



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**

*FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD*

## Trabajo Fin de Grado

**Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria en personas con intento recurrente de suicidio: Estado de la cuestión**

**Alumna: Encarnación Expósito Gutiérrez**

**Tutora: María Hernández Padilla**

**Dpto: Enfermería**

**Junio, 2014**

## Índice

Resumen/Abstract.....	1
1. Introducción .....	2
2. Metodología.....	5
2.1. Base de datos bibliográficos Internacionales .....	5
2.2. Base de datos bibliográficos Nacionales .....	6
3. Resultados: Estado de la cuestión sobre continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria en personas con intento recurrente de suicidio .....	9
3.1. Breve aproximación histórica al comportamiento suicida .....	9
3.2. Continuidad de cuidados versus hospitalización .....	11
3.3. Continuidad de cuidados en personas con intento de suicidio diagnosticadas de trastornos psicopatológicos .....	14
3.4. Continuidad de cuidados y abordaje en A. Primaria y continuidad en A, Especializada Mental .....	19
3.5. Continuidad de cuidados y Comunidad .....	21
3.6. Continuidad de cuidados y conducta suicida.....	22
3.7. Suicidio versus llamada de atención .....	24
3.8. Conducta suicida y género. ....	24
3.9. Intento de suicidio y orientación sexual.....	26
3.10. Cuidados y perspectiva enfermera .....	26
3.11. Iniciativas Internacionales, Europeas, Nacionales, y Comunitarias: Continuidad de cuidados .....	28
4. Conclusiones.....	30
5. Referencias bibliográficas .....	32
6. Anexos .....	45
6.1. Anexos 1.....	46

## **Resumen**

El suicidio es uno de los problemas sociales más importantes y a su vez, es la muerte más desoladora, es un problema de salud que actualmente ha generado gran preocupación en los profesionales de la salud. Los estudios más recientes ponen de relieve que la prevención del suicidio es posible. Sin embargo, a pesar de la relevancia de los datos encontrados, la mayor parte de los países carecen de estrategias específicas para abordar esta situación.

La bibliografía consultada informa que el intento de suicidio es un problema crónico, es la causa principal de mortalidad en los pacientes psiquiátricos y el peor resultado en la práctica psiquiátrica. La tendencia a abandonar los tratamientos y su alto riesgo de repetición del intento suicida hace necesario evaluaciones sistemáticas.

En la literatura se identifica lagunas o brechas en cuanto a la continuidad de cuidados de estos pacientes, siendo importante destacar que el periodo de más alto riesgo de intento de suicidio es al alta hospitalaria. A pesar de ello, solo la mitad de las instituciones de salud mental emplea una política preventiva en materia de post-alta de suicidio. Hasta el momento, las posibilidades de prevención no se han desarrollado en su totalidad. Las relaciones positivas entre la continuidad de cuidados y los resultados de salud entre las personas con conducta suicida sugieren que los esfuerzos por mejorar la continuidad de cuidados son escasos.

**Palabras claves:** continuidad de cuidados, alta hospitalaria, intento recurrente de suicidio, prevención.

## **Abstract**

Suicide is one of the most important social issues and in turn; it is a health problem which has raised great concern among health professionals in recent decades. Recent research point out that suicide prevention is possible. However, despite the relevance of the information found, most countries lack specific strategies to approach this situation.

The consulted bibliography informs that suicide attempt is a chronic issue. It also is the main cause of death among psychiatric patients, and the worst outcome in psychiatric practice. The tendency to abandon treatment and the high risk of another attempt make systematic evaluations needed.

In literature, there are gaps in the continuity of care of these patients. It is important to highlight the fact that, in the few months after psychiatric hospital discharge are a period of high risk. Only half the of mental health institutions employs a preventive policy in post-discharge suicide. So far, the prevention possibilities have not been fully developed. Positive relationships between continuity of care and health outcomes among people with suicidal behavior suggest that efforts to improve the continuity of care are rare.

**Keywords:** care continuity, hospital-discharge, recurrent suicide attempt, suicide, prevention.

## 1. INTRODUCCIÓN

La elección del tema “Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria en personas con intento recurrente de suicidio” se debe a la preocupación e interés que me causa, lo incapacitante y la cantidad de sufrimiento que generan los problemas mentales entre quienes lo padecen, sus familias y personas allegadas. El propio concepto “comportamiento suicida recurrente” implica una serie de conductas por parte de nuestra sociedad hacia él y el propio concepto hacia la sociedad lo que les restringe el acceso a la vida plena y a los servicios de ayuda que necesita.

Actualmente, en pleno siglo XXI, el comportamiento suicida sigue siendo visto como “culturalmente inaceptable”. Identificados y diferenciados como enfermos y enfermas mentales son considerados como un grupo diferente y aparte: “ellos” frente a “nosotros”, lo que les supone repercusiones emocionales, sociales y económicas importantes. En “nosotros”, miedo, ansiedad, irritación, cuyas consecuencias negativas para estas personas son la “distancia social”, el rechazo, la evitación, el suicidio. Los pacientes de la unidad de salud mental, donde he realizado mi formación se quejan de la siguiente manera: “volver al pueblo es difícil de llevar”, refieren: “mi familia está cansada”, “mis hijos pasan,” “los veo poco,” “mis vecinos saben que estoy aquí”, los únicos amigos y relaciones se dan entre ellos. Una vez dados de alta continúan conectados entre sí, hacen lo imposible para conseguir ingresar y buscan estrategias para no romper su única red social, lo que restringe derechos y oportunidades, que les lleva a una vida de entradas y salidas en unidades de salud mental, e internamientos repetitivos. ¿Es el equivalente de la puerta giratoria de los años 60?. Esta vivencia ha hecho proponerme como tarea llevar a cabo una revisión bibliográfica para examinar la evidencia de la efectividad de las intervenciones en la atención a estos pacientes, examinar los conocimientos y aproximarnos a estudios de continuidad de cuidados.

Los programas de continuidad de cuidados surgieron a finales de los años 70 en E.E.UU, como un sistema alternativo de cuidados a los pacientes psiquiátricos graves y crónicos cuando la desintitucionalización hizo salir a estos pacientes de los hospitales psiquiátricos. Desde entonces se han extendido por todo el mundo promoviendo y organizando redes comunitarias evitando que sean aislados y excluidos de la comunidad (González, 2011).

Dada la importancia que los distintos comportamientos humanos, ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intento o tentativa suicida en los que se busca morir) y los suicidios consumados (resultado de muerte) (Palacios- Espinosa et al., 2007) tienen para nuestra salud mental, se hace imprescindible aproximarnos a su estudio.

Diversos autores y autoras han abordado el tema del intento de suicidio, y el suicidio, desde tiempos remotos y hoy en día son muchos los profesionales de la salud mental los que se les ha unido a su abordaje, (Sánchez et al, 2004; Palacios-Espinosa et al, 2007). Este concepto ha tenido muchas consideraciones dependiendo de la religión, la cultura, y el momento histórico. Muchas religiones condenan el suicidio considerándolo el camino al infierno eterno, otras lo declaran como un acto de locura. Para algunos países es un acto muy discutido y sin respuesta y un gran tabú, y, para algunos autores la idea del suicidio puede surgir por muchos motivos diferentes.

Por lo tanto, la consideración del suicidio no ha estado sujeta a una sola motivación, ha ido cambiando según las motivaciones por las que una persona decide terminar con su vida, como puede ser una vía de escape para el sufrimiento emocional o psicológico, terminar con una situación de conflicto económico o con la falta de una red social (Plaza, 2008).

Es obvio que es un fenómeno social y cultural, presente en todas las épocas históricas. Distintos autores (Jiménez et al., 2006; Muela et al., 2007; Sánchez – Teruel., 2012) señalan que la actitud hacia la conducta suicida de las sociedades ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos y culturales en cada época de la humanidad.

La etimología del término suicidio, proviene del latín “sui caedere” (matar a uno mismo), es el arte de quitarse la vida uno mismo, siendo consciente que este acto le llevará a la muerte. La Organización Mundial de la Salud (1976) define como “acto suicida” toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos. Durkheim, (1897) describe el suicidio como la muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima y donde la muerte es el resultado esperado. Por otro lado Shneidman, (1985) define la conducta suicida como el acto humano de causar la cesación de la propia vida. A lo largo de la historia, esta terminología ha tenido dificultades para llegar a un consenso.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, considera la conducta suicida como un síntoma de la depresión mayor y del trastorno límite de la personalidad. Esta misma consideración tiene en el actual DSM-5 (APA, 2013).

El suicidio se encuentra entre las veinte principales causas de muerte a nivel mundial para todas las edades (Schmidtke et al., 1999; WHO, 2010 a), situándose entre las quince primeras causas de muerte a nivel mundial y en algunos países en la franja de edad de 10 a 24 años es la segunda causa de muerte, y, la tercera en la franja de edad entre los 15 a 44 años. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones, lo que representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas. Estas cifras no incluyen los intentos de suicidio que son hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado (OMS, 2006; WHO, 2010b).

El suicidio en Europa es la segunda causa más común de muerte entre los hombres entre 15 y 44 años. Las mujeres de la misma edad se sitúan en la cuarta causa de muerte por suicidio, estimándose cifras entre 10-20 millones de intentos de suicidio cada año (Corcoran et al., 2006; Chishti et al., 2003; European Unión, 2008; Guo et al., 2004). En España los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) referentes al año sitúan al suicidio como la primera causa no natural de defunción, con 3.539 personas fallecidas (INE, 2012). Estas cifras colocan al suicidio, en los países industrializados, como una de las principales causas de carga social y de sufrimiento, producida por enfermedad cuando se tienen presentes los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) (WHO, 2008).

Si bien, en general y a todas las edades, las tasas de suicidio correspondientes a los hombres son mucho más elevadas que las de las mujeres, en muchos países se advierte una tendencia

ascendente en las mujeres y un descenso en los hombres, (OMS, 1969). La forma en la cual se aplican los criterios para registrar las defunciones, varía enormemente según los países y aún dentro de un mismo país las tasas de suicidio varían considerablemente según la fuente de datos informada. (Andriessen, 2006; OMS, 2000, 2002a, 2002b; Pritchard et al., 2008), lo que hace sumamente difícil comparar las tasas de suicidio de unos países a otros.

En todas las civilizaciones las causas del suicidio son plurietiológicas, aunque en los países occidentales una de las razones “principales” tienen que ver con la situación sociolaboral de la persona, apareciendo como factor de riesgo mayor la pérdida de un empleo reciente que una situación de desempleo más larga, (Chin-Chung et al., 2009; Laborda et al., 2010). Una patología psiquiátrica previa aumenta el riesgo de suicidio, incrementándose el diagnóstico de alteraciones psiquiátricas en los pacientes con conducta suicida. Así, el suicidio no considerado una enfermedad, sino una conducta, es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos, siendo el intento de suicidio frecuentemente una urgencia psiquiátrica, representando el 1% de los ingresos en los servicios de urgencias de los hospitales generales. El 5 % de los intentos de suicidio presentan una elevada morbilidad (más del 50% repite el acto suicida) y también la morbilidad por suicidio (10% a los 10 años) o por otras causas es significativamente superior a la población general (Tejedor et al., 1999 citado por Álvarez-López, 2011). Los factores de riesgo suicida más importantes son el padecimiento de un trastorno mental grave y haber llevado a cabo uno o varios intentos de suicidio previos. El suicidio está asociado a todas las enfermedades mentales excepto a la demencia y al retraso mental.

La importancia de esta revisión bibliográfica viene determinada por la necesidad de cuidados de calidad y continuidad de cuidados prestada a los pacientes ingresados en el Sistema de Atención a la Salud Mental con intento de suicidio tras el alta hospitalaria, donde los últimos estudios han dado a conocer que un 25% de ellos no recibió atención alguna al alta hospitalaria. En este contexto nos planteamos como objetivo general, actualizar los conocimientos sobre continuidad de cuidados en el riesgo de comportamiento suicida recurrente en base a la literatura publicada al respecto.

Como objetivos específicos nos planteamos:

1. Identificar los cuidados individualizados de calidad a las personas con conducta suicida.
2. Identificar información relevante para pacientes, familias y otras personas allegadas.

## 2. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de documentos procedentes de bases de datos internacionales y nacionales a fin de encontrar información relevante sobre la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria en personas con intento recurrente de suicidio. Dicha revisión abarca desde 1969 – 2014 y no se aplicó ninguna restricción de idioma, encontrando en inglés, francés, holandés y español.

### 2.1. Base de datos Internacionales

Los resultados de la búsqueda aparecen en la base de datos PubMeb (Medline), con los descriptores o palabras claves "Continuity of Patient Care" AND suicid\*. Esta búsqueda ha producido 70 referencias o citas bibliográficas; tras su revisión, 48 citas fueron criterios de inclusión. Continuamos en la base de datos PUBMED con los descriptores de búsqueda "Recurrent and suicide and Dischase". La revisión identificó 12 resultados, de las cuales 9 citas fueron objeto de nuestro trabajo.

Realizamos también una búsqueda en la base de datos NURSING OVID con los descriptores "Continuity of Patient Care" y suicide, dando 15 referencias o citas bibliográficas, de las cuales 8 citas tuvieron criterios de inclusión. Seguimos la búsqueda en base de datos LILACS con los descriptores de la búsqueda (suicidio y seguimiento por texto libre). Los resultados de la búsqueda fue de 12 citas bibliográficas y después de hacer una selección fueron 6 citas las que elegimos. Seguimos en la base de datos TRIP con la palabra clave o descriptor "continuity care and suicide", con 2028 citas bibliográficas encontradas de las cuales fueron seleccionadas 29. Descartamos por su duplicidad 8 citas, las restantes no eran objeto de nuestra revisión.

A continuación hicimos una búsqueda en la base de datos de CINAHL con las palabras claves "recurrent and suicide and discharge". Los resultados encontrados fueron 6 citas bibliográficas y algunas encontradas en otros buscadores anteriores, eliminamos los duplicados y nos quedamos con 4 citas.

El descriptor "Continuity of Patien Care and suicide" produjo 20 citas, 6 de las cuales fueron objeto de inclusión. Seguimos buscando en la base de datos NICE con el descriptor "continuity of care and suicide". La búsqueda produjo 749 citas las cuales revisamos y fueron 5 de ellas objeto de inclusión. Con el descriptor "readmisión y continuidad", obtuvimos 448 citas, de las cuales fueron 7 citas las que elegimos. Continuamos en la base de datos PubPsych, en la que utilizamos el descriptor "suicidio y cuidados". Los resultados fueron 30 citas y tras su revisión nos quedamos con 20 citas bibliográficas (Tabla 1).

TABLA 1. Base de datos internacionales

BASE DE DATOS	DESCRIPTOR	CITAS BIBLIOGRAFICAS	CRITERIOS DE INCLUSION	IDIOMA
PUBMED	“Continuity of Patient Care” AND Suici*	70	48	Inglés, 3 holandés, 1 Francés,
	Recurrent AND suicide AND Discharge	12	9	Inglés
TRIP	Continuity care AND suicide	2028	29 duplicados 8	Inglés.
CINAHL	Recurrent AND suicide AND discharge	6	4	Inglés
	Continuity of Patient Care AND suicide	20	6	Inglés
LILACS	Suicidio y seguimiento por texto libre	12	6	Español
NURSING OVID	Continuity of patient and suicide	15	8	Inglés
NICE	“Continuity of care and suicide”	749	5	Inglés
	Readmisión y continuidad de cuidados	448	7	Inglés
PubPsych	Suicidio y cuidado	30	20	Inglés

## 2.2. Base de datos nacionales:

Comenzamos la búsqueda (Tabla 2) en base de datos IME, (INDICE MEDICO ESPAÑOL) con los descriptores “seguimiento y suici\*”, con un total de 19 referencias recuperadas. Tras su revisión seleccionamos 4 citas bibliográficas.

Asimismo hicimos una búsqueda en la base de datos IBECS, (INDICE BIBLIOGRAFICO ESPAÑOL EN CIENCIAS DE LA SALUD), con las palabras claves “cuidados en el intento de suicidio” produciendo 17 registros, de las cuales 5 fueron objeto de inclusión.



TABLA 2. Base de datos nacionales.

Base de datos	Descriptor o Palabras clave	Citas bibliográficas	Objeto del tema	Idioma
IBECS	Cuidados en el intento de suicidio	17	5	Español
IME	Seguimiento y suicid*	19	4	Español

De la literatura gris se obtuvo de GOOGLE ACADEMICO utilizando las palabras clave “continuidad de cuidados en el intento de suicidio”, lo que produjo 7 citas bibliográficas y algunas encontradas en base de datos anteriores. De ellas incluimos 5 registros. Asimismo hicimos una búsqueda con el descriptor “recurrent and suicide and discharge”, que produjo 6 citas bibliográficas y ocho duplicados. De ella, utilizamos un registro y las demás no fueron utilizadas por ser duplicados de otras bases de datos.

Para obtener resultados ajustados a nuestro tema de búsqueda se han realizado diversas estrategias de búsqueda, unas desde el acceso a los términos por texto libre, otras a través de los Tesoros o diccionarios terminológicos de las propias bases de datos.

El tesoro más utilizado por las bases de datos anglosajonas es el Medical Subject Headings (encabezamientos para materias médicas) que es el que usa el Medline (Pubmed por defecto) y que es referencial para otros recursos de acceso a la información como: Trip Database, The Cochrane Library, Nursing Ovid, NICE, CINHALL y a bases de datos españolas como el IME, IBESCS, PubPsych, e iberoamericanas como Lilacs también utilizan. Cuando hemos visto que utilizando los descriptores "Suicide/Prevention and control") and "Patient Discharge" el resultado era escaso, entonces hemos utilizado los términos de forma general y por texto libre para ampliar los resultados.

Para realizar la búsqueda lo primero fue determinar los términos a utilizar en la identificación de los artículos puesto que nuestro objetivo era actualizar los conocimientos que la bibliografía o literatura nos aportaba, así como identificar las posibles fuentes de interés. A continuación localizamos las referencias y leímos el contenido anotando y descartando el artículo que no era útil para nuestro objetivo, quedándonos solo con aquellos que eran objeto de nuestro tema, es decir, los que hablaban sobre algún aspecto de la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria en personas con intentos recurrentes de suicidio.

Una vez revisadas todas las citas obtenidas, organizamos, analizamos e integramos todo el material. Leímos los artículos completos, con criterio crítico con la finalidad de identificar el contenido que el material nos proporcionaba, tomando notas y seleccionando los aspectos relevantes. Al final nos quedaron 148 documentos, pero al ser un número muy alto nos planteamos cómo clasificarlos antes de analizarlos minuciosamente, por lo decidimos construir una tabla de perfiles de artículos analizados (Ver Anexo 1).

Finalmente, para llevar a cabo primero el análisis y después la interpretación de los datos y poder extraer conclusiones al respecto realizamos el recuento de los artículos contenidos en la tabla de perfiles analizados, con arreglo a los criterios de “autoria”, “año”, “tipo de estudio”, “metodología empleada o instrumentos utilizados” y “presencia o ausencia de perspectiva de género y/o datos desagregados”. En base a este cuadro, pudimos tener una perspectiva más clara e integrar la información necesaria para nuestro objetivo y tener una visión de la distribución de los artículos.

De los 148 artículos mencionados, 15 de ellos son de ámbito nacional, frente a internacionales, lo cual supone un número muy bajo de publicaciones en el campo de la salud mental relacionado con la continuidad de cuidados en pacientes con intento recurrente de suicidio publicados en español.

Las estrategias de búsqueda quedan reflejadas en la tabla 1 y tabla 2. La revisión bibliográfica se completó con distintos documentos o informes de la Organización Mundial de la Salud (castellano e inglés), Manuales DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría, Informes del Instituto Nacional de Estadística, del International Association for Suicide Prevention (IASP), del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y, guías para familias y distintos protocolos de actuación.

### **3. RESULTADOS: ESTADO DE LA CUESTIÓN SOBRE CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INTENTO RECURRENTE DE SUICIDIO**

#### **3.1. Breve aproximación histórica al comportamiento suicida**

A lo largo de la historia de la humanidad el comportamiento suicida se ha considerado como un fenómeno sociológico, considerado según el momento histórico. A excepción de algunos grupos filosóficos, prácticamente todas las culturas han rechazado históricamente el suicidio (Muelas et al., 2007). Hasta los siglos XVIII y XIX, el suicidio se consideraba como un acto propio de personas cobardes, por lo que era socialmente penado, humillación que se extendía a familiares y allegados (Jiménez et al., 2006; Plaza, 2007). En palabras de Muelas (2007: 3) “el suicidio representa la pérdida de la dignidad humana. Para él, nuestra disponibilidad sobre nosotros mismos tiene fronteras por lo que la autonomía no es total”. Según Durkheim (citado en Sánchez Teruel 2012: 34) “cada sociedad tiene, por tanto, en cada momento de su historia una capacidad determinada para el suicidio”.

A partir del siglo XIX, la conducta suicida estaba más adherida a la humanidad y a su tradición, considerada como más individualizada, contemplada como parte de la voluntad de la persona. Desde esta nueva visión se comienza a tener una actitud más benévola respecto a la persona con intentos de suicidio y con sus familiares. Comienza a surgir una nueva práctica psiquiátrica y psicológica basándose en la atención de la ciencia moderna, mostrando un mayor interés y una nueva apreciación a la conducta suicida (MacDonald, 2001; Raspal, 2003), en contraposición a los primeros estudios del suicidio desde las ciencias sociales realizado por Durkheim (1897). Con esta nueva contemplación sobre la conducta suicida, surge una nueva definición del suicidio como síntoma o consecuencia de la enfermedad mental (Jiménez et al., 2006; Muelas, 2007).

En el siglo XX aparece una nueva apreciación del estudio del suicidio desde ciencias como la Sociología, la Medicina y la investigación biológica. Además, se crea en Los Ángeles (U.S.A.) el “Centro para la Prevención del Suicidio”, el germen de la “Sociedad americana de Suicidología” y se acuña el término *Suicidology*, del que la Real Academia española sugiere que sea traducido como suicidiología, para referirse a la disciplina que se ocupa del estudio de los diversos aspectos relacionados con el suicidio y su prevención (Schneidman, 1976, 1985, citado en Sánchez –Teruel (2012: 14).

En la sociedad del siglo XXI, el ciudadano medio tiende a rechazar el suicidio, así el suicidio se convierte en una muerte devastada, olvidada y desolada. Por otro lado está considerado como la epidemia del siglo XXI debido a las desorbitadas cifras de muertes y a los intentos de suicidio que lo señalan como un problema de salud pública de primera magnitud (Gutiérrez, 1996). Esta es una época donde el suicidio pierde su responsabilidad individual y comienza a mostrarse en los medios de comunicación como la prensa, la televisión, internet, e incluso en los debates públicos (Muelas, 2007).

En este siglo es también señalado como factor de riesgo la falta de recursos económicos o bien el rechazo social, aunque en realidad puede ser uno de los factores, en muchos casos no es la

causa directa para llevarlo a cabo. Algunos intentos de suicidio y suicidio consumado son realizados por personas con una posición social elevada, o triunfadores en sus profesiones, o por personas que cuentan con una amplia red social.

Existen diversos tipos de comportamientos suicidas cuyo final es la muerte, todos con un significado diferente cultural, psicológico y socialmente, pero a todos se le denomina “suicidio”. Nosotros nos centramos en el que implica “quitarse la vida por no soportar la vida”. Este nuevo pensamiento es donde la sociedad actual plantea que es un grave problema de salud pública, tanto por su elevada incidencia como por las importantes consecuencias a nivel médico y social.

Como hemos ido planteando el suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes en las sociedades denominadas del bienestar (PNUD, 2009), existiendo cifras inquietantes de suicidio y de intentos de suicidio en todo el mundo (IASP, 2008, 2010; OMS, 2006). De hecho, estas cifras reflejan que el suicidio es comparable, en términos de mortalidad, a enfermedades consideradas tradicionalmente como prioridades de salud pública como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, o diabetes (Jiménez et al., 2006). También y según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), se espera que en el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidio, y habrá un incremento entre 10 y 20 veces mayor en personas con intento de suicidio.

A pesar de los avances de las ciencias en las últimas décadas, las tasas de suicidio y las tentativas de suicidio han variado ligeramente en los últimos treinta años, e incluso se han incrementado en países industrializados que son considerados estados del bienestar (PNUD, 2009). Actualmente, la conducta suicida continua siendo multicausal y compleja, donde los factores de riesgo interactúan entre ellos de forma que una persona determina acabar con su vida por voluntad propia (Bertolote et al., 2005; Chávez – Hernández et al., 2008; Gutiérrez et al., 2006; OMS, 2006). Así varios autores (Chishti et al., 2003; Fleischmann et al., 2008; IASP, 2008; Pritchard et al., 2008; Shneidman, 1996), han identificado el comportamiento suicida como plurietiológico, y ampliamente dividido en proximal, estresores o factores desencadenantes y predisposición. Aparte de constituir un problema de salud pública de primer orden, es un fenómeno muy complejo en el que se ven implicados múltiples factores psicológicos, biológicos, sociales, culturales y económicos. Para Schneider, este comportamiento incluye: suicidio, intento de suicidio, y/o planes de intento de suicidio e ideación suicida (Schneider, 2012).

La conducta suicida es un desafío permanente en la práctica de la salud mental contemporánea. Causa fuertes consecuencias a nivel personal, social y económico. Si lo interpretamos en términos de dolor, sufrimiento, productividad, costos de salud y de muerte, el costo humano es extremadamente alto (Callahan et al., 2004). Si lo traducimos en términos clínicos, las personas con intento de suicidio y los que están en riesgos de repetir los intentos de suicidio después del alta hospitalaria es también muy alto (Mehlum et al., 2010; Raingruber et al., 2003). Además, sus repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico. (OMS, 2010). Como hemos señalado anteriormente es la complicación más grave de los trastornos

psiquiátricos, viéndose en las urgencias psiquiátricas un alto índice de personas con intento suicida, donde un 5% de los intentos de suicidio son tratados en unidades de cuidados intensivos y un 2% muere tras el intento de suicidio (Bobes et al., 1997).

En las últimas décadas ha habido un elevado interés en el estudio sistemático de la medición del impacto de las intervenciones y sus resultados para la salud mental. Ese interés ha sido impulsado desde los niveles políticos, preocupados por el incremento de los costos de los servicios y por la necesidad de ser responsables en la utilización de los recursos públicos en el sector salud (Florenzano et al., 2007).

### **3.2. Continuidad de cuidados versus hospitalización**

La literatura consultada refleja que las personas que han tenido un intento de suicidio tienen tendencia a la repetición del acto suicida, lo que significa que existe una alta relación entre las personas que intentan el suicidio y las que lo consiguen. De hecho, para todos los grupos de edad, la muerte por suicidio está asociada a uno o más intentos de suicidio, (Crawford, 2004; Cooper et al., 2011; Foster et al., 1997; Hawton et al., 1998; Huisman, 2008). Incluso es un factor de riesgo más intenso el hecho de haber realizado un intento de suicidio, donde la repetición del intento de suicidio se lleva a cabo más rápidamente que los que lo realizan por primera vez, (Gilbody, 1997). Es por ello por lo que una persona que hace un intento de suicidio requiere ayuda profesional más inmediata y apoyo más intenso de aquellos que lo rodean.

Diversos estudios (Kerkhof et al., 1998; Schmidtke et al., 1996; Hawton et al., 1988) coinciden en señalar que durante la hospitalización las tasas de repetición del suicidio disminuyen, sin embargo otros estudios (Holley et al., 1998; Ojehagen et al., 1992; Appleby et al., 1999) informan que existen muchas dudas sobre esta opinión. Según Madsen et al., (2005) hasta hoy los estudios son insuficientes y con muchos sesgos, y señala que las personas que intentan el suicidio hoy saldrán como futuros suicidas en un 30%, siendo el riesgo más alto durante el primer año (17%) y el segundo año tras el intento (1%). Esto supone un riesgo cien veces superior al de la población general (Foster et al., 1997), aunque otros autores (Hawton et al., 1988), estimaban que un 3% de los comportamientos suicidas tenían lugar entre los 3 y los 8 años después de su primer intento. También coinciden otros autores (Foster, 1997; Palsson et al., 1996; Hawton, 2008), en que el riesgo más alto se alcanza inmediatamente después de ser dado de alta de un servicio de urgencias o una unidad de hospitalización psiquiátrica, continuándose el riesgo en un periodo que va desde los 12 meses a los cinco años. Para otros autores, este riesgo se mantiene durante intervalos más largos (Gibb et al., 2005).

Algunos autores han recomendado estudios longitudinales que nos faciliten datos sobre la prestación de los cuidados y nos den información acerca de la necesidad de cuidados no solo en un momento específico sino también del momento de realizar el intento de suicidio. Estos estudios deben llevarse a cabo con una minuciosa medición inicial de todas las variables potenciales de confusión y con métodos multivariantes de análisis, permitiendo así evaluaciones y conclusiones eficaces de los efectos de la continuidad de cuidados durante

periodos más largos y por consiguiente la reducción de las tasas de reincidencia. Sin embargo, los estudios que se han realizado casi nunca han tenido un seguimiento de más de un año (Brent, 1993).

Autores como Bertolote (2008) determinaron que una intervención corta y breve, si se realiza con un contacto eficaz, reduciría las tasas de suicidio. Otros autores como Chen et al., (2010), quisieron identificar el riesgo y cualquier variable que predisponga al suicidio, después de un intento de suicidio en el transcurso de dos años. No se encontraron tasas altas de suicidio, y refieren que para la prevención del suicidio es importante tener en cuenta los factores de riesgo del primer intento de suicidio realizado.

El estudio de Foster et al. (1997), refleja que los pacientes con conducta suicida deben tener una continuidad de cuidados y una vigilancia constante por parte de los profesionales de la salud, especialmente profesionales de salud mental. Huisman (2001), en sus investigaciones sugiere que se debe reducir el riesgo de intento de suicidio a las personas con familiares con antecedentes de suicidio y con intentos de suicidio, mejorando el acceso a las intervenciones psicológicas y psicosociales y con un control desde la niñez. Por su parte, Allard (1992) realizó un ensayo aleatorio para determinar si una intervención intensa y constante después de un intento de suicidio podría disminuir el riesgo de suicidio. Los resultados a los dos años de seguimiento fueron que un 35% llevó a cabo nuevos intentos de suicidio.

La revisión sistemática realizada por Hawton et al., (2008), tuvo como objetivo identificar y sintetizar los hallazgos de todos los ensayos controlados aleatorios que hayan examinado la eficacia de tratamientos de pacientes con intento recurrente de suicidio. Los resultados obtenidos indican que existen muchos interrogantes sobre el tipo de tratamiento psicosocial y físico que se les debe aplicar para la reducción de nuevos intentos de suicidio y hace alusión a la necesidad de ensayos más amplios.

En concreto, la literatura revisada informa que las que las tasas de suicidio se incrementan inmediatamente después del alta hospitalaria (Appleby et al., 1999; Cooper, 2011), que la administración de medicación inadecuada puede contribuir al riesgo de intento de suicidio, que la mayoría de los pacientes que realizan o intentan el suicidio han tenido contacto reciente con un profesional de la salud (Goldacre et al., 1993; Brent et al., 1993) y que la inadecuada continuación de seguimiento o la inadecuada planificación del alta puede poner a las personas en mayor riesgo de suicidio (Oquendo et al., 2002). Aunque estos hallazgos provienen de estudios empíricos limitados hasta ahora, sugieren que la prestación de servicios de salud mental puede estar asociada con el riesgo de suicidio.

A pesar de la semejanza en los resultados, hemos comprobado que existe una notable inseguridad acerca de qué tipos de tratamiento psicosocial son más eficaces para estas personas con conducta suicida. Lo cierto es que hay una desigualdad en la proporción entre esfuerzos y prevención. Existe información contraria y esto lo refleja la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio cuando dice que *“con demasiada frecuencia el supuesto es que los pacientes ya no están en riesgo de suicidio una vez que son dados de alta del hospital”*. (DHHS, 2001: 24).

Algunas investigaciones (Cooper et al., 2011) dejan muy claro que este comportamiento suicida no se reduce, ni deja de estar en riesgo después del alta hospitalaria. Más bien, el riesgo continúa o se incrementa en los días y semanas siguientes, lo que significa que las tasas de suicidio aumentan durante el tiempo siguiente a la atención de su hospitalización. Contrario a este supuesto, es que la reducción del número de camas destinadas a estos pacientes para su hospitalización, y los ingresos con estancia más corta, despiertan inquietud y preocupación, debido a que los médicos tienden a dar el alta muy pronto, lo que crea una situación que podía aumentar la tasa de suicidio en los pacientes psiquiátricos. De acuerdo con estos resultados Cooper et al., (2011) basaron su investigación en la opiniones de los pacientes y de los profesionales de los servicios hospitalarios, en relación a los cuidados después de un intento de suicidio recién dados de alta. Los pacientes opinaron que la intervención apoyada en el contacto era muy eficaz, pues lo veían como una actitud de acercamiento y cariño que les paliaba la sensación de soledad. Al principio optaron por una metodología de contacto telefónico, pero al final se eligió una intervención a través de cartas y resultó más eficaz. El estudio estuvo muy limitado por las barreras puestas para acceder a la información de los pacientes y las coacciones debido a la privacidad de los datos de los pacientes. A pesar de ello, con este estudio se ratificó el momento inmediatamente después del intento de suicidio como el momento de mayor necesidad de ayuda.

Según estudios realizados por Brent et al., (1993) cuando una persona acude a un servicio de urgencias o son intervenidas de cualquier patología, no se les evalúa el riesgo de suicidio posible. El autor piensa que se debería considerar su atención mental. Así, otros estudios (Busch et al., 1993) resaltaron la importancia que tiene el manejo del riesgo, ya que representa un factor muy importante en la práctica psiquiátrica, especialmente en la realización de la valoración y el control de los pacientes con riesgo de nuevos intentos suicidas, y también se reitera que es durante su hospitalización y tras el alta el momento de mayor riesgo. Los autores también reflejan que entre un 2% y un 6% de suicidios son cometidos durante su hospitalización, y un 50% fueron atendidos por un profesional clínico las semanas anteriores a cometer el acto.

Los datos aportados por otros estudios (Blunenthal ,1998; OMS, 1999; Huisman, 2008), reiteran la importancia que tiene en la práctica de la psiquiatría pública hospitalaria llevar a cabo un buen diagnóstico y tratamiento a estos pacientes con comportamiento suicida. Como podemos apreciar a lo largo de estos estudios, existe una gran preocupación acerca del aumento de episodios de suicidalidad. También nos lo demuestran autores como Motto et al., (2001) en su estudio controlado aleatorio a 243 personas, donde un 76% eran mujeres, ingresados por un periodo 12 días en distintos hospitales tras un intento de suicidio, a su alta se le hizo un seguimiento durante un año proporcionándole apoyo, visitas continuas y citas de control. La intervención del modelo de alcance asertivo no redujo el intento de suicidio posterior al alta en comparación con la atención anterior a su hospitalización. Por su parte, los estudios de Hvid et al., (2009) ponen en tela de juicio estos resultados y apuntan que un contacto estrecho y regular con profesionales especializados es el mejor método de reducción de nuevos intentos de suicidios, aunque considera que es muy difícil responsabilizarse con estas

personas, pero confirma que el contacto asertivo y motivacional puede ayudar a minimizar el riesgo de suicidio.

La información proporcionada por Desai et al. (2005), en su estudio prospectivo sobre la mortalidad de los pacientes hospitalizados, tras estudiar las tasas suicidas como medida de calidad e identificar los factores de riesgo de estos pacientes, indican que las tasas de suicidio en estos casos no son un indicador útil de calidad de la atención en salud mental a causa de la oscilaciones de las tablas de recogida de información en la investigación, las barreras en la recolección de los datos y la falta de asociación entre el suicidio y la calidad del sistema de atención.

Otros autores (Madsen et al., 2005; Soomro, 2003), opinan en el mismo sentido y reiteran que los primeros meses después del alta de hospitalización psiquiátrica es un momento de alto riesgo de suicidio, aunque ha habido muy poca investigación sobre la continuidad de cuidados en la salud mental por parte de las políticas de prevención. Por ello, el tratamiento a estos pacientes es difícil y a veces no se le ofrece un tratamiento acertado. Según Kerkhof (2008) es también en este caso, en el que inicialmente existe una deplorable falta de cuidados a estos pacientes con conducta suicida.

En realidad, el caso es que las y los autores en sus estudios se centran más en el problema de seguridad a corto plazo y no en cualquiera de los aspectos a largo plazo del intento suicida. Pero si está bien definido que se está utilizando la hospitalización como la primera opción al tratamiento suicida (Carlsson, 2010), aunque se ha querido dar otra alternativa positiva a esta teoría, pero los profesionales aún no se atreven a llevarla a cabo, pero dio lugar a ir desarrollando líneas adecuadas individualizadas, tentando a los profesionales a no utilizar la hospitalización como primera opción, sino solo recurrir a ella en caso de extrema gravedad, y si se emplea como estrategia global habría que minimizar los efectos negativos y siempre buscando otras posibles alternativas.

### **3.3. Continuidad de cuidados en personas con intentos suicidas diagnosticadas de trastornos psicopatológicos**

La conciencia que una persona tiene de la vida no es igual para todos, al contrario cada uno atiende a ella según sus vivencias y expectativas de vida planteadas. En palabras de algunos autores “la biografía de una persona está llena de sucesos positivos y de acontecimientos negativos, de alegrías y de tristezas, de esperanzas cumplidas y de expectativas frustradas” (Sánchez- Teruel 2011: 44). No todas las personas actúan lo mismo ante las adversidades de la vida, unos se enfrentan con más fuerza ante esa adversidad, incluso ante situaciones peores y otras son más vulnerables y se ven imposibilitadas de hacerles frente. Con lo cual se puede decir que existen personas que son muy sensibles y, por ello, les afectan de forma especial los hechos que les ocurren, por insignificantes que éstos sean (Echeburúa, 2004; García- Valencia et al., 2008; Vázquez, 2006; Vera et al., 2006). Por lo tanto ante un mismo suceso negativo, algunas personas actúan de forma resolutiva y otras de manera más negativa, lo que restringe las oportunidades de una solución llevadera (Echeburúa, 2004; OMS, 2006). De ahí que la



mayor o menor repercusión psicológica, de un suceso negativo en una persona depende de su vulnerabilidad psicológica, que se refiere a la precariedad del equilibrio emocional, y de su vulnerabilidad biológica, que surge de forma innata y que está relacionada con un menor umbral de activación psicofisiológica (Echeburúa, 2005). Ambos tipos de vulnerabilidad pueden ampliar, el daño psicológico y fisiológico de las experiencias negativas sufridas (Echeburúa, 2004 y Piqueras et al., 2008, citado por Sánchez-Teruel, 2012: 44). Son personas que se encuentran en un estado emocional que pueden llegar a una incapacidad total o parcial para disfrutar o valorar la vida, donde en casos graves puede tener ideas de suicidio.

El suicidio visto como una manifestación de un problema mental es presentado por Ferré-Grau et al. (2011) no solo como verdadero, sino como beneficioso tanto para los pacientes como para el resto de la población debido a que la sociedad ya no ve esta conducta como una acción malvada y tabú, sino como el producto de su problema mental, pero también negativa puesto que esta consideración de “loco” lo estigmatiza (Ferré-Grau et al., 2011).

El padecimiento mental representaba un 12% de carga global de enfermedad en el 2000 y se estima que en el 2020 alcanzará el 15 % (OMS, 2011). Aún así, muchos países no adoptan una estructura que cubra las necesidades en materia de salud mental, predominando un modelo de tipo asilar con participación limitada de la atención primaria y atención especializada mental en la propuesta de atención. Es importante y necesario para una buena continuidad de cuidados que las unidades de salud mental en hospitales generales estén coordinadas con la unidad mental a nivel comunitario, (IEMS-OMS, 2009). Esto permite un mayor compromiso e implicación con la comunidad, favorece el reingreso cuando sea imprescindible de las personas que padecen trastornos mentales severos, se le presta atención y seguimiento en su zona habitual y reduce el estigma.

Una estructura que permita una continuidad de cuidados conjunta es llevada por algunos países, donde los mismos profesionales que trabajan en Atención Primaria ofrece sus servicios en Hospitales de Área, garantizando la continuidad de cuidados. La continuidad de cuidados especializados de salud mental dentro de un hospital general es un tema particularmente sensible e inquietante (Bergmans et al., 2009) donde los equipos de salud mental llevan a cabo diferentes estrategias para el manejo de esa realidad, dado que los pacientes con trastorno mental tienen más probabilidad de morir como consecuencia del suicidio (Bertolote et al., 2005), siendo las variables que más se han relacionado como factor de riesgo de suicidio la existencia de algún trastorno psicopatológico previo o actual, hasta el punto de que en estudios epidemiológicos realizados a personas adultas, más del 90% de las personas que tuvieron comportamientos suicidas sufría algún trastorno mental (Fleischmann, 2008; WHO, 2001, 2010a).

La psicoterapia junto a la farmacología tiene un papel importante en el tratamiento del intento de suicidio, a pesar de los pocos estudios rigurosos que demuestran que este tipo de intervenciones reducen la mortalidad por suicidio. Así, en la revisión realizada por McDavid (2008) se concluyó que no existe conclusión fuerte sobre la eficacia de la psicoterapia en la ideación y la tentativa de suicidio. Sin embargo, si existe certeza acerca de la relación entre la psicoterapia y la ansiedad y depresión, factores de riesgo relacionados con la ideación y

tentativa de suicidio. No obstante, otros estudios ponen en tela de juicio estos resultados y ponen de manifiesto la necesidad de evaluar la psicopatología en todos los casos de intento de suicidio.

Adair et al., (2005) realizaron un estudio a 486 adultos con enfermedad mental grave haciéndoles un seguimiento de 17 meses. Llegaron a la conclusión de que aún no hay evidencia empírica para defender la idea de que la continuidad de cuidados nos lleva a la reducción del intento de suicidio. La misma idea es reflejada por Spirito (1994) en su estudio, donde llega a la conclusión que los datos proporcionados sobre la prevención del riesgo de suicidio para nuevos intentos de suicidio y el cumplimiento ambulatorio psiquiátrico en personas con conducta suicida son muy escasos. Los datos proporcionados fueron obtenidos del seguimiento de tres meses y aunque no hubo ninguna muerte, si se obtuvo una cifra de un 7% de intentos repetidos de suicidio y un 16% de no asistencia a las citas médicas.

La literatura revisada muestra que la continuidad de cuidados es un proceso complejo, difícil y multidimensional y que hacerlo operativo no es cosa fácil ni tampoco trivial, puesto que las necesidades requeridas por las personas con conducta suicida tienen un recorrido muy cambiante, lo que ha dado lugar a que algunos equipos de investigación hayan abandonado en varias ocasiones este tema. La carencia de evidencias para mejorar los resultados de los cuidados es probablemente debido a una escasez de mediciones de estudios multidimensionales y validados como a la escasez de estudios planteados para abordar las dificultades de este tema.

La enfermedad depresiva es muy recurrente, se cronifica y está vinculada con un alto nivel de discapacidad funcional (Cheng et al., 2009). Además se ha demostrado que la depresión combinada con la ansiedad es la razón más usual para realizar un intento de suicidio en todo el mundo. El estudio citado por estos autores tuvo como objetivo examinar las variables asociadas con la respuesta al tratamiento o el tiempo de estancia entre un grupo de pacientes hospitalizados en varias localidades con depresión mayor. Los resultados y la conclusión fue que no hubo evidencias que revelaran que los pacientes con una estancia hospitalaria más larga estuvieran en menor riesgo de suicidio que aquellos con una estancia más corta.

Estudios semejantes como los realizados por Mellesdal (2013) hizo hincapié en los pocos estudios realizados post-alta. Durante su estudio y en el periodo de observación de los pacientes, el 10,5% de los pacientes tuvieron reingresos por autolesión. Los factores de riesgo más significativos fueron el ingreso psiquiátrico en pacientes con autolesiones no suicidas, e ingresos con intento de suicidio. El riesgo mayor fue durante el primer año de seguimiento, durante un reingreso y en los pacientes con diagnóstico de depresión recurrente. Solo el 49% de los ingresos somáticos por autolesión fueron registradas por el hospital con un diagnóstico de intento de suicidio.

Muchos pacientes tratados por los equipos de salud mental de la comunidad (Butler et al., 2010; Bergmans, 2009) tienen un diagnóstico de depresión, depresión recurrente, o de ansiedad. A pesar de estos diagnósticos los profesionales que forman los equipos comunitarios consideran que estos pacientes deben ser dados de alta de sus consultas de atención primaria. El propósito de los autores mencionados fue recoger datos sobre los factores de riesgo que

puedan proporcionales a estos pacientes con conducta suicida un tratamiento eficaz por estos equipos y examinar la probabilidad del uso de estrategias de estimulación para el tratamiento de la depresión.

Estudios realizados por Henderson, (2013) demostraron que las personas con intentos de autolesión repetitiva, podían tener un periodo de abstinencia más largo. Su estudio se basó en el seguimiento de estas personas durante un periodo de dos años, teniendo contacto con ellos dos veces a la semana tras su alta hospitalaria.

Semejante a estos resultados, otros autores argumentan que los pacientes suicidas crónicos a veces tienen episodios de aumento de la tendencia suicida aguda adicional, y, que una continuidad de cuidados se considera imprescindible y eficaz para la efectividad de llevar un tratamiento las personas con enfermedad mental grave, sin embargo, hay pocos resultados que defiendan la existencia de una relación entre la continuidad de cuidados y los resultados de su seguimiento. Parece ser que la falta de estudios longitudinales y de medidas integrales de continuidad de cuidados es el motivo (Adair et al., 2003).

Las relaciones entre la continuidad de cuidados, la salud y los resultados obtenidos entre las personas con enfermedades mentales graves sugieren que los esfuerzos para mejorar la continuidad de cuidados en y entre los servicios de salud mental no es la adecuada. A pesar de estos resultados, autores como Perlis et al. (2012) sugieren que las personas con pensamientos constantes de suicidio o conductas suicidas, a pesar de tener un tratamiento antidepresivo, deberían tener un seguimiento mucho más estrecho como parte de su tratamiento. En la misma línea de pensamiento Gibbns et al., (2012) determinaron que un tratamiento antidepresivo a corto plazo garantizaba la seguridad en pacientes con pensamientos y conductas suicidas en adolescentes, adultos y en la población geriátrica. Tras un estudio con distintos antidepresivos el más efectivo fue el clorhidrato de fluoxetina.

Muchos autores consideran los trastornos del estado de ánimo como el principal responsable de los suicidios consumados, tanto en pacientes depresivos como en pacientes con otro diagnóstico principal que presentan sintomatología depresiva comórbida (España y Fernández, 2010). La tasa anual de suicidios en los pacientes con trastorno del estado de ánimo es de 20 veces mayor que en la población general. Ante este supuesto, la investigaciones realizadas (Cuijpers et al., 2013) concluyeron que no había pruebas suficientes para establecer si las tendencias suicidas en los pacientes deprimidos podrían reducirse con el uso de la psicoterapia. Por tanto, la psicoterapia en los pacientes con depresión no se puede considerar un tratamiento efectivo.

En años anteriores HultCn et al. (1998), mostraron que en la práctica se le podía dar un diagnóstico psiquiátrico de acuerdo con DSM-III - R, a estos pacientes y dio a conocer que un 45 % de pacientes suicidas no habían tenido ningún control ni seguimiento en unidades de psiquiatría. También señaló que otros países habían realizado investigaciones, demostrando que un 1/3 de estas personas habían sido atendidos en centros o habían sido hospitalizados y no tenían seguimiento alguno.

Autores como Olivos- Aragón, (1994 - 2004), realizaron un seguimiento de 30 años a pacientes de su consulta privada, llamado “registro de casos psiquiátricos (RCP). Analizó a los pacientes según datos demográficos, sexo, edad, estado civil y ocupación y diagnóstico, fecha de inicio y de término de las atenciones, número de atenciones otorgadas y número de episodios de reagudización.. Se utilizó el DSM-IV por ser la clasificación más difundida y utilizada para el intercambio científico y clínico. Se basó en los pacientes y no en los sucesos. Fueron estudios longitudinales y acumulativos. Con ello se demostró que es necesaria la continuidad de cuidados en el seguimiento en las conductas suicidas. Otros países (Dinamarca, Israel, Italia o España) han sido fuente de numerosas investigaciones con el mismo modelo de seguimiento.

Recientemente autores como Florenzano et al., (2007) se han planteado la necesidad de un sistema de información de ese tipo y lo han utilizado para investigaciones epidemiológicas. Otros autores (Bobes et al., 1997) plantean un seguimiento basado en revisiones periódicas como medio de intervención donde se aborde desde el plan de seguimiento de cuidados, el manejo de la situación de urgencia, el apoyo a los intentos de suicidio no consumado y el tratamiento hospitalario, siempre que se aborde desde la perspectiva psicoterapia y psicofarmacológica.

El estudio realizado por Nicoli (2012), tuvo por objetivo analizar la prevalencia y factores de riesgo de los resultados relacionados con el suicidio, ideación, plan y tentativa, utilizando datos del proyecto ESEMeD-Europe en Francia. La prevalencia de los resultados relacionados con el suicidio es alta en comparación con otros países. Los resultados identificaron a las mujeres, jóvenes y personas con trastorno mental como los grupos con mayor riesgo en el que la prevención del suicidio debería estar contemplada. Los resultados de este estudio sugieren que para mejorar las estrategias de prevención del suicidio, es necesario realizar una evaluación clínica en profundidad de las ideas y proyectos de suicidio, e identificar la comorbilidad psiquiátrica de cara a desarrollar un tratamiento más eficaz.

Continuando en el mismo contexto, podemos señalar que muchos pacientes repiten los intentos de suicidio o se quitan la vida aún cuando están en tratamiento. Una revisión de los estudios controlados de estrategias de tratamiento no encontró ningún método que hubiera reducido significativamente la repetición del intento de suicidio, excepto la *Terapia de Comportamiento Dialéctica* o tratamiento cognitivo-conductual. En este estudio, mujeres de 18-45 años con intentos de suicidio tuvieron un número significativamente inferior de actos de repetición durante el seguimiento (Linehan et al., 1991).

A diferencia a estos datos, el estudio de Osona et al.(2000), realizado a una población pediátrica, entre 11 y 19 años, ingresados en la unidad de cuidados intensivos por intento de suicidio, produjo unos resultados por edad, sexo, factor desencadenante, número de intentos previos y tratamiento, de un 73% en la franja de edad entre 14 y 17 años. En cuanto al sexo había un alto predominio de mujeres (96 %). El 40 % de los resultados mostraron una presencia de intentos previos de suicidio, en el que un 93% habían sido atendidos por un profesional anteriormente y tenían tratamiento. Es obvio que los intentos de suicidio son un problema potente entre los jóvenes, donde los médicos se enfrentan a una falta y unas

limitaciones de tratamiento con apoyo empírico (Rosenbaum, 2008) y al que los autores han dedicado escasos estudios destinados a la prevención y cuidados a niños y adolescentes. (Stelzer, 1990).

Contrastando estos resultados con datos de pacientes de edad adulta, el suicidio es causa relativamente asidua sobre todo en residencias de personas mayores. La relación entre intentos y consumación de suicidios se encuentra cercana a 1:1. La prevención del suicidio debería ser considerada como prioritaria entre las intervenciones del personal sanitario en estos centros. Globalmente hablando y comparando, las tasas suicidas pueden ser de entre seis y ocho veces mayor entre las personas mayores y la de los adolescentes (Bertolote, 2002), a lo que Patton (2009) concluye que los cambios de patrones comportamentales puede ser un factor de riesgo. Otros estudios realizados (Ania et al., 2003) señalan que entre esta población la repetición del acto es superior a la de adolescentes, sobre todo en edades de 80 años, destacando la precipitación como método de realización del acto suicida para los de edad adulta.

Una base de datos nacional para los intentos de suicidio o una definición estandarizada de "intento de suicidio" no existe. Los datos más fiables sobre las tasas de reintentos de suicidio proceden de estudios experimentales con pacientes de alto riesgo. En cada estudio se define el "intento de suicidio" como un acto en el que el resultado previsto era la muerte (Allard et al., 1992).

### **3.4. Continuidad de cuidados y abordaje en Atención Primaria y Atención Especializada de salud mental**

El servicio de urgencias se utiliza como parte del proceso de continuidad de cuidados para los pacientes con intento recurrente de suicidio. Autores como Goldstein et al. (2007), discuten si es porque en realidad haya un motivo clínico puntual o bien porque no tienen una continuidad de cuidados que les garanticen un seguimiento adecuado. De hecho, los servicios de urgencias de atención ambulatoria especializada y de hospitalización general fueron los servicios más utilizados por estas personas con conducta suicida antes y después de un intento de suicido tanto por mujeres como por hombres. Autores como Routhier, (2012), señala que el uso de los servicios de urgencias de los hospitales generales como los servicios de atención primaria no garantizan suficientemente la atención posterior a un intento de suicidio, pero su estudio concluyó que un contacto previo con los servicios especializados si podía reducir los intentos de suicidio, en concreto en los hombres. A pesar de esto, el autor afirma que debería existir una mejor coordinación entre los servicios de urgencias, atención primaria, y servicios especializados con el fin de garantizar la continuidad asistencial, así como una mayor capacitación en materia de salud mental para los médicos de atención primaria (Beltrán et al., 2001; Mann et al., 2005; Kaplan, 2013). Aunque los médicos piensan que tienen poco tiempo disponible para dedicar a sus pacientes psiquiátricos y que deberían tener el apoyo de un equipo especialista. La escasa coordinación entre los servicios de atención primaria, los servicios médicos especializados y los servicios de adicción es una barrera para la prevención del

suicidio, aunque pocos estudios se han centrado en el uso de servicios de salud mental en estas poblaciones.

Uno de estos pocos estudios lo realizó Beltrán et al. (2001) para conocer la relación entre Atención primaria y Salud Mental valorando la percepción de los problemas de salud mental en atención primaria. El resultado de su estudio concluyó que una buena relación médico-paciente mejoraría la adherencia al tratamiento, siendo el punto más valorado por los pacientes el apoyo bajo la forma de reuniones periódicas o contacto telefónico. Una buena calidad de la atención podría mejorarse si los médicos utilizaran la comunicación, los procedimientos de evaluación de riesgo y la participación de los familiares (Husman et al., 2011).

Otros estudios (Raingruber et al., 2001) examinaron a través de la investigación cualitativa fenomenológica las lagunas existentes en el tratamiento de pacientes con conducta suicida. Los resultados concluyeron que los cuidados a estas personas se complicaban por las lagunas en el servicio donde eran llevados, debido a la falta de capacidad de los médicos de Atención Primaria para llevar el seguimiento de estos pacientes, habiendo poca o nula colaboración entre ellos y falta de gestión durante todo el seguimiento del paciente con conducta suicida. A estas restricciones hay que añadir la deficiente coordinación y comunicación entre los propios servicios, las largas listas de espera, la geografía y la escasez de tiempo previsto para su atención, y sobre todo la falta de relación médico-paciente. En realidad hay una gran necesidad de reforzar el cuidado y la atención personal que el paso de tiempo ha ido deshumanizando, pasando a una despreocupación y abandono en la actualidad, por lo que un cambio legislativo y regulatorio proporcionaría unos cuidados de calidad, aunque estos son muy difíciles de implantar (Mann, 2005).

Algunos autores señalan que el cuidado de los pacientes con problemas mentales y abuso de sustancias alcanza una magnitud significativa del total de visitas generales a urgencias (Adair et al., 2003). Sin embargo, estos pacientes a menudo son percibidos por los profesionales como una carga y difíciles de tratar. El personal puede responder a este grupo de pacientes crónicos con frustración, ansiedad e ira, lo que conduce a una ausencia de empatía y una mayor estigmatización (Bergnans, 2009).

A fin de disminuir la ansiedad del profesional que le ocasiona el paciente con conducta suicida y del entorno que se crea, algunas investigaciones proponen que es necesario aprender a reconocer y manejar los sentimientos y conductas que la conducta suicida puede provocar en los profesionales y que pueden interferir en la adecuada evaluación y asistencia a estos pacientes cuando tienen que atender avisos de pacientes que han realizado o quieren realizar un gesto autolítico y añaden que los profesionales de enfermería deben desmitificar conceptos y orientar a la familia para la recuperación de la persona con intentos de suicidio (Osona et al., 2000).

Aunque la bibliografía sobre el suicidio es amplia y abarca campos científicos muy diversos, existen pocos estudios desde la perspectiva cualitativa y los que existen se basan en el estudio de casos o solamente la descripción de las vivencias personales y familiares, por lo que autores como Gómez et al. (1998) quisieron basar su estudio en una población con comportamiento

suicida. Identificaron que el apoyo social y familiar es un elemento protector, evitando que fluya el pensamiento y dé lugar al acto en cuestión. El abordaje de las repercusiones sociales y familiares del suicidio fue un tema para estos autores como algo innovador en la literatura actual. Los autores reflejan que esto permitiría reflexionar y repensar sobre la atención de enfermería en estas situaciones.

Los artículos encontrados (Tobin et al., 2001; Mann, 2005) informan que los servicios de urgencias de atención ambulatoria y de hospitalización fueron los más usados antes y después de un intento de suicidio, por lo que deben establecerse protocolos asistenciales multidisciplinares no solo para el tratamiento médico sino para la valoración urgente por el psiquiatra en cada centro de referencia.

### **3.5. Continuidad de cuidados y Comunidad**

La política de reducción la atención hospitalaria en psiquiatría, probablemente ha hecho que algunos de los riesgos de suicidio se hayan desplazado desde el hospital hasta el entorno de la comunidad, formando grupos de apoyo y de asistencia a las personas con comportamiento suicida.

Algunos artículos reflejan cómo las intervenciones comunitarias especialistas en psiquiatría se están extendiendo, y cómo sus actuaciones provocan en los pacientes con ideas de suicidio distintas aportaciones para su seguimiento. Las personas con enfermedades mentales, eligen esta opción porque piensan que se puede reducir ingresos hospitalarios y reducir el intento de suicidio. Sin embargo, los artículos revisados informan que realmente no reducen el ingreso, pero los profesionales y los pacientes prefieren estos servicios o otros enfoques, a pesar de que los profesionales pueden fraccionar el funcionamiento de estos servicios y por consiguiente la reducción de la continuidad de cuidados, (Tyred, 2007; Kolaitis, 2012). Además, tras el alta el tratamiento para la salud mental llevado a cabo en la comunidad es “menos que adecuado” a pesar de ser identificado el periodo de tiempo inmediatamente después del intento como el momento de mayor necesidad, pero con un diseño apropiado para intervenir con folletos informativos, cartas o simplemente una llamada de telefónica que mantenga el contacto y la continuidad de cuidados (Roggenbaum, 2012; Cooper, et al., 2011).

Sin embargo, los temas emergentes sobre la disponibilidad del servicio comunitario se discuten y no se llevan a cabo, lo que si es que se están formando largos periodos de espera y continúan los problemas de financiación. Es importante resaltar la existencia de una serie de prácticas prometedoras para llegar a las personas de alto riesgo después del alta y para los momentos de crisis en centros comunitarios. Los trabajadores comunitarios a través de la National Suicide Prevention Lifeline les proporcionan teléfono y divulgación basado en "cartas de cuidado" hasta la utilización de instalaciones con base de coordinadores de prevención del suicidio (Knesper, 2010). En concreto el tratamiento asertivo comunitario era una práctica basada en la evidencia que podría mejorar los resultados y evitar los reingresos a través de la continuidad de cuidados para la prevención del suicidio (Pokorny, 1983).

Con la “Iniciativa Pública para la Prevención del Suicidio” McMillan et al. (2009) enfocaron su estudio en la experiencia de un grupo de personas tratadas en la unidad de salud mental.

Utilizaron una campaña para cambiar el planteamiento del uso de los derechos humanos dentro de la política pública, con un modelo participativo "de abajo a arriba" para implantar indicadores y puntos de referencia de derechos humanos establecidos por los miembros del grupo como un ejemplo de la participación significativa de un grupo de personas afectadas. Uno de los temas elegidos por el grupo fue el "seguimiento de la atención", centrado en una *tarjeta antes de salir del sistema de cita previa para los pacientes de salud mental*. La Estrategia de Prevención de suicidios para 2006-2011, ha adoptado esta modalidad desde entonces. Con esta nueva modalidad se aseguraba que los pacientes dados de alta después de recibir tratamiento de salud mental, recibían una cita de seguimiento, dándole día y hora, con un tiempo máximo de demora de una semana. Esta modalidad les aseguraba que el paciente sentía que seguía conectado a los servicios. Los resultados fueron que los suicidios seguían sucediendo incluso antes de la primera cita con una cifra del 66%, lo que significa que las intervenciones por grupos comunitarios y el mantenimiento del contacto tras el alta hospitalaria no mejora los resultados del intento de suicidio.

### **3.6. Continuidad de cuidados y conducta suicida**

Muchas personas con conducta suicida son ambiguas hacia el tratamiento y muchas no lo llevan a cabo o lo interrumpen prematuramente (Anderson, 1994; Borg et al., 1994; Morgan, et al., 1993). Algunos estudios reflejaron que el cumplimiento del tratamiento posthospitalario habitual rara vez supera el 40% (Van, 1995) no habiendo características socio- demográficas, psiquiátricas o clínicas específicas entre estas personas que determinen los motivos por los que abandonan el tratamiento o no lo siguen (Hawton et al., 1998; Rynegnestad et al., 1997).

Se han realizado intentos para aumentar el cumplimiento del tratamiento. En Alemania, Noruega y Bélgica se han llevado a cabo con éxito ensayos para mejorar el cumplimiento del tratamiento entre los pacientes que no asisten a él, utilizando visitas domiciliarias de motivación (Bog et al., 1994; Van et al., 1995). Sin embargo, no se demostraron reducciones en el comportamiento suicida.

Los estudios basados en la mejora de seguimiento se han centrado en mejorar la asistencia al tratamiento de los pacientes que abandonan o interrumpen el tratamiento. Las altas tasas de abandono y su alto riesgo de repetir el intento suicida se presenta en el tratamiento de seguimiento después del alta hospitalaria como un gran desafío para la salud pública y un reto permanente en la clínica de la salud contemporánea (Mahhlum et al., 2010). Sin embargo, los servicios y cuidados de seguimiento hospitalarios prestados a estas personas son altamente variables y hacen a veces que se deterioren los programas. Se necesitan tratamientos eficaces y sostenibles e intervenciones que garanticen la continuidad de cuidados.

La preocupación por la continuidad de la atención no es actual. Bernstein et al. (1981), en su estudio "La continuidad de la atención un modelo centrado en el paciente" señala que este modelo permite que el tratamiento personal sea llevado a lo largo de todo el programa de tratamiento. Sus impresiones son que esto refuerza la satisfacción personal y el crecimiento



profesional y la capacidad de seguimiento de los pacientes y familias a través de las fases de su tratamiento. Así entre otros autores Rancans et al. (2001) refieren que el tratamiento agudo en estos comportamientos es reconocido como muy importante en este contexto de prevención. Además, los resultados en general afirman que el riesgo más alto de suicidio e intento de suicidio está poco después del alta de la atención psiquiátrica, por lo que es esencial que la comunidad ofrezca su ayuda a estas personas y en estos momentos de alto riesgo. Aún así la conexión entre la adhesión al tratamiento y la reducción del comportamiento suicida está todavía por probar (Van et al., 1995).

Algunas investigaciones (De Veri et al., 2008) añaden como posibles factores causantes de la conducta suicida los problemas socioeconómicos, habiendo encontrado altas tasas de suicidio en países industrializados en los que también existe una mayor renta per cápita, como Finlandia, y Japón. Otras investigaciones añaden (Ome et al., 2005) que en países europeos o en Japón, Estados Unidos, Canadá, Australia, así como China y Brasil, también tienen unas altas tasas de intento de suicidio (Oliveira et al., 2009). Algunos autores (Camarero, 1987; Olsson et al., 1999), consideran que el estrés relacionado con el trabajo y las situaciones como el desarraigo social producido por la inmigración pueden ser la base de esta alta prevalencia de suicidio en países con un alto nivel económico y elevado bienestar (Camarero 1987; Olsson et al., 1999). Los problemas de carácter laboral, tales como el desempleo y la precariedad laboral influyen de manera negativa en conductas de difícil afrontamiento que pueden conducir a suicidio (García-Valencia et al., 2008; Gunnell, 2000).

Así, el desempleo es un importante factor de riesgo y en países como España, Portugal y Grecia se ha estimado que el riesgo de suicidio entre desempleados es de 3 veces mayor que la población con empleo estable. A diferencia con otros estudios parece ser que el riesgo del suicidio aumenta a medida que se alarga el desempleo, con un aumento del riesgo en las mujeres si la situación de desempleo se alarga más de cuatro años (Taborda et al., 2010). La investigación señala también que el riesgo de suicidio aumenta o disminuye en función de los ciclos económicos y en función de los posibles medios letales al alcance de las personas. Así, se ha detectado que distintos profesionales, entre otros los de la salud presentan niveles altos de vulnerabilidad ante comportamientos suicidas por este motivo frente a otros profesionales (Bunting et al., 1998; Sábado et al., 2010). El suicidio también se asocia con características físicas, trastornos psiquiátricos y antecedentes familiares de comportamiento suicida, por lo que es necesario que se adopten medidas y diversos enfoques de la prevención dirigidas a estas personas con conducta suicida (Hawton, 2009).

En general, y según las distintas investigaciones realizados por Chen et al. (2010) y Nordentoft (2007) parece ser que la pérdida reciente del empleo constituye un factor de riesgo más importante para el intento suicida y el suicidio consumado que una situación de desempleo más percedera a diferencia de los resultados de los estudios anteriores de Taborda (2010). En ambas situaciones se hace hincapié de la importancia de la continuidad de cuidados y una mejor coordinación entre la clínica y la atención ambulatoria, así como se considera muy importante una evaluación continua y reforzada en tiempos de recesión, de crisis económica.

### **3.7. Suicidio versus llamada de atención**

La literatura revisada reconoce la importancia de la continuidad de cuidados en estos pacientes con intento recurrente de suicidio, a pesar de ello, los resultados de una evidencia positiva en cuanto a su utilización es escasa y la variable “continuidad” no se emplea lo suficiente en estos pacientes (Adair et al., 2003). Muchos intentos de suicidio no terminan en muerte, se desarrolla de forma que son rescatadas. La teoría es que con el intento de suicidio muchas personas están tratando de conseguir que otras personas les presten ayuda. En muchos casos, la persona se arrepiente de su intento, no quieren morir sino solo llamar la atención o hacer que otra persona se preocupe. Para Blunenthal (1988), un factor característico de la tentativa de suicidio es la ambivalencia: no querer vivir y pedir ayuda. Refiere que un porcentaje de un 40% repite la tentativa y un 10% terminan muriendo por suicidio sin excluir edad alguna.

Algunos autores como Jiménez et al. (2012) han encontrado controversias en cuanto a la prevención del suicidio en estas personas. Advierten que no está indicado incluir a estos pacientes con intentos de suicidio recurrente en la prevención del suicidio ya que, por un lado la prevención no reduce el suicidio y por otro lado, piensan que es una forma de repetir su intento de suicidio en esa búsqueda de ayuda y por lo tanto, aumentaría la dependencia y las posibilidades de reiterar el intento de suicidio. También sugieren que la prevención del suicidio no puede ser utilizada como parte de un tratamiento, sino que se necesita un tratamiento adicional específico e individualizado.

En realidad, no es posible distinguir con precisión si una persona está en riesgo de intentar un suicidio. Últimamente se está intentando elaborar escalas de graduación para detectar factores de riesgo, (Stewart et al., 1996). Actualmente, disciplinas como la Psicología y la Psiquiatría han tratado de comprender la conducta suicida, pero Shneidman (1976) señala que han fracasado porque no hay un acercamiento, una empatía, una intención por comprender a estas personas y no cubren las necesidades psicológicas de la persona con intento recurrente de suicidio.

### **3.8. Conducta suicida y género**

Existen importantes diferencias de género en la conducta suicida en cuanto a su etiología, nivel del riesgo, naturaleza, prevención y tratamiento (Hawton, 2000). Países como Dinamarca y España entre otros tienen una tasa de suicidio mayor en hombres que en mujeres, a excepción de China donde son más altas en las mujeres, especialmente en mujeres jóvenes y de zonas rurales (Cheng & Lee, 2000; Zhang et al., 2010). Aunque en general las tasas más altas por intento de suicidio está en las mujeres. (INE, 2006, 2010; WHO, 2008; Schmidtke et al., 1996; Soomro, 2004). Diferentes estudios muestran oscilaciones entre el 64 y 80 % de tentativas realizadas por mujeres y entre el 20 y 36 % en el caso de los hombres.

En 2003, el número de casos consumados de suicidio entre los varones fue 4 veces mayor que el de casos femeninos (OMS, 2003). Una de las principales razones utilizadas para explicar esta diferencia es que los hombres, como pauta general, buscan menos ayuda ante el padecimiento

de algún trastorno psicológico (Gould et al., 2001), lo que representa un alto factor de riesgo frente a la mujer que suele apoyarse en amigas o en la propia responsabilidad de llevar una familia que hace de freno ante la ideación suicida. Además, los hombres suelen utilizar métodos más altamente letales, fundamentalmente armas de fuego, ahorcamiento, precipitación, frente a los métodos de la mujer que utiliza métodos más pasivos como la ingesta de medicamentos.

Para Cooper et al. (2005), la probabilidad de muerte en mujeres duplica la de los hombres y señala que el ingreso en urgencias por lesiones autoinfligidas en mujeres duplica el índice de riesgo para volver a intentarlo de nuevo durante los primeros seis meses del suceso autolítico. En este contexto, Ania et al. (2003) hicieron un seguimiento durante dos años a una población de adolescentes de ambos sexos. Concluyeron que el intento de suicidio se realizó a través de la intoxicación medicamentosa y con una tasa mayor en la población femenina que la masculina. También refieren que esta población había estado controlada previamente en servicios de psiquiatría y un 6% había estado hospitalizada y no llevaban un seguimiento continuo y adecuado.

Autores como Cooper et al., (2005) plantean la necesidad de concienciar a los profesionales de que es necesario una intervención temprana en ambos sexos durante los primeros meses posteriores al primer intento, puesto que en la base de muchas muertes por suicidio está el mito de que el intento de suicidio en una mujer sólo tiene el objetivo de llamar la atención y no la muerte en sí. Resultados de distintos estudios plantean un perfil para la mujer con intento recurrente de suicidio como una mujer joven, sin diagnóstico psiquiátrico, que lleva a cabo el intento de suicidio a través de medios como la ingesta de pastillas. Aún así, no existe un signo o síntoma que nos permita predecir cuándo una persona decide un intento de suicidio, aunque según Bobes et al., (1997) la muerte de un familiar o el abandono de la pareja pueden desencadenar un intento de suicidio, por lo que sería una indicación para que estas personas tengan un control y una continuidad de cuidados.

Los conflictos familiares y sentimentales también son un factor de riesgo y por lo tanto aumentan el riesgo y sobre todo los antecedentes familiares de suicidio, aumentan el riesgo de conducta suicida especialmente en las mujeres cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado (Domínguez, 1995). A este hecho autores como Beautrais et al. (2005) planteó la duda entre niños adoptados, donde sus padres biológicos tenían conducta suicida e ingresos hospitalizados por intento de suicidio y niños adoptados cuyos padres adoptivos no tenían conducta suicida. Los resultados fueron que los niños adoptados con padres con conducta suicida tenían un comportamiento según la experiencia vivida con sus padres adoptivos, siendo la conducta del padre un factor de riesgo para el niño adoptado. Los estudios de Runeson et al. (2001) sugieren que los niños que viven la experiencia de una muerte por suicidio de uno de sus padres a edades muy tempranas tiene mayor riesgo de una futura conducta suicida, por lo que el riesgo de hospitalización por intento de suicidio difiere entre la niñez y la adolescencia.

### **3.9. Intento de suicidio y orientación sexual**

A pesar de la dificultad para extraer datos precisos sobre datos en las personas con conducta suicida en la población bisexual y transexual, Gibson et al. (2012) sostienen que el riesgo de suicidio en estas personas es elevado, con unas cifras aproximadas de un 30%, siendo de un 5 a 10 veces superior a la población general. De ahí que se concluya que la orientación sexual es un desencadenante para que las personas intenten un acto suicida, sobre todo en adolescentes con tendencias sexuales hacia mismo sexo, siendo la homosexualidad un factor de riesgo de suicidio y, especialmente la bisexualidad. Los estudios de Kann et al. (1999) refieren que es debido a la discriminación a la que están sometidos, al estrés vivenciado, a las tensiones en sus relaciones interpersonales y a la falta de una red de apoyo. También señalan que la mayor parte de los suicidios consumados han sido ejecutados por personas que han visitado a un profesional de la salud mental antes de realizar el acto suicida.

Tras nuestra revisión hemos encontrado poca información sobre los cuidados a grupo de población, salvo que su orientación sexual comienza a edades muy tempranas. Tampoco hemos encontrado estudios donde se analice el impacto de la orientación sexual en las conductas suicidas. Algunos estudios recientes han detectado que las mujeres lesbianas y bisexuales presentan una mayor vulnerabilidad al suicidio (King, et al., 2008). Por otra parte, los homosexuales presentan mayores tasas de trastornos por abuso de alcohol, depresión y desesperanza que la población general de iguales, siendo estos los verdaderos factores de riesgo de suicidio. Si estos factores son controlados, la orientación sexual podría ser un factor de riesgo mucho más débil.

### **3.10. Cuidados y perspectiva enfermera**

Los pensamientos suicidas son un factor de riesgo futuro que hace que su seguimiento después de un intento de suicidio sea necesario y esencial para prevenir futuros actos. Los resultados de algunos estudios (Runeson et al., 2001) señalan que es necesario la utilización de prácticas en los centros psiquiátricos para pacientes con riesgo suicida puesto que existen señales de advertencia que los pacientes pueden exhibir en relación con el pensamiento, los sentimientos y la conducta suicida (Runeson et al., 2001).

En este contexto, los y las enfermeras pueden detectar y tener un repertorio de habilidades en estas áreas para que puedan responder de manera efectiva cuando se enfrentan a estas situaciones. Autores como Cleary et al. (1999) han demostrado que la figura profesional enfermera es un elemento clave en el tratamiento del paciente con intento de suicidio al estar constantemente observándolo en el contexto hospitalario. En principio proporciona soporte para el paciente porque los mantiene controlados y observados en todo momento, lo que les hace estar acompañados y que sus inquietudes queden solventadas en muchos momentos. Su objetivo es reducir los comportamientos suicidas, manteniendo un alto nivel de vigilancia a estos pacientes hospitalizados. El autor plantea que al ser los médicos los que dan el alta a estos pacientes, les obliga a permanecer hospitalizados por mucho tiempo. Con esta nueva forma de

intervención la enfermera puede aportar información y hacer evaluaciones constantes de estos pacientes, por lo que su seguimiento hospitalario puede ser reducido y valorado. Esta preocupación es discutida por Shugar (1990), quien sugiere que un examen clínico completo a estos pacientes cuando esta observación excede de las 72 horas es ineficaz, por lo que sería necesario ser valorado por el equipo de salud mental antes que la valoración por observación. Ciertamente, los factores de riesgo y los niveles de observación tienen que ser equilibrados para garantizar la seguridad del paciente.

Distintas investigaciones (Duffy, 1995; Dennis, 1997) han discutido las evaluaciones de riesgos estandarizados como una forma de asegurar que el proceso de evaluación sea más riguroso y fiable, y también describen la necesidad de implementación de una herramienta de evaluación de suicidio que obtengan enfermeros habilitados para ser consistente y tengan objetividad en sus informes de riesgos y para dar mayor credibilidad a la entrada de la enfermería en el proceso de toma de decisiones de observación especial. Cleary et al. (1999) apoyan esta idea y sugieren la utilización de las evaluaciones de riesgos estandarizados.

Todos estos estudios evidencian la escasez de estudios que predicen que la continuidad de cuidados reduce el suicidio. Kin et al., (2001) efectuaron un estudio de casos y controles retrospectivos, para probar la hipótesis de que ciertas características personales y clínicas pueden predecir un mayor riesgo y que la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria reduce el riesgo de suicidio, pero sus resultados se vieron afectados por tres limitaciones. La primera es que su estudio se realizó con datos clínicos recogidos de forma retrospectiva de los archivos hospitalarios, datos que no estaban destinados a ser utilizados con fines de investigación. La segunda es que los datos recogidos por la investigación no eran producto de una evaluación y un seguimiento, lo que hace que la investigación se encuentre llena de sesgos, y la última es que se analizaron diversas variables como edad y sexo, tomadas al azar y sin ningún criterio, por lo que las variables identificadas como posibles factores de riesgo no indican que sean factores de riesgo potenciales. Aunque Motto (2011) sugiere otra hipótesis y es que ciertos comportamientos suicidas pueden ser identificados como similares, lo que puede representar que se pueda utilizar el mismo modelo clínico a otras personas con el mismo comportamiento suicida.

En toda la bibliografía se ha encontrado que la predicción exacta del riesgo en la conducta suicida es difícil y, se sabe poco sobre el efecto protector o perjudicial de la atención de salud mental. En este sentido el suicidio es un significativo problema de salud pública para el que aún no se han encontrado respuestas suficientes. Existe coincidencia en la literatura en que se ha producido un incremento de las tasas de suicidio y de tentativas de suicidio desde comienzos de la década de los años 50. Engstrom et al., (1999), planteó otra hipótesis y es que la presencia de niveles muy elevados de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con intento de suicidio o niveles reducidos de ácido homovanílico, metabolito de la dopamina puede mostrar alguna conexión con la conducta suicida. Pero la mayoría de los estudios han señalado como factores de riesgo la presencia de un trastorno depresivo mayor no diagnosticado o bien la falta de continuidad de cuidados de su patología correspondiente.

El tema del suicidio convoca numerosas investigaciones y recursos. Sin embargo, aún se desconoce la eficacia de la mayoría de las intervenciones psicosociales y de las prácticas psicofarmacológicas usadas habitualmente en la clínica contemporánea. Existen protocolos y se han confeccionado guías de tratamiento para pacientes con intento de suicidio, pero a pesar de ello, muchas personas son rescatadas diariamente en el mundo- antes o después de una tentativa. En realidad los pacientes con ideas suicidas, conductas suicidas, y conductas autolesivas sin intencionalidad suicida son un desafío permanente en la clínica de salud mental. La utilización de programas de tratamiento y protocolos de asistencia nos permite saber que se está haciendo lo posible y aceptar las limitaciones de los recursos disponibles, aceptando la falibilidad de nuestra práctica y evitando el aislamiento de la persona y el profesional de la salud y que la percepción de las familias sobre los tratamientos ofertados por los servicios de salud mental es que son poco relevantes, demasiado demandantes y costosos y llevan al estigma social y la exclusión.

### **3.11. Iniciativas internacionales, europeas, nacionales y comunitarias en continuidad de cuidados**

Los resultados de la literatura han mostrado que los servicios prestados en hospitales en caso de suicidio y en el seguimiento de cuidados pueden tener programas y protocolos de calidad variable. Protocolos y guías que a pesar de poder ser interrumpidos o abandonados por cuestiones simples, son necesarios para abordar tratamientos hospitalarios a pacientes con conducta suicida, si bien ninguno de estos protocolos y guías están universalmente aceptados. No obstante, permiten que los informes de alta hospitalaria puedan tener unos indicadores mínimos como pueden ser los factores de riesgo de las conductas suicidas detestados hasta la fecha.

La Unión Europea ha promovido iniciativas, como la Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, considerando la prevención del suicidio una de las áreas de intervención prioritaria (Miret et al. 2010).

En 1984, La Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud aprobó 38 objetivos para que el año 2000 toda la población pudiera tener un nivel de salud adecuado. El objetivo número doce se plantea reducir las enfermedades mentales y los suicidios (“...inversión de la tendencia creciente de los suicidios y tentativas de suicidio”). Debido a la alta demanda de recursos profesionales y financieros, el objetivo número doce no se ha cumplido, provocando la necesidad de proponer modelos de intervención dirigidos a una población de riesgo que contemplen la baja adherencia y el abandono del tratamiento y, en el caso de intento de suicidio plantearse una intervención adecuada. También es debido a la gran cantidad de atención que demandan estas personas y los escasos recursos existentes destinados a hacer frente a la atención a ellas, así como el alto porcentaje de personas con intento de suicidio recurrente que no reciben la atención adecuada, y también por otros motivos como la existencia de mitos respecto a la conducta suicida y la dificultad en el establecimiento del diagnóstico y el registro del intento de suicidio como tal (Desviat, 2000).

Otros países como Noruega y Dinamarca también han comenzado a centrar sus esfuerzos en sus estrategias Nacionales de Prevención a través de la continuidad de cuidados. En Inglaterra (Estudio Clínico Nacional Británico) se identificó el grado de riesgo de suicidio por día, semana y mes, lo que le llevó a recomendar unas normas de seguimiento lo más pronto posible o como máximo siete días posteriores al alta hospitalaria (Crawford, 2004).

La continuidad de cuidados está relacionada con la precisión diagnóstica, la adherencia al tratamiento y la reducción de hospitalización y ha estado en la agenda política desde hace muchos años. Para algunos países entre ellos los Países bajos es uno de los principios básicos de la atención de salud mental para pacientes graves que no desean estar en contacto con los servicios de salud. En estos países debido al aumento de ingresos obligatorios han llevado el concepto de continuidad de cuidados al centro de la atención en la salud mental. En un intento de reducir la “puerta giratoria” basada en la comunidad, el seguimiento ambulatorio de los pacientes ingresados involuntariamente se ha convertido en una intervención cada vez más importante.

El tercer comité de evaluación nacional de la Ley holandesa sobre los ingresos obligatorios de la personas con conducta suicida refirió la importancia de la continuidad de cuidados después de un intento de suicidio y tras el alta hospitalaria.

En 2007 y en España, “La Estrategia de Salud Mental”, contempló entre sus objetivos, la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo. El objetivo número siete era desarrollar y promover las prácticas clínicas y profesionales vigentes, y, en particular, el objetivo 7.4, consistente en elaborar directrices para los programas de tratamiento de cuidados posteriores para las personas que presentan conductas suicidas, incluyendo las altas hospitalarias, así como la reducción de enfermedades mentales y suicidios en su objetivo 12 (Knesper, 2011). El año anterior Knesper (2010), elaboró el informe “*Continuity of care for suicide prevention and research: Suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from the emergency department or psychiatry inpatient unit*”. Este informe contemplaba los intentos de suicidio y las muertes posteriores al alta en los servicios de urgencias o Servicios de Hospitalización Psiquiátrica. Se basó en una extensa revisión y análisis de la literatura actual, destacando un área crítica para los suicidios en Estados Unidos.

En las últimas décadas, la reforma en la asistencia psiquiátrica desplaza la atención hospitalaria hacia los servicios comunitarios de salud mental, compartiendo sus bases filosóficas, desplazando la atención individual hacia la comunitaria, el tratamiento hacia la prevención y la promoción de la salud, con coordinación y participación comunitaria.

Otra línea para la calidad de atención en su seguimiento es la mejora de la comunicación entre los médicos y los procedimientos de evaluación de riesgos y se podría incluir la participación de familiares (Huisman, et al., 2008), pero no todas las instituciones de salud mental emplean una política de prevención tras el alta hospitalaria. Hasta el momento, las posibilidades de prevención no se han utilizado en su totalidad, aunque los servicios de salud

mental se comprometen a reducir el riesgo tras la atención en personas con intento recurrente de suicidio, pero la realidad muestra que a pesar de las estrategias de cambio organizacional del sistema la atención al alta hospitalaria está por concluir.

La revisión realizada sobre la continuidad de cuidados en personas con intento recurrente de suicidio para mejorar el compromiso de los servicios de salud y poder revelar la eficacia de estas estrategias indica que solo una pequeña fracción de los casos consigue tener un seguimiento (Tobin, et al., (2001). Debido que no existe de modo absoluto ningún signo o síntoma patológico predictor del suicidio (Vizán et al., 1993) las investigaciones de los factores de riesgo constituyen un primer paso para la realización de programas preventivos. Existen numerosas dificultades metodológicas para calcular la expansión real del problema, pero cada vez hay más estudios epidemiológicos que posibilitan una aproximación a este problema, siendo los de ámbito local los más eficaces y quizá los que más utilidad práctica tengan a la hora de establecer medidas para reducir las tasas de suicidio, porque la reducción del riesgo suicida debe ser una prioridad, y un elemento clave en las estrategias nacionales e internacionales de prevención de suicidio (Hawton, 2004), pero también un aspecto clave a nivel local.

#### **4. Conclusiones**

El acercamiento al conocimiento del comportamiento suicida en las últimas décadas ha logrado incrementar la supervivencia de todas las personas con intentos de suicidio. La información obtenida tras esta revisión me ha llevado a opinar que los programas de continuidad de cuidados tienen por delante todavía que demostrar su eficacia y que queda demostrado que mejoran el pronóstico al proporcionar las ayudas necesarias para conseguir la reducción de los intentos de suicidios.

El alta hospitalaria constituye un cambio en la atención que se presta a estos pacientes. Se admite de forma errónea que tras el alta los problemas conductuales suicidas van a desaparecer y que la familia va a dejar de requerir el apoyo que se les está proporcionando y que tan esencial es para estas conductas. Resulta poco efectivo y nada operativo desde el punto de vista asistencial que se interrumpa en el momento del alta la atención a estos pacientes que han presentado problemas comportamentales o que la atención sea descentralizada, dispersa y sin coordinación.

Es importante que se desarrolle la continuidad de cuidados a estas personas en su ámbito comunitario y con unos recursos asistenciales ambulatorios y solo utilizar el recurso hospitalario de forma parcial y sí, utilizar la atención domiciliaria para reducir o minimizar los largos periodos de ingresos hospitalarios y la reducción de nuevos intentos de suicidio. Por otro lado existe la necesidad de conocimiento real de la evolución de los pacientes atendidos. Forma parte del tratamiento diario la información a la familia y de la familia. Las referencias sobre resultados a largo plazo encontrado en la literatura nos ayudan a ver y trabajar con ellos, pero



no responden a nuestra realidad encontrada. En la actualidad, además se debate la eficacia y seguridad de los tratamientos que se emplean a estas personas y por ello no basta con los resultados inmediatos, es necesario conocer los resultados a medio y largo plazo.

Para finalizar los cuidados y su continuidad no parecen obtener resultados concluyentes, para una evolución positiva del mismo. Sin embargo, sí parece constituir un apoyo esencial. Resulta ya usual hablar de las dificultades para realizar una cuantificación válida de los suicidios consumados y todas las medidas posibles para reconocer y subsanar este problema en nuestro propio entorno que han sido ya expuestas sin resultado práctico alguno. En este contexto, la profesión enfermera se encuentra, en muchas ocasiones, en una posición difícil a la hora de abordar a estos pacientes y, las y los enfermeros de salud mental se suelen quejar, frecuentemente, de la falta de resultados positivos con los actuales regímenes de atención.

En conclusión, es relativamente bajo el número de estudios que abordan específicamente la continuidad de cuidados en las personas con intento de suicidio. Hay importantes lagunas en la investigación sobre las intervenciones para abordar la prevención. También hay que destacar que los pacientes con pensamientos acerca de la muerte o de autolesión “casi todos los días”, se encuentran en mayor riesgo de cometer un intento de suicidio en comparación con aquellos que no tienen estos tipos de pensamiento. La escasa conciencia de necesidad de ayuda y el riesgo de reincidencia justifican la necesidad de una continuidad de cuidados de las personas que ha llevado a cabo una tentativa frustrada de suicidio.

Los grandes ensayos clínicos aleatorios que examinan la eficacia de las intervenciones sobre la tasa de intentos de suicidio y el suicidio deben tener alta prioridad. El suicidio es un problema de salud pública y se debe dar alta prioridad con respecto a la prevención y la investigación. La continuidad de cuidados en el Sistema Público de Salud Mental a personas con intento recurrente de suicidio, requiere intensa colaboración entre todos los organismos e instituciones implicadas. La comprensión de las formas en que los diversos aspectos de la continuidad de cuidados interactúan puede revelar información para saber más acerca de cómo cuidar revirtiendo a la larga en mejores resultados.

## 5. REFERENCIAS :

- ADAIR, CAROL E., MCDOUGALL, GERALD., BECKIE, ANORA., et al, 2003. History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes. *Psychiatric Services* 54:1351–1356, 2003.
- ADAIR, CAROL E., MCDOUGALL, GERALD., BECKIE, ANORA., 2005. Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Servicios Psiquiátricos (Washington, DC)*, septiembre, vol. 56, no. 9, pp 1061-1069 ISSN 1075-2730; 1075-2730. DOI 56/9/1061[PII]
- ALLARD, ROBERT., MARSHALL, MARILYN., PLANTE, MARIE CARMEN., et al, 2005. Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav.* 1992; 22(3):303-314. Continuity of Care for Suicide Prevention and Research 125-32. Brown GK, Ten Have TT, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2005; 294(5):563-570.
- ALVAREZ, LÓPEZ, MARIA ANGELES., 2011. Evaluación e Intervención del riesgo suicida. I Jornadas en seguridad del Paciente en Salud Mental.
- ANDERSEN, BJORN., BILLE-BRAHE UNNI., 1994. Aftercare of suicide attempters. In: Bille-Brahe U, Schiödt H. Eds. 4<sup>th</sup> European Symposium on Suicidal Behaviour. The Odense suicide prevention project. Intervention and Prevention. Odense: University Press; 1994. p. 177-84.
- ANDRIESSEN, KARL., 2006. Do we need to be cautious in evaluating suicide statistics? *European Journal of Public Health*, 16(4), 445-447.
- ANIA, LA FUENTE, BASILIO., IRURITA, JOSÉ and SUÁREZ-ALMENARA, JOSE., 2003. *Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos de una Residencia.* ISBN 0211-139X.
- APPLEBY, LOUIS., 1999. Suicide within 12 months of contact with mental health services: National Survey of Clinics. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 08 de mayo, vol.318, no. 7193, pp 1235-1239 ISSN 0959-8138; 0959-535x.
- BEAUTRAIS ANNETTE; FERGUSSON, DAVID., COGGAN, CAROLYN., et al, 2005. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health.
- BELTRAN-VILELLA, MARTA., SALLERAS MARCÓ N., CAMPOS GARCIA CARRER., et al, 2001. Tackling Mental Health Problems from Primary Care: Relationship with Specialized Support Services. *Atencion Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia y Comunitaria*, Jun 15, vol. 28, no. 1, pp. 39-45 ISSN 0212-6567; (2006). Suicidal Behaviour in Europe. Results from WHO/EURO Multicenter Study on Suicidal Behavior, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70 (3), 245-248.
- BERGMANS, YVONE., SPENCE, JULIA., STRIKE, CAROL., et al, 2009. Repeat using substances suicidal clients-how can we be of help? *Trabajo Social en Salud*, vol. 48, no. 4, pp 420-431 ISSN 0.098-1389; 0098 a 1389. DOI 10.1080/00981380802592013 [doi].
- BERNSTEIN, STEPHEN., 1981. Continuity of care. A patient-centered model. *Psiquiatría del Hospital General*, Mar, vol. 3, no. 1, pp 59-63 ISSN 0163 a 8.343; 0163 a 8.343

- BERTOLOTE, JOSE MANUAL and FLEISCHMANN, ALEXANDRA., 2002 A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidogi*, 7 (2), 6-8.
- BERTOLOTE, JOSE MANUÉ and FLEISCHMANN, ALEXANDRA., et al, 2005. Suicide attempts, Plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS. *Psychological Medicine* 35, (10), 1475-1465.
- BERTOLOTE, JOSE MANUEL., 2005. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The Community Survey WHO SUPRE-MISS. *Medicina Psicológica*, octubre, vol. 35, no. 10, pp 1457-1465 ISSN 0033 a 2917; 0.033-2917. DOI S0033291705005404 [PII].
- BERTOLOTE, JOSE MANUEL., WASSERMAN, DANUTA; DE LEON, DIEGO; et al., 2008. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempts: a randomized controlled trial in five countries. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 86, 703-709.
- BLUNENTHAL, SUSAN J., 1998. Suicidio: Una guía para los factores de riesgo, evaluación y tratamiento de los pacientes suicidas. *Las Clínicas Médicas de Norteamérica*, julio, vol. 72, no.4, pp 937-971 ISSN 0025 a 7125 a 7125; 0025-7125.
- BOBES GARCÍA JULIO., GONZÁLEZ SEIJO J., SAIZ MARTÍNEZ PILAR ALEJANDRA., 1997. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. *Psiquiatría Médica*. Barcelona. Editorial Masson.
- BORG SOREN EGEDE., 1994. Active intervention and comprehensive services following suicide attempts: a community-based program. In: BilleBrahe U, Schiödt H. Eds. 4th European Symposium on Suicidal Behaviour. The Odense suicide prevention project. Intervention and prevention. Odense: University Press; 1994. p. 159-67.
- BRENT, DAVI., KOLKO, DADI J., WARTELLA, MARY E., et al, 1993. Risk of psychiatric inpatient adolescent suicide attempt at 6-month follow-up. *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, Jan, vol. 32, no. 1, pp 95-105 ISSN 0890 a 8567; 0890-8567. DOI 10.1097/00004583-199301000-00015.
- BUNTING, JULIA., KELLY, SUE., 1998. Geographic variation in suicide mortality, 1982-1996. *Population Trends*, 93(1), 7-18
- BUSCH KATIE., CLARK, DAVID., FAWCETT, JAN., et al, 1993. Clinical features of inpatient suicide. *Psych Annals* 23(5): 256-262, 1993.
- BUTLER, SOPHI., AGIUS, M. ARK and ZAMAN, RASHID., 2010. Comparación de los resultados de los pacientes con depresión, depresión recurrente, y la depresión y la ansiedad en los pacientes en una CMHT.
- CARLSSON, GUSTAVO FEDERICO., 2010. Validez de los criterios de hospitalización en comportamientos suicidas: ¿Por qué, cuándo, cómo? *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, enero-febrero, vol. 21, no. 89, pp 35-41 ISN 0327 a 6139; 0.327-6.139.
- CALLAHAN, DANIEL., 2004. Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectiva. En Bayés R. editor, dolor y sufrimiento en la práctica clínica. Barcelona: Fundación medicina y Humanidades Medicas, P. 5-16.
- CAMARERO, CARLOS., 1987. La crisis del estado del bienestar y su repercusión en la calidad de vida. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1) ,1-9.

- CHAVEZ-HERNANDEZ, ANA MARIA., MEDINA, MIRIAN CAROLINA., MACÍAS- GARCÍA, LUIS .FERNANDO., 2008. Modelo Psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31(3) ,197-203.
- CHEN, VICENT C., CHOU, JEN-YU, LAI., TI- CHEN HSIEH., et al, 2010. Suicidio y tasa de desempleo en Taiwán, un estudio de base poblacional, 1978-2006. *Psiquiatría Social y Epidemiología Psiquiátrica*, 20090618, abril, vol. 45, no. 4, pp 447-452 ISSN 1433-9285; 0933-7954. DOI 10.1007/s00127-009-0083-8 [doi].
- CHENG, CHIH., AHIH-CHENG LIAO., MING-BEEN LEE., MEG MEI-CHILH TSENG., 2009. Los predictores de respuesta al tratamiento y la estancia de los pacientes hospitalizados con depresión mayor. *Revista de la Asociación Médica de Formosa = Taiwan Yi Zhi*, Nov, vol. 106, no. 11, pp 903-910 ISSN 0929 a 6.646; Desde 0.929 hasta 6.646. DOI 10.1016/S0929-6646 (08) 60060-1.
- CHISHTI, PARVEEN., STONE, DAVID.H., CORCORAN, PAUL., et al, 2003. Suicide Mortality in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13(2), 108-114.
- CLEARY, MICHELLA., JORDAN, RAINGHNE., HORSFALL, ENE., et al, 1999. Pacientes suicidas y la observación especial. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Enfermería*, diciembre, vol. 6, no. 6, pp 461-467 ISSN 1351-0126; 1351-0126.
- COOPER, JAYNE., HUNTER, CHERYL., OWEN-SMITH, AMANDA., et al, 2011. "Well, it's like someone at the other end cares about you." A qualitative study exploring the views of users and providers of care interventions based contact after self-harm. *Psiquiatría del Hospital General*, 20110302, Mar-Apr, vol. 33, no. 2, pp 166-176 ISSN 1873-7714; 0163 a 8.343. DOI 10.1016/j.genhosppsych.2011.01.009[doi].
- COOPER, JAYNE., HUNTER, CHERYL., OWEN.SMITH,AMANDA., et al, 2005. Suicide after deliberate self-harm: A 4 year Cohort Study *The American Journal of Psychiatry*, Feb, vol. 162, no. 2, pp 297-303 ISSN 0002-953X; 0002-953X. DOI 162/2/297 [II].
- CORCORAN, PAUL., ARENSMAN, ELLA., O'MAHONY, DESMOND., 2006. Suicide and Other External-Cause Mortality Statistic in Ireland: a Comparison of Registration and Occurrence Data. *The Journal of Crisis Intervention and suicide Prevention*, 27 (3), 130-134.
- CRAWFORD, MICHAEL., 2004. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care, *Advances in Treatment Psychiatric* 10, 434-438.
- CUIJPERS, PIM., DE BEURS, DEREK P., VAN SPIJKER, BREJIE., et al, 2013. The effects of psychotherapy for adult depression in suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis, *Journal of the disorders* 144 (3):183-90.
- DENNIS, SARA, 1997. Close Observation: How to Improve Assessments. *Nursing Times*, Jun 11-17, vol. 93, no. 24, pp. 54-56 ISSN 0954-7762; 0954-7762.
- DESAI, RANI., DAUSEY, DAVID J., ROSENHECK, ROBERT., 2005. Suicide. Lancet Mental Health Service Delivery and Suicide Risk: The Role of individual patients and factors in a Center. *The American Journal of Psychiatry* , Feb, vol. 162, no. 2, pp 311-318 ISSN 0002-953X; 0002-953X. DOI 10.1176/appi.ajp.162.2.311.[PII].

- DESVIAT, MANUEL., 2000. “Objetivo 12: reducir las enfermedades mentales y suicidios”. En SESPAS. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS: la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Escuela Andaluza de Salud Pública, También disponible en : URL: [http://www.sespas.es/informe2000/d1\\_12.pdf](http://www.sespas.es/informe2000/d1_12.pdf).
- DE VRIES, SACCO, WIERDSMA, ANDRE., Y MULDER, CORNELIS., 2008. Continuity of care following admission mandatory suicide-related. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, vol. 50, no. 8, pp 533-538 ISSN 0303 hasta 7339; 0303-7339. ; 0.303-7.339. DOI TVPart\_1787 [PII].
- DOMÍNGUEZ, PABLO.,1995 “*Exploración clínica de la ideación y el riesgo suicida*”, *Monografías de Psiquiatría*, vol VII, nº 1, 21-29.
- DHHS., 2001. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio: Objetivos para la acción. Rockville, MD: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Public EE.UU. Servicio de Salud; 2001.
- DUFFY, DAVID., 1995. Out of the Shadows: A Study of the Special Observation of Suicidal Psychiatric in-Patients. *Journal of Advanced Nursing*, May, vol. 21, no. 5, pp. 944-950 ISSN 0309-2402; 0309-2402.
- DURKEHEIM, EMILÉ. 1897. *Le suicide*, Paris: Alcan.
- DURKHEIM, EMILÉ. 1987. *Le Suicide*. París: Alcan.th and Well-being. European Unión high-level conference. Brussel. Belgium.
- DURKHEIM, MILÉ., 2003. *El suicidio*. Buenos Aires: Losada (Orig, 1897).
- ECHEBURUA, ENRIQUE., 2004. *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- ECHEBURUA, ENRIQUE., 2005. Del Corral, P: Amor, PJ; (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. En W.Astudillo, A, Casado; C, Mendinueta (Eds): *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad* (pp. 337-359). San Sebastian: Sociedad Vasca de cuidados Paliativos.
- ENGSTROM, GUNNAR., ALLING, CHRISTER., BLENNOW, KAJ., et al. Reduced cerebrospinal HVA concentrations and HVA/5-HIAA ratios in suicide attempters. Monoamine metabolites in 120 suicide attempters and 47 controls. *Eur Neuropsychopharmacol* 1999 Sep; 9(5):399-405
- ESPAÑA OSUNA, ANTONIO; FERNANDEZ, CATI., 2010. Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante la conducta suicidas. *Revista Médica de Jaén*, 1 (1), 29-32. SESPAS. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Informe SESPAS: la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.
- EUROPEAN UNION., 2008, European Pact for Mental Health and Well-being. European Unión higggh-level conference. Brussels. Belgium.
- FERRÉ-GRAU, CARME., MONTESCÓ-CURTO, PILAR., MULET- VALLES.MAGI., et al, 2011. El Estigma del Suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Índex De Enfermería*, vol. 20, no. 3, pp. 155-159.

- FLEISCHMANN, ALEXANDRA., BERTOLOTE, JOSE MARÍA., DE LEO, DIEGO., et al, 2008. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (9), 703-709.
- FLORENZANO, RAMÓN., FASANI, ROBERTO., SAN JUAN, KATHERINE., et al, 2007 “Los pacientes suicidas y parasuicidas pueden ser adecuadamente diagnosticados y tratados en una red pública de atención en salud mental (Rev GPU 2007; 3; 3: 331 -33 9).
- FOSTER TOM., GILLESPIE KATE., MCCLELLAND ROY., et al., Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1997; 170:447-52.
- GARCIA-VALENCIA, JENNY., PALACIOS, CARLOS., DIEGO, JOHANA., et al, 2008. Eventos vitales, adversos y suicidios: un estudio de autopsia psicológica en Medellín Colombia. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 37 (1).11-28.
- GIBB, SHEREE J., BEAUTRAIS, ANNETTE L., FERGUSSON, DAVID M., 2005 Mortalidad y comportamiento suicida tras un intento de suicidio Índex: Estudio de 10 años. *El Diario de Australia y Nueva Zelanda de Psiquiatría*, enero-febrero, vol. 39, no. 1-2, pp 95-100 ISSN 0004 a 8674; 0004-8674. DOI ANP1514 [II].
- GIBBONS, ROBERT., BRWET, HENDRICKS., HUR, KWAN., 2012. Pensamientos y conductas suicidas con tratamiento antidepressivo: El reanálisis de los estudios controlados con placebo aleatorios de fluoxetina y la venlafaxina *Archivos de Psiquiatría General*, junio, vol. 69, no. 6, pp 580-587 ISSN 1538 a 3636; 0003-990X. DOI 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2048 [doi]
- GILBODY, SIMON., HOUSE, ALLAN and OWENS, DAVID., 1997. The Early Repetition of Deliberate Self Harm. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, Mar-Apr, vol. 31, no. 2, pp. 171-172 ISSN 0035-8819; 0035-8819.
- GOLDACRE, MICHAEL., SEAGROATT, VALERIE Y HAWTON, KEITH., 1993. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care *The Lancet* , 7/31, vol. 342, no. 8866, pp 283-286 ISSN 0.140-6.736.DOI.
- GOLDSTEIN, AMI.B., FROSCHEM, EMILI., DAVARYA, SARAH and LEAF, PHILIP J., 2007. Factors Associated with a Six-Month Return to Emergency Services among Child and Adolescent Psychiatric Patients. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, Nov, vol. 58, no. 11, pp. 1489-1492 ISSN 1075-2730; 1075-2730. DOI 58/11/1489 [PII].
- GÓMEZ CHAMORRO, ALEJANDRO., ORELLANA, GRICELL., JAAR, EDUARDO., et al, 1998. *La Desesperanza como rasgo predictor del intento de suicidio*. ISBN 0211-5549.
- GONZÁLEZ, ANA. “Programas de continuidad de cuidados: Éxitos y fracasos y retos futuros” *Estudios de Psicología*, 16 (3) Centro de Salud Mental de Chamartin, Madrid) Vol. 16 no.3 Natal Sep./Dec.2011, 305-312.
- GOULD, MADELYN, and KRAMER, RAQUEL.A., 2001. Youth Suicide Prevention. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, Spring, vol. 31 Suppl, pp. 6-31 ISSN 0363-0234; 0363-0234

- GUO BING; HARSTALL, CHRISTA., 2004. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Disponible el 29 de octubre de 2008, de <http://www.euro.who.int/document/R83583.pdf>.
- GUTIERREZ, ANA.G., CONTRERAS, CARLOS M and OROZCO, ROSSELLI CHANTAL., 2006. El suicidio consumado en Murcia 1992-1992. *Anales de Psicología*, 12(2). 207-215.
- GUTIERREZ, JOSE MANUEL., MOLINA CLEMENTE, FRANCISCO JOSÉ., 1996. El suicidio consumado en Murcia 1992- 1992. *Anales de Psicología*, 12 (2), 207-215.
- HAWTON, KEITH., ARESMAN, ELLA., TOWNSEND, ELLE., et al, 1998. Daño deliberado a sí mismo: Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos psicosociales y farmacológicos en la prevención de la repetición. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, Aug 15, vol. 317, no. 7156, pp 441-447 ISSN 0.959-8138; 0959-535.
- HAWTON, KEITH., FAGG, J., 1988.-2004 El suicidio y otras causas de muerte, después de un intento de suicidio. *British Journal of Psychiatry*, 152, 359-366.
- HAWTON, KEITH., 2000. "Sex and suicide. gender differences in suicidal behavior", *Br J Psychiatry*, 177: 484-5.
- HAWTON, KEITH., ARESMAN, ELLA., TOWNSEND, ELLEN., et al, 2008. Tratamientos psicosociales y farmacológicos para la autoagresión deliberada (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.1
- HAWTON KEITH., VAN HEERINGEN, KEES., et al, Suicide. *Lancet*. 2009; 373 (9672):1372-81
- HENDERSON, ANTONY., WIJEWARDENA, ARUNA., STREIMER, JEFF y VANDERVORD, JOHN., 2013. Autoinfligidas quemaduras: Una serie de casos. *Quemaduras: Diario de la Sociedad Internacional de quemaduras*, 20120818, Mar, vol. 39, no. 2, pp 335-340 ISSN 1879-1409; 0305-4179. DOI 10.1016/j.burns.2012.07.014; 10.1016/j.burns012.07.014.
- HOLLEY, HEATHER., FICK GORDON., LOVE EDGAR J., 1998. Suicide following an inpatient hospitalisation for a suicide attempt: a Canadian followup study. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 33: 543-51.
- HUISMAN, ANNEIEK., KERKHOF, ADJ., ROBBEN, PAUL., 2008. Prevención del suicidio post-descarga. Un inventario. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, vol. 50, no. 4, pp 197-203 ISSN 0303 hasta 7339; 0.303-7.339.
- HUISMAN ,ANNEIEK., KERKHOF, ADJ., ROBBEN, PAUL., 2001. Suicides Ratings Service Mental Health care: treatment characteristics and Hindsight Reflections. *Suicide and Life Threatening Behavior*, Feb.vol. 41, n °. 1, pp 41-49 ISSN 1943-278x; 0.363 a 0234. DOI 10.1111/j.1943-278X.2010.00015.x [doi].
- HULTCN, ANNIKA., WASSERMAN, DANUTA., 1998. Lack of continuity -. A problem in the youth protection Suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, May, *Acta Psychiatric Scandinavica*, vol. 97, no. 5, pp 326-333 ISSN 1600 hasta 0447. DOI 10.1111/j.1600-0447.1998.tb10011.x.

- IEMS-OMS, 2009. Evaluación para Sistemas de Salud Mental-Organización Mundial de la Salud, versión 2.1. Salud Mental: Departamento de Evidencia e Investigación de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de La Salud .Ginebra
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA- I.N.E.,2006.*Estadística del suicidio y tentativa en España en 2006*. Recuperado el 11 de Octubre de 2008, de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- INSTITUTE NATIONAL DE ESTADÍSTICA-I.N.E., 2012. *Estadísticas del suicidio en España en 2012*.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION- I.A.S.P., 2008. *News Bulletin*.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION- I.A.S.P., 2010. *Día Mundial de la Prevención del suicidio-10 de Septiembre de2010*.
- JIMENEZ, LUPIANI, MARIA MERCEDES., 2006. Suicidio y Depression, humanistas, 9 (1), 1-16.
- JIMÉNEZ, JAVIER., PEREZ- IÑIGO GANCEDO, JOSE LUIS., 2012. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Guía para familiares. Madrid.
- KANN LAURA, EATON, DANICE., KICHEN, STEVE., et al, 1999. Youth risk behavior surveillance-United States. State and local YRBSS Cordinators. J Sch Health. 2000; 70:271-85.
- KAPLAN, G SEBASTIAN., 2013. ¿Novedades de Psiquiatría Adolescente? Revisión de la literatura y sus implicaciones clínicas. *Medicine del Adolescente: State of the Art* , abril, vol. 24, no. 1, pp 29-42, X ISSN 1934 a 4.287; 1934 a 4287.
- KERKHOF ANUNCIO., AREMAS ELLA., SCHMIDTKE, ARMI., et al, 1998 Repetition of attempted suicide: results from the WHO/EU Multicentre Study on Parasuicide, repetition-prediction part. 7th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. Ghent: University Press.
- KERKHOF, ANUNCIO J., 2008. La tendencia suicida crónica requiere una continuidad de atención como tratamiento. *Tijdschrift Voor Psychiatrie* , vol. 50, no. 5, pp 289-291 ISSN 0303 hasta 7339;0.303- 7.339. DOI TVPart\_1752 [PII].
- KING, ELIZABETH A., BALDWIN, DAVID., SINCLAIR, JULIA., et al, 2001. El reciente estudio Wessex-in Patient Suicidio, 1. Estudio de caso-control a 234 pacientes suicidas psiquiátricas dados de alta recientemente . *El British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* , junio, vol. 178, pp 531-536 ISSN 0007 a 1250; 0007 a 1250.
- KING, ELIZABETH A., BALDWIN, DAVID., SINCLAIR, JULIA., et al, 2008. A sisitematy review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people, *BMC Psychiarty*, 18 (8), 70-87.
- KNESPER. DAVID J. American Association of Suicidolgy. Suicide Prevention Resource Center. (2010). Continuity of care for suicide prevention and research: Suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from the emergency department or psychiatry impatient unit. Newton. M.A: education Development center, Inc.
- KOLAITIS, TSIANTIS., 2012 Trastornos del humor en la infancia y la adolescencia: Continuidades y discontinuidades a la edad adulta . *Psychiatrike = Psychiatriki* , junio, vol. 23 Suppl 1, pp 94-100 ISSN 1105-2333; 1105-2333.



- KREITMAN, NORMAN., PHILIP, ALIESTAIS E., 1969 "Parasuicide", *Br J Psychiatry*, 115, 746-7.
- LABORDA, ANGEL., FERNANDEZ, MARIA LUISA., 2010. Previsiones económicas para España 2010-2011. Cuaderno de Información Económica de Fundación de Cajas de ahorros, 216 (3). 1-13.
- LINEHAN, M., ARMSTRONG HE, SUARE, A., ALLMOND, HEARD HL 1991. Cognitivo-Conductual Tratamiento de pacientes crónicamente parasuicidas Borderline . *Archives of General Psychiatry* , diciembre, vol. 48, no. 12, pp 1060-1064 ISSN 0003-990X;0003-990X.
- MACDONAL, MAURICIE., 2001. Suicidal Behaviour. Social Section. En G.E. Berrios y R .Portes. (Eds). *An History of Clinical Psychiatry. The origin and History of psychiatric Disorders* 8 pp 625-632). New York: New York University Press.
- MCAID CATRIONA., TROWMAN, REBECA., HAWTON, KEITH., et al, 2008. A. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*; 193:438-443
- MCMILLAN, FRANK., BROWNE, NICOLA., GREEN, STEPHANIE AND DONNELL Y DESSIE., 2009 ;Una tarjeta antes de salir: Participación y Salud Mental en Irlanda del Norte . *Salud y Derechos Humanos* , vol. 11, no. 1, pp 61-72 ISSN 1079-0969; Desde 1079 hasta 0969.
- MADSEN, TRINE., NORDENTOFT, MERETE., et al, 2005. El suicidio después del alta de la atención psiquiátrica a pacientes internos, *Advances in Psychiatric Tratamiento*, 10 , 434-438 y 9 Palsson SP, Jonsdottir G, Petursson H. The mortality risk of psychiatric emergency patients: A follow-up study. *Nord J Psychiatry*. 1996; 50(3):207–216
- MANN, JOHN., APTER, ALAN., BERTOLOTE, JOSE., et al, 2005. Prevención del Suicidio Estrategias: Una revisión sistemática. *JAMA: El Diario de la Asociación Médica Americana* , Oct 26, vol. 294, no. 16, pp 2064-2074 ISSN 1538 a 3.598; 0.098 hasta 7.484. DOI 294/16/2064 [PII].
- MEHLUM, LARS Y RAMBERG, MARIA., 2010. Continuidad de la atención en el tratamiento de los que intentaron suicidarse -. Desafíos actuales . *Archivos de Investigación del Suicidio: Diario Oficial de la Academia Internacional para la Investigación del Suicidio* , vol. 14, no. 2, pp 105-108 ISSN 1543 a 6136; 1381-1118. DOI 10.
- MELLES DAL, LIV., KROKEN, RUNE A., LUCRO, ONE., et al, 2013..Autolesiones inducido. Admisión somáticas después del alta del Hospital Psiquiátrico -. Un estudio de cohorte prospectivo. *Psiquiatría Europea: La Revista de la Asociación de Psiquiatras Europeos*, 20130826, Aug 26 ISSN 1778-3585; 0924 a 9338. DOI 10.1016/j.eurpsy.2013.06.006; 10.1016/j.eurpsy.2013.06.006.
- MIRET, MARIA., NUEVO, ROBERTO., MORANT, CONSUELO., et al, 2010. “Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse”, *Rev Psiquiatra Salud Mental (Barc.)*, 2010; 3: 13-8. ISSN 01.
- MORGAN, HERRY G JONES EM y OWEN, JARED H., 1993. Prevención secundaria de la No-Fatal deliberada autolesiones. el Estudio de la Tarjeta Verde . *El British Journal of Psychiatry: El Diario de la Ciencia Mental* , julio, vol. 163, pp 111-112 ISSN 0007 a 1250; 0007 a 1250.
- MOTTO, JEROMÉ A., BOSTROM, ALAN G., 2001.”Un ensayo controlado aleatorio de la prevención del suicidio posterior a la crisis. *Psychiatr Serv*. Jun 2001., 52 (6):828 -833.

- MUELAS, VICENTE NATIVIDAD y OCHOA MANGADO. ENRIQUETA., 2007. Consideraciones sobre el suicidio. Una perspectiva histórica. *Revista electrónica de Psiquiatría*. 11(3) ,15-18.
- NICOLI, MICAELA., BOUCHEZ, STEFAAN., NIETO ISMAEL., et al, 2012. Prevalencia y factores de riesgo para la ideación suicida, planes e intentos en la población general: Francés. Resultados del Estudio ESEMeD . *L'Encephale* , 20110810, septiembre, vol. 38, no. 4, pp 296-303 ISSN desde 0013 hasta 7006; 0013-7006. DOI 10.1016/j.encep.2011.02.006 [doi].
- NORDENTOFT, MERENET., 2007. Prevención del Suicidio y intento de suicidio en Dinamarca. Estudios epidemiológicos de estudios de suicidio e intervención de los grupos de riesgo seleccionados. *Danés Boletín Médico*, Nov, vol. 54, no. 4, pp 306-369 ISSN 1603 a 9629; Desde 0.907 hasta 8.916. DOI DMB3963 [PII
- ÖJEHAGEN A, DANIELSSON M., 1992. Träskman-Bendz L. Deliberate self-poisoning: treatment follow-up of repeaters and nonrepeaters. *Acta Psychiatr Scand*; 5:370-5.
- OLIVAIRA, MAGDA LUCIA FELIX y BURIOLA, ARNAUT, A., 2009. Gravidade das Intoxicaciones por insecticidas inhibidores das colinesterases no noreste do estado de Parará., Brasil . *Revista Gaucha de Enfermagem*, 30 (4), 648-55.
- OLIVOS- ARAGON, PATRICIO., 1994-2004. 30 años de consulta Psiquiátrica. Analisis de registro de casos. Disponible en:  
[http://www.academia.edu/2285267/30 anos de consulta psiquiatrica. Analisis del Registro de Casos.](http://www.academia.edu/2285267/30_anos_de_consulta_psiquiatrica_Analisis_del_Registro_de_Casos)
- OLSSON, LINDA., 1999. Sjalvmord I Europa (El suicidio en Europa), Estocolmo: Center for Suicide Research.
- OME, LUKE, EFERAKEYA., ADEGO, EDIJANA, CAROLINE., 2005 . Drugs and suicide attempt in Benin City (Nigeria) from 1991 from 2000. *Pharmacy practice*, 3 (4), 197-204..
- OQUENDO, MARIA., KAMALT MASOUD., ELLIS, STEVEN., et al, Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1746–1751.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- O.M.S. (1969). Prevención del suicidio.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-O.M.S.(1976).El suicidio. Cuadernos de Salud Pública, N° 59. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-O.M.S. (1992).Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud- CIE-10. Madrid: Mediator.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS.(2000).Preventing suicide. A resource for teachers and other school staff. Mental and Behavioural disorders, Geneva: Department of Mental Health-World Health Organization
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -O.M.S. (2001).Bulletin World Health Mental Organization. *World Health Mental*, 79812), 1175-1177.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -O.M.S. (2002a).*Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: World Health Organization.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -O.M.S. (2002b).Informe mundial sobre la violencia y la salud. En Organization Mundial de la salud (OMS): *La Violencia Auto inflingida* (pp.201-374). Ginebra: World Health Organization.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-O.M.S. (2003). Según nuevas publicaciones, más de cinco millones de personas mueren anualmente como consecuencia de traumatismos.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -O.M.S. (2006). Prevención del Suicidio. Recursos para consejeros. Ginebra: World Health Organization.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -O.M.S. (2010). Informe sobre la Salud en el mundo: la financiación de los Sistemas de Salud.
- 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 mayo (TRUNCATED), 10 mayo 2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD -O.M.S.(2011). Informe sobre la Salud en el mundo: Salud Mental, nuevas Esperanzas. Disponible en:  
[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf) ORO KL 2008.
- OSONA RODRÍGUEZ, BORJA., GONZÁLEZ VICENT, MARTA., MENCÍA BARTOLOMÉ, SAN MENCÍA., 2000 .El suicidio en pacientes pediátricos; 30 casos, Anales Españoles de Pediatría; Jan , vol.52,no.1 31-35 ISSN 0302-4342; 0.302-4.342.
- PALACIOS-ESPINOSA, XIJEMA., BARRERA, ANGELA.MARIA., ORDOÑEZ, MONIC., et al, 2007. Analisis bibliometrico de la producción científica sobre el suicidio en niños en el periodo 1985-2005. Avances en psicología Latinoamericana, 25(2) ,40-62.
- PATTON, GEORGE., COFFEY CAROLYN., SAWYER, SUSAN., et al, 2009. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. The Lancet, 374 (9693), 881-892.
- PERLIS, ROY., UHER, RUDOLF y FAVA, MAURICIO., 2012. ¿Se repite los pensamientos suicidas o comportamientos durante un segundo juicio en tratamiento antidepresivo?. *El Journal of Clinical Psychiatry* , 20120918, Nov, vol. 73, no. 11, pp 1439-1442 ISSN 1555-2101; 0 160 a 6.689.DOI 10.4088/JCP.12m07777 [doi].
- PIQUERAS, JOSE.ANTONIO., MARTÍNEZ, AGUSTIN.ERNESTO., RAMOS,VICTORIANO., 2008.Ansiedad, Depresión y Salud. Revista Suma Psicológica, 15 (1), 43-74.
- POKORNY, ALEX D., 1983 Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. Archives of General Psychiatry. 1983;40 (3):249–257.
- PLAZA, ESTHER., 2007. No nos suicidamos más, sino nos suicidamos diferentes. Revista profesionales, 108 (5), 18-19.
- PLAZA , ESTHER., 2008. Guantánamo, en tierra de nadie. Revista profesiones, 109 (5), 18-19.

- PRITCHARD, COLIN., and HEAN, SARAH., 2008. Suicide and Undetermined Deaths among youths and young adults in Latin America: Comparison with the 10 Major developed Countries--a Source of Hidden Suicides?. *Crisis*, vol. 29, no. 3, pp. 145-153 ISSN 0227-5910; 0227-5910.
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD) (2009). Informe sobre Desarrollo Humano (2009). Superando barreras: *Movilidad y desarrollo humano*.
- RAINGRUBER, BONNIE., 2001. "Lagunas en el servicio de reconocimiento y tratamiento de la depresión y la ideación suicida dentro de un Área de cuatro condados.
- RAINGRUBER, BONNIE., 2003. Brechas en el servicio en el reconocimiento y tratamiento de la depresión y la ideación suicida en un área de cuatro condados. *Perspectives in Psychiatric Care*, octubre-diciembre, vol. 39, no. 4, pp 151-162 ISSN 0031-5990; 0031 hasta 5990.
- RANCANS, ELMARS., ALKA, IEVINA., RENBERG ELLINORS SALANDER., et al, 2001. Los intentos de suicidio y las amenazas de suicidio graves en la Ciudad de Riga y resultados con contactos con los Servicios Médicos . *Nordic Journal of Psychiatry* , vol. 55, no. 4, pp 279-286 ISSN 0803-9488; 0803-9488.
- RASPAL, MONICA., 2003. Vivir es un derecho, no una obligación. *Revista profesiones*, 81(1), 42-43.
- RUNESON, BO., 2001. Parasuicidas sin seguimiento. *Nordic Journal of Psychiatry* , vol. 55, no. 5, pp 319-323 ISSN 0803-9488; 0803-9488.
- ROUTHIER, DANIELLE, LEDUC, NICOLE., LESAGE, ALAIN., et al, 2012. Utilización de servicios por intento de suicidio hospitalizados con esquizofrenia o depresión en Montreal . *Servicios Psiquiátricos (Washington, DC)* , abril, vol. 63, no. 4, pp 364-369 ISSN 1557 a 9700; 1075-2730. DOI 10.1176/appi.ps.201000405 [doi].
- ROSENBAUN, JOAN., BARAFF, LARRY., AND BERK, MICHELE., 2008. Pediatric Emergency Department Suicidal Patients: *Two – Site Evaluation of suicide Ideators, Single Attempters, and Repeat Attempters*. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (8), 958-966.
- ROSENBAUM, S. ARTHURS MITRANI., CHRISTY, A. BARNES y LEBLANC, CHARLES A., 2012. Evaluación y prevención del suicidio durante y después de la atención por emergencia . *Community Mental Health Diario* , 20110617, diciembre, vol. 48, no. 6, pp 741-745 ISSN 1573-2789; 0.010 a 3.853. DOI 10.1007/s10597-011-9428-3 [doi].
- RYNGNESTAD THOMAS., 1997. 15-year follow-up study after deliberate self poisoning. *Nordisk Laegeforen*; 117: 3065-9.
- SABADO, JOAQUIN. TOMÁS., y MONFORTE, CRISTINA., 2010. Propiedades métricas de la escala de riesgo suicida de Pluchik en profesionales de enfermería. Comunicación presentada en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría de palmanova de Calvia, Mallorca.
- SANCHEZ, RICARDO., OREJARENA, SILVIA., Guzmán, YAHIRA., 2004. Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. *Revista de Salud Publica*, 6 (3), 217-223.
- SANCHEZ- TERUEL, D., 2012. Variables sociográficas y biopsicosociales relacionada con la conducta suicida. En J.A. Muela, A; García, y A. Medina (Eds). *Perspectivas en psicología aplicada* (pp 61-78). Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.

- SCHMIDTKE, ARMIN Y WEINACKER, BETTINA. 1999. Suicide rates in the world: update. *Archives of suicide Research*, 5(1), 81-89.no. 1, pp 98-104. ISSN 0891-7930; 0891 hasta 7930
- SCHMIDTKE, ARMIN., HAWTON, KEITH., KERKHOF, ANUNCIO., et al, 1996 “Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide”, *Acta Psychiatr Scand*, 93(5): 327-38.
- SHNEIDMAN, EDWIN., 1976. *Suicidology contemporary developments*, New York: Grune-Stratton.
- SHNEIDMAN, EDWIN., 1985. *Definition of suicide*. New York: John Wiley and Sons Ltd.
- SHNEIDMAN, EDWIN., 1996. *The suicide mind*. New York; Oxford University Press.
- SCHENIDER, B, FRED., 2012. “Terapia conductual de las Tendencias Suicidas “. noviembre y 262 Suppl 2: S123-8. doi: 10.1007/s00406-012-0351-6. Epub 2012 Aug 28. "Eur Arch Psiquiatría Clin Neurosci”.
- SHUGAR, GERALD and REHALUK, ROBERT., 1990. Continuous Observation for Psychiatric Inpatients: A Critical Evaluation. *Comprehensive Psychiatry*, Jan-Feb, vol. 31, no. 1, pp. 48-55 ISSN 0010-440X; 0010-440X.
- SOOMRO. G MUSTAFÁ., 2003. Deliberada Daño a sí mismo. *Clinical Evidence* , diciembre, vol. (10), no. 10, pp 1085-1096 ISSN 1.462 a 3.846; 1.462-3846. DOI 1012 [PII].
- SOOMRO, G MUSTAFA., 2004. Deliberado daño a sí mismo. *Clinical Evidence* , diciembre, vol. (12), no. 12, pp 1348-1360 ISSN 1.462 a 3.846; 1.462-3846. DOI 1012 [PII]
- SPIRITO, ANTHONNY., J. LEWANDER, WILLIAM., LEVY, SAMANTHA., et al, 1994 Evaluación del Departamento de Emergencia de adolescentes con intento de suicidio: Factores relacionados con corto plazo de seguimiento Resultado. *Pediatric Emergency Care* , febrero, vol. 10, no. 1, pp 6-12 ISSN 0.749-5.161; 0749 a 5161.
- STELZER, J.TIMOTHI y ELLIOTT, CAMPHEL., 1990. Un Modelo Continuo de Atención de la Intervención de Crisis para Niños, Niñas y Adolescentes. *Hospitales y Psiquiatría Comunitaria*, Mayo, vol. 41, n °. 5, pp 562-564 ISSN 0022 hasta 1597; 0.022-1.597.
- STEWART, SUNITA MAHTANI., LAM ,TH., BETSON, CAROL., CHUNG, MPHIL. Suicide ideation and its relationship to depressed mood in a community sample of adolescents in Hong Kong. *Suicide Life Threat Behav* 1999 Autumn;29(3):227-40.
- TABORDA, LIBARDO. CARLOS Y TÉLLEZ-VARGAS, JORGE., 2010. El suicidio en cifras. En J.Téllez - Vargas y J. Forero, *Suicidio: Neurobiología: Factores de riesgo y protección* (pp.24-41). Santa Fé de Bogotá: Asociación colombiana de Psiquiatría Biológica.
- TEJEDOR AZPEITIA, M, CARMEN., DIAZ, A., ALVAREZ, E., et al, 1999. *Intento De Suicidio: Cambios Epidemiológicos Entre 1969-1996. Estudio Retrospectivo De 1.150 Casos*. ISBN 1139-9287
- TOBIN, MARGARET J., CLARKE, ADAM., BUSS, RICHARD., et al, 2001. Desde la eficacia a la efectividad: Gestión del cambio organizativo para mejorar los servicios de salud para los jóvenes con comportamiento de daño autodeliberado. *Australiano de Revisión de Salud: Una*

publicación de la Asociación de Hospitales de Australia , vol. 24, no. 2, pp 143-151 ISSN 0.156 a 5788; Desde 0156 hasta 5788.

- TYRER, PETER., 2007. El futuro de especialista en equipos comunitarios en la atención de las personas con Trastorno Mental Grave. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, julio-septiembre, vol.16, no. 3, pp 225-230 ISSN 1121-189X; 1121-189X.
- VAZQUEZ, CARMELO., 2006 .La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo* ,27 (1), 1-2.
- VERA, BEATRIZ., CARBELO, BEGOÑA., Y VECINA, M.ARIA LUISA., 2006. La experiencia traumática desde la Psicología positiva, Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*. 27 (1),40-49.
- VIZÁN, RAMON HENRY, MANUEL., GONZÁLEZ DE RIVERA, JOSE LUIS., “Acontecimientos vitales y conducta autodestructiva”, *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1993, 21, 5 (205-210).
- VAN HEERINGEN KEE., JANNES CONSTANTI CRISI., BUYLAERT WALTER. The management of noncompliance with outpatient aftercare among suicide attempters. *Psychol Med* 1995, 25: 963-7
- WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO (2000). Preventing suicide. A resource for teachers and other school staff. *Mental and Behavioural disorders*, Geneva: Department of Mental Health-World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO (2001). *Bulletin World Health Mental Organization*. World Health Organization, 79(12), 1175-1177.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO (2008).Tasas del suicidio por cada 100.000 mil habitantes por sexo, y edad en España desde 1950 hasta el año 2005. Recuperado el 8 de Febrero del 2014, de [http://www.who.int/mental\\_health/media/apai.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/apai.pdf)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO (2010 a).Suicide Prevention (SUPRE).Recuperado el 09 de Febrero del 2014 de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/en/)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION –WHO (2010 b).Suicide Prevention (SUPRE).Recuperado el 09 de Febrero del 2014, de [http://www.who.in/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/index.html](http://www.who.in/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/index.html)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO- Europe, (2008). Tasas de suicidio por cada 100.000 mil habitantes. Recuperado el 9 de septiembre de 2008, de [http://www.who.int/mental-health/prevention/suicide.\\_rates/en/index.html](http://www.who.int/mental-health/prevention/suicide._rates/en/index.html).
- YOUNG, ROBERT., VAN BEINUM, M.ICHAEAL., SWEETING,HELEN., 2013. Una intervención de alcance asertiva, no reduce la repetición de los intentos de suicidio. En comparación con la atención habitual. *Basada en la Evidencia de la Salud Mental*, 20121208, Feb, vol. 16, no. 1, pp 20-2012-101042. Epub 2012 08 de diciembre ISSN 1468-960X; Desde 1362 hasta 0347.DOI 10. 1136/eb-2012-101042[doi].
- ZHANG, JIE., XIAO, SHUIYUAN., ZHOU, LIANG . 2010: “Mental disorders and suicide among young rural Chinese: A case-control Psychological autopsy study”, *Am J Psychiatry*, 167(7): 731-3.

# ANEXO

## ANEXO N° 1- TABLA DE PERFILES - ARTICULOS

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTOS	P.DE GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
CUJJPERS, PIM., DE BEURS, DEREK., VAN SPIJKER, BREJIE., et al.	2013	Revisión sistemática y meta-análisis	Bases de datos electrónicos clínicos	Si
HENDERSON, ANTONY., WIJEWARDENA, ARUNA. STREIMER, JEFF. Y VANDERVORD, JOHN.	2013	Estudio cuantitativo	Datos de los pacientes del hospital. entrevista	Si
KAPLAN, G SEBASTIAN.	2013	Revisión sistemática	Bases de datos electrónicas clínicos desde 2011-2012.	Si
MELLESDAL, LIV., KROKEN, RUNE .A, LUCRO, ONE., et al.	2013	Estudio observacional , cohortes prospectivo	Encuesta pacientes.	Si
YOUNG, ROBERT., VAN BEINUM, M.ICHAE., SWEETING, HELEN.	2013	Estudio cuantitativo. Estudio longitudinal	Estudio ensayo controlado. Encuesta demográfica	Si
GIBBONS, ROBERT., BRWET, HENDRICKS.,HUR, KWAN	2012	Estudio cuantitativo .Estudio analítico cohorte retrospectivo	Cuestionario DSH y escala Hamilton.	Si
JIMÉNEZ, JAVIER; PEREZ- IÑIGO GANCEDO, JOSE LUIS.	2012	Guía familiar	Datos clínicos e históricos.	Si



AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P. GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
KOLAITIS, GERASIMOS., TSIANTIS JOTH.	2012	Revisión sistemática	Datos clínicos	Si
NICOLI, MICAELA .,BOUCHEZ, S, NIETO, ISMAEL., et al.	2012	Estudio cuantitativo.	Datos del ESEMeD. Encuestas domiciliarias a nivel mundial y instrumento Internacional Diagnostico Interview (CIDI, 3.0)	Si
PERLIS, ROY., UHER, RUDOLF., y FAVA, MAURICIO.	2012	Estudio cualitativo	Entrevista	Si
ROSENBAUM S,ARTHUR., CHRISTY ABANES., LEBLANC, CHARLES.	2012	Estudio cuantitativo y cualitativo	Entrevista y encuestas a los trabajadores de un centro.	Si
ROUTHIER, DANIELLE, LEDUC, NICOLE., LESAGE, ALAIN., et al.	2012	Estudio de cohortes retrospectivo	Datos clinicos recopilados, en base de datos, antes y después de un intento suicidio.	Si
SCHENIDER, B, FRED.	2012	Estudio descriptivo	Encuestas	Si
ALVAREZ, LÓPEZ. MARIA ANGELES.	2011	Jornadas para la seguridad en Salud Mental	Datos clinicos y bibliográficos, guías y protocolos	Si
COOPER, JAYNE., HUNTER, CHERYL, OWEN-SMITH, AMANDA., et al.	2011	Investigación independiente.	Mediante muestreo intencional. Entrevistas individualizada	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P. GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
FERRÉ-GRAU, CARME., MONTESCÓ-CURTO, PILAR., MULET- VALLES.MAGI., et al.	2011	Estudio cualitativo	Entrevistas en profundidad	Si
GONZÁLEZ, ANA.	2011	Estudio de psicología , revisión sistemática	Datos clinicos e históricos.	Si
KNESPER, DAVID, J.	2011	Estudio cuantitativo retrospectivo	Muestreo y recogida de datos, Informe	Si
SÁNCHEZ- TERUEL., DAVID.	2011	Tesis psicología- Analisis estadístico.	Datos bibliográficos. Analisis estadístico	Si
BUTLER, SOPHIE., AGIUS, M.ARK & ZAMAN, RASHID.	2010	Estudio descriptivo	Base de datos del hospital	Si
CARLSSON, GUSTAVO FEDERICO.	2010	Estudio cualitativo	Entrevista.	Si
ESPAÑA OSUNA, ANTONIO., FERNANDEZ, CATI.	2010	Protocolo de urgencias	Entrevista estructurada.	Si
KNESPER , DAVID J.	2010	Estudio descriptivo	Informe. Encuestas.	SI
CHEN, VICENT, C., CHOU, JEN-YU, LAI., TI-CHEN HSIEH., et al.	2010	Estudio cuantitativo de base poblacional	Cuestionario OQ 45.2,	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
LABORDA, ANGEL., FERNANDEZ, MARIA LUISA.	2010	Revisión de la literatura	Recolección de información en cuadernillos., datos históricos y clinicos, economía y estadística.	Si
MEHLUM, LARS Y RAMBERG, MARIA.	2010	Estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo	Encuestas y datos clinicos.	Si
MIRET, MARIA., NUEVO, ROBERTO., MORANT, CONSUELO., et al.	2010	Estudio observacional descriptivo transversal.	Informes clinicos	Si
SABADO, JOAQUIN. TOMÁS., y MONFORTE, CRISTINA.	2010	Estudio cuantitativo	Escala de riesgo Plutchik.	Si
TABORDA, LIBARDO CARLOS Y TÉLLEZ-VARGAS, JORGE.	2010	Revisión sistematica	Bases de datos electrónicos	Si
ZHANG, JIE., XIAO, SHUIYUAN., ZHOU, LIANG.	2010	Estudio cuantitativo, casos y controles	Datos clínicos, autopsias. Entrevista clínica estructurada.	Si
BERGMANS, YVONE., SPENCE, JULIA., STRIKE, CAROL., et al.	2009	Investigación cuantitativa	Entrevista semiestructurada. Cuestionario ( CTQ )	Si
CHENG, CHIH., AHIH-CHENG LIAO., MING-BEEN LEE., et al.	2009	Estudio descriptivo cuantitativo	Cuestionarios	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P. GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
HAWTON KEITH., VAN HEERINGEN, KEES., et al.	2009		Estudio cualitativo , descriptivo	Datos históricos de base de datos
MCMILLAN, FRANK., BROWNE, NICOLA., GREEN, STEPHANIE AND DONNELL Y DESSIE.	2009	Investigación cualitativa	Encuestas	Si
PATTON, GEORGE ., COFFEY CAROLYN., SAWYER, SUSAN., et al.	2009	Revisión sistematica analitica.	Recopilacion de datos clinicos.	Si
CHAVEZ-HERNANDEZ, ANA MARIA., MEDINA, M.IRIAN CAROLINA., MACÍAS-GARCÍA, LUIS .FERNANDO.	2008	Estudio cuantitativo y cualitativo	Taller con encuestas y cuestionarios	Si
BERTOLOTE, JOSE MANUEL., WASSERMAN, DANUTA., DE LEON, DIEGO., et al.	2008	Estudio cuantitativo.	Ensayo controlado aleatorio.	Si
DE VRIES, SACCO, WIERDSMA, ANDRE Y MULDER, CORNELIS.	2008	Estudio cuantitativo	Cuestionario, encuesta.	Si
FLEISCHMANN, ALEXANDRA., BERTOLOTE, JOSE MARÍA., DE LEO, DIEGO., et al.	2008	Estudio cuantitativo	Estudio controlado aleatorio	Si
HUISMAN, ANNEIEK., KERKHOF, ADJ., ROBBEN, PAUL.	2008	Estudio descriptivo	Entrevista	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
GARCIA-VALENCIA, JENNY., PALACIOS, CARLOS DIEGO.	2008	Estudio casos y controles	Entrevista, método autopsia psicológica.	Si
HAWTON, KEITH., ARESMAN, ELLA., TOWNSEND, ELLEN., et al.	2008	Estudio cuantitativo	Cuestionario	Si
KERKHOF, ANUNCIO J.	2008	Descriptivo cualitativo	Cuestionario y observación	Si
KING, ELIZABETH A., BALDWIN, DAVID., SINCLAIR, JULIA., et al.	2008	Revisión sistematica	Base de datos electrónicos.	Si
MCAID CATRIONA., TROWMAN, REBECA., HAWTON, KEITH., et al.	2008	Estudio descriptivo	Observacion y recolección de datos clinicos.	Si
PIQUERAS, JOSE ANTONIO., MARTÍNEZ, AGUSTIN ERNESTO., RAMOS, VICTORIANO.	2008	Revisión sistematica	Bases de datos electrónicas	Si
PLAZA, ESTHER.	2008	Estudio descriptivo	Entrevista.	Si
PRITCHARD, COLIN., and HEAN, SARAH.	2008	Estudio cuantitativo, casos y controles	Cuestionario	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
ROSENBAUN, JOAN., BARAFF, LARRY., AND BERK, MICHELE.	2008		Cuestionarios	Si
FLORENZANO, RAMÓN., FASANI, ROBERTO., SAN JUAN, KATHERINE., et al.	2007	Cualitativo	Entrevista	Si
GOLDSTEIN, AMI.B., FROSCHEMILI., DAVARYA, SARAH. and LEAF, PHILIP .J.	2007	Estudio cualitativo	Entrevista	Si
NORDENTOFT, MERENET.	2007	Estudio casos y controles prospectivos.	Recoleccion de datos clinicos	Si
MUELAS, NATIVIDAD Y OCHOA ENRIQUETA.	2007	Estudio descriptivo retrospectivo	Recoleccion de datos.	Si
PALACIOS-ESPINOSA, XIJEMA; BARRERA, ANGELA.MARIA; ORDOÑEZ, MONIC, et al.	2007	Estudio casos y controles retropectivo. Cuantitativo	Encuestas	Si
PLAZA , ESTHER.	2007	Estudio descriptivo	Entrevistas	Si
TYRER, PETER.	2007	Estudio Epidemiologico ,descriptivo	Entrevista	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENRO Y DATOS DESAGREGADOS
ANDRIESSEN, KARL	2006	Estudio cuantitativo .Cohortes retrospectivo	Cuestionarios y recolección de datos clinicos.	Si
CORCORAN, PAUL., ARENSMAN, ELLA; O MAHONY, DESMOND.	2006	Estudio cuantitativo. prospectivo	Estudio de Seguimiento a traves de la escala CSO	Si
GUTIERREZ, ANA.G., CONTRERAS, CARLOS M and OROZCO, ROSSELLI.CHANTA.	2006	Estudio de cohortes propectivo	Historiales clinicos. Suicidios entre 1990-1992.	Si
JIMENEZ, LUPIANI, MARIA MERCEDES.	2006	Estudio descriptivo.	Entrevista.	Si
VAZQUEZ, CARMELO.	2006	Estudio cualitativo	Entrevista	Si
VERA, BEATRIZ., CARBELO, BEGOÑA., Y VECINA, MARIA LUISA.	2006	Estudio cualitativo	Entrevista	Si
ADAIR, CAROL E. MCDOUGALL, GERALD., BECKIE, ANORA., et al.	2005	Estudio prospectivo cuantitativo	Cuestionario y Escala para la Salud Mental( ACSS -MH)	Si
ALLARD, ROBERT; MARSHALL, MARILYN.,PLANTE, MARIE CARMEN., et al.	2005	Estudio cuantitativo, ensayo controlado aleatorio,	Encuestas y visitas domiciliarias de Seguimiento.	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
BEAUTRAIS ANNETTE; FERGUSSON, DAVID., COGGAN, CAROLYN., et al.	2005	Revisión sistematica	Base datos electronicas	Si
BERTOLOTE, JOSE MANUE And FLEISCHMANN, ALEXANDRA .,et al.	2005	Estudio cuantitativo	Encuestas	Si
COOPER, JAYNE., HUNTER, CHERYL.,OWEN.SMITH,AMANDA., et al.	2005	Estudio cuantitativo. Estudio de cohortes prospectivo	Cuestionario y encuestas.	Si
DESAI, RANI., DAUSEY, DAVID J., ROSENHECK, ROBERT.	2005	Estudio cuantitativo. Casos y controles. Propectivo	Cuestionario y encuestas.	Si
ECHEBURUA, ENRIQUE.	2005	Estudio descriptivo cualitativo	Datos clinicos.	Si
GIBB, SHEREE J., BEAUTRAIS, ANNETTE L., FERGUSSON, DAVID M.	2005	Estudio Cuantitativo .Cohortes retrospectivo	Encuestas	Si
MADSEN, TRINE., NORDENTOFT, MERETE.	2005	Estudio cuantitativo .Estudio de cohortes	Encuestas	Si
MANN, JOHN., APTER, ALAN., BERTOLOTE, JOSE., et al.	2005	Revisión sistemática	Buscadores en base de datos	Si
OME, LUKE., EFERAKEYA, ADEGO., EDIJANA, CAROLINE.	2005	Estudio cuantitativo	Encuestas.	Si



AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
CALLAHAN, DANIEL.	2004	Estudio descriptivo	Entrevista	Si
CRAWFORD, MICHAEL.	2004	Estudio cuantitativo	Encuestas	Si
ECHEBURUA, ENRIQUE.	2004	Estudio cualitativo	Entrevista	Si
GUO BING; HARSTALL, CHRISTA.	2004	Revisión cuantitativa sistemática.	Base de datos históricas electrónicas	Si
HAWTON, KEITH; FAGG, J.	2004	Revisión sistemática, ensayos controlados aleatorios.	Bases de datos electrónicas.	Si
OLIVOS- ARAGON, PATRICIO.	2004	Estudio epidemiológico. Naturalístico	Casos de registro psiquiátrico.	Si
SANCHEZ, RICARDO; OREJARENA, SILVIA; GUZMÁN, YAHIRA.	2004	Estudio observacional- analítico	Registro casos clínicos	Si
SOOMRO, G, MUSTAFA.	2004	Revisión sistemática	Base de datos electrónicas	Si
ADAIR, CAROL E; MCDUGALL, GERALD M; BECKIE, ANORA.	2003	Revisión histórica	Base de datos históricos, electrónicos, literatura	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
ANIA, LA FUENTE, BASILIO., IRURITA, JOSÉ and SUÁREZ-ALMENARA, JOSE.	2003	Estudio Cuantitativo longitudinal retrospectivo	Retrospectivo cohortes de los historiales clínicos	Si
CHISHTI, PARVEEN., STONE, DAVID H.,CORCORAN, PAUL., et al.	2003	Estudio prospectivo	Escalas y cuestionarios	Si
DURKEHEIM, EMILÉ.	2003	Estudio cualitativo	Conferencia.	Si
RAINGRUBER, BONNIE.	2003	Investigation fenomenologica	Encuestas	Si
RASPAL, MONICA.	2003	Estudio Descriptivo	Entrevista.	Si
SOOMRO, MUSTAFÁ.	2003	Revisión sistematica	Datos clínicos. Y electrónicos.	Si
BERTOLOTE, JOSE MANUAL; and FLEISCHMANN, ALEXANDRA.	2002	Estudio cuantitativo	Encuestas	Si
OQUENDO, MARIA., KAMALT MASOUD., ELLIS, STEVEN; et al.	2002	Estudio prospectivo	Casos y controles	Si
BELTRAN-VILELLA, MARTA., SALLERAS MARCÓ N., CAMPOS GARCIA CARRER., et al.	2001	Estudio cuantitativo	Estudio de caso y controles retrospectivo	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
GOULD, MADELYN and KRAMER, RAQUEL.A.	2001	Estudio cualitativo	Entrevista	Si
HUISMAN, ANNEIEK., KERKHOF, ADJ., ROBBEN, PAUL.	2001	Estudio cuantitativo	Encuestas	Si
KING, ELIZABETH A., BALDWIN, DAVID., SINCLAIR, JULIA., et al.	2001	Estudio casos y controles retrospectivo	Encuestas clínica retrospectiva	Si
MACDONAL, MAURICIE.	2001	Estudio descriptivo	Entrevista y observación.	Si
MOTTO, JEROMÉ A., BOSTROM, ALAN G.	2001	Ensayo aleatorio controlado	Cuestionarios.	Si
RANCANS, ELMARS., ALKA, IEVINA., RENBERG ELLINORS SALANDER., et al.	2001	Estudio descriptivo	Casos clinicos hospitalarios	Si
RAINGRUBER, BONNIE.	2001	Estudio descriptivo cualitativo	Entrevistas y datos clinicos.	Si
RUNESON, BO.	2001	Descriptivo transversal	Datos clinicos.	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
TOBIN, MARGARET,J., CLARKE, ADAM., BUSS, RICHARD., et al.	2001	Estudio descriptivo	Entrevista	Si
DESVIAT, MANUEL.	2000	Estudio cuantitativo	Informe SESPAS	Si
HAWTON, KEITH.	2000	Estudio epidemiologico	Datos clinicos.	Si
OSONA RODRÍGUEZ, BORJA., GONZÁLEZ VICENT, MARTA., MENCÍA BARTOLOMÉ.	2000	Estudio casos y controles retrospectivo	Revisión de informes retrospectivos	Si
APPLEBY, LOUIS.	1999	Investigación Nacional Cuantitativo	Encuesta	Si
CLEARY, MICHELLA.,JORDAN, RAINGHNE.,HORSFALL, ENE., et al.	1999	Observacion espacial investigación	Entrevista	Si
ENGSTROM, GUNNAR., ALLING, CHRISTER.	1999	Estudio cuantitativo	Cuestionarios	Si
KANN LAURA, EATON, DANICE., KICHEN, STEVE., et al.	1999	Estudio descriptivo transversal,	Entrevista y datos clinicos.	Si
OLSSON, LINDA.	1999	Revisión sistematica	Base de datos bibliográficos.	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
SCHMIDTKE, ARMIN. Y WEINACKER, BETTINA.	1999	Estudio descriptivo	Datos clinicos y OMS	Si
STEWART, SUNITA MAHTANI., LAM ,TH., BETSON, CAROL., CHUNG, MPHIL.	1999	Estudio cualitativo	Escalas de graduación	Si
TEJEDOR AZPEITIA, M, CARMEN., DIAZ, A ALVAREZ E., et al.	1999	Estudio de casos y controles, retrospectivo. E cuantitativo	Encuestas	Si
BUNTING, JULIA., KELLY, SUE.	1998	Estudio cuantitativo	Encuestas	Si
BLUNENTHAL, SUSAN J.	1998	Estudio cualitativo	Entrevista	Si
GÓMEZ CHAMORRO, ALEJANDRO ., ORELLANA, GRICELL., JAAR, EDUARDO., et al.	1998	Estudio cualitativo, descriptivo	Entrevistas, datos clinicos.	Si
HAWTON, KEITH., ARESMAN, ELLA.	1998	Revisión sistemática	Ensayo controlado aleatoriamente en	Si
HOLLEY, HEATHER., FICK GORDON., LOVE EDGAR J.	1998	Estudio epidemiologico.	Datos clinicos.	Si
HULTCN, ANNIKA., WASSERMAN, DANUTA.	1998	Estudio cuantitativo retrospectivo	Cuestionario y encuestas.	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P. GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
KERKHOF ANUNCIO., AREMAS ELLA., SCHMIDTKE, ARMI., et al.	1998	Estudio cuantitativo. Cohortes.	Cuestionario	Si
BOBES GARCÍA JULIO., GONZÁLEZ SEIJO J., SAIZ MARTÍNEZ PILAR ALEJANDRA.	1997	Revisión histórica	Entrevista.	Si
FOSTER TOM., GILLESPIE KAT., MCCLELLAND ROY., et al.	1997	Estudio controlado	Cuestionarios	Si
GILBODY, SIMON., HOUSE, ALLAN and OWENS, DAVID.,	1997	Estudio cuantitativo. Analítico de cohortes retrospectivo.	Datos clínicos y Cuestionario.	Si
RYNGNESTAD THOMAS.	1997	Estudio cuantitativo	Cuestionario y datos clínicos.	Si
DENNIS, SARA.	1997	Estudio cualitativo	Entrevista al personal clínico	si
GUTIERREZ, JOSE MANUEL; MOLINA CLEMENTE, FRANCISCO JOSÉ.	1996	Estudio epidemiológico.	Entrevista y datos históricos.	Si
SCHMIDTKE, ARMIN; HAWTON,	1996	Descriptivo cuantitativo	Encuestas	Si
SHNEIDMAN, EDWIN.	1996	Estudio cuantitativo	Cuestionario	si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
DUFFY, DAVID.	1995	Estudio cualitativo	Entrevista semiestructurada	si
DOMÍNGUEZ, PABLO.	1995	Estudio cuantitativo	Encuestas	Si
VAN HEERINGEN KEE; JANNES CONSTANTI CRISI; BUYLAERT WALTER.	1995	Estudio cuantitativo	Cuestionario	Si
ANDERSEN, BJORN; BILLE-BRAHE UNNI.	1994	Estudio cuantitativo	Cuestionario	Si
BORG SOREN EGEDE.	1994	Estudio cuantitativo	Cuestionario	Si
SPIRITO ANTHONNI; WILLIAM, LEWANDER; LEVY, SAMANTHA; at el.	1994	Estudio cualitativo	Cuestionario	Si
BRENT, DAVI; KOLKO, DADI J; WARTELLA, MARY E; et al.	1993	Estudio cuantitativa	Manuscrito – entrevista, y encuestas	Si
BUSCH KATIE; CLARK, DAVID; FAWCETT, JAN., et al.	1993	Estudio cuantitativo	Encuesta.	Si
GOLDACRE, MICHAEL., SEAGROATT,	1993	Estudio cuantitativo	Encuestas y datos clinicos.	Si

AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
MORGAN, HERRY G, JONES ., EM y OWEN, JARED H.	1993	Estudio cuantitativo	Cuestionario	Si
POKORNY, ALEX D.	1993	Estudio descriptivo	Datos históricos	Si
VIZÁN, RAMON, Henry, MANUEL., GONZÁLEZ DE RIVERA, JOSE LUIS.	1993	Estudio cuantitativo	Cuestionario. Escala de valoracion de reajuste social.	Si
ÖJEHAGEN A., DANIELSSON M.	1992	Estudio cuantitativo	Cuestionario.	Si
LINEHAN, MARSHAL., ARMSTRONG HUBER E, SUAREZ, ALEJANDRA., et al.	1991	Estudio cualitativo. Ensayo clínico aleatorio	Terapia conductual- individual en la comunidad. Entrevistas.	Si
SHUGAR, GERALD and REHALUK, ROBERT.	1990	Estudio descriptivo	Entrevista y datos clinicos.	Si
STELZER, J.TIMOTHY y ELLIOTT, CAMPHEL.	1990	Revision bibliografica	Datos de base electronicas	Si
BLUNENTHAL, SUSAN J.	1988	Estudio descriptivo retrospectivo	Guía de prevención. entrevistas y datos clinicos	Si
HAWTON, KEITH., FAGG, J.	1988	Estudio epidemiologico	Datos clinicos.	Si



AUTORIA	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	P.GENERO Y DATOS DESAGREGADOS
CAMARERO, C.ARLOS.	1987	Estudio cualitativo	Base de datos históricos.	Si
DURKEHEIM, EMILÉ.	1807-1987	Estudio empírico	Datos históricos	Si
SCHNEIDMAN, EDWIN.	1985	Estudio descriptivo	Observacion.	Si
POKORNY, ALEX D.	1983	Estudio ensayo retrospectivo	Casos ingresados, informes clínicos	Si
BERNSTEIN, STEPHEN; et al.	1981	Estudio descriptivo	Modelo centrado en el paciente.	Si
SCHNEIDMAN, EDWIN.	1976	Estudio epidemiologico retrospectivo	Datos clínicos	Si
KREITMAN, NORMAN; PHILIP, ALIESTAIS E.	1969	Estudio cuantitativo de cohortes	Datos clínicos	Si