

# Conducta suicida en el hospital general

Patricia Tapia I., Paul Vohringer C., Claudia Ornstein L.

*Clínica Psiquiátrica, HCUCCh.*

**SUMMARY** *The authors analyze the current characteristics of suicidal behaviour. They also propose, through the article, an Intervention Protocol that could be used at the emergency Service of the Clinical Hospital of U. de Chile.*

## INTRODUCCIÓN

El intento de suicidio y el suicidio consumado son un importante problema de salud pública. En todo el mundo se ha observado un aumento de las muertes por suicidio y la conducta suicida es un motivo frecuente de consulta, no solo en los servicios psiquiátricos, sino también en las unidades de emergencia de los hospitales generales.

El intento de suicidio es más frecuente en las mujeres, en especial jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y que en general utilizan métodos poco letales. El suicidio consumado, en cambio, es más frecuente en los hombres, quienes utilizan métodos más violentos y de mayor letalidad. Un hecho que ha significado una preocupación especial es el aumento de los casos de suicidio e intentos de suicidio en los jóvenes, especialmente hombres.

Dos tercios de los suicidas han tenido intentos previos y cerca de un 90% presentan algún trastorno mental, esto puede ser un área importante de considerar en los planes de prevención del suicidio<sup>(1)</sup>.

En Chile, el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en hombres en la población general y es entre la primera y segunda causa de muerte en hombres entre 20 y 44 años<sup>(2)</sup>.

Los datos sobre muertes por suicidio provienen de los certificados de defunción y se sabe que están subestimadas, ya que muchas muertes clasificadas como accidentales pueden corresponder a suicidios. En el caso de los intentos de suicidio es aún más difícil contar con cifras reales, ya que no existen registros centralizados y confiables de la prevalencia de conducta suicida.

El incremento de la mortalidad por suicidio en los países desarrollados hace necesario implementar diversas medidas que permitan: identificar a los pacientes con alto riesgo suicida, mejorar los registros tanto de suicidio como de intentos de suicidio, capacitar a los profesionales y al personal que enfrenta a estos pacientes, crear comisiones multidisciplinarias que mantengan una revisión actualizada del tema y propongan e implementen estrategias de prevención.

## DEFINICIÓN

La conducta suicida incluye una serie de manifestaciones cuyo fin es la autoprovocación de daño con o sin resultado de muerte. La conducta suicida debe considerarse siempre como un intento inadecuado de resolver un problema real del paciente, y por lo tanto, siempre es grave.

Es un continuo que va desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, incluyendo pensamientos y representaciones suicidas, gestos suicidas, intentos suicidas, suicidio frustrado y suicidio consumado.

Se llama gesto suicida cuando los planes y acciones tienen pocas posibilidades de llevar a la muerte. Se llama intento suicida cuando las acciones suicidas, aún cuando tienen intención de muerte, no logran su objetivo. Se llama suicidio frustrado cuando el paciente es salvado o un imponderable evita la muerte que de otro modo hubiera ocurrido.

## EPIDEMIOLOGÍA

Las tasas de suicidio han tenido variaciones en el mundo. Actualmente las tasas más altas se registran en Europa oriental (Lituania 90/100.000, Belarús 41,5/100.000 y Rusia 43,1/100.000). Hay tasas bajas en Colombia 4,5/100.000, Paraguay 4,2/100.000, Filipinas 2,1/100.000 y Tailandia 5,6/100.000<sup>(3)</sup>.

En Chile la tasa de suicidio ha ido en aumento, actualmente es de 10,8/100.000 habitantes (9,6/100.000 en el año 2000 y 5,7/100.000 en el año 1990)<sup>(2)</sup>.

Los principales factores de riesgo epidemiológico son:

**Edad:** en todo el mundo las tasas de suicidio aumentan con la edad. Las tasas en personas de 75 o más años son el triple de las tasas de los jóvenes.

Aunque también se ha observado una tasa elevada en jóvenes de 15-24 años; el 70% de las personas que se suicidan tiene más de 45 años.

**Sexo:** las tasas de suicidio en hombres son superiores que en mujeres. La razón es muy variable desde 1:1 en China, 6,2:1 en Lituania hasta 10,4:1 en Puerto Rico. La razón entre hombres y mujeres en Chile es de 8,1:1. (18,4 por 100.000 habitantes en hombres de todas las edades y de 3,2 en mujeres). En el grupo de edad entre 20 y 44 años los hombres tienen una tasa de suicidio muy elevada de 24,3 por 100.000 habitantes.

En promedio en el mundo la razón es de 3-4 hombres por una mujer.

Las mujeres tienen en cambio mayor proporción de intentos suicidas, con una proporción de 3:1 a favor de las mujeres.

**Etnia:** la prevalencia en caucásicos es el doble que en otras razas. Las únicas excepciones se dan en las ex repúblicas soviéticas. En EEUU dos de cada tres suicidas son hombres, blancos.

**Aspectos socioculturales:** el suicidio es mayor en zonas urbanas que rurales. Los factores culturales se relacionan con las diferentes características de presentación en el mundo. Las creencias religiosas que condenan el suicidio o pertenecer a un grupo religioso que signifique una red de apoyo fuerte son factores protectores de la conducta suicida. También los factores socioculturales influyen en el método utilizado, por ejemplo, en lugares donde la tenencia de armas es legal, éste es un método muy usado.

Las medidas legales para controlar la venta de medicamentos pueden modificar los métodos usados. En Inglaterra luego de que se legisló en la venta de paracetamol, que era habitualmente usado con intenciones suicidas, se empezaron a

utilizar sobredosis de antidepresivos, en especial los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

**Suicidio juvenil:** la tasa más alta de suicidio se presenta en varones entre 20 y 24 años: 24,3/100.000. El método más usado es por ahorcamiento, seguido de armas de fuego.

Las mujeres tienen una tasa de suicidio tres veces menor, siendo el método más frecuentemente usado el ahorcamiento seguido de sobredosis de fármacos.

La tasa de suicidio aumentó en todos los grupos de edad entre 10 y 29 años, entre los años 1983 y 2003<sup>(2)</sup>. La Dra. María Inés Romero en Chile ha propuesto una serie de señales que pueden anteceder a la conducta suicida en jóvenes: cambio de comportamiento, pérdida del interés en actividades habituales, manifestación de emociones previamente contenidas, exposición innecesaria a situaciones de riesgo, comportamientos autodestructivos (conducción temeraria, consumo de drogas, promiscuidad sexual), preocupación y verbalización sobre la muerte o amenazas suicidas, regala sus objetos favoritos (heredan sus cosas). (Romero MI. Epidemiología del suicidio en la adolescencia y juventud. XLVII Congreso de la Sociedad Chilena de Pediatría).

### RIESGO SUICIDA

Ya que puede ser complicado calificar la gravedad de un intento suicida, en todo paciente que consulta por haber tenido uno o más episodios de conducta suicida, siempre debe evaluarse el riesgo actual y futuro de suicidio e implementarse una intervención psicosocial efectiva<sup>(4)</sup>, ya que la prevención de la mortalidad por suicidio pasa por identificar y manejar los factores de riesgo<sup>(5)</sup>.

Los errores más frecuentes de los profesionales en la evaluación del riesgo se relacionan con la nega-

ción, minimización o descalificación del problema considerándolo como una conducta manipuladora.

La evaluación del riesgo incluye las características del paciente, del intento de suicidio mismo, de la intención suicida, es decir, del deseo de morir, de los antecedentes personales y familiares de psicopatología y de conducta suicida, de la red de apoyo social y familiar y de los eventos vitales relacionados al intento.

En un estudio en India en pacientes que habían intentado suicidio se determinó que la gravedad del intento se relacionaba con ser hombre, estar solo y tener un trastorno mental, en especial depresión<sup>(6)</sup>. El intento de suicidio grave es un predictor de suicidio consumado<sup>(7)</sup>. El 10% de los intentos terminan en suicidio y el 20% de los que realizan un intento de suicidio lo intentarán de nuevo. La mayoría dentro del primer mes de ocurrido el intento.

En un estudio en el Reino Unido, se encontró que la tasa de repetición era de 15% en el primer año y que en el 25% de los repetidores lo hacían en las tres primeras semanas posterior al intento<sup>(8)</sup>.

Se ha sugerido que los pacientes que se autoinfligen heridas cortantes tienen mayor riesgo de suicidio que los que utilizan otros métodos, esto probablemente relacionado al nivel de impulsividad de estos pacientes<sup>(9)</sup>.

En un estudio realizado en Cuba entre los años 2000 y 2004, se estudió el perfil de 831 pacientes atendidos por intentos suicidas (incluyó 37 pacientes fallecidos). 71% fueron mujeres y 29% hombres. En el 67% de los casos el método utilizado fue la ingestión de fármacos. La mayoría pertenecía al grupo entre 25 y 44 años seguido por el de 15-24 años<sup>(10)</sup>.

## EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

La evaluación del riesgo suicida es un proceso seriado y dinámico, debiendo confrontarse factores de riesgo y factores protectores. Se consideran factores de riesgo suicida:

### A) Factores relacionados a la persona

Factores epidemiológicos:

1. Sexo masculino.
2. Edad mayor de 45 años.

Factores psicosociales:

1. Desempleo o conflicto laboral.
2. Aislamiento social (falta de soporte familiar, escasa red social).
3. Separación reciente, divorcio o viudez.
4. Fechas significativas (Navidad, Año Nuevo, aniversarios y otros)
5. Experiencia de estrés vital reciente.
6. Relación familiar conflictiva.

Factores médico-psiquiátricos:

1. Historia de intentos suicidas previos (suicidalidad).
2. Historia de suicidio o trastornos del ánimo en la familia.

3. Presencia de psicopatología (depresión, culpa, desesperanza, psicosis, delirio, esquizofrenia, personalidad impulsiva, agresividad, abuso o dependencia de alcohol y/o drogas).
4. Presencia de enfermedad médica (crónica, terminal, dolor crónico, incapacidad).

De éstos, los principales factores de riesgo, es decir, los que se asocian a la repetición del intento o al suicidio consumado son:

Suicidalidad previa: el antecedente de intento de suicidio aumenta 40 veces la probabilidad de morir de suicidio en cualquier momento de la vida.

Patología psiquiátrica: los trastornos más frecuentes en los pacientes con intento de suicidio son: trastornos del ánimo 10%-15%, esquizofrenia 10%-13%, abuso de sustancias 5-10%, trastornos de la personalidad 5%-8%, trastornos de la conducta alimentaria 5%.

### B) Factores relacionados al intento suicida

Deben evaluarse dos elementos: intención e intento.

Intención: se refiere a la real intención de suicidio del paciente, ya que un intento puede no ser letal en sí mismo, pero el paciente sí haber creído que

**Tabla 1. SAD PERSONS<sup>(12)</sup>**

Cada uno de las letras del acrónimo representa un factor de riesgo de suicidio y en caso de estar presente suma un punto:

**S:** Sex: sexo masculino

**A:** Age: hombres entre 15-24 o >75 años; mujeres entre 45-54.

**D:** Depression: depresión

**P:** Previous attempt: historia previa de intentos

**E:** Ethanol abuse: adicción, abuso o crisis de ingesta de etanol previo al intento

**R:** Rational thinking loss: razón perdida (psicosis)

**S:** Social supports lacking: sin soporte social o pérdida de éste

**O:** Organised plan: plan organizado de suicidio

**N:** No spouses: ausencia de personas significativas al momento del intento

**S:** Sckness: enfermedad crónica o de mal pronóstico

0-2 sin riesgo; 3-4: control en casa; 5-6: hospitalización; 7-10: hospitalización voluntaria o involuntaria.

**Tabla 2. Guía de evaluación de riesgo de Granma<sup>(13)</sup>.**

1.	Familiares temen que el sujeto cometa suicidio	3 ptos.
2.	Actitud poco cooperadora en la entrevista	3 ptos.
3.	Sujeto mantiene deseo de morir	2 ptos.
4.	Sujeto presenta ideas suicidas actuales	4 ptos.
5.	Sujeto presenta plan suicida actual	5 ptos.
6.	Antecedente de trastorno psiquiátrico	2 ptos.
7.	Hospitalización psiquiátrica reciente (<6 meses)	2 ptos.
8.	Intento previo	3 ptos.
9.	Antecedente familiar de suicidio	3 ptos.
10.	Presencia de conflicto actual (trabajo, familia, pareja)	2 ptos.

Es de fácil aplicación, fue desarrollado en Cuba. Otorga una importancia relativa a los distintos factores que considera. Incluye la evaluación de la familia acerca del paciente. Utiliza un punto de corte, categorizando dos grupos; el grupo sobre el punto de corte debe recibir atención psiquiátrica inmediata e incluso hospitalización psiquiátrica. Sobre 18 puntos el paciente debe recibir atención psiquiátrica de inmediato.

iba a serlo, ya que puede desconocer el verdadero potencial destructivo de un determinado método. El grado en el cual el individuo desea morir en ese momento es un poderoso predictor de suicidio consumado y puede ser fácilmente evaluado en los servicios de emergencia<sup>(8)</sup>.

Intento: el método usado depende de factores culturales, del género y la disponibilidad. El método empleado habla por sí mismo de la severidad del intento. La planificación y la letalidad son comúnmente usados para determinar la seriedad de un intento suicidio<sup>(11)</sup>.

Factores de riesgo de suicidio relacionados al intento suicida son:

1. La repetición de intentos.
2. La letalidad del método (real o percibida).
3. Planeamiento detallado (notas suicidas implican premeditación).
4. Ideación suicida persistente.
5. Decepción por no haber muerto y/o falta de arrepentimiento.

Escalas para evaluar riesgo suicida:

No hay pruebas validadas en Chile para evaluar riesgo suicida. Por otro lado, es importante tener

claro que las escalas no reemplazan la entrevista clínica y que la evaluación en un paciente que ha realizado una conducta suicida debe ser periódica. Ver las escalas SAD PERSONS (Tabla 1) y de Granma (Tabla 2).

Se consideran factores protectores de suicidio:

- Vivir con hijos.
- Embarazo
- Ser responsable de otros.
- Espiritualidad y tener un credo religioso.
- Satisfacción vital
- Capacidad para afrontar y resolver problemas.
- Percepción de apoyo social.
- Alianza terapéutica con el médico o profesional de ayuda.

### **MANEJO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA**

Como regla general es mejor hospitalizar a un paciente, incluso a través de una hospitalización forzada, si se sospecha riesgo suicida. El paciente debe ser protegido mientras dure la evaluación del riesgo para evitar autolesiones o fugas.

El personal de enfermería, auxiliar y de seguridad debe ser alertado en caso de riesgo y el paciente puede incluso ser contenido físicamente para lograr su cuidado.

### **Manejo en el Servicio de Emergencia**

Los médicos de emergencia juegan un rol vital en el manejo de los pacientes que han intentado suicidarse. Sin embargo, se ha reportado que muchas veces estos tienen actitudes negativas con los suicidas. Esto puede relacionarse con su rol de salvar vidas; salvar la vida de un paciente que quiere vivir, es la recompensa<sup>(14)</sup>.

En un hospital universitario se compararon la disposición a considerar las variables psicosociales y el conocimiento sobre técnicas de intervención psicológica en tres grupos de médicos: internistas, médicos de emergencia y psiquiatras, y encontraron que los que tenían menos información acerca de intervenciones psicosociales y menor disposición a implementar intervenciones psicológicas eran los médicos de emergencia, seguidos de los internistas<sup>(15)</sup>. Esta situación puede ser un factor a considerar en un programa de intervención en el manejo de pacientes con conducta suicida. El riesgo de pacientes suicidas puede ser evaluado también por enfermeras de emergencia<sup>(16)</sup>.

El equipo médico de unidades de emergencia deberá:

1. Estabilizar al paciente (salvar la vida).
2. Evaluar el estado psiquiátrico general:
  - Nivel de conciencia
  - Historia psiquiátrica
  - Estado mental actual
  - Situación social y eventos vitales estresantes
  - Uso de OH y drogas

3. Evaluar el riesgo suicida inmediato:

- Gravedad del intento (real o percibida por el paciente)
- Estado psiquiátrico
- Desencadenantes de la conducta suicida y posibilidad de resolución
- Soporte social
- Factores de riesgo epidemiológico
- Evaluar si persiste el deseo de morir.
- Confeccionar un plan individualizado de manejo que incluye cuidado estricto, hospitalización, solicitud de evaluación psiquiátrica, información a la familia, al paciente y al personal involucrado.

### **Entrevista en Emergencia**

La entrevista debe ser realizada en un ambiente seguro, íntimo y con tiempo. En el Servicio de Emergencia todos los profesionales de la salud deben estar capacitados para evaluar el riesgo suicida tanto a través de la observación como de una entrevista. La entrevista tiene como objetivo determinar la existencia, naturaleza y persistencia de la ideación suicida, la presencia o no de un plan elaborado por parte del paciente y la posibilidad de tener acceso a métodos letales (fármacos, venenos, armas). Investigar conductas suicidas previas, personales y familiares y la existencia de factores protectores<sup>(17)</sup>.

El profesional debe realizar preguntas amplias, utilizando comentarios empáticos, reflejándole al paciente sus cogniciones y emociones. Por ejemplo si un paciente dice “a veces siento que no puedo continuar...” o “traté una vez antes...”, el profesional debe reflejarle al paciente su estado de ánimo diciendo, por ejemplo, “usted me está diciendo que se siente agobiado, cansado, abrumado, con sentimientos de impotencia e incapacidad”. Se debe estar atento a las señales

no verbales como apatía, cambios bruscos de la conducta y del ánimo y otros, que pueden significar que el paciente permanezca con intenciones suicidas. El paciente puede manifestar frustración por no haber muerto o estar arrepentido del intento suicida, aspectos que también deben ser evaluados en la entrevista. Se debe evaluar el o los desencadenantes del intento de suicidio, si está resuelto o requiere ayuda especial para resolverlo. Es importante dentro de la historia remota no olvidar preguntar por antecedentes psiquiátricos, médicos y conductas suicidas previas. Número, tipo y consecuencias de los intentos anteriores, tratamientos y hospitalizaciones previas. Se deben investigar antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, en especial trastornos del ánimo, suicidio consumado o intentos de suicidio en la familia.

El equipo del Servicio de Emergencia debe contactar al Equipo de Enlace Psiquiátrico e informar a la familia de la situación del paciente. En caso necesario debe trasladar al paciente al Servicio de Psiquiatría, incluso antes de la evaluación de enlace psiquiátrico.

#### **Equipo de Enlace Psiquiátrico**

Éste deberá:

1. Realizar un diagnóstico psiquiátrico.
2. Evaluar el riesgo de suicidio actual y futuro.
3. Iniciar tratamiento psiquiátrico y psicológico.
4. Elaborar un plan personalizado de manejo para el paciente que incluye hospitalización en un centro especializado, derivación a un programa de tratamiento e intervención en crisis.
5. Informar a la familia y al paciente de sus conclusiones y proposiciones de manejo.
6. Conocer e informar de aspectos médico legales (hospitalización forzada, responsabilidad médica).

Dentro de las recomendaciones para el manejo de pacientes con conducta suicida en hospitales generales está la creación de un grupo multidisciplinario dedicado a diseñar protocolos, planes, programas y capacitación periódica del personal clínico y no clínico lo cual será fundamental para garantizar una óptima atención.

#### **PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA: NIVELES DE INTERVENCIÓN**

El suicidio como un problema en aumento en toda la sociedad requiere:

- Intervenciones que abarquen la población general y grandes grupos de riesgo epidemiológico.
- Intervenciones dirigidas a grupos de alto riesgo epidemiológico.
- Intervenciones dirigidas a población psiquiátrica de mayor riesgo (enfermedad afectiva, adictos, multitentadores y psicóticos).

#### **Medidas generales**

1. Mejorar la recolección de datos, tanto de los suicidios como de los intentos de suicidio, en hospitales, servicios de salud en general y de ayuda social.
2. Educación sobre suicidio, conducta suicida y factores de riesgo.
3. Medidas legales que restrinjan el acceso a medios letales.
4. Mayor cobertura para el tratamiento de las enfermedades mentales.
5. Plan nacional de prevención del suicidio interministerial (Justicia, Salud, Educación, Interior).

Suecia logró bajar las tasas de suicidio gracias a una política dirigida a mejorar la atención de salud mental.

## CONCLUSIONES

La conducta suicida debe considerarse siempre como una solución desadaptativa frente a un problema real del paciente. La mayoría de los intentos de suicidio y de los suicidios consumados se asocian a condiciones epidemiológicas, psiquiátricas y médicas conocidas y a situaciones vitales estresan-

tes que actúan como precipitantes de la conducta suicida.

Estas situaciones deben ser abordadas con el paciente y su familia y resueltas total o parcialmente. Esto requiere de una intervención psicosocial que puede requerir de asistente social, psicólogo y otros profesionales.

**Tabla 3: Flujograma de derivación de pacientes con conducta suicida.**

**Definición:** Se considerará conducta suicida a toda conducta que resulte en un daño (o en un intento de daño) físico, autoprovocado. La conducta suicida abarca gestos suicidas, intentos suicidas y suicidios consumados. Cualquier conducta suicida debe ser considerada como de riesgo a la integridad física y emocional de la persona y mientras no se descarte, el paciente continúa con riesgo suicida.

**Intervención:**

1. Todos los pacientes que ingresen al Servicio de Urgencia como producto de una conducta suicida serán evaluados por el médico de turno en su estado médico y psiquiátrico general, incluyendo la evaluación de riesgo suicida inmediato. La evaluación deberá realizarse con el paciente vigilado por el personal de enfermería, ya que es posible que el riesgo de suicidio aun permanezca.
2. El médico de turno realizará la intervención médica o quirúrgica que el paciente requiera e informará a la familia acerca del estado del paciente.
3. Todo el personal de turno, incluyendo personal médico, de enfermería y de seguridad deberá ser informado del riesgo.
4. El médico de turno del Servicio de Urgencia decidirá el ingreso del paciente al servicio de intermedio en caso de que el paciente requiera ser estabilizado médicamente o quirúrgicamente.
5. Mientras el paciente permanezca en cualquier cama médico-quirúrgica del hospital debe permanecer con cuidador de 24 horas.
6. En caso de que el paciente no requiera estabilización médica o quirúrgica podrá ser ingresado a Psiquiatría. En horario hábil se solicitará una Interconsulta a Psiquiatría y dependiendo del riesgo, se hará por el conducto habitual por escrito o llamando a la Secretaría de Atención Ambulatoria. El médico de Emergencia siempre puede ingresar directamente al paciente a la Clínica Psiquiátrica en caso de pacientes de ISAPRE o FONASA libre elección, o al Hospital Psiquiátrico en caso de pacientes del Servicio de Salud Norte, previa consulta al Hospital Psiquiátrico.
7. En ambos casos el médico de turno debe considerar las medidas médicas y de enfermería que el paciente requiera. En caso de que el paciente requiera medidas especiales, el médico debe incluir al paciente en el listado de visitas de la residencia médica y de enfermería a fin de garantizar el estado médico quirúrgico del paciente.
8. Por regla general, todos los pacientes con conducta suicida deberán ser trasladados a algún Servicio Psiquiátrico para su evaluación y tratamiento posterior.
9. Los familiares deberán ser informados de esta norma. En caso de que los familiares no estén de acuerdo con la medida deberán dejar registrado en la ficha clínica que el paciente quedará bajo el cuidado de un familiar responsable. El familiar debe firmar la ficha en conocimiento del riesgo de su familiar (el paciente).
10. Del traslado del paciente: en caso de traslado a un Servicio Psiquiátrico, éste debe ser realizado en ambulancia, acompañado por personal de Enfermería<sup>(12)</sup>.



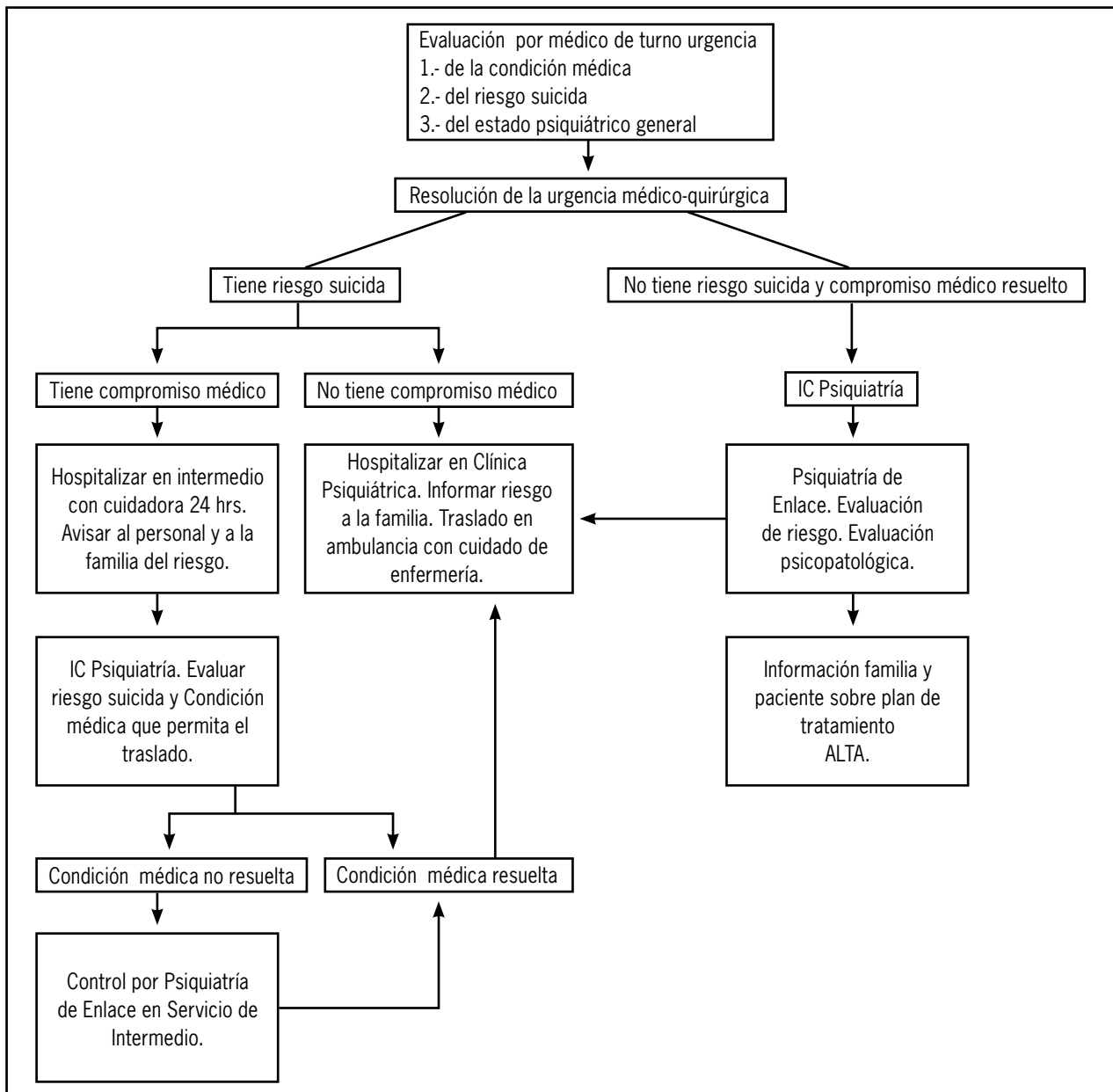
Es importante destacar que los médicos de Atención Primaria, médicos internistas y médicos de emergencia ven tantos pacientes con ideación suicida como los psiquiatras, motivo por el cual su capacitación en este tema se hace fundamental.

Las autoridades de salud deben implementar grupos de trabajo multidisciplinarios encargados de

estudiar, capacitar al personal y proponer medidas de control de la conducta suicida.

En los siguientes anexos se propone un protocolo de manejo de pacientes con conducta suicida en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (Tablas 3 y 4).

**Tabla 4. Flujograma de derivación de pacientes con conducta suicida**



## REFERENCIAS

1. Appelby L, Shaw J, Amos T, Mc Donnell R, Harris C, Mc Cann K *et al.* Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *Brit Med J* 1999;318:1235-9.
2. MINSAL. Departamento de Estadística e Información de Salud. Estadísticas vitales. Mortalidad por causas 2006. Consultado en [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
3. [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide) Consultado en octubre 2009.
4. Kapur N. Self-harm in the general hospital. *Clin Med* 2006;6:529-32.
5. Joseph A, Abraham S, Muliyl JP, George K, Prazad J, Minz S *et al.* Evaluation of suicide rates in rural India using verbal autopsies, 1994-1999. *BMJ* 2003;326:1121-2.
6. Kumar S, Mohan R, Ranjith G, Chandrasekaran R. Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *J Affect Disord* 2006;91:77-81.
7. Harris L, Hawton K, Rahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self poisoning of self injury. *Br J Psychiatry* 2005;186:60-6.
8. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition on self harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 2002;181:193-9.
9. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K *et al.* Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005;162:297-303.
10. Sarracent A, Corpeño E. Comportamiento de la conducta suicida en el hospital general "Calixto García Iníguez" (años 2000-2004). *Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana* 2006;3:1-8.
11. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33:353-64.
12. Patterson W, Dohn H, Bird J, Patterson G. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 1983;24:343-9.
13. Perez-Barrero SA. Guía práctica para la evaluación del riesgo suicida. *Revista Psiquiátrica Peruana* 1994;1:33-6.
14. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med* 2005;12:169-78.
15. Giordano R, Stichler J. Improving suicide risk assessment in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2009;35:21-6.
16. Ito H, Kawano K, Kawashima D, Kawanishi Ch. Responses to patients with suicidal ideation among different specialties in general hospitals. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:578-80.
17. Slaikeu, K. *Intervención en crisis*. México: Editorial El Manual Moderno, 1984.

### CORRESPONDENCIA

Dra. Patricia Tapia Ilabaca  
Clínica Psiquiátrica  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Av. La Paz 1003, Recoleta, Santiago  
Fono: 978 8628  
E-mail: [ptapia@redclinicauchile.cl](mailto:ptapia@redclinicauchile.cl)

