restrictive Handguns Laws*. Correspondence. The New England Journal of Medicine. 1992; 326(17): 1159.
24. Sutter E.: *Effects of Restrictive Handguns Laws*. Correspondence. The New England Journal of Medicine. 1992; 326(17): 1159.
25. Colin, Mc Dowall D., Wierseman B., Cotte T.: *Effects of Restrictive Handguns Laws*. Correspondence. The New England Journal of Medicine. Idem.
26. Kassirer J.: *Effects of Restrictive Handguns Laws*. Correspondence. The New England Journal of Medicine. Idem.
27. Boyd: *The Increasing Rate of Suicide By Firearms*. The New England Journal of Medicine. 1993; 308(15): 872-874.
28. Fenichel: *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Buenos Aires: Paidós, 1973.