

EDUCACIÓN EN RIESGO SUICIDA, UNA NECESIDAD BIOÉTICA

Yahira Rossini Guzmán Sabogal*

RESUMEN

El manejo del riesgo suicida constituye un componente importante de la práctica médica, especialmente en la evaluación de los pacientes, cuyo tratamiento clínico debe centrarse en ellos y en su red de apoyo. La elección de una terapia en particular depende no sólo de la estimación del riesgo suicida, desde el punto de vista psiquiátrico, sino también de otros aspectos relacionados con el paciente. Estos comportamientos pueden reducirse si se entiende el suicidio como un problema de salud pública, susceptible de prevención, en el cual se involucran tanto individuos como grupos. Los principios de ética médica aplicados a la evaluación de estos pacientes pueden servir de apoyo a maestros y estudiantes, para tomar decisiones.

PALABRAS CLAVE: médicos, riesgo suicida, bioética, prevención.

ABSTRACT

Suicide-risk management is an important component of medical practice especially in the assessment of patients with suicidal tendencies, the clinical treatment of whom should focus on them and their support network. The choice of a specific therapy depends not only on the judgment of the suicidal patient's actual risk in psychiatric terms, but also on other patient-related issues. These dangerous behaviors can be lessened if we manage to understand suicide as a public health problem likely to be prevented, in which both individuals and groups can be involved. The principles of medical ethics, as applied to the assessment of this kind of patients, may serve both teachers and students as a decision-making guide and support.

KEY WORDS: Physicians, risk factors, suicide, bioethics, prevention.

INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones más importantes de la práctica clínica es el manejo de la conducta suicida. El común de la gente piensa que los médicos psiquiatras son los únicos responsables del abordaje de estos

pacientes. Sin embargo, hoy en día, después de revisar protocolos de muertes por suicidio en Medicina Legal, en Colombia es claro que muchos de los pacientes que terminan en suicidio consumado nunca han consultado a un psiquiatra. Por su parte, la literatura muestra que cerca de dos tercios de los pacientes que se suicidan han solicitado algún tipo de atención médica, al menos en una ocasión durante el mes previo a su muerte (1, 2). De lo anterior surge la necesidad de entrenar a médicos no psiquiatras (generales o especialistas) e incluso a personas relacionadas con estos pacientes (trabajadores sociales, psicólogos, profesores, orientadores y líderes comunitarios) en la detección y manejo del riesgo suicida en la vida cotidiana. Las conductas suicidas suelen ser predecibles y, obviamente, prevenibles, pero, para poderlas prevenir, las

FECHA DE RECEPCIÓN: 27-11-2006

FECHA DE ACEPTACIÓN: 18-12-2006

* Médica Cirujana, Especialista en Psiquiatría, Especialista en Bioética. Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Colombia. Profesora de planta.
E-mail: yahira.guzman@unisabana.edu.co
Este artículo hace parte de la monografía investigativa presentada para optar al título de Especialista en Bioética en la Universidad de La Sabana.



personas que están en contacto con los pacientes deben conocer los factores de riesgo de dichas conductas.

En momentos como los que vive la sociedad, es pertinente abordar este tema desde el punto de vista bioético. Si los médicos no saben detectar el riesgo o no se toman el tiempo para hacer la evaluación y el paciente muere, ¿no están siendo negligentes? ¿No están faltando a su espíritu de médicos, que tiene que ver con la protección de la vida, incluso en contra de lo que los pacientes puedan querer?

Es claro que cuando un clínico debe decidir qué conducta va a seguir frente a un paciente en riesgo de suicidio, tiene más peso su “impresión” personal que el resultado que pueda mostrarle determinada escala. Por eso, diseñar una escala no es suficiente; hay que enseñar a los médicos a enfrentarse a pacientes difíciles y a situaciones que generen en ellos cierto malestar (3). La tarea de evaluar los pacientes suicidas se complica por el hecho de que éstos suscitan a menudo intensos sentimientos en el médico examinador.

El paciente puede provocar gran ansiedad en el médico, que es consciente de que un error de enfoque puede tener catastróficas consecuencias. Según los estudios realizados, la mayoría de las veces la evaluación no se hace es por falta de entrenamiento, lo que genera miedo a preguntar (3). Todavía existen médicos que, al pensar que evaluar la ideación suicida induce conductas de este tipo, terminan siendo negligentes. Ahora, también deberíamos detenernos a pensar si este modo de proceder no es también resultado de la pérdida de la relación médico-paciente, que se ha

visto contaminada con las exigencias de los sistemas de salud, que llevan a cosificar a los pacientes y a esperar solamente un resultado en términos económicos.

El suicidio constituye una de las principales causas de muerte en el mundo, con una incidencia anual de entre 10 y 20 por 100.000 habitantes (4). Según datos epidemiológicos, representa la octava causa de muerte y la tercera causa de pérdida de años potenciales de vida en los Estados Unidos. En Colombia, la tasa nacional de suicidio, que había permanecido constante hasta el 1997 (4 suicidios por 100.000 habitantes), se incrementó en 1998 a 5 suicidios por 100.000 (5, 6).

Las mayores tasas se encuentran en Europa, particularmente en Europa del este (Estonia, Letonia, Lituania, Hungría y Rusia) y en países asiáticos como Japón y China. Se presentan tasas medias en Europa central y del norte, Norteamérica, sudeste asiático y Pacífico occidental (Australia, Nueva Zelanda, Canadá, India y Estados Unidos). Las tasas más bajas se registran en Latinoamérica, en los países árabes y en algunos países asiáticos (Argentina, Brasil, Kuwait y Tailandia). Sobre lo que ocurre en los países africanos la información es mínima. Casi el 30% de todos los casos de suicidio se presentan en India y China.

El intento de suicidio ha de ser visto como un grito de ayuda. La persona quiere provocar cambios que hagan su vida más soportable (7).

Una conducta suicida es una tragedia personal y familiar, pues causa gran sufrimiento a la persona en cuestión y a las que están a su alrededor. En promedio, un solo suicidio afecta íntimamente al menos a otras seis



personas. Si el suicidio ocurre en un colegio o un lugar de trabajo, las personas afectadas se podrían contar por cientos. Globalmente hablando, las tasas de suicidio se vienen incrementando en los últimos 45 años. En el 2000, cerca de un millón de personas cometieron suicidio, es decir, la tasa de mortalidad global fue de 16 por 100.000 habitantes o de una muerte cada 40 segundos. El suicidio está entre las diez primeras causas de muerte en todos los países y entre las tres primeras causas de muerte entre los jóvenes (de 15 a 34 años) (8, 9, 10).

En Bogotá existe un patrón bimodal en la edad de las víctimas de suicidio desde hace varios años. En un estudio realizado en Medicina Legal entre los años 1990, 1995 y 2000, se encontraron resultados que contrastan con algunos reportes de la literatura de países industrializados, ya que el mayor número de suicidios consumados no ocurre entre mayores de 65 años, sino que se presenta en edades más bajas, la cual se mantiene en los tres puntos de corte. El estudio también mostró datos que sugieren que la media de los dos componentes, el de edad mayor y el de edad menor, tiende a reducirse a medida que transcurre el tiempo. Esto indicaría que cada vez hay personas más jóvenes entre las víctimas de suicidio en Bogotá, lo cual supone que el suicidio está generando una carga cada vez mayor en términos de años de vida ajustados por discapacidad (11).

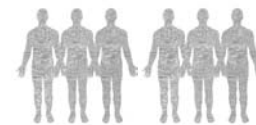
En Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud conformó un grupo de estudio e investigación enfocado en el suicidio, se han ampliado redes de ambulancias disponibles en caso de riesgo y se dispuso una línea telefónica para estos casos en particular.

MARCO TEÓRICO

El suicidio ha sido visto de diversas formas a lo largo del tiempo y en diferentes culturas. Para los griegos y romanos era un acto sublime; para los cristianos, el pecado más grande, pues atentaba contra la propia vida; para los japoneses, una forma de restaurar el honor perdido. En la actualidad es un problema de salud pública mental que puede ser prevenido.

El Catecismo de la Iglesia Católica (CIC) para adultos dice: “En el corazón de la vida se hace presente la muerte” (12). La conciencia de la muerte hace algo más que poner ante nuestros ojos la vanidad de la vida; nos descubre también la riqueza del significado de la misma y nos impulsa a vivirla más intensamente. Porque nuestra vida es limitada, cobra valor el tiempo que nos ha sido dado vivir. Hay que aprovechar ese tiempo. Cada hora puede ser la última. La vida y la muerte, pues, se compenetran. Por esta razón, cuando se oculta y silencia la muerte como si se tratara de un tabú (como ocurre con frecuencia en nuestra sociedad moderna), se ataca directamente la vida humana. Sólo puede vivir de una forma verdaderamente humana el que mira a la muerte cara a cara y la acepta. Pero ¿podemos hacerlo en realidad? ¿Cuál es el sentido de la vida desde la perspectiva de la muerte? ¿Qué sentido puede tener la muerte para la vida? (11).

Durante veinte siglos, el cristianismo consideró el suicidio como el más grave de los pecados, por violar el mandamiento que prohíbe matar, sin dar oportunidad para arrepentirse, y por ser acto contra la ley de la naturaleza y la caridad (13). En últimas, por ofender a



Dios, dador de vida y único ser que puede ponerle término. La eutanasia, que ha sido un tema tan debatido como el suicidio o incluso más, fue un problema social en aquellas sociedades primitivas en que se practicaba la eliminación de vidas consideradas inútiles, costumbre que estuvo admitida respecto a los recién nacidos con malformaciones o a los ancianos, hasta que la influencia del cristianismo acabó con tales prácticas inhumanas (13). Con la aparición del cristianismo, la eutanasia dejó de ser un problema social hasta el siglo XX, cuando algunos vuelven a convertirla en problema al pretender su legalización. La Iglesia, que condena el suicidio y el homicidio por atentar contra un bien fundamental e inviolable de la persona (13), exalta el martirio por cuanto es una entrega que el mártir hace de su vida física en aras de unos valores superiores a ella, como son su fidelidad y amor a Dios, y da con ello testimonio heroico de vida coherente con las más altas exigencias de la dignidad de la persona humana. Lejos de atentar contra esta dignidad hace una máxima afirmación de ella (14). Que la entrega de la vida sea una muestra de la dignidad de la persona humana es, por otra parte, fácil de advertir. La experiencia cotidiana nos brinda ejemplos de vidas que se entregan, se gastan en cada momento en el ejercicio de las responsabilidades familiares, profesionales o sociales.

Desde fines del siglo XIV reaparece un conflicto de valores cuyos argumentos llegan hasta nuestros días. Petrarca, en *De remedis*, utiliza el diálogo alegórico entre Dolor y Ratio para exponer los argumentos anti-gueros contra el suicidio: no tenemos derecho a desertar; debemos enfrentar las dificultades; la vida nos es otorgada por Dios; matarse es olvidar nuestra naturaleza

propia; el rechazo a la existencia es indigno; quien se mata es un cobarde (vale la pena volver a comentar que en aquella época no se conocía mucho el tema y el sufrimiento de estos “pacientes”) (15, 16). De Montaigne a Bacon, los humanistas viven una primera revolución cultural y empiezan a discutir, tímidamente, la prohibición cristiana. Aunque las iglesias cristiana y protestante condenaban el suicidio, la gente más ilustrada dejó de verlo como pecado imperdonable. Los valores griegos y romanos se reafirmaron y el concepto de una muerte fácil se consideró de nuevo idóneo.

En 1642, en su *Religio Medici*, Sir Thomas Browne acuña el neologismo *suicidio* según su forma latina *sui* (de sí mismo) y *caedes* (asesinato). La perspectiva teológica arraiga aún más la satanización del acto autoagresivo: es el diablo quien empuja al desesperado a darse muerte (16).

En el Japón feudal el *seppuku* o haraquiri era un suicidio ritual, una práctica reservada a los nobles, a los samuráis, que se abrían el vientre de extremo a extremo con el fin de eludir el bochorno de ser capturados por sus enemigos, o para protestar por algún acto gubernamental que los hubiera ofendido (17). En la religión islámica, el suicidio está prohibido. El Corán dice: “¡Oh, tú que crees!... No os matéis a vosotros mismos, pues *allah* ha sido para ti el más piadoso. Si alguien lo hace en rencor o en injusticia, rápido lo arrojaremos al fuego...” (Corán, 4: 29-30). Sin embargo, quienes se inmolan o sacrifican su vida en nombre del islam no se ven a sí mismos como suicidas, sino como mártires. El profeta dijo que un mártir no tendrá que comparecer el día del juicio, porque realiza un acto por el cual es perdonado (18).



La tradición de la iglesia siempre ha enseñado unánimemente el valor absoluto y permanente del mandamiento “no matarás”. Es sabido que en los primeros siglos el homicidio se consideraba entre los tres pecados más graves, junto con la apostasía y el adulterio, y se exigía una penitencia pública particularmente dura y larga antes que al homicida arrepentido se le concediese el perdón y la readmisión en la comunión eclesial. No debe sorprendernos: matar un ser humano, en el que está presente la imagen de Dios, es un pecado particularmente grave. Sólo Dios es dueño de la vida... “Amarás a tu prójimo como a ti mismo” (Mc 12, 31). Por lo tanto, nadie podría renunciar al derecho a defenderse por amar poco la vida a o a sí mismo. Sólo podría hacerlo movido por un amor heroico, que profundiza y transforma el amor por uno mismo, según el espíritu de las bienaventuranzas evangélicas (cfr. Mt 5, 38-48), e inspirado en la radicalidad oblativa, cuyo ejemplo sublime es el mismo señor Jesús (19). En estos casos es en los que, al margen de la enfermedad mental, se debe tener en cuenta que hay diferentes clases de suicidio, que deberían ser clasificados y de alguna forma juzgados de manera distinta. Como el del padre que por salvar a su hijo prefiere que los secuestradores lo maten a él.

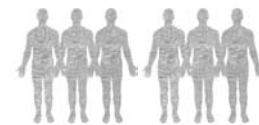
En el suicidio y la eutanasia consentida, el darse muerte a sí mismo aparece como una opción libre. Pero, en vez de apreciar rectamente su naturaleza perversa, la maldad objetiva de la acción de matarse (a veces atenuada subjetivamente por las circunstancias dramáticas, el aislamiento y la ignorancia), una sutil propaganda ideológica muestra estas acciones como buenas. “Son buenas porque son libres” (20).

La libertad es entendida como creadora del bien. Sólo aparece como malo lo que no es libre. Así, el dolor es el máximo de los males porque contraría la libertad. En esta concepción, atentar contra la vida propia o de otro sería una expresión de libertad individual. Es más: “liberarse” de la propia existencia ante el dolor sería el acto más pleno de una libertad. La libre elección es un acto de autodeterminación motivado por un acto de la inteligencia (21). La iglesia se ha debatido entre la defensa del quinto mandamiento (no matarás, que incluiría el suicidio) con su función maternal. El diálogo con las ciencias experimentales le ha ayudado a entender que en casi todos los casos de suicidio no hay “consentimiento pleno”, uno de los requisitos para que haya pecado grave. Por eso habría que pensar que más que juzgar una conducta, hay que buscar el motivo y los factores desencadenantes y que se puede tratar de ayudar a estas personas que, en condiciones mentales distintas, podrían no llegar a este desenlace fatal.

En 1897, Emile Durkheim postuló que, más que un mero acto individualista, el suicidio era un fenómeno sociológico, resultado de la falta de integración del individuo a la sociedad. También señaló la estacionalidad y la contagiosidad del suicidio y con su tesis marcó una de las líneas de reflexión más retomadas actualmente por los estudiosos del tema. Hoy día se considera el suicidio desde un punto de vista psicológico antes que desde las implicaciones morales que este fenómeno representa en distintas culturas (22, 23).

PERSPECTIVA FILOSÓFICA EN TORNO A LA PRESERVACIÓN DE LA VIDA

Más importantes aún han sido los conceptos que defienden la vida humana. El ser humano es persona



desde su inicio existencial, independientemente de lo larga o corta de esta trayectoria y de las causas naturales o no que determinen su fin (24). Normalmente, lo que se espera es que las personas se inclinen por la vida. Por eso, una persona con ideación suicida debe ser considerada de entrada como enferma en un sentido general, ya que probablemente se encuentra en incapacidad de decidir frente a ciertas dificultades de la vida. Vivir no necesariamente tiene que ser fácil, y ello no está sujeto a nuestra libertad, como decía monseñor Elio Sgreccia, al definir el personalismo cristiano y hablar de dignidad de la persona humana, reconocida en todo ser humano desde la fecundación hasta la muerte natural, en todas las condiciones de vida: enfermedad, proximidad de la muerte, discapacidad, etc. (25).

Tomás Melendo define la persona “como principio y como término, como sujeto y objeto, de amor”. Jaime Bofill la define como “un ser capaz de amar y ser amado con amor de amistad” (26), diferente de lo que conocemos como personalidad. La persona es en sí misma, lo esencial del ser, y la personalidad, todas aquellas características que hacen que aquella se comporte de una u otra forma. Según Robert Spaemann, la personalidad es el elemento constitutivo del ser humano, no una cualidad suya, y, desde luego, en ningún caso, una cualidad adquirida gradualmente (26). Es difícil explicar en qué consiste ser persona. Todos los humanos participamos de la misma naturaleza. Pero ésta está individualizada en cada uno, lo que da lugar a un ser irrepetible, en cuyo poder está su propio destino, con capacidad de comunicarse con los demás y poderse entregar a ellos.

Desde los albores de la ética no han dejado de presentarse postulados y teorías relativistas que vinculan,

según diversos modos, tiempos y lugares, el relativismo ético con un relativismo general de la teoría del conocimiento. El concepto de persona corre el riesgo de encontrarse inmerso en este relativismo. Como las nociones de persona y personalismo desempeñan un papel crucial en la renovación de la reflexión acerca de la bondad o maldad ética, resulta necesario revisar los elementos que permitan dejar estos conceptos al margen de cualquier relativismo. Sin embargo, con Millán Puelles, hay que decir que “la expresión relativismo ético es sumamente ambigua”. Pero el relativismo es un hecho evidente, cuya presencia campea donde brilla por su ausencia la racionalidad vertical y donde son los sentimientos, el solo sentido común, el consenso irreflexivo y la ignorancia irresponsable los que sirven de base a las decisiones que involucran vidas de personas y realidades sociales (27). Esta visión relativista apoya posturas que van en contra de la vida o que propugnan la “autonomía” y la “libertad” por encima del valor supremo de la dignidad de la persona, de la vida misma. En este sentido, una persona podría querer morir y algunos profesionales considerar éste un deseo válido y no hacer nada para proteger su vida (28).

Para Santo Tomás, un pensador extremadamente personalista, la persona es lo más perfecto que existe en la naturaleza. El verdadero personalismo se caracteriza por el descubrimiento de una distinción esencial, radical e insalvable, que nunca podrá ser explicada por la evolución, entre personas y seres no personales (24). Esta distinción está fundada en la racionalidad de la persona, que le permite percibir objetos concretos individuales de un modo tal, que es capaz de nombrarlos, formar conceptos generales de sus naturale-

zas, hacer juicios acerca de las cosas, etc. Aspectos fundamentales de esta racionalidad son la capacidad de intuición, el conocimiento inductivo de la naturaleza de las cosas para formar conceptos abstractos y la distinción entre juicios verdaderos y juicios falsos (24).

La racionalidad de la persona se evidencia también en su libertad, en su capacidad de realizar actos que no son efectos de causas naturales externas o internas o de un orden divino trascendente, sino que surgen de ella como de su fuente última. Aristóteles se refirió acertadamente a este punto cuando en la ética Eudema afirma que el hombre es el señor del ser o del no ser de sus acciones (24). Junto a la libertad, también ciertas vivencias afectivas espirituales, como, por ejemplo, una alegría debida a bienes supremos y una compasión y pasión debida a los grandes males que merecen tales respuestas afectivas constituyen una parte de la naturaleza racional de la persona (24). Está demostrado que la espiritualidad es un factor protector contra las conductas suicidas.

Factores de riesgo

Uno de los elementos más frecuentemente incluidos en las herramientas propuestas para la evaluación de riesgo suicida es el de los factores sociodemográficos, como el estado civil, según el cual las personas viudas y separadas tienen un mayor riesgo que las personas solteras o casadas, y los antecedentes ocupacionales. A este respecto, es importante tener en cuenta la sensación de fracaso en el ámbito laboral o en el propio rol social (25, 29, 30). Cerca de la mitad de los pacientes que intentan suicidarse sufren alguna enfermedad física (31, 32). Otros factores son: la existencia de trastor-

no mental (33) (depresión), alcoholismo y abuso de drogas, ideación suicida, intentos suicidas previos, acceso a métodos letales, aislamiento y pérdida de apoyo social, desesperanza, antecedentes familiares de suicidio (aspectos genéticos), eventos estresantes en la vida, agresividad, impulsividad e irritabilidad (aspectos bioquímicos), enfermedades físicas (27, 34, 35, 36, 37), la historia de intentos de suicidio previos, la desesperanza, disponibilidad de método letal (3, 26, 38), los antecedentes familiares y factores de riesgo neurobiológicos. Se ha encontrado evidencia que apoya la teoría de la relación entre la disminución de la actividad serotoninérgica, el colesterol y el suicidio. En el 66% de los estudios realizados en pacientes deprimidos se observó que las personas que han llevado a cabo intentos suicidas tienen niveles más bajos de ácido 5-hidroxiindolacético en líquido cefalorraquídeo (LCR), en comparación con aquellas sin antecedentes de intentos suicidas previos (26, 36, 37). Se ha visto también que los niveles bajos de ácido 5-hidroxiindolacético están relacionados con intentos o suicidios violentos, al igual que con patrones de conducta caracterizados por marcada impulsividad y agresividad (39, 36, 40).

DIAGNÓSTICO.

CÓMO REALIZAR LA EXPLORACIÓN

Técnicas de entrevista

El paciente suicida es un paciente especial que, por lo general –excepto en un intento de suicidio, porque primero se debe manejar su condición médica general–, amerita un acercamiento muy hábil para poder detectar el riesgo.



Durante la entrevista con él se deben tener presentes los siguientes aspectos y consideraciones, con el objetivo de facilitar una adecuada valoración y manejo: el médico debe mantener una actitud crítica y no moralista con el paciente; al ser el suicidio una cuestión extremadamente personal, el médico debe establecer cierto grado de empatía y comunicación personal antes de formular preguntas directas sobre el suicidio. Es mejor ir de las preguntas generales a las específicas. Por ejemplo, ¿se siente desesperado?, ¿piensa a menudo en la muerte?, ¿se siente tan mal que preferiría no seguir viviendo?, ¿ha llegado a pensar en quitarse la vida? Es necesario ofrecer al paciente la oportunidad de hablar a solas con el médico, pues, aunque a menudo es útil la información obtenida de la familia y los amigos, puede tener dificultades para divulgar sus ideas y sentimientos suicidas. El preguntarle por sus intenciones suicidas no lo va a inducir a llevarlas a cabo. No hay que evitar preguntar, ya que a menudo los pacientes se sienten aliviados y comprendidos al poder comentar el tema. No hay que intentar disuadirlos para que no se suiciden. Hay que escuchar y evaluar para luego adoptar una decisión de tratamiento.

Manejo de las diferentes conductas suicidas

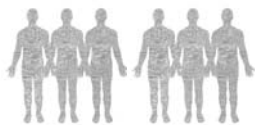
La mayoría de los pacientes con conductas suicidas tienen algún grado de depresión, y los deprimidos no siempre se quejan de tristeza; incluso, en ocasiones pueden encontrarse irritables y/o preocupados con el funcionamiento de su cuerpo. La depresión entraña un riesgo vital y, por lo tanto, se debe evaluar la ideación suicida. La decisión de hospitalizar o no dependerá de múltiples factores, ya comentados.

El tratamiento antidepresivo no suele iniciarse en urgencias y su efecto terapéutico tarda unas semanas en aparecer. Sin embargo, la agitación, la ansiedad y el insomnio sí pueden ser tratados en este ámbito, en general con benzodiazepinas (41), de acción ansiolítica (lorazepam, clonacepam, alprazolam). En pocos casos está indicado el uso de haloperidol o la inmovilización (42).

Los modelos de intervención no farmacológica siempre están diseñados para desarrollar estrategias preventivas. A pesar de que el campo del estudio del suicidio no es capaz de contestar a todas las cuestiones planteadas, existen algunas respuestas basadas en hallazgos empíricos, principalmente, lo que incide en un buen enfoque psicoterapéutico (43).

Aspectos bioéticos y morales

Hay ciertos aspectos importantes para garantizar una buena práctica profesional: la constatación de numerosos estudios de que las creencias ético-morales o religiosas condicionan el comportamiento suicida; el hecho de que el conjunto de valores ético-morales guía el establecimiento de normativas jurídico-legales, que sirven de marco a un ejercicio profesional adecuado a la norma; la realidad de que para muchos pacientes y médicos un sistema de creencias ético-morales o religiosas es algo que se debe tener en cuenta. El comportamiento suicida es un modelo de contraposición de derechos fundamentales del ser humano: la libertad y la vida. Sin el primero pudiera parecer que no merece la pena disfrutar de otros derechos, y sin el segundo no es posible hacerlo. El suicidio no es, sin embargo, el único comportamiento en que entran en contraposi-



ción dichos principios. Los comportamientos de lucha por la libertad, que se dan en contextos de opresión o privación de aquella, pueden conducir a la pérdida de la vida, aun cuando este resultado no sea buscado deliberadamente. Sin embargo, en el suicidio la contraposición es absoluta y constituye un choque frontal y drástico (45).

El hecho que subyace en el fondo de todas las argumentaciones en torno al suicidio es el derecho a poner fin a la propia vida. ¿Existe este derecho? ¿Puede un ser humano decidir suicidarse, haciendo uso de su libertad, sin erosionar, al menos en parte, un derecho que parece más básico y trascendente como es el derecho a la vida?

Uno de los códigos éticos más conocidos es el juramento hipocrático. Su valor es fundamental, ya que ha servido de pauta y precedente obligado de los actuales códigos y guías (45). Hoy día se recurre a los códigos deontológicos, o a los códigos legales, como resultado de una larga tradición histórica, en la que, partiendo de las ideas de Hipócrates y Maimónides y de las posteriores adiciones religiosas y ético-morales, se han ido perfilando una serie de conceptos básicos en torno a la conducta ética en el ámbito de la medicina en general y del suicidio en particular. Así, surgen los principios hoy tan conocidos y publicitados de autonomía, beneficencia, justicia y honestidad, que han de aplicarse en forma específica al comportamiento suicida como a otros que entran en conflictos de valores y creencias con los contextos sociales o culturales cambiantes en los que se desenvuelve la actuación médica (45).

Cabe hablar aquí de la dignidad de la vida como lo más importante para la humanidad. Dice al respecto José

Luis del Barco: “Sólo se me ocurren estas palabras para expresar la grandeza humana: excelencia de ser. El hombre es una eminencia sin igual entre la rica variedad de seres intramundanos. Es único. Su naturaleza enigmática es un venero del que brotan sin parar novedades, reposiciones, reformas y creaciones. Ser hombre no es moco de pavo” (48). El mandamiento de la benevolencia es universal. El trato benigno se agradece siempre. La palabra indulgente, el gesto comprensivo, la mirada condescendiente, el carácter suave, el corazón blando alientan al alma atribulada. El duro corazón, que tiene el corazón como el pedernal, es un cruel incapaz de compasión. El amor benevolente es un alivio universal, un consuelo mitigador más eficaz que todos los lenitivos juntos. Todos los seres pueden y deben ser tratados con benevolencia (44). Los pacientes con conductas suicidas son dignos por sí, no importa por qué dificultad estén pasando para tomar una decisión así; aquí no se trata de justificar, sólo de no juzgar. El trato de estos pacientes debe ser muy especial, tanto que un buen profesional pueda disuadirlos de su decisión y, en el peor de los casos, protegerlos con una hospitalización, en los mejores términos posibles.

RESPECTO A LA VIDA

Aspectos religiosos del acto médico

- Derecho inviolable a la vida. La inviolabilidad de la vida humana significa por último la ilicitud de todo acto directamente supresivo (“la inviolabilidad del derecho a la vida del ser humano inocente desde la concepción hasta la muerte natural es un signo y una exigencia de la inviolabilidad misma de la persona, a la cual el creador le ha otorgado el don de

la vida”. Juan Pablo II, a los participantes en la 35 Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, 1983). Dios mismo “se yergue como vengador de toda vida inocente: ‘Reclamaré la vida del hombre; a todos y cada uno reclamaré la vida de sus hermanos’ ” (Génesis, 9,5). Y es categórico en su mandamiento “no matarás” (19).

- Derecho exclusivo de Dios. Por esto, ninguno puede atentar contra la vida de un hombre inocente sin oponerse al amor por él, sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable (Juan Pablo II en la encíclica *Veritatis Splendor*) (45).
- No categórico a toda otra autoridad. No hay ningún hombre, ninguna autoridad humana, ninguna ciencia, ninguna “indicación” médica, eugenésica, social, económica, moral que pueda exhibir o dar un título jurídico para una directa y deliberada disposición sobre una vida humana inocente, vale decir una disposición que mire a su destrucción, ya sea como objetivo, ya sea como medio para otro fin que de por sí pueda no ser ilícito (Pío XII) (46).
- Deber de salvaguardar la vida. “Ministros de la vida y jamás instrumentos de muerte” (Juan Pablo II, a las asociaciones médicas católicas italianas, 1978). De los agentes de salud “se espera el deber de salvaguardar la vida, de vigilar, a fin de que ésta evolucione y se desarrolle en todo el arco de la existencia, en el respeto al designio trazado por el creador” (Juan Pablo II, al Congreso Mundial de Médicos Católicos, 1982) (47).
- Particular vigilancia. Tener en cuenta la larga cita del Consejo Pontificio para la Pastoral de los

Agentes Sanitarios, en su carta a los “agentes de la salud” (13). La postura se resume en un sí rotundo a la vida y en una negativa a toda forma de suicidio, bien sea como decisión personal, o como apoyo, inducción, auxilio o tolerancia.

Aspectos médico-legales del suicidio

Los problemas médico-legales que pueden plantear los sujetos con comportamientos suicidas son múltiples y suelen derivarse de un manejo descuidado u omiso, o, por el contrario, de una sobrevaloración de la capacidad del propio terapeuta. Una cuestión clave es llevar una historia clínica completa y correcta del paciente, que le ayudará al responsable del tratamiento a realizar un seguimiento adecuado y a prevenir dificultades. Éstas pueden derivarse de errores en la detección del suicidio, en el diagnóstico o en el tratamiento (como la utilización de la medicación prescrita para realizar un intento de suicidio), o bien en el seguimiento del paciente. Otros problemas no menos importantes se presentan cuando éste presenta un riesgo elevado, pero se niega al internamiento (48) en el momento del ingreso. No se debe olvidar que la misión del médico es salvar vidas en peligro, y un paciente con riesgo suicida pone su vida en peligro.

En general, en la mayoría de los países occidentales no se castiga a los sujetos con comportamientos suicidas (cosa que no siempre ha sido así; además de sanciones penales variables, se los castigaba con el embargo de todos sus bienes). Sin embargo, sí se reprime penalmente a cualquier otra persona que:

- persuada al sujeto para que tome la determinación de suicidarse;

- ayude al suicida para que lleve a término su propia decisión de morir;
- ejecute el suicidio personalmente;
- cause o coopere activamente en la muerte de una persona que, estando sufriendo una enfermedad terminal o graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, previamente hubiese realizado una petición expresa, seria e inequívoca de muerte (50).

A pesar de todo lo expuesto, el comportamiento humano es imprevisible y, por lo tanto, muchos suicidios son inevitables, por muy expertos y diligentes que sean los responsables del tratamiento y la familia del paciente, ya que es imposible vigilar un día tras otro, durante las veinticuatro horas, a una persona, excepto si se la ingresa en unidades de vigilancia y tratamiento adecuadas. La solución de internar al paciente en este tipo de unidades nos lleva directamente a los problemas de derecho civil que plantea el suicidio cuando el paciente se niega a ingresar en ellas (50). En este sentido, en Colombia la legislación no es muy clara, pero la experiencia ha demostrado que una vez se le diagnostica riesgo suicida al paciente, éste pierde la capacidad de solicitar salida voluntaria. A partir de ese momento, su vida está en manos de su médico, y depende de éste que no incurra en una conducta suicida con un desenlace fatal.

El consentimiento informado en psiquiatría

¿Cómo se puede obtener el consentimiento libre e informado de un paciente cuya capacidad para decidir

está disminuida por la misma enfermedad para la que se le propone el tratamiento? Es en este sentido en el que Henry Ey definía la enfermedad mental como una “patología de la libertad” (49).

Existen muchos casos en los cuales sólo la experiencia clínica determina si un paciente está o no en riesgo suicida y el grado y el nivel de atención que requiere. Como no hay unas pruebas objetivas o estandarizadas para ser aplicadas y medir el riesgo suicida, el estándar de oro sigue siendo la entrevista de un buen clínico, quien definirá si el manejo es ambulatorio u hospitalario. Los indicadores principales que deberán ser usados para determinar el riesgo serán justamente los factores antes mencionados, uno de los principales, por su frecuencia en suicidio consumado, es la depresión o cualquier sintomatología depresiva, si es un médico general quien hace la evaluación. Una vez hecha la evaluación, si se detecta riesgo suicida, debe considerarse que la vida del paciente prima sobre lo demás y, teniendo en cuenta que la autonomía se ve marcadamente comprometida, entonces las decisiones con respecto a su manejo deben ser adoptadas por el médico y su familia.

Para algunos profesionales que interpretan equivocadamente la ley, el consentimiento informado se concibe como un esfuerzo para modificar la naturaleza de la atención médica y, en especial, la psiquiátrica. Persiguen cambiar la relación médico-paciente de tal forma que se produzca una radical redistribución del poder en esa relación: el bienestar del paciente deja de ser el principal motivo de actuación del médico, que ostenta el poder, y la voluntad del paciente pasa a convertirse en el elemento fundamental y justificado del encuentro



entre ambos (50). Sin embargo, en el caso que nos atañe, con la explicación previa de ciertas reglas, si se ve comprometida la vida del paciente por riesgo suicida, la decisión sólo la toma el médico, y en algunas ocasiones con la familia.

Recomendaciones generales

- Sensibilizar y educar a padres, madres y responsables sobre el impacto y consecuencias del maltrato (en general) en el hogar.
- Invitar a los educadores a que se capaciten y se vinculen a un sistema de alerta epidemiológica que rápidamente permita identificar posibles factores de riesgo relacionados con la conducta suicida y remitan al afectado, si es el caso, a un profesional de la salud (51).
- Facilitar el acceso a la atención en salud mental, en especial cuando se detecten factores de riesgo tales como la depresión y las pérdidas afectivas, entre otros.
- Invitar a las EPS a que incorporen en sus programas actividades encaminadas a la promoción de la salud mental, al mejoramiento de las condiciones de vida y a la generación de estilos de vida más saludables para la población.
- Continuar promoviendo en las instituciones educativas, a través de las escuelas de padres y madres y de otros talleres de entrenamiento para estudiantes, temas como el manejo de la ira y la solución de conflictos, en especial entre personas y grupos propensos a tener comportamientos impulsivos (52).

- Por último, en cada localidad, diseñar y establecer programas de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida e incorporarlos al PAB, para intervenir, con sistemas de información adecuados, en la conducta suicida y sus factores de riesgo.

El suicidio ha sido extensamente estudiado, así como la prevención y su efectividad. A comienzos de la década de los 90 existían modelos, concepciones y opiniones suficientes como para que se formaran distintas escuelas de pensamiento. Tales corrientes han cristalizado en dos modelos fundamentales: el de enfermedad y el de interacción. La literatura de los 90 sigue el modelo de la interacción.

En 1999, la Organización Mundial de la Salud lanzó una iniciativa mundial para la prevención del suicidio (SUPRE_WHO), con el objetivo global de reducir la mortalidad y morbilidad asociada a los comportamientos suicidas (tanto intentos, como suicidios consumados).

La estrategia de la OMS se apoya en dos elementos básicos, establecidos a través de la estrategia de los Cuidados de Atención Primaria:

1. Organización de actividades multisectoriales de ámbito global, regional y nacional, a fin de incrementar los conocimientos sobre los comportamientos suicidas y sus modos eficaces de prevención.
2. Mejorar la capacidad de las naciones para desarrollar y evaluar planes y políticas sobre prevención de suicidio.

Se tiene planeado desarrollar las siguientes actividades, adaptadas a las necesidades particulares de las naciones:

- a. Apoyo y tratamiento a la población en riesgo (personas con depresión, ancianos, jóvenes, etc.).
- b. Reducción de la accesibilidad a medios de suicidio.
- c. Apoyo y desarrollo de redes de trabajo de personas que sobreviven a un intento de suicidio.
- d. Entrenamiento de profesionales de atención primaria y de otros sectores (53).

En Bogotá se está planteando una propuesta para detectar factores de riesgo suicida, dirigida a personal de la salud (médicos generales, médicos de otras especialidades, principalmente pediatras; grupo de enfermería, etc.), con la idea de hacerla extensiva a los médicos de la Secretaría Distrital de Salud y de la Clínica Universitaria Teletón. Esta propuesta la promueve la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana, la que, con sus recursos, la está divulgando.

Intervenciones preventivas

- Identificación de sujetos en riesgo.
- Jóvenes con patología psiquiátrica.
- Intentos de suicidio previos.
- Funcionamiento y psicopatología familiar.
- Exposición a comportamientos suicidas.

Factores protectores

Poco se conoce acerca de los factores protectores. En uno de los pocos estudios sobre el tema se concluye

que la presencia de tres factores protectores reducía el riesgo de intentos de suicidio en un 70-85% (54, 55).

Dentro de estos factores, los principales son la unión familiar, el sentirse bien consigo mismo, la buena vinculación con la escuela y el sentimiento de pertenencia a su entorno por edad y raza.

Junto a la reducción de los factores de riesgo (56), la promoción de los protectores puede ofrecer una importante fuente de prevención del suicidio, tanto primaria como secundaria (54). En esta instancia, los encargados de realizar la prevención y detección del riesgo deben ser los padres, los orientadores y los profesores, sin tamizaje, sino con entrenamiento en detección externa de factores de riesgo, para remitir en el momento indicado. Mi propuesta consiste en reunir a líderes comunitarios, padres de familia, orientadores, sacerdotes y profesores para darles la información pertinente que les sirva ante un probable riesgo.

Información adecuada por los medios de comunicación

La OMS ha publicado una serie de documentos sobre la prevención del suicidio en distintos ámbitos, uno de los cuales trata sobre la forma de referirse al suicidio en los medios (57). La American Association of Suicidology (AAS) y la American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) incluyen también en sus páginas *web* una interesante guía para los medios de información, en la que abordan ciertas situaciones particulares (homicidio y suicidio, por ejemplo) y aportan ideas (como datos científicos o relatos de otros pacientes que no realizaron actos suicidas). En líneas generales, es fundamental

evitar el periodismo sensacionalista (8). Recordemos que existe una alta probabilidad de imitación de conductas suicidas, principalmente entre adolescentes susceptibles.

CONCLUSIONES

Las conductas suicidas, por lo general, son un continuo de ideas, pensamientos y conductas cuyo objetivo es dañar al individuo, terminar con la vida.

La mayoría de las veces, las personas que terminan presentando conductas suicidas padecen algún tipo de enfermedad física o mental que las predispone a querer morir como única solución a su sufrimiento. Estas personas han perdido el sentido de la vida, la razón de vivir. Como profesionales, los médicos no deben juzgar a quien incurre en una conducta de estas, pero sí es su responsabilidad tratar de disminuir al máximo el riesgo predecible de algunos de estos pacientes.

Nos encontramos en una sociedad que les da cada vez más importancia a las cosas exteriores, al materialismo, a la superficialidad, y con razón nuestros niños y adolescentes crecen en un medio en el cual, tras la falta de valores, la vida es algo despreciable, algo sujeto a nuestra voluntad.

Según algunos autores, el hombre no es realmente libre. Su universo sería un poco más complicado que el de otros animales superiores, pero no esencialmente distinto. Por eso, el hombre actuaría siempre movido por la necesidad, y la realidad llamada libertad no sería otra cosa que el reconocimiento de esa necesidad, el darse cuenta de que es así. Por lo tanto, la libertad y la responsabilidad personal son de hecho

realidades reconocidas por todos. Y existe también una coincidencia casi unánime según la cual la dignidad de la persona destaca su carácter libre: el hombre debe tender al bien por sí mismo y no forzado por la necesidad (58). Teniendo en cuenta lo anterior y sabiendo que las personas que presentan ideación suicida están pasando, por lo general, por un momento de gran sufrimiento, la posibilidad de ser libre para tomar una decisión estaría alterada, y por ello, los médicos deben estar alerta para descubrir este sufrimiento y desglorarlo, examinarlo y prevenir desenlaces fatales. Si bien es cierto que muchos suicidios consumados son difíciles de predecir y que, incluso, con una adecuada atención médica psiquiátrica hay pacientes que terminan suicidándose, también lo es que muchos son susceptibles de ser bien examinados para detectar uno o varios factores de riesgo que permitan al clínico salvarles la vida, que en ese momento, para ellos, es despreciable. Con un adecuado manejo, el paciente va a querer continuar viviendo, una vez se resuelva la causa de su sufrimiento o se modifique la percepción del mismo.

¿Se le puede devolver el deseo de vivir a alguien? No es fácil. Desde lo puramente práctico se puede manejar un riesgo biológico, y desde lo psicosocial, modificar algunos factores familiares o sociales. Pero, desde el pensamiento propio del hombre, es más complicado. ¿Cómo convencer a alguien sobre el valor de su vida, de su persona? Existen muchas herramientas que se pueden usar como reforzadores positivos. Se requiere trabajar con la familia y se necesita conocer el ser humano y el amor de Dios para ayudar a algunos de ellos. En particular, la literatura habla de las convicciones religiosas como factor protector, pero, en realidad, es un factor que en determinados casos se debe explorar con cautela.

La mejor forma de prevenir los suicidios es saber del tema y ser buenos médicos, cualquiera sea el área de la medicina en que el médico se desempeñe. Incluso, como se comentaba anteriormente, otras personas, como psicólogos, padres, orientadores y líderes comunitarios, también deben participar.

A los médicos y padres y profesores les queda la tarea de ser siempre educadores y probablemente al gobierno le queda la tarea de educar a profesores y líderes comunitarios para detectar el riesgo en aquellos que nunca han consultado a un médico.

A G R A D E C I M I E N T O S

El presente trabajo fue apoyado por la especialización de Bioética de la Universidad de La Sabana, con la tutoría del doctor Pablo Arango Restrepo y la amable asesoría del médico y sacerdote padre Euclides Eslava.

R E F E R E N C I A S B I B L I O G R Á F I C A S

1. Hirschfeld, R.; Russell, J. "Assessment and Treatment of Suicidal Patients", *N. Engl. J. Med.*, 337 (13): 910-915, 1997.
2. Pirkis, J.; Burgess, P. "Suicide and recency of health care contacts. A systematic review", *Br. J. Psychiatry*, 173: 462-474, 1998.
3. Gómez, Dora Linda; Sánchez, Ricardo; Guzmán, Yahira. "Estudio sobre actitudes y estrategias de evaluación de los pacientes suicidas por parte del personal de salud en Bogotá". En: *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá, dic. 2001, 92-114.
4. Jamison, K.; Baldessarini, R. "Effects of Medical Interventions on Suicidal Behavior", *J. Clin. Psychiatry*, 60 (suppl. 2): 4-6, 1999.
5. Morales, M.; Jiménez, I. "El suicidio desde la perspectiva forense", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 25 (1): 29-37, 1996.
6. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Subdirección de Servicios Forenses, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Lesiones intencionales autoinfligidas: suicidios. Lesiones de causa externa*, Colombia, 1998, págs. 101-107.
7. OMS. *Prevención del Suicidio*, WHO/MDS/MBD/02.1. Traducción: E. Basilio Rodríguez
8. Sánchez, Ricardo; Guzmán, Yahira; Cáceres, Heidy. "Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 24 (1): 12-25, 2005.
9. Diekstra, R. F. W.; Garnefski, M. A. "On The Nature, magnitude and causality of suicidal behaviours: an international perspective", *Suicide Life Threat Behav*, 25: 36-57, 1995.
10. García, J. B.; Sáiz Martínez, P. A.; García-Portilla, M. P. Basarán Fernández, M. T., et al. "Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas". En: *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*, Barcelona, Ars Médica, 2004, 1-10.
11. Sanchez, Ricardo; Orejarena, Silvia; Guzmán, Yahira. "Suicidio en Bogotá: Un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes", *Biomédica*, 22: 417-24, 2002.
12. "La Vida del Mundo Futuro". En: *Catecismo Católico para Adultos*. Texto publicado por la Conferencia Episcopal Alemana, Biblioteca de autores cristianos, 3ª ed., 1990, 439-475.
13. Discurso de Juan Pablo II sobre estado vegetativo y eutanasia (20-mar-2004). En: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/full/854/85/>
14. Platón, Felón. En: www.Geocities.com/SOHO/Atrium/1788/filo/fedon.html.
15. Albamonte, Cordero; De la Cruz, Espectro; Matusevich, Sarró, y cols. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 7: 23, marzo/abril/mayo 1996.
16. Hernández C., Wilson. "Los suicidios en Colombia, entre el libre albedrío y la prevención". Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En: *Forensis*, 2002, págs. 111-126.
17. Rodríguez, Pedro. *Los cuatro pilares del honor*, En: www.liliputmodel.com/articulos/pedroadolfo/samuraus/htm
18. Cfr. *Ataques Suicidas y el Islam*. En: www.aunmas.com/ataque/parte032.htm.

19. Evangelium Vitae, de Juan Pablo II. "No matarás". En: *No matarás. A mí me lo hiciste*, comentarios y texto de la carta encíclica, p. 67-100.
20. Fernández de Castro, H. *Aspectos médicos de la eutanasia*. En: <http://www.bibliojuridica.org/libros/1/172/19.pdf>
21. Fernández Sánchez, Francisco Cristóbal. "Libertad y dominio de la vida humana". En: *No Matarás. A mí me lo hiciste*, comentarios y texto de la carta encíclica, pp. 163-193.
22. Durkheim E. *El suicidio*, Madrid, Akal, 1985.
23. Menninger, K. *El hombre contra sí mismo*, Barcelona, Península, 1972.
24. Gómez Fajardo, C. A. "Reflexiones éticas en torno al estado actual de la ginecología y obstetricia". *Medicina UPB*, 17 (2): 111-25, 1998.
25. Sgreccia, Elio. *Por qué es hoy necesario el personalismo en bio-ética?* Entrevista con Monseñor Elio Sgreccia, Vicepresidente de la Academia Pontificia para la Vida, Ciudad del Vaticano, jun. 2004.
26. Spaemann, R. "¿Son todos los hombres personas?". *Cuadernos de bioética*, 31, 3º, 1997, pp. 1027-33.
27. Gamboa Bernal, G. "Fundamentos para una bioética personalista". En: *Memorias del primer Congreso Nacional de Bioética*, Bogotá, ANALBE, sep. 2003.
28. Castilla y Cortazar, B. "Persona y vida humana, desde la noción de persona de Xavier Zubiri", *Cuadernos de bioética*, 31, 3º, 1997, pp. 1113-18.
29. Kaplan, H.; Sadock, B. *Ciencias de la conducta: Psiquiatría clínica*, 7ª ed., 1996, pp. 823-832.
30. Arensman, E.; Kerkhof, M. "Classification of Attempted Suicide: A Review of Empirical Studies", 1963-1993, *Suicide Life Threat Behav*, 26 (1): 46-55, 1996.
31. Hyman, S.; Tesar, G. "Paciente Suicida", *Manual de Urgencias Psiquiátricas*, 26-30, 1996.
32. Dannenberg, A. L.; McNeil, J. G.; Brundage, J. F.; Brookmeyer, F. "Suicide and HIV Infection", *JAMA*, 276: 1743-1746, 1996.
33. Simpson, S.; Jamison, K. R. "The Risk of Suicide in Patients With Bipolar Disorders", *J. Clin. Psychiatry*, 60 (suppl. 2): 53-56, 1999.
34. Beck, A. T.; Brown, G.; Steer, R. "Prediction of Eventual Suicide in Psychiatric Inpatients by Clinical Ratings of Hopelessness", *J. Consult Clin. Psychol.*, 57 (2): 309-310, 1989.
35. Beck, A. T.; Steer, R. "Clinical Predictors of Eventual Suicide: A 5- to 10-year Prospective study of Suicide Attempters", *J. Affective Disord*, 17 (3): 203-209, 1989.
36. Harris, C.; Barraclough, B. "Suicide as an Outcome for Mental Disorders. A Meta-Analysis", *Br. J. Psychiatry*, 170: 205-228, 1997.
37. Roy, A. "Recent Biological Studies on Suicide", *Suicide Life Threat Behav*, 24 (1): 10-14, 1994.
38. García, J. B.; Sáiz Martínez, P. A.; García-Portilla, M. P., y Bascarán Fernández, M. T., et al. "Métodos suicidas". En: *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*, Barcelona, Ars Médica, 2004, pp. 24-33.
39. Nordström, P.; Samuelsson, M.; Asberg, M.; Träskman-Bendz, L.; Aberg-Wistedt, A.; Nordin, C., et al. "CSF 5-HIAA Predicts Suicide Risk after Attempted Suicide", *Suicide Life Threat Behav*, 24 (1): 1-9, 1994.
40. Mann, J.; Malone, K.; Nielsen, D.; Goldman, D.; Erdos, J.; Gelernter, J. "Possible Association of a Polymorphism of the Tryptophan Hydroxylase Gene With Suicidal Behavior in Depressed Patients", *Am. J. Psychiatry*, 154 (10): 1451-1453, 1997.
41. Pérez Solá, V.; Faus Baronat, G.; Corripio Collado, I.; Díaz Pérez, A.; Sorioano Pacheco, J.; Puigdemont Campos, D. En: *Valoración y Tratamiento del enfermo mental*, Jorge A. Cervilla Ballesteros (ed.), Madrid, Editorial Arán, 2002, pp. 186-212.
42. American Association of Psychiatry. "Guigeline. Suicidal behaviors". En: *Am. J. Psychiatry*, 160: 11, November 2003, Supp.
43. Bobes García, J.; Sáiz Martínez, P. A.; García-Portilla, M. P., y Bascarán Fernández, M. T., et al. "Programas para grupos de alto riesgo". En: *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*, Barcelona, Ars Médica, 2004, pp. 382-402.
44. Del Barco, Jose Luis. "La dignidad humana". En: *Bioética de la Persona. Fundamentos éticos y antropológicos*, Universidad de La Sabana, Chía, 1998, 159-182.
45. *Veritatis Splendor*. Encíclica sobre la Moral Fundamental, del 6 de agosto de 1993.
46. *Declaración Lura et bona, sobre la eutanasia*. En: www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_c_faith_doc_19800505_euthanasia_sp.html - 24k
47. Discurso de Juan Pablo II sobre estado vegetativo y eutanasia. Discurso que pronunció Juan Pablo II el 20 de marzo a los participantes en el Congreso sobre «Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo», organizado en Roma por la

- Academia Pontificia para la Vida y la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos, 1982.
48. Hinojal Fonseca, R.; López García, B.; Díaz Suárez, J. "Perspectiva médico legal". En: *Comportamientos Suicidas. Prevención y Tratamiento*, Barcelona, Ars Médica, 2004, pp. 421-427.
49. Sánchez Caro, J. *Introducción. El consentimiento informado en psiquiatría*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos S.A., 2006.
50. Gamboa Bernal, G. "Consentimiento informado en psiquiatría". En: *Persona y Bioética*, Nos. 9 y 10: 94-111, enero-agosto 2000.
51. Arrecherra, J. J. *Bioética, psiquiatría y derechos humanos*, Madrid, IM&C, 1995.
52. González Ortiz, J.; Hernández Cardozo, H. "Los suicidios en Colombia, 2005". En: *Forensis*, 2005. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, CRNV. Comité Interinstitucional para el Estudio de la Conducta Suicida (CIECS), pp. 187-202.
53. Lastra Martínez, I.; Martínez Chamorro, M. J. "Estrategias preventivas". En: *Comportamientos Suicidas. Prevención y Tratamiento*, Barcelona, Ars Médica, 2004, pp. 335-351.
54. Borowsky, I. W.; Ireland, M.; Resnick, M. D. "Adolescent Suicide Attempts risk and protectors", *Pediatrics*, 107: 485-493, 2001.
55. Aguilar García-Iturrospe, de Vicente Muñoz T. "Intervenciones desde Salud Pública". En: *Comportamientos Suicidas. Prevención y Tratamiento*, Barcelona, Ars Médica, 2004, pp. 352-361.
56. De Portugal Fernández de Ribero E., Prados Berbis C., Cerevilla Ballesteros J. A. "Métodos suicidas". En: *Comportamientos Suicidas. Prevención y Tratamiento*, Barcelona, Ars Médica, 2004, pp. 29-44
57. World Health Organisation. *Preventing Suicide: a resource series*. Doc. WHO/MNH/MBD/00.1-00.5. GGeneva: World Health Organisation, 2000.
58. Gómez Pérez, R. "La persona, exigencias éticas". En: *Problemas morales de la existencia humana*, Madrid, Magisterio Casals, sexta edición, 1993, pp. 35-38.