



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Búsqueda bibliográfica sistematizada sobre valoración del riesgo suicida en pacientes atendidos por gesto autolesivo en Urgencias

Perfil clínico asistencial de pacientes atendidos por tentativa de suicidio en la Unidad de Psiquiatría de Adultos

Systematic literature search on assessment of suicide risk in self-harm patients in the Emergency Department

Clinical care profile of suicidal attempters admitted in the Adult Psychiatric Unit

Autor/es

Victoria Jiménez Orozco

Director/es

Dr. Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina / Universidad de Zaragoza

2016

ÍNDICE

0. Resumen.....	4
1. Introducción	5
1.1 Proyecto: “Búsqueda bibliográfica sistematizada sobre valoración del riesgo suicida en pacientes atendidos por gesto autolesivo en Urgencias. Perfil clínico asistencial de pacientes ingresados por tentativa de suicidio en la Unidad de Psiquiatría de Adultos.....	5
1.2 La situación actual de la conducta suicida.....	6
1.2.1 Prevalencia.....	6
1.3 La valoración del riesgo suicida.....	7
1.3.1 Factores de riesgo.....	7
1.3.2 Factores precipitantes.....	10
1.3.3 Factores protectores.....	10
1.4 Evaluación del riesgo suicida actual.....	11
1.4.1 La entrevista clínica.....	11
1.4.2 Escalas y cuestionarios psicométricos.....	13
1.5 Evaluación del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencias.....	14
1.5.1 Lugar de la evaluación del riesgo suicidio.....	14
1.5.2 Actitud de los profesionales del Servicio de Urgencias.....	14
1.5.3 Evaluación del paciente con conducta suicida.....	15
1.6 Formación del médico de los Servicios de Urgencias.....	16
2. Objetivos.....	18
3. Material y métodos.....	19

4. Resultados	21
4.1 Búsqueda bibliográfica sistematizada sobre valoración del riesgo suicida en pacientes atendidos por gesto autolesivo en Urgencias.....	21
4.1.1 Artículos 5 estrellas.....	22
4.2 Perfil clínico-asistencial de pacientes ingresados por tentativa de suicidio en la Unidad de Psiquiatría de Adultos.....	31
4.2.1 Datos sociodemográficos.....	32
4.2.2 Problemática.....	33
4.2.3 Antecedentes.....	33
4.2.4 Características de la tentativa de suicidio.....	34
4.2.5 Diagnósticos.....	35
4.2.6 Destino.....	36
5. Discusión	37
6. Conclusiones	39
7. Bibliografía	41
8. Anexo I. Estratificación de los diferentes grados de riesgo de la tentativa suicida.....	44
9. Anexo II. Otras referencias bibliográficas.....	45

RESUMEN

El trabajo se divide en dos partes bien diferenciadas. En la 1ª parte se ha realizado una búsqueda sistemática bibliográfica en un Proyecto de Investigación sobre la valoración del riesgo suicida y manejo de los intentos de suicidio en los Servicios de Urgencias en un Hospital General. En un primer momento encontramos 186 referencias sobre el tema en PUBMED, de las cuales, sólo 38 responden a nuestros principales criterios de selección. Dichas referencias son clasificadas en relación al año de publicación y país de origen. Al final se escogen 11 referencias, que han sido las que nos han parecido más interesantes y que son resumidas en tablas. La 2ª parte del trabajo, es un estudio observacional descriptivo, en el que de un total de 856 pacientes, seleccionamos una muestra total de 115 (49 pacientes correspondientes al año 2014 y 66 del año 2015), los cuales fueron ingresados en la Unidad de Adultos del HCU, y cuyo motivo de ingreso fue tentativa de suicidio. Hemos revisado sus informes médicos y seleccionado un conjunto básico mínimo de datos para poder crear un perfil clínico-asistencial de la muestra de pacientes. Algunos de estos datos son: datos sociodemográficos, los diagnósticos principales que figuraban en el informe de Alta o la problemática (psicosocial, laboral, económico, etc.). Con todo esto concluimos que se necesitan herramientas educativas específicas y esquemas de colaboración para proporcionar una mejor calidad de atención en un campo tan importante como es la detección y valoración del riesgo suicida y su posterior gestión.

SUMMARY

This work would be divided in two parts. The first part is a systematic literature search on the framework of an ongoing clinical research project on suicidal risk assessment and management of suicidal attempters in Emergency Departments of General Hospital was carried out. At the beginning, we found 186 Pubmed references, but only 38 meet our selection criteria. These references were described in terms of year of publication and country of origin of the study. At the end, we chose 11 references to be included in our research project and it is going to be classified in tables. The second part is a descriptive observational study in which we collect the information of 115 (from a total of 856 patients of the two years, we select 49 patients from the year 2014 and 66 from the year 2015), who were admitted because of a suicidal attempt in the Adults care Hospital Unit of the HCU. We thought it was appropriate to select a set of variables (like primary diagnosis, psychosocial problems and socio-demographic data) to create at the end, a clinical care profile of these patients. With all this, we conclude that educational collaborative tools and frameworks are needed to provide better quality in the assessment of suicidal risk.

Palabras clave/Key words: Systematic literature search; Suicidal risk assessment; Suicidal attempters; Emergency Departments.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PROYECTO: “BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA SOBRE VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS POR GESTO AUTOLESIVO EN URGENCIAS . PERFIL CLÍNICO ASISTENCIAL DE PACIENTES INGRESADOS POR TENTATIVA DE SUICIDIO EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ADULTOS.”

En 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el **suicidio** como “*un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados*”.⁽¹⁾

El suicidio representa un grave problema de Salud Pública que cuenta con un millón de muertes anuales aproximadamente en todo el mundo⁽²⁾, siendo la 3º causa de muerte en personas de edades comprendidas entre los 15 y 44 años de edad. En la Unión Europea, cerca de 60.000 personas morirían al año por este motivo, sin embargo este número sólo representaría la punta del iceberg puesto que se estima que el número de tentativas de suicidio sería 10-20 veces superior, por tanto no se tiene un conocimiento pleno de la magnitud real de la situación. Dada la repercusión del problema, el European Pact for Mental Health and Well-being incluyó la prevención del comportamiento suicida dentro de las cinco áreas de actuación prioritaria.⁽³⁾

Actualmente no hay ninguna estrategia de detección de aquellos pacientes con riesgo suicida de forma generalizada, y es el *juicio clínico* el que hoy día se considera como el *gold estándar*. Sin embargo, las últimas publicaciones señalan que la combinación de distintas escalas que recogen los distintos factores de riesgo podrían ser útiles en la valoración del riesgo suicida.⁽⁴⁾

Es de gran importancia saber identificar y hacer una correcta valoración de aquellos pacientes que presentan riesgo suicida puesto que se sabe que más de la mitad de ellos consultan a su médico en el mes previo a su muerte y más de un tercio con un servicio de salud mental en el año anterior⁽⁵⁾. Con respecto a los Servicios de Urgencias, destacar que aquellos pacientes que se considerarían de “riesgo” acuden en los meses previos a la tentativa de suicidio.⁽⁶⁾ Comentar que hay una gran variabilidad de actuación según el servicio, en cuanto a las tasas de detección, la evaluación clínica de los pacientes así como su documentación en las historias clínicas. No hay un protocolo determinado a seguir.⁽⁷⁾

La motivación de este proyecto surge a raíz de un aumento alarmante de las tasas de suicidio, del gran impacto social que provoca, de lo poco documentado, detectado y tratado que se encuentra este tema y porque estos pacientes representarían un número significativo de las visitas que acuden a los Servicios de Urgencias día a día.

1.2 LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

La *conducta suicida* se define como todas aquellas conductas que se realizan con objeto de llevar a cabo bien de manera consciente o bien inconsciente una acción suicida. No es algo estático, si no que es una *gradación secuencial*, que va desde la ideación suicida, pasando por amenazas, gestos e intentos, hasta el suicidio consumado.

La *ideación suicida* se considera que son aquellos pensamientos sobre la muerte, desde las formas deseadas de morir, los objetos, las circunstancias y condiciones en que se planea morir. Pueden ser ideas activas (querer morir) o pasivas (desear morir). El *intento de suicidio* se define como aquellos actos y lesiones autolesivas con diferentes grados de intencionalidad de morir que no tiene un resultado letal. Se ha afirmado que la tentativa de suicidio previa es el *factor predictivo más notable*, ya que entre un 10-14% de las personas que realizan un intento cometerán un suicidio posteriormente. Y por último, el *suicidio consumado*, es decir aquel que ha tenido un resultado letal y que acaba con la vida de la persona. La existencia de algunos de estos indicadores, desde ideas, amenazas o gestos, debe considerarse como un factor de riesgo. ⁽⁵⁾

En el suicidio no se puede considerar una única causa, si no que es el resultado final de un conjunto de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales y ambientales, constituyendo una combinación de factores predisponentes y factores desencadenantes. ⁽⁸⁾

1.2.1 Prevalencia

El suicidio constituye un problema sanitario que va ganando relevancia, además del gran impacto social y personal que provoca. Se sitúa entre las 15 primeras causas de muerte y va en aumento, calculándose que para el 2020, las cifras de suicidios consumados aumentarán hasta 1,53 millones. ⁽⁹⁾

A nivel mundial, se ha estimado que se suicidan cada día 2.700 personas y lo intentan 54.000, y casi 1 millón de personas mueren al año por esta causa, lo que haría una tasa de mortalidad de 16/100000 habitantes o una muerte cada 40 segundos.

La OMS clasifica las tasas de suicidio en una comunidad en función del número de suicidio/cien mil habitantes/año, de manera que por debajo de 5 serían consideradas *bajas*, entre 5-15 se considerarían *medias*, de 15-30 *altas* y por encima de 30 *muy altas*. Considerando estas cifras hay que comentar que los intentos de suicidio son hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado. La OMS calcula que el suicidio representa el 1,5% de los fallecimientos en todo el mundo. ⁽⁵⁾

En Europa se ha calculado que mueren aproximadamente 58.000 personas al año por suicidio consumado, 7000 más que por accidentes de tráfico ⁽⁹⁾. En muchos países de Europa, el suicidio se considera la segunda causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15-34 años. Dos estudios recientes que se realizaron en varios países europeos (entre ellos España), aportaron datos sobre la prevalencia del suicidio

en los distintos países de la Unión Europea. Según *el European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), encontró una prevalencia del 4,4 % para la ideación suicida y del 1,5% para los intentos de suicidio en España, mientras que la media europea tenía los resultados de 7,8% para la ideación y 1,8% del intento suicida. ⁽³⁾

En España el suicidio es la primera causa de muerte no natural de fallecimiento, ya superando a los accidentes de tráfico, según el Instituto Nacional de Estadística del 2012. Como anteriormente ya he comentado, estas cifras reales serían aún mayores, puesto que la medición real está infraestimada. ⁽⁸⁾

En España, en el año 2000 se produjeron las tasas de mortalidad de 13 por 10000 en hombres y de 4 por 100000 en mujeres, lo que constituye el 1,4% y el 0,5% de la tasa de mortalidad total respectivamente. Señalar que el mayor número de muertes se produjeron en personas mayores de 60 años. ⁽³⁾

En cuanto a los intentos de suicidio sin resultado letal, varios trabajos describen la dificultad para estimar las cifras reales, dada la dificultad de la recolección, pero se estima que podrían ser entre 50 y 90 personas por 100000 habitantes/año quienes lo intentarían sin que el resultado sea la muerte. ⁽¹⁰⁾

Si nos fijamos en las cifras que señalaba la OMS, podríamos considerar a España como un país con unas tasas bajas de suicidio, pero existe una gran preocupación, dado que hay un aumento de las defunciones por suicidio en nuestro país en los últimos años. ⁽⁸⁾

Por todo lo anteriormente comentado, y dado el gran impacto que tiene este tema, es de suma importancia la valoración de aquellas personas que se encuentren en riesgo , tanto las que acuden al Servicio de Urgencias como las que están ingresadas en una Unidad después de haber realizado la tentativa de suicidio reciente.

1.3 LA VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Como hemos dicho anteriormente, el suicidio no tenía una única causa, sino que era el resultado de un conjunto de factores que precipitaban al acto suicida. Por tanto, cuando se nos presenta una persona con tentativa de suicidio, para poder hacer una correcta valoración de la misma, hay que conocer los factores que afectan al sujeto y a su entorno, y que lo precipitan a intentar autoinfringirse la muerte.

1.3.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo de la conducta suicida clásicamente han sido divididos en dos grupos. En un primer grupo se encuentran los factores *inmodificables*, aquellos que no tienen relación con la situación clínica de la persona ni con la situación vital del paciente, si no que se asocian al propio sujeto o bien al grupo social al que pertenece, y aunque pueden ir variando a lo largo del tiempo (edad, estado civil...), se consideran inmodificables y por tanto no se podría actuar sobre ellos. En un segundo grupo nos encontramos con los factores de riesgo *modificables*, es decir aquellos que sí que

pueden sufrir variaciones y sí se puede intervenir sobre ellos bien clínicamente, o bien a través de intervenciones poblacionales. Entre este grupo se encuentran los factores sociales, psicológicos y psicopatológicos. Es necesario conocerlos bien para valorar adecuadamente el riesgo autolítico del individuo. ⁽³⁾Dado que hay una gran lista de factores de riesgo reconocidos, a continuación se presenta una enumeración de los más importantes.

Tabla 1. Factores de riesgo inmodificables.

SEXO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hombres: mayores tasas de suicidio consumado ✓ Mujeres: mayores tasas de intento de suicidio
EDAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adolescentes y mayores de 65 años
ESTADO CIVIL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Viudos > Separados > Solteros
HEREDABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antecedentes familiares de suicidio ✓ Transmisión de enfermedades mentales ✓ Dotación genética : agresividad, impulsividad y otros factores de la personalidad
SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desempleo ✓ Profesionales de la salud ✓ Extremos sociales, mayor riesgo en clase baja
APOYO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aislamiento social ✓ Inestabilidad familiar ✓ Acontecimiento vital estresante ✓ Historia de abuso o maltrato físico
TENTATIVA SUICIDA PREVIA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Factor predictivo más notable

(Fuente: elaboración propia)

Tabla 2. Factores de riesgo modificables

TRASTORNOS MENTALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tr.afectivos: depresión, bipolar ✓ Tr. Abuso de sustancias: alcohol y mixtos ✓ Tr. Personalidad : límite y antisocial ✓ Tr. Psicóticos : esquizofrenia
SALUD FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedad crónica , discapacitante ✓ Dolor crónico, invalidante
DIMENSIONES PSICOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agresividad, impulsividad ✓ Sentimiento desesperanza ✓ Pensamiento dicotómico ✓ Resolución de problemas

De todos los anteriormente mencionados, el que hay que destacar como factor predictivo más notable es **la tentativa suicida previa**. Múltiples estudios coinciden que el antecedente de intentos autolíticos previos en un paciente, es el factor de riesgo que predice con más claridad la posibilidad de un futuro suicidio consumado⁽³⁾. Un estudio mostró que tener antecedentes de tentativas previas suponía un riesgo suicida del 66% en comparación con la población general y que aproximadamente entre el 0,5 y 2% de aquellos que cometieron un intento, fallecerán por suicidio consumado al año próximo, elevándose la tasa hasta el 5% a los nueve años.⁽¹¹⁾

Centrándonos en los **trastornos mentales**, hay que señalar que el suicidio tiene una gran relación con las enfermedades mentales, de hecho varios estudios han confirmado la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos en al menos el 90% de los suicidios.⁽¹²⁾

De los trastornos más frecuentemente asociados al suicidio se encontrarían: los trastornos afectivos, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad (especialmente límite y antisocial). También es importante señalar que estos pacientes presentarían una comorbilidad psiquiátrica que elevaría aun más el riesgo.⁽¹³⁾

Con respecto a los **trastornos afectivos**, hay que destacar que es el *trastorno depresivo mayor* el que tiene una mayor relación con el riesgo suicida. La *depresión* aumenta 20 veces el riesgo, mientras que el *trastorno bipolar* lo aumenta 15 veces y la *distimia* 12. Importante la fase por la que esté atravesando la persona, siendo el comienzo y el final del episodio depresivo donde hay un mayor riesgo del paso al acto.⁽³⁾ Es importante indagar en el paciente con ideación suicida sobre la depresión, puesto que al ser un indicador sensible dado que se detecta con facilidad, serviría de gran ayuda para una posterior valoración del riesgo suicida.⁽¹⁴⁾

Con respecto al **trastorno bipolar**, señalar la falta de cumplimiento del tratamiento que podría estar relacionada con el aumento del riesgo de la conducta suicida.

El **abuso de sustancias**, y en especial el *alcoholismo* se relaciona con un aumento del riesgo a largo plazo. Hasta un 15% de los pacientes alcohólicos se suicidan y el abuso del mismo está presente en el 25-35% de todos los suicidios.⁽³⁾ También hay que decir que el alcohol aumenta la impulsividad en los pacientes⁽¹³⁾ y que conlleva también una gran comorbilidad como puede ser la asociación con enfermedades médicas, trastornos de la personalidad, etc. Con respecto al consumo de otras drogas (cocaína, opioides, etc) y sobre todo el consumo conjunto de varias de ellas tiene un riesgo de hasta 20 veces superior⁽³⁾. Por tanto es importante incluir esta información en las historias clínicas de los pacientes que nos encontramos en estas situaciones, dada la alta asociación de suicidio, alcohol y otras sustancias.⁽¹³⁾

De entre los **trastornos psicóticos**, sobresale por encima de todos la *esquizofrenia* por ser la que más asociación tiene con el suicidio, con una prevalencia de suicidio consumado de hasta el 10% de pacientes que sufrían este trastorno. Aparte hay que

señalar que los pacientes con esquizofrenia ya comparten algunos factores de riesgo comunes con el suicidio (hombre, joven, desempleado, aislado).⁽³⁾ Se ha observado que hay una relación entre los intentos previos de suicidio y las alucinaciones auditivas imperativas. En uno de los artículos revisados se mostró que la intensidad de la misma idea suicida era más fuerte si se trataban de pseudoalucinaciones típicas de la esquizofrenia, en comparación con las personas que tenían alucinaciones verdaderas y los sujetos que no presentaban ningún trastorno psicótico.⁽¹⁵⁾

De los **trastornos de la personalidad**, los que más fuertemente están relacionados son los trastornos de la personalidad *antisocial y límite*. Éstos pueden actuar de varias maneras: conduciendo a problemas interpersonales, precipitando acontecimientos vitales indeseables o predisponiendo a trastornos mentales mayores como alcoholismo o depresión.

Otro trastorno importante que aumenta el riesgo es el **trastorno de adaptación**. De entre las situaciones que suelen precederlo destacan el fallecimiento de un familiar, un duelo complicado, una separación o divorcio, la necesidad de asistencia domiciliaria, etc.

Como punto último a este apartado, destacar que la suma de factores aumenta la probabilidad de llevar a cabo una tentativa de suicidio, pero que la ausencia de los mismos no significa que no exista riesgo. Por sí solos, los factores a nivel individual no predicen quien cometerá una tentativa pero sí que son útiles para la estratificación del riesgo y así clasificar a los pacientes en alto, medio y bajo riesgo.⁽³⁾ (tabla 18 en anexos).

1.3.2. Factores precipitantes

Son aquellos acontecimientos vitales o estresantes que acontecen en la persona y que son facilitadores del suicidio. Ejemplos: un duelo complicado de un ser querido, una humillación (en adolescentes), tensión o peleas interpersonales (en adultos o adolescentes), o el aislamiento social (ancianos y adolescentes generalmente).

1.3.3. Factores protectores

De los factores protectores más reconocidos, también pueden ser clasificados en aquellos que son propios del individuo (inmodificables) y otros que son propios del entorno (modificables). De los propios del individuo destacan: la salud mental, las habilidades sociales y aquellos valores que van en contra de terminar con la vida, como por ejemplo la religión. De los modificables destacarían una red social y familiar adecuada, la maternidad, un ambiente estable, la restricción del acceso a armas, etc.⁽³⁾

Es de suma importancia conocer todos estos factores, para poder hacer una adecuada valoración del paciente y así evitar posibles nuevas tentativas.

1.4 EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA ACTUAL

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo y difícil debido ya de por sí a la naturaleza de la conducta suicida y las dificultades metodológicas que subyacen de su investigación⁽¹⁶⁾. El principal objetivo de los instrumentos de evaluación es identificar los pensamientos suicidas, valorar si hay intención suicida en ese momento y determinar (si la hubiera) hasta que punto esa conducta suicida puede convertirse en un comportamiento potencialmente dañino para la persona.⁽¹⁷⁾ Actualmente no hay unos indicadores específicos o unos factores predictivos *per sé*. Las dos herramientas básicas de las que se dispone para la correcta evaluación del riesgo de suicidio son: la *entrevista clínica* y las *escalas de evaluación*, siendo estas últimas un complemento o apoyo a la entrevista.⁽¹⁶⁾

1.4.1 La entrevista clínica

Constituye el instrumento esencial en la valoración del riesgo suicida. Supone el inicio de la interacción médico-paciente, y por tanto puede tener un papel importante a la hora de reducir dicho riesgo. Es importante recoger una evaluación psicopatológica y social que incluya:

- Factores psicológicos y ambientales que han propiciado a esa conducta (los factores de riesgo) : datos sociodemográficos, historial de trastornos mentales, acontecimientos vitales, situación social, relaciones interpersonales, abuso de sustancias, características psicológicas relacionadas con el suicidio y su motivación ,etc.⁽¹⁶⁾
- Evaluación de la ideación suicida: es importante indagar sobre algunos aspectos como por ejemplo, si son ideaciones activas (quiere morir expresamente) o bien pasivas (en las que está el deseo de morir) ; si siente cierta sensación positiva al pensar en el suicidio (ideaciones *egosintónicas*) o bien tiene sentimiento de rechazo, angustia o vergüenza (ideaciones *egodistónicas*); si lo reconoce abiertamente al médico o intenta ocultarlo, si en ese momento continua con la ideación ,etc.⁽¹⁸⁾
- Evaluación del intento autolítico reciente: intencionalidad, letalidad, método escogido, elaboración del plan (si dejó notas de despedida), arrepentimiento en ese momento sobre el intento, si tomó alcohol para facilitar la ejecución, el propósito del suicidio (si quería morir o bien transmitir un mensaje), si tomó precauciones para el rescate, si lo mantuvo en secreto.⁽¹⁶⁾

Subrayar la importancia que tiene la destreza y la actitud del médico/médica en la entrevista a la hora de recopilar la información necesaria en la historia clínica. Y finalizando con este apartado, comentar que para una correcta valoración de lo sucedido, la información puede proceder directamente del paciente, y también sería adecuado recurrir a familiares o amigos para completar o esclarecer aquellos datos que consideremos importantes.⁽¹⁶⁾

Tabla 3. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre conducta suicida.

<p>CÓMO PREGUNTAR :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente infeliz o desvalido? • ¿Se siente desesperado? • ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día? • ¿Siente la vida como una carga? • ¿Siente que la vida no merece vivirse? • ¿Siente deseos de cometer suicidio?
<p>CUÁNDO PREGUNTAR:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida • Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos • Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia
<p>QUÉ PREGUNTAR:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para descubrir la existencia de un <u>plan suicida</u>: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene idea de cómo lo haría? • Para indagar sobre el posible <u>método utilizado</u>: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? • Para obtener información sobre si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

(Fuente: adaptación de la OMS, referencia 9)

1.4.2 Escalas y cuestionarios psicométricos

Estas herramientas pueden completar la información que previamente hemos recogido de la entrevista clínica, y de una manera más objetiva. Como ventaja es que son rápidas y fáciles de realizar y aplicar, pero nunca se llega a conclusiones exactas y seguras a través de ellas, sino que sirven siempre como complemento. De los pocos estudios realizados para comparar las diferencias entre las distintas escalas así como para determinar su eficacia, los resultados son nuevamente, que ninguna de ellas son por sí solas predictivas del riesgo de suicidio. ⁽¹⁹⁾ Actualmente no hay ninguna de ellas que esté universalmente aceptada, puesto que ninguna de ellas alcanza por sí sola, la sensibilidad suficiente para predecir el riesgo suicida a nivel individual. ⁽²⁰⁾

Tabla 4. Escalas psicométricas usadas en la valoración del riesgo suicida.

ESCALAS NO ESPECÍFICAS DEL SUICIDIO	<ul style="list-style-type: none"> • MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) • Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) • Escala de Depresión de Montgomery- Asberg (MADRS)
ESCALAS ESPECÍFICAS DE EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) • Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS) • Escala SAD PERSONS • Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS) • Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) • Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)
ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LOS ACTOS SUICIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Intencionalidad Suicida (SIS) • Gravedad Medica de la Tentativa (MDS)
ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE CONSTRUCTOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Desesperanza (HS) • Inventario de razones para vivir (RFL) • Escala de impulsividad de Barrat (BIS -11) • Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE) • Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

(Fuente: adaptación de la referencia 3)

1.5 EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

1.5.1 Lugar de la evaluación del riesgo suicida

La evaluación del paciente suicida deberá realizar en un ambiente de privacidad, respeto y confidencialidad. Se le deberá pedir que entregue todo tipo de instrumentos dañinos para sí mismo y para el resto (cuchillos, cinturones, cordones, etc.) y en el caso de que disponga de un arma peligrosa y no esté dispuesto a entregarlo, habrá que avisar al Servicio de Seguridad o Policía. ⁽¹⁶⁾

1.5.2 Actitud de los profesionales del Servicio de Urgencias

Toda aquella persona que hable de suicidio debe ser tomada en serio. Una revisión sistemática cualitativa indicaba que existía una actitud negativa o de ambivalencia por parte de los profesionales del Servicio de Urgencias hacia los pacientes que eran atendidos por tentativa de suicidio. ⁽²¹⁾

Una posible explicación podría ser que los profesionales de este servicio, su trabajo va encaminado al diagnóstico y tratamiento de patologías somáticas, por tanto aquellos pacientes que presenten una patología psiquiátrica, puede producir sensación de impotencia y generar una actitud de indiferencia o negativa. Esto se puede acentuar aún más con aquellos pacientes que vienen con una intoxicación medicamentosa con varios episodios de repetición. Son situaciones que desafían la habilidad de los profesionales del Servicio de Urgencias, cuyo riesgo puede ser subestimado. ⁽¹⁶⁾

Tabla 5. Actitud del clínico durante la entrevista clínica.

Capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal
Transmitir que nuestro conocimientos están dispuestos para ayudar
Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes
Mostrar calma y seguridad
No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado que es su conducta
Profundizar en detalle todas aquellas preguntas que nos permitan valorar el riesgo , pero evitando preguntas morbosas
Manejar, si puede ser, la situación con humor , pero evitar siempre el sarcasmo y la ironía
Comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar, pero sin generar situaciones de alarma exagerada
No solo atender a lo que la persona dice, sino también a sus gestos, expresiones y tono de voz
Ante sospecha de ideación suicida se requiere la participación activa del profesional. A mayor sospecha de riesgo suicida, mas directiva debe ser la actuación.

(Fuente: adaptación de referencia 16)

1.5.3. Evaluación del paciente con conducta suicida

El médico del Servicio de Urgencias deberá realizar una correcta valoración de la condición física del paciente suicida, y posteriormente se llevará a cabo la evaluación psicopatológica y social básicas (descritas en el apartado 1.4.1)⁽¹⁶⁾. Las competencias del médico de Urgencias en atención a un paciente con conducta suicida se describen a continuación en la siguiente tabla.

Tabla 6. Competencias de los médicos de las Urgencias Hospitalarias en la atención a pacientes con conductas suicidas.

Correcta anamnesis con énfasis en :
<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes personales y familiares de trastornos mentales• Antecedentes previos de conducta suicida• Abuso de alcohol/drogas• Situación personal, social y eventos vitales
Evaluación del nivel de conciencia y si afecta a su capacidad mental
Evaluación de trastornos mentales graves
Evaluación del estado de animo
Presencia o ausencia de ideaciones/planes de suicidio
Evaluación de la tentativa
Valoración del riesgo de suicidio inmediato
Valoración de la capacidad de otorgar un consentimiento informado
Determinar si es necesario una evaluación por el especialista
En caso de no derivarlo, dejar dispuesto un seguimiento

(Fuente: elaboración propia)

La evaluación de este tipo de pacientes no siempre se realiza adecuadamente, numerosos estudios han evidenciado que existe una infraestimación de la conducta suicida en la práctica clínica actual⁽²²⁾. Así, en un estudio realizado en España mostró que solo el 22,5% de los informes de aquellos pacientes que habían sido atendidos por tentativa de suicidio habían sido cumplimentados con siete indicadores considerados de calidad (antecedentes de atención psiquiátrica, intentos previos, apoyo social/familiar, planificación suicida, ideación, reacción frente al intento y grado de daño medico como resultado del intento) .⁽²³⁾

Una forma de mejorar la evaluación sería cumplimentando de una manera sistemática todos aquellos datos considerados como más relevantes, utilizando formatos estandarizados y documentando toda la información anterior en la Historia Clínica.⁽¹⁶⁾

Por último, Chang BP et al, señalaba que la impresión clínica y los test psicométricos por sí solos tienen pobre evaluación predictiva para aquellos pacientes que puedan presentar eventos adversos a corto plazo (como puede ser sujeción física, el uso de medicación sedante o la necesidad de intervención del Servicio de Seguridad). Comenta la importancia de desarrollar instrumentos de cribado universal del suicidio para los Servicios de Urgencias capaces de identificar aquellos pacientes con ideación suicida y de mayor riesgo.⁽²⁴⁾

1.6 FORMACIÓN DEL MÉDICO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

En los últimos años, han ido aumentando los casos de trastornos mentales y con ellos su aceptación, sin embargo la conducta suicida sigue estigmatizada, pudiendo llevar a no recibir una adecuada valoración. Algunas de los impedimentos en la valoración de los enfermos mentales son las creencias individuales, el miedo a la intrusión, falta de formación, escepticismo, etc .⁽⁶⁾

Betz et al, en uno de sus estudios, destaca la importancia de implementar métodos de cribado universales del suicidio en los Servicios de Urgencias, puesto que aumentaba el número de casos informados de pacientes con riesgo de suicidio por parte del personal sanitario y que además estos últimos tenían que ser educados y formados para preguntarles a los pacientes sobre su acceso a armas de fuego u otros objetos dañinos de alta letalidad.⁽²⁵⁾

El número de estudios sobre la formación sanitaria es escaso, y de hecho la educación del personal sanitario para la identificación de las conductas suicidas es una de las medidas de prevención con una solidez científica, habiendo una necesidad manifiesta de mejorar su reconocimiento.⁽⁶⁾

La formación del médico de Urgencias en lo que se refiere a la atención a este tipo de pacientes, debería incluir todos aquellos aspectos de su competencia, entre otros:

- Formación adecuada para la evaluación de la capacidad mental del paciente y su estado de ánimo.
- Habilidades para la detección del riesgo de suicidio inmediato.
- Conocimiento básico de las cuestiones médico-legales de las situaciones de emergencia, sobre todo el consentimiento informado del tratamiento, y tener la habilidad suficiente para manejar una situación de emergencia.⁽¹⁶⁾

Los Servicios de Urgencias deben ser utilizados para crear estrategias coste efectivas para detectar a los pacientes en riesgo, desarrollar breves intervenciones, mejorar las competencias y la participación del personal. Una cuidadosa selección del personal, una formación continuada y una mayor conciencia que supone la atención a estos pacientes son de suma importancia para llevar a cabo la detección, valoración, manejo y prevención del las conductas suicidas.⁽²⁶⁾

Los Servicios de Urgencias constituyen la primera puerta de entrada de los ciudadanos cuando tienen un problema grave de Salud y puesto que es el servicio que decide si se ingresa a un paciente o no, se debe mejorar la atención, detección y manejo del paciente con conducta suicida. Una vez comentado cómo se lleva a cabo la valoración del paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias, nos planteamos el ingreso de este tipo de pacientes en una Unidad psiquiátrica para su seguimiento, en este caso, la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. La decisión de hospitalizar a un paciente con tentativa de suicidio reciente es un proceso complejo, que depende de varios factores como puede ser el grado de planificación o la

letalidad del medio usado, o la patología psiquiátrica de base, entre otros. Sin embargo *un factor clave* a la hora de decidir si una persona es ingresada o no es su *seguridad*, ya que los pacientes con mayor intención suicida se manejan mejor ingresados. ⁽¹⁶⁾ A continuación se exponen los criterios de ingreso del paciente con tentativa de suicidio reciente en planta:

Tabla 7. Criterios de ingreso hospitalario de la *American Psychiatric Association*

Variables asociados con mayor probabilidad de ingreso hospitalario	Variables asociadas con mayor probabilidad de alta desde el Servicio de Urgencias
<p><u>Necesidad de ingreso</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, si: <ul style="list-style-type: none"> -Paciente psicótico -Intento de suicidio violento, casi letal o premeditado -Se tomaron precauciones para evitar el descubrimiento o rescate -Presencia de planes o ideación persistente -El paciente lamenta haber sobrevivido -El paciente es un hombre, mayor de 45 años, especialmente con comienzo reciente de enfermedad mental o ideación suicida -Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida -Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre, rechazo de ayuda -El paciente ha cambiado su estado mental tras un estado tóxico –metabólico, infección u otra etiología que requiere un estudio hospitalario ➤ En presencia de ideación suicida con: <ul style="list-style-type: none"> -Plan específico de alta letalidad -Importantes intentos de suicidio previos <p><u>El ingreso puede ser necesario:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, excepto para aquellas circunstancias en las que el ingreso es habitualmente necesario ➤ En presencia de ideación suicida con: <ul style="list-style-type: none"> -Psicosis -Trastorno psiquiátrico mayor -Intentos previos, en particular si fueron medicamente graves -Cuando ha podido contribuir una patología médica (cáncer, infección...) -Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar en un tratamiento ambulatorio o en un régimen de hospital de día 	<ul style="list-style-type: none"> -Necesidad de un régimen de supervisión debido al tratamiento médico o a terapia electroconvulsiva -Necesidad de observación especializada, exámenes clínicos o evaluaciones diagnósticas que precisen un escenario estructurado -Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida -Ausencia de una adecuada relación médico-paciente o incapacidad para realizar un seguimiento ambulatorio -En ausencia de intentos de suicidio previos o de ideación o planes pero evidencia a través de la evaluación psiquiátrica que sugiera un alto riesgo de suicidio y un incremento reciente en el mismo <p><u>Alta desde el SU con recomendaciones de seguimiento</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Después de un intento de suicidio o en presencia de ideación/planes, cuando:</u> <ul style="list-style-type: none"> -La conducta suicida es reacción de eventos precipitantes, particularmente si la visión del paciente de la situación ha cambiado desde su llegada al Servicio de Urgencias -Métodos/ planes e intentos de baja letalidad -El paciente tiene una situación vital estable y de apoyo -El paciente es capaz de cooperar con recomendaciones de seguimiento, y si es posible, con posibilidad de contactar con el terapeuta si el paciente está actualmente en tratamiento <p><u>El tratamiento ambulatorio puede ser más beneficioso que la hospitalización:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuando el paciente tiene ideación suicida crónica y/o conducta suicida sin intentos previos graves, si dispone de una situación vital estable y de apoyo, y existe posibilidad de cuidados psiquiátricos ambulatorios

(Fuente: Traducido de *American Psychiatric Association*, referencia: 27)

2. OBJETIVOS

2.1 Principales

Dado que el trabajo se estructura en dos partes bien diferenciadas, se pueden destacar dos objetivos principales:

1. Encontrar referencias aplicables a nuestro Proyecto de Investigación a través de una búsqueda sistematizada en PUBMED, con una anotación y descripción de las mismas según año, país y revista de publicación. Identificar las referencias seminales recientes y de obligada lectura y análisis en esta área de investigación.
2. Realizar un perfil clínico-asistencial de aquellos pacientes que habían sido ingresados en la Unidad de Psiquiatría de Adultos por tentativa de suicidio reciente durante los años 2014 y 2015.

2.2 Secundarios

Con el presente trabajo se persigue conocer la situación actual del suicidio, revisando la evidencia disponible de la bibliografía acerca de la epidemiología, sus factores de riesgo, así como aquellos factores protectores y facilitadores, las distintas estrategias que se aplican actualmente en la detección, valoración y prevención del riesgo de suicidio desde los Servicios de Urgencias.

Conocer el impacto que tiene un tema tan infraestimado como es el suicidio, para ello diseñamos un perfil clínico-asistencial de aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Adultos del Hospital Clínico, cuyo motivo de ingreso es por intento de suicidio.

Con todo esto, se pretende sensibilizar al personal médico del impacto real de este problema y de la necesidad de introducir en la práctica clínica, protocolos universales estandarizados para mejorar la detección, valoración y gestión de los pacientes con conducta suicida, en todos los servicios de Urgencias y Unidades Psiquiátricas.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo se divide en dos partes bien diferenciadas. La primera parte constituye una búsqueda bibliográfica sistematizada de artículos hallados en bases de datos científicas del tema: “*Búsqueda bibliográfica sistematizada sobre valoración del riesgo suicida en pacientes atendidos por gesto autolesivo en Urgencias*”. La segunda parte tiene como título: “*Perfil clínico-asistencial de pacientes ingresados por tentativa de suicidio en la Unidad de Psiquiatría de Adultos*”. Se trata de un estudio observacional, en el que hemos recogido los informes clínicos de pacientes ingresados en la Unidad, cuyo motivo de ingreso es la tentativa de suicidio para crear un perfil clínico-asistencial.

La primera parte, después de considerar las distintas bases de datos científicas, escogemos PUBMED – buscador que utiliza la base de datos de MEDLINE- para llevar a cabo la búsqueda. La estrategia de búsqueda inicial para conocer la situación bibliográfica sobre este tema se ha realizado con las palabras clave: “suicidal, risk, assessment , emergency” con variación de las palabras: “suicidal ideation, suicidal attempt, risk assessment, prevention, emergency departments”.

En una 1ª búsqueda, para saber una aproximación de lo que íbamos a encontrar publicado sobre este tema, introducimos las siguientes palabras: “((suicidal risk) AND (assessment) AND (emergency))”. Y aplicamos los siguientes filtros : *free full text*, límite de 5 años, disponible en inglés y español, y adultos mayores de 19 años.

En una 2ª búsqueda más sistemática y concreta, aplicamos los términos MeSH: “((*Suicidal ideation*”[MeSH]) AND (“ *Risk Assessment* ”[MeSH]) AND (“ *Emergency Service , Hospital*”[MeSH])”. Estos últimos artículos encontrados han sido clasificados según el país y el año de publicación. Aquellos artículos que nos han parecido que se ajustaban más a nuestros criterios de búsqueda, fueron clasificados y resumidos en tablas de la siguiente manera: revista, país de publicación, año, tipo de estudio, tamaño de la muestra, duración, objetivos, métodos/intervención y resultados.

El motivo de selección fue para revisar temas como la prevalencia, la calidad de informes y recomendaciones actuales en el manejo y prevención de las conductas suicidas en nuestro país.

La segunda parte del trabajo es algo más práctica. Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el que seleccionamos una muestra de pacientes del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, ingresados en la Unidad de Psiquiatría de Adultos en los años 2014 y 2015, y cuyo motivo de ingreso es la tentativa de suicidio. Con estos pacientes, revisamos sus informes clínicos y seleccionamos una serie de variables que consideramos oportunas para poder diseñar el perfil clínico-asistencial de dichos pacientes. Estas variables son las siguientes : datos sociodemográficos (sexo, edad, ocupación, estado civil, país de origen, convivencia y edad media); la problemática que presentan (familiar/ psicosocial, de pareja/conyugal, relacional, económicos, laboral y otros); si tomaban alcohol, drogas u otras sustancias ; los antecedentes (tentativas de suicidio previas, si eran conocidos en la Unidad de Adultos

del Hospital Clínico, si estaban en seguimiento psiquiátrico) ; las características del intento de suicidio (intoxicación medicamentosa, daño físico, precipitación y otros) ; la media del número de días de estancia de los pacientes ,así como el carácter voluntario o involuntario del internamiento; los diagnósticos que figuran en el informe de alta (el diagnóstico principal y el número de diagnósticos secundarios) y por último, el destino a donde son derivados dichos pacientes una vez dados de alta de la Unidad. Para la recogida de estas variables hemos escogido el programa *Microsoft Office Excel 2007*, puesto que es un programa sencillo y cómodo de trabajar, que nos permitía agrupar los datos en tablas y así hacer la clasificación de forma más sencilla .Una vez recogido los resultados de las variables en tablas ,hemos generado unos porcentajes de cada uno de los resultados que aparecen en el apartado “ *4.2 Perfil clínico-asistencial de pacientes ingresados por tentativa de suicidio en la Unidad de Psiquiatría de Adultos*”, junto con una breve descripción de los mismos. Con los datos obtenidos de estos porcentajes, realizaremos un perfil clínico-asistencial que figura en el apartado “*6. Conclusiones*”.

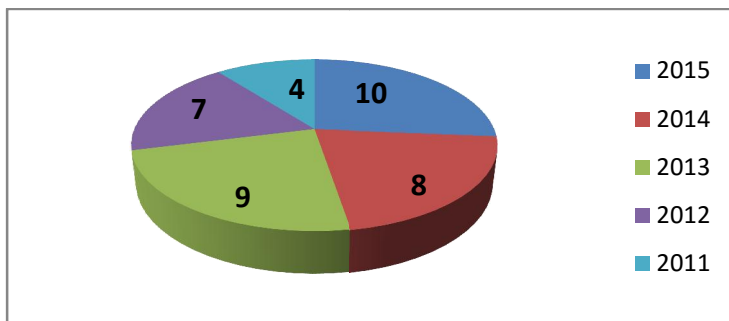
4. RESULTADOS

4.1 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA SOBRE VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS POR GESTO AUTOLESIVO EN URGENCIAS.

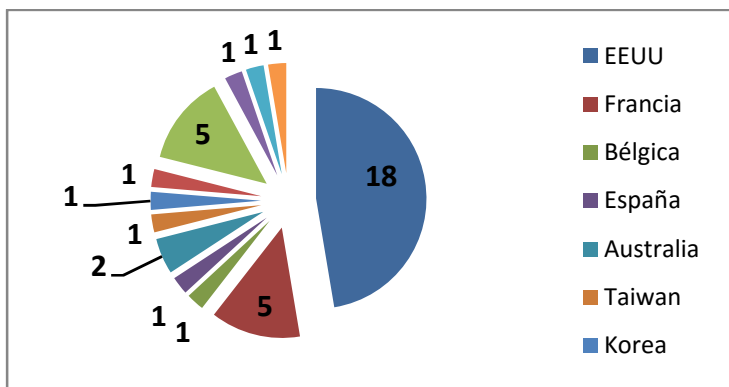
En una 1ª búsqueda encontramos un total de 186 artículos, descartamos 148 de ellos inicialmente porque su título no coincidía con los requisitos que se piden para este proyecto. Por tanto quedan 38 artículos y con estos últimos, hemos realizado unas clasificaciones según el año y país de publicación que aparece en las gráficas 1 y 2. En una 2ª búsqueda más sistemática, obtenemos un total de 38 artículos, y aplicando los filtros anteriormente comentados, nuestra búsqueda se queda reducida a un total de 14 artículos. De este total, tenemos que descartar dos de ellos por estar orientados a población pediátrica y un 3º artículo por centrarse en población adolescente. Quedan un total de 11 , los cuales son resumidos y clasificados en tablas en el apartado “4.1.1 Artículos 5 estrellas”.

Se ha realizado una revisión de los resúmenes de dichos artículos y muchos de ellos no han sido incluidos en el proyecto puesto que trataban de los factores de riesgo del suicidio o bien de la conducta suicida en general o de temas que no estaban en relación con nuestro proyecto, que es la valoración del riesgo suicida.

Gráfica 1. Clasificación según el año de publicación (n=38)



Gráfica 2 .Clasificación según el país de procedencia (n=38)



4.1.1 Artículos 5 estrellas

En este apartado se presentan aquellos artículos que hemos considerado más adecuados y que encajaban en nuestro proyecto de búsqueda. De los 14 que anteriormente hemos comentado que habíamos encontrado, hemos descartado 3, dos de ellos por tratarse de población pediátrica y el último porque hablaba de población adolescente. Finalmente son 11 los artículos seleccionados y que a continuación se hace un breve resumen de los mismos.

- **Suicide screening tools and their association with near-term adverse events in the ED**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACIÓN
EE.UU	J. Emerg Med	2015	Prospectivo de cohortes	50	

OBJETIVOS	MÉTODOS/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
<p>Evaluar la la relación entre las herramientas de cribado de suicidio y la impresión clínica con el internamiento psiquiátrico y eventos adversos a corto plazo en el Servicio de Urgencias.</p>	<p>-50 pacientes con ideación suicida completaron las siguientes escalas: SAD PERSONS Scale, the Columbia Suicide Severity Scale, Patient Health Questionnaire 9, and Beck Scale for suicidal ideation.</p> <p>-El personal médico fue interrogado sobre su impresión sobre la probabilidad de internamiento de los pacientes.</p> <p>-Algunas de los efectos adversos a corto plazo eran: la necesidad de sujeción física, el uso de medicación sedante o la necesidad de intervención del personal de seguridad.</p>	<p>-Las escalas no predijeron significativamente eventos adversos a corto plazo en el Servicio de Urgencias ni el internamiento psiquiátrico.</p> <p>- SAD PERSONS +: probabilidad de 8,18 de internamiento psiquiátrico >5 días.</p> <p>-Pacientes con cribado + por parte de los enfermeros: probabilidad de 3,37 de tener un evento adverso a corto plazo en el Servicio de Urgencias.</p>

➤ **Change in emergency department providers' beliefs and practices after use of new protocols for suicidal patients.**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACIÓN
EE.UU	Psychiatric Serv	2015	Prospectivo de cohortes	1289	

OBJETIVOS	MÉTODOS/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
<p>-Examinar los cambios en la actitud y práctica clínica relacionada con la evaluación del riesgo de suicidio entre el personal sanitario del Servicio de Urgencias (médicos y enfermeros), después de la aplicación de protocolos para pacientes suicidas.</p>	<p>-1289 sujetos, procedentes de 8 Servicios de Urgencias distintos, después de la introducción de nuevos protocolos de evaluación del riesgo de suicidio, completan una encuesta voluntaria y anónima de una base de datos.</p> <p>-Se van observando los cambios a lo largo de las 3 fases.</p>	<p>-68%: enfermeros.</p> <p>Aumento de la proporción que informaban del cribado de suicidio (fase 1 a fase 3: 36%->95% respectivamente de casos informados).</p> <p>-32%: médicos.</p> <p>Aumento de la proporción que promovían la evaluación del riesgo de suicidio (fase 1 a fase 3: 63% - >80% respectivamente).</p> <p>-Acceso armas de fuego:</p> <p>*Aumento de la proporción de enfermeros que preguntan (18%-89%).</p> <p>* 35%-87% de los médicos preguntaban por el acceso a armas, según el caso (no se encontraban grandes diferencias según la fase).</p>

- **Risk stratification using data from electronic medical records better predicts suicide risks than clinician assessments.**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACIÓN
Australia	BMC Psychiatry	2014	Retrospectivo	7399	180 días

OBJETIVOS	MÉTODOS/ INTERVENCIÓN	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> -Documentar factores de alto, moderado y bajo riesgo suicida. -Relación de enfermedades mentales y médicas con el riesgo suicida. -Validación lista 18 ítems. -Diseño de un modelo estadístico predictivo de la estratificación del riesgo suicida a partir de la historia clínica electrónica. 	<p>Comparación de la capacidad predictiva del modelo EMR frente a la evaluación clínica según lista verificada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -66,8% -> acudieron al servicio de urgencias en el año previo. -Antecedentes personales: intento previo, enfermedades médicas y psiquiátricas y factores demográficos son de alto riesgo suicida. -Modelo de EMR (electronic medical records) tiene mayor capacidad predictiva en la estratificación del riesgo suicida.

- **Validation of the Chinese SAD PERSONS Scale to predict repeated self-harm in emergency attendees in Taiwan.**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACIÓN
Taiwán	BMC Psychiatry	2014	Casos y controles	Casos: 147 Controles: 284 N= 431	180 días

OBJETIVOS	MÉTODOS/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> -Examinar la validez y utilidad de la escala: Chinese SAD PERSONS Scale. -Comparación con otras escalas en la valoración del riesgo suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> -Casos: aquellos seleccionados desde Servicio de Urgencias por tentativa de suicidio. -Controles: pacientes del mismo hospital pero sin antecedentes de intento de suicidio. -Evaluación ambos grupos al inicio y 6º mes de estudio. -Opinión del personal de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> -Correlación significativa con otras escalas de valoración de depresión, desesperanza e ideación suicida. -Punto de corte de predicción tentativa futura: 4/5. -Sensibilidad: 65,4%. -Especificidad: 58,1%.

- **Evaluating current patterns of assessment for self-harm in emergency departments: a multicenter study.**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACIÓN
EE.UU	Acad Emerg Med	2013	Prospectivo de cohortes		

OBJETIVOS	MÉTODOS/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> -Examinar cómo es la práctica clínica habitual de la valoración del riesgo suicida en los Servicios de Urgencias. -Analizar la efectividad de los protocolos. 	<ul style="list-style-type: none"> Modelos multivariantes lineales generalizados controlando distintas variables como el momento de la presentación, edad, sexo o raza. 	<ul style="list-style-type: none"> Valoración del riesgo suicida: -Infradetección: alto porcentaje sin evaluar, incluso en presencia de factores de riesgo. -Gran variabilidad según el servicio. -Mayor % de evaluación en aquellos hospitales con protocolos específicos.

➤ **Assessment of self-harm risk using implicit thoughts**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACIÓN
Canadá	Psychol Assess	2013	Prospectivo de cohortes	N=107	Agosto 2009- Mayo 2010

OBJETIVOS	MÉTODOS/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Valoración del riesgo suicida a través del conocimiento implícito.	<p>-Examinaron la relación de 6 formas de conocimiento implícito sobre la muerte, intentos autolíticos, y suicidio.</p> <p>-Desarrollaron un modelo con estas medidas de conocimiento implícito junto con otros test psicométricos y factores de riesgo clínicos.</p>	<p>Asociación “Death/Life Me”: capacidad predictiva para futuros gestos autolíticos, aunque no suficientemente eficaz de forma aislada.</p> <p>Para aumentar la fuerza de asociación, combinan el IAT (Implicit Association Test) con variables sociodemográficas, la historia clínica y otras escalas de valoración del riesgo suicida.</p>

➤ **Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients.**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACIÓN
EE.UU	Depress Anxiety	2013	Descriptivo	N=631	

OBJETIVOS	MÉTODOS/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Examinaron los conocimientos, aptitudes y destrezas del personal del Servicio de Urgencias en lo que respecta a la atención hospitalaria del paciente suicida.	<p>631 profesionales de 8 hospitales distintos completaron una encuesta acerca de las capacidades y prácticas clínicas de la evaluación del riesgo suicida.</p> <p>Circunstancias asociadas a la detección del riesgo suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Creencias individuales. -Temor a la intrusión. -Falta de formación y tiempo. -Preocupación por la responsabilidad. -Escepticismo sobre la posibilidad de prevención del suicidio. 	<p>Las encuestas revelaron que los sanitarios presentaban:</p> <p>Una confianza en la capacidad de detectar la ideación suicida entre un 81-91% en comparación con la habilidad de evaluar la gravedad del riesgo, con un 64-70%, aconsejar a los pacientes (45-56%) o crear un plan de seguridad (23-40%), existiendo muchas discrepancias en cuanto a las prácticas desempeñadas e intervenciones de referencia.</p>

- **Screening for suicidal ideation and attempts among emergency department medical patients: instrument and results from the Psychiatric Emergency Research Collaboration.**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACIÓN
EE.UU	Suicide Life-Threatening Behav.	2013	Estudio piloto	N=1068	Julio 2009 Agosto 2010

OBJETIVOS	MÉTODOS/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
<p>-Investigar un modelo de detección de la ideación e intención suicida aplicable a la práctica clínica de los Servicios de Urgencias.</p> <p>-Determinar la prevalencia y las relaciones entre las diversas formas de comportamiento suicida.</p>	<p>-Estudio multicéntrico acerca de la detección del riesgo suicida en los Servicios de Urgencias.</p> <p>-Diseño de una herramienta rápida con 5 preguntas, elaborada a partir de la escala de depresión de PHQ-9 y la escala C-SSRS</p> <p>-Se seleccionan 1068 casos y se revisan los factores de riesgo presentes en cada uno, así como la evaluación y la intervención realizada por el personal clínico.</p>	<p>-Depresión: 34,5%.</p> <p>-Ideación suicida pasada pasiva y activa: 7,3% y 2,3% respectivamente.</p> <p>-Intentos autolíticos previos: 12,8%.</p> <p>-Ideación suicida actual: 3,3%. Un 43,8% de éstos tuvieron un intento previo frente a los que no tenían ideación actual.</p> <p>-Ingresados en servicios hospitalarios: 25%.</p> <p>-Evaluación psiquiátrica: 12,5%.</p> <p>-Ingresado en el Servicio de Psiquiatría: ninguno.</p>

➤ **Literature-based recommendations for suicide assessment in the emergency department: a review.**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACIÓN
EE.UU	J Emerg Med	2012	Revisión bibliográfica		

OBJETIVOS	MÉTODOS/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Proporcionar a los médicos de URG la información necesaria para que sean capaces de identificar aquellos pacientes que presentan tendencia suicida y así realizar una correcta valoración del riesgo suicida.	-Búsqueda realizada en PUBMED: evaluación del riesgo de suicidio en adultos. -Presenta 4 casos clínicos típicos sobre los que se discute la valoración del riesgo.	-Ninguna herramienta con sensibilidad suficiente para detectar pacientes potencialmente suicidas. -Los factores de riesgo pueden ayudar a determinar el grado de riesgo suicida clasificando a los pacientes. -El uso de escalas puede ser de gran ayuda en la evaluación de estos pacientes, pero nunca sustituir al juicio clínico.

➤ **Multicenter study of predictors of suicide screening in emergency departments.**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACION
EE.UU	Acad Emerg Med	2012	Retrospectivo de cohortes histórico	N=800	

OBJETIVOS	MÉTODOS/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Proporcionar herramientas para la valoración del riesgo suicida en los Servicios de Urgencias	Cada uno de los 8 hospitales pertenecientes a distintas áreas geográficas seleccionó 100 historias clínicas de forma aleatoria de octubre de 2009. Se elaboró una lista asignándole un número consecutivo a cada uno de los 800 sujetos, y se le envió al director del proyecto, quien selecciona 100 números aleatoriamente. De este total, se clasifican en dos grupos: los que acudieron al Servicio de Urgencias por ideación o tentativa y los que acudieron por otro motivo.	Del total de la muestra: -4,9%-> evaluación clínica por riesgo suicida. -2,9% presentaban riesgo de intentos suicidas futuros. -Aproximadamente el 90% de los que fueron evaluados tenían antecedentes psiquiátricos: -33% -> abuso de alcohol. -36%->abuso de sustancias (ilegales o prescritas).

Se elabora una tabla con los factores de riesgo suicida y las evaluaciones recibidas por parte del personal de Urgencias.

Las asociaciones más fuertes con el riesgo suicida fueron la presencia de antecedentes psiquiátricos conocidos y abuso de sustancias; sin embargo, incluso pacientes que presentaban estos factores no fueron sometidos a valoración del riesgo suicida.

➤ **Emergency department assessment of self-harm risk using psychometric questionnaires.**

PAÍS	REVISTA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	DURACIÓN
Canadá	Can J Psychiatry	2012	Prospectivo de cohortes	N=157	90 días

OBJETIVOS	MÉTODOS/INTERVENCIÓN	RESULTADOS
-Examinar y comparar distintas escalas psicométricas. -Proporcionar un método más objetivo de determinar el riesgo de futuros intentos de suicidio.	Los sujetos del estudio fueron sometidos a una entrevista clínica que incluía datos sociodemográficos, antecedentes de enfermedades psiquiátricas, y los distintos cuestionarios: MSHR, BHS, BSI, cuestionario CAGE y DAST-10.	-La escala de impulsividad de Barrett y el cuestionario de DAST-10 potenciadas con los factores de riesgo tuvieron una capacidad predictiva significativa. -Ninguna escala por sí sola alcanzó valor predictivo suficiente.

MSHR: Manchester Self-Harm Rule; BHS: Beck Hopelessness Scale; BIS : Barrett Impulsiveness Scale ; BSI: Brief Symptom Inventory ; CAGE: Cut down, Annoyed, Guilt, Eye-Opener ; DAST: Drug Abuse Screening Test.

4.2 PERFIL CLÍNICO ASISTENCIAL DE PACIENTES INGRESADOS POR TENTATIVA DE SUICIDIO EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ADULTOS.

En este apartado hemos seleccionado de un total de **856** pacientes ingresados en los años 2014 y 2015 en la Unidad de Hospitalización de Adultos en el Hospital Clínico de Zaragoza, una muestra de **115** pacientes cuyo motivo de ingreso es **tentativa de suicidio**. Hemos revisado todos los informes clínicos de Alta y hemos seleccionado un conjunto básico mínimo de datos para definir, al final de este proyecto, un perfil clínico-asistencial que se aproximara al paciente modelo que nos podemos encontrar con tentativas de suicidio ingresado en una planta de Psiquiatría.

Lo primero que hemos analizado ha sido: el porcentaje de la distribución de las tentativas según el año; del total de pacientes ingresados en los años 2014 y 2015, cuál es el porcentaje de pacientes que habían sido ingresado por tentativa de suicidio y la distribución de las tentativas según el mes de ingreso.

Tabla 8 .Resultados de la distribución de tentativas de suicidio según el año.

AÑO	TOTAL (n)	%
2014	49	42,6%
2015	66	57,4%
2014+2015	115	13,4% (de n=856)

Tabla 9 .Resultados de la distribución de tentativas de suicidio según el mes.

MES	TOTAL 2014(n)	% 2014	TOTAL 2015(n)	%2015
ENERO	6	5,2%	7	6%
FEBRERO	4	3,4%	7	6%
MARZO	2	1,7%	6	5,2%
ABRIL	3	2,6%	4	3,4%
MAYO	3	2,6%	8	6,9%
JUNIO	7	6,0%	8	6,9%
JULIO	4	3,4%	6	5,2%
AGOSTO	4	3,4%	2	1,7%
SEPTIEMBRE	6	5,2%	5	4,3%
OCTUBRE	4	3,4%	3	2,6%
NOVIEMBRE	4	3,4%	1	0,8%
DICIEMBRE	2	1,7%	9	7,82

En la **Tabla 8** hay un mayor porcentaje de tentativas en el año 2015 con un 57,4% con respecto al año 2014 (42,6%). Después mencionar que del total de pacientes ingresados en la Unidad en los años 2014 y 2015 (n=856) ,un **13,4%** fueron ingresados por motivo de tentativa de suicidio .En la **Tabla 9** hay una distribución más o menos uniforme de las tentativas a lo largo de los meses , aunque hay un aumento de las mismas en los

meses de Junio de 2014 con un 6% y en los meses de Enero, Febrero, Mayo ,Junio y Diciembre del 2015 con unos porcentajes de 6,% 6,9% y 7,8% respectivamente.

4 .2.1 Datos sociodemográficos

Hemos recogido la distribución del **sexo** de los pacientes, observando un aumento significativo de las tentativas de suicidio en mujeres con un 54,7% con respecto a los varones con un 45,3%. También hemos analizado la **edad media**, siendo de **46,3 años** la edad que encontramos de los pacientes que están ingresados por este motivo en la Unidad.

Tabla 10. Resultados según el estado civil de la muestra de pacientes.

ESTADO CIVIL	TOTAL (n)	%
Soltero	46	40%
Casado o con pareja	34	29,5%
Viudo	8	6,95%
Separado/Divorciado	27	23,4%

(Fuente: elaboración propia)

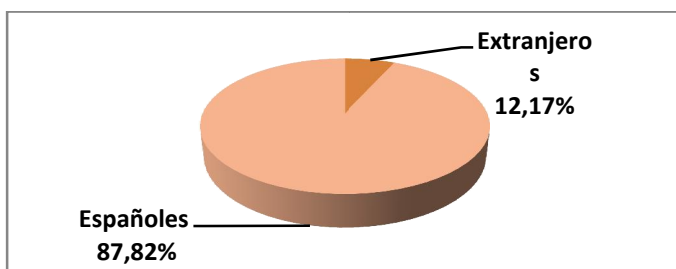
Tabla 11. Resultados según la convivencia de la muestra de pacientes.

CONVIVENCIA	TOTAL (n)	%
Solo/a	28	24,3%
Acompañado/a	78	67,8%
Residencia	9	7,8%

(Fuente: elaboración propia)

En la **tabla 10**, podemos observar que hay una frecuencia de tentativas de suicidio mayor en aquellos pacientes que cuyo estado civil es soltero con un 40%. Le siguen el estar casado con un 26,5%; separado/divorciado con un 23,4% y por último la viudedad con un 6,95%. En la **tabla 11** se observa que aquellos pacientes que se encontraba acompañados en la convivencia tiene una mayor frecuencia de tentativas con un 67,8% con respecto a los que se encontraban solos viviendo (24,3%) y los que se encuentran en una residencia o similares (7,8%).

Grafica 3. País de origen de la muestra de pacientes de la Unidad.



(Fuente: elaboración propia)

Tabla 12 .Descriptivo de la ocupación de la muestra de pacientes.

OCUPACIÓN	TOTAL (n)	%
Trabaja/estudia	22	19,1%
Desempleo	55	47,7%
Jubilado	12	10,4%
Incapacidad	20	17,3%
Otros	6	5,2%

(Fuente: elaboración propia)

En esta **tabla 12** llama la atención que hay un gran número de pacientes que se encuentran en situación de desempleo o paro con un 47,7%, y que tan sólo el 19,1% se encuentra en situación de trabajar o estudiar. También podemos observar un número muy alto de personas que están en situación de discapacidad (17,3%).

4.2.2 Problemática

En la siguiente tabla, hemos recogido la problemática en la que se encontraban la muestra de pacientes con tentativas de suicidio. Hemos considerado oportuno clasificarlo en: familiar/psicosocial, de pareja/conyugal, laboral, económico, relacional (de aislamiento) y otros.

Tabla 13. Descriptivo de la problemática de la muestra de pacientes.

PROBLEMÁTICA	TOTAL(n)	%
Familiar/psicosocial	59	32,6%
De pareja/conyugal	36	19,5%
Laboral	11	5,9%
Económico	20	10,8%
Relacional	24	13,4%
Otros	34	18,4%

(Fuente: elaboración propia)

Se observa que el problema principal al que se encuentran sometidos estos pacientes es de tipo **familiar/psicosocial** con un 32,6% .En segundo lugar, problemas de **pareja/conyugal** (19,5%). Se sigue en tercer lugar por Otros, con un 18,4%, y en este grupo destacan sobre todo la existencia de un duelo complicado y la historia de una enfermedad crónica o discapacitante. Y por último en orden decreciente, la problemática relacional (de aislamiento) con un 13,4%, económico un 10,8% y para finalizar problemas de ámbito laboral encontramos un 5,9%.

Dentro de la problemática, consideramos adecuado recoger aquellos pacientes con **consumo de sustancias** (alcohol, drogas y otras), obteniendo que un 37,3% de los pacientes que habían sido ingresados por tentativa de suicidio sí que consumían, en contraposición al 62,6% que no consumían dichas sustancias.

4.2.3 Antecedentes

En este apartado recogemos 3 variables: si habían tenido **intentos previos** de suicidio, si eran **conocidos** en la Unidad de Adultos de Hospital Clínico y si estaban en **seguimiento** psiquiátrico.

Tabla 14. Descriptivo de los antecedentes de la muestra de pacientes.

	SI (%)	NO (%)
Intentos previos	54,7%	45,2%
Conocidos	50,4%	49,5%
Seguimiento psiquiátrico	71,3%	28,6%

(Fuente: elaboración propia)

En la **tabla 14** destaca que un 54,7% de los pacientes sí que habían tenido un historial previo de intentos de suicidio, que un 73,3% estaban en seguimiento psiquiátrico y que un 50,4% eran conocidos en la Unidad de Hospitalización de Adultos.

4.2.4 Características de la tentativa de suicidio

En este apartado comentamos cómo se ha llevado a cabo esa tentativa, y los métodos que usamos para la selección han sido: intoxicación medicamentosa, daño físico (cortes, etc.), precipitación y otros.

Tabla 15. Resultados de los medios usados para la tentativa de suicidio.

MEDIOS USADOS	TOTAL (n)	%
Intoxicación medicamentosa	69	60%
Daño físico (cortes, etc.)	28	24,3%
Precipitación	6	5,25%
Otros	12	10,43%

(Fuente: elaboración propia)

Destacan que el método más usado para llevar a cabo la tentativa es la **intoxicación medicamentosa** con un 60% de los pacientes, sobre todo a través de benzodiazepinas mezcladas con alcohol. Le siguen el daño físico con un 24,3%, destacando sobre todo los cortes en antebrazos y muñecas; un 10,43% de otros medios usados, algunos como por ejemplo beber lejía o aspiración de gases; y por último con un 5,2% se encuentran aquellos pacientes que han usado un método más letal como es la precipitación. Con esto concluimos que de la muestra seleccionada, la mayoría han escogido métodos poco letales (intoxicación medicamentosa) para llevar a cabo la tentativa.

El **carácter de internamiento** en la Unidad fue voluntario en un 80% de los casos, mientras que el otro 20% fue de carácter involuntario. Y la media **del número de días de estancia** en la Unidad fue de **14,7 días**.

4.2.5 Diagnósticos

En esta sección hemos recogido qué diagnósticos principales figuraban en los informes de Alta de los pacientes, así como del número de diagnósticos secundarios.

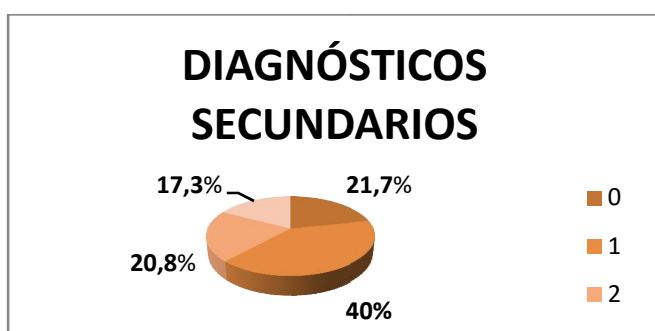
Tabla 16. Descriptivo de los diagnósticos principales de la muestra de pacientes.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	TOTAL (n)	%
Retraso Mental	2	1,7%
Trastorno de adaptación	34	29,5%
Episodio Depresivo Mayor	21	18,2%%
Distimia	11	9,5%
EQZ paranoide	6	5,2%
Trastorno Esquizoafectivo	6	5,2%
Trastorno de ideas delirantes persistentes	3	2,6%
Trastorno de personalidad	20	17,3%
Trastorno Bipolar	2	1,7%
Trastorno Mental y del comportamiento debido al consumo de sust. Psicótropas	6	5,2%
Otros diagnósticos	4	3,4%

(Fuente: elaboración propia)

Destacan en 1º lugar como más frecuentes los *Trastornos de adaptación* (29,5%), seguido de los Trastornos del humor como son el *Episodio Depresivo Mayor* (18,2%) y la *Distimia* con un 9,5%. Importante destacar los Trastornos de la personalidad (17,3%), sobresaliendo los de tipo *B* (*narcisista, inestable, antisocial*). Destacar la *Esquizofrenia Paranoide* y los *Trastornos Esquizoafectivos*, ambos con un 5,2%; así como los *trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas* con un 5,2%. En Otros diagnósticos (3,4%), hemos encontrados algunos como son *Trastornos en la conducta alimentaria*, el *TOC* y los *Trastornos disociativos/de conversión*. Agrupándolos en una clasificación más genérica, destacar que en 1º lugar se encuentran los trastornos neuróticos como los más frecuentes en los pacientes ingresados en la Unidad por tentativa de suicidio (30,4%); en 2º lugar estarían los trastornos del humor (29,5%); en 3º lugar se encuentran los trastornos de la personalidad (17,3%), y por último en 4º lugar se encontrarían la *Esquizofrenia Paranoide*, los *Trastornos esquizoafectivos* y el *Trastorno de ideas delirantes persistentes* con un 13% de los pacientes ingresados por tentativa.

Grafica 4. Número de diagnósticos secundarios de la muestra de pacientes (%).



(Fuente: elaboración propia). De la **grafica 4** destacar que un 40% de los pacientes de la muestra tuvieron 1 diagnóstico secundario en el informe de Alta con respecto al resto que tiene porcentajes más o menos parecidos con 0, 2 y 3 o más diagnósticos secundarios (21,7% , 20,8% y 17,3% respectivamente).

4.2.6 Destino

Por último, hemos recogido los datos sobre donde son derivados los pacientes una vez que eran dados de alta de la Unidad de Adultos.

Tabla 17. Resultados del destino de la muestra de pacientes.

DESTINO	TOTAL (n)	%
CSM Delicias	7	6%
CSM Calatayud	8	6,9%
CSM Ejea	3	2,6%
CSM Escultor Palao	10	8,6%
CSM de área	16	13,9%
CENTRO DE DIA	8	6,9%
PROYECTO HOMBRE	5	4,3%
CCEE del HCU	31	26,9%
Psiquiatra de referencia	15	13%
Otros destinos	12	10,4%

(Fuente: elaboración propia)

El destino más frecuentado es el seguimiento en **Consultas Externas del Hospital Clínico Universitario** con un 26,9% de los pacientes, también destaca el seguimiento por el psiquiatra de referencia (13,9%), y aquí cabe mencionar que un gran porcentaje de pacientes eran ya seguidos bien por psiquiatras privados, bien por psiquiatras de centros de salud mental sin especificar. De los Centros de Salud Mental, El *CSM de "Escultor Palao"* es el que tiene un porcentaje mayor con 8,6% como destino de los pacientes después de su tentativa (* dentro de la Comunidad de Aragón). Con unos porcentajes menores destacan los *CSM de Calatayud* y *Delicias* con un 6,9% y 6% respectivamente como destinos para los pacientes después de la tentativa. El Centro de Día también fue un destino escogido con un 6,9%. Por último y no está reflejado en tabla, en el apartado de Otros destinos, hubo un caso de **exitus** en Marzo del año 2015.

5. DISCUSIÓN

Hemos encontrado distintas limitaciones a la hora de realizar una comparación de los distintos estudios. Esto es debido a la heterogeneidad de algunos de ellos, como por ejemplo el tipo de estudio que se realiza, el tamaño de la muestra escogida, duración de los mismos, así como las distintas intervenciones llevadas a cabo. Algunos de los puntos en común que tienen estos estudios han sido que hay un considerable aumento de las tasas de suicidio que se percibe en todo el mundo, y aunque normalmente se suelen ceñir a las tasas registradas de los comportamientos suicidas en el país de publicación, todos llegan a la misma conclusión: la mejora en la detección, valoración, manejo y prevención del suicidio es una prioridad emergente de la Salud Pública.

Se podría hacer una clasificación de los estudios en dos grupos, según las herramientas empleadas en la valoración del riesgo suicida. Por un lado, aquellos estudios que analizan y comparan las escalas y cuestionarios psicométricos ^(18,19), y por otro lado, aquellos estudios que proponen diseñar un modelo innovador para la detección del riesgo suicida ^(4, 14,28). También se habla de la importancia de aplicar protocolos universales y estandarizados para la detección y valoración del riesgo suicida, así como del papel prioritario que tienen los profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias y su formación y preparación ⁽²⁵⁾.

En otro apartado podríamos clasificar aquellos estudios que examinan específicamente la importancia de los Servicios de Urgencias en la valoración del riesgo suicida ^(6, 7, 11, 13 y 22).

Con respecto al apartado correspondiente al perfil clínico asistencial, a la hora de realizar una búsqueda de otros trabajos para comparar nuestro perfil, comentar que hay un escaso número de estudios publicados sobre tentativas de suicidio, orientados a definir el perfil de sus pacientes ingresados en planta de Psiquiatría. En nuestro perfil, el paciente típico de tentativa de suicidio era una **mujer de edad media** (entre unos 43-49 años); que se encontraba en una situación de **desempleo** y tenía un **nivel social medio-bajo**. En los estudios de Kar.N, Blasco-Fontecilla H et al, también coinciden en este tipo de perfil ^(29, 30). Sin embargo Deisenhammer EA et al, en sus estudios habla de un perfil de mujer de edad más joven (en la veintena). ⁽³¹⁾

En el estudio de Kar N 30 explica que los **problemas** más frecuentes en estos pacientes eran de tipo **familiar, marital y económicos** (datos que coinciden con nuestro perfil). Otro factor de riesgo que se menciona en este estudio es la existencia de una **enfermedad médica crónica y discapacitante**, como sucede en algunos de los pacientes de nuestra muestra, en los que una enfermedad crónica podía ser un factor desencadenante o facilitador que provocara un aumento del riesgo del paso al acto ⁽³⁰⁾. Deisenhammer et al, en sus estudios tratan el **alcohol** como un factor de riesgo muy frecuente asociado a la tentativa de suicidio ⁽³¹⁾ (en nuestro perfil un porcentaje alto de los pacientes de la muestra tenían historial de abuso de alcohol y /o otras sustancias con un 37,3%). Otro factor de riesgo asociado era la presencia de un **trastorno mental de**

base. En nuestro perfil la mayoría de los pacientes de la muestra se encontraba en **seguimiento psiquiátrico** (71,3%), coincidiendo también con los estudios de Blasco-Fontecilla H, Martínez GL et al, y la existencia del trastorno mental de base en pacientes con tentativas de suicidio ^(29, 32). Blasco-Fontecilla H, Jaussent I et al, explican un perfil de mujer joven, con trastorno de la conducta alimentaria, un numeroso historial de intentos previos de suicidio (>5) y a cuantos más intentos, mayor letalidad en el método escogido ⁽²⁹⁾. Lechner-Schoner T et al, relacionan la presencia de alcohol, con trastornos afectivos y tentativa de suicidio ⁽³¹⁾. Herrero R, Fabelo C et al, explican que los diagnósticos más frecuentes de trastornos mentales previos a la tentativa de suicidio eran: Trastornos Psicóticos y Trastornos afectivos ⁽³²⁾.

Con respecto a los **métodos escogidos**, en nuestro perfil son aquellos menos letales, como la **intoxicación medicamentosa** (sobre todo con benzodiazepinas) la forma más seleccionada para llevar a cabo la tentativa de suicidio (60% de la muestra de pacientes de la Unidad de Adultos escogió este método). Estos datos sobre el método escogido coinciden con los trabajos de Deisenhammer EA, Kattimani S et al, en las que se comenta que son los medios menos letales los más escogidos; datos que contrastan con los trabajos realizados por Martínez GL et al, en los que se menciona que el método más usado para suicidarse por su muestra de pacientes es el **ahorcamiento** (de gran letalidad) ⁽³²⁾.

La documentación clínica de esta auditoría constata la importancia de la asistencia a los pacientes que han sobrevivido a una crisis suicida y para los que se ha estimado la necesidad de una intervención en forma de hospitalización. Estos pacientes suponen un reto asistencial no sólo por la necesidad de valorar la persistencia de ideación y planificación suicida, sino por la complejidad para establecer sus planes de alta. El periodo posterior al alta de la UHA es especialmente crítico por en términos de riesgo. Por todo ello, la valoración y documentación del riesgo debe mejorarse no sólo en los dispositivos de Urgencias, sino también en la valoración evolutiva durante el ingreso y en la preparación del alta. La revisión bibliográfica así como la documentación clínica de este trabajo aportan indicadores de mejora a ser tenidos en cuenta en futuras investigaciones.

6. CONCLUSIONES

En la búsqueda bibliográfica realizada, en una 1ª búsqueda encontramos un total de 186 artículos. Fuimos descartando aquellos que no coincidían con los requisitos que se pedían para el proyecto y también con la aplicación de unos filtros determinados (idioma, edad, free full text, etc) . En una 2ª búsqueda más sistemática, se obtuvieron un total de 38 estudios, y con la aplicación de los filtros anteriormente comentados, se quedaron reducidos a 11 artículos. De estos trabajos publicados, extraemos las siguientes conclusiones:

1. Las **escalas y cuestionarios psicométricos** aplicados por sí solos tienen **poco valor predictivo** suficiente, puesto que ninguno alcanza la sensibilidad suficiente para predecir el riesgo suicida a nivel individual. Lo ideal es la combinación del juicio clínico y el uso de los cuestionarios psicométricos ^(13, 19, 20, 24) .
2. Existe una gran **variabilidad** (según el servicio) e **infradetección** (alto porcentaje de pacientes sin evaluar, incluso presentando factores de riesgo) en la valoración del riesgo de suicidio en pacientes con gesto autolesivo. Aquellos hospitales que tienen protocolos específicos, tienen un mayor porcentaje de evaluación de pacientes con riesgo suicida ^(6, 7, 13, 22) .
3. Algunos estudios señalan la importancia de diseñar **modelos innovadores** para la detección del riesgo suicida ^(4, 14, 28) .
4. La aplicación de **protocolos universales y estandarizados** en los Servicios de Urgencias para la valoración del riesgo suicida es de suma importancia para la detección, gestión y prevención de la conducta suicida. Y por último destacar la importancia de la **formación y preparación** de los **profesionales sanitarios** de los Servicios de Urgencias para la valoración del riesgo suicida ^(7, 25) .
5. **Perfil clínico-asistencial**. En esta parte del trabajo de un total de 856 pacientes, seleccionamos a 115 pacientes que habían sido ingresados en la Unidad de Adultos de Psiquiatría del HCU, cuyo motivo de ingreso fue por tentativa de suicidio, en los años 2014 (49 pacientes) y 2015 (66 pacientes). De éstos se revisaron sus informes clínicos y se seleccionaron un conjunto básico mínimo de datos para definir el perfil típico de estos pacientes ingresados en planta.
 - 5.1 Una **mujer** (54,7%), con una edad aproximada entre los **43 y 49** años, **soltera** (40%), viviría **acompañada** (67,8%), **española** (87,8%); y se encontraría en una situación de **desempleo** (47,7%). Tendría problemas **familiares/ psicosociales** (32,6%) y/o de **pareja/conyugal** (19,5%), entre los más frecuentes.
 - 5.2 Como antecedentes, tendría un **historial de intentos previos** de tentativas de suicidio (54,7%), sería **conocida** en la Unidad (50,4%) y **sí** que estaría en **seguimiento psiquiátrico** (71,3%), ya sea en este hospital, en su Centro de

Salud Mental o por su psiquiatra de referencia. Podría tener historial de consumo de alcohol y otras sustancias (37,3%).

- 5.3 Usaría medios poco letales y agresivos, sobre todo a través de la **intoxicación medicamentosa** (60%), y en especial con benzodiazepinas (mezcladas o no con alcohol). Estaría ingresada unas **2 semanas** en la Unidad. Como diagnóstico principal que figuraría en el informe de Alta sería una paciente con un **trastorno de adaptación** (30,4%) o bien con **trastorno afectivo** (29,5%) y figuraría un solo diagnóstico secundario en el informe de Alta (40%). Y por último sería derivada para su seguimiento psiquiátrico a las **Consultas Externas** del HCU (26,9%).

Conclusión final:

Se precisará de una continuidad en la línea de investigación clínica y de programas de mejora de calidad tanto de la valoración de riesgo durante la hospitalización como la preparación cuidadosa del alta de las personas con ingreso por tentativa.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Bille Brahe U. *Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 [citado 31 ene 2011]. Disponible en: <http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf>
2. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009; 373(9672):1372-81
3. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. *Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España*. Madrid. Triacastela. 2011
4. Randall JR, Rowe BH, Dong K a, Nock MK, Colman I et al. Assessment of self-harm risk using implicit thoughts. *Psychol Assess*. 2013; 25: 714-21
5. Fernando MI. *Suicidio y Prevención*. Palma de Mallorca .Intersalud. 2010
6. Betz ME, Sullivan AF, Manton AP, Espinola JA, Miller I, Camargo CA, et al. Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. *Depress Anxiety*. 2013 Oct; 30 (10): 1005-12
7. Caterino JM, Sullivan AF, Betz ME, Espinola JA, Miller I, Camargo CA, et al. Evaluating current patterns of assessment for self-harm in emergency departments: a multicenter study. *Acad Emerg Med*. 2013. 20 (8) : 807-15
8. Sáiz PA, Rodríguez- revuelta J, González Blanco L, Burón P, Al-halabí S, Garrido M, et al. Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014; 7 (3): 131-138
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
10. Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit*. 2006; 20 (1):25-31
11. UI Haq, Subramanyam D, Agius M. Assessment of self harm in an accident and emergency service- The development of a proforma to assess suicide intent and mental state in those presenting to the emergency department with self harm. *Psychiatr Danub*. 2010; 22: 26-32

12. Isometsa, E. T. Psychological autopsy studies-a review. *Eur Psychiatry*, 2001, 16 (7): 379-85
13. Ronquillo L, Minassian A, Vilke GM, Wilson MP. Literature-based recommendations for suicide assessment in the emergency department: A review. *J Emerg Med*. Elsevier ltd; 2012; 43 (5):836-42
14. Allen MH, Abar BW, McCormick M, Barnes DH, Haukoos J, Garmen GM, et al. Screening for suicidal ideation and attempts among emergency department medical patients: Instrument and results from the psychiatric emergency research collaboration. *Suicide Life –Threatening Behav*. 2013; 43: 313-23
15. Penagaluri P, Walker KL, EI- Mallakh RS. Hallucinations, pseudohallucinations, and severity of suicidal ideation among emergency psychiatry patients: A pilot study. *Crisis*. 2010, 31 (1) 53-6
16. Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t (2010/02)
17. De la Torre Martí M. *Protocolo Para la Detección y Atención Inicial de la Ideación Suicida*. 2013; 1-36
18. Gómez A. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Rev Med. Clin. Condes*. 2012; 23 (5) 607-15
19. Randall JR, Rowe BH, Colman I. Emergency Department assessment os self-harm risk using psychometric questionnaires. *Can J Psychiatry*. 2012; 57 (1) 21-8
20. Wu C-Y, Huang H-C ,Wu S-I, Sun F-J, Huang C-R, Liu S-I. Validation of the Chinese SAD PERSONS Scale to predict repeated self- harm in emergency attends in Taiwan. *BMC Psychiatry*. 2014; 14(1):44
21. Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* . 2009; 194: 104-10
22. Ting SA, Sullivan AF, Miller I, Espinola JA, Allen MH, Camargo CA, et al. Multicenter Study of Predictors of Suicide Screening in Emergency Departments. *Acad Emerg Med*. 2012; 19 (2) 239- 243

23. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez- Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2010; 3 (1): 13-8
24. Chang BP1, Tan TM2. Suicide screening tools and their association with near-term adverse events in the ED. *Am J Emerg Med.* 2015 Nov; 33 (11):1680-3
25. Betz ME, Arias SA, Miller M, Barber C, Espinola JA, Sullivan AF, Manton AP, Miller I, Camargo CA Jr, Boudreaux ED. Change in emergency department providers' beliefs and practices after use of new protocols for suicidal patients. *Psychiatr Serv.* 2015. 66(6):625-31
26. Larkin GL,Beautrais AL. Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis.* 2010 31 (1) 1-6
27. *American Psychiatric Association.* Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors [Internet]. American Psychiatric Association; 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx
28. Tran T, Luo W, Phung D, Harvey R, Berk M, Kennedy RL, et al. Risk stratification using data from electronic medical records better predicts suicide risks than clinician assessments. *BMC Psychiatry.* 2014; 14(1): 1-9
29. Blasco-Fontecilla H, Jausent I, Olié E, Béziat S, Guillaume S, Artieda-Urrutia P Baca-Garcia E, de Leon J, Courtet P. A cross-sectional study of major repeaters: a distinct phenotype of suicidal behavior. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2014; 16 (4)
30. Kar N. Profile of risk factors associated with suicide attempts: A study from Orissa, India. *Indian J Psychiatry.* 2010; 52(1):48-56
31. Deisenhammer EA, Lechner-Schoner T, Kemmler G, Ober A, Braidt E, Hinterhuber H. Serum lipids and risk factors for attempted suicide in patients with alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006; 30 (3):460-5
32. Martínez GL¹, Herrero R, Fabelo C, Diaz D, McCarthy V. A socio-demographic, psychiatric and medical profile of inpatient suicide attempters in a psychiatric hospital of Puerto Rico. *Bol Asoc Med P R.* 2009; 101(1):23-30
33. Kattimani S, Sarkar S, Rajkumar RP, Menon V. Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *J Neurosci Rural Pract.* 2015; 6(2):171-6

8. Anexo I: Tabla 18. ESTRATIFICACIÓN DE LOS DIFERENTES GRADOS DE RIESGO DE LA TENTATIVA SUICIDA.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si cumple con seis o más factores de riesgo principales. ✓ Cualquier caso con planificación suicida y método específico. ✓ Si estado de ánimo depresivo “grave”. 	RIESGO ALTO (4)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si cumple menos de seis factores de riesgo. ✓ Cualquier caso con planificación suicida sin método específico. ✓ Si estado de ánimo depresivo “severo”. 	RIESGO MEDIO-ALTO (3)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si cumple entre dos y cuatro factores de riesgo. ✓ No hay planificación suicida. ✓ Si estado de ánimo depresivo “bajo-moderado”. 	RIESGO MEDIO (2)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si cumple un factor de riesgo ✓ No hay planificación suicida, pero sí presencia de desesperanza, culpa, no percibe apoyos o valores que le ayuden. ✓ Si dos o tres síntomas de ánimo depresivo “bajo-moderado”. 	RIESGO BAJO (1)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si no presenta ningún factor de riesgo. ✓ No hay planificación suicida. ✓ Aparecen como máximo dos o tres síntomas depresivos que pertenecen a la categoría de ánimo depresivo “bajo-moderado” 	SIN RIESGO (0)

(Fuente: adaptación de la referencia bibliográfica número 17)

9. ANEXO II: OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gallego JA, Rachamalla V, Yuen EY, Fink S, Duque LM, Kane JM. Predictors of suicide attempts in 3.322 patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2015; 228(3):791-6
2. Vandevoorde J, Baudoin T, Chabert B, Baudoin E, Sanchez Valero A. The suicide assessment in the psychiatric emergencies: A semi-structured interview. *Presse Med.* 2015; 44(9):898-906
3. Boudreaux ED, Jaques ML, Brady KM, Matson A, Allen MH. The patient safety screener: validation of a brief suicide risk screener foremergency department settings. *Arch Suicide Res.* 2015; 19(2):151-60
4. Lee A, Sikka N, O'Connell F, Dyer A, Boniface K, Betz J. Telepsychiatric assessment of a mariner expressing suicidal ideation. *Int Marit Health.* 2015; 66(1):49-51
5. King CA, Berona J, Czyz E, Horwitz AG, Gipson PY. Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2015; 25(2):100-8
6. Herbeck Belnap B, Schulberg HC, He F, Mazumdar S, Reynolds CF 3rd, Rollman BL. Electronic protocol for suicide risk management in research participants. *J Psychosom Res.* 2015; 78(4):340-5
7. Lopez-Castroman J, Guillaume S, Olié E, Jaussent I, Baca-García E, Courtet P. The additive effect on suicidality of family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. *Arch Suicide Res.* 2015; 19(2):275-83
8. Knight A, Weiss P, Morales K, Gerdes M, Gutstein A, Vickery M, Keren R. Depression and anxiety and their association with healthcare utilization in pediatric lupus and mixed connective tissue disease patients: a cross-sectional study. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2014 10; 12:42
9. Moroge S, Paul F, Milan C, Gignoux-Froment F, Henry JM, Pilard M, Marimoutou C. Suicidal ideas in psychiatric emergency departments: prospective study comparing self- and hetero-assessment. *Encephale.* 2014; 40(5):359-65
10. Husky M, Olié E, Guillaume S, Genty C, Swendsen J, Courtet P . Feasibility and validity of ecological momentary assessment in the investigation of suicide risk. *Psychiatry Res.* 2014 15; 220(1-2):564-70
11. van Veen M, van Weeghel I, Koekkoek B, Braam AW . Structured assessment of suicide risk in a psychiatric emergency service: Psychometric evaluation of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale (NGASR). *Int J Soc Psychiatry.* 2015; 61(3):287-96

12. García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, de León-Martínez V, Baca-García E. Clinical features associated with suicide attempts versus suicide gestures in an inpatient sample. *Arch Suicide Res.* 2014; 18(4):419-31
13. Cailhol L, Riedi G, Mathur A, Czapla P, Charpentier S, Genestal M, Birmes P. Should hospitalization be required after the emergency discharge of patients with borderline personality disorder who have attempted suicide (FRENCH CRISIS cohort?). *Encephale.* 2014; 40(4):289-94
14. Biddle VS, Kern J 3rd, Brent DA, Thurkettle MA, Puskar KR, Sekula LK. Student assistance program outcomes for students at risk for suicide. *J Sch Nurs.* 2014; 30(3):173-86.
15. Tran T, Luo W, Phung D, Harvey R, Berk M, Kennedy RL, Venkatesh S. Risk stratification using data from electronic medical records better predicts suicide risks than clinician assessments. *BMC Psychiatry.* 2014, 14; 14:76
16. Choi KH, Wang SM, Yeon B, Suh SY, Oh Y, Lee HK, Kweon YS, Lee CT, Lee KU. Risk and protective factors predicting multiple suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2013; 30; 210 (3):957-61
17. Menon V, Kattimani S, Shrivastava MK, Thazath HK. Clinical and socio-demographic correlates of suicidal intent among young adults: a study from South India. *Crisis.* 2013 ,1; 34(4):282-8
18. Hatcher S, Pimentel A. Do patients and clinicians differ in their assessment of suicidal intent after self-harm using the same suicide questionnaire scale? *Int Emerg Nurs.* 2013; 21(4):236-9
19. Heilbron N, Goldston D, Walrath C, Rodi M, McKeon R. Suicide risk protocols: addressing the needs of high risk youths identified through suicide prevention efforts and in clinical settings. *Suicide Life Threat Behav.* 2013; 43(2):150-60
20. Rhodes AE, Bethell J, Newton AS, Antony J, Tonmyr L, Bhanji F, Chaulk D, Curtis S, Gouin S, Joubert GI, Porter R, Silver N, Spruyt J, Thompson GC, Turner TW; Pediatric Emergency Research Canada (PERC). Developing measures of quality for the emergency department management of pediatric suicide-related behaviors. *Pediatr Emerg Care.* 2012; 28(11):1124-8
21. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, Wharff EA, Ginnis K, Cannon E, Joshi P, Pao M. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012; 166(12)
22. Pompili M, Innamorati M, Lester D, Serafini G, Erbutto D, Battuello M, Tatarelli R, Oquendo MA, Girardi P. Suicide attempts in acute psychiatric referrals with substance use disorders. *Riv Psichiatr.* 2012; 47(4):313-8

23. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: a longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry*. 2012; 73(6):735-41
24. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(12):1266-77
25. Topp T, Lefering R, Mueller T, Ruchholtz S, Patzer T, Kühne CA; TraumaRegister der DGU. Suicide in old age: the underestimated risk. An analysis of 1,894 patients in the Trauma Registry of the German Trauma Society. *Unfallchirurg*. 2013; 116(4):332-7
26. Vlad IA, Fatovich DM, Fenner SG, Daly FF, Soderstrom JH, Burrows SA. Patient perceptions of the potential lethality associated with deliberate self-poisoning. *Emerg Med Australas*. 2011; 23(5):580-6
27. Friedlander AH, Rosenbluth SC, Rubin RT. The adult suicide-prone patient: a review of the medical literature and implications for oral and maxillofacial surgeons. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012; 70(5):1253-60
28. Oude Voshaar RC, Cooper J, Murphy E, Steeg S, Kapur N, Purandare NB. First episode of self-harm in older age: a report from the 10-year prospective Manchester Self-Harm project. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72(6):737-43

