

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Sergio Damián Chebar

IMPLICANCIAS MÉDICO-LEGALES DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

2018

Citar como: Chebar. S. D. (2018). Implicancias médico-legales de la evaluación del riesgo de suicidio. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Resumen

El suicidio es un problema sanitario complejo determinado por la biología, la psicología, y el medio social y cultural en el que las comunidades se desarrollan. Con el progresivo avance de las ciencias médicas sobre la vida cotidiana ha pasado a considerarse un fenómeno patológico más que podría evitarse con el diagnóstico y tratamiento adecuado. Esta situación tiene profundas implicancias legales en la medida que frente al mismo suele presumirse algún grado de responsabilidad del psiquiatra al no haber podido evitarlo. Por otra parte, las conductas vinculadas al suicidio abarcan un conjunto heterogéneo de situaciones cuya definición son confusas y mal delimitadas. Objetivo general: Analizar las implicancias médico legales en la evaluación del riesgo de suicidio. Objetivos específicos: 1-Analizar las diversas nomenclaturas asociadas al suicidio, el intento de suicidio y otras conductas asociadas. 2-Determinar la competencia necesaria en relación a la evaluación y predicción del riesgo suicida. 3-Evaluar la responsabilidad profesional frente a los casos de suicidio e intento de suicidio. Métodos: Se realiza una revisión bibliográfica no sistemática. Conclusiones: existe una importante heterogeneidad y confusión en la nomenclatura de la conducta vinculada al suicidio que dificulta la comparación de estudios realizados por diferentes equipos pero que también puede tener repercusiones en la práctica asistencial si no se realiza una adecuada individualización de la estrategia terapéutica al paciente particular. Los métodos actuales para la evaluación y predicción del riesgo de suicidio continúan teniendo una especificidad inadecuada para poder orientar las conductas terapéuticas, de este modo dicha evaluación constituye una tarea compleja y desafiante para los psiquiatras más allá de su experiencia y capacitación. La religiosidad judicial y la medicina defensiva constituyen amenazas para el adecuado manejo de estos pacientes.

Palabras clave: suicidio, nomenclatura, evaluación del riesgo, predicción, responsabilidad médica

Abstract

Suicide is a complex health problem determined by biology, psychology and the social and cultural environment in which communities develop. With the progressive advance of the medical sciences on the daily life it has happened to be considered a pathological phenomenon more than could be avoided with the diagnosis and suitable treatment. This situation has profound legal implications insofar as it is usually presumed some degree of responsibility of the psychiatrist to not have been able to avoid it. On the other hand, the behaviors linked to suicide cover a heterogeneous set of situations whose definitions are confused and poorly defined. General objective: To analyze the legal medical implications in the evaluation of suicide risk. Specific objectives: 1-Analyze the various nomenclatures associated with suicide, attempted suicide and other associated behaviors. 2-Determine the necessary skills in relation to the evaluation and prediction of suicide risk. 3-Evaluate professional responsibility in the face of cases of suicide and attempted suicide. Methods: A non-systematic bibliographic review was carried out. Conclusions: there is an important heterogeneity and confusion in the nomenclature of the behaviors linked to suicide, which makes it difficult to compare studies carried out by different teams but that can also have repercussions in the care practice if an adequate individualization of the therapeutic strategy is not made. Despite the advances, current methods for the evaluation and prediction of suicide risk continue to have inadequate specificity to guide therapeutic behaviors, thus this evaluation is a complex and challenging task for psychiatrists beyond their experience. and training. Judicial litigation and defensive medicine constitute threats in which they could establish pernicious conditions for the adequate management of these patients.

Key words: suicide, nomenclature, risk assessment, prediction, medical liability

"No puedo cambiar. No ha sido una decisión fácil, pero sí meditada. No se hable de debilidad o valentía. El cirujano vive con la muerte, es su compañera inseparable, con ella me voy de la mano"

Extracto de la carta de despedida del Dr. René Favaloro, julio de 2000.

1- Introducción

El suicidio, los intentos de suicidio y las consecuencias asociadas a los mismos constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial, y una de las formas más brutales en que se visualizan los problemas vinculados a la salud mental. Al mismo tiempo, al ser una muerte violenta requiere de la asistencia de la medicina legal para confirmar el modo de la muerte y ayudar a descartar o confirmar las sospechas sobre la criminalidad de la muerte. La medicina legal también tiene un rol importante en ponderar las evidencias sobre la atención brindada al paciente para delimitar si existió algún tipo de responsabilidad en los profesionales que pudiese ser penal o civilmente adjudicable.

En la actualidad el suicidio provoca un millón de muertes cada año a nivel mundial y constituye la segunda causa de muerte en las poblaciones jóvenes (15-29 años) y con tendencias crecientes¹. Su incidencia a nivel mundial es de 14 suicidios cada 100.000 habitantes pero con extremos que pueden llegar a más de 40 muertes cada 100,000 habitantes(1). En nuestro país las tasas de suicidio informadas son de 7,4 cada 100,000(2). Si bien el costo subjetivo del suicidio es invaluable, se estima que al menos 6 familiares o amigos cercanos sufren las consecuencias traumáticas del duelo con su consiguiente impacto en la predisposición para la depresión o el mismo suicidio(1). Crosby y colaboradores calcularon los costos directos e indirectos en 41 billones de dólares solo en Estados Unidos(3).

Para interpretar cabalmente cifras asociadas al suicidio y sus conductas asociadas es necesario considerar que por cada suicidio consumado se producen 30 intentos de suicidio. Esta relación tiende a ser mayor en los jóvenes pudiendo llegar a 1 suicidio cada 100 intentos mientras que en los ancianos, por la letalidad de los métodos empleados, el aislamiento social y la capacidad de resistencia del cuerpo entre otros factores, esta relación disminuye a 1 suicidio cada 3 intentos(1,4). Los intentos de suicidio también presentan una importante heterogeneidad, como veremos más adelante. La gran mayoría de estos no requiere asistencia alguna por parte del sistema de salud, que solo se produce en 3 de cada 10 intentos de suicidios. De éstos, solo uno requerirá hospitalización(5)

El estudio de los suicidios presenta algunas dificultades que limitan la calidad de los datos. En primer lugar siempre debemos considerar que existe un importante subregistro, vinculado a aspectos culturales, legales y de procesamiento estadístico, que según algunas publicaciones, puede llegar al doble(6). En segundo lugar se basan en estudios retrospectivos, lo que genera un sesgo en la información recabada. En este sentido los entrevistadores podrían tender a reinterpretar las situaciones o expresiones cotidianas en función al suicidio y aportándoles un carácter predictivo. En tercer lugar la temporalidad de las observaciones en relación al suicidio también puede generar que se confundan factores de riesgo crónicos con factores de riesgo agudos o precipitantes. Finalmente, la falta de un grupo control es una condición de muy difícil resolución por lógicas restricciones éticas y estadísticas(7).

Evaluando el problema de los suicidios y las autoagresiones en el contexto de los pacientes que consultan a los servicios de urgencias o de clínica médica, se estima el 2% consumarán el mismo en el año siguiente y el 4% lo harán en los siguientes cinco. Esta población presenta un riesgo de suicidio 50 veces más alto que la población general y confronta al médico con una

enorme responsabilidad considerando que un 10% repetirá el intento en el mes siguiente, y casi un 30% a los 6 meses(1). Las consultas clínicas habituales también constituyen una ocasión privilegiada para la prevención en la medida que un 45% de quienes se suicidan visitaron a su médico en el mes previo(4).

La ideación autolítica es más frecuente que lo que se cree con incidencias que van entre el 2,3% y el 14 %, mientras que la incidencia de los intentos de suicidio se encuentra entre el 0,8 y el 2%(5,8). Otro dato que se debe tener en cuenta es que de aquellos que presentan ideación suicida solo 7,4 % realizará un intento en los dos años siguientes, para algunos serán manifestaciones de un cuadro psiquiátrico, mientras que para la mayoría de las personas, lejos de tener un curso crónico, tienden a ser manifestaciones autolimitadas(8). Un punto a mencionar es que existe una alta superposición entre los factores de riesgo para ideación suicida, para la realización de intentos de suicidio y para suicidio consumado. Siguiendo a Klonsky y Col. gran parte del desafío que presentan estos pacientes es poder diferenciar aquellos que presentan únicamente ideación tanática de aquellos que realizaran algún intento autolesivo, y entre éstos, aquellos que tienen el mayor riesgo(9).

En los servicios de salud mental, lógicamente, se encuentra un riesgo considerablemente aumentado de suicidio y autoagresiones. Un estudio observacional de 36 años en Dinamarca encontró que el riesgo de suicidio ascendía al 4% en hombres y al 2% en mujeres que hayan tenido algún contacto con algún profesional de la salud mental(10). Si se limita el análisis a la población que ha estado internada al menos una vez, un 20 por ciento de aquellos que padecen esquizofrenia o trastorno bipolar y un 15 por ciento de las personas con trastornos de la personalidad fallecerán por suicidio(11).

2. Planteamiento del Problema.

En este contexto, la evaluación del riesgo suicida es uno de los aspectos más difíciles de la práctica asistencial del psiquiatra, al ser un contexto de alta incertidumbre, fuerte carga afectiva y que en ocasiones requiere de la asistencia de terceros (fuerzas de seguridad, poder judicial, equipos de urgencias) que no tenían contacto previo con el paciente. El paciente casi siempre presenta un padecimiento grave, variable conciencia de enfermedad y resistencias a la internación. La familia, por su parte, suele estar en situación de agotamiento, con una fuerte implicación afectiva, y posiciones muy firmes en relación a los beneficios o perjuicios de la internación psiquiátrica. Un tercer factor que interviene es la creencia que mediante la internación psiquiátrica se podría prevenir el riesgo suicida sin tener en cuenta que la misma, en muchos casos, puede volverse un factor iatrogénico en la medida que estigmatiza y profundiza aún más la sensación de desesperanza del paciente⁴. Finalmente el galeno tacita o explícitamente carga en sus espaldas la amenaza de litigiosidad en un contexto de alta incertidumbre, donde se ponen en tensión derechos fundamentales como la libertad, la autonomía y la salud.

Objetivo general: Analizar las implicancias médico legales en la evaluación del riesgo de suicidio en psiquiatría

Objetivos específicos:

3

- Delimitar el concepto de suicidio, intento de suicidio y otras conductas asociadas.
- Determinar las competencias necesarias en relación a la evaluación y predicción del riesgo suicida.

- Evaluar la responsabilidad profesional frente a los casos de suicidio e intento de suicidio.

3. Desarrollo.

3.1 Analizar las diversas nomenclaturas asociadas al suicidio, el intento de suicidio y otras conductas asociadas

En la literatura existe consenso en que el suicidio es un fenómeno complejo, multideterminado, biológica, social y culturalmente. Existen formas de suicidio donde la influencia de la cultura y la coyuntura son determinantes, como en aquellos casos donde se busca el resguardo del honor o el inmolarse por una causa que el individuo considera superior. La progresiva medicalización de la vida cotidiana que ha tenido lugar en las últimas décadas, ha generado que el suicidio sea visto como un problema médico posible de ser prevenido, diagnosticado y asistido mediante el abordaje psiquiátrico adecuado. En esta línea los estudios basados en autopsias psicológicas estiman que en un 90% de los casos puede encontrarse una patología mental subyacente(12). De todos modos, es importante tener presente, como remarca Levin, que esta situación es de principios de siglo XX y que antes se reservaba el termino suicidio patológico a aquellos vinculados a enfermedades psiquiátricas(13).

Si bien existe consenso en la definición del suicidio como aquel acto autoagresivo con desenlace fatal en el que existen evidencias de las intenciones del autor en provocarse la muerte, la nomenclatura de las conductas vinculadas al mismo son más dispares (14,15). Estas son múltiples y abarcan todo un espectro de situaciones de diferente gravedad desde el suicidio hasta la ideación de muerte. La importancia de esta última radica en que están ampliamente difundidas en la población general y en la gran mayoría de los casos son fenómenos transitorios que no requieren necesariamente un abordaje del sistema de salud. Por el contrario los intentos de suicidio y las autoagresiones son moneda corriente para quienes se desempeñan en las emergencias.

Como señalan Silverman y colaboradores "todavía la literatura permanece repleta con términos confusos, definiciones y clasificaciones que hacen muy difícil, si no imposible, comparar un estudio de investigación o una encuesta epidemiológica con la otra,...o hacer generalizaciones o extrapolaciones"(14). Esta dificultad en el ámbito clínico y de investigación se desplaza directamente al ámbito forense. El modo en que se describa una conducta tiene directa implicancia en las respuestas que se le exigirán al profesional. Es en este sentido que considero importante revisar las diferentes clasificaciones a fin de poder definir una nomenclatura para un mayor orden en la exposición.

Un intento por organizar la nomenclatura en relación a las conductas vinculadas al suicidio lo realizaron O'Carroll y colaboradores con el apoyo del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos(16). Este grupo de trabajo propuso clasificar los comportamientos suicidas en base a tres características: intención de morir, evidencias de lesiones auto-infligidas y el desenlace en términos de muerte, lesiones o indemnidad. A continuación se describe sucintamente esta clasificación:

- A) Pensamientos y conductas de riesgo
 1. Con riesgo inmediato (paracaidismo, picadas, etc)
 2. Con riesgo remoto (fumar, promiscuidad sexual)
- B) Pensamientos y conductas vinculados al suicidio
 1. Ideación Suicida
 - a. Ideación suicida casual
 - b. Ideación suicida severa

(1) Persistente

(2) Transitoria

2. Comportamientos asociados al suicidio

a. Comportamientos asociados al suicidios de tipo instrumental (no existe intención de morir)

(1) amenaza suicida

(a) pasiva (sentarse en una cornisa)

(b) activa (amenaza verbal o escribir una nota)

(2) Otros comportamientos asociados al suicidios de tipo instrumental

(3) muerte accidental asociada con comportamientos asociados al suicidios de tipo instrumental

b. Actos suicidas (existe intención de morir)

(1) Intentos suicidas

(a) sin lesiones

(b) con lesiones

(2) Suicidio

Esta clasificación fue adoptada la Asociación Americana de Psiquiatría, aunque su aceptación no logró extenderse todo lo que se esperaba, quizás por la utilización de nuevos términos o por la propia tendencia de la medicina a crear nuevos términos constantemente(5).

La valoración de la conducta suicida requiere poder pesquisar la intención, la motivación y la letalidad del método utilizado. En este sentido la combinación de estas tres dimensiones genera una multiplicidad de posibilidades en términos de pronóstico, riesgo y tipo de tratamiento recomendado.

El Algoritmo de clasificación de Columbia para la evaluación del suicidio (Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment) va a establecer las siguientes categorías(4):

- Suicidio: un acto auto-agresivo fatal en el que existe alguna evidencia de la intención de morir
- Intento de suicidio: un acto auto-agresivo potencialmente fatal en el que existe alguna evidencia de la intención de morir.
- Ideación suicida activa: Pensamientos sobre realizar acciones para quitarse la vida (plan, método)
- Ideación suicida pasiva: Pensamientos sobre la muerte o deseos de morir sin un plan o una intención.
- Auto-agresión no suicida: Comportamiento autoagresivo sin la intención de morir.
- Eventos suicidas: el inicio o el agravamiento de la ideación suicida o un intento de suicidio.
- Auto-agresiones deliberadas: cualquier tipo de conducta auto-injurante, incluyendo los intentos de suicidio y las auto-agresiones no suicidas.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) va a agregar algunas otras situaciones como ser(6):

- Intento de suicidio abortado: Comportamiento potencialmente auto injuriante con evidencia, ya sea explícita o implícita, que la persona intentaba morir pero que detuvo el acto antes de que se produzcan daños en el físico.
- Letalidad de la conducta suicida: Riesgo de vida objetivo asociado a un método o a una acción suicida. Se debe remarcar que la letalidad es distinto, y puede no coincidir con las expectativas del individuo sobre lo que es peligroso.

- Autoagresión deliberada: actos dolorosos, destructivos o injuriantes autoinfligidos sin la intención de morir.
- Ideación suicida: pensamientos de ser el agente de su propia muerte. La ideación suicida puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad de los planes suicidas y del grados de intención de los mismos.

Existen también algunos términos difundidos entre los profesionales pero tienden a ser dejados de lado por su vaguedad, por su connotación despectiva o por el mensaje contradictorio que conllevan. Entre estos encontramos los siguientes: suicidio completo, suicidio exitoso, intento fallido, tendencias suicida y "llamado de atención", entre otros.

Como plantea Silverman una nomenclatura científica en este tema debería:

- favorecer la claridad en la transmisión y comunicación de los conceptos
- ser teóricamente neutra, es decir que permita su utilización por los diferentes cuerpos doctrinales
- culturalmente o normativamente neutra, que evite connotar subjetivamente las diversas conductas que describe
- contener términos que se excluyan mutuamente.
- poder integrar la totalidad del espectro de conductas y pensamientos suicidas(5)

En este sentido la dificultad en valorar y describir estas conductas e ideas radica en la subjetividad que llevan implícita. ¿como un termino podría no ser ambivalente cuando la propia conducta suicida es el resultado de tensiones instintivas contrapuestas?, ¿cómo lograr que una conducta tan intrínsecamente humana, tan cargada de sentido, pueda ser analizada objetivamente?. Si bien parecería una tarea imposible considero que la disciplina requiere poder ordenar algunos conceptos que le permitan, entre otros, avanzar hacia una mejor comprensión de estos fenómenos, permitir un acercamiento más abierto hacia el paciente, poder brindar información mas clara y menos estigmatizante a quienes nos consultan y a la población en general.

3.2 Evaluación y predicción de la conducta suicida.

La evaluación del riesgo de suicidio confronta al profesional con una situación de alta exigencia en todos los aspectos de su persona. En lo profesional lo desafía en la medida que la predicción del suicidio es un acto imposible. En lo emocional lo confronta a una situación de máxima gravedad pero que lleva de forma intrínseca un alto nivel de incertidumbre. En lo personal le exige un importante esfuerzo al requerir integrar en una misma persona sólidos conocimientos teóricos, una apertura subjetiva hacia la emoción de los otros y la posibilidad de tolerar la incertidumbre que ésta labor exige. Estos tres aspectos constituyen las bases para un optimo acercamiento al paciente, el priorizar uno sobre el resto genera que el proceso de evaluación se torne defectuoso. El basarse sobre criterios teóricos, de riesgo o estadísticos puede dificultar el acercamiento hacia el paciente o transformar este proceso en un acto que no de cuenta de la complejidad de la situación. Si por el contrario la valoración prioriza los aspectos transferenciales por sobre los factores de riesgo se podrían generar situaciones en las que la subjetividad del profesional (deseos, expectativas, temores) podría pasar por alto datos objetivos en relación al riesgo y a los antecedentes de enfermedad. Por último, como se mencionó anteriormente, la evaluación del riesgo de suicidio es una tarea atravesada por la incertidumbre, en la medida que no existen cuestionarios, escalas o protocolos que permita una evaluación certera y valida del suicidio en un momento dado(12,17,18,19) En este sentido la dificultad inherente a tolerar cierto grado incertidumbre empuja la práctica profesional hacia una medicina defensiva que busca minimizar los riesgos institucionalizando a los pacientes(20,21).

La evaluación del paciente con riesgo suicida tiene como sustento teórico a los desarrollos conceptuales actuales, por este motivo expondré en primer término las teorías contemporaneas

sobre la conducta suicida. En la actualidad se aborda la problemática del suicidio desde modelos multicausales en los que intervienen factores genéticos, factores epigenéticos, del desarrollo, personales, sociales y ambientales entre otros. Por el momento en que actúan sobre el individuo se los divide en factores predisponentes, mediadores y precipitantes. Dentro de los factores predisponentes se incluyen a aquellos factores genéticos, a la historia familiar, a las dificultades experimentadas durante la infancia, incluyendo situaciones de abuso, abandono u otro tipo de maltrato. Se consideran factores de riesgo mediadores a los rasgos de personalidad que pueden traducirse en rasgos de ansiedad o impulsividad, el uso crónico de sustancias o los déficit cognitivos. Por último los factores de riesgo precipitantes son aquellos que actúan temporalmente cerca del acto suicida(4,12). Aquí se ubican las descompensaciones agudas de los cuadros psiquiátricos, el uso agudo de sustancias y los eventos vitales traumáticos.

Se considera que la genética juega un rol importante en la conducta suicida y los antecedentes tanto de enfermedad psiquiátrica, como de suicidio en la familia deben ser siempre recabados. En este sentido los estudios en gemelos monozigotas son de enorme utilidad para la mejor comprensión de este fenómeno tan complejo. Si bien están descritas las conductas imitativas en relación al suicidio, investigadores daneses analizaron el riesgo de suicidio en gemelos monozigotas criados en ambientes diferentes. En estos estudios encontraron que luego del suicidio de uno de ellos, el otro tendría un riesgo de repetir la conducta 17 veces más alto que la población general a pesar de no estar vinculado con el ambiente del hermano fallecido. Otro dato importante de estos estudios es poder establecer que el riesgo de suicidio parecería tener un patrón de heredabilidad propio, diferente a la herencia vinculada a las enfermedades psiquiátricas como ser los trastornos afectivos o la esquizofrenia. En este sentido se especula que se heredarían ciertos rasgos de impulsividad vinculados a alteraciones en vías serotoninérgicas y a una tendencia a la desesperanza, vinculada esta a vías noradrenérgicas(22,23,24,25).

Las situaciones de abuso, abandono, negligencia y maltrato en la infancia, también se asocian al riesgo autolítico, a la depresión mayor o los trastornos de la personalidad. Este es otro antecedente personal que debe ser precisado ya que podría dar datos del entorno del paciente, de su vulnerabilidad al stress y desde un punto de vista conductual asociado a las indefensas aprendidas.

Los factores de riesgo asociados al suicidio pueden ser socio-demográficos o clínicos. Dentro de los primeros encontramos:

- Sexo Masculino
- Edad mayor a 60 años
- Vivir solo
- Ausencia de niños en el hogar
- Problemas económicos

Los factores de riesgo clínicos a su vez pueden dividirse, según su inicio en distales(12):

- Carga genética
- Características de la personalidad(temperamento, impulsividad, agresividad)
- Situaciones vitales traumáticas (abandono, abusos, necesidades básicas insatisfechas)
- Alteraciones Neurobiológicas (Alteraciones serotoninérgicas, hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal)

O proximales, siendo éstos de inicio más reciente pero sin ser los precipitantes:

- Enfermedades psiquiátricas (Depresión, esquizofrenia, T. bipolar, t. por ataques de pánico)
- Enfermedades físicas (cuadros de dolor crónico, enfermedades neurológicas)
- Acceso facilitado a medios (armas, tóxicos, vivir en un piso alto)

- Suicidios en personas allegadas o medios de comunicación

Finalmente es importante poder conocer cuáles son los factores precipitantes del intento o la idea suicida:

- Abandono por parte de pareja
- Situación de crisis o fracaso laboral
- Pérdida de un ser querido
- Cuadro de intoxicación
- Crisis depresiva o psicótica.

La correcta evaluación del paciente debe ser integral ya que debería incluir la pesquisa de la historia vital del paciente pero haciendo hincapié en sus antecedentes psicopatológicos para poder comparar los factores de riesgo antes mencionados con los del paciente. Luego establecer el estado psiquiátrico actual, y el nivel de contención y apoyo que posee.

La entrevista psiquiátrica en general, y aquella realizada al paciente con riesgo suicida en particular, tiene dos objetivos paralelos y simultáneos que deben cumplirse. En primer lugar se trata de una "evaluación del paciente" en la que debe poder recabarse la información necesaria que permita dar cuenta, lo mas certeramente posible, de la situación integral del paciente, a éste lo llamaremos el aspecto objetivo. En segundo lugar se trata de un proceso eminentemente terapéutico en el que se brinda contención, orientación, apoyo y esperanza al padeciente. A este lo llamaremos subjetivo. Ambos aspectos se encuentran permanentemente en juego y deben ser tenidos en cuenta. El desbalance de la entrevista priorizando uno u otro aspecto genera sin lugar a dudas consecuencias negativas en el paciente. El priorizar los aspectos objetivos puede llevar a una entrevista fría, distante y expulsiva. Por el contrario el no pesquisar los mencionados factores de riesgo puede subestimar el riesgo real a partir de sobreestimar la fortaleza del vínculo terapéutico.

La mitad de los pacientes niegan o ocultan las ideas o planes suicidas tanto al médico como a su entorno(21), ya sea por ocultamiento o por no ser conscientes de éstos. Estas limitaciones de la evaluación tradicional de los factores de riesgo ha generado la investigación en nuevos métodos de evaluación orientados hacia pensamientos inconscientes. En este sentido Nock y colaboradores evaluaron 157 pacientes en una guardia psiquiátrica utilizando el test de asociaciones implícitas (implicit association test o IAT). Durante el mismo se muestran imágenes neutrales o vinculadas al suicidio y se les pide que indiquen si las consideran o no vinculadas a ellos(26). Se evalúan tanto el tiempo como las respuestas efectuadas. Con éste método se obtuvo una sensibilidad del 50% y una especificidad del 81%. Es importante destacar que cuando fue replicado en otro centro en Canada, los resultados fueron similares: sensibilidad 49% y especificidad 90%(27).

Otra línea de investigación son los test neurocognitivos tradicionales. El Stroop Test se ha vinculado a rasgos de fijeza atencional y a la dificultad de cambiar el foco de la atención, en este caso de las ideas suicidas. El test de fluencia verbal se asoció a las dificultades observadas en comunicarse y pedir ayuda. Finalmente el test de apuestas de Iowa que mide la tendencia a tomar decisiones de riesgo y la tendencia a la impulsividad también dio resultados positivos(1).

La necesidad de poder lograr instrumentos de mayor calidad para poder asistir a los pacientes con riesgo de suicidio ha dado lugar a varias investigaciones. En este sentido uno de los trabajos más consistentes fue el de Alex Pokorny, en el Hospital de veteranos de guerra de Houston publicado en 1983. Éste realizó un estudio prospectivo con el fin de poner a prueba los datos publicados al momento de la evaluación. Pokorny(28,29) en su clásico trabajo evaluó a 4800 participantes, en su mayoría hombres y los dividió en dos grupos según 21 factores de riesgo. En el grupo de alto riesgo obtuvo una tasa de suicidio del 3,74%, mientras que en el de bajo riesgo

fue del 0,9%. Si bien el primer grupo tuvo un riesgo de suicidio cuatro veces mayor que el segundo, el 96.3% del grupo de alto riesgo fueron falsos positivos. El autor advierte que a pesar de lograr aislar a subgrupos con tasas de suicidio, que poseen 32 veces más riesgo que la población general, estos resultados no resultan de utilidad ya que "brinda muchos falsos positivos y falsos negativos para que sean utilizables clínicamente". Citando a Pokorny: "Los falsos positivos son un problema mayor que los falsos negativos... con los test actuales estaríamos identificando a un cuarto del total del grupo como futuros suicidas cuando solo lo son un 1% a 5%"

En la misma línea Kessler y colaboradores evaluaron en el estudio STARRS a más de 53,000 soldados luego de su internación de hospitales psiquiátricos militares durante 12 meses. Durante el año que duró el estudio se produjeron 68 suicidios, 36 de estos corresponden al grupo de alto riesgo que comprende al 5% de la muestra. Aquí se repite el fenómeno descrito por Pokorny. Si bien el grupo seleccionado tiene un riesgo de suicidio 22 veces mayor, solo el 1,3% de la muestra efectivamente se suicidaron. En otras palabras un 98,7% resultaron falsos positivos(18).

En Dinamarca, Madsen y colaboradores realizaron un estudio prospectivo durante 10 años para evaluar los suicidios de pacientes internados. Siguieron a 126,382 pacientes y ocurrieron 279 suicidios. La tasa de suicidio en este grupo fue de 860 cada 100.000 Pac/año, mientras que la de la población general fue del 11,9 cada 100,000 Hab/año. En forma paralela a los estudios arriba mencionados, a pesar de ser un grupo de alto riesgo, el suicidio solo ocurrió en el 0,08% de la admisiones(19).

Otro aspecto importante a tener es la temporalidad en que se desarrolla el proceso de suicida, es decir el tiempo que transcurre entre que se considera y se realiza un intento de suicidio. Deisenhammer y colaboradores evaluaron 82 pacientes ingresados por intentos de suicidio a un Hospital universitario en Austria. Casi la mitad de los los pacientes (47,6%) manifestaron que transcurrieron menos de 10 minutos entre la idea y el acto. Por el contrario aquellos cuyo proceso duraba más, tenían una tendencia a realizar intentos de suicidio de mayor gravedad. Otro aspecto para tener en cuenta es que la idea surge y se concreta en su mayoría estando solo (82,9%), a pesar de que casi la totalidad de los participantes reconocieron haber podido pedir ayuda (97,6%) o haber podido contactar a alguien (76,8%) antes del intento(30).

En relación al tiempo también es importante evaluar el momento en el que se produce el suicidio. Existen múltiples estudios que demuestran que los días posteriores a la internación, y aquellos posteriores al alta son los momentos de más alto riesgo. En este sentido Qin y Nordentoft estudiando 13681 suicidios masculinos y 7488 femeninos ocurridos en Dinamarca encontraron que un 38% de los primeros y un 57% de los segundos tenían antecedentes de hospitalización por salud mental. Asimismo detectaron dos picos en la distribución de los suicidios, uno en la primer semana de internación y otro en la primer semana luego del alta que va disminuyendo luego en forma paulatina(31). Si bien este fenómeno puede leerse de diferentes maneras, no puede dejar de mencionarse las posibles consecuencias iatrogénicas de las internaciones psiquiátricas en los usuarios.

Los suicidios de pacientes durante las internaciones psiquiátricas constituyen entre el 5 y el 9% de todos los suicidios(19). Es importante dar cuenta que ninguna de las alternativas terapéuticas actuales esta exenta de riesgos, y remarcar una vez más la necesidad de poder trabajar concienzudamente las diferentes terapéuticas con el paciente y su entorno a fin de connotar a la internación psiquiátrica como una alternativa asistencial donde lo principal no sea el encierro y el aislamiento, sino la posibilidad de realizar un verdadero trabajo intensivo e interdisciplinario; trabajo que por los tiempos y la cantidad de profesionales que requiere no puede llevarse adelante ambulatoriamente. La internación psiquiátrica puede ser vivida de manera muy diferente entre nuestros pacientes. Mientras que para algunos puede ser un momento de sosiego, tranquilidad y recuperación para otros puede ser un hecho profundamente estigmatizante, violento e injuriante que profundice las dificultades del sujeto aumentando aún más el riesgo suicida. Al

respecto Carlsson plantea que "...producto de la gravedad, la presión social, y el temor al litigio, esas situaciones involucran una alto grado de emocionalidad, lo que conduce a menudo a medidas terapéuticas estereotipadas y de poca eficacia, entre las cuales la internación ocupa el primer lugar"(20)

A fin de intentar establecer un campo normativo la Asociación Israelí de Psiquiatría publicó una trabajo con el fin de sentar una posición en relación a los límites de la responsabilidad profesional de los psiquiatras. Priorizando "establecer los límites de la responsabilidad del paciente y del terapeuta en relación a la evaluación de estos pacientes, y cambiar las expectativas de predicción y prevención del suicidio por la implementación de conductas clínicas racionales adaptadas a pacientes y situaciones específicas"(21).

La complejidad de la evaluación radica por un lado la multideterminación de la conducta suicida y por otro en la necesidad de poder definir una conducta en los tiempos siempre acotados de la práctica asistencial. La evaluación debería incluir siempre el estado psiquiátrico actual del paciente, sus antecedentes patológicos, y los mencionados factores de riesgo y protectores. Otro aspecto fundamental es poder comprender la situación del entorno y sus posibilidades para acompañar, contener y orientar al familiar o, por el contrario, las situaciones de cansancio, enojo, claudicación o simplemente falta de registro de la gravedad de la situación. Es importante no plantear el problema en términos dicotómicos, o es suicida o no lo es, sino poder brindar una evaluación integral que pueda considerarlo como un continuo con múltiples matices(21,32,33).

3.3 Aspectos medico legales del suicidio

El suicidio de un paciente es quizás la situación más angustiante y traumática que pueda sucederle a los psiquiatras a lo largo de su carrera profesional. Se calcula que entre el 20 y el 50% de los psiquiatras asistirán al suicidio de una paciente a lo largo de su carrera y formación(34,35) De estos entre el 70 y el 80% tendrán síntomas de inutilidad, desvalorización y vergüenza(36). En muchos casos la situación se complica con acciones legales iniciadas por parte de los familiares en las cuales se cuestiona que el proceder médico no haya podido prevenir, predecir y evitar el suicidio. Además del miedo a las consecuencias económicas, la situación tiende a cronificarse en la medida que se trata de procesos prolongados, y desgastantes. Las demandas pueden ser efectuadas tanto en el fuero penal como en el fuero civil. Actualmente las demandas derivadas de suicidios y de tentativas autolítica constituyen la primer causa de litigiosidad contra los psiquiatras(37).

En el fuero penal el suicidio esta tipificado bajo la figura de homicidio culposo descrito en el artículo 84: "Será reprimido con prisión de seis meses a cinco años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco a diez años el que por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo, causare a otro la muerte". En el caso de que el suicidio no llegue a provocarle la muerte pero deje algún tipo de secuela, tanto el paciente como la familia podrían efectuar la demanda basándose en el artículo 94 del mismo código que norma las lesiones culposas: "Se impondrá prisión de un mes a tres años o multa de mil a quince mil pesos e inhabilitación especial por uno a cuatro años, el que por imprudencia o negligencia, por impericia en su arte o profesión, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo, causare a otro un daño en el cuerpo o en la salud."(38)

La demanda también puede realizarse en el fuero civil, aún cuando no se haya podido probar responsabilidad penal, ya que ambas sentencias no son vinculantes. En este sentido la responsabilidad civil está enmarcada en varios artículos del nuevo código civil que se describen a continuación. El artículo 1721 establece los factores de atribución que en los casos que nos ocupan son siempre subjetivos. Más adelante el artículo 1724 establece las condiciones para que un delito sea atribuido al profesional "La culpa consiste en la omisión de la diligencia debida según la naturaleza de la obligación y las circunstancias de las personas, el tiempo y el lugar. Comprende

la imprudencia, la negligencia y la impericia en el arte o profesión...". El artículo siguiente establece las pautas para valorar la conducta, en este caso del especialista al establecer que "...Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor es la diligencia exigible al agente y la valoración de la previsibilidad de las consecuencias."(39).

El artículo 1726 plantea la necesidad de que exista una relación de causalidad entre la conducta y el hecho, como así también frente a que tipo de consecuencias debe el demandado responder. Establece que "...Son reparables las consecuencias dañosas que tienen nexo adecuado de causalidad con el hecho productor del daño. Excepto disposición legal en contrario, se indemnizan las consecuencias inmediatas y las mediatas previsibles...".

Finalmente en el artículo siguiente se brinda una definición de los tipos de consecuencias que deben ser atendidas al indicar que "...Las consecuencias de un hecho que acostumbran a suceder según el curso natural y ordinario de las cosas, se llaman en este Código "consecuencias inmediatas". Las consecuencias que resultan solamente de la conexión de un hecho con un acontecimiento distinto, se llaman "consecuencias mediatas". Las consecuencias mediatas que no pueden preverse se llaman "consecuencias casuales""(39).

De los artículos antes analizados surge entonces que el equipo profesional puede ser demandado por impericia, imprudencia o negligencia, en la medida que se compruebe una adecuada causalidad entre el accionar médico y el suicidio en cuestión y que dicha responsabilidad puede verse modificada en la medida que se compruebe su condición de experto.

Por otra parte para poder tener una idea más acabada de la complejidad de la situación tenemos que analizar la Ley 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental) que en su artículo 20 establece los criterios para efectuar la internación involuntaria o compulsiva de las personas con padecimientos mentales. Establece así que "...la internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros"(40).

El concepto de riesgo cierto e inminente vinculado a la internación psiquiátrica requiere un análisis más profundo ya que entran en tensión derechos personalísimos como la libertad, y la autonomía con el derecho a la salud. La actual Ley deja de lado el concepto de peligrosidad para sí o terceros, por su fuerte carga simbólica y estigmatizante, para introducir la idea de riesgo. Como explica Toro Martínez "... es más propio del pensamiento médico diagnosticar un estado de riesgo que una condición de peligrosidad (que es un atributo de la persona)"(41). Éste debe ser evaluado en un marco temporal en la medida que debe ser inminente, es decir "que amenaza o esta por suceder prontamente" para diferenciarlo del riesgo potencial: "que puede suceder o existir, en contraposición de lo que existe"(42). Además se exige el riesgo sea cierto ("verdadero, seguro, indubitante") requiriendo que se alcance una elevada intensidad sintomática para su indicación. Si bien impresiona contradictorio el espíritu de la Ley con la gran incertidumbre que, como se describió más arriba, acompaña a la evaluación y predicción del riesgo de suicidio es manifiesto que se busca priorizar el derecho a la autonomía por sobre el derecho a la salud. También deja en claro que la situación que motiva la internación debe ser lo suficientemente severa y que se trata de una estado del que la persona puede estar en un momento dado y remitir al poco tiempo.

Un aspecto que merece un profundo debate son las competencias y habilidades que le serán exigidas al psiquiatra al momento de evaluar su accionar. En este sentido la declaración de las asociación Israelí de Psiquiatría y la confección de diversas guías de tratamiento del paciente con ideas suicida son pasos importantes que podrían impactar positivamente en diversas areas. En el plano asistencial deberían constituir un respaldo al profesional actuante que permita el establecimiento de una relación asistencial con la menor interferencia legal posible. En éste ultimo

plano deberían tender a reducir la amplitud y la incertidumbre que la enunciación de las leyes genera.

La psiquiatría ha sido siempre una disciplina médica que ha tenido un vínculo cercano con la Justicia. En los inicios por la tendencia a encerrar a las personas con enfermedades mentales en cárceles, luego para convalidar la privación de la libertad y determinar la capacidad de las personas para llevar adelante acciones jurídicas. Actualmente las internaciones en el ámbito de la salud mental están bajo tutela de los juzgados que controlan y evitan excesos que vulneren los derechos de los usuarios. Si bien la actual Ley de Salud Mental y su posterior reglamentación ha ordenado varios aspectos de las prácticas de salud mental, lamentablemente ha mantenido una importante cuota de incertidumbre en lo que respecta a la capacidad de consentir la internación y a la determinación del riesgo. Si bien todavía es relativamente reciente la promulgación de la Ley, sería importante evaluar sus consecuencias en las demandas por suicidios y autoagresiones a fin de evaluar si el mayor control judicial ha modificado en algo la litigiosidad civil o penal.

La progresiva judicialización de la práctica de la psiquiatría podría derivar en que los profesionales tiendan a generar una práctica defensiva con sus consecuencias negativas para el paciente, para el profesional y para el sistema de salud en su conjunto. Algunas de estas son: la selección de los pacientes con menos riesgo, las tendencias expulsivas sobre aquellos más graves, la dificultad para establecer una relación adecuada y sincera entre el terapeuta y el paciente. La aversión a tomar riesgos (calculados e inherentes a toda buena práctica clínica), junto con la excesiva tendencia a internar y la sobremedicación son aspectos que también deben ser tenidos en cuenta ya tienden a desviar los siempre escasos recursos hacia prácticas de alto costo y moderada eficacia. De este modo aquellas prácticas que implican necesariamente un mayor nivel de incertidumbre tienden a quedar relegadas a un segundo plano. Como ejemplos podríamos citar a los dispositivos de casas de medio camino, los pisos asistidos y otros dispositivos que tiendan a favorecer inserción del paciente en la comunidad asistiéndolo ambulatoriamente durante sus crisis.

4. Conclusiones.

Existe a nivel mundial una importante heterogeneidad en la nomenclatura asociada a esta problemática que dificulta la adecuada comparación de los resultados de las investigaciones realizadas. Asimismo todavía coexisten nomenclaturas de diferentes etapas históricas. Muchas definiciones otorgan connotaciones confusas, equivocadas o peyorativas que provocan la estigmatización de los pacientes y los alejan aún más del sistema de salud. Esta gran heterogeneidad requiere en forma imperativa que las estrategias asistenciales se basen en abordajes diseñados individualmente que eviten el uso excesivo de las internaciones.

Es importante recalcar que la mayor parte de estas situaciones no consultan al sistema de salud o son asistidas en los servicios de emergencias. En nuestro medio todavía es escasa la información estadística en relación a esta problemática, situación que podría deberse a la fragmentación del sistema de salud, la falta de una clasificación unificada, a la tendencia a ocultar datos por temores legales y a las dificultades propias de investigar en países en desarrollo.

A pesar de la multiplicidad de estudios sobre los factores de riesgo vinculados al suicidio, todavía que presentan un claro límite en su capacidad predictiva, al igual que las herramientas derivadas de los mismos. Este enfoque permite aislar poblaciones con un riesgo de suicidio muy aumentado, pero al carecer de especificidad dificulta el poder llevar adelante medidas asistenciales. Su utilidad, no obstante radica en poder realizar el tratamiento de factores de riesgo modificables como ser aislamiento social, desocupación o patologías psiquiátricas subyacentes. Por otro lado, si bien en los últimos años se ha producido un enorme acercamiento de la psiquiatría a las demás disciplinas clínicas, todavía siguen siendo necesarias acciones tendientes a un mejor acercamiento

a las otras ramas de la medicina y a una mayor divulgación y orientación en temas de salud mental en nuestros colegas. Existe trabajos sobre la prevención del suicidio que han mostrados disminuciones de la tasa de suicidio luego de la capacitación de médicos generalistas.

La negativa de los pacientes a admitir sus ideas de muerte no descarta el riesgo ya que la mayoría de los fallecidos por suicidio habían negado explícitamente sus intenciones. Por este motivo recientemente han comenzado a surgir líneas de investigación novedosas que buscan superar el estancamiento de los últimos años. En este sentido resultan prometedores aquellos estudios vinculados a las funciones neurocognitivas y a los test de asociación implícita. Se estaría complementando así el enfoque del riesgo basado en criterios clínicos y sociodemográficos con la evaluación de rasgos del procesamiento neurocognitivos o de la personalidad subyacente, de difícil evaluación en la práctica de rutina.

En un contexto asistencial donde día a día se incrementa la litigiosidad contra los profesionales de la salud, las respuestas desde el sistema de salud corren el riesgo de apoyarse en conductas defensivas que afectan directamente a la relación médico-paciente. Esta situación adquiere una relevancia mayor en la evaluación y manejo de los pacientes con riesgo suicida, donde esta relación privilegiada constituye no solo un medio idóneo para diagnosticar la situación de un paciente determinado, sino que además es una herramienta asistencial insustituible. La relación terapéutica requiere, lograr un vínculo empático, sincero, receptivo, donde se discutan abiertamente las diversas alternativas terapéuticas. Aquí más que nunca, el sistema de salud debe poder contener y alojar a los pacientes evitando los prejuicios morales y la tendencia consciente o inconsciente de evitar hablar de las ideas de muerte en los profesionales de la salud.

La tensión existente entre los derechos a la salud y a la vida, y aquellos vinculados a la libertad y a la autonomía se evidencia en cada consulta donde las ideas de muerte se explicitan. Aquí es donde la labor del psiquiatra adquiere relevancia al tener que valorar el riesgo y sopesar las diferentes alternativas terapéuticas. La falta de protocolos o cuestionarios validados otorga un importante componente de incertidumbre que brinda libertad para poder seleccionar de todas las herramientas terapéuticas aquellas que se adecuen a la realidad de la paciente. En el sentido contrario podría dar lugar a una práctica intolerante del riesgo, basada en medidas de seguridad que vulneren las libertades de los pacientes y que sean expulsivas del sistema de salud.

A nivel sanitario la medicina defensiva empuja a los profesionales a evitar indagar sobre la valoración de las conductas vinculadas al suicidio. Todas las evidencias sostienen que la prevención primaria y secundaria son las bases para afrontar este problema, y estas exigen que se pueda hablar abiertamente de los miedos, las tristezas y las ideas tanáticas. La mayor predisposición a las medidas terapéuticas de carácter restrictivo se ha asociado a la rotura del vínculo asistencial y a efectos iatrogénico sobre los usuarios (estigmatización, pérdida de empleo y vínculos sociales). Las internaciones por riesgo para sí deberían ser evaluadas estratégicamente garantizando que exista una continuidad entre los tratamientos ambulatorios y los hospitalarios.

Las asociaciones científicas y profesionales tienen un rol importante como interlocutor entre la justicia y aquellos que cotidianamente nos desempeñamos en la práctica asistencial. Es función de éstas instalar y visibilizar el problema en la sociedad como así también establecer lineamientos claros sobre cuáles son los deberes, obligaciones y buenas prácticas asistenciales. Deben asimismo poder brindar combinar las últimas evidencias sobre el tema con la experiencia cotidiana de los profesionales que se desempeñan en este medio.

“Por favor no asuman que que el pensamiento suicida implica que tienen que hospitalizar a su paciente. De hecho, puede que él no comparta éste y otros síntomas por miedo a esa automática respuesta....que su paciente sepa que Uds. desean escuchar acerca de sus ideas suicidas, sin sobrereaccionar, que no están asustados y que tratarán de ayudarlo”

5. Bibliografía.

14

1 Bolton M, Gunnell D, Turecki G. "Suicide risk Assessment and intervention in people with mental illness". BMJ 351:h4978 2015

2 Ministerio de Salud de la Republica Argentina. Mortalidad por suicidio en la argentina en 2000-2013. Informe técnico preliminar. Disponible online en [Http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-13_informe-tecnico-preliminar-mortalidad-por-suicidio.pdf](http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-13_informe-tecnico-preliminar-mortalidad-por-suicidio.pdf) (obtenido el 18/11/17)

- 3 Crosby AE, Ortega L, Stevens MR; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicides - United States, 2005-2009. *MMWR Surveill Summ. Suppl.* 2013 Nov 22;62(3):179-83.
- 4 Turecki G, Brent DA "suicide and suicidal behaviour" Volume 387, No. 10024, p1227-1239, 19 Marzo 2016
- 5 Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 2006 Oct;36(5):519-32. Review.
- 6 American Psychiatric Association Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry.* 2003 Nov;160(11 Suppl):1-60.
- 7 Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG "Clinical correlates of inpatient suicide". *J Clinical Psychiatry* 64:14-19 2003
- 8 Ten Have M, de Graaf R, Van Dorsselaer S, Verdumen J, Van't Land H, Vollebergh W, Beekman A. "Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Can. J Psychiatry* 54(12):824-833 2009
- 9 Klonsky DE, May AM "Differentiating suicide attempters from suicide ideators: a critical frontier for suicidology research" *Suicide and Life-Threatening behavior* 44(1) febrero 2014.
- 10 Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB "absolute risk of suicide after first hospital contact in mental health". *Arch Gen Psychiatry* 68: 1058:64 2011
- 11 Hawton K, Van Heeringen K "Suicide" *Lancet* 373, 1372-81, 2009
- 12 Toro Martinez E, Rudelir M "Evaluación del riesgo suicida: Aspectos clínicos y médicos-legales de la peligrosidad para sí" *Vertex*, Vol 16 196-205, 2005
- 13 Levin S. "Suicidio, palabra maldita (muerte, palabra prohibida), *Vertex*, Vol 25, 225-230, 2014
- 14 Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3) June 2007
- 15 Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-related ideation, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3) June 2007
- 16 O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM: Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26:237-252
- 17 Nielssen O, Wallace D, Large M "Pokorny's complaint: the insoluble problem of the overwhelming number of false positives generated by suicide risk assessment" *British Journal of Psychiatry Bulletin* vol 41, 18-20. 2017
- 18 Kessler RC, Warner CH, Ivany CH, "Predicting U.S. Army suicides after hospitalizations with psychiatric diagnoses in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS)" *JAMA Psychiatry*, 72 (1), 49-57
- 19 Madsen T, Agerbo E, Mortensen P y Nordentoft M. "Predictors of psychiatric inpatient suicide: A national prospective register-based study" *J Clin Psychiatry.* 2012 Feb;73(2):144-51.
- 20 Carlsson GF "Validez de los criterios de internación en conductas suicidas: por qué, cuándo y cómo". *Vertex* Vol 21 35-41 2010
- 21 Bleich A, Baruch Y, Hirschmann S, Lubin G, Melamed Y, Zemishlany Z, Kaplan Z. Management of the suicidal patient in the era of defensive medicine: focus on suicide risk assessment and boundaries of responsibility. *Isr Med Assoc J.* 2011 Nov;13(11):653-6. Review
- 22 Mann JJ. "Neurobiology of suicidal behaviour." *Nat Rev Neurosci.* 2003 Oct;4(10):819-28.

- 23 Mann JJ. "A current perspective of suicide and attempted suicide". Ann Intern Med. 2002 Feb 19;136(4):302-11. Review.
- 24 Pandey GN. "Biological basis of suicide and suicidal behavior". Bipolar Disord. 2013 Aug;15(5):524-41.
- 25 Petersen L, Sørensen TI, Kragh Andersen P, Mortensen PB, Hawton K. "Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: a study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings". J Affect Disord. 2014 Feb;155:273-7.
- 26 Nock MK, Park JM, Finn CT, Deliberto TL, Dour HJ, Banaji MR. Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. Psychol Sci. 2010 Apr;21(4):511-7.
- 27 Randall JR, Rowe BH, Dong KA, Nock MK, Colman I. Assessment of self-harm risk using implicit thoughts. Psychol Assess. 2013 Sep;25(3):714-21.
- 28 Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. Arch Gen Psychiatry. 1983 Mar;40(3):249-57.
- 29 Pokorny AD. Suicide prediction revisited. Suicide Life Threat Behav. 1993 Spring;23(1):1-10.
- 30 Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss E "The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt?". J. Clin Psychiatry 70(1), 19-24 2009.
- 31 Qin P, Nordentoft M "Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization. Evidence Based on Longitudinal Registers". Arch Gen Psychiatry. 2005;62:427-432
- 32 Saddock BJ, Saddock VA "Kaplan & Saddock's comprehensive textbook of psychiatry" 7Ed. 1999
- 33 Ey H, Bernard P, Brisset Ch, Manuel de Psychiatrie, 6ta. Ed. Editorial Masson 1989
- 34 Ho AO. Suicide: rationality and responsibility for life. Can J Psychiatry. 2014 Mar;59(3):141-7. Review.
- 35 Fernández García-Andrade R Pera Bajo FJ , Fernández Rodríguez E. La valoración del riesgo autolítico y sus repercusiones médico-legales. Revista Española de Medicina Legal. Volume 38, Issue 4, October–December 2012, Pages 155-160
- 36 Mazaira S "El suicidio de un paciente. Impacto en el psiquiatra" Vertex, Vol 25, 189-194, 2014
- 37 Ruskin R1, Sakinofsky I, Bagby RM, Dickens S, Sousa G. Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. Acad Psychiatry. 2004 Summer;28(2):104-10.
- 38 Código Penal de la Nación. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>
- 39 Código Civil y Comercial de la Republica Argentina. Sancionado 7 de octubre de 2014. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>
- 40 Ley nacional de salud mental N. 26.657. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/ley-nacional-salud-mental-26.657.pdf>
- 41 Toro Martínez E "Riesgo y suicidio en sistemas de puertas abiertas. Responsabilidad civil y aspectos médico legales" Vertex, vol 25, 220-224, 2014
- 42 Real Academia Española. "Diccionario de la Lengua Española" 21Ed. 2001. Editorial Espasa
- 43 Jamison K "Una mente inquieta". Ed. Tusquets. Septiembre 1995

Indice

Resumen/abstract.....1

1.Introducción.....2

2.Planteamiento del problema. Objetivos generales y especificos.....3

3.Desarrollo

3.1 Analizar las diversas nomenclaturas asociadas al suicidio, el intento de suicidio y otras conductas asociadas.....	4
3.2 Evaluación y predicción de la conducta suicida.....	6
3.3 Aspectos medico legales del suicidio.....	10
4.Conclusiones	12
5. Bibliografía.....	15