

Jorge Lopez-Castroman<sup>1,2</sup>  
Pablo Mendez-Bustos<sup>3</sup>  
Margarita Perez-Fominaya<sup>2</sup>  
Lucía Villoria Borrego<sup>2</sup>  
María J. Zamorano Ibarra<sup>2</sup>  
Cristian Antonio Molina<sup>2</sup>  
Alex Lorie Vega<sup>2</sup>  
Teresa Pacheco-Tabuenca<sup>4</sup>  
Isabel Casado-Florez<sup>4</sup>  
Enrique Baca-García<sup>2,5</sup>

# Código 100: un estudio sobre la conducta suicida en lugares públicos

<sup>1</sup>Department of Emergency Psychiatry, CHRU Montpellier, Francia

<sup>2</sup>IIIS-Fundación Jiménez Díaz, Department of Psychiatry, CIBERSAM, Madrid, España

<sup>3</sup>Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

<sup>4</sup>Subdirección General SAMUR- Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid, España

<sup>5</sup>Department of Psychiatry at the New York State Psychiatric Institute and Columbia University, NY, USA

Los servicios de urgencias de nuestro país reciben diariamente una gran cantidad de pacientes que han realizado un intento de suicidio o refieren ideación suicida. Desafortunadamente, estos pacientes son a menudo reticentes a mantener un seguimiento en salud mental. En este estudio describimos un programa pionero para favorecer la evaluación y el tratamiento de los pacientes suicidas y en particular de aquellos que son atendidos por los servicios de emergencia fuera de sus domicilios. Resumiremos la aplicación del programa y compararemos los resultados de un seguimiento específico entre los pacientes suicidas atendidos por los equipos de emergencia en lugares públicos frente al resto de pacientes con riesgo suicida evaluados en el servicio de urgencias de un hospital terciario.

**Palabras clave:** Intentos de suicidio, Seguimiento, Crisis psicosocial, Urgencias

*Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(3):142-8

## Code 100: a study on suicidal behavior in public places

Every day, the emergency departments in our country receive a large number of patients that have thought about or attempted suicide. Unfortunately, these patients are very often reluctant to maintain a regular follow-up in mental health services. In this study we describe an original program to encourage assessment and treatment of suicidal patients, particularly when they receive medical treatment in public places. We summarize the application of the program and compare the results of a specific follow-up between two groups of patients: suicidal patients assessed by emergency services in public places and all other suicidal patients assessed in the emergency department of a tertiary hospital.

**Keywords:** Suicide attempts, Follow-up, Psychosocial crisis, Emergencies

Correspondencia:

Jorge López-Castroman  
Inserm U1061, Hôpital La Colombiere, Pavillon 42. 39 Av Charles Flauhault BP: 34493  
34093 Montpellier, France  
Tel.: +33 (0) 499614560  
Correo electrónico: jorgecastroman@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Desde el año 2008 en España el suicidio es la primera causa de muerte no natural y una de las principales causas de muerte en jóvenes adultos<sup>1</sup>. No existen estimaciones fiables sobre el número total de intentos de suicidio en España, aunque un estudio reciente señala una tasa bruta anual de 255 intentos de suicidio atendidos en centros de salud por cada 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid<sup>2</sup>. Si trasladamos estas cifras directamente a la población nacional suponen casi 120.000 intentos de suicidio al año, sin incluir aquellos casos que no acuden a los servicios sanitarios ni la posible infraestimación que en países de nuestro entorno ha sido calculada en hasta un 20%<sup>3</sup>. La prevalencia-vida de intentos de suicidio en España se sitúa en el 1.5%, siendo el riesgo de conductas suicidas más elevado en mujeres, jóvenes y personas con bajo nivel educativo<sup>4</sup>. La conducta suicida, de forma directa o indirecta, origina disfunción social, utilización de recursos sanitarios y discapacidad, acarreando enormes costes sociales y económicos<sup>5</sup>. Es importante recordar que, aunque los intentos de suicidio previos son el mejor predictor de repetición y suicidio consumado<sup>6</sup>, una adecuada prevención y tratamiento puede reducir el riesgo<sup>7</sup>.

A nivel de la prevención secundaria de la conducta suicida, las intervenciones sobre poblaciones de riesgo han obtenido resultados variables. En general, las estrategias de soporte sin intervención como el envío de cartas de crisis, postales personalizadas o las llamadas telefónicas tienen un efecto limitado sobre la reducción del riesgo de nuevas conductas suicidas<sup>8-10</sup>, aunque hay excepciones<sup>11</sup>. Otros métodos basados en intervenciones intensivas centradas en el paciente o con disponibilidad de estructuras de crisis han sido más efectivas<sup>12-16</sup>. De hecho, una revisión reciente de las tasas de suicidio en el Reino Unido entre 1997 y 2006 ha encontrado la mayor disminución de riesgo en aquellos centros que habían creado unidades de crisis permanentemente disponibles<sup>17</sup>. Los servicios de urgencia son con frecuencia la puerta de entrada al sistema sanitario de los pacientes suicidas<sup>18</sup> y, en ese sentido, representan una oportunidad única para implementar programas de intervención. Hasta el momento

estas intervenciones se han basado principalmente en el establecimiento de un seguimiento intensivo tras el alta con una duración de 12 a 18 meses<sup>15,19</sup>. La identificación temprana de pacientes con alto riesgo suicida permite reducir la repetición de intentos de suicidio y la frecuencia de suicidios consumados<sup>11,20-22</sup>.

En España pocos programas de prevención de suicidio han sido evaluados. Tejedor et al.<sup>23</sup> iniciaron en el año 2005 un programa de monitorización de pacientes en situación de riesgo. En comparación con un grupo control encontraron que los pacientes incluidos en el programa consultaban más a menudo por ideación autolítica, pero realizaban menos intentos de suicidio y menos ingresos hospitalarios<sup>23</sup>. Recientemente, Cebria et al.<sup>11</sup> han descrito la implantación de un programa de seguimiento telefónico para pacientes suicidas que ha reducido la tasa de recidivas en un 8% con respecto a la población general y también con respecto a los datos del centro en el año previo.

En este artículo describimos la puesta en marcha de un programa de colaboración entre el servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz (FJD) y el SAMUR-Protección Civil (en adelante: SAMUR) para la prevención de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid (Código 100). Este programa privilegia la evaluación del riesgo suicida tras situa-

ciones de emergencia en lugares públicos para facilitar el tratamiento y minimizar el abandono.

## Metodología

### Pacientes

Existen dos vías de acceso al programa del Código 100 (Figura 1). Por un lado, durante cualquier intervención del SAMUR, que actúa únicamente en vía pública y locales públicos, por ideación o conducta suicida. El equipo del SAMUR utiliza el módulo de suicidio de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y la escala SAD PERSONS<sup>24</sup> para evaluar el riesgo suicida en el lugar de la emergencia, de acuerdo con el "Procedimiento de urgencias psiquiátricas" ([www.madrid.es/samur](http://www.madrid.es/samur)). Tras la evaluación, los pacientes que lo requieren son trasladados al Servicio de Urgencias de la FJD. Antes del traslado, se realiza un preaviso por vía telefónica a los responsables de las urgencias psiquiátricas informando acerca de la conducta suicida y la situación clínica del paciente. En segundo lugar, cualquier paciente que haya realizado un intento de suicidio y sea evaluado en el Servicio de Urgencias de la FJD puede también incorporarse al programa en esta fase. Estos pacientes pueden acceder a urgencias a demanda propia o tras una intervención sanitaria en sus domicilios.

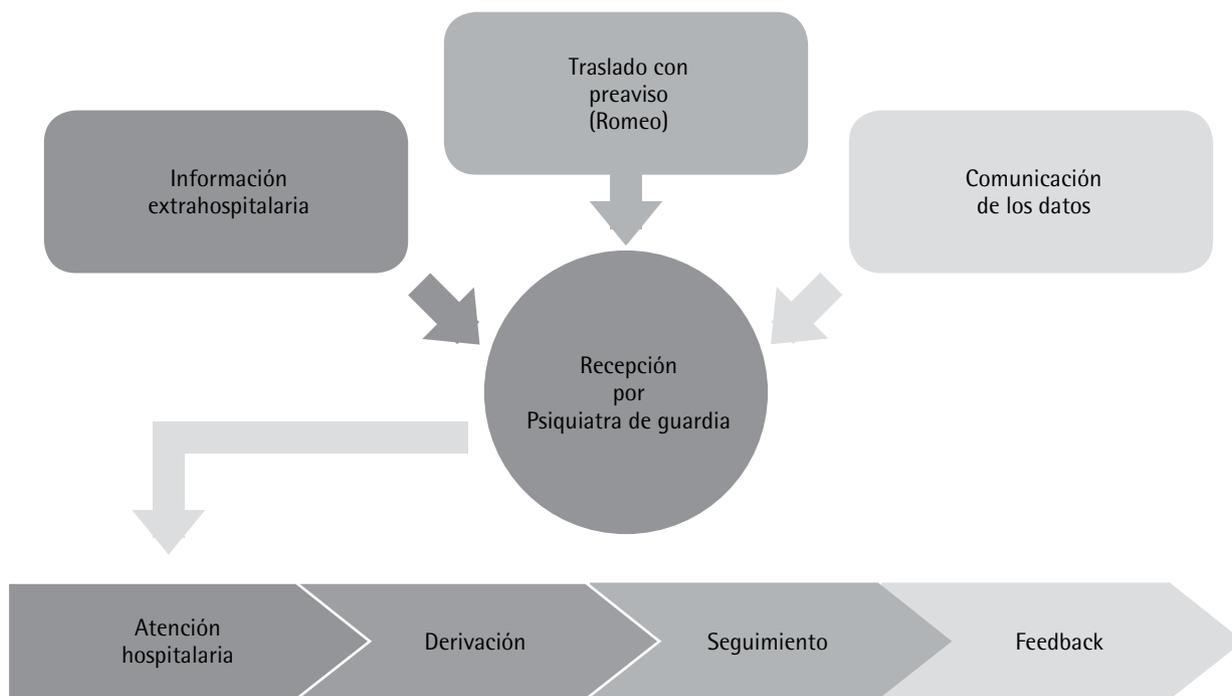


Figura 1 Esquema de actuación del programa código 100. Romeo: Psicólogo de Guardia del SAMUR

## Evaluación del riesgo suicida en urgencias

Criterios de inclusión: 1) ser mayor de 18 años, 2) presentar ideación o conducta suicida en la evaluación inicial y 3) aceptar participar, con la firma del consentimiento informado. Una vez en el servicio de urgencias, los sujetos que ingresan en el programa realizan una evaluación protocolizada, que incluye la recogida de: 1) variables socio-demográficas, 2) características de la conducta suicida, 3) antecedentes personales y familiares de enfermedad mental y conducta suicida, 4) un cuestionario de experiencias vitales (Brugha)<sup>25</sup>, 5) la Escala de Ideación Suicida de Beck<sup>26</sup>, y 6) la versión española de la Escala de Impulsividad de Barratt<sup>27</sup>. Para la evaluación diagnóstica en Eje I se aplica la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional<sup>28</sup>. Para valorar patología en Eje II se emplea la versión española del Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE), versión DSM-IV<sup>29</sup>. Todos los cuestionarios están disponibles en entorno web y pueden ser aplicados a través de internet ([www.assessingsuicide.com](http://www.assessingsuicide.com)). Este procedimiento ha sido aprobado por el comité de ética de la FJD.

## Procedimiento

Apoyándose en la evaluación de riesgo, se toma la decisión clínica de ingreso, alta o traslado según el procedimiento habitual. En cualquier caso, tras el alta hospitalaria se ofrece la posibilidad de una primera consulta ambulatoria en el plazo de 72 horas en el Centro de Salud Mental de Moncloa. Si el paciente ya estaba en seguimiento o prefiere ser atendido en otro centro se mantiene únicamente el contacto telefónico para asegurar que la atención se realiza y transferir información sobre la situación clínica del paciente.

La atención ambulatoria especializada tiene dos funciones primordiales: 1) asegurar la continuidad de cuidados, y 2) garantizar un tratamiento adecuado y precoz de la enfermedad mental. El psiquiatra responsable coordina el plan de tratamiento con otros dispositivos (psicología clínica, enfermería, trabajo social) y ajusta la frecuencia de las sesiones en función del estado clínico del paciente. Asimismo se establece una terapia de grupo semanal orientada a mejorar el control conductual en un subgrupo de pacientes con rasgos impulsivos. El programa de atención ambulatoria intensiva o próxima se prolonga entre seis meses y un año. Tras este periodo, se asegura la transmisión al circuito habitual de salud mental.

## Seguimiento telefónico

Simultáneamente se realiza un seguimiento telefónico de los pacientes que han sido atendidos dentro del programa, independientemente de la atención ambulatoria. Este seguimiento está orientado a la detección de nuevas con-

ductas suicidas y se realiza mediante un protocolo de contacto a las 72 horas, al mes, a los seis meses y al año de haber presentado ideación o conducta suicida. El personal administrativo encargado de contactar con los pacientes ha sido entrenado para recoger información acerca de las conductas suicidas y el seguimiento en salud mental, y para fomentar la continuidad de cuidados de los pacientes.

## Análisis estadístico

Comparamos los pacientes que ingresaron en el programa a través de una atención del SAMUR con aquellos que ingresaron tras una demanda a nivel hospitalario mediante test Chi2 para las variables categóricas y análisis de la varianza para las variables cuantitativas. El nivel de significación se estableció en  $p < 0.05$ . Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico: Social Package for Statistical Sciences v20.0.

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra

Durante los primeros 10 meses, 110 pacientes fueron incorporados al programa Código 100 tras una intervención del SAMUR (grupo SAMUR). Otros 83 pacientes fueron derivados al programa desde distintas unidades de la FJD (fundamentalmente urgencias). Del total de 193 pacientes, cuatro rehusaron participar y no se continuó el seguimiento. Los 189 pacientes restantes tenían 40.7 años de media en el momento de la valoración ( $DE=14.2$ ) y eran mayoritariamente varones (103/189; 54.5%). Un total de 115 pacientes completaron el protocolo de evaluación. De estos, 35 pacientes realizaron al menos un nuevo intento de suicidio en los siguientes seis meses (18.5%), muchos de ellos en los primeros tres días (11/35) o en el primer mes (23/35) tras la evaluación. Cinco pacientes fallecieron a lo largo del seguimiento, dos de ellos a consecuencia de un intento de suicidio, los otros tres por causas no confirmadas (información no disponible en el certificado de defunción).

Del total de la muestra, 96 pacientes (83.5%) no presentaban un tratamiento (psicofármacos o terapia) en el momento de ingresar al programa. Tras la entrevista de evaluación, 87 pacientes no quisieron continuar en el programa o no pudieron ser contactados (87/189; 46%).

### Comparación entre pacientes suicidas según origen de la atención

La tabla 1 proporciona información detallada respecto a las variables demográficas analizadas. Se encontró una asociación significativa entre un nivel de ingresos mensual

Tabla 1		Comparación de las características clínicas y demográficas de los pacientes suicidas según el origen de la atención ( $p < 0.1$ indicado en negrita)				
Lugar de atención	SAMUR n (%) o Media $\pm$ DE	Otros n (%) o Media $\pm$ DE	Estadístico			
			$\chi^2/F$	gl	p	
Factores demográficos						
Sexo (mujeres)	22 (45.8)	35 (52.2)	0.46	1	0.50	
Edad	38.1 $\pm$ 13.0	41.0 $\pm$ 14.1	1.29	1	0.26	
Ingresos (<500 euros/mes)	20 (46.5)	14 (21.2)	0.77	1	<b>0.005</b>	
Estado civil (en pareja)	37 (77.1)	47 (70.1)	0.68	1	0.41	
Situación laboral (inactivo)	32 (66.7)	39 (59.1)	0.68	1	0.41	
Nivel educativo (no superior a secundaria)	27 (56.2)	27 (41.5)	4.39	2	0.11	
Características clínicas						
Sin tratamiento actual	37 (77.1)	59 (88.1)	2.44	1	0.12	
Seguimiento	24 (53.3)	50 (86.2)	13.54	1	<b>0.001</b>	
Diagnósticos (MINI)						
Episodio depresivo mayor	24 (51.1)	34 (52.3)	0.02	1	0.89	
Trastorno distímico	8 (17.0)	14 (21.5)	0.35	1	0.55	
Trastorno de ansiedad	14 (29.8)	19 (29.2)	0.00	1	0.95	
Trastorno bipolar	3 (6.4)	9 (13.8)	1.59	1	0.21	
Trastorno psicótico	6 (12.8)	4 (6.2)	1.47	1	0.23	
Uso de alcohol actual	10 (21.3)	14 (21.5)	0.00	1	0.97	
Uso de sustancias actual	8 (17.0)	4 (6.2)	3.37	1	<b>0.066</b>	
Características de la conducta suicida						
Método violento	10 (20.8)	8 (11.9)	1.68	1	0.20	
Repetición						
72 horas	2 (4.4)	3 (5.7)	0.07	1	0.78	
1 mes	5 (11.9)	1 (2.1)	3.47	1	<b>0.062</b>	
6 meses	4 (13.3)	3 (8.1)	1.10	2	0.58	
SAD Persons	17 (35.4)	11 (16.4)	5.48	1	<b>0.019</b>	
RRRS rescate	11.5 $\pm$ 2.5	12.5 $\pm$ 2.0	3.71	1	<b>0.057</b>	
RRRS riesgo	6.1 $\pm$ 1.2	5.7 $\pm$ 1.2	1.73	1	0.19	
SSI Total	13.2 $\pm$ 8.9	13.2 $\pm$ 8.5	0.00	1	0.99	
SIS Total	10.2 $\pm$ 6.0	9.3 $\pm$ 6.6	0.36	1	0.55	

RRRS: Escala de riesgo-rescate de Weisman-Worden; SSI: Escala de ideación suicida de Beck; SIS: Escala de intencionalidad suicida de Beck; MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

menor a 500 euros y el lugar de atención ( $\chi^2=0.76$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.05$ ). El grupo SAMUR informó de menores ingresos mensuales. No se encontraron diferencias significativas en relación al lugar de atención con respecto al sexo, estado civil, situación laboral o nivel educacional.

Respecto a las variables clínicas, los pacientes del grupo SAMUR rehusaron con mayor frecuencia el seguimiento en salud mental o no pudieron ser contactados ( $\chi^2=13.54$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.01$ ) y mostraron una tendencia estadística al diagnóstico de trastornos por uso de sustancias ( $\chi^2=3.37$ ;  $gl=1$ ;

$p=0.066$ ) con respecto al resto de pacientes. El grupo SAMUR también mostró puntuaciones significativamente más altas de la escala SAD PERSONS, que mide el riesgo de suicidio ( $\chi^2=5.480$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.019$ ). Sin llegar a ser significativamente diferente, este grupo presentaba puntuaciones más altas en la subescala RRRS Rescate ( $F=3.711$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.057$ ) y una mayor incidencia de nuevos intentos de suicidio durante el primer mes de seguimiento ( $F=3.473$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.062$ ) que el resto de los pacientes. No hubo diferencias significativas entre los lugares de atención con respecto a ningún otro diagnóstico ni característica clínica.

Al considerar los trastornos de personalidad, los pacientes del grupo SAMUR presentaban con más frecuencia antecedentes de diagnósticos en eje II ( $\chi^2=4.327$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.038$ ). Asimismo, el grupo SAMUR mostró una tendencia estadística no significativa a presentar niveles más bajos de auto-control de acuerdo a la escala BIS ( $F=3.164$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.078$ ). Sin embargo no hubo más diferencias entre los grupos con respecto a otras subescalas del BIS o trastornos de personalidad en el momento de la evaluación de acuerdo con el IPDE (datos no incluidos).

## CONCLUSIONES

En este estudio describimos la implantación de un programa de evaluación y seguimiento para pacientes suicidas a partir del servicio de urgencias de un hospital terciario. Una de las particularidades de este programa es la inclusión de pacientes atendidos por el SAMUR en lugares públicos, una población que podría ser especialmente vulnerable y que no ha sido evaluada en estudios previos.

De hecho, nuestros resultados confirman un incremento del riesgo suicida en el grupo de pacientes atendidos por el SAMUR. Los individuos de este grupo presentaron un mayor riesgo de suicidio según la escala SAD PERSONS y una menor adherencia al seguimiento que el resto de pacientes suicidas. Además, mostraron tendencias estadísticas no significativas a tomar mayores precauciones para prevenir el rescate (subescala rescate de la RRRS) y a repetir un nuevo intento de suicidio en el mes posterior a la evaluación. Los antecedentes de trastornos de personalidad, también asociados con el grupo SAMUR, podrían aumentar el riesgo de conductas suicidas<sup>30,31</sup> y la severidad del intento de suicidio<sup>32-34</sup>. Por otro lado, las intervenciones por riesgo suicida en lugares públicos detectaron con frecuencia a personas de nivel socioeconómico bajo, que podrían estar en situación de exclusión y vulnerabilidad social. Sin embargo, no encontramos diferencias psicopatológicas entre estos pacientes y el resto de la muestra, salvo una tendencia al abuso/dependencia de sustancias no alcohólicas. Conjuntamente, la intervención en vía pública, la menor adherencia al seguimiento y el bajo nivel socioeconómico sugieren una situación de crisis psicosocial. El aumento del riesgo de suicidio se ha relacionado con factores tales como el aislamiento social, el desempleo, el menor nivel educativo o la pobreza<sup>35-38</sup>.

El programa consideró un periodo de seguimiento de seis meses que corresponde con el periodo de mayor riesgo de repetición del intento de suicidio según diversos estudios<sup>39-42</sup>. Del total de la muestra ( $n=115$ ) analizada, 74 pacientes (64.3%) respondieron al seguimiento de seis meses. De ellos, 2 personas (1.7%) consumaron el suicidio. Según estos datos la respuesta al seguimiento presenta resultados comparables a los reportados en otros programas que varían entre el 25% y el 70%<sup>13,23,43,44</sup>. Sin embargo, la tasa de

suicidios consumados fue ligeramente superior a la descrita en otros estudios metodológicamente similares, que oscilaba entre 0.9 y 1.3%<sup>23,43,45</sup>. La particular vulnerabilidad de nuestra muestra podría explicar ese ligero aumento.

Nuestro estudio presenta limitaciones asociadas al tamaño muestral lo que sugiere que algunas de las tendencias estadísticas que encontramos podrían confirmarse al aumentar el número de participantes. Además, la no participación de muchos pacientes en el seguimiento ha impedido verificar el impacto de las intervenciones realizadas. Algunos estudios previos ya han señalado que los pacientes que aparentan ser más vulnerables durante la atención en urgencias por un intento de suicidio abandonan el tratamiento con frecuencia<sup>11,46-48</sup>. Por otro lado entre las fortalezas del estudio cabe destacar la evaluación sistemática de los pacientes en el contexto de un programa clínico de reducción de riesgo. La valoración del riesgo suicida es una parte fundamental de las urgencias psiquiátricas, pero a menudo se realiza de forma incompleta de acuerdo con los informes clínicos<sup>49</sup>. Conviene recordar las razones que apoyan el uso de escalas para la evaluación del suicidio: 1) sirven como referencia y aumentan la exhaustividad de la evaluación<sup>50</sup>, especialmente entre los especialistas en formación<sup>51</sup>; 2) aumentan la capacidad de predicción de nuevas conductas suicidas<sup>52</sup>; y 3) aportan un soporte legal a la evaluación del riesgo.

Los programas de prevención son eficaces<sup>7</sup>, pero la optimización de los recursos exige que estos programas se enfoquen sobre subpoblaciones especialmente vulnerables. Aunque nuevos estudios son necesarios para confirmar nuestros resultados, el origen de la atención puede permitir identificar una población de alto riesgo de forma precoz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Defunciones según la Causa de Muerte [Internet]. 2013 [cited 05 June 2013]. Available from: <http://www.ine.es>
2. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011. p. 186
3. Jouglu E, Pequignot F, Chappert J, Rossollin F, Le Toullec A, Pavillon G. La qualite des donnees de mortalite sur le suicide. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*. 2002;50:49-62.
4. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin*. 2007;129:494-500.
5. Czernin S, Vogel M, Flückiger M, Muheim F, Bourgnon JC, Reichelt M, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13648.
6. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114:151-8.
7. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A,

- et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294:2064-74.
8. Motto J, Bostrom A. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv*. 2001;52:828-33.
  9. Carter G, Clover K, Whyte I, Dawson A, D'Este C. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*. 2007;191:548-53.
  10. Evans J, Evans M, Morgan HG, Hayward A, Gunnell D. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2005;187:186-7.
  11. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, Garcia-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord*. 2013;147:269-76.
  12. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*. 2010;31:194-201.
  13. Hvid M, Wang AG. Preventing repetition of attempted suicide-1. Feasibility (acceptability, adherence, and effectiveness) of a Baerum-model like aftercare. *Nord J Psychiatry*. 2009;63:148-53.
  14. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. ALGOS: The development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2011;11:1.
  15. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006;332:1241-5.
  16. Hampton T. Depression care effort brings dramatic drop in large hmo population's suicide rate. *JAMA*. 2010;303:1903-5.
  17. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*. 2012;379:1005-12.
  18. Larkin GL, Beautrais AL. Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis*. 2010;31:1-6.
  19. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86:703-9.
  20. Cheryl KA, Roisin OMM, Hayward CN, Cunningham RM. Adolescent Suicide Risk Screening in the Emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2009;16:1234-41.
  21. Kapur N, Cooper J, Hiroeh U, May C, Appleby L, House A. Emergency department management and outcome for self-poisoning: A cohort study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:36-41.
  22. Knox KLP, Stanley B, Currier GWMD, Brenner L, Ghahramanlou-Holloway M, Brown G. An Emergency Department-Based Brief Intervention for Veterans at Risk for Suicide (SAFE VET). *Am J Public Health*. 2012;102:S33-S7.
  23. Tejedor C, Diaz A, Faus G, Perez V, Sola I. Outcomes of a suicide prevention program in the general population. Barcelona dretra eixample district. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:280-7.
  24. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983;24:343-9.
  25. Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med*. 1985;15:189-94.
  26. Zhang J, Brown GK. Psychometric Properties of the Scale for Suicide Ideation in China. *Arch Suicide Res*. 2007;11:203-10.
  27. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychology*. 1995;51:768-74.
  28. Ferrando L, Franco-AL, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, et al. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP; 1998.
  29. López-Ibor JJ, Pérez-Urdániz A, Rubio V. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE): Módulos DSM-IV. Versión española, Madrid: Organización Mundial de la Salud (Méditor); 1996.
  30. Giner L, Blasco-Fontecilla H, Mercedes Perez-Rodriguez M, Garcia-Nieto R, Giner J, Guija JA, et al. Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *J Affect Disord*. 2013;151:474-83.
  31. Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Dervic K, Perez-Rodriguez MM, Saiz-Gonzalez MD, Saiz-Ruiz J, et al. Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119:149-55.
  32. Brieger P, Ehrt U, Bloekink R, Marneros A. Consequences of Comorbid Personality Disorders in Major Depression. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190:304-9.
  33. Alonso P, Segalàs C, Real E, Pertusa A, Labad J, Jiménez-Murcia S, et al. Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *J Affect Disord*. 2010;124:300-8.
  34. Balci V, Sevincok L. Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2010;175:104-8.
  35. Ferretti F, Coluccia A. Socio-economic factors and suicide rates in European Union countries. *Legal Medicine*. 2009;11(Suppl 1):S92-S4.
  36. Burrows S, Auger N, Roy M, Alix C. Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990-2005. *Public Health*. 2010;124:78-85.
  37. Yur'yev A, Värnik P, Sisask M, Leppik L, Lumiste K, Värnik A. Some aspects of social exclusion: Do they influence suicide mortality? *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59:232-8.
  38. Andrés A, Halicioglu F. Determinants of suicides in Denmark: Evidence from time series data. *Health Policy*. 2010;98:263-9.
  39. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The Incidence and Repetition of Hospital-Treated Deliberate Self Harm: Findings from the World's First National Registry. *PLoS ONE*. 2012;7:e31663.
  40. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*. 1999;318:1235-9.
  41. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananum W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. Incidence and risk factors of suicide reattempts within 1 year after psychiatric hospital discharge in mood disorder patients. *Clin Epidemiol*. 2011;3:305-13.
  42. Nordström P, Samuelsson M, Åsberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91:336-40.
  43. King CA, Klaus N, Kramer A, Venkataraman S, Quinlan P, Gillespie B. The Youth-Nominated Support Team-Version II for suicidal adolescents: A randomized controlled intervention trial. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77:880-93.
  44. King CA, Kramer A, Preuss L, Kerr DCR, Weisse L, Venkataraman

- S. Youth-Nominated Support Team for suicidal adolescents (Version I): A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74:199-206.
45. Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry*. 2002;17:82-91.
46. Sockalingam S, Flett H, Bergmans Y. A pilot study in suicide intervention training using a group intervention for patients with recurrent suicide attempts. *Acad Psychiatry*. 2010;34:132-5.
47. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry*. 1993;163:111-2.
48. Pagura J, Fotti S, Katz LY, Sareen J, Swampy Cree Suicide Prevention T. Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatr Serv*. 2009;60:943-9.
49. Miret M, Nuevo R, Ayuso-Mateos JL. Documentation of Suicide Risk Assessment in Clinical Records. *Psychiatr Serv*. 2009;60:994.
50. Bongiovi-Garcia ME, Merville J, Almeida MG, Burke A, Ellis S, Stanley BH, et al. Comparison of clinical and research assessments of diagnosis, suicide attempt history and suicidal ideation in major depression. *J Affect Disord*. 2009;115:183-8.
51. Wong L, Morgan A, Wilkie T, Barbaree H. Quality of resident violence risk assessments in psychiatric emergency settings. *Can J Psychiatry*. 2012;57:375-80.
52. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1266-77.