

Jorge Forero Vargas, MD

# Suicidio: muerte en vida.

## El papel del psiquiatra

---

- Aspectos históricos
- Visión médica del suicidio
- Visión socioantropológica
- Visión neurobiológica
- Factores protectores y factores de riesgo
- La vivencia de la desesperanza
- Papel del psiquiatra en la predicción y prevención del suicidio
- Impacto del suicidio en el psiquiatra y grupo de salud mental
- Corolario

LA ALTA PREVALENCIA del suicidio en algunos países, la no disminución de las tasas a pesar del aumento en la prescripción de antidepresivos, la alta frecuencia observada en los jóvenes, nos hacen pensar que aunque se trata de un acto personal conlleva un significado social y posee características sociales específicas.

En el presente capítulo se revisan los factores que condicionan la voluntad de quienes deciden ponerle fin a la vida, la vivencia de desesperanza y se analiza el papel del psiquiatra en la prevención del suicidio, un acto que no siempre es voluntario y libre.

### ASPECTOS HISTÓRICOS

A través de la historia el suicidio ha sido visto desde diferentes ópticas. Para los egipcios el suicidio no tuvo connotaciones morales, se trataba simplemente del paso de una forma de existencia a otra. En la cultura griega el tema fue controvertido, con amplias discusiones filosóficas y posturas diferentes de varios eminentes filósofos, como PLATÓN (427-347 a. de C.) que lo consideró como una ofensa a la sociedad o ARISTÓTELES (384-322 a. de C.) quien lo consideró como un acto de cobardía.

En Europa antigua, especialmente durante el Imperio Romano fue una práctica ampliamente aceptada, especialmente en las clases sociales altas y una manera de preservar el honor y SÉNECA lo ensalzaba como el acto último de una persona libre. En la comunidad cristiana, el episodio del suicidio de Judas es ampliamente condenado en las sagradas escrituras y para san AGUSTÍN era un pecado.

En 1670 la legislación francesa reglamentó el suicidio como un acto no aprobado y ordenó que el cuerpo del suicida fuera arrastrado por la calle y posteriormente desmembrado, antes de introducirlo en un tonel para arrojarlo al río, para que de esta forma se alejara para siempre.

El cada siglo y aún hoy en día, el suicidio sigue siendo tema de debate. En 1897 ÉMILE DURKHEIM postuló que el suicidio es un acto social y no moral al considerarlo como un fenómeno sociológico y no un puro acto individualista, resultado de la desadaptación social del individuo. El autor lo definió como “todo caso de muerte que resulte directa o indi-

---

rectamente de un acto, positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”.

### **VISIÓN MÉDICA DEL SUICIDIO**

El suicidio ha sido considerado por diferentes culturas como un acto de heroísmo, de sacrificio y defensa del honor. Algunos filósofos y escritores de los siglos XVII y XVIII reconocieron una conexión entre el suicidio y la melancolía y otras alteraciones mentales. ROBERT BURTON (1577-1640) en *Anatomy of melancholy* señaló que el suicidio puede representar la expresión de una severa depresión.

El acto de suicidio involucra aspectos de la personalidad, el estado de salud, las circunstancias de vida y la presencia de enfermedad psiquiátrica; por esta razón, ha intrigado a filósofos y clínicos y la explicación de esta compleja conducta humana ha interesado a la biología, la medicina, la psiquiatría, la psicología y la sociología entre otras disciplinas.

Hoy en día, se acepta que las diferentes aproximaciones contribuyen al entendimiento de los factores relacionados con la decisión suicida y que las diferentes disciplinas involucradas pueden ayudar a identificar los factores de riesgo y crear un mapa epidemiológico que permita evitar nuevos casos. Sin embargo, la atención se ha centrado en la psiquiatría como ciencia y en los psiquiatras como estudiosos de la conducta humana para dar respuesta a los interrogantes que el acto suicida genera, porque se le concibe como un acto psicopatológico.

Para los psiquiatras el suicidio es frecuente en los pacientes con enfermedad mental. Sin embargo, las diferentes aproximaciones y posturas que se han asumido universalmente, frente al suicidio nos obliga a preguntarnos si detrás de toda conducta suicida subyace una enfermedad mental.

Se calcula que más del 60% de quienes se suicidan padecen un trastorno mental y que han consultado al médico en los seis meses anteriores al fatal desenlace. Es reconocido como una complicación de las siguientes enfermedades psiquiátricas: trastorno bipolar, depresión mayor, esquizofrenia y trastorno límite de la personalidad.

BOSTWICK y PANKRATZ (2000) consideran que la depresión mayor y el trastorno bipolar están asociados con alrededor del 50% de todos los

suicidios, que el 25% de los suicidios son cometidos por abusadores de alcohol o de drogas psicodislépticas, conducta, comportamiento que es frecuente entre pacientes con trastornos del afecto. Los trastornos de ansiedad en comorbilidad con depresión y abuso de sustancias están implicados en el 15-20% de los suicidios. ROY (1989) considera que los trastornos psicóticos incluyendo esquizofrenia son responsables del 10-15% de los suicidios.

### **VISIÓN SOCIOANTROPOLÓGICA**

La sociología ha identificado elementos de la estructura social que están relacionados con el suicidio como la familia, la cultura, la religión, la profesión, o la clase socioeconómica. Por ejemplo, siguen siendo bajas las tasas de suicidio entre casados que tienen la responsabilidad de criar hijos y, en contraste, se observan altas tasas en los viudos, especialmente entre los hombres.

La relación entre suicidio y desempleo muestra datos inconsistentes. El desempleo podría contribuir indirectamente por el impacto que esta situación puede conllevar al interior de la familia y por sus consecuencias, como privación económica, pérdida de estatus social, desesperanza, abuso de alcohol y violencia.

Las distintas religiones tienen posturas diferentes frente al suicidio pero se observa que el riesgo de suicidio es menor en personas practicantes de sus creencias religiosas.

El suicidio sigue siendo más frecuente en los extremos del espectro socioeconómico y se incrementa cuando se cambia de estatus; sin embargo, se observa un menor riesgo de suicidio en los individuos con los mayores niveles de educación o con los mínimos niveles de preparación académica.

Existen condiciones globales como, por ejemplo, la crisis financiera generalizada, la guerra o los desastres naturales, que siguen siendo estudiadas para evaluar su grado de influencia en el comportamiento suicida.

---

## VISIÓN NEUROBIOLÓGICA

Los resultados de las investigaciones han puesto en evidencia la existencia de anomalías en el funcionamiento del sistema serotoninérgico cerebral en la patogénesis de la enfermedad depresiva y en el comportamiento suicida, como disminución de las concentraciones de la proteína transportadora de la serotonina o el aumento de la densidad de los receptores 5-HT<sub>2A</sub> en el cerebro de pacientes con depresión y en víctimas del suicidio.

Actualmente, se consideran como genes candidatos asociados con la conducta suicida a los genes que codifican proteínas como triptofano hidroxilasa, el transportador de serotonina o los receptores 5-HT<sub>2A</sub>. Estos resultados permiten suponer que factores genéticos pueden modular el riesgo de suicidio al influir sobre la actividad serotoninérgica.

En los estudios *post mortem* se ha observado disminución de las concentraciones de serotonina en los cerebros de los suicidas, especialmente a nivel de la corteza cerebral prefrontal, lo cual sugiere una disfunción que sería la responsable de la desinhibición y de la conducta impulsiva y agresiva. Los estudios clínicos también sugieren que la agresión es más común en los individuos con intentos previos de suicidio.

La serotonina es el neurotransmisor que modula las respuestas del individuo frente a los factores ambientales como el estrés, las pérdidas afectivas y está involucrado en la patogénesis de trastornos como el abuso de sustancias psicoactivas y la enfermedad depresiva, todos ellos factores asociados con el suicidio.

## FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO

Es esencial reconocer que sólo podemos hablar de factores de riesgo y factores protectores porque aún no se han establecido las causas definitivas de suicidio. Sin embargo, estos factores no identifican con exactitud a quienes cometerán suicidio.

Existen factores predisponentes generales como la presencia de enfermedades médicas o mentales, de sentimientos de desesperanza, historia de intentos de suicidio previos y abuso de alcohol y de psicodislépticos.

---

pero también es necesario tener en cuenta otros factores como la edad, matrimonio temprano, embarazo no deseado, ausencia de apoyo de los padres, historia de abuso sexual, problemas escolares y pobre aceptación social.

### *Factores de riesgo*

En general se acepta por consenso que los mayores factores de riesgo son:

- Ser hombre joven o anciano.
- Estar viudo, separado, divorciado y vivir solo.
- Estrés ocupacional o económico.
- Antecedentes personales de ludopatía o juego patológico.
- Fácil acceso a armas de fuego, toxinas letales y medicamento.
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica especialmente enfermedad depresiva.
- Trastorno de personalidad límite, narcisista o antisocial.
- Impulsividad o historia de conductas violentas.
- Historia familiar de suicidio.
- Historia previa de intento de suicidio o conductas impulsivas de autolesión.
- Ambivalencia acerca de vivir o morir.
- Planes de suicidio y preparaciones para la muerte.

Los factores de riesgo pueden ser desencadenados por las situaciones precipitantes que anotamos anteriormente.

Una situación que nos debe alarmar es la inhabilidad, especialmente entre adolescentes para resolver problemas. Las pérdidas en general, impactan negativamente en el estado de ánimo y los adolescentes, debido al momento en el desarrollo de su ciclo vital, están expuestos a sufrir pérdidas afectivas, como la separación de los padres, ruptura de sus primeras relaciones de pareja o no alcanzar los objetivos académicos. Es necesario que padres de familia, comunidad académica, grupo de amigos y profesionales de la salud mental participen en las estrategias para eva-

---

luar el manejo de las pérdidas, reconocer las estructuras de personalidad y advertir la predisposición al suicidio en los adolescentes.

### *Factores protectores*

Se consideran como factores protectores a:

- Red social de apoyo funcional.
- Matrimonio y presencia de hijos dependientes.
- Tener creencias y actividades religiosas.
- Ausencia de depresión y consumo de sustancias.
- Tener habilidad para resolver problemas.

También son considerados como factores de protección a la ausencia de enfermedad física grave o de enfermedad o mental o las leyes severas que restringen el porte de armas.

Aunque no se ha evaluado sistemáticamente, si se reconoce el papel primordial que cumple, como factor protector, la presencia de un núcleo familiar íntegro y funcional, en el cual a los hijos se les educa con amor, se les instruye con paciencia, se les enseña acerca del manejo de las frustraciones y se alientan en la adversidad.

No todos los suicidios están asociados con patología mental. En algunos casos se observan rasgos de comportamiento inadecuados o manejo infortunado de las crisis emocionales sin que ello configure un trastorno mental. Son múltiples las circunstancias que ponen a prueba nuestra flexibilidad y capacidad de adaptación: dificultades y cambios en las relaciones interpersonales, conflictos que son considerados como sin solución al interior de la familia o el trabajo, separaciones, pérdidas de diferente índole, enfermedades médicas, jubilación, disfunción sexual, desavenencia con la imagen corporal, sentimientos marcados de vergüenza o culpa que pueden, en algunos casos, desencadenar un comportamiento suicida.

### **LA VIVENCIA DE LA DESESPERANZA**

Un factor de riesgo importante es la desesperanza. Es la necesidad de escapar de circunstancias dolorosas, unida a la percepción por parte del individuo de no encontrar salida a esta situación y considerar que única-

---

mente la muerte puede proporcionarle alivio. El sentirse incapaz de cambiar las circunstancias de la vida en medio de una sensación general de desesperanza, acompañado por sentimientos crecientes de soledad, desarraigo y falta de sentido de vida con frecuencia origina ideas y planes suicidas.

La siguiente cita pertenece a una paciente con depresión e ideas de suicidio:

“la desesperanza, el sentirse impotente ante la vida, de pronto es mejor huir que seguir el resto de la vida con temor, con angustia... El quitarse la vida puede resultar aparentemente más fácil que seguir con tantas preocupaciones que cada día son más y más: el trabajo, el estudio, la crianza de los hijos, no tener dinero para las necesidades básicas...”.

No deja duda que la idea de suicidio que acompaña a un paciente, conlleva un intenso sufrimiento. La desesperanza es un sentimiento de pérdida que impacta el estado de ánimo ante la percepción de no tener la posibilidad de alcanzar lo deseado. La desesperanza que sufre la persona con ideas de suicidio no le permite analizar objetivamente la situación ni formular alternativas diferentes al suicidio, para mejorar su condición agobiante.

La sensación de impotencia es el reconocimiento de la incapacidad y pérdida del poder y voluntad para ejecutar algo o producir un efecto y se constituye en una condición que agobia y constriñe al individuo. La desesperanza es fuente de desánimo acompañada de intenso agotamiento.

El suicidio puede concebirse como una solución, una forma posible de huir, de evitar el sufrimiento, terminar de una vez por todas con el temor que no desaparece y la angustia que acosa, aunque por ello se deba pagar el costo más alto que puede pagar un ser humano: su vida.

Con el suicidio se sacrifica la vida ante la visión de no poder encontrar una salida diferente a una situación que le es imposible manejar con una perspectiva distinta. El suicidio es el testimonio de la rendición del individuo ante la adversidad. Es una decisión aparentemente fácil para no continuar con la carga de la vida pero a su vez, es una decisión difícil de tomar que está precedida de la búsqueda de otras soluciones.

---

Quienes han sobrevivido a un intento de suicidio no dudan en afirmar que el suicidio no fue la primera alternativa contemplada para resolver los problemas, y que por el contrario, fue la última solución en aparecer, después de haber luchado por resistir... por luchar hasta el final... por sobrevivir...

La depresión que acompaña al paciente con ideación de suicidio le impide ver soluciones e incrementa la sensación de haber perdido la batalla y alimenta los sentimientos de fracaso. Las situaciones que son motivo de conflicto adquieren dimensiones desproporcionadas para el paciente que tiende a ver la situación en forma negativa y pesimista, magnificando la gravedad de los hechos. La visión que tiene del panorama está reducida y el juicio y el raciocinio comprometidos por su estado depresivo.

El paciente con ideas de suicidio asociadas a una enfermedad mental como depresión, en general, ha recorrido un largo camino de sufrimientos que le han impedido disfrutar de su existencia. Su vida marcada por los síntomas de la enfermedad se hace difícil de sobrellevar. La inseguridad para realizar sus actos, lo confina a escoger conductas de evitación para no exponerse ante una sociedad que percibe amenazante y en algunos casos, demandante de respuestas y resultados que no está en condiciones de cumplir. La vergüenza y culpa por no poder satisfacer las exigencias del entorno aparecen y el individuo se concentra en la incapacidad que tiene para responder con el papel que ha caracterizado en su vida. Experimenta sentimientos de abatimiento, de pérdida de energía vital lo que ayuda a propiciar la aparición de la idea de muerte como solución.

Aún en los individuos con profundas creencias religiosas es frecuente escuchar "si Dios se acordara de mí" lo que denota un profundo sentimiento de desprotección y una actitud de rendición frente a los primeros asomos de la muerte como solución. La pérdida progresiva de la credibilidad y la no mejoría de los síntomas, le facilitan mover la idea de muerte de las manos divinas a sus propias manos, e iniciar la búsqueda de un plan suicida.

El sentimiento de tristeza y desolación se hace más grande cuando la idea de suicidio se vuelve una posibilidad que obliga a la propia intervención para lograrlo y la muerte se ve como la única salida hacia el futuro.

El paciente comienza una etapa de desapego de sus sentimientos, experimenta la sensación de no recibir ni ser capaz de dar afecto. Las personas significativas que antes eran motivo de vida dejan de serlo y percibe que todos los de su entorno funcionan armónicamente y en concordancia con la vida mientras que él no logra mantenerse dentro del sistema que posibilita la vida. Pierde los lazos conectores con la vida, desaparece la motivación, siente que no le interesa nada, se suspenden sus deseos y deja de vivir en vida.

La sensación de vacío se apodera de él junto con incapacidad de sobreponerse, dos penosas condiciones que vienen de la mano con el sentimiento de que merece vivir, que acerca al paciente al suicidio y finalmente la decisión es consecuencia de su vivencia de desamor, de su desesperanza.

### **PAPEL DEL PSIQUIATRA EN LA PREDICCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Los pacientes con enfermedad mental tienen un alto riesgo de suicidio. Se estima que el 30-87% de los suicidios son cometidos por pacientes con trastornos depresivos, 19-50% por pacientes con trastornos depresivos en comorbilidad con abuso de sustancias y 13% entre individuos con esquizofrenia.

Aunque existen dificultades para identificar plenamente los factores de riesgo el psiquiatra debe emplear su juicio clínico y su experiencia y utilizar los instrumentos adecuados para predecir y tratar adecuadamente los comportamientos suicidas.

#### ***Hospitalización***

En primer lugar, es necesario valorar si el paciente puede ser tratado en forma ambulatoria o debe ser hospitalizado. BECK y colaboradores (1999) proponen identificar y medir la intensidad de las ideas de suicidio en todo paciente depresivo ambulatorio para identificar los pacientes con mayor riesgo de suicidio, quienes deben ser hospitalizados. Sin embargo, los resultados de la predicción sigue siendo limitada y es necesario monitorear periódicamente la ideación de suicidio y desesperanza para reducir el riesgo a largo término.

---

También es cierto que los pacientes internados en un hospital psiquiátrico tienen alto riesgo de suicidio. POWEL y colaboradores (2000) recomiendan que al ingreso del paciente se elabore una historia clínica completa para evaluar los antecedentes familiares de suicidio, las ideas de suicidio, los gestos suicidas y los intentos previos, la razón de la hospitalización actual, los diagnósticos previos y finalmente formular un diagnóstico que oriente un plan de tratamiento.

Es imperioso hacer claras recomendaciones al personal médico y paramédico de la institución sobre el riesgo de suicidio del paciente durante la hospitalización y tomar todas las medidas preventivas para evitar que ocurra. Los factores de riesgo entre pacientes hospitalizados no son necesariamente los mismos de los pacientes ambulatorios y de la población general.

### *Manejo farmacológico*

Si predecir es difícil lo es aún más la prevención. Entre 20-36% de quienes cometieron suicidio visitaron al médico general 4 semanas antes de hacerlo.

Es necesario indagar en cada entrevista por el riesgo de suicidio. La credibilidad y confianza que le generamos al paciente son importantes herramientas que contribuyen a crear una relación médico-paciente funcional capaz de apoyarlo e intentar disuadirlo de su idea suicida.

Un conocimiento adecuado y un manejo racional de los psicofármacos para aliviar los síntomas contribuyen a disminuir las ideas de suicidio. KUO considera que la medicación utilizada para el tratamiento de las enfermedades mentales resulta ser efectiva para disminuir la conducta suicida.

### *Estrategias psicoterapéuticas*

Conjuntamente con el tratamiento farmacológico se debe implementar el apoyo psicoterapéutico que le permita al paciente analizar y revalorar las circunstancias y situaciones que lo han conducido por el camino del suicidio. En pacientes con historia de intentos de suicidio la terapia cognitiva puede disminuir el riesgo de un nuevo intento.

Es necesario que el paciente:

- Comprenda su estado de desolación e incapacidad para afrontar las situaciones difíciles y que descubra nuevas maneras de enfrentar la adversidad.
- Relativice en el tiempo los eventos desencadenantes de la conducta suicida.
- Identifique los factores precipitantes y redimensione su gravedad.
- Identifique y movilice sus recursos cognoscitivos para reconocer sus logros en otras circunstancias de vida y de esta manera incrementar la confianza en sí mismo y en sus posibilidades.

### *Intervenciones psicosociales*

Las intervenciones psicosociales contribuyen a prevenir el riesgo de suicidio entre individuos que no padecen de una patología psiquiátrica pero que sin embargo, albergan ideas de suicidio. Para estos individuos las líneas telefónicas de soporte social han demostrado ser útiles. El endurecimiento de las leyes de tenencia de armas de fuego también contribuye a disminuir los índices de suicidio.

Es necesario desarrollar campañas de divulgación para llevar a la población general un mensaje adecuado: los pacientes se favorecen del tratamiento farmacológico y de técnicas psicoterapéuticas apropiadas que impliquen continuo contacto del paciente con el terapeuta. Si se emplea solamente uno de ellos reaparece el riesgo de suicidio.

Desafortunadamente en algunos casos las estrategias de prevención de suicidio, como lo señalan EAGLES y colaboradores (2003) son formuladas sin tener en cuenta a los pacientes con enfermedades psiquiátricas y al ignorarlos les limitan la red de apoyo, y terminan comentando sus sentimientos entre sus amigos y familiares.

Es necesario disminuir el estigma que crea la asistencia a consulta para atención psiquiátrica para que los pacientes puedan encontrar la ayuda idónea que les permita prevenir un desenlace fatal.

Es necesario que tomemos conciencia que la ayuda psicoterapéutica debe ser brindada por un profesional idóneo. Muchas organizaciones, de buena voluntad, inclusive profesionales de salud mental sin el entrena-

---

miento necesario hacen intervenciones para prevenir el suicidio, teniendo en cuenta únicamente, la problemática psicosocial y corriendo el riesgo de no brindar una completa orientación. Es necesario analizar con detalle si las ideas de suicidio están enmarcadas dentro de una patología mental para que el paciente reciba oportuna ayuda de un profesional especialista con el conocimiento suficiente o un equipo de salud mental en el cual participe un psiquiatra.

### **IMPACTO DEL SUICIDIO EN EL PSIQUIATRA Y GRUPO DE SALUD MENTAL**

Para los psiquiatras y el personal de salud mental el suicidio de un paciente tiene un impacto significativo en su vida profesional y personal. Como lo han puesto de manifiesto varias investigaciones como las de HENDIN y colaboradores (2004) y RUSKIN y colaboradores (2004) la tercera parte de terapeutas presentan síntomas de estrés severo después del suicidio de un paciente bajo su cuidado y para muchos psiquiatras y para el personal de salud mental el suicidio de uno de sus pacientes desencadenó sentimientos de culpa, frustración y rabia, que son más intensos en los psiquiatras más jóvenes y, en algunos casos han sido tan intensos, que los psiquiatras más veteranos adelantaron su decisión de retiro anticipado de la práctica profesional.

De acuerdo con las recomendaciones de ALEXANDER y colaboradores (2000) para mitigar la sensación de malestar es necesario buscar el apoyo de los colegas después del suicidio de un paciente.

### **COROLARIO**

El suicidio es una conducta que ha sido abordada a lo largo de la historia de la humanidad por diferentes vertientes de pensamiento que han aportado con su conocimiento luces para poder entender las motivaciones que encierran esta conducta.

Hoy reconocemos unas bases neurobiológicas que están asociadas con la conducta suicida que no explican totalmente la razón del suicidio. Aunque no todos los suicidios tienen de base una enfermedad mental no hay dudas de que las más altas tasa de suicidio ocurren entre personas afectadas por una enfermedad psiquiátrica, lo que obliga a los es-

pecialistas de salud mental a hacer el mayor esfuerzo para reconocer los factores de riesgo y analizar con cuidado la presencia de otros factores predisponentes.

A lo largo de las investigaciones sobre el suicidio no se cuenta con cifras consistentes de predicción y prevención. Los factores de riesgo constituyen una aproximación que orienta y puede evitar consecuencias fatales.

Los pacientes aquejados por una enfermedad mental, elaboran sus planes de suicidio en medio de un gran sufrimiento personal. Para los pacientes que tienen depresión, el suicidio llega asociado más como una consecuencia del padecimiento de la enfermedad que como una decisión impulsiva.

La comunidad le ha confiado a los psiquiatras la atención de pacientes con factores de riesgo aumentados para suicidio, razón por la cual debemos afinar los instrumentos disponibles para evitarlo. Debemos cuidar con esmero a quienes poseen factores de riesgo y tener el conocimiento para manejar los psicofármacos que ayuden a disminuir el impacto de las enfermedades mentales, además, conocer una técnica psicoterapéutica comprobada para movilizar cognitivamente a nuestros pacientes a encontrar diferentes soluciones a los problemas que los agobian.

## LECTURAS SELECCIONADAS

ALEXANDER DA, KLEIN S, GRAY N, DEWAR I, EAGLES JM.

Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 2000; 320:1571-4.

BECK AT, BROWN GK, STEER RA, *et al.*

Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1999; 29: 1-9.

BOSTWICK JM, PANKRATZ VS.

Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1925-32.

BURTON R.

*Anatomy of Melancholy*. Faulkner TC, Nicolas K, Kiessling NK, Blair RL, (eds.) Oxford, England: Clarendon Press; 1989.

EAGLES JM, CARSON DP, BEGG A, NAJI S.

Suicide prevention: a study of patients' views. *Br J Psychiatry* 2003; 182 (3): 261-5.

---

**HENDIN H, HAAS AP, MALTSBERGER JT, SZANTO K, RABINOWICZ H.**

Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient. *Am J Psychiatry* 2004;161:1442-6.

**KUO I.**

*Psychopharmacology and suicide prevention*. 16th Congress on European College of Neuropsychopharmacology.

**MOSQUERA F.**

*El comportamiento suicida*, en *Avances*, vol. 7. Yepes LE, Téllez J, Alarcón R. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Bogotá, 2006; 78-88.

**POWELL J, GEDDES J, HAWTON K.**

Suicide in psychiatric hospital in-patients Risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry* 2000; 76: 266-72.

**ROY A.**

*Suicide*. In. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. vol. 2. Kaplan HI, Sadock BJ, eds. 5th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1989; 1414-27.

**RUSKIN R, SAKINOFSKY I, BAGBY M, DICKENS S, SOUSA G.**

Impact of Patient Suicide on Psychiatrists and Psychiatric Trainees. *Academic Psychiatry* 2004; 28: 104-10.

**TONDO L.**

*Prima del tempo. Capire e prevenire il suicidio*. Rome. Carocci; 2000.

