

El suicidio como problema de salud pública

Sheyla O. Juárez Aranda*

Resumen

El intento de suicidio y el suicidio consumado son un problema grave de salud pública. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente un millón de personas mueren en el mundo cada año, y se estima que para el año 2020 morirán por esta causa 1.5 millones de personas. Diversos estudios demuestran que los hombres tienen la tasa más elevada de suicidio consumado, mientras que las mujeres la tasa más elevada de intento suicida. En esta investigación se indaga sobre algunos factores de riesgo en el suicidio, como es la presencia de algún trastorno psiquiátrico, o bien, presentan síntomas psiquiátricos, siendo los más frecuentes los trastornos depresivos, los de abuso de sustancias y los de personalidad. Asimismo, la herencia, los traumas, los eventos estresantes de la vida y las enfermedades crónicas son motivos suficientes para el suicidio. Por esta razón es importante implementar estrategias efectivas para identificar y prevenir de forma multidisciplinaria dicho diagnóstico, teniendo un tratamiento preferentemente integral.

Palabra clave: suicidio, intento de suicidio, factores de riesgo.

Abstract

The suicide attempt and the completed suicide are a serious public health problem. According to World's Health Organization, approximately one million of persons die every year, and it is estimated that by 2020, 1.5 million will die because of this cause. Several studies demonstrate that males have the highest completed suicide rate, while females have the highest suicide attempt rate. This investigation explores some suicide risk factors, such as the presence of some psychiatric disorder or psychiatric symptoms, being the most frequent depressive disorders, substance abuse, and personality disorder. Also, heredity, trauma, life stressing events and chronic diseases are reason enough for suicide. For this reason, it is critical to implement effective strategies in order to identify and prevent in a multidisciplinary way such diagnose, and preferably having a comprehensive treatment.

Keywords: suicide, suicide attempt, risk factors.

Résumé

La tentative de suicide et le suicide consommé sont un problème grave de santé publique. En accord avec l'Organisation Mondiale de la Santé, approximativement un million de personnes meurent dans le monde chaque année, et on estime que pour l'année 2020 mourront pour cette cause 1.5 million de personnes. Diverses études démontrent que les hommes ont le plus haut taux de suicide consommé, tandis que les femmes ont le taux plus important de tentative suicide. Dans cette recherche on a étudié quelques facteurs de risque dans le suicide, comme la présence d'un certain trouble psychiatrique, ou des symptômes psychiatriques; étant les plus fréquents les troubles dépressifs, d'abus de substances et de la personnalité. De même, l'héritage, les traumatismes, les événements stressants de la vie et les maladies chroniques sont motifs pour le suicide. Pour tel raison est important de mettre en oeuvre des stratégies effectives pour identifier et prévoir de manière multidisciplinaire ce diagnostic, en ayant un traitement de préférence intégral.

Mots clef: suicide, tentative de suicide, facteurs de risque.

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública en nuestro país. Los datos de la Secretaría de Salud indican que el suicidio se incrementó de 1970 a 1998 en un 215%, siendo el incremento de 229% en hombres y 165% en mujeres; es una de las primeras causas de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad en ambos sexos, siendo los estados del sureste del país los que mayor incidencia presentan.⁶ La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica indica que en alrededor del 75% de los casos de intento de suicidio se reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico, es decir, que se trata de casos de patología dual.⁸ Estas estadísticas nos muestran una entidad patológica compleja que necesita de estrategias generales e individuales a aplicar en los pacientes en los que se ha identificado un factor de riesgo.

Epidemiología

El intento de suicidio y el suicidio consumado son un problema grave de salud pública. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente un millón de personas mueren en el mundo cada año, y se estima que para el año 2020, 1.5 millones de personas morirán por esta causa. El índice de suicidio global es de 11.4 suicidios por 100 mil habitantes; siendo el sexo masculino la tasa más elevada: 18 suicidios por 100 mil. El índice suicida global entre las personas mayores de 75 años es tres veces mayor que entre los jóvenes de 25 años o menos.¹ Las personas de sexo masculino tienen la tasa más elevada de suicidio consumado (con métodos más violentos y letales), mientras que las del sexo femenino (en general jóvenes de medio socioeconómico bajo) tienen la tasa más elevada de intentos de suicidio. El grupo de edad en la cual ocurre el suicidio con mayor frecuencia es entre los 35 y 44 años de edad para ambos géneros, aunque recientemente se ha observado un incremento significativo de intento de suicidio y suicidio consumado entre los jóvenes, en especial del sexo masculino. El suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años a nivel mundial (OMS, 2012).

La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego son los medios más frecuentemente utilizados a nivel mundial para cometer suicidio.

Aproximadamente 90% de los adultos y 81% de los adolescentes y adultos jóvenes que cometen suicidio presentan un trastorno psiquiátrico.² Siendo los trastornos más frecuentes: depresión, ansiedad y abuso de sustancias; en jóvenes trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno conductual.^{3,4,5} Un porcentaje elevado de personas con suicidio consumado tuvieron algún tipo de atención médica y/o psicológica previa, de ahí que se derive la importancia de implementar estrategias aún más efectivas para identificar, prevenir y dar tratamiento oportuno a este tipo de paciente.

En México, a pesar de que en una perspectiva internacional aún se reporta una tasa de suicidios baja (<6.5 por 100 mil habitantes) la mortalidad por esta causa ha ido en aumento en los últimos años y las estadísticas son similares a las observadas a nivel mundial, el incremento de las tasas de suicidio son mayores en el sexo masculino que en el femenino, siendo 4.8 suicidios masculinos por uno femenino.⁶ Acorde a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008),⁷ entre los habitantes de la República Mexicana, 6'601,210 tuvieron ideación suicida en los últimos doce meses, 593,600 personas intentaron suicidarse y 99,731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento suicida. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica indica que en alrededor del 75% de los casos de intento de suicidio se reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes en adultos de 18 a 65 años: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por sustancias y trastornos del control de impulsos. Observando esta asociación se hace evidente que estas personas con intento suicida y comorbilidad de algún trastorno psiquiátrico en algún momento debieron haber utilizado algún tipo de servicio de salud, ya sea de tipo médico general o especializado en salud mental. En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica se encontró que cerca del 49.9% de las personas entre 18 y 65 años de edad con intento suicida utilizaron un servicio médico alguna vez en su vida, mientras que el 36.55% lo hizo en los últimos doce meses.⁸

En un estudio retrospectivo realizado entre 2005 y 2006 en el Instituto Nacional de Psiquiatría de México se encontró que los sujetos femeninos ingresaron con mayor proporción de intentos e ideación suicida; el trastorno límite de la personalidad fue significativamente más frecuente en el grupo de pacientes que ingresaron con conductas suicidas, y el grupo diagnóstico con mayor frecuencia de conductas suicidas fue el de los trastornos afectivos en comparación con trastornos de ansiedad, psicóticos y secundarios a causa médica.⁹

El intento suicida es el predictor más importante del suicidio consumado,^{10,11} de modo que un adecuado diagnóstico y tratamiento es de gran prioridad en la práctica de la clínica psiquiátrica hospitalaria.

Definición

Para la mayoría de los investigadores o clínicos del suicidio no existe una única definición aceptada. El término suicidio se refiere no sólo a la acción sino a una más amplia variedad de conductas. Por ejemplo, uno puede hablar de pensamientos suicidas, intención, ideación, gestos, intentos, consumación, etc.

Se han realizado varios intentos por estandarizar la nomenclatura concerniente al suicidio. En 1996, O'Carroll y colaboradores,¹² realizaron una revisión de la nomenclatura con el fin de que pudiera existir un uso estandarizado entre los clínicos, investigadores, epidemiólogos, etcétera, pero a pesar de que esa nomenclatura fue utilizada por las Guías de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Americana, se definió el suicidio como la muerte autoinfligida con evidencia (implícita o explícita) de que la persona pretendía morir; e intento suicida como la conducta de auto-daño con un pronóstico no fatal acompañado del deseo de morir.¹³ Sin embargo, no fue muy bien aceptada por la comunidad clínica e investigadora probablemente porque introducía nuevos términos y definiciones. Posteriormente, un nuevo intento de revisión de la nomenclatura fue realizado en el 2007, por Silverman y colaboradores, quienes realizaron un diseño que pudiera servir como un instrumento para ayudar a los clínicos a identificar en los pacientes aquellas conductas que fueran relacionadas con el suicidio, con el fin de evitar que se repitieran y lo consumaran.^{14,15} Este trabajo

resulta de gran importancia clínica preventiva, pues en la literatura existen reportes bastante consistentes que mencionan que la historia de un intento suicida previo (y conductas asociadas) es un factor de riesgo estadísticamente significativo, asociado a futuras conductas auto-destructivas que puedan dar como resultado la muerte del paciente.¹⁶

La Organización Mundial de la Salud define el «suicidio» como el acto de matarse deliberadamente; como «intento de suicidio» a todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal. Por «comportamiento suicida» se entiende una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (ideación suicida), intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.¹⁷

Un término que resulta interesante revisar es el «daño autoinfligido deliberadamente» (DSH, por sus siglas en inglés) que se refiere a una conducta no fatal de auto-daño que se lleva a cabo de forma deliberada, que se caracteriza por ser aguda y se realiza por diferentes motivos.¹⁸ El DSH puede formar parte de un intento suicida o no, pero en general excluye conductas compulsivas como jalarse el cabello o el consumo excesivo de alcohol y drogas. «Parasuicidio» es otro término utilizado para describir un acto de DSH, y fue introducido en 1969 por Kreitman.^{19,20,21}

Reconociendo al paciente con riesgo suicida

En la mayoría de los casos las personas suicidas padecen de algún trastorno psiquiátrico, o bien presentan síntomas psiquiátricos, y por esa causa en algún momento de su vida han estado en contacto con algún servicio de salud, algunas veces muy poco tiempo antes de presentar un intento de suicidio o un suicidio consumado. También muchos de estos pacientes cuentan con una historia familiar de trastornos mentales o de conducta suicida.

Aproximadamente la mitad de las personas que mueren por suicidio han cometido un acto de daño autoinfligido, y entre un 15 a 25% acudió al hospital por estos actos en el año previo a su fallecimiento.^{4,22,23} El índice de suicidio entre

la población de pacientes que cometen actos de daño autoinfligido es arriba de cien veces más elevado que en la población general.^{24,25} Se estima que uno de cada 25 pacientes que cometen daño autoinfligido morirán por cometer suicidio en los siguientes 10 años. El riesgo se incrementa bajo las siguientes circunstancias: pacientes ancianos, del sexo masculino y pacientes que usen métodos diferentes a tomar venenos o fármacos.²³ Se ha sugerido que los pacientes que se autoinfligen heridas cortantes tienen mayor riesgo de suicidio que los que utilizan otros métodos, esto probablemente relacionado al nivel de impulsividad.²⁶

Se ha reportado que aproximadamente el 24% de las personas que consuman el suicidio han estado en contacto con algún tipo de servicio de salud mental en el año previo a su muerte. La cuarta parte de ellos comete suicidio en los tres meses siguientes al egreso hospitalario con predominio en la primera semana, aunque la mayor parte de los suicidios ocurre al siguiente día del egreso.^{4,22,27} En una revisión se encontró que el 28.4% de los decesos por suicidio recibió tratamiento antes de cometerlo.²⁸

Entre los pacientes que cometen suicidio y han estado en contacto con servicios de salud mental, se han observado las siguientes categorías diagnósticas: trastornos afectivos, esquizofrenia, trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias. Los métodos más comunes para cometer suicidio son colgarse (hombres) y autoenvenenamiento principalmente con psicotrópicos (mujeres).^{29,30}

Estudios basados en mortalidad poblacional muestran que el riesgo de suicidio para pacientes psiquiátricos hospitalizados es 16 veces más en comparación con los pacientes que son tratados en forma externa que es de 2 a 3 veces más, ambos grupos comparados con los pacientes con problemas psiquiátricos tratados en unidades de atención primaria.³⁰ Los factores asociados al suicidio en estos pacientes son: historia de daño autoinfligido, desesperanza, sentimientos de culpa o inadecuación, humor deprimido, historia de ideas suicidas e historia familiar de suicidio. Algunos estudios observacionales han reportado que cerca del 23% de los pacientes hospitalizados que cometen suicidio lo hacen durante la primera semana posterior a su admisión, y un 40% cuando ya se les ha proporcionado una fecha para su egreso. Es

importante señalar que un 34% de los pacientes cometió suicidio en la sala de hospitalización, y la mitad de ellos lo hizo bajo vigilancia médica estrecha, siendo el método más utilizado el de autoestrangulamiento por colgarse.⁴

Estos datos demuestran que la valoración del riesgo suicida entre los pacientes con diagnóstico de algún tipo de trastorno mental es un factor clave en orden de implementar estrategias de prevención del acto suicida, mejorar el tratamiento y prevenir la consumación del suicidio, así como un adecuado seguimiento y rehabilitación del paciente.

Factores de riesgo para suicidio

Herencia

A pesar de que el componente genético en el suicidio no es ampliamente aceptado, en los últimos años se ha incrementado su importancia sobre todo en la evidencia proveniente de estudios genéticos basados en gemelos, y recientemente en estudios de genética molecular, en particular en los que involucran el estudio de genes asociados al sistema serotoninérgico.³¹ Si bien no es posible establecer ni remotamente una causa efecto, puede considerarse a los factores genéticos como contribuyentes de las conductas suicidas presentadas con frecuencia en determinados grupos familiares, y en muchos de los casos las conductas suicidas no se encuentran asociadas a trastornos mentales y sí a múltiples factores. La historia familiar de conducta suicida es un factor de riesgo independiente y no puede decirse que interactúe con otros factores a la hora de evaluar el riesgo suicida de un paciente.^{32,33} De modo que en la evaluación clínica debe valorarse como un factor contribuyente, pero no determinante y que no interactúa con otros factores de riesgo.

Historia o presencia de trastornos psiquiátricos

El riesgo de suicidio en los pacientes con trastornos afectivos es 13 a 26 veces más alto que el riesgo en la población general.^{34,35} En los pacientes esquizofrénicos el riesgo es 8.5 a 10 veces más alto, y en los pacientes con trastorno por uso de alcohol y otras sustancias hasta 6 veces más; con fuerte evidencia de mayor riesgo suicida entre los pacientes esquizofrénicos con abuso de alcohol.^{36,37} En los pacientes con

trastorno afectivo bipolar el suicidio ocurre 20 a 30 veces más que en la población general.^{38,39}

En un estudio prospectivo realizado en Dinamarca se encontró que el riesgo absoluto de suicidio en pacientes con diferentes trastornos psiquiátricos (quienes habían tenido tratamiento de tipo psiquiátrico) varía entre 2 y 8%, que el riesgo es más elevado en pacientes del sexo masculino que del sexo femenino; es más elevado en hombres y mujeres con trastorno bipolar (7.8%), trastorno afectivo unipolar (6.7%), esquizofrenia (6.5%) y trastornos relacionados a esquizofrenia. En ambos sexos la comorbilidad con abuso de sustancias incrementa el riesgo suicida.⁴⁰ Con mucha frecuencia se observa comorbilidad de trastornos depresivos, abuso de sustancias y trastornos de personalidad.^{41,42,43}

Depresión mayor. El trastorno depresivo en pacientes que cometen suicidio normalmente es severo, muchos de las pacientes han presentado varias recaídas y hospitalizaciones, generalmente los síntomas que se observan son: insomnio, agitación, ansiedad pérdida de apetito y peso, sentimientos incongruentes de culpa, pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida. Para algunos estudios, la desesperanza severa es un síntoma altamente asociado con el riesgo suicida. La impulsividad, conductas agresivas, así como trastornos comórbidos de uso de alcohol y otras dependencias incrementan el riesgo de suicidio en las personas con trastorno depresivo mayor.⁴⁴ Recientemente, un estudio encontró fuerte asociación entre depresión resistente a tratamiento y mayor riesgo suicida.⁴⁵ Asimismo, existe un mayor riesgo de suicidio en adolescentes con trastornos afectivos, el cual puede verse incrementado por el trastorno por uso de sustancias o comorbilidad con algún otro trastorno del control de los impulsos.^{46,47,48}

Trastornos bipolares. La mortalidad por suicidio entre las personas que padecen trastorno bipolar es elevada. El riesgo de suicidio en los pacientes con trastorno bipolar es 25 veces mayor que en la población general, se estima que del 15 al 20% de los pacientes con el trastorno mueren por suicidio. La conducta suicida se presenta con mayor frecuencia en pacientes cicladores rápidos, depresión mixta o con agitación, pacientes con un inicio temprano del padecimiento, y por lo general durante el primer

año siguiente al diagnóstico inicial. Con cierta frecuencia los pacientes presentan síntomas severos de desesperanza u hostilidad, así como comorbilidad con trastornos de ansiedad y por uso de sustancias.^{49,50} En un estudio realizado en el 2012 se encontró como factor asociado de forma preliminar a la ideación suicida, el uso de varios tratamientos antidepresivos previos y la terapia electroconvulsiva, además de los mencionados; y como factores asociados de forma preliminar para el acto suicida, comorbilidad en eje II, sexo femenino y tratamientos hospitalarios previos.³⁹

Trastornos de ansiedad. Especialmente en la adolescencia y en adultos jóvenes los trastornos de ansiedad (a excepción del trastorno obsesivo compulsivo) están significativamente asociados a ideación suicida e intentos suicidas.⁵² Diversos estudios sugieren que la mayoría de los trastornos de ansiedad están asociados a un incremento en el riesgo de cometer suicidio, y que en ellos existe una alta presencia de comorbilidad con factores de riesgo comúnmente asociados a suicidio: sexo femenino, depresión y abuso de sustancias. Algunos estudios sugieren que los síntomas afectivos disparan la ideación suicida, mientras que la ansiedad e impulsividad severas dispararían los intentos suicidas.^{53,54,55} Resulta de gran importancia mencionar que con cierta frecuencia durante la evaluación del paciente suicida los trastornos de ansiedad no se diagnostican, y por ende no se tratan.

Trastornos por uso de alcohol y otras sustancias. Todos los trastornos por uso de sustancias incrementan el riesgo suicida. La prevalencia de trastornos por uso de sustancias entre las personas que intentan suicidarse es de un 43%, se observa sobre todo, dependencia a nicotina y consumo de cannabis.⁵⁶ El riesgo de cometer suicidio en una persona con dependencia al alcohol es del 8%.⁵⁷ La relación entre alcohol y conducta suicida es muy compleja debido a que el uso de alcohol alivia el decaimiento a corto plazo. Las consecuencias a largo plazo de la intoxicación con alcohol son: alteración del proceso cognitivo, aumento de la impulsividad y agresividad, disminuyendo los procesos disparadores de conducta suicida. Las víctimas de suicidio que tienen comorbilidad con trastornos

por uso de alcohol y otras sustancias, por lo general son jóvenes del sexo masculino, divorciados o separados, que recientemente tuvieron alguna situación adversa en su vida (con severos síntomas de desesperanza), y por lo general se encontraban intoxicados al momento del suicidio.^{58,59} Un estudio sobre niveles de alcohol sanguíneo en víctimas de suicidio encontró que el 87.1% de los hombres y el 12.9% de las mujeres habían bebido antes de cometer suicidio.⁶⁰ Es innegable que existe una correlación entre trastornos depresivos, uso de sustancias y suicidio.

Esquizofrenia. El suicidio es una de las principales causas de muerte entre los pacientes con esquizofrenia. El incremento del riesgo suicida (8.5% más comparado con la población general) en pacientes con esquizofrenia está asociado a trastornos depresivos previos, uso o dependencia a sustancias, intentos suicidas previos, agitación e inquietud, miedo, pobre adherencia a tratamiento y pérdidas recientes.^{61,62} Los pacientes esquizofrénicos del sexo masculino, de nivel sociocultural elevado y que viven solos tienen un mayor riesgo de suicidio.⁶³ El riesgo suicida parece más relacionado con síntomas afectivos que con síntomas psicóticos. La mayoría de los pacientes esquizofrénicos que cometen suicidio por lo general lo hacen posterior al primer brote psicótico y durante el predominio de síntomas afectivos. Un estudio prospectivo de una cohorte de pacientes esquizofrénicos en su primer episodio psicótico reportó que el 21.6% de los pacientes intentó suicidarse, y el 4.3% se suicidaron en los siguientes 7 años. En otro estudio el riesgo suicida fue más elevado durante el primer mes de tratamiento, disminuyendo rápidamente en los 6 meses siguientes hasta casi declinar. Por lo general, los pacientes esquizofrénicos que cometen suicidio utilizan métodos más violentos.

Trastornos de la conducta alimentaria. El riesgo de suicidio es muy elevado en pacientes con trastornos alimentarios.⁶⁴ La tasa de mortalidad por suicidio es de 31 a 32.4 para anorexia nerviosa y de 7.5 a 30.9 para bulimia nerviosa según algunos estudios. Entre las características que pueden considerarse predictivas para suicidio se encuentran: intentos suicidas previos, uso de laxantes, depresión, abuso de sustancias (el abuso de alcohol es el más frecuente

y fuertemente asociado), ansiedad, trastornos del control de los impulsos y ciertas características de la personalidad como autoimagen negativa.⁶⁵⁻⁶⁹

Trauma

Los traumas, especialmente las diferentes clases de violencia, abuso mental y sexual en la infancia y edad adulta, *bullying*, *cyberbullying*, victimización y exclusión ya sea de la escuela o lugar de trabajo son factores estadísticamente significativos de riesgo para suicidio. En la mayoría de los estudios las mujeres tienden a tener mayor riesgo suicida realizando mayor número de intentos, así como con mayor frecuencia asociación a trastornos depresivos, mientras que en los hombres mayor asociación a abuso de sustancias.^{70,71} Es de destacar que la asociación de abuso a intento suicida se hace más fuerte cuando el abuso es realizado por familiares cercanos.⁷²

Eventos estresantes en la vida

Situaciones negativas en la vida como pérdidas, cambios y heridas narcisistas pueden precipitar el desarrollo del proceso suicida, especialmente en los 3 a 6 meses posteriores al evento negativo.⁷³ Las pérdidas traumáticas a considerar son: muerte o separación de alguien significativo, pérdida de la salud, de posesiones, autonomía, pérdida de empleo, de dinero. También deben considerarse como de riesgo, situaciones de transición o cambios en la vida como pubertad, menopausia, envejecimiento, etc. El haber presenciado un intento suicida o suicidio es un factor de riesgo a considerar.^{74,75}

Enfermedades crónicas

Existe una correlación significativa entre la conducta suicida y enfermedades del sistema nervioso central como esclerosis múltiple, corea de Huntington, epilepsia, enfermedad de Parkinson, migraña, lesiones cerebrales o de médula espinal, ataque cerebral, ciertas formas de cáncer, diabetes, asma y enfermedades con dolor crónico (poliartropatías).⁷⁶

Evaluación del paciente suicida

El suicidio es un fenómeno complejo que debe evaluarse desde varias perspectivas: psi-

quiátrica, somática, psicológica y social. Debido a que el riesgo suicida puede cambiar en periodos breves es importante repetir con cierta frecuencia la evaluación del riesgo, siendo aconsejable se haga de una forma empática y no mecánica.

Es de suma importancia recordar que la persona suicida puede mostrar conductas ambivalentes o paradójicas a la hora de la evaluación, mostrándose temerosos o devaluando los esfuerzos de cercanía emocional por parte del evaluador, dando la impresión de no necesitar ayuda, de ser independientes y capaces de manejar su problemática.^{77,78} Si el equipo médico no tiene en cuenta estos factores el tratamiento y la vida del paciente pueden verse comprometidos.

Aspectos que podrían incluirse en la evaluación:

- a. Comunicación del paciente acerca de la ideación o intento suicida, con énfasis en la comunicación verbal (intención suicida explícita y expresada), pero sin dejar de evaluar la comunicación no verbal (compra de un arma, acumular medicamentos, testamento).⁷⁸
- b. Historia de conductas suicidas previas, recordando que un intento suicida previo constituye el predictor más importante del suicidio consumado.¹⁰
- c. Historia familiar de suicidio e intento suicida, evaluando la presencia también de los trastornos que están relacionados como depresión, abuso de sustancias, etc. Aparte de interrogar al respecto al paciente y/o a sus familiares, podría ser de utilidad el uso de alguna herramienta estandarizada.⁷⁸
- d. Evaluación de trastornos psiquiátricos subyacentes. La evaluación acorde a un sistema de clasificación de enfermedades mentales como el CIE-10 o el DSM-V puede ser de gran utilidad puesto que la comorbilidad es elevada en este tipo de pacientes.⁵
- e. Evaluación de trastornos de la personalidad. De acuerdo a varios estudios, entre 44 y 62% de las personas que intentan suicidarse tiene criterios para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad.⁷⁹ El trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial y el trastorno narcisista de la personalidad incrementan el riesgo de suicidio sobre todo cuando existe comorbilidad con trastorno depresivo mayor y consumo de sustancias.^{41,80}
- f) Evaluación de trastornos somáticos. Evaluar trastornos del sistema nervioso central, así como otras enfermedades severas que implican dolor, discapacidad y estrés. Los días posteriores a que el paciente conoce la gravedad de su diagnóstico y los días siguientes a aumento de la gravedad de una enfermedad crónica son los de mayor riesgo suicida.⁷⁶

Herramientas para la evaluación del riesgo suicida

- a. Marcadores biológicos. Bajas concentraciones de ácido 5-hidroxi-indolacético en líquido cefalorraquídeo y disfunción del eje hipotálamico-hipofisiario-adrenal^{81,82} son predictores fuertemente asociados, sin embargo no se utilizan en la práctica clínica.
- b. Evaluación psicológica y escalas psicométricas.
- c. Evaluación por trabajo social.
- d. Escalas de evaluación psiquiátrica.

Manejo del paciente suicida

La conducta suicida es una emergencia psiquiátrica de las más comunes y severas, su tratamiento es complicado y multidisciplinario.

Evaluación

Los pacientes suicidas en crisis aguda deben ser valorados por un profesional de la salud mental inmediatamente después a un intento suicida o cuando la ideación suicida sea más severa, debiendo realizarse una cuidadosa evaluación para un diagnóstico adecuado.⁸³ De ser posible la información recabada con el paciente deberá ser corroborada y ampliada con familiares o acompañantes.

Hospitalización u otro tipo de vigilancia

Una de las decisiones más complicadas que debe tomar el psiquiatra es ingresar al paciente a tratamiento hospitalario o llevar a cabo el tratamiento de forma ambulatoria. Esta decisión podría ser rápida y sin dudar en el caso de que el

intento suicida conlleve lesiones físicas, pero es mucho más difícil de tomar en la mayor parte de los casos, sobre todo cuando existen dudas al respecto por parte del paciente y/o sus familiares o se encuentra presente algún impedimento legal. El tratamiento hospitalario incrementa la seguridad del paciente, provee al paciente de vigilancia continua y permite que el paciente pueda ser tratado de forma multidisciplinaria en el caso de comorbilidad o de efectos secundarios al tratamiento.⁸³ Debemos tener presente que a pesar de los esfuerzos del personal no es posible conseguir el 100% de seguridad en el paciente hospitalizado, se ha reportado que el 14% de las muertes por suicidio ocurren en pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico.⁸⁴ Si se decide por un tratamiento de forma externa y el paciente es enviado a casa, se recomienda que el paciente esté acompañado y las consultas de seguimiento sean más frecuentes.

Tratamiento del intento suicida

Durante el primer contacto con el paciente en crisis suicida es importante proveer una cuidadosa atención reconociendo el sufrimiento y malestar del paciente, y lograr su confianza. El tratamiento farmacológico es una de las herramientas más importantes a implementar de forma inmediata para reducir los síntomas psiquiátricos. Se recomienda que el paciente sea monitoreado constantemente y sobre todo que no esté solo.

El tratamiento psicofarmacológico se dirige a los trastornos psiquiátricos subyacentes y a los síntomas específicos presentes. Dado que más de dos terceras partes de los suicidas han tenido un episodio depresivo comórbido y cerca de la mitad de ellos ha tenido contacto con algún servicio de salud, podemos inferir que entre un 50 y un 80% no han tenido un tratamiento adecuado.^{85,86}

Psicofármacos. Estudios clínicos han demostrado que en los pacientes depresivos que son tratados con farmacoterapia antidepresiva el riesgo de intento suicida se reduce notablemente.^{87,88} Sin embargo, el riesgo de conducta suicida sigue elevado en los pacientes depresivos sobre todo en los que no responden a tratamiento, en los resistentes a tratamiento y durante los primeros 15 días de inicio del tra-

tamiento.⁸⁹ Debido a que la ansiedad, insomnio, agitación o síntomas psicóticos se pueden encontrar exacerbados, puede ser necesaria la administración de ansiolíticos y/o benzodiazepinas, además de neurolépticos. Los antidepresivos con efecto sedante son preferidos por algunos clínicos en estos casos, y algunos estudios muestran que el uso de olanzapina y clozapina controlan adecuadamente los síntomas psicóticos y la agitación.⁹⁰ Para evitar el riesgo de intoxicación medicamentosa como un nuevo intento suicida se recomienda recetar presentaciones con poca cantidad de tabletas y acortar el tiempo entre visita y visita para supervisión. No es recomendable el uso de antidepresivos sin un estabilizador del estado de ánimo debido a la posibilidad de ocasionar un episodio maníaco o hipomaniaco que pueda disparar un nuevo intento suicida, a pesar de que aún existe controversia en este punto para muchos clínicos.^{91,92} Se ha observado que el tratamiento con litio en pacientes con depresión uni y bipolar reduce el número de intentos suicidas; el valproato y la carbamazepina tienen un buen efecto también, aunque en menor porcentaje que el litio. Se recomienda que si el paciente bipolar tiene varios factores de riesgo para suicidio, el litio se combine con algún otro estabilizador del estado de ánimo.^{78,93,94}

Terapia electroconvulsiva. La terapia electroconvulsiva es efectiva en los pacientes con depresión severa y riesgo suicida, varios estudios indican que el tratamiento reduce el riesgo de cometer suicidio nuevamente, pero a pesar de ello se recomienda continuar con farmacoterapia al terminar el tratamiento electroconvulsivo para evitar la presencia de un nuevo intento suicida.^{95,96,97}

Tratamiento psicológico. A pesar de que existen limitantes metodológicos, diferentes estudios proporcionan evidencia de que la terapia cognitivo conductual es un método eficaz para el tratamiento de la suicidalidad, en un estudio se encontró que la terapia cognitivo conductual era eficaz en el tratamiento del paciente suicida, pero la eficacia aumentaba cuando se agregaba tratamiento farmacológico. La terapia psicodinámica y la psicoterapia individual pueden ser eficaces, pero no existe suficiente evidencia al respecto.⁹⁸⁻¹⁰² Se recomienda brindar ayuda

psicosocial al paciente suicida y de ser posible a su familia.

Conclusión

Para el tratamiento de la conducta suicida es necesario realizar un proceso diagnóstico multidisciplinario y un tratamiento acorde a ese mismo diagnóstico. El tratamiento debe ser preferentemente integral: la farmacoterapia, el apoyo psicológico y social son necesarios; durante el tratamiento el riesgo suicida deberá valorarse con frecuencia. La valoración del riesgo suicida debe hacerse con base en los factores de riesgo detectados. En el caso de los pacientes con tratamiento antidepressivo se debe estar muy alerta durante los primeros días de tratamiento puesto que el riesgo sigue elevado. El suicidio y el intento suicida podrían prevenirse si establecemos un tratamiento adecuado rápidamente en la medida en que el paciente y su familia colaboren en el tratamiento.

* Médico Psiquiatra. Consulta privada.

Correspondencia: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Calle Niño Jesús No. 2, Colonia Tlalpan, Ciudad de México, CP 14000.

Recibido: Junio 2016. Aceptado: Julio 2016.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization. WHO mortality database. <http://www.who.int/healthinfo/mortality/en/>.
- Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;151(3):821-30.
- Arsenault G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37.
- Appelby L, Shaw J, Amos T, Mc Donnell R, Harris C, Mc Cann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*. 1999;318(7193):1235-9.
- Hawton K, Aresnsman E, Townsend E, Harris L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1494-500.
- Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora M. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México* 2010;52(4).
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología (2009). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, Reporte Nacional 2008. Secretaría de Salud. México.
- Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México* 2010;52(4):292-304.
- Gaspar-Barba E, Ontiveros M, Vázquez A, Cervantes J, Duque-Alarcón X, Merlin I, et al. Comportamiento suicida en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Estudio retrospectivo a un año 2005-2006. *Psiquiatría* 2008;24(1):17-20.
- Tidemalm D, Langstrom N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long-term follow-up. *BMJ* 2008;337:a2205.
- Isometsä E, Lönnquist J. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998;173:531-5.
- O'Carroll, P, Berman A, Maris R, Moscicki E, Tanney B, Silverman M. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26(3):237-52.
- Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association; 2003.
- Silverman M, Berman L, Sanddal D, O'Carroll W, Joiner E. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37:248-63.
- Silverman M, Berman L, Sanddal D, O'Carroll W, Joiner E. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:264-77.
- Rudd M. Suicidality in clinical practice: anxieties and answers. *J Clin Psychol*. 2006;62(2):157-9.
- WorldHealthOrganization. http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/es/
- Soomro M. Deliberate self-harm (and attempted suicide). *BMJ Clin Evid*. 2008 Dec 12;2008. p. 1012.
- Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv* 2001;52(3):368-75.

20. Ghazinour M, Emami H, Richter J, Abdollahi M, Pazhumand A. Age and gender differences in the use of various poisoning methods for deliberate parasuicide cases admitted to loghman hospital in Tehran (2000-2004). *Suicide Life Threat Behav.* 2009;39(2):231-9.
21. Kreitman N, Philip AE. Parasuicide. *Br J Psychiatry* 1969;115:746-7.
22. Large M, Smith G, Sharma S, Nielssen O, Singh S. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124(1):18-29.
23. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(2):e89944.
24. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry* 2003;182:537-42.
25. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry* 2004;185:70-5.
26. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:297-303.
27. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(4):427-32.
28. Niederkrotenthaler T, Logan J, Karch D, Crosby A. Characteristics of U.S. suicide decedents in 2005-2010 who had received mental health treatment. *Psychiatr Serv.* 2014;65(3):387-90.
29. Hunt M, Kapur N, Robinson J. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National Clinical Survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:135-42.
30. Kisely S, Smith M, Lawrence D, Maaten S. Mortality in individuals who have had psychiatric treatment: population-based study in Nova Scotia. *Br J Psychiatry.* 2005;187:552-8.
31. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Mol Psychiatry* 2006;11: 336-51.
32. Roy A, Janal M. Family history of suicide, female sex, and childhood trauma: separate or interacting risk factors for attempts at suicide? *Acta Psychiatr Scand* 2005;112(5):367-71.
33. Nakagawa M, Kawanishi C, Hirayasu Y. Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry.* 2009;9:32.
34. Ringbäck W, Gullberg A, Rosén M. Avoidable mortality among psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33(9):430-7.
35. Miret M, Ayuso-Mateos J, Sánchez-Moreno J, Vietac E. Depressive disorders and suicide: Epidemiology, risk factors, and burden. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37(10 Pt 1):2372-4.
36. Kasckow J, Felmet K, Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drug* 2011;25:129-43.
37. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk. *J Psychopharmacol.* 2010;24(4):81-90.
38. Pompili M, Gonda X, Girardi P. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord.* 2013;15(5):457-90.
39. Undurraga J, Baldessarini RJ, Valenti M, Pacciarotti I, Vieta E. Suicidal risk factors in bipolar I and II disorder patients. *J Clin Psychiatry* 2012;73(6):778-8.
40. Nordentoft M, Mortensen P, Pedersen C. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(10):1058-64.
41. Amore M, Innamorati M, Pompili M. Suicide attempts in major depressed patients with personality disorder. *Suicide Life Threat Behav.* 2014; 44(2):155-66.
42. Zimmerman M, Martinez J, Young D, Chelminski I, Morgan T, Dalrymple K. Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and history of suicide attempts. *J Pers Dis.* 2014;28(3):358-64.
43. Nock M, Hwang I, Sampson N, Kessler R. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010;15(8):868-76.
44. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20(1):17-22.
45. Pfeiffer P, Kim H, Ganoczy D, Zivin K, Valenstein M. Treatment-resistant depression and risk of suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2013; 43(4):356-65.
46. Bridge J, Goldstein T, Brent D. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006; 47(3-4):372-94.
47. Nanayakkara S, Misch D, Chang L, Henry D. Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depress Anxiety* 2013;30(10):991-6.
48. Groholt B, Ekeberg O. Prognosis after adolescent suicide attempt: mental health, psychiatric treatment, and suicide attempts in a nine-year follow-up study. *Suicide Life Threat Behav* 2009; 39(2):125-36.

49. Carter C, Mundo E, Parikh V, Kennedy L. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2003;37(4):297-303.
50. Zimmerman M, Martinez J, Young D, Chelminski I, Morgan T, Dalrymple K. Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and history of suicide attempts. *J Pers Disord* 2014;28(3):358-64.
51. Russell P, Nair M, Samuel B. A Dad 9: Suicidal behavior in Anxiety Disorders among adolescents in a rural community population in India. *Indian J Pediatr*. 2013;80 Suppl 2:S175-S180.
52. Boden J, Ferguson D and Horwood J. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Med*. 2007;37:431-40.
53. Kanwar A, Malik S, Murad M. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30(10):917-29.
54. Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide: why such controversy? *Depress Anxiety* 2011;28(11):941-45.
55. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(11):1249-57.
56. Lejoyeux M, Gastal D, Bergeret A, Casalino E, Lequen V, Guillermet S. Alcohol use disorders among patients examined in emergency departments after a suicide attempt. *Eur Addict Res*. 2012;18(1):26-33.
57. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res*. 2009;13(4):303-316.
58. Boenisch S, Bramesfeld A, Mergl R, Havers I, Althaus D, Lehfeld H. The role of alcohol use disorders and alcohol consumption in suicide attempts—a secondary analysis of 1,921 suicide attempts. *Eur Psychiatry* 2010;25:414-20.
59. Lejoyeux M, Huet F, Claudon M, Fichelle A, Casalino E, Lequen V. Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Arch Suicide Res* 2008;12:30-8.
60. Bilban M, Skibin L. Presence of alcohol in suicide victims. *Forensic Sci Int* 2005;147S:S9-S12.
61. Gómez-Durán E, Martín-Fumadó C, Hurtado-Ruiz G. Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(6):333-45.
62. Kasckow J, Felmet K, Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs* 2011;25(2):129-43.
63. Balhara Y, Verma R. Schizophrenia and suicide. *East Asian Arch Psychiatry*. 2012; 22(3):126-33. *East Asian Arch Psychiatry*. 2012 Sep;22(3):126-33.
64. Runfolo C, Thornton L, Pisetsky E, Bulik C, Birgegård A. Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register. *Compr Psychiatry* 2014;55(3):439-49.
65. Preti A, Rocchi M, Sisti D, Camboni M, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124:6-17.
66. Huas C, Godart N, Caille A, Pham-Scottet A, Foulon C, Divac S. Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. *Eur Eat Disord Rev* 2013; 21:15-9.
67. Bulik C, Thornton L, Pinheiro A, Plotnicov K, Klump K, Brandt H. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 2008; 70:378-83.
68. Keel P, Dorer D, Eddy K, Franko D, Charatan D, Herzog D. Predictors of Mortality in Eating Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(2):179-83.
69. Rodríguez M, Rodríguez N, Gempeler J, Garzon D. Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Rev Colomb Psiquiatr*. [online]. 2013;42(1):19-26.
70. Afifi T, Enns M, Cox B, Asmundson G, Stein M, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health* 2008;98(5):946-52.
71. Hinduja S, Patchin J. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives Of Suicide Research: Official Journal Of The International Academy For Suicide Research* 2010;14(3):206-21.
72. Brezo J. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry*. 2008;193(2):134-9.
73. Cooper J, Appleby L. Life events preceding suicide by young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:271-5.
74. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*. 2011; 15(1):1-15.
75. Chan S, Miranda R, Surrence K. Subtypes of rumination in the relationship between negative life events and suicidal ideation. *Arch Suicide Res*. 2009;13(2):123-35.
76. Singhal A, Ross J, Seminog O, Hawton K, Goldacre M. Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using

- English national record linkage. *J R Soc Med.* 2014;107(5):194-204.
77. Kernberg O. The suicidal risk in severe personality disorders: Differential diagnosis and treatment. *J Pers Disord.* 2001;15(3):195-208.
 78. Wasserman D, Rihmer Z, Carli V. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2012;14(2):113-36.
 79. Cheng A, Mann A, and Chan K. Personality disorder and suicide. A case-control study. *BJP* 1997;170:441-6.
 80. Links P, Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry.* 2003;48(5):301-31.
 81. Zhou Z, Roy A, Goldman D. Haplotype-based linkage of tryptophan hydroxylase 2 to suicide attempt, major depression, and cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid in 4 populations. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(10):1109-18.
 82. Lindqvist D, Janelidze S, Erhardt S, Tråskman-Bendz L, Engström G, Brundin L. CSF biomarkers in suicide attempters--a principal component analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(1):52-61.
 83. Isacsson G, Rich CL. Management of patients who deliberately harm themselves. *BMJ* 2001;322:213-5.
 84. Hunt I, Windfuhr K, Swinson N, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: a National Clinical Survey. *BMC Psychiatry.* 2010;10:14.
 85. Oquendo M, Malone K, Ellis S, Sackeim H, Mann J. Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1999;156(2):190-4.
 86. Han B, Compton W, Gfroerer J, McKeon R. Mental health treatment patterns among adults with recent suicide attempts in the United States. *Am J Public Health* 2014;104(12):2359-68.
 87. Angst J, Hengartner M, Gamma A, von Zerssen D, Angst F. Mortality of 403 patients with mood disorders 48 to 52 years after their psychiatric hospitalisation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2013; 263(5):425-34.
 88. Möller H. Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256(6):329-43.
 89. Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA* 2004;292(3):338-343.
 90. Norris D, Clark M. Evaluation and treatment of the suicidal patient. *Am Fam Physician* 2012;85(6):602-5.
 91. McElroy S, Kotwal R, Kaneria R, Keck P. Antidepressants and suicidal behavior in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2006; 8(5 Pt 2):596-617.
 92. Grunze H. Switching, induction of rapid cycling, and increased suicidality with antidepressants in bipolar patients: fact or overinterpretation? *CNS Spectrums* 2008;13(9):790-5.
 93. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes J. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013; 346:f3646.
 94. Oquendo M, Chaudhury S, Mann J. Pharmacotherapy of suicidal behavior in bipolar disorder. *Arch Suicide Res.* 2005;9(3):237-50.
 95. Brådvik L, Berglund M. Long-term treatment and suicidal behavior in severe depression: ECT and antidepressant pharmacotherapy may have different effects on the occurrence and seriousness of suicide attempts. *Depress Anxiety* 2006;23(1):34-41.
 96. Jelovac A, Kolshus E, McLoughlin D. Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology.* 2013; 38(12):2467-74.
 97. Yatham L, Kennedy S, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord.* 2013;15(1):1-44.
 98. Raj M, Kumaraiah V, Bhide A. Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;104(5):340-5.
 99. Schneider B. Behavioural therapy of suicidality. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;262 Suppl 2:S123-S128.
 100. Maltzberger J, Weinberg I. Psychoanalytic perspectives on the treatment of an acute suicidal crisis. *J Clin Psychol.* 2006;62:223-34.
 101. McDaid C, Trowman R, Golder S, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2008; 193(6):438-43.
 102. March J, Silva S, Severe J. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004. 292(7):807-20.