



INTERNACIÓN DE  
PACIENTES CON  
IDEACIÓN SUICIDA



Universidad Nacional del Litoral

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final Integrador

Tema: Internación en pacientes con ideación suicida

Director: Sebastián Amut

Alumno: Prendes María Verónica

Año: 2018

# Índice

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	19
METODOLOGÍA.....	20
RESULTADOS.....	22
CONCLUSIÓN.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	36

# Resumen

Objetivo: elaborar un Trabajo de Investigación Epidemiológica presentado como trabajo integrador para aprobar la carrera de médico legista. Para ello se realizó un estudio para obtener la prevalencia de internación en pacientes con ideación suicida que asisten a la guardia del Sanatorio La Merced y determinar los principales factores que con más frecuencia están incidiendo en éstas consultas por conductas suicidas.

Método: Se aplicó un diseño no experimental, retrospectivo, descriptivo, y de corte transversal. El ámbito es en el Sanatorio psiquiátrico La Merced, en la ciudad de Santa Fe, a lo largo del año 2011. La población quedó conformada por 100 pacientes, de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, que presentaran ideación suicida. Se operan variables como ser: sexo, estación del año, método de utilización y pasaje al acto.

Resultados: La idea suicida fue del 80% en sexo femenino y de 20% en sexo masculino. En cuanto al pasaje al acto, el 20% consultó luego de haberlo concretado. El 80% restante sólo transcurre en ideación. Según la estación del año, la primavera se destaca con 34 pacientes que consultan en esa época. El modo de pasaje al acto más frecuente es la ingesta de psicofármacos, para ambos sexos. Del 100% de las consultas, el 87% accede a la internación y el 13% se niega a internarse.

Conclusión: Del análisis de resultados del estudio, se deduce, que las consultas por intento de suicidio, en el Sanatorio La Merced de la ciudad de Santa Fe, tienen una prevalencia similar a la de otros países, siendo la intención de suicidio mayor en sexo femenino, mientras que en el sexo masculino se encontró mayor porcentaje de pasaje al acto. Se comprobó que el método más empleado es la ingesta de psicofármacos, y la estación del año más afectada la primavera.

Palabrasclaves: ideación suicida, internación, femenino, masculino, sanatorio La Merced.

# Introducción

En 1976 Beck propuso que las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado formaban parte de un continuo de suicidalidad de creciente severidad. Diversos estudios, tanto epidemiológicos como clínicos y experimentales han apoyado esta noción.

Cualquier manifestación de suicidalidad eleva significativamente el riesgo de suicidio. Tasas elevadas de ideación e intento suicida se observan en pacientes psiquiátricos al compararlos con la población general (PG). De hecho en pacientes depresivos alrededor del 40% efectúa un intento de suicidio tras el primer episodio; de los mismos el 47-69% presenta grados diversos de ideación suicida. Respecto al suicidio consumado, estudios con autopsias psicológicas han encontrado que alrededor del 90% de las víctimas presentaba un trastorno diagnosticable antes de la muerte, principalmente del ánimo, por uso de alcohol/sustancias y esquizofrenia, a menudo comórbidos. Por otra parte, quienes presentan trastornos psiquiátricos tienen tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio hasta 40 veces más elevadas que la PG.

Siendo el suicidio una causa de muerte prevenible, la detección y evaluación del riesgo suicida es una tarea clínica relevante. De tal evaluación se pueden desprender medidas apropiadas para la preservación del paciente y la resolución eficaz del riesgo. Se ha encontrado que una proporción importante de víctimas consultó a profesionales de la salud en el período anterior al suicidio presentando indicadores de riesgo tales como intentos previos, enfermedad psiquiátrica (especialmente grave y no tratada) y estrés vital severo.

El suicidio se ha convertido en un grave problema de salud a nivel internacional y nuestro país no queda exento de ello.

## Factores de riesgo suicida

Una serie de factores elevan el riesgo suicida. Ellos incluyen características demográficas (p. ej. sexo masculino), enfermedades psiquiátricas, intentos e ideas suicidas, factores genético-familiares, eventos vitales negativos, bajo apoyo social percibido, enfermedades médicas, trauma psicosocial en la infancia, factores psicológicos/cognitivos y otros. Especialmente relevantes en la clínica son las enfermedades psiquiátricas que elevan el riesgo y la existencia de manifestaciones suicidas actuales o pasadas.

## Enfermedades psiquiátricas

Los cuadros psiquiátricos más frecuentemente asociados a suicidio son los trastornos del ánimo (uní y bipolares), la esquizofrenia y abuso/dependencia de alcohol o sustancias. Tienen asimismo mayor riesgo los trastornos alimentarios, el trastorno de pánico (especialmente de intentos suicidas) y el TOC. Los trastornos de la personalidad -particularmente límite y antisocial- elevan la probabilidad de autoeliminación, por lo general en concomitancia con trastornos del Eje I.

En pacientes que intentan o consuman suicidio la comorbilidad psiquiátrica es especialmente común (por ejemplo, trastorno depresivo mayor y abuso de alcohol). La asociación entre cuadros del Eje I y Eje II también es relevante, mostrándose en este grupo mayor número de intentos de suicidio.

## Intentos e ideas suicidas

Un intento de suicidio eleva alrededor de cuarenta veces la probabilidad de autoeliminación. El período de mayor riesgo suicida es el semestre tras al evento. Durante el año siguiente, la tasa de suicidio se incrementa hasta cien veces, especialmente en pacientes con trastornos psiquiátricos. Por otra parte, la mitad de quienes cometen suicidio lo ha intentado previamente, y esto alcanza a los dos tercios en los grupos más jóvenes. Eventualmente, el 10% de los intentadores se quitará la vida y alrededor de la tercera parte lo reiterará.

Se encuentran trastornos psiquiátricos en alrededor del 80% de quienes han intentado suicidarse. Entre ellos, quienes han realizado múltiples tentativas presentan indicadores psicopatológicos más severos, con mayor depresión, desesperanza, comorbilidad, rasgos límite y peor pronóstico suicidal. Seguimientos a largo plazo han encontrado que los reiteradores tienen mayor riesgo de autoalimentarse, tanto a corto como largo plazo, efecto que es más acusado en mujeres. Cada nuevo intento incrementaría el riesgo en un 32%.

El suicidio, además de constituir un drama de la existencia humana, en muchos países es un problema de salud. Según la OMS, está ubicado entre las 10 primeras causas de muerte y cada día en el mundo se suicidan 1 000 personas, que alcanza anualmente más de un millón de personas, lo que representa un 1.8% del total de fallecimientos.

Por tal motivo se realizó un estudio descriptivo, transversal retrospectivo, con el objetivo de obtener la prevalencia de internación en pacientes con ideación suicida que asisten a la guardia del Sanatorio La Merced y determinar los principales factores que con más frecuencia están incidiendo en éstas consultas por conductas suicidas

# **I- INTERNACIÓN EN PACIENTES CON IDEACIÓN SUICIDA**

## **1. Definición**

El abate Desfontaines en el siglo XVIII el primero que empleó el término suicidio (sui- sí mismo y cidius- matar).<sup>1</sup>

Otros términos relacionados son los siguientes:

Acto suicida. Todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.

Parasuicidio. Acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.

Conductas autodestructoras directas o conscientes. Corresponden a las tentativas de suicidio y al suicidio consumado.

Conductas autodestructivas indirectas o inconscientes. Tienen un carácter insidioso y prolongado y no son reconocidos como actos suicidas (equivalentes suicidas, suicidio palma a palma).

Autolesión intencionada. (Deliberate self-harm). Término propuesto para conceptualizar el intento suicida como una conducta de afrontamiento.

Ideación suicida. Comprenden desde la idea fugaz de la dificultad de vivir a la idea suicida transitoria, prolongada, permanente, impulsiva o planeada.<sup>2</sup>

## **2. El suicidio a lo largo de la Historia**

A través de la historia, la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico concreto de que se trate. Así, en la antigua Roma, se asumía una posición neutral e incluso positiva frente al suicidio. Basta mencionar a Séneca, el estoico, quien dijera: "El vivir no es un bien, si no se vive bien". "Morir antes o después es irrelevante". "La vida no es como para comprarla sea cual sea el precio".

En el siglo iv después de nuestra era, Constantino I llamado El Grande, oficializó el cristianismo,<sup>3</sup> y con ello se asumió una actitud de rechazo. San Agustín consideraba el suicidio como un crimen y Santo Tomás como un pecado, sino el mayor de todos, pues usurpaba a Dios la decisión sobre la vida. Este rechazo duró siglos por la propia influencia de la religión, y aún éste es su punto de vista.

En el siglo XVIII, el filósofo Hume asume una postura permisiva-positiva frente al suicidio. Hume expresó: "Si no es un crimen que ya cambia el curso del Nilo o el Danubio ¿dónde está el crimen? ¿en cambiar la dirección de unos cuantos litros de sangre? "

A finales del siglo XIX, comienza la era moderna en la interpretación del suicidio, con los trabajos

de Durkheim y Freud. Durkheim realiza un enfoque sociológico del suicidio y plantea que es el resultado de la fortaleza o la debilidad del control de la sociedad sobre el individuo. Así define 3 tipos:

Suicidio altruista. Es el literalmente pedido por la sociedad, debido a su cultura, normas y costumbres. Al individuo no le queda otra opción honorable. Seguir viviendo sería una ignominia. Es el caso del harakiri entre los antiguos samuráis.

Suicidio egoísta. En este caso la persona tiene pocos lazos con la comunidad; son personas que viven solas, no tienen familia ni grupo social o institución con quien relacionarse. No hay prácticamente exigencias sociales para el individuo.

Suicidio anónimo. Se produce por una repentina ruptura en la relación habitual entre la sociedad y el individuo (pérdida de seres queridos, propiedades, prestigio, etcétera.)

Freud desarrolla la teoría psicológica del suicidio. Consideró que en el suicida existía una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado. Es, según Freud, un crimen al que se le ha dado un giro de 180 grados.

Zilboorg, retoma el punto de vista freudiano y lo desarrolla; considera el suicidio no sólo como una fuerte hostilidad inconsciente, sino también como una incapacidad poco común de amar a otros.

Karl Menninger considera que en todo suicida se encuentran implícitos 3 deseos: deseos de matar, deseo de ser matado y deseos de morir.

Ambos enfoques, el sociológico representado por Durkheim y el psicológico por Freud, son enfoques unilaterales de este dramático problema. Sin embargo, sin pretender justificar estos enfoques, en la práctica médica, observamos estos mecanismos de producción del suicidio, sobre todo el anónimo.

### **3. Clasificaciones actuales acerca del suicidio**

En la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) el suicidio y las lesiones autoinfligidas quedan incluidos en las categorías comprendidas entre E 950 a E 959.

1. E 950. Suicidio mediante sustancias sólidas o líquidas (barbitúricos y otros psicofármacos).
2. E 951. Suicidio mediante gases de uso doméstico (gas de balón, etcétera).
3. E 952. Suicidio mediante otros gases y vapores (monóxido de carbono).
4. E 953. Suicidio por estrangulación, ahorcamiento y sofocación (incluye sofocación por bolsa plástica).
5. E 954. Suicidio por sumersión (ahogamiento).
6. E 955. Suicidio por arma de fuego y explosivos (por arma de cañón corto, escopeta y fusil).
7. E 956. Suicidio por instrumentos cortantes y punzantes (cuchillo, navaja, punzón, etcétera).



8. E 957. Suicidio por precipitación (de lugares naturales o creados por el hombre).
9. E 958. Suicidio por otros medios y los no identificados (quemadura, estrellamiento de vehículo, colocación o salto delante de objeto móvil y electrocución).
10. E 959. Efectos tardíos de lesiones autoinfligidas. <sup>4</sup>

Como se puede observar, en la CIE-10 el suicidio se clasifica según el método empleado. Al respecto también existe una clasificación simplificada:

1. Suicidio por métodos violentos o duros: (arma de fuego, ahorcamiento, precipitación).
2. Suicidio por métodos pasivos o suaves: (ingestión de psicofármacos, anilina, etcétera). El suicidio también se puede clasificar según su forma clínica. Así tenemos:

1. Suicidio ampliado: Es aquél en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Por ejemplo: madre con una depresión nihilista que asesina a su hijo para evitarle "los sufrimientos que la vida conlleva".
2. Suicidio por desesperación: Es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Por ejemplo: fracaso amoroso y pérdida de un ser querido.
3. Suicidio por miedo: Se trata de evitar una situación muy temida. Por ejemplo: pérdida de la virginidad en familias moralistas.
4. Suicidio por venganza o chantaje: El suicida, con su muerte, pretende castigar a otros. Por ejemplo: persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.
5. Suicidio por sacrificio: La muerte tiene una finalidad política, religiosa. Por ejemplo: El líder ortodoxo, Eduardo Chibás, se suicidó en un programa radial en que denunciaba la corrupción administrativa y política del régimen existente. <sup>5</sup>

Menninger ver otro aspecto del suicidio, los llamados suicidios subintencionados o suicidios crónicos que son conductas usuales que atentan contra la vida, y que conforman un grave peligro para ella como son los actos imprudentes o temerarios, las omisiones significativas, los excesos significativos y la conducta antiterapéutica.

#### **4. Epidemiología del suicidio**

El suicidio, además de constituir un drama de la existencia humana, en muchos países es un problema de salud. Según la OMS, está ubicado entre las 10 primeras causas de muerte y cada día en el mundo se suicidan 1 000 personas, que alcanza anualmente más de un millón de personas, lo que representa un 1.8% del total de fallecimientos.

En la antigua Alemania Occidental, Austria, Japón, Países Escandinavos, Hungría y Suiza, alcanza una tasa 25 por 100 000 habitantes. En EE.UU. la tasa es de 12 por 100 000 habitantes mientras que en Italia y España las estadísticas son de 10 por 100 000 habitantes.

El suicidio es más frecuente en el sexo masculino en una proporción 3:1 con relación al sexo femenino. El intento suicida es más frecuente en este último, en una proporción de 3:1 con relación al sexo masculino. Por cada suicidio se manifiestan 8 a 10 intentos suicidas. Los hombres tienen tendencia a utilizar los métodos violentos con más frecuencia que las mujeres.

## **5. Algunas valoraciones éticas del suicidio**

No nos corresponde reseñar aquí las diversas posturas morales acerca del suicidio <sup>6</sup>, pero sí señalar que no deja de ser llamativo que doctrinas que se encuentran en las antípodas hayan reprobado (y reprueben) el suicidio, considerándolo como un acto no deseable (a tal punto que en diversos períodos históricos fue proscrito por la ley). Tal el caso de la híper-racionalista ética kantiana y del fundamentalismo propio de la teología moral de la Iglesia Católica.

En resumen, puede decirse que, racionalmente, Kant atacó al suicidio dando por sentado que la autoestima existe y que es irracional destruir lo que se ama. La autodestrucción del sujeto es la aniquilación de la fuente misma de toda moralidad y, por tanto, un acto inmoral <sup>7</sup>. Obviamente, este argumento es débil y reduccionista, y en él se encuentra ausente todo factor psicosocial.

Ello así, López Azpitarte ha dicho que ante la ineficiencia de diversos discursos éticos para probar que el hombre no puede disponer de su propia vida, son muchos los que creen que la única argumentación válida tiene que apoyarse en la fe religiosa (lo cual resulta científicamente inadmisibles). Al respecto, considerando el suicidio como pecado mortal, el actual Catecismo de la Iglesia Católica <sup>8</sup> establece lo siguiente: “Cada cual es responsable de su vida delante de Dios que se la ha dado. Él sigue siendo su soberano Dueño. Nosotros estamos obligados a recibirla con gratitud y a conservarla para su honor y para la salvación de nuestras almas. Somos administradores y no propietarios de la vida que Dios nos ha confiado. No disponemos de ella” (nº 2280). Por lo tanto, según su nº 2280, “el suicidio contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida. Es gravemente contrario al justo

Amor de sí mismo. Ofende también al amor del prójimo porque rompe injustamente los lazos de solidaridad con las sociedades familiar, nacional y humana con las cuales estamos obligados. El suicidio es contrario al amor del Dios vivo” (nº 2281), y “si se comete con intención de servir de ejemplo, especialmente a los jóvenes, el suicidio adquiere además la gravedad del escándalo”, reza su nº 2282.

Pero, según su último párrafo: “Trastornos psíquicos graves, la angustia, o el temor grave de la prueba, del sufrimiento o de la tortura, pueden disminuir la responsabilidad del suicida” (es decir que ciertas afecciones psicológico-psiquiátricas y determinados estados psíquicos aminorarían la pecaminosidad mortal del suicidio) y, para más, conforme a su n° 2283: “No se debe desesperar de la salvación eterna de aquellas personas que se han dado muerte. Dios puede haberles facilitado por caminos que Él solo conoce la ocasión de un arrepentimiento salvador. La Iglesia ora por las personas que han atentado contra su vida”. O sea que los “secretos designios de Dios” liberarían al suicida de su pecado mortal. Precepto que nos hace recordar a una de las tantas situaciones que San Alfonso María de Ligorio consideró como una excepción al principio fundamental del respeto a la sacralidad de la vida humana: es ilegítimo el suicidio, a no ser por “inspiración divina” (un concepto agustiniano) o indirectamente (vg., el caso de Sansón, Jueces 17:28-30, siendo éste el ejemplo del suicidio heroico que antes prometimos dar)<sup>9</sup>. Y si bien esto último es teología pura; lo anterior importa a las claras un reconocimiento velado a la gravedad de los cuadros psiquiátricos y estados psicopatológicos que pueden llevar al suicidio.

Pero la cuestión no termina aquí. Es sabido que la negativa de un paciente competente debidamente informado a un tratamiento médico determinado, sino a todo tratamiento, o su disidencia terapéutica con aquél (y elegir otro), aunque ese tratamiento recomendado se considere indispensable para que la enfermedad que padece no evolucione, y aún para preservar su vida, no constituye jurídicamente un “suicidio” en la Argentina.

Dado que, de acuerdo con nuestra jurisprudencia –incluyendo la de la Corte Federal–, nadie puede obligar a un paciente a someterse al tratamiento que los médicos consideren más idóneo o indispensable. Porque todo paciente lúcido cuenta con el derecho personalísimo de disentir o de rechazar cualquier tipo de tratamiento (aun cuando se trate de la abstención o retiro de medios de soporte vital, lléguese o no a un diagnóstico clínico convencional de “muerte cerebral” y trátese o no de un dador cadavérico de órganos, o de un cuadro de estado vegetativo persistente), ejercitando su autonomía personal –de conformidad con el principio bioético de autonomía– mediante una conducta autorreferente –exclusiva del sujeto que la adopta, librada a su criterio y referida sólo a él– de disposición del propio cuerpo, amparada por diversas normas obrantes en nuestra Constitución Nacional y en las Declaraciones, Pactos y Convenciones internacionales que gozan de jerarquía constitucional (su art. 75, inc. 22), que tutelan –y ordenan– el respeto a la dignidad humana, a la

Libertad de pensamiento, de creencias y de conciencia, a la libertad de cultos, a la libertad decisoria y al derecho a la privacidad<sup>10</sup>. Así como también por preceptos específicos que lucen en algunas constituciones provinciales<sup>11</sup> y otros tales contenidos en diversas leyes locales de ejercicio de la Medicina<sup>12</sup> o de derechos del paciente, como la reciente ley 26.529 (sus arts. 2, inc. e., y 10), esta última de aplicación en todo el territorio de la República. Todo ello, sea que dicho paciente declare

su voluntad en tal sentido verbalmente (en cuyo caso es prudente dejar debida constancia en su historia clínica), la manifieste en oportunidad de prestar su consentimiento informado (aquí, como rechazo informado) o lo haya estipulado mediante una directiva médica anticipada <sup>13</sup>.

Sin embargo, más allá de la clínica médica cotidiana, la entrega de la vida en situaciones límite por el bien de otro/s, el propio sacrificio, también merece una consideración ética particular.

Por caso, “no se me tratará de suicida si cubro con mi cuerpo al cuerpo de un amigo al cual dispara el asesino, pero ni la moral más exigente podría obligarme a ello” <sup>14</sup>. Se trata, pues, de un acto supererogatorio que incluso podría justificarse desde un punto de vista evangélico: “no hay amor más grande que dar la vida por los amigos” (Juan, 15:13).

Pero vayamos a un ejemplo real, del cual puede decirse que se trata de un género de suicidio que aprueba la conciencia ética actual. Estando detenido desde el 19/3/44 en el Cuartel General de la Gestapo de París y habiendo sido sometido ininterrumpidamente a torturas durante dos días y medio, el 22 de marzo de 1944, el periodista y político socialista francés Pierre Brossolette, que participó activamente en la Resistencia durante la 2ª Guerra Mundial, sabiendo que no iba a poder soportar la tortura y viéndose así en el trance de traicionar a sus compañeros, aprovechó un momento de descuido de su guardián, con las manos esposadas a su espalda, se levantó de su silla, abrió la ventana de la habitación en la que estaba y se arrojó al vacío; cayó sobre un balcón del cuarto piso para luego caer al suelo.

Falleció hacia las diez de la noche del mismo día en un hospital parisino, sin haber llegado en ningún momento a dar información a los nazis.

¿Y cuál es la contracara de estas muertes justificadas, y aun heroicas? La respuesta es una sola, y es ajena a las motivaciones éticas que pueda tener el suicida: la psicopatología.

Pues el suicidio se inscribe en el cuadro de las afecciones mentales en proporciones variables (en ocasiones, largamente premeditado), y a menudo constituye el síntoma revelador de un cuadro clínico hasta entonces desconocido. Aquí, si el suicidio no se consuma, su frustrado intento va a constituir uno de los elementos del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento de ese individuo.

Un caso real, al cual nos permitimos reputar como un ejemplo por antonomasia, lo fue el poeta italiano Cesare Pavese (1908- 1950), quien durante toda su vida trató de vencer su soledad interior, que veía como una condena y una vocación -todo lo cual resulta a las claras de su diario- <sup>15</sup>, y que, el 27 de agosto de 1950, a los 42 años de edad, sin haber podido vencer jamás su melancolía, y víctima de reiteradas crisis depresivas, se suicidó ingiriendo doce sobres de somníferos.

## **6. El suicidio de pacientes psiquiátricos internados**

La relación jurídica médico/equipo de salud- paciente psiquiátrico y el deber de seguridad:

Al igual que en cualquier otra relación médico/paciente, en el caso de que tratamos, el vínculo creado entre ellos es de índole contractual. Atendiendo al objeto de la prestación, se distingue en doctrina jurídica entre obligaciones de medios (son las que sólo imponen aptitud y diligencia para cumplir las medidas que normalmente conducen a un resultado, pero sin asegurar ni garantizar su logro) y de resultado o de fines (son las que comprometen un resultado determinado). Excepción hecha de algunos casos puntuales (vg., cirugía estética), se admite que las obligaciones de los prestadores de salud son de medios, pues la Medicina no es una ciencia exacta (y dentro de ella, en materia de diagnóstico y tratamiento, la Psiquiatría es una de las especialidades más complejas, dada la diversidad y la heterogeneidad de escuelas y técnicas reconocidas), y el profesional de la salud se compromete a poner al servicio del paciente su conocimiento científico y la diligente asistencia profesional que el estado de aquél requiere.

Es así, entonces, que el psiquiatra ha de poner a disposición del paciente su diligencia, habilidad y conocimientos disponibles en el momento de la prestación, tendientes a la curación y/o mejoría esperada (una terapéutica eficaz). En esto consiste su deber de asistencia, el cual también rige en las situaciones de emergencia (habituales en la práctica psiquiátrica), aun cuando no exista una relación contractual (vg., atención de urgencia en la calle de una persona que presenta un brote psicótico), deber que se mantiene hasta que otro profesional se haga cargo plenamente de dicha situación (de ese paciente).

El objeto primordial de la atención psiquiátrica es, pues, la atención del paciente (deber de asistencia). Pero cuando un paciente es internado, sea voluntariamente (caso en el cual él prestará su consentimiento informado) o en situaciones de urgencia (vg., por criterio médico <sup>16</sup>, a iniciativa de sus parientes -quienes prestarán el consentimiento sustitutorio- <sup>17</sup> o coactivamente, por orden judicial <sup>18</sup>, cuando aquél presenta una alienación mental que lo torna riesgoso, para sí o para otros; básicamente, la auto o heteroagresión), surge también un deber de seguridad (en el ejemplo anterior, evitar esas conductas lesivas), puede decirse, de custodia del paciente. En particular, cuando éste último presenta tendencias suicidas o ha cometido un intento de suicidio.

Y así, ante un suicidio frustrado, al psiquiatra se le presentará la exigencia derivada, además del tratamiento, de evaluar la situación clínica psicológica y, según el riesgo de nuevos intentos de suicidio, tomar las medidas especiales del caso, aun en contra de la voluntad del paciente: su vigilancia constante, incluso su aislamiento o reducción mecánica, de ser el caso. Por supuesto, se debe comunicar a todo el equipo asistencial la existencia de riesgo de suicidio. Todo lo cual debe constar en la historia clínica.

## **7. Responsabilidad civil**

La responsabilidad civil (contractual o extracontractual) implica la obligación de reparar un daño causado a otro/s, mediante el pago de una indemnización. Para que exista responsabilidad civil, es necesario que concurren los cuatro presupuestos de aquella; en su defecto, no habrá obligación de reparar. Estos presupuestos son: 1) la antijuridicidad (toda conducta positiva o negativa contraria a Derecho, que produzca un daño); 2) el daño (arts. 1068, 1081, 1109 y 1113, Cód. Civil); 3) una relación de causalidad adecuada entre el daño y el hecho, y 4) existencia de factores de imputabilidad o atribución legal de responsabilidad. Y así, para que se configure la responsabilidad médica por los hechos cometidos en el ejercicio de su profesión, se exige consecuentemente la concurrencia de los siguientes requisitos: 1) la falta médica (impericia, imprudencia, negligencia -falta de diligencia y previsión-, inobservancia de los deberes y reglamentos a su cargo); 2) el daño ocasionado; 3) la relación de causalidad entre la falta médica y el daño acontecido, y 4) que el médico sea considerado culpable del daño (imputabilidad).

Al respecto, cabe recordar que el art. 625, párr. 1ro., del Cód. Civil, dispone que “el obligado a hacer o prestar algún servicio (aquí, médico), debe ejecutar el hecho en un tiempo propio, y del modo en que fue la intención de las partes que el hecho se ejecutara”, agregando el art. 512 del mismo cuerpo legal que “la culpa del deudor (del médico) en el cumplimiento de la obligación (asistencia, seguridad) consiste en la omisión de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación y que correspondiesen a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar”. Normas que corresponde interpretar armónica-mente a la luz del criterio ponderativo indicado por el art. 902 del Cód. Civil, según el cual “cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos”.

Por consiguiente, la responsabilidad profesional del psiquiatra despunta cuando se ocasiona un daño a la salud del paciente por incumplimiento del vínculo obligacional preexistente o por incumplimiento del deber general de diligencia. En tanto que la responsabilidad civil de las entidades asistenciales (públicas o privadas) también es de naturaleza contractual, con lo que rigen las normas antes citadas, por entenderse que el contrato que vincula al nosocomio con el médico es celebrado a favor de un tercero (el paciente), por aplicación del art. 504 del Cód. Civil, y se señala que pesa sobre la entidad hospitalaria o sanatorial una obligación tácita de seguridad o de garantía de la conducta de sus dependientes (el personal médico y paramédico), cuya omisión, dada por la mala praxis del galeno que en ellas se desempeña, genera su responsabilidad.

Y en el caso de los hospitales públicos, el Estado (nacional o provincial) y las municipalidades, que son personas jurídicas de carácter público (art. 33, inc. 1º, Cód. Civil), su responsabilidad civil

resulta de los arts. 1112 (responsabilidad del funcionario público; vg., el director de un hospital), 43 y 1113, párr. 1ro., del Cód. Civil, este último en cuanto dispone que “la obligación del que ha causado un daño se extiende a los daños que causaren los que están bajo su dependencia, o por las cosas de que se sirve, o que tiene a su cuidado”, supuesto clásico de responsabilidad indirecta o refleja: responsabilidad por el hecho de los dependientes. Porque cuando el Estado está expresamente comprometido en la prestación de un servicio, en el caso hospitalario, responde ante los particulares por los daños que ocasione la falta o falla de tal servicio, la cual implica una condición necesaria que crea nexo causal suficiente para imputarle responsabilidad en la especie.

El resarcimiento (la indemnización por daños y perjuicios) de los causahabientes damnificados del suicida -cuyo reclamo se ubica en el ámbito extracontractual (art. 1109, Cód. Civil)-, en principio, debe ser integral: comprende al daño material (daño emergente y lucro cesante; pérdida de la chance: vg., la oportunidad de que un futuro se hubiera concretado la posibilidad de una ayuda o sostén económico del suicida a sus familiares), al daño moral (aflicciones y sufrimientos provocados por el evento dañoso: art. 1078, Cód. Civil) y, en su caso, al daño psíquico, que es diferente del anterior, pues atiende a la reparación de los efectos traumáticos y otros trastornos de orden psicológico que alteren la personalidad del damnificado y su vida de relación <sup>18</sup>.

## **8. Suicidio de pacientes psiquiátricos**

Si la situación clínica de un paciente ambulatorio es correctamente evaluada y no hay datos evidentes de ideas suicidas, que hiciesen aconsejable tomar medidas de seguridad, el psiquiatra no debe ser considerado como negligente, ni en la práctica ambulatoria ni en las altas del hospital. Lo que sí puede ser considerado negligente es la no consideración del riesgo o la no evaluación del mismo, o bien, el no adoptar medidas si se conocía la ideación suicida o existía realmente el riesgo. Por ello, si el paciente que presenta riesgo serio de suicidio está en tratamiento ambulatorio, lo indicado será su internación con carácter de urgencia. Esta medida, además de importar una indicación médica clara, tiene en muchos casos una finalidad preventiva de responsabilidad profesional, al poner los medios para evitar una posible consumación. De no actuar así, el psiquiatra puede ver cuestionado su criterio y aun derivarse su responsabilidad jurídica si se considera que actuó negligentemente. Pero si el psiquiatra no conocía la existencia de ideas de suicidio y éste no se presentaba como una posibilidad propia del cuadro clínico del paciente en cuestión, si el diagnóstico apropiado indica que no existe riesgo de suicidio, el deber del psiquiatra se limita a la prestación de un servicio terapéutico diligente, y en estos casos, él no es responsable de la conducta del enfermo, y así, no cabe endilgarle responsabilidad alguna si éste se mata durante el curso del tratamiento. Salvo que probase que las tendencias suicidas, logradas o no, pudieran haber sido consumadas o facilitadas por un tratamiento erróneamente aplicado.

Por otra parte, el suicidio de un enfermo bajo control o tratamiento médico no significa necesariamente que haya habido una falta de la cual se pueda derivar responsabilidad médica, ya que, como se dijo, deben concurrir todos los requisitos para que ella exista. Si el paciente se encuentra internado, el nivel de diligencia exigible ha de variar según se trate de un centro médico de la especialidad, donde se impone cumplir eficazmente con las medidas de protección y control, o si el paciente se encuentra internado en un hospital general (en una unidad no psiquiátrica) y se detecta un riesgo de suicidio: en este último caso, se debe disponer su traslado a un centro especializado y, mientras tanto, controlarlo eficazmente.

Pero cuando, estando internado, el paciente en riesgo se suicida, se produce el incumplimiento del deber de seguridad asumido por el profesional y la entidad asistencial, que consiste en la prioridad relevante de proteger al enfermo de sus tendencias suicidas, desarrollando a tal fin una diligencia extrema, aquí ausente. La culpa queda plasmada por el dato de la muerte que el profesional debió prever, y la falta se infiere del daño. El profesional se liberará de responsabilidad dando una contraprueba eficaz. Por caso, si el paciente se encuentra en una fase de recuperación y mejoría, el deber de seguridad va decreciendo en relación con la conveniencia de asistirlo con medidas terapéuticas menos restrictivas, bastando con una vigilancia discreta y una terapéutica adecuada. Y así, si el diagnóstico y el tratamiento eran los indicados, y este último adecuado al estado del paciente, la conducta suicida -entendida como factor imprevisible e inevitable- aparece como la verdadera causa del daño, que el psiquiatra no pudo prever ni aun obrando diligentemente (arts.513/514, Cód. Civil). La prueba de la falta de culpa (o sea la conducta diligente) resulta aquí bastante para eximir al psiquiatra de responsabilidad. Asimismo, las consecuencias son fortuitas cuando el proceder del paciente logra burlar los cuidados adecuados o sortear la vigilancia idónea, o cuando supera las medidas extremas que le evitarían conductas suicidas; es decir, una vez acreditados los requisitos del caso fortuito: imprevisible, inevitable, insuperable.

Se admite también que, en algunos casos, el obrar del suicida puede operar como factor concurrente (concausa) del resultado dañoso, por lo cual el médico y/o el establecimiento asistencial no deben ser responsabilizados totalmente por la muerte del paciente, sino en cierto porcentaje, que queda al prudente arbitrio judicial.



## 9. Jurisprudencia

Nuestra jurisprudencia es conteste con todo lo antes apuntado. Limitándonos a ejemplificar con las acciones judiciales por daños y perjuicios que prosperaron, es de ver que en un caso se condenó a los demandados por considerarlos responsables de los daños derivados del suicidio de una paciente que, habiendo sido internada por un intento similar anterior (presentaba como antecedente un proceso depresivo), se la alojó en una sala de clínica médica en un piso alto (de donde se tiró por la ventana), no recibió la necesaria atención psiquiátrica (incumplimiento del deber de asistencia), no se tomaron los recaudos pertinentes para evitarlo (incumplimiento del deber de seguridad) y no se dispuso su traslado a un establecimiento especializado <sup>19</sup>. Y en otro caso, se decidió que el suicidio de un paciente internado (afectado por depresión anímica) importa un daño material (falta de sus ingresos al grupo familiar) y un daño moral para sus herederos, por la muerte del ser querido. Señalándose además que “la conducta de un suicida frustrado debe ser vigilada en grado sumo, pues existe una posibilidad cierta y frecuente de que reitere su intento” <sup>20</sup>. Siendo además que, como consecuencia de la falta de capacidad y de libertad de elección propia de un paciente psiquiátrico con riesgo de suicidio diagnosticado, se dijo que “carece de toda lógica jurídica hablar de la culpa de la víctima o de la culpa del paciente, puesto que (...) este era inimputable”.

Destacándose además que, “más allá de las cuestiones doctrinarias de obligaciones de medios o de resultados”, se entendió que en este caso “dicha distinción carece de trascendencia, puesto que lo que se le imputa a la clínica (...), es no haber puesto los medios necesarios para la atención del paciente, de modo que si alguien se inclina por la teoría del resultado la responsabilidad objetiva surge nítida, y si por el contrario se pensara que se está ante una obligación de medios, también resulta dicha responsabilidad, por cuanto los medios empleados no fueron los correctos y eran insuficientes” <sup>21</sup>. Y aun así, de entenderse que se estaría ante una obligación de medios, corresponde caracterizarla como una obligación de medios reforzada o una obligación de medios agravada, por la importancia mayúscula de los deberes a cargo de los prestatarios de salud en los casos de que tratamos.

## 10. Análisis de antecedentes de consultas sobre intento de suicidio en bibliografía actual mundial

En la ciudad de Resistencia, Chaco, se realizó un estudio sobre intentos de suicidio en el Hospital Perrando, donde concluyeron que, en relación al sexo, el grupo constituido por las mujeres representaron el 80,6%, mostrando una importante diferencia con el grupo de los hombres, 19,4%. La Intoxicación por Psicofármacos con el 50% y fue los Métodos más utilizados. <sup>22</sup>

Realizando una consulta bibliográfica detallada en las principales bases de datos se pudo encontrar

los siguientes estudios:

En México, los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), revelan que durante el año 2006 se registraron en México 4277 intentos de suicidio con paso al acto, de los cuales el 83.3% fueron realizados por hombres y 16.7% por mujeres.<sup>23</sup>

Según Stengel existen los llamados factores de riesgo que pueden predecir en cierta medida la posibilidad suicida, entre ellos el sexo masculino.<sup>24</sup>

Un análisis de los resultados de varios estudios en diferentes poblaciones de México sobre el intento y la ideación suicida, la prevalencia de ideación suicida más alta fue de 40.7%.<sup>25</sup>

Se tomaron los datos de los pacientes atendidos en Cuerpo de Guardia de Psiquiatría en el período de enero de 1999 a noviembre de 2001 para valorar los factores predisponentes y precipitantes de la conducta suicida. Se atendieron 365 pacientes con intento de suicidio. La tendencia a la ideación suicida prevaleció en mujeres. El mayor porcentaje de intentos de suicidio estuvo dado por la ingestión de medicamentos, particularmente psicofármacos.<sup>26</sup>

Otro estudio fue realizado en la ciudad de la Habana, en donde más de la mitad de los pacientes (51 %) utilizaron como método suicida la ingestión de psicofármacos y el 10,4 % la sección de vasos superficiales, ahorcamiento incompleto 6,8% y precipitación de altura 3,6%.<sup>27</sup>

Rodrigo Valdes también encuentra que, en cuanto al sexo, los resultados coinciden con el hecho de que los intentos suicidas son más frecuentes en el sexo femenino, con una proporción 3/1 en relación con los hombres<sup>28</sup> a diferencia del suicidio consumado, más frecuente en el sexo masculino.<sup>29</sup>

Se realizó un registro de los expedientes de todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General O'Horán por intento de suicido de 1998 al 2003, y se obtuvo un total de consultas atendidas de 1998 a 2003 de 713, de las cuales el 47.4 % (n = 338) corresponden al sexo masculino y 52.6% (n = 375) al sexo femenino.<sup>30</sup>

El paso al acto es mucho más común en los varones que en las mujeres, aunque estas, en cambio, consultan por ideación suicida con mucha más frecuencia.<sup>31</sup>

En el municipio pinareño de San Luis, de la ciudad de La Habana, se obtuvo que la ideación suicida fue más frecuente en mujeres y que emplearon fundamentalmente psicofármacos. El paso al acto fue más frecuente en hombres mayores de edad en su mayoría mediante ahorcamiento.<sup>32 33 34</sup>

Otro estudio que pretendía determinar los factores de riesgo y protección para intento suicida en una población de pacientes con suicidabilidad que acude a consulta especializada en una clínica privada de Bucaramanga, Colombia, en quienes el motivo de consulta fue un intento suicida; dando que el 4,9% ha hecho intentos suicidas. En el grupo de los casos, la mayoría (42,2%) intentó intoxicarse con psicofármacos; 21,7% se autoagredió con arma cortopunzante; 5%, con arma de fuego; 2,5% se lanzó al vacío e igual cifra intentó ahorcarse<sup>35</sup>

La población estuvo constituida por 205 pacientes cuyo motivo de consulta fue el intento de suicidio, notificados en libro de guardia de dicho sanatorio, como así en las historias clínicas de los pacientes ingresados.

Se evaluaron variables sobre sexo, intención de internarse, ideación de muerte o paso al acto, y de ser así, el modo como intentó el suicidio; para identificar los factores de riesgo.

Como resultado la ideación suicida fue más frecuente en mujeres, el paso al acto fue en su mayoría hombres y el método que más prevaleció fue la ingesta de psicofármacos.

# Objetivos

## **General:**

Estudiar la prevalencia de internación en pacientes con ideación suicida que asisten a la guardia del Sanatorio La Merced y determinar sus principales factores de incidencia.

## **Específicos:**

- Determinar si es mayor la prevalencia en el sexo femenino o masculino.
- Determinar si la estación del año influye en su pensamiento suicida.
- Determinar qué método de suicidio es más frecuente.

# Metodología

## Ámbito y duración del estudio

El presente estudio se realizó en el Sanatorio Psiquiátrico La Merced (RIAM S.A.), en la ciudad de Santa Fe, a lo largo de todo el año 2011.

## Diseño metodológico

Se aplicó un diseño no experimental, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal.

## Identificación de la población

La población quedó conformada por 100 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, que concurren a la guardia del Sanatorio La Merced y que cumplían con los criterios de inclusión.

## Criterios de inclusión

Pacientes de ambos sexos, con edad mayor o igual a los 18 años, que consultaron por ideación suicida en la guardia del Sanatorio La Merced.

## Criterios de exclusión

Pacientes que consultan a la guardia sin manifestar ideación suicida. Pacientes menores de 18 años.

## Identificación y operacionalización de variables

**Sexo:** según género, variedades femenina y masculina Intencionalidad y posibilidad de internación

**Paso al acto:** El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción.

**Estación del año:** son los periodos del año en los que las condiciones climáticas imperantes se mantienen, en una determinada región, dentro de un cierto rango. Estos periodos duran aproximadamente tres meses y se denominan primavera , verano , otoño e invierno **Instrumento o modo del intento del suicidio**

## Instrumento de recolección de datos

Historia Clínica y Libro de Guardia del Sanatorio La Merced de la ciudad de Santa Fe.

## Operación de campo

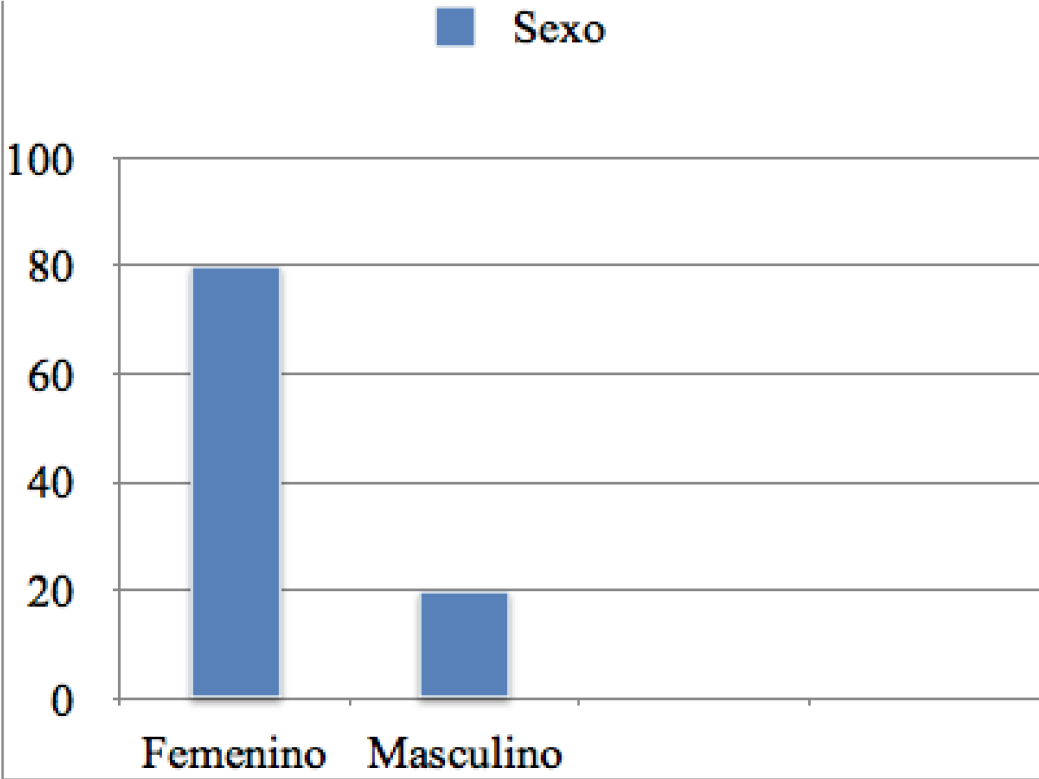
Los pacientes de ambos sexos mayores de edad que asistieron a la guardia del Sanatorio Psiquiátrico La Merced (RIAM S.A.) consultando por ideación suicida, después de evaluar los criterios de exclusión e inclusión.

## Métodos estadísticos aplicados

Se utilizaron los programas MS Excel y Statistical Package for the Social Science (SPSS) 11.5®. Se realizó un análisis descriptivo y para determinar la asociación estadística, se utilizó la prueba de Chi cuadrado y tablas de contingencia. Se consideró una asociación estadísticamente significativa cuando se halló  $p < 0,05$ .

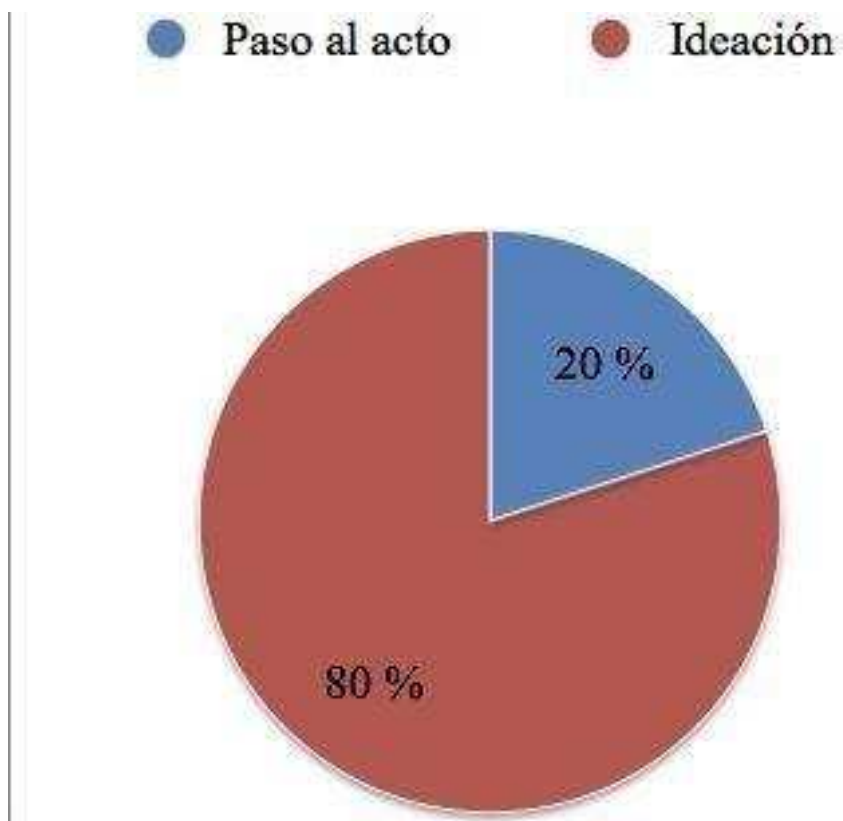
# Resultados

Consultas por ideación suicida según sexo



La población quedó constituida por 100 pacientes, de los cuales 80 fueron de sexo femenino y 20 de sexo masculino.

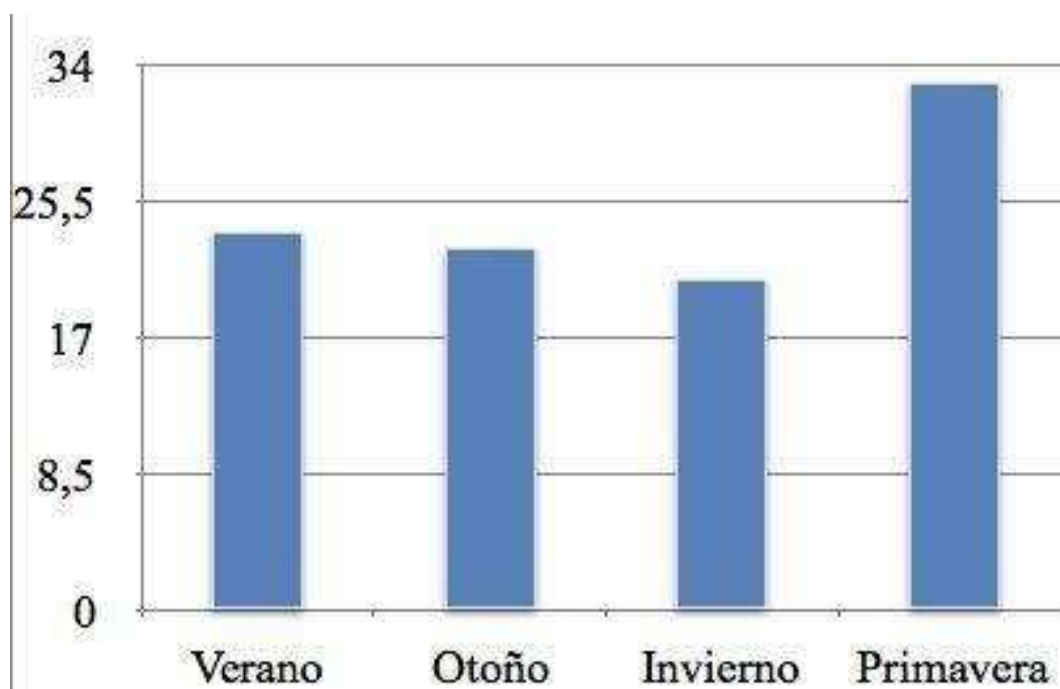
### Consultas según ideación suicida y paso al acto



Los resultados demostraron una que 100 pacientes habían consultado por ideación suicida sin paso al acto, en cambio 20 pacientes consultaron luego de haber pasado al acto.



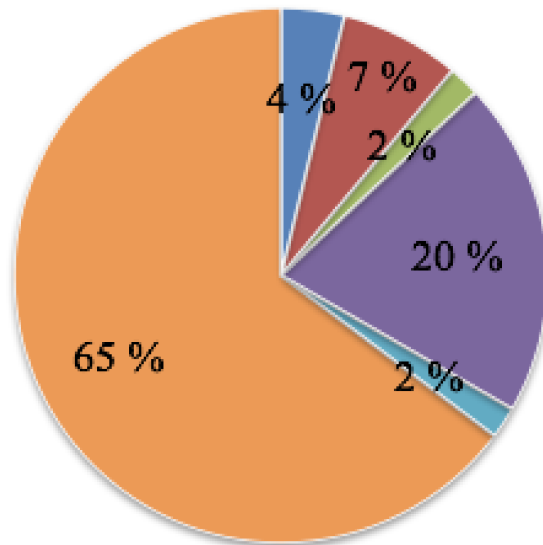
### Consultas por ideación suicida según estación del año



La primavera fue la estación del año que se destacó con 68 pacientes que consultaron en esa época.

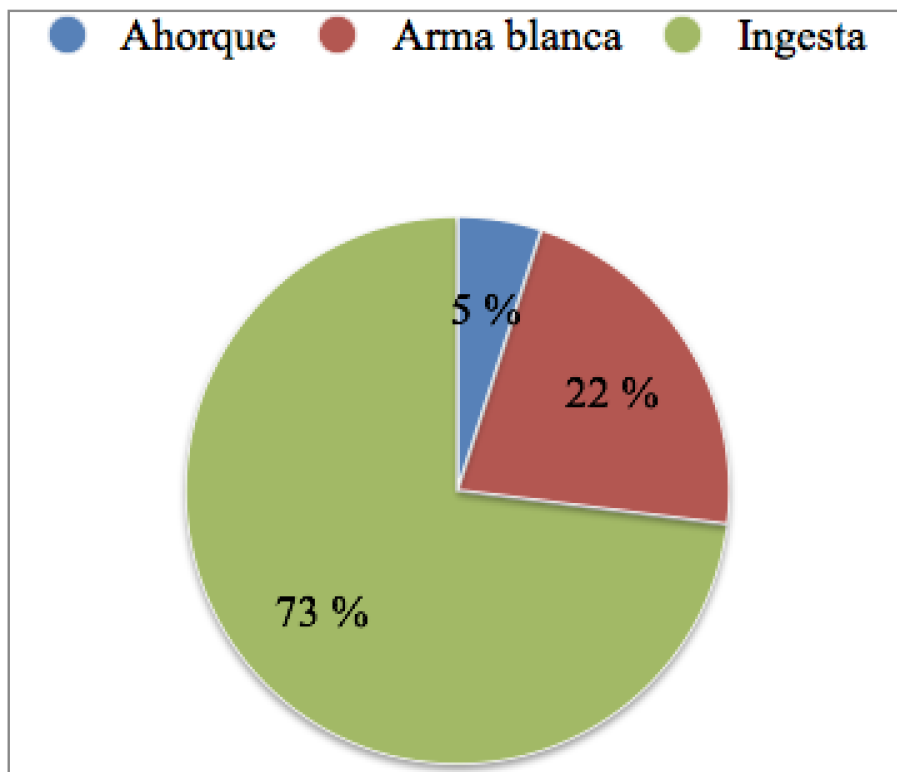
**Modos de paso al acto General:**

- Salto de altura
- Arma de fuego
- Incineración
- Ahorque
- Arma blanca
- Ingesta



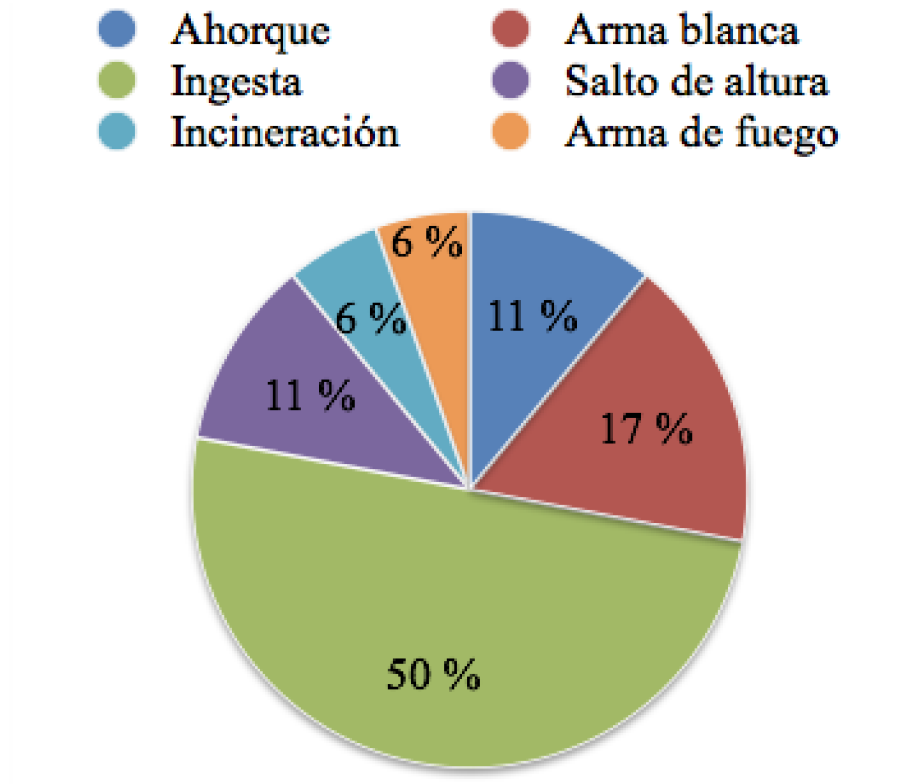
De 100 pacientes, 65% fue por ingesta, 20% por arma blanca, 7% por ahorque, 4% por salto de altura, 2%, por arma de fuego y 2% por incineración.

**Mujeres:**



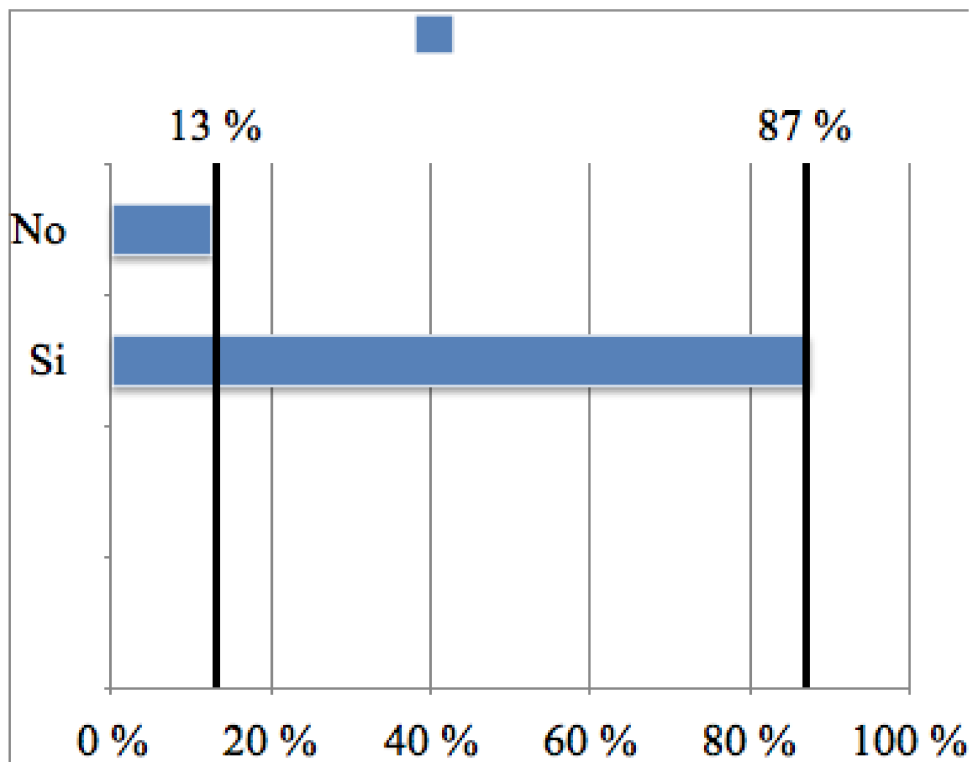
El 73% del sexo femenino realiza el intento de suicidio por ingesta, el 22% por arma blanca y el 5% por ahorque.

**Hombres:**



El 50% del sexo masculino realiza el intento de suicidio por ingesta, el 17% por arma blanca, el 11% por ahorque, el 11% por salto de altura, el 6% por incineración, y el 6% restante por arma de fuego.

**Consulta por intento de suicidio con negación a internarse por parte del paciente y sus acompañantes**



Del 100% de las consultas, el 87% accede a la internación y el 13% se niega a internarse.

# Conclusión

En conclusión, del análisis de resultados del estudio se deduce que las consultas por intento de suicidio en el Sanatorio La Merced de la ciudad de Santa Fe tiene una prevalencia similar a la de otros países. Entre los factores de riesgo estudiados se obtuvo una prevalencia mayor en cuanto a la intención de suicidio en el sexo femenino, mientras que en el género masculino se encontró mayor porcentaje de paso al acto; también se comprobó que el método más empleado es la ingesta de psicofármacos. Se evidenció que la estación del año más afectada fue la primavera, pudiendo influir factores climáticos en este resultado.

Analizando estos resultados, anteriormente descritos, concluimos que existe coincidencia con índices de otros países y literaturas publicadas actuales.

# Bibliografía

1. 20. CNC, sala E, 27/12/84, Rev. "La Ley", tº 1986- A, ps. 4345 y ss.
2. A. Barrera, E. Jaar, A. Gómez, L. Suárez, M. Martín, F. Lolas Intento suicida y desesperanza. Rev Méd Chile, 119 (1991), pp. 1381-1386
3. A. Gómez, A. Barrera, E. Jaar, F. Lolas, C. Núñez Apoyo social en el intento suicida. Psicopatología, 16 (1995), pp. 54-58
4. A. Gómez, C. Núñez, F. Lolas Ideación suicida e intentos de suicidio en estudiantes de Medicina. Rev Fac Med Barna, 19 (1992), pp. 265-272
5. A. Gómez, G. Orellana, E. Jaar, C. Núñez, O. Montino, F. Lolas La desesperanza como rasgo predictor del intento de suicidio. Psicopatología, 18 (1998), pp. 113-116
6. A. Gómez, G. Orellana, E. Jaar, F. Lolas, F. Cumsille, C. Núñez, et al. Predicción de reintentos suicidas. Rev Chil Neuro-Psiquiat, 34 (10) (1998), p. R36
7. A. Marusic, R.D. Goodwin Elderly suicide. A 10-year retrospective study. American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 22 (2) (2001), pp. 169-172
8. A.C. Leon, R.A. Friedman, J.A. Sweeney, et al. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. Psychiatry Research, 31 (1990), pp. 99-108
9. A.T. Beck, G. Brown, R.J. Berchick, B.L. Stewart, R.A. Steer Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry, 147 (1990), pp. 190-195
10. A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman Assessment of suicidal intention: the escale for suicidal ideation. J Consult Clin Psychology, 47 (1979), pp. 343-352
11. A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman Hopelessness and suicidal behavior. JAMA, 234 (1976), pp. 1146-1149
12. A.T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman Hopelessness and suicidal behavior. JAMA, 234 (1976), pp. 1146-1149
13. Acosta Nodal C. Glosario cubano de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas. Rev Hosp Psiq La Habana, 1983:220-3.
14. Amaro González G. El intento suicida: formas clínicas presentes en 100 pacientes. Rev Hosp Psiq La Habana 1981; 22(3):412-3.
15. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicide Behaviors, American Psychiatric Publishing, Arlington VA (2003), p. 31
16. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004;4(37):1-11.
17. Artaes Nápoles L, Hernández Sori G, Alvares Concepción D, Cañizares García T. Conducta

- Suicida. Factores de riesgos asociados. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14 (2):122-6
18. Arts. 5 a 7, ley 26.529. Según su art. 9, inc. b).Vg., el art. 3 de la ley santafesina 10.772 (de Salud Mental, reglamentada por el Decreto 2155/2007).
  19. B. Runeson, D. Tidelmalm, M. Dahlin, P. Lichtenstein, N. Langström Method of attempted suicide as predictor of successful suicide: natural long-term cohort study. *BMJ*, 340 (2010)
  20. B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *An Med Interna*. 2004;21(2):62-8.
  21. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002;7(2):6-8.
  22. Brent DA. Assessment and treatment of the youthful suicide patient. En H. Hendin y J Mann Eds.), *The clinical science of suicide prevention* (pp. 106-131). New York: New York Academy of Sciences.
  23. C.J. Bryan, M.D. Rudd Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol*, 62 (2006), pp. 185-200
  24. CNC, sala C, 14/12/04, Rev. "Responsabilidad Civil y Seguros", tº 2005, p. 813.
  25. Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares
  26. Calzadilla Fierro L. Valoración del riesgo suicida en el paciente deprimido. *Rev Hosp Psiqu La Habana* 1983; 24(2):292-3.
  27. Castro-Rueda V, Rangel Martínez-Villalba M, Camacho P y Rueda-Jaimes G "Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad" *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 4 / 2010
  28. Chishti P, Stone DH, Corcovan P, Williamson E, Petridou E. Suicide mortality in the European Union. *Eur j Public Health*. 2003;13:108-14.
  29. Coronado-Santos S, Díaz-Cervera I, Vargas-Ancona L, et al "Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Agustín O'Horán, de enero de 1998 a diciembre de 2003" Vol. 15/No. 4/Octubre-Diciembre, 2004
  30. Coronado-Santos S, Díaz-Cervera I, Vargas-Ancona L, et al "Prevalencia del intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General Dr. Agustín O'Horán, de enero de 1998 a diciembre de 2003" Vol. 15/No. 4/Octubre-Diciembre, 2004
  31. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil (de aquí en más: CNC), Sala D, 25/04/89, Rev. "Jurisprudencia Argentina", tº 1994-IV, ps. 268 y ss.
  32. D.A. Brent, N. Melhem Familial transmisión of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am.*, 31 (2008), pp. 157-177
  33. D.L. Zahl, K. Hawton Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *Br J Psychiatry*, 185 (2004), pp. 70-75
  34. D.W. Pierce The predictive validation of a suicide intent scale: a five-year follow-up. *Br J Psychiatry*, 139 (1981), pp. 391-439



35. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud. Edición 2002
36. E. Jaar, A. Barrera, A. Gómez, F. Lolas, C. Núñez Repetidores de intentos de suicidio. *Folia Neuro psiquiátrica*, 29 (1994), pp. 55-65
37. E. Jaar, A. Barrera, A. Gómez, F. Lolas, C. Núñez Repetidores de intentos de suicidio. *Folia Neuropsiquiátrica*, 29 (1994), pp. 55-65
38. E. Rubenowitz, M. Waern, K. Wilhemson, P. Allebeck Life events and psychosocial factors in elderly suicides- a case-control study. *Psychol Med*, 31 (2001), pp. 1193-1202
39. E.C. Harris, B. Barraclough Suicide as an outcome for mental disorders: a metanalysis. *Br J Psychiatry*, 170 (1997), pp. 205-228
40. E.M. Forman, M.S. Berk, G.R. Henriquez, G.K. Brown, A.T. Beck History of multiple suicide attempts is a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry*, 161 (2004), pp. 437
41. F. Haste, J. Charlton, R. Jenkins Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract.*, 48 (1998), pp. 1759-1763
42. F. Lolas, A. Gomez, L. Suarez EPQ-R and suicidal attempt: the relevance of psychoticism. *Person indiv Diff*, 12 (1991), pp. 899-902
43. Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008;20:328-31.
44. G. Arsenault-Lapierre, D. Kim, G. Turecki Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4 (37) (2004)
45. G. Borges, J. Angst, M.K. Nock, A.M. Ruscio, E.E. Walters, R.C. Kessler A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med*, 36 (2006), pp. 1747-1757
46. G.R. Cox, J. Robinson, M. Williamson, A. Lockey, X.T. Cheung, J. Pirkis Suicide clusters in young people. *Crisis*, 33 (2012), pp. 208-214
47. Gafo, Javier (Editor); "Dilemas éticos de la medicina actual-2. Fundamentación de la bioética y manipulación genética", UPCM, Madrid, 1988, ps. 126/7.
48. García-Resa E, Barqueáis D, Blasco H, Ramírez A, Jiménez L, Díaz-Sastre, et al. Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *ACEPSI Actas Esp Psiquiat* 2002;30(2):112-9
49. H. Hendin, J.T. Maltzberger, K. Szanto The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *J Nerv Ment Dis*, 195 (2007), pp. 363-368
50. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51.
51. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
52. Informe Nacional sobre Violencia y Salud 2006, Secretaría de Salud, Gobierno de México
53. Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte 2010. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2012 [actualizado 12 mar 2012; citado Disponible en:

- <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2010/10/&file=06001.px&type=pcaxis&L=0>
54. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2010. Datos provisionales Notas de prensa [Internet]. Madrid: INE; 2012 [actualizado 2012; citado 05 jun 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np703.pdf>
  55. Instituto Nacional de Estadística. Salud. Defunciones según la causa de muerte Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2011 [citado 24 jun 2011]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>
  56. J. C., “Diccionario Latinoamericano...”, cit., ps. 425/7.
  57. J. Cooper, N. Kapur, R. Webb, M. Lawlor, E. Guthrie, K. Mackway-Jones, et al. Suicide alter deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* (2005), pp. 162-297
  58. J. Powell, J. Geddes, J. Deeks, M. Goldacre, K. Hawton. Suicide in psychiatric hospital in-patients: risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry*, 176 (2000), pp. 266-27
  59. J.J. Mann, V.A. Arango, S. Avenevoli, D.A. Brent, F.A. Champagne, P. Clayton, et al. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry*, 12 (2009), pp. 327-335
  60. Juanatey Dorado, Carmen, “Notas históricas sobre el suicidio y la eutanasia”, [www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo2.pdf](http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero1/Articulos/articulo2.pdf).
  61. K. Suominen, E. Isometsa, J. Lönquist. Level of suicidal intent predicts overall mortality alter attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 4 (11) (2004)
  62. Kann L, Kinchen SA, Williams BL, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *J Sch Health*. 2000;70:271-85.
  63. Kottow, Miguel H., “Introducción a la bioética”, Universitaria, Chile, 1995, p. 158.
  64. Leep, Ignace, "La nueva moral. Psicossíntesis de la vida moral", Carlos Lohlé, Bs. As., 1972, ps. 115/6.
  65. Ley 26.529, art. 11. “Directivas Médicas Anticipadas: La disidencia, admisión y rechazo de tratamientos médicos y el derecho a morir dignamente”, en “Revista Notarial”, N° 951, Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires, 2005, ps. 437 y ss.; y “Directivas Avanzadas”, en Tealdi,
  66. Liliana Mondragón “La medición de la conducta suicida en México” *Salud Mental*, Vol. 24, No. 6, diciembre 2001
  67. López-Ibor JJ, Alonso J, Haro JM. Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD): aportaciones para la salud mental en España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(suppl. 2):1-3.
  68. M. Sarchiapone, I. Jaussent, A. Roy, V. Carli, S. Guillaume, F. Jollant, et al. Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior-via aggression traits. Similar results in a Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry*, 24 (2009), pp. 57-62
  69. M.K. Nock, I. Hwang, N.A. Sampson, R.C. Kessler. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15 (2010), pp. 868-876

70. Marianetti, José E., “El daño psíquico”, Ediciones Jurídicas Cuyo, Mendoza, 1997.
71. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente, según grupo de edad y sexo, Chile 1990-2008. Disponible en <http://deis.minsal.cl/Página.Htm>
72. Mladovsky P, Allin S, Masseria C, Hernández-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 [citado 8 feb 2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E93348.pdf>
73. Montesino Valdés, L “Comportamiento de la conducta suicida en el municipio pinareño de San Luis” Rev Cubana Enfermer v.20 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2004
74. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133-54.
75. Oquendo M, Currier D, Posner K. Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc).* 2009;2(2):63-5.
76. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: [www.who.int/entity/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf)
77. P.M. Kleespies, E.L. Dettner An evidence-based approach to evaluating and managing suicidal emergencies. *J Clin Psychology*, 56 (2000), pp. 1109-1130
78. Pavese, Cesare: “El oficio de vivir”, Seix Barral, Barcelona, 2008. 10/4/36, 24/4/36, 17/8/50 y 18/8/50.
79. Perrando J, Cabrera R, Santa Cruz A, Sendra E”Estudio Exploratorio Descriptivo sobre Intentos de Suicidio Relevados por el Servicio de Salud Mental del Hospital “Servicio de Salud Mental - Hospital “J. C. Perrando” - Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental. Resistencia - Chaco - Argentina. <http://www1.unne.edu.ar/cyt/medicina/m-018.pdf>
80. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Intergr* 1999;15(2);196-217
81. R. Litman Suicides: What do they have in mind? D. Jacobs, H. Brown (Eds.), *Suicide: Understanding and responding*, International Universities Press, Maison Ct (1990), pp. 143-156
82. R.L. Simon Behavioral risk assessment of the guarded suicidal patient. *Suicide Life Threat Behav*, 38 (2008), pp. 517-522
83. Rensoli L. Historia de la filosofía. *Rev Hosp Psiq La Habana* 1988; 29(2):175.
84. Rodrigo Valdes R, Pedraza M, et al “Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida” *Rev Cub Med Mil* vol.33 no.1 Ciudad de la Habana Jan.-Mar. 2004
85. Rodrigo Valdes R, Pedraza M, et al “Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida” *Rev Cub Med Mil* vol.33 no.1 Ciudad de la Habana Jan.-Mar. 2004

86. Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit.* 2006;20(1):25-31.
87. S. Zisook, A. Goff, P. Sledge. Reported suicidal behavior and current suicidal ideation in a psychiatric outpatient clinic. *Ann Clin Psychiatry*, 6 (1994), pp. 27-31
88. Sarro B. Cruz C de la. Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca, 1991: 30-4.
89. Sullivan GR, Bongar B. Assessing suicide risk in the adult patient. En: Kleespies PM, ed. *Behavioral Emergencies An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization.* Washington (DC): American Psychological Association; 2009.
90. T. Bronisch, H.U. Wittchen. Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety, and substance abuse disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 244 (1994), pp. 93-94
91. T. Foster. Adverse life events proximal to adult suicides: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Archives of Suicide Research*, 15 (2011), pp. 1-15
92. T.E. Joiner, R.A. Steer, G. Brown, A.T. Beck. Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past attempts and eventual death by suicide. *Behav Res Ther*, 41 (2003), pp. 1469-1480
93. Vega Piñeiro M, Blasco Fontecilla H, Baca García E, Díaz Sastre C. El suicidio. *Salud Global Salud Mental.* 2002;4:2-15.
94. Vg. Constitución de la Provincia de Santa Fe, art. 19
95. Vg., el art. 19 de la ley 17.132 (que, según su art. 1, es una ley local, de aplicación territorial exclusiva en la Capital Federal) indica, en lo que aquí interesa, que los profesionales que ejerzan la medicina están obligados a “respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o
96. Vg., el art. 19 de la ley 17.132, inc. 3º e inc. 5º.
97. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 [citado 18 ene 2010]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_chap7\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf)
98. <http://slideplayer.es/slide/137875/>
99. internarse salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos” (inc. 3º), y a “promover la internación en establecimientos públicos o privados de las personas que por su estado síquico o por los trastornos de su conducta, signifiquen peligro para sí mismas o para terceros” (inc. 5º).
100. [www.vatican.va/archive/ESL0022/\\_INDEX.HTM](http://www.vatican.va/archive/ESL0022/_INDEX.HTM)
101. “Bioética: Proyecciones y aplicaciones jurídicas”, *Rev. “El Derecho”*, tº, 158, ps. 932 y ss.; “Notas acerca de los procedimientos de toma de decisiones éticas en la clínica médica y el derecho argentino”, en “Cuadernos de Bioética”, Nº 4, Ad-Hoc, Bs. As., 1999, ps. 27/89

# Anexos

Agradecimientos:

- Al Dr. Rafael Del Pazo por su aporte teórico.
- A Victoria Martin De Paoli por su aporte tecnológico.
- A la Clínica de La Merced por los datos estadísticos.
- A mi familia y amigos por su paciencia.