

Coronado-Molina, Oscar

Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al
Hospital General San José del Callao, Perú.

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 77, núm. 4, 2014, pp. 242-249

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372033988007>

Revista de
Neuro - Psiquiatría

Revista de Neuro-Psiquiatría,
ISSN (Versión impresa): 0034-8597
revista.neuro.psiquiatria@oficinas-upch.pe
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú.

Clinical and epidemiological characteristics and therapeutic approach of patients attending due to suicide attempt in San José General Hospital of Callao, Perú.

Oscar Coronado-Molina^{1,2,a}

RESUMEN

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas así como el abordaje terapéutico de los casos de intento de suicidio que ingresaron a la emergencia de un hospital general del Callao. **Material y Métodos:** Estudio tipo serie de casos. Se revisó las historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizados por intento de suicidio en los servicios de observación de emergencia y hospitalización de medicina e interconsultados al servicio de psiquiatría entre enero del 2006 y diciembre del 2007. **Resultados:** Fueron evaluados 100 pacientes con un promedio de edad de 28,87 (DE= 10,85 años) con un rango de 18 a 92 años. La proporción de intentos suicidas mujer-hombre fue de 3 a 1. El 61% tenía hijos, 34% no completó sus estudios de secundaria y 81% estaba desocupado o con trabajos inestables. El 54% de los pacientes intentaron suicidarse con carbamatos. Los problemas interpersonales relacionados a la pareja fueron la causa más frecuente de la crisis. Además 92% tuvo algún trastorno mental y 50% fue depresión mayor. Sólo 11% permanecieron más de 3 días internados y 46% salió de alta el mismo día del internamiento, 87% fue dado de alta por el psiquiatra y con consejería a sus familiares. El 69% acudió a consulta externa de psiquiatría al menos una vez, pero ningún paciente dado de alta por un médico no psiquiatra o de retiro voluntario acudió a consulta. Un 20% de la muestra total acudió a consulta ambulatoria de acuerdo con lo programado durante los dos años de seguimiento. **Conclusiones:** Los principales factores asociados al intento de suicidio fueron el bajo nivel de instrucción, la desocupación, los problemas de pareja, y los diagnósticos de depresión mayor y personalidad anormal. El diagnóstico, terapéutica y pronóstico mejoraron cuando el psiquiatra asumió el manejo, por lo que se hace indispensable que dicho especialista sea el encargado de determinar el destino de cada uno de los pacientes que llegan a la emergencia de un hospital general por intento de suicidio.

PALABRAS CLAVE: Intento de suicidio, hospital general, terapéutica

SUMMARY

Objectives: To describe the epidemiologic and clinical features, as the therapeutic approach of suicide attempt cases attending a general hospital in Callao. **Material and Methods:** Case series study. Medical records of patients who were admitted to the emergency and observation rooms, in a general hospital in Callao, for attempted suicide and consulted to the psychiatry service between January 2006 and December 2007 were reviewed. **Results:** A hundred patients were assessed, the mean age was 28.87 (SD = 10.85 years) with a range between 18-92 years. The female-male ratio of suicide attempt was 3 to 1. The 61% of patients had children, 34% had not completed

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico Psiquiatra,

high school and the percentage of unemployed people or with unstable jobs reaches 81%. The 54% attempted suicide with carbamates. Interpersonal relationship issues, were the most frequent cause of the crisis. In addition 92% had a mental disorder and major depression was 50%. Only 11% spent more than three days hospitalized and 46% was discharged the same day of hospitalization, 87% were discharged by the psychiatrist, with counselling to family members. 69% attended outpatient psychiatry at least once, but no patient discharged by a no-psychiatrist or self-discharge attended to outpatient. 20% of the total sample attended outpatient clinic as scheduled during the two year follow-up. **Conclusions:** The main factors associated with suicide attempt were low education level, unemployment, relationship issues, and diagnoses of major depression and abnormal personality. The diagnosis, therapy and prognosis improved when the psychiatrist assumed the management, so it is essential that the specialist is responsible for determining the destiny of each of the patients coming to the emergency room of a general hospital for attempted suicide.

KEY WORDS: Suicide attempt, general hospital, treatment.

INTRODUCCIÓN

Según lo observado por expertos, durante varios años y por la propia experiencia clínica, el abordaje de los pacientes con intento suicida en las emergencias de los hospitales generales de nuestro medio está orientado fundamentalmente hacia el aspecto físico, siendo pocas las veces que un médico psiquiatra evalúa a dichos paciente en estas instancias.

Los principales estudios sobre intento suicida en nuestro medio aluden a los factores socio-demográficos y diagnósticos fundamentalmente, muy pocos se han realizado en hospitales generales y no se encuentra en ellos datos de la evolución y/o seguimiento de estos pacientes (1-6).

En el estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao, realizado el año 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, se encontró que la prevalencia de vida de conductas suicidas es 5,2 % (4). Otros estudios evidencian que aproximadamente una de cada 10 personas que intenta quitarse la vida lo logra y evidencian también que dentro de la población entre 15 y 44 años, el suicidio constituye la cuarta causa de muerte (7).

Es importante recalcar que la propensión al suicidio constituye una verdadera perversión del instinto fundamental que conserva la propia vida y que intento de suicidio se define como el acto voluntario dirigido por una persona hacia sí misma con el objeto de provocarse la muerte, diferenciándose del gesto suicida en el que no existe esta intención. (2, 8-10). Esta conducta está relacionada a una amplia variedad de factores sociodemográficos. Es así que la pérdida de personas queridas, las discusiones con la familia o los

amigos, la ruptura de las relaciones interpersonales, los problemas legales o relacionados con el trabajo pueden aumentar el riesgo de que se atente contra la propia vida. Los problemas interpersonales, principalmente con familiares y pareja son considerados los principales desencadenantes del intento suicida (2, 9, 11-15) y aunque estas experiencias son muy frecuentes, sólo una minoría que las vive se ve impulsada a suicidarse. La presencia de un trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo importante para cometer suicidio, entre el 90 y el 95 % de personas que se suicidan tienen como diagnóstico una enfermedad mental, siendo la más prevalente la depresión mayor. Además es común que los suicidas tengan más de un diagnóstico psiquiátrico (2, 9, 16-18).

Síntomas específicos como ansiedad, desesperanza y alta reactividad emocional, están asociados al suicidio (9,19). Se mencionan también rasgos de personalidad como la agresividad y la impulsividad, el sentimiento de soledad; así como las deficiencias cognitivas del tipo pérdida en la función ejecutiva, déficits en la toma de decisiones y dificultad para la abstracción, entre otras (9,11).

Los trastornos de personalidad son diagnosticados en 30% de los suicidios, principalmente el trastorno de personalidad límite; también el narcisista, el antisocial, el dependiente y el no especificado, y estos la gran mayoría de las veces cursando al mismo tiempo con un trastorno mental o con consumo de sustancias (2, 9, 16, 20, 21). El intento suicida previo es considerado el principal factor de riesgo para un nuevo intento. La ideación suicida suele transformarse en plan e intento dentro del primer año y hay estudios que relacionan daño orgánico cerebral con riesgo suicida (2, 18, 22, 23).

El método de suicidio más frecuente en Latinoamérica, incluido el Perú, es el envenenamiento con carbamatos. Otros métodos frecuentes son el uso de armas de fuego, seguido por el ahorcamiento y el lanzamiento desde lugares altos (24).

La evaluación del riesgo es fundamental y para evaluarlo, más importante que la valoración objetiva de la potencial letalidad del método, es la intencionalidad suicida y la creencia subjetiva de lo mortal que puede ser dicho método. Un intento de bajo riesgo suele estar asociado a un intento futuro de mayor riesgo (9,25) y un dato preocupante es el que muestra que durante el año previo al suicidio, tres cuartas partes de las víctimas han sido atendidas por profesionales de atención primaria y un tercio por servicios de salud mental (26). Por lo anterior entre otros, y ocurrido el intento, es preciso que la anamnesis y examen mental se extiendan para abordar la mayor cantidad y calidad de información respecto a la historia a pesar de que el paciente niegue en un primer momento ideas suicidas o de muerte. Asimismo la entrevista con la familia o allegados es un elemento muy importante de información para acercarnos a la verdad de este fenómeno.

Desde la perspectiva terapéutica se menciona que la empatía en la relación médico-paciente no sólo es útil para valorar el riesgo suicida sino que establece la pauta para la alianza que se requiere en el manejo de estas personas, tomando en cuenta que la inasistencia a las consultas ambulatorias y falta de cumplimiento del tratamiento son problemas bastante frecuentes (9,12,27,28).

No se ha descrito en la literatura la experiencia del manejo y seguimiento individualizado de pacientes con intento de suicidio. Consideramos este el componente inicial para el entendimiento integral de los problemas relacionados con el intento de suicidio.

El objetivo del presente trabajo es describir las características sociodemográficas y clínicas, así como las relacionadas a la estancia hospitalaria, abordaje terapéutico y evolución en la consulta ambulatoria de los pacientes con intento de suicidio en un hospital general.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio tipo serie de casos.

Se revisó las historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizados por intento de suicidio

en los servicios de observación de emergencia y hospitalización de medicina del Hospital San José del Callao (Establecimiento de salud de categoría II-2), todas ellas registradas por el autor tras responder él mismo las interconsultas. Posteriormente se seleccionaron las historias clínicas con información suficiente como para el llenado de la ficha de recolección, según los criterios de inclusión y exclusión del trabajo.

Criterios de inclusión

- a) Historias clínicas con información psiquiátrica completa registradas en los años 2006-2007.
- b) Edad mayor o igual a 18 años.
- c) Pacientes hospitalizados en observación de emergencia u hospitalización de medicina.

Criterios de exclusión

- a) Historias clínicas con información psiquiátrica incompleta.
- b) Historias clínicas de pacientes con gesto suicida.

Tras la respuesta a la interconsulta se elaboró la historia clínica psiquiátrica y el autor de la investigación registró los seguimientos. Todos los datos fueron obtenidos del examen mental de las diversas evaluaciones así como de la anamnesis directa e indirecta realizada al paciente y a los familiares principalmente directos y/o personas trascendentes de su entorno.

Se registró datos de filiación, examen mental, impresión diagnóstica, terapéutica; así como los seguimientos hospitalarios y ambulatorios en los dos años posteriores al intento suicida.

Se elaboró una base de datos con la información recolectada y esta fue procesada en términos descriptivos.

Se describen los resultados en tasas, proporciones y números absolutos.

RESULTADOS

Se revisó las historias clínicas de 160 pacientes hospitalizados en observación de emergencia u hospitalización de medicina por intento suicida. De estos pacientes, 60 no contaban con información suficiente para el llenado de la ficha de recolección. Luego de la revisión se recolectó la información de 100 historias clínicas de pacientes con intento suicida. En cuanto a los factores sociodemográficos, el

promedio de edad fue de 28,87 años (DE= 10,85 años) con un rango entre 18 y 92 años. Entre los pacientes, 94% (n=94) tenía entre 18 y 45 años. La proporción mujer-hombre de intento suicida fue de 3 a 1, 61% (n=61) de los pacientes tenía hijos, sin embargo sólo 10 pacientes eran casados y 32 convivientes formales. Únicamente 7% de los pacientes vivía solo.

El 35% (n=35) de la muestra no completó la secundaria, otro 34% no realizó ningún tipo de estudio superior, sólo 17% tenía grado de instrucción superior completa. El porcentaje de desocupados o con trabajos inestables alcanzó el 81% (n=81).

La mayoría creía en Dios (84%) y pertenecía a alguna religión (76%), en esta muestra 69% era católico.

En cuanto a las características clínicas, tras la primera evaluación 14% (n=14) negó que el acto de autoagresión fuera con intención suicida. En las siguientes evaluaciones todos estos pacientes aceptaron la intención de quitarse la vida al momento del acto y expresaron que fue la falta de confianza, el temor y la vergüenza lo que los hizo negarlo en un primer momento.

En 76 casos se pudo determinar el tiempo en que aparece la ideación suicida, en 21 de estos (27,7 %) la ideación suicida apareció el mismo día del intento y 29% (n=29) reveló haber intentado suicidarse previamente. ‘

El 54 % (n=54) intentó suicidarse con carbamatos y 38% con psicofármacos; 17% consumió alcohol en el momento del acto.

Los problemas interpersonales fueron el motivo de crisis más frecuente que antecedió al intento de suicidio, 71% (n=71) relacionados a pareja y 15 % (n=15) a familiares. La ruptura de la relación y el haber tenido una discusión previa fueron las situaciones de pareja más asociadas a las crisis, ambas en 26% de los casos.

La impulsividad y la dependencia fueron los dos rasgos de personalidad más identificados con 31% (n=31) cada uno; también se observó en este grupo otros rasgos como inestabilidad, emotividad exagerada, explosividad, poco juicio, irresponsabilidad, inmadurez, falsedad, ansiedad y celotipia.

Se encontró que el 13% (n=13) de los casos expresaron que habían sufrido algún tipo de abuso sexual.

El 92% (n=92) de los pacientes tuvo algún trastorno mental, según los hallazgos clínicos y psicopatológicos y según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). El 29% (n=29) tuvo más de un diagnóstico que incluyó también a los trastornos de personalidad. El principal diagnóstico fue depresión mayor (50%) seguido por los trastornos de adaptación con síntomas depresivos (22%) (Tabla 1). El 16% (n=16) cursaba con trastornos adictivos principalmente relacionados al consumo de alcohol. El 25% (n=25) presentaba trastornos de personalidad principalmente límite, dependiente y no especificado. Todos los pacientes con trastorno de personalidad no especificada (n=10) tenían antecedente de daño orgánico cerebral y hallazgos anormales en el electroencefalograma. Por otro lado, se observó también un grupo de pacientes con trastornos cognitivos (6%).

En la primera evaluación psiquiátrica el ánimo depresivo estuvo presente en 68% (n=68) de los casos, las ideas de querer morir, la falta de toma de conciencia del significado del acto suicida y las dificultades cognitivas fueron otros de los síntomas frecuentes, cada uno de ellos presentes en 16% de los casos. También se observó gran preocupación, falsedad, intranquilidad y puerilidad, entre otros síntomas.

Conforme hubo más oportunidades de reevaluar a un paciente, la historia clínica se fue haciendo cada vez más completa y los diagnósticos más precisos;

Tabla 1: Diagnósticos definitivos (según DSM IV-TR) en pacientes con intento suicida en el Hospital General San José 2006 – 2007

Diagnósticos (n= 100)	%
Trastorno depresivo mayor	50
*con síntomas psicóticos	*10
Trastorno de adaptación	22
Trastorno adictivo	16
Trastorno de personalidad no especificado	10
Trastorno de personalidad límite	8
Trastorno cognitivo	6
Trastorno de personalidad dependiente	5
Esquizofrenia paranoide	2
Trastorno bipolar	2
Otros	6

Nota: 29 pacientes tuvieron más de un diagnóstico

Gráfico N° 1. Días de estancia hospitalaria por intento de suicidio en el Hospital General San José 2006 – 2007.

■ Uno ■ Dos ó tres ■ 4 o más

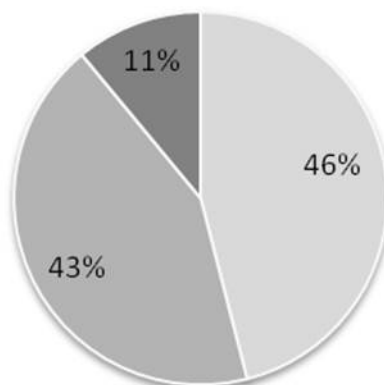


Tabla 2. Condición del alta de pacientes con intento de suicidio en el Hospital General San José 2006 – 2007 (n = 100)

Condición	%
Alta por psiquiatría	87
Transferencia por psiquiatra	4
Alta por médico no psiquiatra	4
Retiro voluntario	3
Transferencia por médico no psiquiatra	2

por lo que en casi tres cuartas partes de la muestra el diagnóstico final fue más exacto en relación a la primera impresión diagnóstica. Este mismo fenómeno ayudó a obtener datos más fidedignos en cuanto al grado de instrucción, la intención suicida y el motivo de la crisis, ya que se evidenció un grupo de pacientes que suele dar información no fiable por temor o buscando algún tipo de beneficio.

Con respecto a la estancia hospitalaria, el 46% (n=46) salió de alta el mismo día de la evaluación psiquiátrica y sólo un 11% permaneció más de tres días (Gráfico 1).

Respecto al abordaje farmacológico, al 51% (n=51) de los pacientes se le indicó psicofármacos durante el internamiento, sea como sintomático para la crisis en emergencia, o como inicio del tratamiento del trastorno diagnosticado; los fármacos que más

se usaron con este propósito fueron fluoxetina, clonazepan, haloperidol, olanzapina, risperidona y carbamazepina.

Respecto al abordaje terapéutico no psicofarmacológico, 87% (n=87) fueron dados de alta por el médico psiquiatra (Tabla 2); todos los familiares de dichos pacientes recibieron consejería especializada como requisito previo al momento del alta, dándoseles a cada uno de ellos las recomendaciones de cuidado hasta una cita próxima, programada a los pocos días, así 69% (n=60) de estos, asistieron a la cita programada en el consultorio externo de psiquiatría y 20 % (n=20) acudió de manera regular a controles ambulatorios durante los 2 años de seguimiento posterior.

Ninguno de los 9 pacientes que fueron dados de alta por médicos no psiquiatras o que salieron por retiro voluntario acudió a la consulta externa de psiquiatría.

DISCUSIÓN

Los datos de grupo etario y género encontrados son similares a los de la literatura, es decir el intento suicida predomina en las personas jóvenes y en la mujer (12-14).

La muestra, cuyos miembros en su mayoría viven acompañados y tienen hijos, tiende a tener bajo grado de instrucción académica, alto nivel de desocupación laboral y bajo porcentaje de relación de pareja

formalizada. Por otro lado, los motivos económicos, laborales o el hecho de vivir solo, que son considerados factores de riesgo importantes para la conducta suicida, en este grupo aparecen en un porcentaje bastante bajo, similar al de otros estudios latinoamericanos (2, 3, 7). Se encontró un porcentaje considerable de pacientes que en una primera entrevista rechazó haber tenido intención suicida, pero que en entrevistas posteriores aceptó este como su real propósito. En muchas culturas es conocido el hecho de que los comportamientos suicidas son estigmatizados y por lo tanto, ocultados o no aceptados (7).

La mayoría de estos pacientes llevaba varios días, semanas o meses con ideación suicida, por lo que postulamos que son muy pocos los casos en que el intento pudo haber sido únicamente un acto de impulsividad (18).

El intento suicida previo, que es considerado el principal factor de riesgo para consumir suicidio, es observado como antecedente en cerca de un tercio de la muestra. Toda persona que intenta suicidarse se convierte en paciente de riesgo desde ese mismo momento, dato fundamental que parece no ser tomado en cuenta por los servicios de salud; recordemos que la mayoría de personas que fallecen por suicidio fueron evaluadas en dichos servicios durante el año previo al acto (19,20).

Otro aspecto fundamental de riesgo es el método utilizado. El uso de carbamatos es el método utilizado principalmente relacionado a muerte por suicidio en nuestro país según la Organización Mundial de la Salud, aunque el porcentaje de intentadores con métodos no letales es también alto. Se sabe que para el pronóstico a futuro, más importante que el potencial letal del método, que suele aumentar en los siguientes intentos suicidas, es la intencionalidad del paciente. (9,18, 24, 25).

Es importante el hallazgo de consumo de sustancias psicoactivas relacionado al momento de la crisis; se conoce el efecto del consumo de alcohol sobre el estado de ánimo, la impulsividad y la dificultad para la resolución de problemas, lo cual se relaciona a la inducción de conductas suicidas sea en adictos o en consumidores eventuales (29).

En cuanto al diagnóstico los hallazgos son muy similares a los de la literatura, es decir, la gran mayoría tiene algún trastorno mental y tienden a la comorbilidad; siendo la depresión mayor y los

trastornos de adaptación con síntomas depresivos los más frecuentes (1, 2 ,9, 16-18).

El principal síntoma encontrado fue el ánimo depresivo, también se observó ideas de querer morir, falta de toma de conciencia del significado del acto suicida y compromiso cognitivo. Los rasgos impulsivos y dependientes de la personalidad fueron los más frecuentes, coincidiendo con la literatura previa (9, 17, 18).

El uso de psicofármacos durante el internamiento, más allá de buscar disminuir el riesgo suicida, tuvo como propósito tranquilizar, sin sedar, lo suficiente como para facilitar la evaluación e intervención psicoterapéutica del paciente. El uso de psicofármacos durante el seguimiento ambulatorio estuvo fundamentalmente orientado al tratamiento de la enfermedad mental de fondo o al manejo de algunos rasgos de personalidad anormal.

La alianza terapéutica, considerada la principal herramienta de intervención en intento suicida, facilitó tanto la colaboración del paciente como la adherencia al tratamiento (9, 26).

El tiempo de internamiento buscó ser el más breve posible. El alta se indicó una vez que la intensidad de la psicopatología y los estresores disminuyeron lo suficiente como para que el entorno familiar, luego de haber sido instruido por el especialista, pudiera garantizar que la vida del paciente estaría a buen recaudo hasta una muy próxima cita en consulta externa de psiquiatría, tomando en cuenta que los días posteriores al alta siempre están asociados a mayor riesgo suicida (9).

En conclusión, existe una serie de factores socio-demográficos, de historia y clínicos que caracterizó a este grupo de pacientes: baja instrucción, desocupación, tener hijos sin pareja formal, problemas de pareja, depresión y personalidad anormal. Asimismo, la ingesta de carbamatos fue el método más frecuentemente utilizado para el intento de suicidio en esta población.

Toda persona que acude por intento de suicidio a la emergencia de un hospital general se encuentra en una situación de elevado riesgo de volver a intentar suicidarse o morir por las características descritas, pero fundamentalmente por lo complicado que resulta que sigan las pautas de tratamiento y que acudan a un seguimiento especializado.

Por lo observado, mientras más oportunidades haya de evaluar a un paciente, los datos de su historia clínica se hacen más exactos, por ende su diagnóstico y terapéutica. Por todo lo descrito es una necesidad que todo paciente por intento suicida sea evaluado y manejado por un médico psiquiatra en la misma emergencia del hospital general. Él debe ser el encargado de determinar las pautas de cuidado y seguimiento, por lo tanto, quien determine el destino al alta de estos pacientes, de esta forma el pronóstico de ellos puede tornarse favorable.

Origen del financiamiento: El estudio fue autofinanciado por el autor.

Conflictos de Intereses: Ninguno.

Este trabajo fue aprobado por el comité de ética hospitalaria del hospital donde se realizó el estudio y también por el comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia donde fue presentado como tesis para optar el grado de Magister en Medicina del autor.

Un agradecimiento muy especial a la doctora Jenie Dextre, Directora del Hospital San José del Callao, al doctor Aldo Lama, Director de Salud de la Región Callao, a mis colegas docentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Cayetano Heredia, pero fundamentalmente a mi maestro el Dr. Grover Mori, a mi adorada esposa Giovana y a mis tesoros Micaela y Leonardo, sin el apoyo ustedes, este gran esfuerzo no hubiera sido posible ni hubiera rendido sus frutos.

Correspondencia:

Oscar Coronado Molina
Calle Manuel de Falla 289 dpto. 301, San Borja.
Lima, Perú.
Correo electrónico: oscar.coronado.m@upch.pe
Teléfono: (511) 99925381

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; 18 (1-2): 1-197
2. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica en conducta suicida. 1ª ed. Lima, Perú: MINSA; 2007. p. 5-16.
3. Vasquez F, Nicolás Y, Martínez R, Vite V, Falconí I, Vargas V. El perfil de los intentadores de suicidio atendidos en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Rev. Neuropsiquiatr. 2005; 68: 67-82.
4. Duran DM, Mazzotti G, Vivar A. Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. Rev. Neuropsiquiatr. 1999; 62: 226-41.
5. Anticona C, Uscata L, Fuentes M, Aguirre E. Epidemiología del intento de suicidio: servicio de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera. Arch peru psiquiatr salud mental. 1999; 3: 11-22.
6. Castro P, Orbegoso O, Rosales P. Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2006; 23(4):293-296.
7. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial de la violencia y salud: resumen. Las formas y contexto de la violencia. Washington D.C: OPS; 2002. p 23-25
8. Delgado H. Curso de psiquiatría. 5ª ed. Barcelona: Científico médica; 1969. p. 87
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry. 2003; 160:765–772
10. Castillo A. Temas en psiquiatría: Algunas notas sobre la conducta suicida. 1ª ed. Lima; 2008. p. 79-81.
11. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. Br J Psychiatry 2008; 192: 98-105.
12. O'Reilly D, Rosato M, Connolly S, Cardwell C. Area factors and suicide: 5-year follow-up of the Northern Ireland population. Br J Psychiatry. 2008; 192: 106-111.
13. Quin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register–based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. Am J Psychiatry. 2003; 160:765–772.
14. Hoyer G, Lund E. Suicide among women related to number of children in marriage. Arch Gen Psychiatry. 1993; 50:134–137.
15. Pérez I, Ibañez M, Reyes JC, Atuesta JY, Suárez MJ. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. Rev Salud pública. 2008; 10 (3):374-385
16. Henriksson MM, Aro HM, Martunen MJ, Heikinen ME, Isometsa ME, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry. 1993; 150:935–940.
17. Hoyer EH, Mortensen PB, Olesen AV. Mortality and causes of death in a total national sample of patients

- with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993. *Br J Psychiatry*. 2000; 176:76–82.
18. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:205–228.
 19. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha BC, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 2008; 30: 133 – 154.
 20. Linehan MM, Rizvy SL, Welch SS, Page B. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. England: John Wiley & Sons; 2000. p. 147-178
 21. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Hillevi MA, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1996; 153: 667 – 673.
 22. Riordan DV, Selvaraj S, Stark C, Gilbert JS. Perinatal circumstances and risk of offspring suicide Birth cohort study. *Br J Psychiatry*. 2006; 189: 502 – 507.
 23. Simpson G, Tate R. Suicidality after traumatic brain injury: demographic, injury and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 2002; 32:687-697.
 24. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86:726–732.
 25. Beck AT, Beck R, Kovacks M: Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *Am J Psychiatry* 1975; 132:285-287
 26. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:909–916
 27. Hankammer WA, Snyder BA, Hankammer CC. Empathy as the primary means in suicide assessment. *Journal for the Professional Counselor*. 2006; 21:5-18.
 28. Shneidman E. *Psychotherapy with suicidal patients, in specialized techniques in individual psychotherapy*. New York: Karasu & Bellak; 1980. P. 304-310
 29. Brady J. The association alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol & Alcoholism*. 2006; 41 (5): 473–478.

Recibido: 01/10/2014

Aceptado: 15/12/2014