

Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998-2007

Ricardo de la Espriella¹

*From beyond an empty world
My infected voice, screams alone.
My throat is dry. A last cry tries to escape
Guilt and frustration.
No time to turn around.
I look behind. I'm not alone.
Are they friend or enemies?
Am I going insane without a cure?
Going insane, scarring my eyes*
K. G. Tommy, "Poem to Our Therapists"

Resumen

Introducción: El suicidio en instituciones psiquiátricas es un evento infrecuente poco estudiado. Además, la predicción del riesgo de suicidio es una tarea compleja, en la que actúan variables intervenibles y no intervenibles desde la actuación médica. **Materiales y métodos:** Se presenta una serie de casos multicéntrica de muertes en clínicas psiquiátricas por suicidio (1998-2007) en siete instituciones psiquiátricas de cinco ciudades de Colombia. Se analizan las características y los factores de riesgo probables, según el riesgo de suicidio por aplicación a posteriori de la escala SADS PERSON. **Resultados:** Se analizaron 12 casos, siete hombres y cinco mujeres, cuyo promedio de edad fue de 36,42 años. Según el método de suicidio, el más utilizado fue el ahorcamiento en 11 casos, tres de ellos (25% de la muestra) con material de inmovilización. **Conclusiones:** La escala puntuó como riesgo alto en uno de los casos presentados. Las medidas de acción frente al riesgo detectado fueron usadas por algunos pacientes para suicidarse; los pacientes sobrepasaron las acciones de control sobre el riesgo. No es posible el control total del riesgo, más aún si se tiene en cuenta la complejidad y las variables que llevan a una persona a suicidarse.

Palabras clave: suicidio, trastornos mentales, hospitales psiquiátricos.

Title: Suicide in Psychiatric Institutions 1998-2007

Abstract

Introduction: Suicide in psychiatric facilities is a poorly studied infrequent event. Suicide prediction is a complex task that includes variables that cannot be modified by medical intervention.

¹ Médico psiquiatra. Terapeuta sistémico. Epidemiólogo clínico. Gestor de docencia e investigación, Clínica Nuestra Señora de La Paz. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Material and Methods: Multicentric case series of deaths by suicide in seven psychiatric institutions, from 1998 to 2007, in five Colombian cities. Characteristics and risk factors were analyzed based on suicide risk rated by *a posteriori* SADS-PERSON scale. **Results:** 12 cases were found including 7 males and 5 females. Mean age was 36.42 years. The most frequent method of death was by hanging (11 cases), 3 of which (25% of the total sample) used the restraint material. **Conclusions:** The scale used rated high risk in only one case. Restraints used to control suicide risk were used by 25% of the patients to commit suicide. Total suicide risk control is not possible due to the complexity of the variables involved.

Key words: Suicide, mental disorder, psychiatric hospitals.

Introducción

El suicidio es un hecho complejo, según Albert Camus, es el único problema filosófico serio (1). Para los psiquiatras, el suicidio de un paciente es un tema sensible, debido a las implicaciones personales, profesionales y legales que puede tener. Varios investigadores afirman que más del 90% de los suicidados adultos tiene una enfermedad mental (2-4).

El suicidio dentro de las instalaciones psiquiátricas hospitalarias es un hecho que, si bien es infrecuente, tiene un impacto enorme. Dada la ocurrencia de uno en una clínica psiquiátrica en Bogotá, hubo reuniones para estudiar el hecho. Inicialmente, los participantes recordaron otros eventos y se planteó la necesidad de consignar los casos y tratar de entenderlos buscando

patrones comunes. Se invitaron a participar a las más importantes instituciones psiquiátricas y a las unidades de salud mental de hospitales generales. En este artículo se presentan los casos aportados por siete instituciones psiquiátricas de cinco ciudades de Colombia

Definiciones

El suicidio se ha definido como un “acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (5). Se ha diferenciado el intento de suicidio de la tentativa de suicidio. En el intento existe intencionalidad suicida, pero que por impericia o por fallas en los métodos usados no se logra (5); en la tentativa, por otra parte, no existe la voluntad de morir y ha sido entendida como un método de pedir ayuda o lograr un beneficio. Algunos suicidios se presumen que fueron tentativas o conductas parasuicidas.

Dadas las definiciones no siempre coincidentes acerca del suicidio, consideramos que debemos excluir las causas asociadas, las intenciones expresadas o el conocimiento del sujeto sobre los métodos. Para el presente estudio tomaremos como suicidio el acto de autoaniquilación que lleva a la muerte, independientemente de la calificación de la intencionalidad o voluntad. Para ello encontramos útiles las definiciones propuestas por Boves, González y Sáiz (6):

- *Acto suicida*: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- *Suicidio*: muerte que resulta de un acto suicida.
- *Intento de suicidio*: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

En Colombia tenemos un antecedente legal de importancia y es una acción de tutela contra el Hospital Federico Lleras, de Ibagué (en el expediente 73001-23-31-000-1995-2129-01, del Consejo de Estado, del 11 de abril 2002), referente a una menor de edad quien se suicidó en la Unidad de Salud Mental donde era atendida. En el expediente se consignó falla del servicio hospitalario, falla del servicio de vigilancia y protección, además de que se adujo que no se podía invocar autonomía personal en eventos de suicidio, que se debe resguardar la seguridad personal [sic] y que existe la obligación de vigilar al enfermo mental. La normatividad colombiana hace hincapié en la vigilancia y la protección del paciente en custodia en la institución de salud.

En Colombia, según la Resolución 1446 de 2006, referente a la garantía de la calidad en salud, en el anexo técnico, se clasifican los hechos de la siguiente forma:

Evento adverso: lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las

cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente, pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no calidad. A su vez, el evento adverso se clasifica en:

- Evento adverso no prevenible: resultado negativo de la atención que no puede ser prevenido dado el estado actual del conocimiento.
- Evento adverso prevenible: llamado *medical error* en cierta literatura; es un resultado negativo de la atención prevenible con el estado del conocimiento médico.

Error o falla: uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado (error de planeación) o falla en completar una acción como estaba planeada (error de ejecución). Causados por acción (“hacer lo que no había que hacer”) u omisión (“no hacer lo que había que hacer”). Es un concepto, acción o juicio equivocado.

Evento adverso centinela: evento adverso donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente y que requiere tratamiento continuo o un cambio de estilo de vida.

Complicación: evento adverso relacionado con el procedimiento, carácter previsible pero inevitable.

Indicio de error: conocido como *adverse event trigger*, sugiere que se ha cometido un error durante el proceso de atención de un paciente, que puede o no causar un evento adverso.

Seguridad: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en hallazgos científicamente probados que propendan por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Decreto 1011 de 2006). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), seguridad es la ausencia de un daño accidental (1).

Reporte de eventos adversos en salud mental

EPIDEMIOLOGÍA

Si tomamos las proyecciones de la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica, aunque se calcula que aproximadamente 30 millones estarían en riesgo de tener tales conductas, pese a que no busquen atención médica (5).

El suicidio es un problema de importancia en salud pública, tiene implicaciones médico-legales importantes, más si ocurre durante la atención psiquiátrica (3). En Estados Unidos e Inglaterra, entre el 5% y el 6% del total de los suicidios ocurren en el hospital, y en Suecia se ha reportado hasta el 11% (7,8).

Si bien la edad avanzada aparece como un predictor significativo de suicidio en varios estudios con promedios de edad entre 45,1 y 56 años (9-12), la percepción del público se ha centrado en el riesgo de suicidio en la adolescencia. Según el sexo, el riesgo de suicidio en la población general es mayor en hombres (1,10,12-14), aun cuando algunos estudios con poblaciones clínicas han encontrado que puede haber una mayor proporción de suicidios entre las mujeres (11,15).

Algunas variables son objeto de discusión. Así, por ejemplo, se ha considerado que la religión está asociada como factor protector (16), mientras que en otros estudios la consideran factor de riesgo (17). La búsqueda de factores de riesgo ha incluido, por ejemplo, la temperatura ambiental (18,19).

SUICIDIO INTRAHOSPITALARIO

Se ha calculado una tasa de suicidio de 279 pacientes psiquiátricos por cada 100.000 habitantes; entre tanto, la tasa para la población general está en 12 por cada 100.000 habitantes (20). De acuerdo con ello, la tasa de suicidio ajustada a la población hospitalizada es mayor que la presentada en la población general (21).

Por lo tanto, el riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos será diferente según variables como el diagnóstico, la edad, el sexo, la ocupación y el ser paciente ambulatorio u hospitalizado. Cabe anotar que pese

a que una persona puede tener todas las variables asociadas con riesgo de suicidio, lo más probable es que no lo haga.

Respecto a las características de los suicidios en relación con la hospitalización, se ha identificado que ocurren temporalmente en dos picos: durante el primer mes y en el periodo posterior al primer año de estancia hospitalaria (21,22), aunque generalmente asociamos el suicidio sólo con el paciente con síntomas agudos.

SUICIDIO EN CÁRCELES

Otras instituciones que han merecido atención para el fenómeno del suicidio han sido las prisiones (23). Tras un incremento de suicidios en cárceles de Argentina, se asoció el fenómeno con la “imitación” o “contagio”, conceptos ya clásicos de Durkheim (24) que cuestionan el abordaje psiquiátrico del suicidio como una patología o una problemática epidemiológica.

El tema del suicidio en cárceles se presenta con mayor impacto en la población general, en parte por la percepción de riesgo menor en la población carcelaria que en la psiquiátrica y en parte por el riesgo percibido de ser preso, ya que “uno de cada ochenta bonaerenses estará o habrá estado preso en el año 2022...” (24). Los suicidios son la primera causa no natural de defunción en prisiones, pues se calcula que por cada muerto en la calle hay 17 en las cárceles (25).

El suicidio en las prisiones y en otras “instituciones totales”, si bien tiene puntos en común respecto a la internación en contra de la voluntad y del control y vigilancia sobre la persona, parece diferir según el riesgo individual. Como factores de riesgo de suicidio en prisiones se han propuesto la presencia de enfermedad mental y la violencia del delito (23), aunque también variables como el aislamiento.

Prevención

Se considera que la hospitalización controla el riesgo de suicidio, a través de tres mecanismos (22):

- Induciendo la mejoría del padecimiento mediante su adecuado tratamiento.
- Reduciendo la disponibilidad de métodos.
- Manteniendo vigilancia continua del comportamiento.

Factores de riesgo

De acuerdo con el *Diccionario de la lengua española*, el riesgo es la contingencia o proximidad de un daño (26) o la oportunidad de que se presente un desenlace; no obstante, dicho riesgo puede ser prevenible o no prevenible. En psiquiatría se tiene un abordaje de riesgo en el paciente con manejo institucional, ya sea el riesgo de caída, evasión, agitación o suicidio, y frecuentemente se consigna el riesgo como alerta en la historia clínica.

Si bien se plantea el riesgo de suicidio como práctica clínica, el riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos es difícil de evaluar (11), debido a factores como la baja tasa de suicidios efectivos, los problemas de los falsos positivos o negativos, la sensibilidad y la especificidad de las escalas utilizadas. También está la extrapolación de resultados de intentos de suicidio a suicidio consumado, cuando sabemos que se trata de dos fenómenos diferentes.

El tener diagnóstico de enfermedad mental incrementa la ideación suicida (27): el trastorno depresivo mayor (TDM) lo aumenta 20 veces; el trastorno afectivo bipolar (TAB), 15 veces; la distimia, 12 veces; los trastornos adaptativos, 14 veces; el trastorno de ansiedad, 10 veces; la esquizofrenia, 8,5 veces; los trastornos de la personalidad, 6 veces, y el abuso de sustancias, 6 veces. En varios estudios de seguimiento después de un intento de suicidio a cinco años se documentó que alrededor del 50% de las víctimas de suicidio morían dentro de los 12 meses siguientes (11).

Se han tratado de evidenciar factores de riesgo de suicidio dividiéndolos en aquellos dependientes del paciente, del ambiente, etc., incluso existe un estudio del impacto de los suicidios asociados al aumento de la temperatura ambiental (18). Según Arfbach y cols. (28), aun en los estudios rigurosos, con grupos de alto riesgo según factores que tradicionalmente se han asociado con el

suicidio, no se lograron identificar los casos individuales de forma precisa (3,29). Appleby (30) manifiesta que la falta de predicción de riesgo de suicidio individual probablemente suceda porque muchas variables que se correlacionan con el suicidio también lo hacen con la enfermedad mental.

Evaluación del riesgo

El riesgo de suicidio se ha tratado de establecer de forma objetiva según escalas, como las de ideación suicida de Plutchik y de Beck para depresión o la llamada SAD PERSONS (31). Niméus anota que si bien se han desarrollado varias escalas para riesgo de suicidio, ninguna se ha adoptado de modo general, probablemente a causa de que se centran en una dimensión (11) que, por lo general, es de naturaleza clínica (por ejemplo: desesperanza, ideación suicida o depresión) y no tienen en cuenta la complejidad del suicidio; además, están las dificultades de diseño de estudio y validación.

Como parte de la crítica se anota que existen variables desconocidas e incontrolables que contribuyen a su aparición; además de que aún tiene una tasa baja en la población determinada como de alto riesgo, lo cual dificulta su estudio estadístico y clínico. Así mismo, existen implicaciones éticas que obligan a considerar la intervención ante el riesgo probable, dado que el desenlace es la muerte de la persona y se pre-

senta gran variabilidad (intergrupo e intragrupos).

Planteamiento del estudio

El suicidio intrahospitalario es un evento infrecuente, pero de gran impacto institucional, mediático, familiar y legal; sin embargo, hasta el momento no hay un estudio en nuestro medio que aborde esta problemática. Por ello, existe una necesidad de estudiar y analizar estos casos para realizar, de ser posible, un abordaje preventivo y mejoras en los procesos de atención de pacientes con riesgo de suicidio.

Materiales y métodos

Tipo de diseño: serie de casos multicéntrica, con determinación de variables demográficas y clínicas y evaluación a posteriori del riesgo de suicidio mediante la calificación de la escala SAD PERSONS.

Lugar: cinco ciudades de Colombia (Bogotá, tres capitales de departamento y una ciudad no capital).

Instituciones participantes: clínicas psiquiátricas privadas.

Total de camas psiquiátricas de las instituciones participantes: 1.156.

Desenlaces: se tomaron todos los casos de suicidio ocurridos dentro de las instituciones participantes y registrados en el período 1998-2007. Se diseñó un formato de registro de datos (Tabla 1), el cual incluye va-

riables demográficas, diagnósticos, clínica y factores de riesgo en cada caso según la escala SAD PERSONS (Tabla 2).

Cada respuesta positiva se puntuó con uno: 0 a 2: poco riesgo; 3 a 4: debe hacerse seguimiento; 5 a 6: considerar hospitalización psiquiátrica; 7 a 10: alto riesgo debe hospitalizarse.

Variables de estudio: sexo, edad, estado civil, religión, condición social, ocupación, procedencia, orientación sexual, crisis biológicas, antecedentes tóxicos, enfermedad debido a condición médica general, trastorno mental, comportamiento suicida previo, hospitalizaciones psiquiátricas previas, método (disponibilidad), estresores, historia familiar, reacción del entrevistador, alteraciones sensoperceptivas, ideas obsesivas, ideas delirantes, plan suicida organizado, red de apoyo social, hora del evento, lugar, método, tiempo desde la última valoración escrita en la historia clínica, verbalización previa, actividad previa, “aviso” y presencia de nota o carta. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas.

Consideraciones éticas: se sometió el estudio a un comité de investigación institucional, y debido a que no hubo intervención, no se consideraron conflictos éticos. Los casos se registran según un consecutivo de registro e institución. No se identifican las instituciones participantes ni los pacientes.

Tabla 1. Factores asociados con riesgo de suicidio (9)

| Variables | Categoría de riesgo alto |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Género | Hombre |
| Edad | Grupo de 21 a 30 años de edad |
| Estado civil | Soltero Separado Viudo Divorciado |
| Condiciones socioeconómicas | Estrato social bajo |
| Ocupación | Desempleado |
| Procedencia | Urbana |
| Orientación sexual | Ha sido variable |
| Crisis biológicas | Pubertad Climaterio Gravidez |
| Antecedentes tóxicos | Abuso de alcohol y sustancias |
| Enfermedad debido a condición médica general | Crónica Atención médica en los últimos seis meses Epilepsia del lóbulo temporal Enfermedades deteriorantes, incapacitantes, de mal pronóstico y con dolor intenso |
| Trastornos mentales | Trastornos afectivos Trastornos de la personalidad |
| Comportamiento suicida | Intento previo Ideación suicida frecuente, intensa y prolongada |
| Hospitalizaciones psiquiátricas previas | El riesgo aumenta con el número de hospitalizaciones |
| Método | Disponible |
| Comportamiento social | Aislamiento Soledad |
| Estresores | Pérdida de figuras significativas Problemas financieros y legales Violencia familiar, etc. |
| Reacción del entrevistador | Negatividad del entrevistador hacia el paciente |

Tabla 2. Escala SAD PERSONS (9)

| | |
|---|-------------------------------------------------------------------|
| S | Sexo: los hombres se suicidan y las mujeres hacen más intentos |
| A | Edad: el riesgo aumenta con la edad |
| D | Depresión especialmente con desesperanza |
| P | Intentos previos especialmente si han sido potencialmente letales |
| E | Abuso de etanol |
| R | Pérdida del pensamiento racional alucinaciones u obsesiones |
| S | Soporte social deficiente |
| O | Plan organizado |
| N | Ausencia de compañero o compañera |
| S | Enfermedad |

Resultados

Se encontraron 12 casos de suicidio intrahospitalario en las instituciones participantes en el período 1998-2007, tal como se muestra en la Figura 1 y en la Tabla 3.

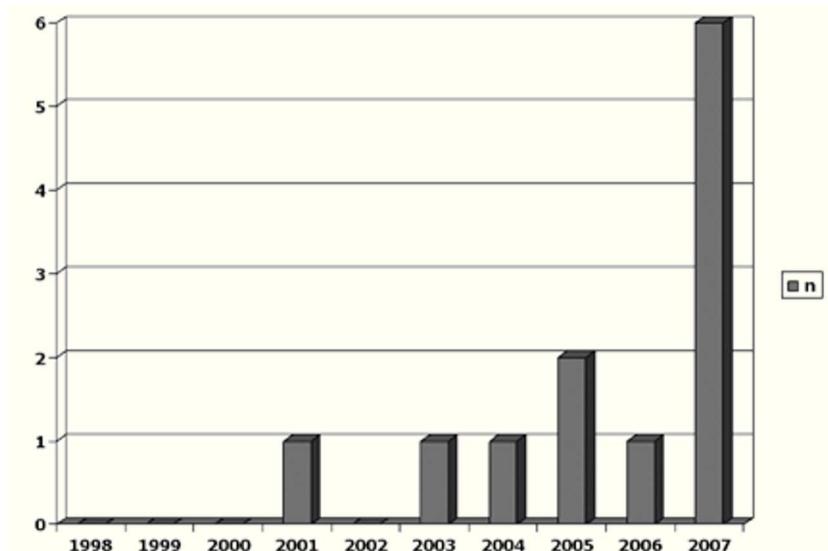
La distribución por año de ocurrencia muestra un aumento de casos, 50% de ellos (5) ocurrieron en el 2007, en los tres primeros años del estudio no hubo casos de suicidio en las instituciones participantes. Se calcularon las tasas de ocurrencia de suicidio al relacionar los suicidios con el total de egresos hospitalarios para cada institución por año, y es de anotar que muchas instituciones no tuvieron los datos para todos los años de estudio, por lo cual se calcularon las tasas en los años de ocurrencia de eventos.

Tasas: debido a múltiples datos perdidos, no se pudieron calcular las tasas para cada año; sin embargo, para el 2007, en el cual ocurrió la mitad de los suicidios presentados, se calculó una tasa de 0,66 por cada 1.000 egresos hospitalarios.

Variables del paciente

Edad: el promedio de edad de los suicidas fue de 36,42 años (rango entre 24 y 63 años). Por sexo, la muestra estuvo conformada por siete hombres (58,3%) y cinco mujeres (41,7%). **Estado civil:** se estableció que tenían unión vigente cinco casos (58,3%) y sin unión vigente, siete casos (41,7%). **Religión:** falta el registro de religión en ocho casos (66,7 %) y sólo cuatro tenían anotados los datos de religión. **Estrato**

Figura 1. Suicidio en clínicas psiquiátricas, 1998-2007



socioeconómico: no se disponen de datos en dos casos (17%). Estrato alto: ningún caso; estrato medio: seis casos (50%), y estrato bajo: cuatro casos (33%). *Ocupación:* cinco casos eran empleados, cinco casos eran desempleados, un caso era de un estudiante y un caso era de un pensionado. En cuanto a *orientación sexual*, no hay datos disponibles en tres casos y en los nueve casos restantes se había consignado orientación heterosexual. Se documentaron antecedentes tóxicos en tres casos, uno de ellos con tabaquismo. No hubo datos de antecedentes tóxicos en nueve de ellos (75%).

En el eje I hay 11 casos con diagnóstico, y en un caso no se dispuso de este dato. Pese a pesquisa de la historia clínica, no se pudo establecer el dato no consignado. Según diagnósticos del eje II, éstos se presentaron en dos casos (17%) y uno hubo "rasgos de personalidad". En eje III no hubo diagnóstico en 10 casos y sí en dos (17%). Entre tanto, en el eje IV se anotan diagnósticos en dos casos, en uno no hay diagnóstico en este eje y en nueve no hubo datos disponibles.

Según el comportamiento suicida previo, hubo intentos de suicidio anteriores en ocho casos (67%), con un rango de uno a once; en tres casos (25%) no hubo intentos previos y en un caso no se pudo determinar si existió intento anterior. En hospitalizaciones psiquiátricas previas se documentaron siete casos con hospitalizaciones anteriores (58%)

y cinco tenían un primer ingreso (42%).

Para la presencia de trastornos sensoperceptivos el día del suicidio, en tres casos se documentaron alteraciones sensoperceptivas y en nueve, no. Presencia de ideas obsesivas no existían en 10 casos, en uno estaban presentes y en otro no fue posible corroborar este dato. En cuanto a ideación delirante, se confirmó en cuatro casos, no hubo ideación delirante en siete y en un caso no se pudo determinar su existencia o ausencia. Se documentó plan suicida organizado en tres casos, en siete no había registro de tal plan y en dos casos no estaban disponibles datos para descartar su presencia.

La red de apoyo familiar fue descrita como existente en cinco casos (42%), como pobre en cuatro (33%), como no existente en dos (17%) y sin datos en un caso (8,3%).

Método de suicidio

La actividad previa fue caracterizada como normal en cuatro casos; dos pacientes dormían durante la evaluación previa del personal de la clínica, un caso fue determinado como actividad sospechosa, dada ansiedad previa, y dos pacientes recibieron llamada de familiares (17%). En tres casos no se anotó actividad previa. Ocho pacientes no verbalizaron la intencionalidad suicida; en cuatro casos no hubo datos disponibles en las historias (Tabla 3).

Tabla 3. Características de pacientes con suicidio intrahospitalario

| Paciente | Sexo | Edad | Estado civil | Religión | Estrato socioeconómico | Ocupación | Procedencia | Orientación sexual | Crisis biológicas | Antecedentes tóxicos |
|----------|------|------|--------------|----------|------------------------|-------------|-------------|--------------------|-------------------|----------------------|
| 1 | F | 63 | Viuda | Sin dato | Medio | Desempleada | Urbana | Heterosexual | No | No |
| 2 | M | 51 | Casado | Sin dato | Medio | Pensionado | Urbana | Heterosexual | No | No |
| 3 | M | 35 | Separado | Sin dato | Medio | Desempleado | Urbana | Heterosexual | No | No |
| 4 | F | 24 | Soltera | Sí | Bajo | Empleada | Urbana | Heterosexual | No | No |
| 5 | M | 24 | Soltero | Sin dato | Bajo | Desempleado | Urbana | Heterosexual | No | Sí |
| 6 | M | 37 | Casado | Sí | Medio | Empleado | Urbana | Heterosexual | No | No |
| 7 | F | 36 | Soltera | Sin dato | No datos | Empleada | Urbana | No hay datos | No | No |
| 8 | M | 32 | Soltero | Sin dato | No datos | Desempleado | Urbana | No hay datos | No | Sí |
| 9 | F | 20 | Soltera | Sí | Medio | Empleada | Urbana | Heterosexual | No | No |
| 10 | F | 21 | Soltera | Sin dato | Medio | Estudiante | Urbana | Heterosexual | No | No |
| 11 | M | 60 | Casado | Sin dato | Medio | Empleado | Urbana | Heterosexual | No | No |
| 12 | M | 36 | Soltero | Sin dato | Bajo | Desempleado | Urbana | No hay datos | No | No |

| Enfermedad debido a condición médica general | Trastornos mentales | Comportamiento suicida previo | Hospitalizaciones psiquiátricas previas | Estresores | Historia familiar | Red de apoyo social |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------|
| No | Depresión recurrente | 1 | 1 | Muerte de familiar, hijo discapacitado | Depresión hermano | Pobre |
| No | No registrado | Ideación previa a hospitalización | 0 | Judiciales | ... | Sí |
| No | Trastorno depresivo mayor Rasgos personalidad Cluster B y C | 1 y 1 gesto | 0 | Económicos-familiares y de pareja | ... | Pobre |
| No | Trastorno psicótico no especificado Episodio depresivo | 1 | 0 | Económicos-familiares y de pareja | Padre alcohólico | Pobre |
| No | Trastorno afectivo bipolar Trastorno de personalidad límite | 11 | 2 | Familiares y de pareja | Prima suicida | Pobre |
| No | Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos | 2 gestos suicidas con arma de dotación | 1 | Laborales | ... | Buena red de apoyo familiar, pobre red de apoyo laboral |
| No | Episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos | 0 | 0 | No | ... | No hay información |
| No | Farmacodependencia | 0 | 1 | Indigencia | ... | Nula |
| No | No registrado | 1 | 0 | Pelea con novio | ... | Sí |
| Intolerancia a la insulina | Depresión mayor | 1 | 1 | Problema de pareja | ... | Si |
| No | TAG | 0 | 1 | No | ... | Sí |
| No | Episodio psicótico agudo | 2 | 0 | No | ... | Nula |

Tabla 4. Características asociadas al método de suicidio empleado

| Caso | Comportamiento suicida previo | Hora | Lugar | Método | Verbalización previa | Actividad previa | Informe o aviso | Presencia de nota o carta | Disponibilidad del método |
|------|-----------------------------------------|-------------|------------------|------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|---------------------------|
| 1 | 1 | 11:30 p. m. | Baño | Ahorcamiento con cordón | No | Normal; se describe mejoría | No | No | No |
| 2 | Ideación previa a hospitalización | 8:20 a. m. | Habitación | Herida cardiaca autoinfligida con espejo | No | No hay datos | No | No | No |
| 3 | 1 y 1 gesto | 1:15 p. m. | Baño | Ahorcamiento | No | Normal. | No | No | No |
| 4 | 1 | 1:10 p. m. | Baño | Ahorcamiento | No | Normal; en comunicación con enfermería. Refirió deseo de llamar y salir de la institución | No | Sí | No |
| 5 | 11 | 7:15 p. m. | Unidad de agudos | Ahorcamiento con tela de inmovilizador | ... | Normal | No | No | No |
| 6 | 2 gestos suicidas con arma de do-tación | 6:15 a. m. | Unidad de agudos | Ahorcamiento con tela de inmovilizador | ... | Dormido | No | No | Sí, arma |
| 7 | 0 | 7:00 a. m. | Habitación | Ahorcamiento con sábana | ... | No hay datos | No | No | No |

| Caso | Comportamiento suicida previo | Hora | Lugar | Método | Verbalización previa | Actividad previa | Informe o aviso | Presencia de nota o carta | Disponibilidad del método |
|------|-------------------------------|-------------|------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|---------------------------|---------------------------|
| 8 | 0 | 5:30 p. m. | Unidad de agudos | Ahorcamiento con sábana | ... | No hay datos | No | No | No |
| 9 | 1 | 2:00 p. m. | Baño | Ahorcamiento con pañuela | Llamó al novio a decirle que todo se iba a solucionar, estuvo muy sociable con otros pacientes, riéndose | Llamó al novio | No | No | No |
| 10 | 1 | 10:00 p. m. | Habitación | Ahorcamiento con inmovilizador | No | Dormida | No | No | No |
| 11 | 0 | 5:00 a. m. | Habitación | Ahorcamiento con sábanas | No | Ansiedad | No | No | No |
| 12 | 2 | 10:00 a. m. | Unidad de agudos | Ahorcamiento con cordones de zapatos | No | Normal | No | No | No |

En los 12 casos no hubo aviso previo o comentario del paciente de la intención suicida. En un caso se encontró posterior al suicidio una nota escondida por el paciente. Los 11 casos restantes no tuvieron nota o carta. El método de suicidio fue ahorcamiento en 11 casos, tres de ellos (25%) con material de inmovilización, otros tres casos con sábanas, dos con cordones y uno con bufanda y en dos casos no pudo establecerse el material utilizado. Un caso presentó una herida torácica con un espejo roto (Tabla 4).

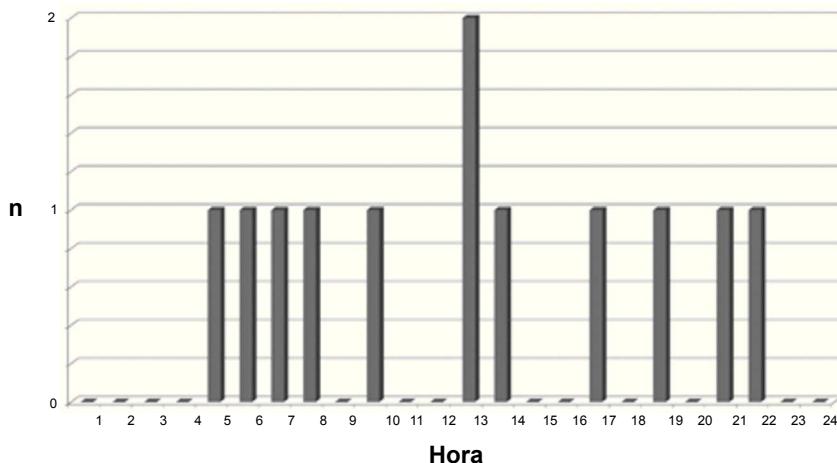
En cuanto a la hora de ocurrencia del suicidio, se dividió el día en tres jornadas: de las 6:00 a. m. a las 12:59 p. m. ocurrieron cuatro casos (33%); de la 1:00 p. m. a las 6:59 p. m., dos casos (17%), y de las 7:00 p. m. a las 5:59 a. m., seis casos (50%). Así, la mitad de los casos se presentaron durante el turno nocturno. En la muestra no se

observaron muertes entre las 11:00 p. m. y las 04:00 a. m., por ello existe la percepción de la coincidencia de algunas muertes con los cambios de turno de personal y horarios de visitas. Cuatro de las muertes (25%) ocurrieron entre las 5:00 a. m. y las 8:20 a. m. (Figura 2).

Algunos de los elementos utilizados como método suicida fueron introducidos por el paciente subrepticiamente, otros fueron sustraídos a familiares; además, se utilizaron sábanas de dotación de cada habitación e, incluso, materiales de la inmovilización, los cuales se usaron precisamente ante el riesgo de suicidio detectado.

El lugar del suicidio estuvo en unidades de cuidado agudo en dos casos (17%), donde los pacientes permanecían por riesgo; en la habitación del paciente, seis casos (50%), y en el baño, cuatro casos (33%). El sitio donde ocurrió el suicidio: en cuatro

Figura 2. Suicidio según hora del día



casos fue la habitación (33%); en otros cuatro casos, el baño (33%), y en cuatro casos, en las unidades de cuidado agudo psiquiátrico.

Al menos tres de los pacientes tuvieron gestos o intentos de suicidio durante la crisis, lo que motivó la hospitalización índice. Se documentó en un caso 11 intentos de suicidio previo.

Variables del entorno

Hay presencia de estresores en 10 pacientes al momento de la hospitalización, como se anota en la Tabla 3, aparte de los propios de la enfermedad mental. En cuanto a historia familiar, se aprecian antecedentes en tres pacientes, con reporte de depresión, alcoholismo y suicidio en familiar; en un caso no hubo reporte de antecedentes familiares y en los ocho casos restantes no se tienen datos.

Respecto a la reacción del entrevistador, tal como está consignada en la historia, sólo en un caso se escribió antes del suicidio advertencia sobre riesgo suicida y en un caso explicitamente que no había ideación suicida; en los 10 casos restantes no hay comentarios en evolución médica el día del suicidio.

Con la aplicación de la escala de SAD PERSONS se hubiera determinado riesgo alto de suicidio en sólo un caso, se hubiera recomendado considerar la hospitalización en tres casos, realizar seguimiento en siete casos y riesgo bajo en un caso (Tabla 5).

Tabla 5. Riesgo según la escala de SAD PERSONS post hoc

| Caso | Puntaje | Riesgo |
|------|---------|----------------------------|
| 1 | 4 | Seguimiento |
| 2 | 5 | Considerar hospitalización |
| 3 | 3 | Seguimiento |
| 4 | 5 | Considerar hospitalización |
| 5 | 2 | Poco |
| 6 | 3 | Seguimiento |
| 7 | 5 | Considerar hospitalización |
| 8 | 7 | Alto |
| 9 | 3 | Seguimiento |
| 10 | 3 | Seguimiento |
| 11 | 3 | Seguimiento |
| 12 | 3 | Seguimiento |

Discusión

Las limitaciones principales del estudio fueron la reconstrucción de datos, la existencia de datos perdidos (con falta de datos relevantes en los registros clínicos) y el número reducido de sujetos, tal como ha sucedido en otros en estudios que han abordado el riesgo de suicidio en la población psiquiátrica (28).

Es de anotar que hubo instituciones que no suministraron datos de egresos hospitalarios, a pesar de haber expresado que no tuvieron suicidios en el período de estudio; esas instituciones fueron excluidas. Otras instituciones no respondieron al llamado y algunas que expresaron su deseo de trabajar sobre el tema, no asistieron a las reuniones programadas, lo cual consideramos

que se trata de una respuesta a un tema difícil, donde el celo sobre la información suministrada y el temor al posible cuestionamiento acerca de los casos presentados pudiera estar presente.

El incremento de suicidios en clínicas psiquiátricas para el 2007 no pudo ser establecido por variables dependientes del contexto social, institucional, normatividad en salud o incremento de casos de riesgo. No hubo cambios importantes en las instituciones participantes que explicaran el incremento reportado de suicidios; además, la búsqueda de variables que explicaran los suicidios intrahospitalarios se centró en variables dependientes del paciente (Tabla 6).

El suicidio intrahospitalario ocurrido en la muestra excede la vigilancia posible sobre los casos detectados. Ocurrió tanto en áreas de cuidados agudos como en habitaciones. Los casos presentados excedieron los protocolos de vigilancia de cada institución. Llama la atención en la muestra que el 25% de los casos presentados haya ocurrido con material de inmovilización, el cual busca precisamente disminuir el riesgo de autoagresión.

La objetivación del riesgo suicida por medio de la escala SAD PERSONS sólo alertó de un caso como de riesgo alto de suicidio, lo cual nos lleva a pensar que el uso de escalas, si bien puede ser necesario para volver objetiva una percepción sobre el riesgo, no sustituye el juicio clínico.

Acerca de la posibilidad de intervenir sobre el riesgo de suicidio, en la muestra observada se encontraron variables no intervenibles desde el sistema de salud. Los problemas psiquiátricos encontrados en la muestra no se limitaron a trastornos del afecto y esquizofrenia, los cuales han sido descritos como de riesgo mayor.

En la muestra presentada, en el 2007, año con mayor presentación de casos (seis), la tasa fue de 66,67 por cada 100.000 egresos, más baja que la presentada en la literatura (de 279 por cada 100.000) (20), lo cual nos hace pensar que en los años previos las tasas fueron aún menores.

Debido al tamaño de la muestra y a las características de las instituciones participantes, se trata de una aproximación al fenómeno del suicidio intrahospitalario, que si bien señala un incremento de casos en los últimos años del estudio, requiere una evaluación en años siguientes. Tal situación no parece relacionarse con fenómenos socioeconómicos, ni con el fenómeno observado en cárceles, de suicidio por imitación (24,25).

Se debe anotar que la información se obtuvo de los registros clínicos, por lo cual existieron muchos datos "perdidos" y se presentaron como tales. No hubo una reconstrucción a posteriori de lo encontrado. Por los registros insuficientes, se evidencian dificultades para conseguir los datos relevantes en esta investigación.

Tabla 6. Variables asociadas a riesgo alto de suicidio en la muestra

| Variables | Categoría de riesgo alto | En la muestra riesgo alto |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Género | Hombre | 7 (58,3%) |
| Edad | Grupo de 21 a 30 años de edad | 3 (25,0%) |
| Estado civil | Soltero Separado Viudo Divorciado | 7 (58,3%) |
| Condiciones socioeconómicas | Estrato social bajo | 4 casos (33,3%), en 2 casos no fue disponible este dato |
| Ocupación | Desempleado | 5 (41,7%) |
| Procedencia | Urbana | 12 (100%) |
| Orientación sexual | Ha sido variable | ... |
| Crisis biológicas | Pubertad Climaterio Gravidez | 0 |
| Antecedentes tóxicos | Abuso de alcohol y sustancias | 2 (16,7%) |
| Enfermedad debido a condición médica general | Crónica Atención médica en los últimos seis meses Epilepsia del lóbulo temporal Enfermedades deteriorantes, incapacitantes, de mal pronóstico y con intenso dolor | 2 (16,7%) |
| Trastornos mentales | Trastornos afectivos Trastornos de la personalidad | 8 (66,7%) |
| Comportamiento suicida | Intento previo Ideación suicida frecuente, intensa y prolongada | Intentos previos en 8 casos (66,7%) |
| Hospitalizaciones psiquiátricas previas | El riesgo aumenta con el número de hospitalizaciones | 7 (58,3%) |
| Método | Disponible | 1 (8,3%) |
| Comportamiento social | Aislamiento Soledad | No determinado |
| Estresores | Pérdida de figuras significativas Problemas financieros y legales Violencia familiar, etc. | En eje IV se anotan diagnósticos en 2 casos (16,7%) |
| Reacción del entrevistador | Negatividad del entrevistador hacia el paciente | No anotado |

En cuanto a las variables del paciente, podemos anotar que en la muestra el suicidio intrahospitalario psiquiátrico tuvo una distribución similar según el sexo: siete hombres (58,3%) y cinco mujeres (41,7%). No obstante, dado el tamaño de la muestra, no se puede confirmar una mayor tasa en hombres, pero no confirma lo observado en otros estudios, donde hubo más suicidios institucionales en mujeres (11,15). Llama la atención que en la muestra predominó la presencia de uniones conyugales vigentes. Los datos del estrato socioeconómico muestran un rango amplio en los casos presentados, en tanto que la ocupación de los sujetos mostró una alta proporción de desempleados.

El promedio de edad de los suicidados en la muestra fue de 36,42 años (rango 24 a 63 años), menor que en reportes previos (9-12). No se documentaron crisis biológicas en la muestra presentada; pero faltó el registro de la orientación sexual.

No fue clara la diferencia en algunos casos de abuso y dependencia a sustancias, y si bien se incluyeron datos de tabaco, no los datos de medicación, por ejemplo. Aunque se ha manifestado que como estrategia de prevención del suicidio está el tratamiento de los trastornos depresivos (32), no puede limitarse a esta patología, según los datos de la muestra presentada.

En cuanto a la presencia de intentos de suicidios previos, se documentaron entre uno y once, lo cual indica que un intento previo no parece

disminuir el riesgo, más bien parece aumentarlo, al menos para la población psiquiátrica institucional.

Método de suicidio

Aunque el método de suicidio se refiere a la posibilidad de acceder a armas de fuego, medicaciones, etc., se observa que todos los pacientes analizados tuvieron acceso a elementos con los cuales realizaron el acto, como son bufandas, cordones de zapatos, etc. Un paciente tenía acceso a un arma de dotación, pero no cometió el acto con dicho instrumento. No se pudo evaluar la asociación de los suicidios con cambios de turno, visitas, etc.

Así mismo, hubo dificultad para caracterizar los servicios de las diferentes instituciones de forma unificada, por lo cual se presentaron los casos, como los ocurridos en las unidades de cuidado agudo o similares, habitaciones o baños, pero no se hizo una descripción de cada dispositivo.

Intrahospitalariamente se usaron diversos métodos de ahorcamiento (11 casos) y un caso utilizó un objeto cortante (vidrio). Con el material de inmovilización se produjeron tres suicidios (25%) de las muertes. En ninguno de los datos pudo documentarse la existencia de alerta o situación precipitante.

Escala

Existen críticas a las escalas utilizadas para evaluar el riesgo de

suicidio, pues su propósito específico no es definir el riesgo de suicidio intrahospitalario (33). En nuestra muestra la escala usada (SAD PERSONS) presentó un bajo poder predictivo. Así, la determinación del riesgo de suicidio de la población psiquiátrica hospitalizada debe tener en cuenta que el riesgo no es una categoría fija, si bien algunos de los ítems de las escalas pueden no ser modificables o susceptibles de intervención. El riesgo es un fenómeno multideterminado y complejo, que aun cuando puede detectarse, no siempre es posible abordarlo desde la institución psiquiátrica.

Conclusiones

El Tequendama es el sitio preferido por los suicidas quizás porque haya algo hipnótico en el lecho de plumas de espuma que surge entre las rocas. Para evitar los suicidios, siempre hay un policía que guardia con un perro. Se sienta solitario en un refugio con techo de palma, y con un par de esposas colgando del cinturón. Los paseantes le preguntaron si él detectaba entre la gente quien se iba a suicidar, a lo que respondió que casi siempre y si él no acertaba lo hacia el perro. El suicida por lo general cuando forcejeaba con el agente trataba de irse con él.

Christopher Isherwood

El estudio muestra limitaciones debido al tamaño de la muestra, a

datos faltantes en los registros y a que la aplicación de la escala de riesgo de suicidio se aplicó a posteriori. Pese a ello, podemos afirmar que no parece existir un perfil de riesgo que explique el fenómeno en la institución psiquiátrica y que el hecho parece ser diferente de aquel que ocurre en población no psiquiátrica y ambulatoria.

La tasa calculada para el 2007, año en el cual ocurrieron la mitad de los suicidios presentados (5), fue de 0,66 por cada 1.000 egresos hospitalarios, menor a la reportada en otras muestras (279 por cada 100.000 habitantes para pacientes psiquiátricos) (20,21).

De 12 casos presentados, siete eran hombres y cinco mujeres. El promedio de edad fue de 36,42 años, algo menor a muestras presentadas en la literatura (11,12); siete casos no tenían unión vigente y siete casos no tenían ocupación laboral. Todos los casos tenían procedencia urbana. Ningún caso se asoció con crisis biológicas.

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico, ocho casos presentaron trastornos afectivos y de la personalidad, que han sido referidos como factores de riesgo de suicidio; ocho casos tuvieron intentos de suicidio previo y siete tuvieron hospitalización psiquiátrica previa.

Según el método, el más utilizado fue el ahorcamiento (en 11 casos). Se resalta que tres de ellos (25% de la muestra) se suicidaron con el material de inmovilización que

pretendía controlar este riesgo. No parece haber una agrupación según la hora del día. Los casos ocurrieron en el baño (33,3%), en la habitación del paciente (33,3%) y en la unidad de cuidados agudos (33,3%).

El estudio destaca la importancia de trabajar en las instituciones psiquiátricas en el abordaje de riesgo, reconociendo las limitaciones de intentar predecir el riesgo suicida a la fecha, pues incluso la predicción certera del suicidio es imposible (20). Un abordaje juicioso llevará a implementar medidas preventivas que incluyen la vigilancia más estrecha del paciente con métodos de monitoreo, registro cuidadoso de factores detectados, desarrollo de protocolos de riesgo de suicidio intrahospitalario e intervención sobre riesgos intervenibles.

Se debe mejorar la documentación de los factores de riesgo y las intervenciones ante el riesgo de suicidio detectado, con el seguimiento de casos de suicidio, intento de suicidio y gestos suicidas ocurridos en el interior de las instituciones y fuera de ellas. En el momento, los pocos estudios sobre el tema dificultan tener argumentos sólidos frente a instancias legales respecto a casos de suicidio presentados en los servicios psiquiátricos. Se debe intentar realizar mayor investigación que permita comparar instituciones tanto del sector público como del privado y según el tipo de servicio, incluyendo hospitales día, unidades de salud mental en el hospital gene-

ral, etc., y otro tipo de instituciones (por ejemplo, con cárceles).

Es necesario revisar los métodos usados para controlar el riesgo, como la inmovilización de pacientes, a fin de desarrollar métodos con menor riesgo, reconociendo que su control total es utópico. Sin embargo, mayores controles no deben llevar a excesos —por ejemplo, el no uso de sábanas, cobijas o ropa interior, como se ha propuesto en algunas ocasiones—.

Debemos estandarizar los registros en las historias clínicas, a efectos de tener una mayor posibilidad de realizar estudios multicéntricos que permitan establecer las características y los factores de riesgo para suicidio psiquiátrico intrahospitalario, los cuales parecen diferir de los factores de riesgo para la población general o de otro tipo de instituciones de cuidado. Así mismo, sería útil investigar en unidades de salud mental en el hospital general.

El desarrollo de escalas de riesgo de suicidio intrahospitalario deberá hacerse específicamente para la población hospitalizada, así como deberán redefinirse las variables detectadas en otras escalas, por ejemplo, el método de suicidio en la institución, pues no es aplicable a cualquier caso, y cualquier objeto de uso cotidiano es susceptible de ser empleado y no se refiere a la disponibilidad de armas o tóxicos, como en la población ambulatoria. Por tal razón, es fundamental reconocer la posibilidad de riesgos ocultos al observador.

Finalmente, no hay explicación del “brote” de suicidios presentando en el 2007 en las instituciones participantes, fenómeno que motivó la presente investigación. Nos sentimos obligados a hacer hincapié en la necesidad de investigar aún más un hecho que tiene enormes repercusiones sociales, familiares e institucionales (23).

Agradecimientos

Al Comité Científico de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios; a Lina María González, directora científica de la Clínica de Nuestra Señora de La Paz y de la Clínica San Juan de Dios de Chía; a Jimena Mayorga, directora del Hospital San Rafael de Pasto; a Pilar Jaime, directora de la Clínica Retornar; a Alexandra Valderrama, directora de la Clínica San Juan de Dios de Manizales, y a Miguel Uribe, director científico de la Clínica La Inmaculada de Bogotá.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios. Ginebra: OMS; 2000.
- Murphy GE. The prediction of suicide: why is it so difficult. Am J Psychother. 1984;38(3): 341-9.
- Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. Arch Gen Psychiatry. 1991;48(5):418-22.
- Polvi N. Assessing risk suicide in correctional settings. En: Webster CD, Jackson MA (editors). Impulsivity: theory, assessment, and treatment. New York: Guilford; 1997. p. 278-301.
- García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. Anales del sistema sanatorio de Navarra. [Internet]. 2002 [citado en: 2010 Ene 26];25(Supl3):87-96. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>.
- Bobes García J, González Seijo J, Sáiz Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría Médica. Barcelona: Masson; 1997.
- Busch KA, Clark DC, Fawcett J, Kravitz HM. Clinical features of inpatient suicide. Psych Annals. 1993;23(5):256-62.
- Hirschfeld RMA, Davidson L. Risk factors for suicide. En: Frances AJ, Hales RE (editors). Review of psychiatry. Vol 7. Washington: American Press; 1988.
- Motto J, Heilbron D, Juster R. Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. American Journal of Psychiatry 1985;142(6):680-6.
- Brown L, Bongar B, Cleary K. A profile of psychologist's views of critical risk factors for completed suicide in older adults. Prof Psychol Res Pr. 2004;35(1):90-6.
- Niméus A, Alsén M y Träskman-Bendz L. La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. Eur Psychiatry Ed Esp. 2001;8(1):54-62.
- Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldcare M, Hawton K. Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. Br J Psychiatry. 2000;176:266-72.
- De Leo D. Why are not getting any closer to preventing suicide? Br J Psychiatry. 2002;181:372-4.
- Beck A, Brown G, Berchick R, Stewart B, Steer R. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 1990;147(2): 190-5.
- Stebraj A, Tavcar R y Dernovsek MZ. Predictors of suicide in psychiatric hospital. Acta Psychiatr Scand. 1999;100(5):383-8.
- Maris RW. Suicide. Lancet. 2002;360 (9329):319-26.

17. Pritchard C, Baldwin D. Effects of age and gender on elderly suicide rates in Catholic and Orthodox countries: an inadvertent neglect? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(10):904-10.
18. Page L, Hajat S, Kovats S. Relationship between daily suicide counts and temperature en England and Wales. *Br J Psychiatry*. 2007;191(2):106-12.
19. Hajat S, Kovats RS, Atkinson RW, Haines A. Impact of hot temperatures on death in London: a time series approach. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(5):367-72.
20. Pokorny A. Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(3):249-57.
21. Crammer JL. The special characteristics of suicide in hospital in-patients. *Br J Psychiatry*. 1984;145:460-3.
22. Jiménez Genchi A, Ibarra Alcantar C, Peñaloza García L, Díaz Galvis JL. El suicidio en instituciones psiquiátricas: descripción de dos casos. *MedUNAB*. 2004;7(20):140-3.
23. Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: case control study. *Br J Psychiatry*. 2004;185:494-8.
24. Ganón G. El suicidio en las cárceles. *Pensamiento penal* [Internet]. 2004 Jul. [Citado: 2010 Ene 26]; volumen numero. Disponible en: www.pensamientopenal.com.ar/Elsuicidioenlascárceles3.doc.
25. Centro de Documentación contra la Tortura (Heraldo). Más de 800 presos han muerto en las cárceles en los últimos cinco años [Internet]. Aragón: Tortuga; [Citado: 2010 Ene 26]. Disponible en: <http://www.nodo50.org/tortuga/Mas-de-800-presos-han-muerto-en>.
26. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Madrid: España; 2001.
27. López Salazar FF, López Murguía F, López, S. Ideación suicida en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Rev Argentina Clín Neuropsiq*. 2008;14(3):33-41.
28. Arfbach, K, Planchat, LM, Puevo, AA. Factores de riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos. *Informaciones Psiquiátricas*. 2004;(178):273-277.
29. Hughes D. Can the clinician predict suicide? *Psychiatr Serv*. 1995;46(5):449-51.
30. Appleby L. Suicide in psychiatric patients: risk and prevention. *Br J Psychiatry* 1992;161:749-58.
31. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983;24(4):343-9.
32. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry*. 2000;177:360-5.
33. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22(6):445-51.

Conflictivo de interés: el autor manifiesta que no tiene ningún conflicto de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 28 de enero del 2010
Aceptado para publicación: 2 de mayo del 2010*

Correspondencia

*Ricardo de la Espriella
Clínica Nuestra Señora de La Paz
Calle 13 No. 68F-25
Bogotá, Colombia
rdelae@gmail.com*