



# INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

---

## ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Marcos Gomez Revuelta, Javier Sastre Yáñez, Luisa Elvira San Emeterio Echevarría, Telva María Carceller Meseguer, Elsa Gómez Ruiz, Ana Isabel De Santiago Díaz

[marc21285@gmail.com](mailto:marc21285@gmail.com)

Suicidio, Conducta Suicida, Prevención, Urgencias Psiquiátricas, Tentativa Suicida

### RESUMEN

CARS (Consulta de Alta Resolución Para el Abordaje de la Conducta Suicida) es un enfoque en equipo multidisciplinar para abordar las necesidades, preferencias y objetivos de recuperación únicos de las personas que presentan conductas suicidas y sus cuidadores.

Los pacientes proceden mayoritariamente del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), en Santander, Cantabria. El HUMV está ubicado en el área de salud nº1, Santander, Cantabria (alrededor de 290000 personas). Sin embargo, este hospital es el centro de referencia psiquiátrica para toda la región de Cantabria (580000 habitantes). Dispone de la única unidad de hospitalización de agudos psiquiátricos, el único servicio de atención en urgencias psiquiátricas 24 horas para toda el área de influencia y proporciona atención médica urgente para todas las conductas suicidas.

Las intervenciones del programa incluyen la atención psiquiátrica de base comunitaria e intervenciones específicas basadas en la evidencia: atención personalizada con abordaje psicofarmacológico, psicoterapias individuales y/o grupales dirigidas a la prevención del suicidio, promoción de la salud, asistencia ocupacional y social, y educación y apoyo familiar.

## **ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Es un enfoque colaborativo y orientado a la recuperación que establece una alianza terapéutica positiva y mantiene el compromiso con los pacientes y sus cuidadores y que se desarrolla en una fase temprana con atención intensiva durante un máximo de tres meses. CARS también se coordina con los proveedores de Salud Mental comunitarios para garantizar la continuidad de cuidados después del alta.

### **COMUNICACIÓN**

El suicidio constituye la principal emergencia en el campo de la Psiquiatría y un creciente problema de salud pública habida cuenta de las cifras de morbilidad asociadas con este evento y a la ausencia de medidas estratégicas de prevención adecuadas en buena parte de países, incluido España (Iglesias-García et al., 2017). Alrededor de un millón de personas se quitan la vida anualmente en el mundo, remarcando el dato la condición de pandemia de este problema según estadísticas facilitadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Turecki & Brent, 2016). En nuestro país, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el número de muertes por suicidio alcanzó oficialmente los 3985 casos en 2020. La tasa de suicidio es de 7,5 casos por cada 100.000 habitantes; muy por debajo de la media mundial, situada en torno a los 11,4 casos por cada 100.000 habitantes (Ayuso-Mateos et al., 2012). Cabe resaltar que, en la actualidad, el suicidio se erige en nuestro país como una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos, así como de fallecimiento en poblaciones jóvenes superando a la suma de las muertes por homicidio, accidentes laborales y de tráfico. Y es que, en las últimas décadas, se ha observado un cambio de tendencia en cuanto a la población suicida (Gracia, Rebeca; Pamias, Montse; Mortier, Philippe; Alonso, Jordi; Pérez, Víctor; Palao, 2021). Si, tradicionalmente, las tasas de suicidio consumado eran más altas entre hombres de avanzada edad, en los últimos años la tendencia discurre hacia un aumento de las mismas en poblaciones jóvenes con un incremento similar en su distribución por sexos (Gracia, Rebeca; Pamias, Montse; Mortier, Philippe; Alonso, Jordi; Pérez, Víctor; Palao, 2021).

## ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

De hecho, representa en muchos países desarrollados la principal causa de muerte entre los 15 y los 24 años de edad. Así pues, en la actualidad, los jóvenes pueden considerarse un grupo de alto riesgo. Para ilustrar esta apreciación, sabemos que la prevalencia a lo largo de la vida de la ideación y conducta suicida entre adolescentes y jóvenes adultos alcanza guarismos entre el 12,1-33% en el caso de la ideación suicida y del 4,1-9,3% en lo concerniente a la conducta suicida. En población anciana, las tasas de suicidio son también altas, particularmente, entre aquellos ancianos con comorbilidad psiquiátrica (depresión, ansiedad) o con enfermedades somáticas debilitantes, discapacitantes o dolorosas. El género, por su parte, define distintos perfiles de conducta a nivel global en su relación con el suicidio, con unas tasas de suicidio consumado generalmente superiores en hombres con respecto a mujeres (15/100.000 en hombres frente a 8/100.000 en mujeres) (Turecki & Brent, 2016). La pandemia COVID-19 ha arrojado un aumento en la divulgación de noticias relacionadas con la salud mental y una creciente concienciación al respecto de esta problemática y, de forma muy particular, en relación al suicidio (Hörmann et al., 2022; Partonen et al., 2022). Pese a una preocupación inicial sobre un eventual crecimiento de la suicidalidad, hasta el momento no se han obtenido datos concluyentes que confirmen esa hipótesis, excepto, como es el caso en nuestro país, en ciertas poblaciones especialmente vulnerables como jóvenes adolescentes, mujeres y ancianos (Gracia, Rebeca; Pamias, Montse; Mortier, Philippe; Alonso, Jordi; Pérez, Víctor; Palao, 2021).

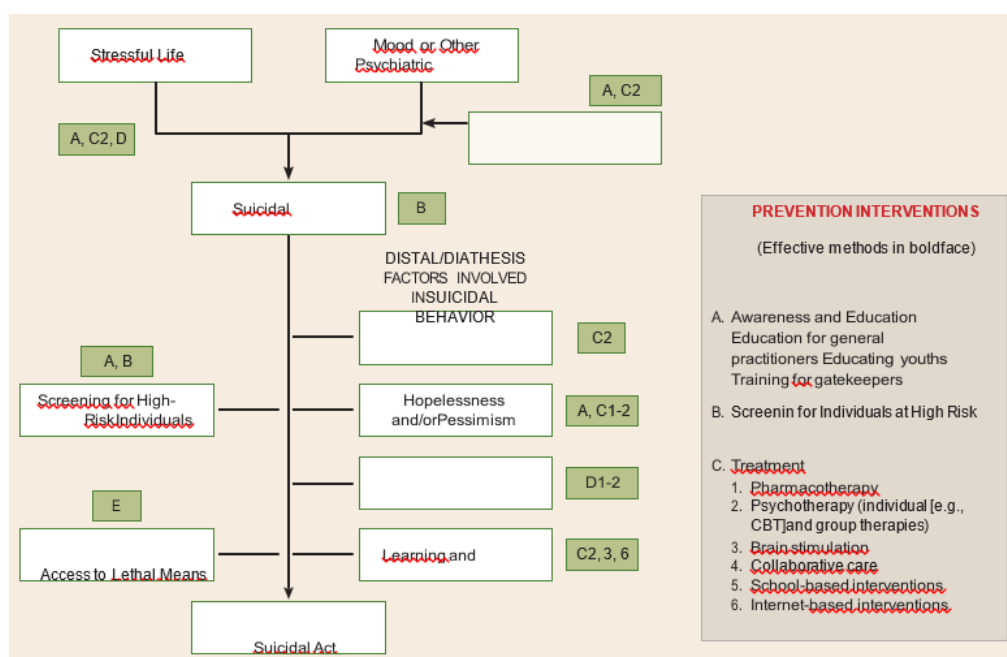
Pese a lo abrumador de los datos, probablemente, la magnitud real del problema se encuentre infraestimada ante la tendencia a la subnotificación o a un registro incompleto o erróneo de los casos. En este sentido, mencionar que tan solo el 35% de los países miembros de la OMS recogen registros vitales homogéneos entre su población con datos actualizados a los últimos cinco años. De forma significativa, las tasas de suicidio varían ampliamente entre países y dentro de los propios países. Estas variaciones se explican en parte por las condiciones socioeconómicas y culturales. Por ejemplo, las influencias culturales pueden trascender a la localización geográfica.

## ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

De hecho, normalmente, las tasas de suicidio entre la población inmigrante se correlacionan más estrechamente con las del país de procedencia que con las del país de acogida (Mann et al., 2021).

El riesgo de suicidio puede entenderse en términos de un modelo de diátesis de estrés en el que el estrés resulta de un estresor interno, generalmente una enfermedad psiquiátrica, presente en aproximadamente el 90 % de todos los casos de suicidio y, más comúnmente, de depresión mayor, y/ o un estresor externo que involucra eventos de la vida. La diátesis es una combinación de percepción aumentada de angustia emocional, una mayor propensión a que las emociones influyan en las decisiones, deterioro de la capacidad de aprendizaje y resolución de problemas, y cognición social distorsionada que implica una hipersensibilidad a las señales sociales negativas y una sensibilidad disminuida a las señales sociales positivas (Rothman & Sher, 2021). La diátesis modera el riesgo de suicidio, y el riesgo puede verse influido negativamente por el abuso agudo de alcohol o drogas, a través del estado de ánimo o la desinhibición. Las medidas de prevención se pueden alinear con estos componentes del modelo (Figura 1) (Mann et al., 2021).

Figura 1. Objetivos y métodos de prevención. (Tomada de: Mann et al., 2021).



## ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

### SUICIDIO. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Por tanto, la complejidad en su dimensión teórica, las variaciones geográficas y culturales, la subnotificación, el tabú, o las dificultades para establecer una nomenclatura común para investigación, condicionan y, al tiempo, reflejan la heterogeneidad de un fenómeno cuyo abordaje preventivo, desgraciadamente, ha sido igualmente heterogéneo y, seguramente, poco efectivo. No obstante, a lo largo de los últimos años se han alcanzado evidencias sólidas de efectividad en relación a ciertas intervenciones encaminadas a la prevención y tratamiento del suicidio y de la conducta suicida más allá de la detección de casos e identificación de factores de riesgo:

1. La **restricción en el acceso a medios letales** se asocia a una reducción en las tasas de suicidio y, según los estudios, parece que la sustitución por métodos alternativos, parece limitada. Esta es una estrategia clara que implementar en los planes nacionales para la prevención del suicidio.
2. **Psicofarmacología:** El empleo de antidepresivos, especialmente, en aquellos pacientes con sintomatología ansiosa o depresiva goza de una amplia y sólida evidencia científica para la reducción del riesgo de suicidio. Por franjas de edad, el mayor beneficio se alcanza en el paciente adulto y anciano. En la década pasada, existió cierto debate con respecto al empleo de estos tratamientos en población infantil o adolescente por un presunto incremento de la ideación suicida en esta población al inicio de estos tratamientos. Sin embargo, se ha observado que el aumento del riesgo de suicidio en la depresión no tratada y la ausencia de mayores tasas de suicidio asociadas al tratamiento farmacológico, no avalan en ningún caso evitar el inicio y mantenimiento de tratamiento antidepresivo en población infanto-juvenil cuando este está indicado. En términos absolutos, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRSs), obtienen la mayor evidencia dentro de su familia farmacológica y en aquellos pacientes aquejados de ansiedad o depresión. En el caso de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, el ácido valproico (en fases mixtas) y, especialmente, las sales de litio presentan las mayores evidencias antisuicidas.

## ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

En los últimos años, la ketamina (en su uso endovenoso o intranasal), se ha establecido como la gran promesa que podría revolucionar el abordaje de los trastornos afectivos. Su rápido mecanismo de acción y elevada eficacia se han manifestado tanto para el abordaje del trastorno de depresión mayor, como para las depresiones bipolares y ya a las pocas horas desde su primera administración, los estudios muestran espectaculares resultados en la reducción de la ideación suicida (Abbar et al., 2022; Murrough et al., 2015). Para terminar con las terapias farmacológicas, destacar el papel protector de los antipsicóticos de segunda generación, especialmente la clozapina (aunque también se recogen evidencias antisuicidas con aripiprazol, paliperidona, olanzapina o risperidona) en la esquizofrenia y otros trastornos de su espectro.

3. **Psicoterapia:** La terapia cognitivo-conductual (TCC) reduce el riesgo de conducta suicida en adultos y adolescentes con depresión y en adultos con trastorno límite de la personalidad, y redujo a la mitad las tasas de intentos de suicidio en pacientes que acudieron a un servicio de urgencias después de un intento de suicidio reciente en comparación con el tratamiento habitual. La TCC para personas suicidas está diseñada para ayudar a las personas de alto riesgo a aplicar estrategias de afrontamiento más efectivas (p. ej., reestructuración cognitiva) en el contexto de factores estresantes y problemas que desencadenan comportamientos suicidas. Los terapeutas también están capacitados para identificar factores específicos del paciente que promueven conductas suicidas. En los trastornos por consumo de sustancias, se ha informado que la TCC reduce la frecuencia de los intentos en comparación con el tratamiento habitual en adolescentes, pero no en adultos. La TCC puede funcionar al mejorar la orientación al problema negativo y la regulación emocional, reducir la impulsividad y atenuar la ideación suicida. La terapia conductual dialéctica (DBT) para el trastorno límite de la personalidad en adolescentes, estudiantes universitarios y adultos previene los intentos de suicidio y la hospitalización por ideación suicida y reduce las consecuencias médicas de las conductas autolesivas en comparación con el tratamiento habitual. Se ha encontrado que las psicoterapias psicodinámicas para el trastorno límite de la personalidad previenen el comportamiento suicida o autolesivo en la mayoría de los estudios controlados.

## ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

No hay estudios replicados de otros tipos de intervenciones psicoterapéuticas que muestren la prevención del comportamiento suicida. Incluso si las psicoterapias fueran efectivas, solo la TCC parece escalable (Mann et al., 2021; Van Heeringen & Mann, 2014).

4. **Psicoterapia grupal:** Psicoterapia de grupo. Las psicoterapias grupales redujeron la ideación suicida en cinco de 10 estudios y el suicidio en uno de 100 pero ninguno de los estudios informó reducciones en los intentos de suicidio no fatales (consulte la Tabla S3C en el suplemento en línea). La rentabilidad y el potencial de escalamiento son discutibles sin una eficacia replicada para el comportamiento suicida, contacto y/o extensión activa después de un intento de suicidio o una crisis de ideación suicida (Bolton et al., 2015; Parra Uribe et al., 2013).
5. **Terapia electroconvulsiva:** sigue contándose entre las intervenciones con mayor evidencia antisuicida por su rápida acción en pacientes de extrema gravedad. Sobre la misma y, en base a lo expuesto, cabe una reflexión, sobre una consideración más temprana sobre su uso, habitualmente relegado a fases tardías y de extrema resistencia (Mann et al., 2021; Turecki & Brent, 2016).
6. **Programas Específicos de seguimiento:** El seguimiento intensivo tras una visita a urgencias relacionado con un intento de suicidio puede reducir entre un 25-50% el riesgo de recurrencia en el intento a lo largo de los 12 meses siguientes y en más de un 90% el riesgo de suicidio consumado. Este tipo de medida, ampliamente replicada, debería incluirse en las estrategias nacionales de prevención del suicidio. Los hallazgos correlacionan de forma clara la accesibilidad a los dispositivos de salud mental con una reducción en las tasas de suicidio (Cebrià et al., 2013; Mann et al., 2021; Suárez-Pinilla et al., 2020; Turecki & Brent, 2016).
7. **Otras estrategias:** Programas educativos en centros escolares, programas de formación para médicos generales, entrenamiento de referentes sociales en detección y direccionamiento de los casos o estrategias de comunicación a través de los medios de comunicación y las redes sociales parecen parcelas para el futuro crecimiento. Algunas ya han mostrado resultados esperanzadores pero, aún queda un largo camino por recorrer (Mann et al., 2021).

## **ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

### **EL PROGRAMA CARS**

CARS (Consulta de Alta Resolución para el abordaje de la conducta Suicida) es un enfoque en equipo basado en la conceptualización de múltiples elementos para abordar las necesidades, preferencias y objetivos de recuperación únicos de las personas que presentan comportamientos suicidas y sus cuidadores. Las intervenciones del componente incluyen atención psiquiátrica de base comunitaria e intervenciones específicas de fase basadas en evidencia: atención personalizada basada en psicoterapias psicofarmacológicas tempranas, individuales y/o grupales dirigidas a la prevención del suicidio, salud, asistencia ocupacional y social, y educación y apoyo familiar. Es un enfoque colaborativo y orientado a la recuperación que establece una alianza terapéutica positiva y mantiene el compromiso con los pacientes y sus cuidadores que consiste en una breve fase temprana de cuidados intensivos durante un máximo de tres meses con dos evaluaciones adicionales a los 6 meses y al año de seguimiento. arriba. CARS también pretende estar lo suficientemente coordinado con los proveedores de salud mental comunitarios para garantizar la continuidad en la prestación de la atención que se considere adecuada después del alta.

En el programa CARS, evaluamos la efectividad de un programa intensivo temprano de manejo (conductual) post-intento de suicidio (PIS) en pacientes dados de alta del servicio de urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander, en la región de Cantabria, norte de España desde el año 2016. Cantabria se divide en cuatro áreas sanitarias. El HUMV está ubicado en el área de salud número 1-Santander (más de 290.000 personas). Sin embargo, este hospital es el centro de referencia psiquiátrica de toda la región de Cantabria que incluye una población de alrededor de 580.000 personas. Dispone de la única unidad de hospitalización de agudos psiquiátricos, el único servicio de atención de urgencias psiquiátricas 24 horas para toda el área de influencia y proporciona atención médica urgente para todas las conductas suicidas. Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron examinados en urgencias por un psiquiatra que evaluó el riesgo de suicidio y formuló el plan de tratamiento inicial.



## **ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

Solo se consideraron para la intervención los pacientes procedentes del área de salud número 1-Santander. Los pacientes con diagnóstico de psicosis, trastorno afectivo mayor o trastorno límite de la personalidad no fueron excluidos y se les dio un seguimiento proactivo con la ayuda de otros programas de seguimiento asertivo disponibles en el área.

### **Intervención**

Todos los pacientes ingresados por intento/conducta suicida en el servicio de urgencias del HUMV recibieron atención médica, evaluación de riesgo suicida y formulación de un plan de tratamiento inicial por un psiquiatra. En la muestra se estableció un programa de intervención protocolizado en 2016. Todas las mañanas, el equipo de urgencias psiquiátricas dejaba un registro de los intentos/conductas suicidas atendidos en el turno previo de 24 horas a la enfermera del equipo CARS. Esta enfermera estaba especializada en salud mental y había recibido formación específica sobre la administración de algunas de las escalas del programa y el manejo de pacientes con alto riesgo de suicidio. La enfermera registró los datos provenientes de todos esos pacientes independientemente de si pertenecen al grupo PIS o al grupo TAU y abordó una primera visita con sujetos del grupo PIS. Para todos los pacientes incluidos en el grupo PIS, el primer contacto con el programa se programó 24-72 horas después del alta. La primera entrevista fue realizada por uno de los dos psiquiatras del equipo CARS. Durante este primer contacto, se recibieron sujetos incluidos en el programa. una explicación de la intervención y se les pidió un consentimiento informado por escrito para continuar con el programa. La información recogida incluyó un detallado tratamiento médico-psiquiátrico, farmacológico y sociodemográfico. Además, se reevaluaron los factores estresantes de la vida, el riesgo actual de suicidio, el abuso de drogas y el estado de salud mental. La intervención tuvo una duración máxima de tres meses (con foco en la eficiencia; intervención temprana, intensiva y lo más breve posible) y consistió en diferentes actividades con la participación de diferentes profesionales de la salud mental: (a) manejo personalizado de casos bajo el liderazgo de uno de los dos psiquiatras del programa CARS con visitas semanales de 30 minutos para tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico;

## ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

b) Intervención psicoeducativa semanal por la enfermera; c) acceso telefónico directo y flexible a la enfermera de 8 a 15 horas en caso de crisis. Por ello, el grupo PIS incluyó la posibilidad de intervenciones breves tempranas en situaciones de crisis; d) evaluación ocupacional y social realizada por un terapeuta ocupacional; e) Abordaje psicoterapéutico grupal a lo largo de 10 sesiones con intervalo semanal; f) Abordaje psicoterapéutico individualizado en casos seleccionados a través de la psicóloga del programa. El seguimiento posterior al alta se concertó con los servicios de salud mental o con el médico de atención primaria del sujeto de acuerdo con el plan de tratamiento establecido por el psiquiatra remitente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Abbar, M., Demattei, C., El-Hage, W., Llorca, P. M., Samalin, L., Demaricourt, P., Gaillard, R., Courtet, P., Vaiva, G., Gorwood, P., Fabbro, P., & Jollant, F. (2022). Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: Double blind, randomised placebo controlled trial. *The BMJ*, *376*, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067194>
2. Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A., & Saiz Ruiz, J. (2012). Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, *5*(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
3. Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ (Online)*, *351*. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4978>
4. Cebrià, A. I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., Laredo, A., Vallès, V., Caveró, M., Oliva, J. C., Hegerl, U., Pérez-Solà, V., & Palao, D. J. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1–3), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.016>

## ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

5. Gracia, Rebeca; Pamias, Montse; Mortier, Philippe; Alonso, Jordi; Pérez, Víctor; Palao, D. (2021). Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *Journal of Affective Disorders*, 292, 139–141. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00366-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00366-X)
6. Hörmann, C., Bandli, A., Bankwitz, A., De Bardeci, M., Rüesch, A., De Araujo, T. V., Seifritz, E., Kleim, B., & Olbrich, S. (2022). Suicidal ideations and suicide attempts prior to admission to a psychiatric hospital in the first six months of the COVID-19 pandemic: interrupted time-series analysis to estimate the impact of the lockdown and comparison of 2020 with 2019. *BJPsych Open*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1072>
7. Iglesias-García, C., Sáiz, P. A., Burón, P., Sánchez-Lasheras, F., Jiménez-Treviño, L., Fernández-Artamendi, S., Al-Halabí, S., Corcoran, P., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2017). Suicide, unemployment, and economic recession in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>
8. Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
9. Murrough, J. W., Soleimani, L., DeWilde, K. E., Collins, K. A., Lapidus, K. A., Iacoviello, B. M., Lener, M., Kautz, M., Kim, J., Stern, J. B., Price, R. B., Perez, A. M., Brallier, J. W., Rodriguez, G. J., Goodman, W. K., Iosifescu, D. V., & Charney, D. S. (2015). Ketamine for rapid reduction of suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, ePub(ePub), ePub-ePub. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001506>
10. Parra Uribe, I., Blasco-Fontecilla, H., García-Parés, G., Giró Batalla, M., Llorens Capdevila, M., Cebrià Meca, A., De Leon-Martinez, V., Pérez-Solà, V., & Palao Vidal, D. J. (2013). Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 840–846. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.013>

## ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA Y LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

11. Partonen, T., Kiviruusu, O., Grainger, M., Suvisaari, J., Eklín, A., Virtanen, A., & Kauppila, R. (2022). Suicides from 2016 to 2020 in Finland and the effect of the COVID-19 pandemic. *British Journal of Psychiatry*, 220(1), 38–40. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.136>
12. Rothman, S., & Sher, L. (2021). Suicide prevention in the covid-19 era. *Preventive Medicine*, 152(November), 1–6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106547>
13. Suárez-Pinilla, P., Pérez-Herrera, M., Suárez-Pinilla, M., Medina-Blanco, R., López-García, E., Artal-Simón, J. Á., & de Santiago-Díaz, A. I. (2020). Recurrence of suicidal thoughts and behaviors during one year of follow-up: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 288(January 2020). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112988>
14. Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
15. Van Heeringen, K., & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. In *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70220-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70220-2)