

## Prevención del suicidio: ámbitos de intervención

JOSÉ M. BERTOLOTE

*Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland*

*En este artículo se revisan las medidas de prevención del suicidio según el programa de evaluación, los factores de riesgo y protectores, el tipo de intervención, el ámbito de intervención y la interfaz entre los ámbitos clínico y de salud pública. En casi un siglo de experiencia hemos aprendido unas pocas lecciones importantes: dado que el suicidio está influido por factores socioculturales, no hay ninguna indicación segura de que las medidas que funcionan en un lugar lo van a hacer también en otro; para que sean relevantes desde el punto de vista de la salud pública, los programas de prevención del suicidio deben exponer claramente sus objetivos; las acciones de carácter aislado tienen una probabilidad mucho menor de ofrecer resultados significativos en el ámbito de la población, en comparación con los abordajes más estructurados en los que se integran medidas de salud pública y actividades individuales, junto con el seguimiento y apoyo social apropiados.*

**Palabras clave:** suicidio, prevención, factores de riesgo, factores de protección, salud pública, contexto clínico

En 1942, el filósofo existencialista Albert Camus escribió: «Sólo hay un problema filosófico realmente serio: el suicidio» (1). Si así fuera, ¿por qué están todavía interesados los psiquiatras en este problema filosófico, más de 60 años después? Bien, los suicidios son fallecimientos, y la psiquiatría —como parte de la medicina— tiene un gran interés por la muerte, al igual que por lo que hay detrás de ella y por su prevención o aplazamiento. Si, tal como parece, detrás del suicidio hubiera una serie de trastornos mentales y de sufrimiento (2, 3), entonces la prevención y el tratamiento apropiados de estos trastornos mentales representarían en última instancia una forma de prevención del suicidio.

Desde una perspectiva histórica, el suicidio (o el asesinato de uno mismo, tal como se denominaba en la mayor parte de las lenguas europeas antes del siglo XVII [4]) ha estado durante muchos siglos en el punto de mira de teólogos, juristas, filósofos, especialistas en demografía, sociólogos y —recientemente— psicólogos, antropólogos, epidemiólogos, literatos, artistas, historiadores, lingüistas y un largo etc. La medicina comenzó a presentar un interés más sistemático por el suicidio a partir del siglo XVII y, con mucha frecuencia, a través de los psiquiatras y en relación con la melancolía.

A partir del siglo XVIII, la conexión entre suicidio y trastornos mentales (o la locura, por utilizar un término de la época) quedó firmemente establecida en la mente de la mayor parte de los psiquiatras, hasta el punto de atribuir a la locura cualquier fallecimiento que no pudiera ser adscrito a una causa natural (5). En 1801, Pinel señaló que existía una relación entre las lesiones de los órganos internos que daban lugar a un «estado de sentimiento doloroso» y el suicidio. Unos pocos años después, en 1838, Esquirol escribió que «todos los que se suicidan están locos»,

mientras que en 1845 Bourdin afirmó categóricamente que el suicidio «siempre es una enfermedad y es en todos los casos un acto de locura mental».

Desde entonces, la polaridad entre los especialistas que consideran el suicidio como una consecuencia de un trastorno mental (sea debido a una causa biológica o genética, o bien a factores psicológicos) y los que lo conciben como consecuencia de otras causas (sociales, económicas, existenciales, etc.) ha predominado sobre otras consideraciones; incluso la legislación pertinente promulgada durante el siglo XX refleja esta polaridad.

Como consecuencia, todo ello dio lugar a la consideración del suicidio, en el contexto sanitario, en un punto entre la salud pública y la psiquiatría (6). A partir de esta doble perspectiva, en este artículo se expondrá la prevención del suicidio según el programa de evaluación, los factores de riesgo y protectores, el tipo de intervención, el ámbito de intervención y la interfaz entre los ámbitos clínico y de salud pública.

### SUICIDIO, INTENTOS DE SUICIDIO, COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

En 1964, Stengel (7) propuso —reflejando así una percepción clínica común en la época— que las personas que consumaban el suicidio y las que intentaban el suicidio constituían dos grupos de pacientes distintos. En la base de esta distinción estaba la intención de morir (presente en los primeros y ausente en los segundos), aunque también se consideraban factores demográficos (el suicidio era consumado predominantemente por varones de edad avanzada e intentado predominantemente por mujeres jóvenes) y epidemiológicos (predominio de trastornos psicóticos entre los pacientes que

consumaban el suicidio y predominio de trastornos de la personalidad y de ajuste en los pacientes que intentaban el suicidio); finalmente, los medios utilizados también contribuyeron a diferenciar ambos tipos de pacientes: el primer grupo utilizaba medios de carácter más mortal, mientras que el segundo utilizaba medios menos letales.

Debido posiblemente al hecho de que el resultado del suicidio consumado es mucho más obvio (y grave) que el del intento de suicidio, la bibliografía es mucho más abundante respecto al primero. Además, la información (que depende de los sistemas de notificación y de los indicadores) ha sido mucho más abundante respecto al suicidio consumado que a los intentos de suicidio. Por ejemplo, en muchos países hay amplias series temporales de datos respecto a la mortalidad asociada al suicidio, mientras que no existen prácticamente datos relativos a los intentos de suicidio.

En cualquier caso, dados los cambios demográficos recientes, las modificaciones en la estructura social y, quizá lo más importante, la mayor disponibilidad de medios más letales para su uso en los intentos de suicidio, se han vuelto borrosas las líneas de demarcación entre las «poblaciones» de suicidas consumados y las de personas que intentan el suicidio. Todo ello ha traído como consecuencia la necesidad de encontrar un término genérico que pueda incluir a ambos grupos de pacientes. Bajo la influencia de la psicología norteamericana, el término que se utiliza en la actualidad con este objetivo es el de comportamiento suicida, que es el que se usa también en este artículo.

### MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas sistemáticas y documentadas de prevención del suicidio tienen

casí un siglo de antigüedad (8). Los programas de prevención del suicidio fueron iniciados en Nueva York (National Save-A-Life League) y en Londres (Suicide Prevention Department of the Salvation Army) en 1906; en Viena (Suicide Prevention Agency), en 1948, y en Berlín (Suicide Prevention Service), en 1956. Aunque estas iniciativas se mantuvieron casi exclusivamente en sus respectivos países, la iniciada en 1953 por los Samaritanos en Londres se propagó rápidamente a numerosos países bajo el mismo principio de «la protección» (*befriending*). Hoy en día son incontables los servicios de prevención del suicidio, así como también los «centros de crisis» cuyo objetivo es la prevención del suicidio.

Tras casi un siglo de medidas de prevención, debería poseerse la información necesaria como para evaluar su eficacia. Realmente, se han publicado numerosos artículos acerca de esta cuestión, en ocasiones con resultados contradictorios (cuando no totalmente desconcertantes), debido posiblemente a que el control de las variables implicadas en el proceso del suicidio ha sido únicamente parcial. Si alguna de estas diversas medidas aplicadas hubiera demostrado una superioridad incontestable y universal sobre las demás, con toda probabilidad ya habría sido adoptada de manera genérica. En realidad, lo que se observa es la existencia de defensores de diversos programas y teorías de prevención que intentan (sin demasiado éxito) convencer a los demás de sus propios métodos.

En una revisión detallada de la evidencia de la eficacia de las intervenciones para la prevención del suicidio, publicada por Gunnell y Frankel en 1994 (9), se analizó la bibliografía publicada en lengua inglesa desde 1975 en adelante. Sólo dos de los 19 estudios identificados se habían realizado con asignación aleatoria y control (10, 11). Los resultados de la mayor parte de los estudios restantes estaban fundamentados en la opinión de expertos o de comités de expertos, o bien en la experiencia clínica. Al analizar los resultados obtenidos en los estudios que combinan el contexto y las formas de intervención, así como la exposición a la intervención, el triste resultado es que el mayor porcentaje alcanzado en la reducción de las tasas de suicidio ha sido del 4 %.

Con algunas pocas excepciones notables, la mayor parte de los estudios de investigación sobre el suicidio refleja claramente los puntos de vista ideológicos y etiológicos de sus autores y aborda los factores (p. ej., sociales, económicos, genéticos, psicopatológicos, etc.) que los autores consideran que son relevantes en el proceso del suicidio, ignorando por completo los demás factores. Debido a ello,

un resultado positivo y concluyente observado con frecuencia en un estudio no se puede reproducir en otra situación, en la cual las variables no controladas sean distintas (a pesar de que generalmente sólo se dan a conocer los resultados «positivos», dado que los resultados «negativos» no suelen ser bienvenidos por la revistas científicas).

En muchos casos, la falta de precisión de los programas con respecto a los objetivos y a los indicadores hace que la evaluación detallada constituya una tarea difícil. Los objetivos de los programas de prevención varían ampliamente: desde la modificación del proceso psicopatológico subyacente (p. ej., la ideación suicida) hasta la reducción de la morbilidad (p. ej., los intentos de suicidio) o la reducción de la mortalidad asociada al suicidio. Por tanto, los indicadores de eficacia deberían ser idealmente indicadores de proceso o de resultado. Sin embargo, muchos programas dirigidos (implícita o explícitamente) hacia la modificación del proceso psicopatológico o de la morbilidad son evaluados frente a las modificaciones de las tasas de mortalidad, mientras que algunos programas cuyo objetivo es la reducción de la mortalidad por suicidio presentan sus resultados como una mejora de las características psicopatológicas o de la morbilidad (o bien de indicadores colaterales, como la integración social); esto ocurre especialmente cuando el resultado no se corresponde con lo esperado y planteado al inicio del programa.

Hasta el momento, posiblemente el único programa para la prevención del suicidio aplicado en el ámbito nacional y a gran escala en el que se ha realizado una implementación y evaluación completa es el Finnish Suicide Prevention Project (1986-1996). Su objetivo era el de «reducir en 1995 la tasa de suicidio en un 20 %, en comparación con la situación anterior al inicio del proyecto». La evaluación realizada en 1996 demostró una reducción del 8,7 % entre 1987 y 1996 (con una disminución del 17,5 % entre los años 1990 y 1996) (12).

## FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Una gran parte de la investigación realizada sobre el suicidio ha girado en torno al riesgo y, en menor grado, alrededor de los factores de protección. De todos modos, los datos empíricos relativos a los factores de riesgo para el suicidio son mucho más abundantes que los concernientes a los factores de protección, debido posiblemente al hecho de que su determinación es más sencilla; en otras palabras, son más numerosos los estudios en

los que se ha evaluado la asociación entre el suicidio y determinados factores de riesgo (con independencia de si son o no modificables, o bien susceptibles de intervención controlada) que los estudios realizados sobre los factores de protección (que permanecen todavía fundamentalmente en el ámbito de lo teórico).

La bibliografía relativa a los factores de riesgo para el suicidio y para los comportamientos de tipo suicida es muy extensa (aunque no siempre tan crítica como sería deseable); los lectores interesados pueden analizar las revisiones críticas: Goldney (13), Beautrais (14), Wasserman (15) y Hosman y cols. (16). Forster y Wu (17) también han propuesto una tipología interesante acerca de los posibles factores de riesgo modificables y no modificables (tabla 1). La mayor parte de los estudios efectuados sobre los factores de riesgo ha tenido un diseño retrospectivo, y en ellos se ha utilizado generalmente una única variable discreta identificada en la cercanía temporal al episodio de suicidio, mientras que los factores de protección frente al suicidio permanecen todavía en un nivel teórico de discusión debido posiblemente a la interconexión que hay entre la mayor parte de los factores de protección y otras variables, así como debido a su larga proyección temporal que complica en gran medida la realización de estudios con diseño y control adecuados. Durlak y Wells (18) han revisado algunas de estas dificultades y han señalado diversas formas de mejorar la investigación relacionada con esta cuestión.

Mientras que los factores de riesgo y los factores de protección siguen constituyendo una de las áreas más interesantes de la investigación sobre el suicidio, su traducción en programas consensuados y eficaces de prevención del suicidio requiere todavía tanto la demostración como la evidencia. Uno de los obstáculos principales a esta traducción es la distinción, no siempre considerada, entre factores de riesgo «fijos» y factores de riesgo «potencialmente modificables».

Posiblemente, el mejor método para estimar la contribución de los factores de riesgo específicos es el cálculo de lo que se conoce como riesgo atribuible en la población (RAP). Brevemente, en este caso, el RAP ofrece una indicación de la reducción porcentual de las tasas de mortalidad cuando se elimina un factor concreto que supuestamente está relacionado de manera causal con el suicidio.

El RAP puede perseguir dos objetivos: por una parte, en relación con los factores «fijos» indica cuáles son los grupos y los individuos que, debido a que presentan un riesgo incrementado y no modificable, obtendrán mayores efectos beneficiosos de un programa de seguimiento

estrecho; por otra parte, en lo que se refiere a los factores modificables, indica claramente el tipo de intervención necesaria, tanto hacia el individuo como hacia la población. Los distintos ejemplos de la estimación del RAP han señalado que en la consideración de las personas con antecedentes familiares de suicidio (19) o de las que sufren trastornos relacionados con sustancias es posible una reducción de las tasas de suicidio del 9 al 29 %. Hay una necesidad urgente de considerar el RAP al diseñar e implementar programas de prevención del suicidio.

## TIPOS DE INTERVENCIÓN

La discusión detallada de la eficacia comparativa de los distintos tipos de intervención queda fuera del alcance de este artículo. En términos generales, las intervenciones principales para la prevención del suicidio se pueden agrupar bajo los encabezamientos siguientes:

**Reducción del acceso a los métodos y medios de suicidio.** En una revisión general de las pruebas existentes se señala que la reducción en el acceso a los métodos de suicidio (p. ej., medicamentos, pesticidas, tubos de escape de los automóviles, armas de fuego) es quizá la forma de intervención que tiene un mayor impacto en el ámbito de la población (20).

**Tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales.** Es destacable el hecho de que la introducción a mediados del siglo xx de la medicación eficaz para el control de los trastornos mentales graves asociados al suicidio (p. ej., depresión, esquizofrenia) no dio lugar a una reducción significativa en las tasas nacionales de suicidio en los países en los que dicha medicación se utilizó con frecuencia. La reciente introducción de los nuevos antidepresivos ha dado lugar a resultados controvertidos respecto a su im-

pacto sobre las tasas de suicidio (21). No obstante, se ha demostrado que el impacto es mucho mayor cuando se evalúan enfermedades específicas (p. ej., la depresión mayor [22] y la esquizofrenia [23]) o abordajes terapéuticos concretos (p. ej., administración de litio en los trastornos del estado de ánimo [24]). Posiblemente, el seguimiento estrecho de las personas con antecedentes de intento de suicidio también se podría incluir bajo este encabezamiento (25).

**Perfeccionamiento de la manera en la que se presenta el suicidio en los medios de comunicación.** Aunque hay datos que muestran que se ha perfeccionado la manera en la que se presenta el suicidio en los medios de comunicación (26), todavía no se ha demostrado de manera convincente el impacto de esta forma de intervención en el ámbito nacional.

**Formación específica del personal sanitario de asistencia primaria.** Aunque citada con frecuencia, la evidencia de la eficacia de la formación específica del personal sanitario de asistencia primaria como medida para la prevención del suicidio sigue estando fundamentada en un único ejemplo notable –aunque limitado tanto en términos geográficos como en términos de diferencias de sexo– que tuvo lugar en la isla de Gotland (27). Los estudios de gran envergadura que se están realizando actualmente (p. ej., en Hungría y Reino Unido [28]) posiblemente ofrezcan datos adicionales acerca de esta cuestión.

**Programas escolares.** Podemos decir lo mismo de los programas escolares. El ejemplo, citado constantemente, de Dade County (29) (que, no obstante, fue un estudio orientado más hacia los intentos de suicidio que hacia el suicidio consumado) continúa siendo, desafortunadamente, el único. Posiblemente, la evaluación detallada de otros programas similares que se están aplicando actual-

mente (p. ej., en Estocolmo) contribuirá a aportar datos adicionales, tan necesarios. En la planificación e implementación de programas escolares relativos a comportamiento suicida hay que considerar con detalle las características específicas, tanto del entorno como epidemiológicas, de las distintas poblaciones escolares (30).

**Uso de líneas telefónicas de orientación disponibles las 24 horas y de centros de crisis.** A pesar de su popularidad y atractivo, hasta el momento no se han obtenido pruebas concluyentes de la eficacia de la prevención del suicidio mediante la implantación de líneas telefónicas de ayuda disponibles las 24 horas y de centros de crisis (31, 32). Supuestamente, parece que su eficacia en cuanto a la ayuda de las personas en crisis (no necesariamente de tipo suicida) es mucho mayor que su impacto en las tasas de suicidio.

## ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

Para la consideración global del impacto inducido por los programas de prevención del suicidio en el área de la salud pública, el modelo desarrollado por Mrazek y Haggerty (33) puede ser especialmente útil. Brevemente, en este modelo se clasifican las intervenciones de prevención según su grado de cobertura, es decir, intervenciones universales, selectivas o indicadas. En la tabla 2 se muestran algunos ejemplos de estas intervenciones generales y específicas para la prevención del suicidio.

Un análisis más detallado de los numerosos abordajes y programas reales o propuestos para la prevención del suicidio, algunos de los cuales ya han sido mencionados, indica que –según el modelo de Mrazek y Haggerty– hay una evidencia mayor respecto a la aplicación de estos

**Tabla 1** Factores de riesgo principales para suicidio (adaptado y modificado de la referencia bibliográfica 17)

Factores «fijos»	Factores potencialmente modificables
Sexo	Acceso a los medios
Edad	Trastornos mentales
Raza	Enfermedades médicas
Orientación sexual	Aislamiento social
Intentos previos	Estado civil
	Situación laboral
	Ansiedad
	Desesperanza
	Satisfacción vital

**Tabla 2** Ejemplos de intervenciones de prevención eficaces respecto a los comportamientos suicidas, según el grado de cobertura

Intervención	Prevención de trastornos mentales	Prevención del suicidio
Universal	Asistencia prenatal adecuada	Limitación del acceso a sustancias tóxicas
Selectiva	Apoyo psicológico a las personas en situación de crisis o con enfermedades físicas	Tratamiento de las personas con trastornos mentales (incluyendo los trastornos relacionados con sustancias)
Indicada	Programas dirigidos a padres de niños en edad preescolar con actitudes importantes de agresión y rebeldía	Seguimiento terapéutico estrecho de los pacientes con trastorno bipolar o con episodios psicóticos recurrentes Seguimiento estrecho (psicosocial) de las personas con antecedentes de intento de suicidio

programas en intervenciones universales e indicadas que en intervenciones selectivas. Esta conclusión no es diferente de la que se puede establecer en el conjunto de la asistencia en salud mental (34).

## INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA Y CLÍNICAS

En conjunto, los especialistas en suicidio y los clínicos son mucho más optimistas respecto a la eficacia de las medidas para la prevención del suicidio que los funcionarios de salud pública. Posiblemente, todos tienen razón, aunque no siempre podemos encontrar a clínicos, especialistas en suicidio y funcionarios de salud pública trabajando codo con codo (35). Se necesita urgentemente un abordaje integrado que permita acercar los objetivos específicos y los indicadores de resultado que aplican estos tres grupos de profesionales, teniendo en cuenta las diferencias en sus respectivos métodos y técnicas. Además, este abordaje integrado debería considerar los factores de riesgo y los factores protectores en las intervenciones universales, selectivas e indicadas. Algunos de estos factores pueden ser aplicados con mayor facilidad en contextos clínicos e individualmente. En la figura 1 se muestra esquemáticamente este modelo conceptual integrado.

## CONCLUSIONES

La experiencia en la prevención del suicidio tiene casi un siglo y nos ha permitido aprender algunas pocas lecciones importantes:

- Dado que el suicidio está influido de manera intrínseca por los factores socioculturales, no hay seguridad de que

las medidas que funcionan en un área geográfica vayan a hacerlo también en otra. Se ha demostrado que los programas de prevención del suicidio pueden ser útiles en ciertos momentos y en ciertos lugares. Sin embargo, el «trasplante directo» de las políticas y programas de prevención del suicidio sin una consideración plena de todos los factores relacionados va a dar lugar a resultados frustrantes.

- Para su desarrollo en el área de salud pública, los programas de prevención del suicidio deben declarar claramente cuáles son sus objetivos (es decir, los resultados específicos que se desea obtener en un marco temporal). Sin ello, sólo serán iniciativas bienintencionadas, con numerosos resultados útiles de carácter colateral, pero quizá sin una disminución real de las tasas de comportamientos suicida.
- Las actividades de carácter aislado tienen una probabilidad mucho menor de influir de manera significativa en los resultados en el ámbito de la población, en comparación con los abordajes más sofisticados y estructurados que integran medidas de salud pública y medidas asistenciales individuales junto a sistemas adecuados de seguimiento y de apoyo social.

En lo que se refiere a la prevención de los comportamientos suicidas, hemos aprendido muchas cosas sobre qué hacer y con quién, dónde y cuándo hacerlo. Hoy en día, tenemos una idea mucho más clara del papel específico que desempeñan las autoridades políticas y sanitarias, el personal sanitario, los profesionales de la salud mental, los psiquiatras, los periodistas, las personas que han sobrevivido al suicidio y la sociedad en su conjunto. Sin embargo, todavía hay mucho por mejorar con respecto a lo que sabemos acerca

de qué hacer, a quién y con quién, cuándo y dónde hacerlo. Hemos aprendido mucho, pero todavía nos queda un largo camino antes de alcanzar los objetivos finales.

Me gustaría concluir citando una vez más a Camus, con el que estoy personalmente de acuerdo como médico, psiquiatra, funcionario de salud pública y persona que vive en el mundo, «únicamente a través de la toma de conciencia puede transformarse en una norma de vida lo que era una invitación a la muerte, rechazando así el suicidio». Las limitaciones que padecemos en la actualidad no deben detenernos; al contrario, deben constituir un fuerte estimulante para mejorar la eficacia de nuestras estrategias y metodologías actuales respecto a la prevención del suicidio en los ámbitos clínico y de salud pública.

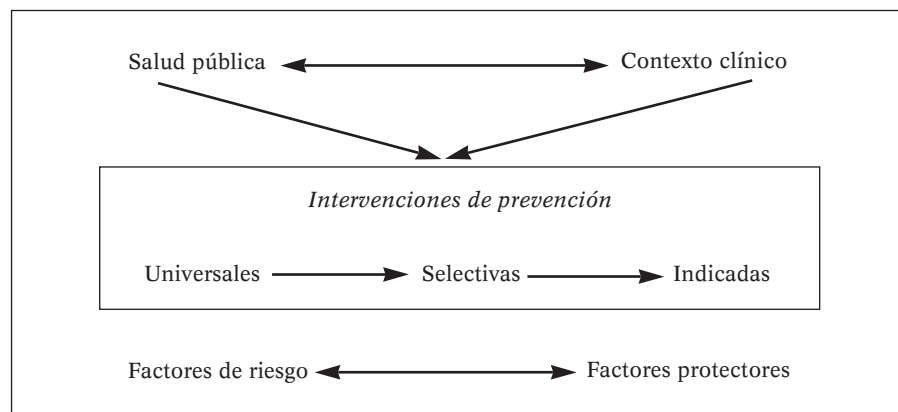
## Agradecimientos

El autor quiere expresar su profunda gratitud a los Dres. Saraceno y Fleischmann, y a la Sra. R. Seminario, por sus comentarios sobre los primeros bocetos de este artículo.

*World Psychiatry 2004; 3: 147-151*

## Bibliografía

1. Camus A. *Le mythe de Sisyphe*. Paris: Gallimard, 1942.
2. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002;1: 181-5.
3. Phillips MR. Suicide rates in China. *Lancet* 2002;359:2274.
4. Minois G. *L'histoire du suicide*. Paris: Fayard, 1995.
5. MacDonald M, Murphy T. *Sleepless souls: suicide in early modern England*. Oxford: Clarendon Press, 1990.
6. De Leo D, Bertolote J, Lester D. Self-directed violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al (eds). *World report on health and violence*. Geneva: World Health Organization, 2002:183-212.
7. Stengel E. *Suicide and attempted suicide*. Baltimore: Penguin Books, 1964.
8. Shneidman ES. Suicide prevention. In: Corsini R (ed). *Encyclopedia of psychology*. New York: Wiley, 1984;3:383.
9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *Br Med J* 1994;308:1227-33.
10. Litman RE. Anti-suicide program conducts controlled study. *Evaluation* 1976; 3:36-7.
11. Motto JA. Suicide prevention for high risk persons who refuse treatment. *Suicide Life Threat Behav* 1976;6:223-30.



**Figura 1.** Prevención de los comportamientos suicidas: integración de los abordajes de salud pública y clínico.

12. Upanne M, Hakanen J, Rautava M. Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation. Helsinki: Stakes, 1999.
13. Goldney RD. Variation in suicide rates: the "Tipping Point". *Crisis* 1998;19:136-8.
14. Beautrais A. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2000;34:420-36.
15. Wasserman D. *Suicide - an unnecessary death*. London: Dunitz, 2001.
16. Hosman C, Wasserman D, Bertolote J. Prevention of suicide. In: Hosman C, Jane Llopi E, Saxena S (eds). *Evidence-based prevention of mental disorders*. Oxford/Geneva: Oxford University Press/World Health Organization (in press).
17. Forster P, Wu L. Assessment and treatment of the suicidal patient in an emergency setting. In: Allen MH (ed). *Emergency psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002:75-113.
18. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs: the future is exciting. *Am J Commun Psychol* 1997;25:233-43.
19. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and family factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003;160:765-72.
20. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Arch Suicide Res* 1998;4:7-24.
21. World Health Organization. *The controversial evidence of the population impact on suicide rates of new antidepressants*. Geneva: World Health Organization (in press).
22. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl. 2):57-62.
23. Meltzer HY. Treatment of suicidality in schizophrenia. *Ann NY Acad Sci* 2001;932:44-58.
24. Coppen A. Lithium in unipolar depression and the prevention of suicide. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl. 9):52-6.
25. Retterstöl N, Mehlun N. Attempted suicide as a risk factor for suicide: treatment and follow-up. In: Wasserman D (ed). *Suicide - an unnecessary death*. London: Dunitz, 2001:125-31.
26. Schmidtke A, Schaller S. The role of mass media in suicide prevention. In: Hawton K, van Heeringen K (eds). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. New York: Wiley, 2000:675-97.
27. Rutz W, von Knorring L, Wallinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:151-4.
28. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:185-91.
29. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:387-402.
30. Silverman MM, Meyer PM, Sloane F et al. The big ten student suicide study: a 10-year study of suicides on Midwestern university campuses. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:285-303.
31. Diekstra RF, Kerkhof AJ. The prevention of suicidal behaviour: a review of effectiveness. In: Maes S, Leventhal H, Johnston M (eds). *International review of health psychology*. Chichester: Wiley 1994;3:145-65.
32. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centers: a review. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:304-10.
33. Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing risks from mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press, 1994.
34. Hosman C, Jane Llopi E, Saxena S (eds). *Evidence-based prevention of mental disorders*. Oxford/Geneva: Oxford University Press/World Health Organization (in press).
35. Leenaars A. Controlling the environment to prevent suicide. In: Wasserman D (ed). *Suicide - an unnecessary death*. London: Dunitz, 2001:259-63.