



Capítulo 53/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

PACIENTE SUICIDA

Trabajamos para su tranquilidad...

Paciente suicida

Rebecca Weintraub Brendel, MD, JD

Christina A. Brezing, MD

Isabel T. Lagomasino, MD, MSHS

Roy H. Perlis, MD, MSc

Theodore A. Stern, MD

Puntos clave

- El suicidio o el daño deliberado con la intención de causar la propia muerte es una de las causas más frecuentes de muerte en EE. UU.
- Por cada suicidio consumado, se realizan entre 8 y 25 intentos.
- La enfermedad psiquiátrica es el factor de riesgo que más influye en el suicidio consumado y en el intento de suicidio; los trastornos del estado de ánimo son responsables de la mayoría de los suicidios.
- Las enfermedades médicas, especialmente de naturaleza grave o crónica, están asociadas con un mayor riesgo de suicidio; los factores familiares, genéticos y sociales también tienen un impacto importante en el riesgo de suicidio.
- El abordaje al paciente que presenta un riesgo de suicidio debe ser mediante una actitud carente de crítica, de apoyo y empática; las preguntas específicas referentes a posibles planes y preparación de un suicidio deben formularse a continuación de cualquier aceptación de ideación o intención suicida.
- Un médico puede experimentar sentimientos y actitudes personales hacia un paciente en riesgo de suicidio, que deben ser reconocidos y que no debe permitir que interfieran en la prestación de una adecuada atención al paciente.

Perspectiva general

El suicidio o la autolesión deliberada con la intención de causar la muerte es la décima causa de muerte en EE. UU., representando entre 30.000 y 40.000 muertes cada año.¹ Las lesiones autoinfligidas no letales son aún más frecuentes, representan más de 500.000 visitas a los servicios de urgencias (SU) al año¹ y reflejan la alta proporción de intentos de suicidio frente a los suicidios consumados. Los trastornos psiquiátricos están asociados con más del 90% de los suicidios consumados^{2,3} y con la mayoría de los intentos de suicidio.⁴⁻⁶ Por tanto, los psiquiatras deben estar familiarizados con la evaluación y el tratamiento de los pacientes que piensan, amenazan o intentan suicidarse. Aun conociendo los factores epidemiológicos del riesgo de suicidio ([cuadro 53-1](#)), el médico debe basarse en una exploración detallada y en el juicio clínico para evaluar el riesgo suicida actual de un paciente.

Cuadro 53-1 Factores de riesgo de suicidio

Enfermedad psiquiátrica

- Depresión mayor
- Trastorno bipolar

- Alcoholismo y drogodependencia
- Esquizofrenia
- Trastornos de la personalidad
- Síndrome orgánico cerebral
- Trastorno de angustia

Raza

Estado civil (viudos, divorciados o separados)

Vivir solo

Pérdida personal reciente

Desempleo

Problemas económicos/legales

Enfermedades médicas asociadas (tener una enfermedad crónica, dolor o una enfermedad terminal)

Antecedentes de intentos o amenazas de suicidio

Sexo masculino

Edad avanzada

Antecedentes familiares de suicidio

Alta hospitalaria reciente

Tener armas de fuego en casa

Falta de esperanza

Epidemiología y factores de riesgo

Epidemiología

El suicidio representa el 1,3% del número total de muertes en EE. UU. cada año.^{1,7} Por cada persona que consuma un suicidio, aproximadamente de 8 a 10 personas intentan suicidarse.^{8,9} Aunque no se dispone de datos a escala nacional sobre los intentos de suicidio anuales, la investigación indica que, para cada suicidio consumado, se llevan a cabo aproximadamente de 8 a 25 intentos;¹⁰⁻¹² es decir, algunas personas llevan a cabo más de un intento fallido. Cada año, los SU tratan a más de 500.000 personas que intentan suicidarse.^{1,13,14} Estas visitas representan aproximadamente el 0,5% de todas las visitas anuales a un SU.^{1,2,15}

El uso de armas de fuego es el método de suicidio más frecuente tanto en hombres como en mujeres en EE. UU., representan entre el 50 y el 60% de los suicidios anuales.^{11,12} La asfixia, incluido el ahorcamiento, es la segunda causa más frecuente de suicidio en general en EE. UU. y la segunda causa más frecuente en hombres, lo que representó más de 9.000 muertes por suicidio en 2010.¹ El envenenamiento, incluida la sobredosis medicamentosa, es la tercera causa más frecuente de suicidio consumado en EE. UU. y la segunda causa más frecuente en mujeres, representan aproximadamente de 5.500 a 6.500 muertes al año.^{1,14,15} Históricamente, la ingestión medicamentosa fue la causa de la mayoría de los intentos de suicidio fallidos.^{16,17}

Las tasas de suicidio difieren en función de la edad, el sexo y la raza. Las tasas generalmente aumentan con la edad; las personas mayores de 65 años tienen 1,5 veces más probabilidades de consumir un suicidio que los individuos más jóvenes, mientras que los hombres de raza blanca de más de 85 años tienen una tasa de suicidios aún mayor.^{13,18,19} El número de suicidios en personas de edad avanzada es desproporcionadamente alto; estos suelen llevar a

cabo intentos de suicidio más graves y tienen menos probabilidades de sobrevivir cuando surgen complicaciones médicas tras un intento: uno de cada cuatro intentos en este grupo de edad resulta en un suicidio consumado.¹⁸⁻²⁰ Aunque las personas de edad avanzada tienen tasas de suicidio más altas, el suicidio en adultos jóvenes (de entre 15 y 24 años) se triplicó entre 1950 y 1990, convirtiéndose en la tercera causa de muerte tras las lesiones y homicidios no intencionados.^{11,21,22} Desde entonces, la tasa de suicidios ha disminuido en adolescentes.²² Los hombres tienen porcentajes más altos de suicidio que las mujeres, aunque estas acumulan más intentos. Cuatro veces más hombres que mujeres consuman un suicidio,^{7,23} aunque la probabilidad de que una mujer intente suicidarse es tres o cuatro veces mayor que en los hombres.^{23,24} Las razones de estas disparidades no han sido claramente establecidas. Las personas de raza blanca y los nativos americanos intentan y consuman más suicidios que las personas de otras razas.^{4,11,23} Los afroamericanos y los hispanos tienen aproximadamente la mitad de la tasa de suicidios que los individuos de raza blanca.^{23,25,26}

Factores de riesgo psiquiátrico

La enfermedad psiquiátrica es el factor de riesgo más influyente en el suicidio consumado y el intento de suicidio. Los trastornos psiquiátricos están asociados con más del 90% de los suicidios consumados^{2,3,23,27} y con la gran mayoría de los intentos de suicidio.⁴⁻⁶ Los trastornos del estado de ánimo, incluidos el trastorno de depresión mayor (TDM) y el trastorno bipolar, son responsables de aproximadamente el 50% de los suicidios consumados; el consumo de alcohol y drogas, del 25%; la psicosis, del 10%, y los trastornos de la personalidad, del 5%^{28,29} (tabla 53-1).

Tabla 53-1

Porcentaje de suicidios en el contexto de un trastorno psiquiátrico

Trastorno	Porcentaje de suicidios
Enfermedad afectiva	50
Consumo de drogas o alcohol	25
Esquizofrenia	10
Trastornos de la personalidad	5
Depresión secundaria	5
Síndromes orgánicos cerebrales	2
Nada aparente	2

Hasta el 15% de los pacientes con un TDM o trastorno bipolar se suicidan, casi siempre durante los episodios depresivos;³⁰ esto representa un riesgo de suicidio 30 veces mayor que el de la población general.^{31,32} El verdadero riesgo para la vida puede ser algo menor, ya que estas estimaciones (y las de los otros diagnósticos evaluados más adelante) derivan normalmente de muestras de pacientes ingresados.²⁸ El riesgo parece ser mayor al inicio de un trastorno de larga duración, de forma precoz en un episodio depresivo,^{10,33} durante la primera semana después del ingreso psiquiátrico,³⁴ durante el primer mes después del alta hospitalaria,³⁴ y en las fases más precoces de la recuperación.³⁴ El riesgo puede³⁵ o no³⁶ estar

incrementado por una psicosis asociada. Un estudio de seguimiento de 10 años de duración que incluyó casi 1.000 pacientes mostró que aquellos que se suicidaron durante el primer año de seguimiento tenían más probabilidades de padecer insomnio global, anhedonia grave, alteración de la concentración, agitación psicomotora, consumo de alcohol, ansiedad y crisis de angustia, mientras que aquellos que se suicidaron después del primer año de seguimiento tenían más probabilidades de sufrir ideas suicidas, desesperación grave y antecedentes de intentos de suicidio.³⁵

Aproximadamente del 15 al 25% de los pacientes alcohólicos o drogodependientes consuman el suicidio,^{33,37} de los cuales hasta el 84% sufren dependencia tanto del alcohol como de otras drogas.³⁷ El riesgo de suicidio parece ser mayor aproximadamente a los 9 años de iniciar la adicción al alcohol y a las drogas.^{2,38} La mayoría de los pacientes con dependencia de alcohol que se suicidan sufren trastornos depresivos asociados,^{33,39,40} y hasta un tercio de ellos han experimentado la pérdida reciente de una relación íntima por separación o muerte.⁴¹

Casi el 20% de las personas que consuman el suicidio están intoxicadas, desde un punto de vista legal, en el momento de su muerte.⁴² El consumo de alcohol y drogas se asocia con una ideación suicida más generalizada, más grave, más letal y un mayor número de intentos de suicidio.⁴³ El uso de alcohol y drogas puede dañar el juicio y potenciar la impulsividad.^{34,44}

Aproximadamente el 10% de los pacientes con esquizofrenia llevarán a cabo un suicidio consumado, sobre todo durante los períodos de mejoría después de una recaída o durante los períodos depresivos.^{40,45,46} El riesgo de suicidio parece ser mayor en hombres jóvenes recién diagnosticados,⁴⁶⁻⁴⁸ que tienen una evolución crónica y numerosas reagudizaciones, que han sido dados de alta del hospital con un deterioro psicopatológico y funcional importantes, y son conscientes de la realidad y temen un mayor deterioro mental.^{46,48} El riesgo también puede incrementarse con la acatisia y con la retirada brusca de los neurolépticos.³³ Los pacientes que sufren alucinaciones (que les dicen que se dañen a sí mismos) asociadas con la esquizofrenia, la manía o la depresión con características psicóticas probablemente tengan un mayor riesgo de autolesionarse y deben ser protegidos.⁴⁹

Entre el 4 y el 10% de los pacientes con trastornos de la personalidad límite y el 5% de los pacientes con trastorno de la personalidad antisocial se suicidan.⁵⁰ El riesgo parece ser mayor en aquellos con depresión unipolar o consumo de alcohol asociados.^{51,52} Los pacientes con trastornos de la personalidad a menudo hacen demostraciones o intentos impulsivos de suicidio; estos intentos pueden llegar a ser cada vez más letales si no se toman en serio. Incluso las demostraciones de carácter manipulador pueden ser fatales.⁴⁹

Entre el 15 y el 20% de los pacientes con trastornos de ansiedad consuman el suicidio⁵³ y hasta el 20% de los pacientes con trastorno de angustia intentan suicidarse.⁵⁴ Aunque el riesgo de suicidio en pacientes con trastornos de ansiedad y angustia puede estar incrementado de forma secundaria a enfermedades asociadas (p. ej., TDM y consumo de alcohol o drogas), el riesgo de suicidio sigue siendo casi tan elevado como el de la depresión mayor, incluso después de tener en cuenta las enfermedades coexistentes.⁵⁵ El riesgo de intentos de suicidio puede estar incrementado en mujeres con un inicio precoz y con un consumo de alcohol o drogas asociado.⁵⁴

Factores de riesgo médicos

Las enfermedades médicas, especialmente las de naturaleza grave o crónica, generalmente se asocian con un mayor riesgo de suicidio y, por tanto, se consideran un factor de riesgo

para el suicidio consumado, aunque existe una relación multifactorial entre la enfermedad médica y el suicidio.^{15,56,57} Los trastornos médicos se asocian hasta con un 35-40% de los suicidios⁵⁸ y con hasta un 70% de los suicidios en personas mayores de 60 años.⁵⁹ Se ha notificado que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), el cáncer, el traumatismo craneoencefálico, la epilepsia, la esclerosis múltiple, el corea de Huntington, los síndromes orgánicos cerebrales, las lesiones medulares, la hipertensión, la enfermedad cardiopulmonar, la úlcera péptica, la insuficiencia renal crónica, la enfermedad de Cushing, la artritis reumatoide y la porfiria aumentan el riesgo de suicidio. Sin embargo, pocas investigaciones relativas al aumento del riesgo de suicidio en estas poblaciones han controlado los efectos de la edad, el sexo, la raza, los trastornos psiquiátricos, otros trastornos médicos o el uso de medicamentos.

Los pacientes con sida parecen tener un riesgo de suicidio mayor que el de la población general, y las estimaciones del riesgo aumentado oscilan entre 7 y 66 veces el de la población general.^{28,60,61} Se acepta generalmente que el riesgo de suicidio tras la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aumenta aproximadamente siete veces.^{15,60} Las pruebas de detección de anticuerpos frente el VIH han dado lugar a una disminución inmediata e importante de la ideación suicida en aquellos que resultaron ser seronegativos; no se detectó un aumento en la ideación suicida en los que eran seropositivos.⁶² Un estudio realizado en 2012 encontró que los individuos con infección por el VIH/sida que fueron diagnosticados recientemente, que tenían enfermedad psiquiátrica asociada y que habían recibido frecuente y más intensiva atención hospitalaria por problemas médicos presentaban un riesgo incluso mayor.⁶³ La orientación sexual entre hombres, en sí misma, no ha sido identificada como un factor de riesgo independiente de suicidio consumado.^{11,64}

Los pacientes con cáncer tienen una tasa de suicidios aproximadamente dos veces mayor que la de la población general y parecen presentar un mayor riesgo en los primeros 2 años tras ser diagnosticados.^{59,65} Las neoplasias malignas de cabeza y cuello están asociadas con un riesgo 11 veces mayor de suicidio en comparación con el de la población general, posiblemente debido al aumento de las tasas de consumo de tabaco y alcohol en esta población y la consiguiente desfiguración facial y afonía.⁵⁹ En hombres, los cánceres gastrointestinales, y, en ambos sexos, las neoplasias malignas de pulmón y vías respiratorias superiores están asociados con un mayor riesgo de suicidio.⁵⁹ Otros factores, incluidos un mal pronóstico, un mal control del dolor, la astenia, la depresión, la desesperación, el delirio, la desinhibición, los intentos previos de suicidio, pérdidas recientes y escasos apoyos sociales pueden hacer que los pacientes con cáncer tengan un mayor riesgo de suicidio.^{66,67}

Al igual que los pacientes con cáncer, los individuos con un traumatismo craneoencefálico, esclerosis múltiple y úlcera péptica presentan un riesgo de suicidio aproximadamente dos veces superior al de la población general.^{59,68,69} En los pacientes con lesiones cerebrales, el riesgo parece ser mayor en aquellos que sufren lesiones graves y en aquellos que desarrollan demencia, psicosis, alteraciones de la conducta o epilepsia.⁶⁷⁻⁷⁰ En los pacientes con esclerosis múltiple, el riesgo puede ser mayor en pacientes diagnosticados antes de los 40 años y durante los primeros 5 años tras el diagnóstico.⁷¹ En pacientes con enfermedad ulcerosa péptica, se supone que el riesgo aumentado es debido a trastornos psiquiátricos asociados y al consumo de sustancias (especialmente alcohol).^{59,72}

Entre el riesgo aumentado de suicidio por cáncer, traumatismo craneoencefálico, esclerosis múltiple y úlcera péptica, que es aproximadamente dos veces superior, y el riesgo aumentado en pacientes infectados por el VIH/sida estimado en al menos siete veces, existen numerosas enfermedades médicas con aumentos intermedios del riesgo de suicidio. Entre estas

enfermedades se encuentran la epilepsia, el lupus eritematoso sistémico, las lesiones medulares, la enfermedad de Huntington, los síndromes orgánicos cerebrales y la enfermedad renal crónica. Los pacientes con enfermedad renal terminal en hemodiálisis pueden tener el riesgo relativo más elevado de todos los subgrupos.^{59,72} Hasta un 5% de los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben hemodiálisis mueren por suicidio; los que se desplazan a centros médicos para diálisis tienen una tasa de suicidios mayor que los que se dializan en su domicilio.⁸ El riesgo de suicidio entre estos pacientes puede ser hasta 400 veces superior al de la población general.⁷³

Los pacientes con epilepsia tienen cinco veces más probabilidades de suicidarse o de intentarlo que la población general.^{59,74-76} Los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, con psicosis o cambios de personalidad concomitantes pueden presentar un riesgo mayor.^{59,74,75,77}

Los pacientes delirantes y confusos pueden sufrir episodios de agitación e impulsos destructivos, y resultar incapaces de protegerse del daño.⁶⁶ En víctimas de lesiones medulares, el riesgo es realmente mayor en personas con lesiones menos graves.^{78,79}

Los pacientes hipertensos⁷⁰ y aquellos con enfermedad cardiovascular⁴⁹ también pueden presentar un mayor riesgo de suicidio que la población general. Aunque estudios previos sugirieron que los β -bloqueantes podrían contribuir al aumento del riesgo al inducir depresión,⁷⁰ estudios recientes indican que los β -bloqueantes no aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo.⁸⁰ Finalmente, se ha observado una asociación entre el suicidio y niveles muy bajos de colesterol, aunque esta relación aún está siendo investigada.^{15,28}

Factores de riesgo familiares y genéticos

Se ha comprobado que tanto los antecedentes familiares de suicidio como los antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas y la presencia de un entorno familiar precoz convulso tienen un importante impacto en el riesgo de suicidio.^{11,58} Entre el 7 y el 14% de las personas que intentan suicidarse tienen antecedentes familiares de suicidio.⁸¹ Un antecedente familiar de suicidio confiere aproximadamente un riesgo de suicidio dos veces superior tras tener controlados los antecedentes psiquiátricos familiares.⁸² Este aumento del riesgo de suicidio puede ser debido a una predisposición genética compartida de suicidio, trastornos psiquiátricos o una conducta impulsiva,^{33,47,83} o a un entorno familiar compartido en el cual predominan el modelado y la imitación.⁸⁴

Los factores genéticos están respaldados por la evidencia de que los gemelos monocigóticos tienen una mayor tasa de concordancia de intentos y consumaciones de suicidio que los gemelos dicigóticos, y por la evidencia de que los padres biológicos de pacientes adoptados que consuman un suicidio tienen una mayor tasa de suicidio que los padres biológicos de los adoptados no suicidas.^{28,83,85} Sin embargo, se sabe poco sobre los factores genéticos específicos que confieren este riesgo.²⁸ Los estudios se han centrado principalmente en la neurotransmisión de la serotonina, incluidas mutaciones genéticas en la enzima limitante de la velocidad de síntesis de serotonina, la L-triptófano hidroxilasa, receptores de la serotonina y el transportador de serotonina (SERT), pero esta investigación es todavía preliminar.^{82,86-88} Si bien existe una superposición parcial con la proclividad a padecer depresión, la predisposición al suicidio está separada.⁸⁹ En general, se estima que entre un tercio y la mitad del riesgo de suicidio está mediado genéticamente.⁸²

Evidencias científicas recientes indican que la epigenética, en concreto alteraciones en los patrones de metilación de un promotor del ADN, desempeña un papel importante en la neurobiología del suicidio.⁹⁰⁻⁹⁶ Numerosos factores del entorno familiar, que pueden ser mediados por cambios epigenéticos, contribuyen a presentar un riesgo de suicidio.⁹⁴⁻⁹⁶ Un entorno familiar precoz convulso (incluidos factores como la muerte precoz de los padres, la separación de estos, mudanzas frecuentes, y abusos emocionales, físicos o sexuales) incrementan el riesgo de suicidio.⁹⁷ El riesgo de los niños de presentar futuras conductas suicidas también puede incrementarse por la conducta suicida de los miembros principales de la familia a través del modelado.²⁸

Factores de riesgo sociales

Los adultos viudos, divorciados o separados presentan un mayor riesgo de suicidio que los adultos solteros, quienes a su vez presentan un mayor riesgo que los adultos casados.^{98,99} Los adultos casados con niños pequeños parecen tener el menor riesgo.^{34,49,58} Vivir solo aumenta considerablemente el riesgo de suicidio, especialmente entre adultos viudos, divorciados o separados.³⁴ El aislamiento social respecto a la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo también incrementa las posibilidades de suicidio.^{47,58} Por el contrario, la presencia de apoyos sociales protege frente al suicidio.⁸²

Las pérdidas personales importantes (incluidas la reducción de la autoestima y de la posición socioeconómica^{58,59}) y los conflictos también predisponen a individuos, especialmente a adultos jóvenes y adolescentes, a un mayor riesgo de suicidio.^{2,100} El duelo después de la muerte de un ser querido aumenta el riesgo de suicidio durante los siguientes 4 o 5 años, especialmente en personas con antecedentes psiquiátricos (incluidos los intentos de suicidio) y en personas que reciben poco apoyo familiar.³³ El desempleo, que puede desencadenar o exacerbar una enfermedad psiquiátrica, o puede ser el resultado de una enfermedad psiquiátrica,³³ aumenta la probabilidad de suicidio y representa entre un tercio y la mitad de los suicidios consumados.^{42,58} Este riesgo puede estar especialmente incrementado en hombres.³⁴ Los problemas económicos y legales también aumentan el riesgo de suicidio.^{11,34,101}

La presencia de una o más armas de fuego en el domicilio parece aumentar el riesgo de suicidio independientemente del sexo y de la edad, incluso cuando se tienen en cuenta otros factores de riesgo, como la depresión y el consumo de alcohol.^{6,100,102} Por ejemplo, un adolescente con un arma en su domicilio tiene una tasa de suicidio entre 4 y 10 veces superior que la de otros adolescentes.^{23,103}

Recientemente, las tasas de suicidio del personal militar estadounidense están aumentando. Los estudios sobre las tasas de suicidio en esta población han mostrado tradicionalmente conclusiones contradictorias. En comparación con la población de EE. UU., los veteranos de la guerra de Vietnam y de la guerra del Golfo tienen tasas similares de suicidio.¹⁰⁴⁻¹⁰⁹ Sin embargo, los veteranos de la guerra de Vietnam traumatizados, lo que queda reflejado por un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT), haber tenido ingresos por heridas de combate o múltiples heridas, presentaban un aumento significativo en las tasas de suicidio en comparación con las de la población general.^{110,111} Antes de las guerras de Afganistán e Iraq, las tasas de suicidio en el personal militar, ajustadas por edad y sexo, eran consistentemente más bajas en comparación con las tasas nacionales de 1980 a 1992.^{112,113} Sin embargo, el suicidio en el Ejército de EE. UU. aumentó un 80% entre 2004 y 2008 en

comparación con décadas anteriores¹¹⁴ y, en 2008, la tasa de suicidio ajustada por edad y sexo en el ejército fue por primera vez mayor que la tasa media de suicidios de la población general.^{115,116} Esta tendencia continuó y el ejército estadounidense informó que las muertes por suicidio superaron a las muertes en combate de enero a junio de 2012.¹¹⁵ Los veteranos de la Operación Libertad Duradera o Libertad Iraquí (OLD/OLI) en su conjunto tendieron a tener tasas más altas de suicidio después de su despliegue en comparación con las de la población general de EE. UU.¹¹⁷ Los veteranos de la OLD/OLI que estaban en unidades de combate activas y, por tanto, más expuestos a traumatismos de combate o diagnosticados de trastornos mentales tuvieron índices estadísticamente más altos de suicidio que la población general.¹¹⁷ El impacto de la exposición al combate, el despliegue y la relación con enfermedades psiquiátricas de los veteranos de la OLD/OLI parecen ser factores de riesgo de suicidio; sin embargo, un estudio que analizó los datos del personal militar actual y antiguo de 2001 a 2008 encontró que el riesgo de suicidio se asoció de forma independiente con el sexo masculino y la enfermedad psiquiátrica concomitante y no encontró asociación del riesgo de suicidio con variables militares específicas (p. ej., factores de estrés concretos como el despliegue en combate).¹¹⁸ Los médicos que tratan a esta población también deben buscar señales de trastornos del sueño como signos de advertencia de suicidio, ser conscientes del paralelismo entre el aumento de la prescripción y el uso excesivo de analgésicos opiáceos en pacientes con un TEPT y restringir su acceso a las armas de fuego.¹¹⁵

Riesgo suicida previo y actual

El antecedente de intentos de suicidio es uno de los factores de riesgo más influyentes del suicidio consumado y del intento de suicidio.^{11,119} Entre el 10 y el 20% de las personas con intentos previos de suicidio se suicidan.^{9,16,120} El riesgo de suicidio consumado después de un intento de suicidio es casi 100 veces superior al de la población general, durante el año siguiente al intento; posteriormente, disminuye, pero permanece elevado durante los siguientes 8 años.³³ Las personas que han intentado suicidarse previamente también presentan un mayor riesgo de intentos posteriores, y se ha encontrado que son la causa de aproximadamente el 50% de las sobredosis graves.¹²¹ La utilización clínica de los intentos de suicidio previos como un factor de riesgo predictivo debe limitarse en personas de edad avanzada porque estos llevan a cabo menos intentos por cada suicidio consumado.^{18-20,58} La letalidad de los intentos de suicidio previos aumenta ligeramente el riesgo de suicidio consumado,³³ especialmente en mujeres con enfermedades psiquiátricas.³⁹ Sin embargo, la gravedad de un intento puede ser más predictiva del riesgo de suicidio en personas con una significativa intención suicida y que comprenden la posible letalidad de sus acciones.¹²² La comunicación de la ideación y la intención suicidas actuales debe ser cuidadosamente evaluada como un factor de riesgo para el suicidio consumado y el intento de suicidio. Hasta el 80% de las personas que consuman un suicidio manifiestan su intención directa o indirectamente.⁵⁸ Puede hablarse de la muerte o del suicidio, se pueden redactar nuevos testamentos o pólizas de seguro de vida, se pueden regalar posesiones o pueden surgir conductas no características y destructivas.⁵⁸ Sin embargo, las personas que piensan consumir su suicidio tendrán menos probabilidades de comunicar su intención a sus médicos de atención sanitaria que a sus familiares y amigos cercanos.⁴⁵ Aunque el 50% de las personas que se suicidaron consultaron a un médico el mes previo a su fallecimiento, únicamente el 60% de este grupo informaron de cierto grado de

ideación o intención suicidas a su médico.^{2,45} En un estudio que incluyó 571 casos de suicidio consumado que visitaron a su médico durante las 4 semanas previas a su suicidio,¹²³ únicamente el 22% comentaron su intención suicida. Muchos investigadores creen que la ideación y la intención pueden ser abordadas más fácilmente con los psiquiatras que con otros médicos.^{123,124}

La falta de esperanza o las expectativas negativas sobre el futuro son factores predictivos más importantes del riesgo de suicidio que la depresión o la ideación suicidas,^{125,126} y puede ser un factor predictivo a corto y largo plazo de suicidio consumado en pacientes con depresión mayor.⁴⁵

Contacto con sus médicos

Casi la mitad de las personas que se suicidaron han tenido algún contacto con su médico de atención primaria (MAP) durante el mes previo a su suicidio.^{35,46,127} Aproximadamente tres cuartas partes de las personas que se suicidaron visitaron a un MAP el año anterior a su suicidio.¹²⁷ Muchos de estos individuos buscan tratamiento por su MAP por enfermedades somáticas más que psiquiátricas.¹²⁸ Las tasas de encuentros psiquiátricos en el período previo a los suicidios consumados son menores que las de los contactos con atención primaria.¹²⁸ Durante el mes previo al suicidio, aproximadamente una quinta parte de los suicidios consumados fueron atendidos en servicios de salud mental, y durante el año previo a su suicidio, aproximadamente uno de cada tres individuos que se suicidaron tuvieron algún contacto con un profesional de salud mental.¹²⁸

Fisiopatología

El suicidio es el resultado de una conducta con un gran número de factores contribuyentes más que una entidad patológica en sí misma. Por tanto, para entender la fisiopatología del riesgo suicida, es necesario evaluar las diferencias entre individuos con un conjunto determinado de factores predisponentes que no intentan suicidarse ni se suicidan y los que sí lo hacen. La investigación se ha centrado en una gran variedad de temas neurobiológicos y psicológicos en un intento por comprender mejor la fisiopatología del suicidio. Las investigaciones neurobiológicas han incluido el análisis de neurotransmisores, estudios genéticos, estudios neuroendocrinos, marcadores biológicos y estudios de imágenes.¹⁵ Los aspectos psicológicos del suicidio suelen centrarse en enfoques psicodinámicos y cognitivos.

Neurobiología

De todos los neurotransmisores, la relación entre la serotonina y el riesgo suicida ha sido muy estudiada.¹⁵ En los años setenta se describió por primera vez una asociación entre la disminución de los niveles del ácido 5-hidroxiindoleacético (A5-HIA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y los intentos graves de suicidio.¹²⁹ Desde entonces, la evidencia de una asociación entre el sistema serotoninérgico y el riesgo suicida ha seguido creciendo, encontrándose en la mayoría de los estudios posteriores una disminución de los niveles de A5-HIA en el LCR de individuos que intentan suicidarse.^{130,131} También ha habido informes de una torpe respuesta de la prolactina a la administración de fenfluramina, un marcador de disfunción serotoninérgica.^{82,131,132} Este hallazgo es independiente del diagnóstico

psiquiátrico subyacente: es decir, es coherente con los intentos de suicidio por depresión mayor, esquizofrenia y trastornos de la personalidad en comparación con los controles emparejados por su diagnóstico sin antecedentes de intentos de suicidio.^{130,131} Los bajos niveles de A5-HIA se asocian con intentos más graves y se correlacionan negativamente con la gravedad de la lesión de intentos de suicidio más recientes o intentos más grave previos:¹³⁰⁻¹³² es decir, los intentos anteriores de mayor letalidad están asociados con niveles más bajos de A5-HIA en el LCR. Por último, también se ha demostrado que unos niveles bajos de A5-HIA en el LCR predicen un futuro intento y un suicidio consumado.¹³³

De forma similar, el análisis post mortem del tronco del encéfalo ha demostrado una reducción de la serotonina y su metabolito A5-HIA en los individuos que se suicidan.^{28,130,134,135} Esta disminución de serotonina y A5-HIA fue similar en pacientes deprimidos, esquizofrénicos, con trastornos de la personalidad y alcohólicos, mostrando que la reducida actividad de la serotonina del tronco del encéfalo se correlaciona con el suicidio consumado independientemente del diagnóstico.^{130,136} Otras alteraciones del tronco del encéfalo asociadas con víctimas de suicidio son la presencia de un mayor número de neuronas de serotonina en comparación con los controles.^{15,28,137}

Los receptores de la serotonina, en especial el SERT, también han sido implicados en la neurofisiología del suicidio. Existen pruebas tanto de cambios presinápticos como postsinápticos en la corteza prefrontal de los pacientes que se suicidan, aunque no todos los estudios han demostrado estos hallazgos.^{28,130} Entre los hallazgos específicos en la corteza prefrontal de las víctimas de suicidio se encuentran una reducción de la unión presináptica del SERT a las terminales nerviosas y aumentos de los receptores postsinápticos de la serotonina tipo 1A y 2A.^{15,28,130,137} Las modificaciones en la expresión y la unión del receptor también se acompañan de modificaciones en la señalización intracelular.^{131,138,139} Entre otras alteraciones se encuentran una baja actividad de la proteína cinasa C en la corteza prefrontal, una baja actividad mediada del monofosfato de adenosina cíclico (cAMP) en el hipocampo y la corteza prefrontal, y una disminución del número de subunidades de la proteína G α .^{131,138-140}

También se han analizado los cambios en la transmisión de la noradrenalina en el suicidio, pero en menor grado que los cambios serotoninérgicos. Como resultado, las implicaciones de los estudios del sistema noradrenérgico siguen siendo comparativamente preliminares. El análisis post mortem del locus cerúleo del tronco del encéfalo de las víctimas suicidas con depresión mayor ha revelado una disminución del número de neuronas noradrenérgicas.^{130,132,140,141} Sin embargo, este hallazgo puede ser el resultado de una enfermedad, un fenómeno relacionado con el estrés u otros factores.^{130,131,140,141} Concretamente, debido a los cambios del sistema noradrenérgico relacionados con el estrés, este puede ser la causa de otros cambios observados en el cerebro de las víctimas de suicidio, entre los que se encuentran alteraciones en poblaciones de receptores adrenérgicos y de la actividad de la tirosina hidroxilasa, el paso limitante de la velocidad de síntesis de la noradrenalina.^{28,82,140} En general, los estudios del LCR no han mostrado diferencias significativas en los metabolitos de la noradrenalina en la conducta suicida.^{82,142}

Aunque se ha realizado alguna investigación sobre el papel de la dopamina en la conducta suicida y el suicidio, en general, los datos son relativamente poco concluyentes. Los estudios post mortem son muy escasos para determinar si hay cambios en los niveles de dopamina y sus metabolitos en el cerebro de las víctimas de suicidio.¹⁴⁰ En general, no se ha demostrado que los niveles de los metabolitos de la dopamina del LCR sean diferentes entre individuos con conducta suicida frente a los de otros individuos.^{82,142,143} Se han demostrado bajos niveles

del ácido homovainílico (AHV), un metabolito de la dopamina, en individuos con depresión mayor que intentaron suicidarse.¹⁴⁰ Sin embargo, no está claro si existe una relación entre la dopamina y el suicidio independientemente de la asociación conocida de la depresión mayor y de la regulación negativa de la dopamina.¹⁴⁰

El eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HHS) ha sido involucrado en la fisiopatología del suicidio, aunque no todos los estudios han llegado a las mismas conclusiones en relación con las alteraciones del eje HPS y la conducta suicida.^{15,28,82,140} En general, se ha demostrado una excesiva actividad del eje HPS en la depresión mayor, como se demuestra por la alteración en los resultados de la prueba de supresión con dexametasona, y se piensa que se encuentra asociada al riesgo suicida.^{15,28,82,131,140} Sin embargo, aunque algunos estudios han probado la relación entre la actividad del eje HPS y la tendencia suicida, demostrando una relación entre la falta de supresión con la dexametasona y el riesgo suicida, otras investigaciones recientes no han encontrado dicha asociación.⁸² Se ha demostrado una elevación en la producción de cortisol urinario en la conducta suicida, y este hallazgo se ha repetido en los análisis del LCR y del cerebro post mortem.¹⁶ También se ha demostrado que el cortisol urinario elevado y la falta de supresión con dexametasona se correlacionan con un futuro riesgo de suicidio.^{28,82,131,140}

Perspectivas psicológica, psicodinámica y neuropsicológica

La comprensión psicodinámica y psicológica del suicidio está ampliamente documentada; sin embargo, según un experto, «el proceso psicológico de este extraordinario fenómeno, sea cual sea su matriz neuroquímica, está lejos de estar claro».¹⁴⁴ Al conceptualizar la noción de asesinato de uno mismo, Freud describió la confusión entre el yo y otra persona que es tanto amada como odiada como hecho fundamental del suicidio.^{144,145} El suicidio puede entonces ser conceptualizado como la ira que se vuelve hacia uno mismo o hacia otros pero dirigida hacia uno mismo.¹⁴⁴⁻¹⁴⁶ El suicidio también ha sido visto como motivado por tres fuerzas directrices: el deseo de morir, el deseo de matar y el deseo de ser asesinado.¹⁴⁶ También se ha postulado que alteraciones en el funcionamiento del ego predisponen al suicidio,¹⁴⁴ así como inadecuadas relaciones objetales.¹⁴⁶ Maltzberger ha identificado un conjunto básico de principios que son en general ciertos para el suicidio; entre ellos se encuentran una conexión fundamental con la pérdida de objetos, la angustia mental, la confusión de partes de uno mismo con las de otros, la presencia de fantasías de resurgimiento en una nueva vida y problemas en la autorregulación.¹⁴⁴

La falta de esperanza es un correlato psicológico fundamental del suicidio. Un extenso estudio sobre la falta de esperanza ha demostrado una correlación más fuerte entre esta, la ideación suicida y el suicidio que entre la falta de esperanza y la depresión, y la depresión y el suicidio.⁸² La falta de esperanza puede ser el mejor factor predictivo global de suicidio.⁸²

La vergüenza, la sensación de inutilidad y la mala autoestima también son conceptos clave en la comprensión del suicidio; los individuos con relaciones traumáticas precoces pueden ser especialmente vulnerables a sufrir lesiones narcisistas.¹⁴⁶ Shneidman,¹⁴⁷ al exponer su enfoque psicológico del suicidio, argumentó que la psicología del suicidio implica un intenso dolor psicológico, al que denominó psiquismo. Este psiquismo ocurre debido a necesidades psicológicas insatisfechas (específicamente necesidades vitales que los individuos necesitan cuando están bajo coacción).¹⁴⁷ Ha identificado cinco grupos de dolor psicológico que predisponen al suicidio y que se centran en el amor frustrado; la aceptación y la pertenencia,

la pérdida de control, la agresión de la autoimagen y la evitación de la vergüenza; la pérdida de relaciones clave; una ira excesiva, y la indignación y la hostilidad.¹⁴⁷ Unas inadecuadas habilidades de afrontamiento, rasgos antisociales, hostilidad, falta de esperanza, dependencia y timidez también se han asociado con el suicidio.¹⁴⁶

Un informe reciente mostró que los pacientes deprimidos con pensamientos de muerte o ideación suicida tenían una menor confianza en sí mismos, una excesiva dependencia de otros y un elevado nivel punitivo hacia sí mismos en comparación con pacientes deprimidos sin pensamientos de muerte o suicidio.¹⁴⁸ Otras investigaciones han postulado correlaciones entre hallazgos neuroanatómicos, neurotransmisores y neuroendocrinos observados en el suicidio y rasgos cognitivos asociados al estado de perdedor, de no tener escapatoria y de no poder ser salvado como algo fundamental para entender la conducta suicida.¹³¹

Características clínicas y diagnóstico

El paciente que presenta un riesgo de suicidio cambia a lo largo del tiempo (desde un individuo con pensamientos privados de querer morirse o suicidarse, a un paciente gravemente enfermo que requiere atención médica urgente como resultado de una lesión autoinfligida destinada a poner fin a su vida). Por tanto, no hay una presentación característica del paciente suicida. Como resultado, la evaluación del riesgo de suicidio depende de la evaluación clínica del riesgo de suicidio en cada uno de los pacientes y, en especial, de la evaluación clínica detallada del paciente que ha contemplado, amenazado o intentado suicidarse. Los pensamientos y sentimientos del individuo deben ser obtenidos y ubicados en el contexto de los factores de riesgo conocidos de suicidio.

Aunque pueda ser útil como guía para poblaciones de pacientes que puedan tener más probabilidades de suicidarse o de intentarlo, los factores de riesgo por sí solos no son ni sensibles ni específicos para predecir un suicidio. Su prevalencia general en comparación con la incidencia relativamente baja de suicidio en la población general también puede conducir a un alto porcentaje de falsos positivos. Un modelo de regresión logística múltiple que usó algunos factores de riesgo (como la edad, el sexo, diagnósticos psiquiátricos, diagnósticos médicos, estado civil, antecedentes psiquiátricos familiares, intentos previos de suicidio e ideación suicida) no identificó a ninguno de los 46 pacientes que se suicidaron durante un período de 14 años de un grupo de 1.906 personas con trastornos afectivos.¹⁴⁹ Del mismo modo, un análisis de regresión múltiple destinado a predecir el nivel de riesgo en función del tratamiento administrado a individuos que habían intentado suicidarse observó solo una concordancia algo superior a dos tercios en relación con las decisiones tomadas por el médico que pautó dicho tratamiento.¹⁵⁰

Una evaluación del riesgo suicida está indicada en todos los pacientes que han intentado suicidarse, que han manifestado ideación o intención suicidas, que han admitido ideación o intención suicidas al ser interrogados, o cuyas acciones indican intentos de suicidio a pesar de sus objeciones en contra. Todos los intentos y pensamientos de suicidio deberían tomarse en serio, independientemente de si las acciones o pensamientos, por su naturaleza, puedan tener un carácter manipulador. El grupo de trabajo sobre conductas suicidas de la American Psychiatric Association ha esbozado cuatro características críticas de la evaluación completa de pacientes con conductas suicidas en su guía práctica de 2006: una evaluación psiquiátrica completa, un interrogatorio específico sobre el riesgo de suicidio, la elaboración de un

diagnóstico multidireccional y la estimación de dicho riesgo.¹⁴⁶ Las facetas clave de cada uno de estos componentes se detallan en el [cuadro 53-2](#).

Cuadro 53-2 Componentes de la evaluación suicida

Evaluación psiquiátrica completa

- Establezca una relación inicial
- Combine preguntas abiertas y directas
- Recopile datos de familiares, amigos y compañeros de trabajo
- Realice una evaluación del estado mental

Evaluación suicida

- Pregunte específicamente sobre pensamientos de suicidio y planes para suicidarse
- Evalúe los detalles del plan suicida
- Determine la relación riesgo-rescate
- Evalúe el nivel de planificación y preparación
- Evalúe el nivel de desesperación
- Identifique los precipitantes

Establecimiento de un diagnóstico multidireccional

- Obtenga la historia clínica
- Utilice datos de la evaluación psiquiátrica
- Incorpore datos de sus médicos previos o actuales

Estimación del riesgo suicida

- Evalúe los factores de riesgo
- Evalúe los apoyos sociales disponibles

El abordaje a un paciente con un posible riesgo de suicidio debe ser carente de críticas, de apoyo y empático. El establecimiento inicial de la relación puede incluir una introducción, un esfuerzo para crear cierto grado de privacidad en el lugar de la entrevista y un intento de maximizar el bienestar físico del paciente para dicha entrevista.⁴⁹ El paciente que siente el interés, la preocupación y la compasión es más probable que confíe en el evaluador y que proporcione una historia detallada y precisa. A menudo, ante sus sentimientos encontrados respecto a sus pensamientos y planes, los pacientes suicidas pueden obtener un importante alivio y beneficio de una evaluación atenta y cuidadosa.^{47,49}

El paciente debe ser interrogado acerca de su ideación e intención suicidas de una manera abierta y directa. Los pacientes con pensamientos y planes suicidas encuentran a menudo alivio y no se sienten ofendidos cuando encuentran a alguien con quien poder hablar de lo indecible. Los pacientes sin ideación suicida no tienen pensamientos fijos en su mente y no desarrollan un mayor riesgo de suicidio.^{47,49,151} Las preguntas generales sobre pensamientos suicidas pueden ser introducidas de manera gradual mientras se obtiene la historia clínica de la enfermedad actual. Preguntas como «¿alguna vez le parece que las cosas no merecen la pena?»⁴⁹ o «¿ha pensado que la vida no merece la pena ser vivida?»⁴⁷ pueden llevar a conversar más ampliamente sobre la depresión y la falta de esperanza. «¿Ha estado tan deprimido que ha pensado en matarse?»⁴⁹ o «¿ha pensado en suicidarse?»⁴⁶ pueden abrir la puerta a una nueva evaluación de pensamientos y planes suicidas.

Las preguntas concretas relativas a posibles planes suicidas y preparativos deben realizarse tras admitirse la ideación o intención suicida. Debe preguntarse al paciente cuándo, dónde y cómo se haría un intento, y se deberían evaluar si los posibles medios son factibles y letales. Un plan organizado y detallado que incluya un método accesible y letal puede predisponer al

paciente a un mayor riesgo de suicidio.⁴² También debe evaluarse la seriedad del deseo o intención de morir. El paciente que ha comenzado a dar los primeros pasos de un plan de suicidio, que desea estar muerto, y que no tiene esperanzas o planes para el futuro puede presentar un mayor riesgo. El último dominio mencionado (los planes para el futuro) puede ser evaluado haciendo preguntas como «¿qué se ve usted haciendo dentro de 5 años?» o «¿qué espera hacer o ver todavía?».⁴⁹

Muchos médicos han abordado las cuestiones de letalidad e intencionalidad por medio de la proporción de riesgo- rescate.^{146,152} Cuanto mayor sea el riesgo relativo o la letalidad y menor sea la probabilidad de rescate de un intento planificado, más alta será la probabilidad de consumar un suicidio. Aunque a menudo es útil, la relación de riesgo-rescate no puede aplicarse simplemente como una única fórmula, sino que se deben evaluar e interpretar las creencias concretas de un paciente determinado. Por ejemplo, un paciente puede planear un intento con un riesgo bajo de posible daño, pero puede sinceramente desear morir y creer que el plan será fatal; el paciente tendría un mayor riesgo de suicidio. A la inversa, un paciente puede planificar un intento que conlleva una alta probabilidad de muerte, como una sobredosis de paracetamol, pero puede tener poco deseo de morir y poca comprensión de la gravedad del intento; el paciente tendría un menor riesgo de suicidio.^{42,146}

El médico debe intentar identificar las posibles causas precipitantes de la crisis actual en un esfuerzo por entender por qué el paciente quiere suicidarse. El paciente que debe enfrentarse a los mismos problemas y factores estresantes después de la evaluación o que no puede o no quiere hablar sobre las posibles causas precipitantes puede presentar un mayor riesgo de suicidio.⁴² El médico también debe evaluar el apoyo social en el entorno de un paciente concreto. La falta de médicos de atención ambulatoria, familiares o amigos puede elevar el posible riesgo.^{47,58}

El evaluador que entrevista a un paciente después de un intento de suicidio necesita determinar los detalles, la gravedad, la relación riesgo-rescate y las causas precipitantes del intento. El paciente que lleva a cabo un plan detallado, que percibe el intento como letal, que piensa que la muerte será segura, que está decepcionado de estar vivo y que debe enfrentarse a los mismos factores estresantes presentará un alto riesgo de suicidio. El paciente que lleva a cabo un intento calculado y premeditado también puede tener un mayor riesgo de repetir el intento que el paciente que realiza un intento precipitado e impulsivo (por ira, deseo de venganza o de atención), o el paciente que se intoxica.⁴⁹

Se debe completar la historia psiquiátrica, médica, social y familiar del paciente que puede estar en riesgo de suicidio para evaluar la presencia y la importancia de los posibles factores de riesgo. Se debe prestar especial atención a la presencia de un TDM, el consumo de alcohol o drogas, trastornos psicóticos, de personalidad y de ansiedad. La presencia de múltiples factores de riesgo significativos puede conferir un riesgo adicional.

Una cuidadosa evaluación del estado mental permite al médico detectar problemas psiquiátricos y evaluar las capacidades cognitivas. Entre los aspectos importantes de la evaluación se encuentran el nivel de conciencia, el aspecto, la conducta, la atención, el estado de ánimo, el afecto, el lenguaje, la orientación, la memoria, la forma de pensamiento, el contenido del pensamiento, la percepción, la comprensión y el juicio.^{152,153} Una revisión psiquiátrica sistemática ayuda a detectar enfermedades psiquiátricas.

El médico debería entrevistarse con la familia y los amigos del paciente en riesgo para corroborar la información recogida y obtener datos nuevos y pertinentes. La familia puede proporcionar información que un paciente es reticente a proporcionar y que puede ser fundamental para su atención.^{42,47,49} Un paciente que se niega a hablar sobre su intento de

suicidio e insiste en que todo el acontecimiento fue un error puede hablar sobre el tema de manera abierta y sincera únicamente cuando se enfrenta con lo que manifiesta su familia. La evaluación del riesgo suicida y la protección del paciente en riesgo son procedimientos urgentes, que pueden tener prioridad sobre el deseo del paciente de privacidad y el mantenimiento de la confidencialidad en la relación médico-paciente. La preocupación por una situación de vida o muerte puede hacer innecesario obtener el consentimiento formal del paciente antes de hablar con su familia y amigos.⁴⁹

Tratamiento del riesgo suicida

El tratamiento del riesgo de suicidio comienza con la estabilización de las secuelas médicas de las conductas suicidas. La atención a las actuales o posibles enfermedades médicas debe ser rápida y las evaluaciones médicas deben ser completas. La gravedad de la presentación psiquiátrica no debe distraer al médico de su obligación de proporcionar una buena atención médica.⁴² Una vez que el paciente esté médicamente estable, o si el paciente tiene tendencias suicidas pero no ha actuado por impulsos suicidas, el enfoque del tratamiento puede centrarse en empezar a tratar las causas subyacentes al deseo de muerte. Entre los componentes del tratamiento del riesgo de suicidio se encuentran proporcionar un entorno seguro para el paciente, establecer un tratamiento apropiado, desarrollar un plan de tratamiento que incluya intervenciones somáticas y psicoterapéuticas adecuadas, y la reevaluación de la seguridad, el riesgo de suicidio, el estado psiquiátrico y la respuesta al tratamiento de forma constante¹⁴⁶ (cuadro 53-3).

Cuadro 53-3 Tratamiento del riesgo suicida

Estabilice la situación médica

Cree un entorno seguro

- Elimine los posibles medios de autolesión
- Proporcione un control frecuente
- Use restricciones cuando sean necesarias
- Realice un ingreso involuntario, si es necesario

Identifique y trate enfermedades mentales subyacentes

Identifique y modifique otros factores contribuyentes

A lo largo de la evaluación y del tratamiento del paciente suicida, se debe garantizar su seguridad hasta que el paciente ya no presente un riesgo inminente de suicidio. Una intervención adecuada y el paso del tiempo pueden ayudar a resolver las ideas e intenciones suicidas.^{42,49} Debe retenerse en contra de su voluntad a un paciente que presente un posible riesgo de suicidio y que amenace con irse antes de completarse una evaluación adecuada, de acuerdo con las leyes estatales que permiten la retención involuntaria de personas consideradas peligrosas para sí mismas y para otras.¹⁵⁴ Los pacientes que, no obstante, deseen irse antes de ser evaluados deben ingresarse en entornos cerrados o restrictivos.⁴²

Los posibles medios de producirse una autolesión deben ser retirados del alcance de un paciente en riesgo. Los objetos afilados (como tijeras, instrumentos de costura, agujas, botellas de vidrio y cubiertos) deben ser retirados del entorno cercano. Deben evitarse las ventanas, las escaleras y las estructuras en las que sea posible hacer un nudo. Los medicamentos u otras sustancias peligrosas que puedan estar en posesión de los pacientes

deben ser retirados por el personal sanitario en un lugar fuera del alcance del paciente.⁴² En todo momento, debe proporcionarse supervisión y restricción adecuadas a un paciente con riesgo de suicidio. Pueden utilizarse la supervisión frecuente y constante personalizada, las restricciones físicas y el uso de medicamentos en monoterapia o en combinación en un esfuerzo por proteger a un paciente en riesgo. Debe utilizarse el medio menos restrictivo que garantice la seguridad del paciente.

Una decisión sobre el nivel adecuado de atención y el marco terapéutico del paciente suicida es crítica. La seguridad del paciente es primordial, y las decisiones sobre el nivel de atención—desde el alta hospitalaria con un seguimiento ambulatorio hasta el ingreso involuntario—deben basarse en la determinación del riesgo y los métodos que más probablemente puedan proteger al paciente de dañarse a sí mismo, incluso cuando el paciente no esté de acuerdo. Aquellos que presentan un alto riesgo de suicidio, o que no pueden controlar sus impulsos suicidas, deben ser ingresados en un centro psiquiátrico en régimen cerrado. Si un paciente con un alto riesgo de suicidio se niega a ser ingresado, debe ser ingresado de forma involuntaria.

Un paciente que requiere ser ingresado debe ser informado de esta decisión de una manera clara y directa. Los posibles traslados deben realizarse de la manera más rápida y eficiente posible, ya que el paciente puede estar lo bastante tenso e indeciso respecto a la decisión de ser ingresado. Aquellos que acepten el ingreso voluntariamente y que cooperan con sus cuidadores pueden tener la mayor probabilidad de alcanzar un éxito terapéutico.⁴⁹ Un estudio de 3 años de evolución con pacientes de un SU universitario de Zúrich encontró que pacientes de edad avanzada tenían más probabilidades de ser ingresados después de un intento de suicidio y que casi la mitad de los pacientes ingresados para su tratamiento psiquiátrico lo fueron voluntariamente.¹⁵⁰ En un análisis de regresión de la misma muestra con dichos ingresos se asociaron con las formas más agresivas de intentos de suicidio (no definidas por sobredosis o la producción de autolesiones) los antecedentes de tratamiento hospitalario previo y un diagnóstico actual de psicosis o de esquizofrenia.¹⁵⁰

El médico siempre debe adoptar un enfoque conservador para tratar el riesgo suicida y mantener la seguridad del paciente y, si es necesario, equivocarse por exceso de restricción o ingreso. Desde el punto de vista legal, el médico demandado por agresión secundaria al uso de restricciones o una reclusión involuntaria es más defendible que el médico demandado por negligencia secundaria a un suicidio consumado. Actuar de acuerdo con un buen juicio clínico en el mejor interés del paciente conlleva un escaso riesgo de responsabilidad.⁴⁹ Se deberían incluir adecuadamente en la documentación los procesos de pensamiento que determinan las decisiones de vigilar, restringir, dar de alta o ingresar a un paciente.⁴⁹

Aunque la administración sanitaria puede presionar a un médico para evitar el ingreso mediante el uso de alternativas menos costosas, nada sustituye un buen juicio clínico.¹⁴⁶ En concreto, los contratos de seguridad o los contratos de prevención de suicidio, aunque destinados a controlar el riesgo, suelen ser generalmente sobrevalorados y de limitada utilidad.^{146,155} Concretamente, los contratos de suicidio dependen de las creencias subjetivas del psiquiatra y del paciente y no de datos objetivos; nunca se ha demostrado que sean clínicamente eficaces.^{146,155} Por otra parte, muchas personas que intentan y que consuman el suicidio tenían contratos de suicidio en el momento del acto suicida.^{146,156,157} Por último, un contrato de suicidio no es un contrato legal y tiene una utilidad limitada si, de cualquier forma, el litigio es el resultado de un suicidio consumado.^{146,158,159}

Las terapias somáticas dirigidas a tratar la enfermedad psiquiátrica subyacente son un pilar del tratamiento del paciente suicida. Sin embargo, si bien la enfermedad psiquiátrica

constituye un importante factor de riesgo del suicidio y el tratamiento de la psicopatología subyacente se asocia con un menor riesgo de este, rara vez los medicamentos psiquiátricos se han asociado de forma independiente con una disminución del suicidio. Las dos excepciones destacadas son el tratamiento a largo plazo con litio (en la enfermedad afectiva)^{160,161} y la clozapina (en la esquizofrenia).^{162,163}

Debido a que la depresión es el diagnóstico psiquiátrico más asociado con el suicidio, el tratamiento psicofarmacológico de la depresión es la faceta principal del tratamiento del riesgo de suicidio. Sin embargo, no se ha demostrado que los antidepresivos disminuyan el riesgo de suicidio.^{146,164} Aunque un estudio reciente encontró una tasa más alta de suicidio después de la interrupción de los antidepresivos en comparación con el mantenimiento del tratamiento con antidepresivos, el estudio fue pequeño y se requieren futuras investigaciones.¹⁶⁵

La controversia sobre la relación entre los medicamentos antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y el suicidio se ha extendido a lo largo de dos décadas. A principios de la década de los noventa, surgieron informes de un posible aumento de la ideación suicida y de la conducta suicida en adultos y niños en tratamiento con ISRS.^{166,167} En 2004, la Food and Drug Administration (FDA) publicó un «cuadro negro de advertencia» de todos los fármacos antidepresivos relacionados con el riesgo de suicidio en pacientes pediátricos¹⁶⁸ y más recientemente se amplió esta advertencia a individuos de hasta 24 años de edad.¹⁶⁹ No obstante, persiste la controversia sobre la relación de los ISRS y el suicidio, tanto en adultos como en niños. Por ejemplo, en 2004, antes de la advertencia de la FDA, el grupo de trabajo del American College of Neuropsychopharmacology sobre los ISRS y la conducta suicida en jóvenes no encontró una asociación entre los ISRS y el aumento del riesgo de suicidio en niños.¹⁷⁰ Otro estudio también demostró una mejoría en la depresión y una reducción del pensamiento suicida con fluoxetina y con fluoxetina en combinación con la terapia cognitivo-conductual (TCC), en comparación con placebo y la TCC sola.¹⁷¹ Además, la cumplimentación de la prescripción de ISRS disminuyó un 58% en los años siguientes al cuadro negro de advertencia de la FDA de 2004 con un importante efecto indirecto en la población adulta con disminuciones en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión.¹⁷² Estas reducciones se asociaron con aumentos en las tasas del riesgo de suicidio en pacientes pediátricos.¹⁷³

En adultos, ha habido una controversia similar sobre una posible relación entre los ISRS y el aumento del riesgo de suicidio y de autolesión. Se han llevado a cabo múltiples estudios con un gran número de pacientes que evaluaron el riesgo de suicidio y de autolesión; en gran medida, determinaron que los ISRS no estaban asociados con un mayor riesgo de suicidio o violencia.^{146,174-176} Sin embargo, el debate ha continuado.¹⁷⁷ Más recientemente (2005), tres artículos publicados en el British Medical Journal llegaron a diferentes conclusiones y plantearon algunas preguntas sobre los datos utilizados en un estudio anterior. Un análisis de 477 estudios controlados aleatorizados que incluyeron a más de 40.000 pacientes no encontró evidencias de que los ISRS incrementaran el riesgo de suicidio, pero encontró una evidencia débil de un mayor riesgo de autolesión.¹⁷⁸ Una segunda revisión de estudios controlados aleatorizados con un total de 87.650 pacientes llegó a la conclusión opuesta, al encontrar una asociación entre los intentos de suicidio y el uso de ISRS.¹⁷⁹ Un estudio de casos y controles que incluyó 146.095 individuos con una primera prescripción por depresión no encontró un mayor riesgo de suicidio o de autolesión no fatal en adultos que recibieron ISRS frente a quienes recibieron antidepresivos tricíclicos (ATC), aunque hubo alguna débil evidencia del aumento de autolesiones no fatales con el uso de ISRS en pacientes menores de 18 años.¹⁸⁰

Lo que se desprende de la revisión de los datos sobre el uso de ISRS es que son necesarios más estudios. Debido a que los ISRS son prescritos para el tratamiento de una enfermedad subyacente caracterizada por ansiedad, agitación y riesgo de suicidio, es difícil separar el efecto del fármaco del de la enfermedad.¹⁴⁶ A pesar de que existe una asociación entre los ISRS y la ideación y la conducta suicidas incipientes, el tratamiento con antidepresivos no ha demostrado aumentar el suicidio consumado,¹⁸¹ y las tasas de mortalidad por suicidio han disminuido a medida que el uso de ISRS ha aumentado.^{182,183} A pesar de la continua controversia, los ISRS tienen una ventaja evidente sobre los ATC y los antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), la de ser relativamente más seguros en caso de sobredosis. También se han publicado advertencias de la FDA con respecto a la posible inducción del riesgo suicida con fármacos anticonvulsivos, como la varenciclina y la tetrabenacina, pero sus implicaciones clínicas hasta este momento no han sido aclaradas.¹⁶⁹ En general, los médicos deben ser conscientes del posible efecto inductor de suicidio que puedan tener los ISRS y otros medicamentos en un subgrupo susceptible de pacientes, y, por tanto, estarán indicadas evaluaciones cuidadosas, la educación psicológica de los pacientes y sus familias, y una estrecha vigilancia y un seguimiento de la atención al iniciar el tratamiento antidepresivo. Sin embargo, los conocidos efectos beneficiosos de los ISRS deben sopesarse frente a los riesgos.

Por último, debido a que el tratamiento farmacológico de la depresión suele normalmente requerir varias semanas para que se inicie su eficacia, la terapia electroconvulsiva (TEC) puede estar indicada en aquellos en los que el riesgo de suicidio sigue siendo alto o los antidepresivos estén contraindicados.^{146,184} La TEC se asocia con una disminución en la ideación suicida a corto plazo.¹⁴⁶ Su uso se ha establecido mejor en la depresión, y también puede recomendarse en pacientes embarazadas y en aquellos que no han respondido a intervenciones farmacológicas.¹⁴⁶

Las intervenciones psicoterapéuticas son muy utilizadas para tratar el riesgo de suicidio, aunque pocos estudios han abordado los resultados de la psicoterapia con respecto a la reducción del suicidio. Sin embargo, la práctica clínica y el consenso apoyan el uso de la psicoterapia y otras intervenciones psicosociales, a pesar de la necesidad de más estudios.¹⁴⁶ Están surgiendo pruebas de la eficacia de múltiples modalidades psicoterapéuticas en el tratamiento de la depresión, el trastorno de la personalidad límite y el riesgo suicida per se, incluida la psicoterapia psicodinámica, la TCC, la terapia conductual dialéctica y la psicoterapia interpersonal.¹⁴⁶

Dificultades en la evaluación del riesgo de suicidio

Los médicos pueden encontrar obstáculos con ciertos pacientes, o en sí mismos, durante la evaluación del riesgo de suicidio. Deben ser expertos en la evaluación de pacientes intoxicados, que amenazan o no cooperan, y deben ser conscientes de sus sentimientos y actitudes personales (p. ej., ansiedad, ira, negación, intelectualización o identificación excesiva) para permitir una mejor evaluación y tratamiento del paciente en riesgo de suicidio ([cuadro 53-4](#)).

Cuadro 53-4 Reacciones frecuentes de los médicos ante el suicidio

Enfado

Ansiedad
Depresión
Negación
Impotencia
Indiferencia
Intelectualización
Sobreidentificación
Rechazo

Un paciente que está intoxicado puede expresar una idea o intención suicidas que está (frecuentemente) oculta cuando está sobrio. Una breve evaluación inicial mientras el paciente está intoxicado y sus defensas psicológicas están alteradas puede revelar la profundidad de la ideación suicida o las razones que se esconden tras un intento de suicidio.⁴⁹ También se debe completar y documentar una evaluación más minuciosa cuando el paciente esté sobrio.^{42,49}

Un paciente que amenaza con suicidarse debe ser evaluado en presencia de agentes de seguridad y deben adoptarse las restricciones necesarias para proteger tanto al individuo como al personal sanitario.⁴⁹ Aquellos que no cooperan pueden rehusar contestar a las preguntas a pesar de todos los intentos por establecer una relación y crear una conexión comprensiva y empática. Declarar «me gustaría averiguar cómo puedo ayudarle, pero no puedo hacerlo si no me proporciona alguna información» de una manera tranquila pero firme podría ser útil. Los pacientes deben ser informados de que las medidas de seguridad no serán suspendidas hasta que la evaluación sea completada y que no podrán irse dados de alta en contra del consejo médico. Debe interrogarse cuidadosamente por su capacidad de rechazar tratamientos médicos.⁴⁹ A un paciente que se niega a cooperar hasta que se eliminen las restricciones, se le debe recordar la importancia de la evaluación y que debe cooperar con el objetivo de eliminar dichas restricciones. Declaraciones como: «Ambos estamos de acuerdo en que las restricciones deben desaparecer si no las necesita. Estoy muy preocupado por su seguridad, y necesito que conteste algunas preguntas antes de que pueda decidir si es seguro retirar estas restricciones» podrían ser útiles.⁴⁹

Un médico puede presentar sentimientos y actitudes personales hacia un paciente en riesgo de suicidio, que deben ser reconocidos y que no debe permitir que interfieran en la atención adecuada del paciente.¹⁴⁴ Los médicos pueden sentirse ansiosos debido a la conciencia de que un error de juicio podría tener consecuencias fatales. Pueden sentirse enfadados con un paciente con antecedentes de múltiples demostraciones suicidas o con un paciente que ha utilizado métodos banales, lo que a menudo da lugar a evaluaciones incorrectas e intervenciones punitivas. Los evaluadores enfadados pueden ingresar de forma inapropiada a un paciente con un bajo riesgo de suicidio en una institución psiquiátrica o pueden enviar a su casa a un paciente con alto riesgo.⁴⁹

Algunos médicos tienden a experimentar la negación cuando evalúan y tratan a pacientes en riesgo de suicidio. Pueden confabular con el paciente o la familia postulando que la ideación suicida expresada era «solo por hablar» o que el intento de suicidio fue «simplemente un accidente». Otros pueden practicar la intelectualización y elegir creer que el suicidio es «un acto de libre albedrío» y que los pacientes deberían tener el derecho personal y legal de suicidarse.⁴²

Los médicos frecuentemente se identifican en exceso con los pacientes con los que comparten características personales. Pensar «nunca me suicidaré» puede traducirse en pensar «este paciente nunca se suicidaría» y se puede pasar por alto un riesgo grave de suicidio.⁴⁹ El

evaluador puede intentar asegurar a los pacientes que estarán bien o tratar de convencerlos de que no tienen tendencias suicidas. Por tanto, los pacientes pueden ser incapaces de expresarse plenamente y no recibir una evaluación y un tratamiento adecuados.

Un médico que realiza evaluaciones de pacientes que han intentado suicidarse y que han sido ingresados en una planta de un hospital general tiene que ser consciente de sus propias reacciones hacia ese paciente, así como de las del personal. Además, el personal médico y quirúrgico suelen desarrollar fuertes sentimientos frente a los pacientes que han intentado suicidarse y a veces desean que estos hubiesen muerto. El médico debe suavizar estas situaciones enrarecidas, tal vez llevando a cabo reuniones de grupo, para que los involucrados sean más conscientes de sus sentimientos negativos y no se comporten de manera incorrecta.¹⁸⁵ Estas intervenciones pueden prevenir un tratamiento inadecuado y un alta prematura.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. FastStats: suicide and self-inflicted injury, <<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm>>; [Accessed on August 3, 2013].
2. Rich CL, Young D, Fowler RC. San Diego suicide study: young vs. old subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:577–582.
3. Brent DA. Correlates of medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987;26:87–89.
4. Moscicki EK, O’Carroll P, Regier D, et al. Suicide attempts in the epidemiologic catchment area study. *Yale J Biol Med*. 1988;61:259–268.
5. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, et al. Risk factors for adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:581–588.
6. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31:655–662.
7. Moscicki E. Epidemiology of suicide. In: Goldsmith S, ed. *Risk factors for suicide*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
8. Clayton PJ. Suicide. *Psychiatr Clin North Am*. 1985;8:203–214.
9. Hirschfeld RMA, Davidson L, Risk factors for suicide. Frances AJ, Hales RE, eds. *American Psychiatric Press review of psychiatry*, vol. 7. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1988.

10. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, et al. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Dis.* 1995;34:173–185.
11. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25:22–35.
12. National Institute of Mental Health. Suicide facts and statistics, Available at: <www.nimh.nih.gov/suicideprevention/suifact.cfm>; [Accessed April 9, 2004].
13. Gaynes BN, West SL, Ford CA, et al. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004;140:822–835.
14. National Center for Health Statistics. Fast stats: self-inflicted injury/suicide, Available at: <www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm>; [Accessed October 20, 2004].
15. Maris RW. Suicide. *Lancet.* 2002;360:319–326.
16. Weissman MM. The epidemiology of suicide attempts, 1960-1971. *Arch Gen Psychiatry.* 1974;30:737–746.
17. Andrus JK, Fleming DW, Heumann MA, et al. Surveillance of attempted suicide among adolescents in Oregon, 1988. *Am J Public Health.* 1991;81:1067–1069.
18. McIntosh JL. Suicide prevention in the elderly (age 65-99). *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25:180–192.
19. O’Connell H, Chin A, Cunningham C, et al. Recent developments: suicide in older people. *BMJ.* 2004;329:895–899.
20. Richardson R, Lowenstein S, Weissberg M. Coping with the suicidal elderly: a physician’s guide. *Geriatrics.* 1989;44:43–51.
21. Berman AL, Jobs DA. Suicide prevention in adolescents (age 12-18). *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25:143–154.
22. Kennedy SP, Baraff LJ, Suddath RL, et al. Emergency department management of suicidal adolescents. *Ann Emerg Med.* 2004;43:452–460.
23. Hirschfeld RMA, Russell JM. Current concepts: assessment and treatment of suicidal patients [review]. *N Engl J Med.* 1997;337:910–915.
24. Moscicki EK. Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiol.* 1994;4:152–158.

25. Griffith EEH, Bell CC. Recent trends in suicide and homicide among blacks. *JAMA*. 1989;262:2265–2269.
26. Earls F, Escobar JI, Manson SM. Suicide in minority groups: epidemiologic and cultural perspectives. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, eds. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
27. Runeson BS. Mental disorder in youth suicide: DSM III-R Axes I and II. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79:490–497.
28. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*. 2002;136:302–311.
29. Isometsa E, Henriksson M, Marttunen M, et al. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *BMJ*. 1995;310:1366–1367.
30. Black DW, Winokur G. Suicide and psychiatric diagnosis. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, eds. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
31. Jamison KR. Suicide and manic-depressive illness: an overview and personal account. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
32. Roy A. Suicide and psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am*. 1985;8:227–241.
33. Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry*. 1987;150:145–153.
34. Hirschfeld RMA. Algorithm for the evaluation and treatment of suicidal patients. *Prim Psychiatry*. 1996;3:26–29.
35. Black DW, Winokur G, Nasrallah A. Effect of psychosis on suicide risk in 1,593 patients with unipolar and bipolar affective disorders. *Am J Psychiatry*. 1988;145:849–852.
36. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1189–1194.
37. Miller NS, Giannini AJ, Gold MS. Suicide risk associated with drug and alcohol addiction. *Cleve Clin J Med*. 1992;59:535–538.
38. Fowler RC, Rich CL, Young D. San Diego suicide study: substance abuse in young cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:962–965.
39. Appleby L. Suicide in psychiatric patients: risk and prevention. *Br J Psychiatry*. 1992;161:749–758.

40. Buzan RD, Weissberg MP. Suicide: risk factors and prevention in medical practice. *Annu Rev Med.* 1992;43:37–46.
41. Murphy GE, Armstrong JW, Hermele SL, et al. Suicide and alcoholism: interpersonal loss confirmed as a predictor. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36:65–69.
42. Buzan RD, Weissberg MP. Suicide: risk factors and therapeutic considerations in the emergency department. *J Emerg Med.* 1992;10:335–343.
43. Crumley FE. Substance abuse and adolescent suicidal behavior. *JAMA.* 1990;263:3051–3056.
44. Weiss R, Hufford MR. Substance abuse and suicide. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention.* San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
45. Fawcett J, Clark DC, Busch KA. Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatry Ann.* 1993;23:244–255.
46. Tsuang MT, Fleming JA, Simpson JC. Suicide and schizophrenia. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention.* San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
47. Hofmann DP, Dubovsky SL. Depression and suicide assessment. *Emerg Med Clin North Am.* 1991;9:107–121.
48. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenia—a high-risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life Threat Behav.* 1992;22:479–493.
49. Shuster JL, Lagomasino IT, Okereke OI, et al. Suicide. In: Irwin RS, Rippe JM, eds. *Intensive care medicine.* ed 5 Philadelphia: Lippincott-Raven; 2003.
50. Goldsmith SJ, Fyer M, Frances A. Personality and suicide. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, eds. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
51. Davis T, Gunderson JG, Myers M. Borderline personality disorder. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention.* San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
52. McGlashan TH. Borderline personality disorder and unipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1987;175:467–473.
53. Noyes R. Suicide and panic disorder: a review. *J Affect Dis.* 1991;22:1–11.

54. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med*. 1989;321:1209–1214.
55. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Panic disorder, comorbidity and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:805–808.
56. Silverman MM, Goldblatt MJ. Physical illness and suicide. In: Maris RW, Berman AL, Silverman MM, eds. *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press; 2000.
57. Hughes K, Kleepies P. Suicide in the medically ill. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;(Suppl.):48–60.
58. Mans RW. Introduction. *Suicide Life Threat Behav*. 1991;21:1–17.
59. Conwell Y, Duberstein PR. Suicide among older people: a problem for primary care. *Prim Psychiatry*. 1996;3:41–44.
60. Kelly MJ, Mufson MJ, Rogers MP. Medical settings and suicide. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
61. Marzuk PM, Tierney H, Tardiff K, et al. Increased risk of suicide in persons with AIDS. *JAMA*. 1988;259:1333–1337.
62. Perry S, Jacobsberg L, Fishman B. Suicidal ideation and HIV testing. *JAMA*. 1990;263:679–682.
63. Jia CX, Mehlum L, Qin P. AIDS/HIV infection, comorbid psychiatric illness, and risk for subsequent suicide: a nationwide register linkage study. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(10):1315–1321.
64. Rich CL, Fowler RC, Young D, et al. San Diego suicide study: comparison of gay to straight males. *Suicide Life Threat Behav*. 1986;16:448–457.
65. Massie MJ, Gagnon P, Holland JC. Depression and suicide in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage*. 1994;9:325–340.
66. Breitbart W. Suicide in cancer patients. *Oncology*. 1987;1:49–53.
67. Breitbart W. Suicide in cancer patients. In: Holland JC, Rowland JH, eds. *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press; 1989.
68. Achte KA, Lonquist J, Hillbom E. Suicides following war brain injuries. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1971;225:3–94.

69. Stenager EN, Stenager E. Suicide and patients with neurologic diseases: methodologic problems. *Arch Neurol*. 1992;49:1296–1303.
70. MacKenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med*. 1987;17:3–22.
71. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N. Multiple sclerosis and suicide: an epidemiological investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992;55:542–545.
72. Kurella M, Kimmel PL, Yang BS, et al. Suicide in the United States End-Stage Renal Disease Program. *J Am Soc Nephrol*. 2005;16(3):774–781.
73. Abram HS, Moore GL, Westervelt FB. Suicidal behavior in chronic renal patients. *Am J Psychiatry*. 1971;127:1199–1204.
74. White SL, McLean AEM, Howland C. Anticonvulsant drugs and cancer. *Lancet*. 1979;2:458–461.
75. Hawton K, Fagg J, Marsack P. Association between epilepsy and attempted suicide. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1980;43:168–170.
76. Barraclough BM. The suicide rate of epilepsy. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;76:339–345.
77. Mendez MF, Lanska DJ, Manon-Espaillet R, et al. Causative factors for suicide attempts by overdose in epileptics. *Arch Neurol*. 1989;46:1065–1068.
78. Ducharme SH, Freed MM. The role of self-destruction in spinal cord injury mortality. *Sci Dig Winter*. 1980; 29–38.
79. Geisler WO, Jousse AT, Wynne-Jones M, et al. Survival in traumatic spinal cord injury. *Paraplegia*. 1983;21:364–373.
80. Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, et al. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA*. 2002;288:351–357.
81. Adam KS. Attempted suicide. *Psychiatr Clin North Am*. 1985;8:183–201.
82. Joiner Jr TE, Brown JS, Wingate LR. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol*. 2005;56:287–314.
83. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, et al. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:29–32.
84. Phillips DP, Cartensen LL. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med*. 1986;315:685–689.

85. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1075–1076.
86. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12:1–13.
87. Turecki G. Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? *Bipolar Disord*. 2001;3:335–349.
88. Hranilovic D, Stefulji J, Furac E, et al. Serotonin transporter gene promoter (5-HTTLPR) and Intron 2 (VNTR) polymorphisms in Croatian suicide victims. *Biol Psychiatry*. 2003;54:884–889.
89. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, et al. Personality traits as prospective predictors of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120:222–229.
90. Ernst C, Deleva V, Deng X, et al. Alternative splicing, methylation state, and expression profile of tropomyosin-related kinase B in the frontal cortex of suicide completers. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:22–32.
91. Keller S, Sarchiapone M, Zarrilli F, et al. Increased BDNF promoter methylation in the Wernicke area of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:258–267.
92. Poulter MO, Du L, Weaver IC, et al. GABAA receptor promoter hypermethylation in suicide brain: implications for the involvement of epigenetic processes. *Biol Psychiatry*. 2008;64:645–652.
93. McGown PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neuroscience*. 2009;12:342–348.
94. Labonte B, Turecki G. The epigenetics of suicide: explaining the biological effects of early life environmental adversity. *Arch Suicide Res*. 2010;14:291–310.
95. Labonte B, Yerko V, Gross J, et al. Differential glucocorticoid receptor exon 1(B), 1(C), and 1(H) expression and methylation in suicide completers with a history of childhood abuse. *Biol Psychiatry*. 2012;72:41–48.
96. Labonte B, Suderman M, Maussion G, et al. Genome-wide methylation changes in the brains of suicide completers. *Am J Psychiatry*. 2013;170(5):511–520.
97. Lagomasino IT, Stern TA. The suicidal patient. *MGH guide to primary care psychiatry*. New York: McGraw-Hill; 2004.
98. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health*. 1988;78:78–80.

99. Buda M, Tsuang MT. The epidemiology of suicide: implications for clinical practice. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, eds. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
100. Brent DA, Perper JA, Allman CJ, et al. The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: a case-control study. *JAMA*. 1991;266:2989–2995.
101. Heikkinen M, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;377(Suppl.):65–72.
102. Kellermann AL, Rivara FP, Simes G, et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Engl J Med*. 1992;327:467–472.
103. Watanabe KK, Kang HK, Thomas TL. Mortality among Vietnam veterans: with methodological considerations. *J Occup Med*. 1991;33:780–785.
104. Watanabe KK, Kang HK. Military service in Vietnam and the risk of death from trauma and selected cancer. *Ann Epidemiol*. 1995;5:407–412.
105. Cypel Y, Kang H. Mortality patterns among women Vietnam-era veterans: results of a retrospective cohort study. *Ann Epidemiol*. 2008;18:244–252.
106. Kang HK, Bullman TA. Mortality among US veterans of the Persian Gulf War. *N Engl J Med*. 1996;335:1498–1504.
107. Kang HK, Bullman TA. Mortality among US veterans of the Gulf War: seven year follow-up. *Am J Epidemiol*. 2001;154:399–405.
108. Writer JW, DeFraités RF, Brundage JF. Comparative mortality among US military personnel in the Persian Gulf region and worldwide during Operations Desert Shield and Desert Storm. *JAMA*. 1996;275:118–121.
109. Bullman TA, Kang HK. Risk of suicide among wounded Vietnam veterans. *Am J Public Health*. 1996;86:662–667.
110. Boehmer T, Flanders D, McGeehin M, et al. Postservice mortality in Vietnam veterans: 30-year follow-up. *Arch Intern Med*. 2004;164:1908–1916.
111. Eaton KM, Messer SC, Garvey Wilson AL, et al. Strengthening the validity of population-based suicide rate comparisons: an illustration using US military and civilian data. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(2):182–191.
112. Helmkamp JC. Suicides in the military: 1980-1992. *Mil Med*. 1995;160:45–50.

113. Mahon MH, Tobin JP, Cusack DA, et al. Suicide among regular-duty military personnel: A retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1688–1696.
114. Lineberry TW, O'Connor SS. Suicide in the US Army. *Mayo Clinic Proc*. 2012;87(9):871–878.
115. Rozanov V, Carli V. Suicide among war veterans. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:2504–2519.
116. Kang HK, Bullman TA. The risk of suicide among US veterans after returning from Iraq or Afghanistan war zones. *JAMA*. 2008;300:652–653.
117. LeardMann CA, Powell MS, Smith TC, et al. Risk factors associated with suicide in current and former US military personnel. *JAMA*. 2013;310(5):496–506.
118. Miller M, Azrael D, Hemenway D. Firearm availability and unintentional firearm deaths, suicide, and homicide among 5-14 year olds. *J Trauma*. 2002;52:267–274.
119. Shaffer D, Garland A, Gould M, et al. Preventing teenage suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988;27:675–687.
120. Roy A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39:1089–1095.
121. Stern TA, Mulley AG, Thibault GE. Life-threatening drug overdose: precipitants and prognosis. *JAMA*. 1984;251:1983–1985.
122. Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiatry*. 1975;132:285–287.
123. Isometsa ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, et al. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry*. 1995;152:919–922.
124. Isometsa ET, Aro HM, Henriksson MM, et al. Suicide in major depression in different treatment settings. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:523–527.
125. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior: an overview. *JAMA*. 1975;234:1146–1149.
126. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985;142:559–563.
127. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159:909–916.

128. Valente SM. Evaluating suicide risk in the medically ill patient. *Nurse Pract.* 1993;18:41–50.
129. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33:1193–1197.
130. Mann JJ, Arango V. The neurobiology of suicidal behavior. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*,. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
131. Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry.* 2003;48:292–300.
132. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nat Med.* 1988;4:25–30.
133. Mann JJ, Malone KM, Sweeney JA, et al. Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology.* 1996;15:576–586.
134. Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M, et al. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;24:1–9.
135. Mann JJ. Neurobiology of suicide and aggression. In *Psychopharmacology: the fourth generation of progress (ACNP)*, 2000, Available at: <http://www.acnp.org/g4/GN4010000185/Default.htm>; [Accessed October 23, 2007].
136. Mann JJ, Arango V, Marzuk PM, et al. Evidence for the 5-HT hypothesis of suicide: a review of post mortem studies. *Br J Psychiatry.* 1989;155(Suppl. 8):7–14.
137. Arango V, Underwood M, Mann JJ. Biological alterations in the brainstem of suicides. In: Mann JJ, ed. *Psychiatric clinics of North America: suicide*. Philadelphia: WB Saunders; 1997.
138. Dwivedi Y, Conley R, Roberts RC, et al. mRNA and protein expression of selective alpha subunits of G proteins are abnormal in prefrontal cortex of suicide victims. *Neuropsychopharmacology.* 2002;27:499–517.
139. Dwivedi Y, Conley R, Roberts RC, et al. [3H]cAMP binding sites and protein kinase A activity in the prefrontal cortex of suicide victims. *Am J Psychiatry.* 2002;159:66–73.
140. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behavior. *Nature Rev Neurosci.* 2003;4:819–828.
141. Arango V, Underwood MD, Mann JJ. Fewer pigmented locus coeruleus neurons in suicide victims: preliminary results. *Biol Psychiatry.* 1996;39:112–120.

142. Placidi GPA, Oquendo MA, Malone KM, et al. Aggressivity, suicide attempts, and depression: relationship to cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels. *Biol Psychiatry*. 2001;50:783–791.
143. Arranz B, Blennow K, Eriksson A, et al. Serotonergic, noradrenergic, and dopaminergic measures in suicide brains. *Biol Psychiatry*. 1997;41:1000–1009.
144. Maltzberger JT. The psychodynamic understanding of suicide. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
145. Freud S. Mourning and melancholia [1917]. In: Strachey J, ed. *The standard edition of complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press; 1959.
146. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11 Suppl.):1–60.
147. Shneidman E. Perturbation and lethality: a psychological approach to assessment and intervention. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
148. Fountoulakis K, Iacovides A, Fotiou F, et al. Neurobiological and psychological correlates of suicide attempts and thoughts of death in patients with major depression. *Neuropsychobiology*. 2004;49:42–62.
149. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, et al. The predication of suicide: sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:418–422.
150. Hepp U, Moergeli H, Trier S, et al. Attempted suicide: factors leading to hospitalization. *Can J Psychiatry*. 2004;49:736–742.
151. Blumenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am*. 1988;72:937–971.
152. Weisman AD, Worden JW. Risk-rescue rating in suicide assessment. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26:553–560.
153. Hyman SE, Tesar GE. The emergency psychiatric evaluation, including the mental status examination. In: Hyman SE, Tesar GE, eds. *Manual of psychiatric emergencies*. ed 3 Boston: Little, Brown; 1994.
154. Amchin J, Wettstein RM, Roth RH. Suicide, ethics, and the law. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, eds. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.

155. Miller MC. Suicide-prevention contracts: advantages, disadvantages, and an alternative approach. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
156. Hall RC, Platt DE, Hall RC. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics*. 1999;40:18–27.
157. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:14–19.
158. Simon RI. The suicide prevention contract: clinical, legal, and risk management issues. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1999;27:445–450.
159. Miller MC, Jacobs DG, Gutheil TG. Talisman or taboo: the controversy of the suicide-prevention contract. *Harv Rev Psychiatry*. 1998;6:78–87.
160. Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104:163–172.
161. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: update and new findings. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(Suppl. 5):44–52.
162. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:82–91.
163. Meltzer HY, Okayli G. Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *Am J Psychiatry*. 1995;152:183–190.
164. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, et al. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:165–172.
165. Yerevanian BI, Koek RJ, Feusner JD, et al. Antidepressants and suicidal behaviour in unipolar depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110:452–458.
166. Teicher MH, Glod C, Cole JP. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*. 1990;159:1746–1751.
167. King RA, Riddle M, Chappell PB, et al. Emergence of self-destructive phenomena in children and adolescents during fluoxetine treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:171–176.

168. Gillmore JM, Chan CH. Suicide: a focus on primary care. *Wisc Medical J.* 2004;103(6):88–92.
169. Reeves RR, Ladner ME. Antidepressant-induced suicidality: Implications for clinical practice. *Southern Med J.* 2009;102(7):713–718.
170. American College of Neuropsychopharmacology, Executive Summary. Preliminary report of the Task Force on SSRIs and Suicidal Behavior in Youth, 2004.
171. Treatment for Adolescents with Depression Study Team Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. *JAMA.* 2004;292:807–820.
172. Sussman N. FDA warnings and suicide rates: unintended consequences. *Prim Psychiatry.* 2008;15:22–232.
173. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, et al. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 2007;164:1356–1363.
174. Khan A, Khan S, Kolts R, et al. Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *Am J Psychiatry.* 2003;160:790–792.
175. Walsh M, Dinan T. Selective serotonin reuptake inhibitors and violence: a review of the available evidence. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104:84–91.
176. Isacson G, Holmgren P, Ahlner J. Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: a controlled forensic database study of 14,857 suicides. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;111:286–290.
177. Lapierre YD. Suicidality with selective serotonin reuptake inhibitors: valid claim? *J Psychiatry Neurosci.* 2003;28:340–347.
178. Healy D, Whitaker C. Antidepressants and suicide: risk-benefit conundrums. *J Psychiatry Neurosci.* 2003;28:331–337.
179. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomized controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ.* 2005;330:385–389.
180. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ.* 2005;330:396–402.
181. Reith DM, Edmonds L. Assessing the role of drugs in suicidal ideation and suicidality. *CNS Drugs.* 2007;21:463–472.

182. Hall WD, Lucke J. How have the selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants affected suicide mortality? *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:941–950.

183. Martinez C, Rietbrock S, Wise L, et al. Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study. *BMJ*. 2005;330:389–395.

184. American Psychiatric Association Task Force *The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging*. ed 2 Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.

185. Stern TA, Prager LM, Cremens MC. Autognosis rounds for medical housestaff. *Psychosomatics*. 1993;34:1–7.

Lecturas recomendadas

American Psychiatric Association Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11 Suppl.):1–60.

Department of Health and Human Services *The Surgeon General's call to action to prevent suicide*. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 1999.

Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.

Joiner Jr TE, Brown JS, Wingate LR. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol*. 2005;56:287–314.

Lagomasino IT, Stern TA. The suicidal patient. In: Stern TA, Herman JB, Slavin PL, eds. *The Massachusetts General Hospital guide to primary care psychiatry*. New York: McGraw-Hill; 2004.

Maris RW, Berman AL, Silverman MM. *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press; 2000.

Stern TA, Perlis RH, Lagomasino IT. Suicidal patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, eds. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. ed 5 Philadelphia: Mosby; 2004.

|

(Stern, 20171024, pp. 598.e1-598.e4)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.

SNC PHARMA