



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: INTERVENCIONES EN PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO, ABORDAJE FARMACOLÓGICO Y CONSIDERACIONES ESPECIALES



Mariana Navarro Campos*

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

Resumen

El suicidio constituye una de las principales causas de muerte prevenible a nivel mundial, con altas tasas en adolescentes y adultos jóvenes. Esta revisión analiza las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas más relevantes para el manejo del riesgo suicida. Se identifican dos fármacos con evidencia sólida en la reducción del suicidio consumado: el litio y la clozapina. Además, se exploran opciones emergentes como la ketamina y la esketamina, así como el uso de combinaciones farmacológicas en poblaciones específicas. Se revisan también tratamientos antidepresivos, estimulantes y abordajes integrales para trastornos comórbidos como el TLP. A nivel psicoterapéutico, la terapia cognitivo-conductual y la terapia dialéctico-conductual muestran efectividad en la prevención de recaídas. Finalmente, se enfatiza la importancia de intervenciones en crisis, seguimiento post-alto y abordaje familiar. El enfoque integral, interdisciplinario y sostenido en el tiempo resulta fundamental para una prevención efectiva del suicidio.

Palabras clave: suicidio, prevención, litio, clozapina, ketamina, terapia dialéctico-conductual, farmacoterapia.

Abstract

Suicide is one of the leading causes of preventable death worldwide, especially among adolescents and young adults. This review analyzes key pharmacological and psychotherapeutic interventions for managing suicidal risk. Lithium and clozapine are identified as the only medications with robust evidence in reducing completed suicide. Emerging treatments such as ketamine and esketamine, as well as specific pharmacological combinations, are also explored. The review discusses antidepressants, stimulants, and tailored approaches for comorbid conditions such as borderline personality disorder. Cognitive behavioral therapy and dialectical behavior therapy show strong efficacy in relapse prevention. Crisis intervention, post-discharge follow-up, and family involvement are emphasized as essential components of care. A comprehensive, interdisciplinary, and sustained approach is crucial for effective suicide prevention.

Keywords: suicide, prevention, lithium, clozapine, ketamine, dialectical behavior therapy, pharmacotherapy

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. Email. marinava95@gmail.com



El suicidio es una de las principales causas de muerte prevenible a nivel mundial, con una incidencia estimada de 700,000 muertes anuales. Representa la cuarta causa de muerte entre los 15 y 29 años, y se estima que por cada suicidio consumado hay al menos 20 intentos fallidos (11). Las tasas varían entre regiones y poblaciones: los hombres tienen mayor prevalencia de suicidios consumados, mientras que las mujeres presentan más intentos. En América Latina, se ha observado un aumento progresivo en las tasas de suicidio, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. En Costa Rica, por ejemplo, la tasa de suicidio alcanzó 8.2 por 100,000 habitantes en 2023, siendo mayor en varones jóvenes según reportes del Ministerio de Salud. Los factores de riesgo incluyen trastornos psiquiátricos, con una prevalencia cercana al 90% en personas que mueren por suicidio, consumo de sustancias (particularmente alcohol y cocaína), trauma infantil, aislamiento social, disfunción familiar, y acceso a medios letales (12). El riesgo puede manifestarse de forma aguda —como ideación suicida en el contexto de una crisis vital— o de manera crónica en presencia de patologías de base como el trastorno bipolar, la esquizofrenia o el trastorno límite de la personalidad (TLP).

Fármacos con evidencia robusta en reducción del suicidio

1. Litio Entre los tratamientos farmacológicos, el litio se destaca

como el agente con mayor respaldo en la prevención del suicidio. Diversos metaanálisis han encontrado que reduce el riesgo de suicidio consumado hasta en un 60% en pacientes con trastorno bipolar y depresión recurrente (1,2). Este efecto parece ser independiente del control del estado de ánimo, lo que sugiere una acción específica sobre el comportamiento suicida. Los mecanismos propuestos incluyen la regulación de neurotransmisores como la serotonina, modulación de la impulsividad, y efectos neuroprotectores mediados por la inhibición de GSK-3 β . El litio requiere monitoreo regular de niveles plasmáticos (0.6–1.2 mEq/L) y evaluación de función renal y tiroidea. Su perfil de seguridad, si bien manejable, demanda adherencia terapéutica y vigilancia continua.

2. Clozapina En pacientes con esquizofrenia resistente, la clozapina ha demostrado eficacia superior en la reducción de ideación y conducta suicida, según el estudio InterSePT (3). Este fármaco no solo mejora síntomas psicóticos, sino que reduce hospitalizaciones por intento suicida y mejora la calidad de vida global. La dosis efectiva suele oscilar entre 300 y 600 mg diarios, pero su uso exige



monitoreo hematológico riguroso debido al riesgo de agranulocitosis (<1%).

Intervenciones emergentes: fármacos de acción rápida

1. Ketamina y esketamina La ketamina intravenosa (0.5 mg/kg) ha mostrado una reducción rápida de la ideación suicida, con efectos observables entre 2 y 4 horas post administración. Canuso et al. (4) informaron una mejoría significativa en síntomas depresivos y suicidas en pacientes con trastorno depresivo mayor resistente. Su análogo esketamina, aprobado por la FDA en 2019, se administra de forma intranasal (56–84 mg, dos veces por semana) y ha sido incorporada como opción en el tratamiento agudo de pacientes con riesgo suicida. A pesar de su eficacia, estos tratamientos presentan limitaciones: efectos transitorios, necesidad de administración en centros especializados, riesgo de disociación y potencial de abuso.

2. Antidepresivos (ISRS y otros) Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), como fluoxetina, sertralina y escitalopram, han sido ampliamente utilizados en el tratamiento de la depresión, pero su rol en la reducción del suicidio ha sido objeto de controversia. La FDA

emitió en 2004 una alerta sobre el posible aumento del riesgo suicida en menores de 25 años durante las primeras semanas de tratamiento. Sin embargo, en adultos mayores, su uso ha mostrado beneficios consistentes en reducción de ideación suicida y mejoría funcional (12).

3. Combinaciones farmacológicas

En adolescentes con trastornos afectivos, la combinación de quetiapina (300–600 mg) con valproato (20–30 mg/kg) ha mostrado una reducción del 40% en conductas autolesivas, hospitalizaciones y síntomas afectivos graves (7). Este abordaje se considera útil cuando la impulsividad o la disforia severa coexisten con síntomas del espectro bipolar.

4. Estimulantes en TLP con TDAH

Fazel et al. (5) demostraron que el tratamiento del TDAH comórbido en pacientes con TLP mediante metilfenidato reduce hasta en un 30% la tasa de intentos suicidas. Se plantea que el control de la impulsividad y la mejora en la atención pueden modular indirectamente la conducta suicida en esta población.

Intervenciones no farmacológicas

Terapia cognitivo-conductual (TCC): La TCC adaptada a la prevención del suicidio ha demostrado eficacia en la reducción de la



ideación y de los intentos. Brown et al. (6) observaron una disminución del 50% en la recurrencia de intentos suicidas en pacientes que habían recibido esta intervención tras un intento previo. Las técnicas incluyen entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva, y construcción de redes de apoyo.

Terapia dialéctico-conductual (DBT) Desarrollada por Linehan, la DBT es especialmente útil en personas con TLP y conductas suicidas crónicas. Linehan et al. (8) encontraron una reducción del 50% en intentos suicidas y hospitalizaciones en mujeres con TLP tratadas con DBT comparado con tratamiento usual. El modelo incluye sesiones individuales, entrenamiento grupal en habilidades, coaching telefónico y supervisión clínica estructurada.

Intervención en crisis y seguimiento: La intervención en crisis incluye la evaluación estructurada del riesgo, elaboración de planes de seguridad y reducción del acceso a medios letales. Se ha demostrado que estrategias de seguimiento como llamadas telefónicas post-alta pueden reducir el riesgo de reincidencia suicida en un 30–40% (10). La intervención en el entorno familiar mediante psicoeducación también ha mostrado resultados favorables en adolescentes.

Conclusiones

El manejo del riesgo suicida requiere una aproximación integral, que

combine estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas. El litio y la clozapina son los únicos fármacos con evidencia robusta en la reducción del suicidio consumado. Fármacos de acción rápida como la ketamina ofrecen soluciones efectivas en contextos agudos, mientras que la psicoterapia estructurada, especialmente la TCC y la DBT, constituye un pilar esencial en la prevención a largo plazo. La intervención debe ser interdisciplinaria, sostenida en el tiempo y centrada en las necesidades particulares del paciente.

Referencias Bibliográficas

1. Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Hennen, J. (2006). Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: Update and new findings. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 249–256. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.249>
2. McCall, W. V., & Yao, J. K. (2023). Designing clinical trials to assess pharmacological treatment for suicidal ideation/behavior: Issues and solutions. *Clinical Drug Investigation*, 43(2), 123–139. <https://doi.org/10.1007/s40261-023-01111-4>
3. Meltzer, H. Y., Alphas, L., Green, A. I., Altamura, A. C., Anand, R., Bertoldi, A., et al. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General*



- Psychiatry*, 60(1), 82–91. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82>
4. Canuso, C. M., Singh, J. B., Fedgchin, M., Alphs, L., Lane, R., Lim, P., et al. (2022). Efficacy and safety of intranasal esketamine for the rapid reduction of depressive symptoms in patients at imminent risk for suicide: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 179(7), 583–592. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2022.22010195>
5. Fazel, S., Smith, E. N., Chang, Z., Geddes, J. R., & Lichtenstein, P. (2022). Associations between attention-deficit hyperactivity disorder and risk of suicide in individuals with borderline personality disorder: A population-based cohort study. *JAMA Network Open*, 5(3), e220238. <https://doi.org/10.1001/jama.networkopen.2022.0238>
6. Brown, G. K., Have, T. T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, 294(5), 563–570. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>
7. Lu, J., Huang, J., & Gao, W. (2025). Pharmacological and psychosocial interventions for adolescents with self-injurious behavior: A systematic review. *Translational Psychiatry*, 15, 73. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-01536-5>
8. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
9. Food and Drug Administration. (2004). *Public health advisory: Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications*. <https://www.fda.gov/media/144793/download>
10. Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828–833. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.828>
11. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Suicide worldwide in 2023: Global health estimates*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069892>
12. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2025). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Focus (PsychiatryOnline)*. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.2025.2300>