

Sílvia Gayete¹
Anna Giné¹
Sandra Marcos¹
M^a Adela Vidal³
Cristina Ventura^{1,2}
Susana Ochoa^{1,4}

Perfil sociodemográfico y clínico de las personas atendidas en el programa "Código Riesgo Suicidio de Cataluña"

¹ Unitat de Docència, Recerca i Innovació. Parc Sanitari Sant Joan de Déu

² Centre de Salut Mental de Cornellà. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

³ Secretaria de direcció de salut mental. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

⁴ CIBERSAM

RESUMEN

Introducción. El suicidio es un problema de un gran impacto en la salud pública. Por esta razón, el protocolo del Código de Riesgo Suicidio se desarrolló en Cataluña en 2015. El objetivo de este trabajo es examinar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes para los que se activó este protocolo entre 2016 y 2017 en nuestra población de referencia.

Metodología. Estudio descriptivo retrospectivo de datos registrados sobre el Código de Riesgo de Suicidio de nuestra población atendida (n = 246 en 2016 y n = 391 en 2017) en los centros de salud mental de adultos del Parc Sanitari Sant Joan de Déu que han sido previamente atendidos en urgencias de alguno de los hospitales del área de referencia.

Resultados. El perfil más frecuente en 2016 y 2017 fue el de una mujer entre 40 y 55 años con acontecimientos vitales estresantes. El método más utilizado fue el abuso de sustancias.

Conclusiones. Los datos sugieren que la tarea asistencial debería ajustarse al perfil de mayor riesgo observado para nuestra población de referencia, considerando los acontecimientos vitales estresantes como factor de riesgo significativos que deben ser considerados.

Palabras clave. Suicidio, Tentativa Suicidio, Riesgo Suicidio, Prevención, Factor Riesgo.

Actas Esp Psiquiatr 2022;50(2):114-19

Coautoría: Sílvia Gayete, Anna Giné y Sandra Marcos.
Unitat de Docència, Recerca i Innovació. Parc Sanitari Sant Joan de Déu
Sant Boi de Llobregat 08830 Barcelona (Spain)
e-mails: silvia.gayete@pssjd.org anna.gine@pssjd.org
s.marcos@pssjd.org

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PEOPLE ATTENDED IN THE "CATALONIA SUICIDE RISK CODE" PROGRAM

ABSTRACT

Introduction. Suicide is an issue with a great impact on public health. For this reason, the Catalonia Suicide Risk Code (CSRC) protocol was developed in 2015. The aim of this paper is to examine the sociodemographic and clinical profile of patients for whom this protocol was activated between 2016 and 2017 in our reference population.

Methodology. Retrospective descriptive study of recorded data on Suicide Risk Code of our population attended (n=246 in 2016 and n=391 in 2017) in the mental health outpatient services of the Parc Sanitari Sant Joan de Déu being attended previously in the emergency services of any of the hospitals of reference.

Results. The most prevalent profile in both 2016 and 2017 was woman between 40 and 55 years of age with stressful life events. The most prevalent method used was substance abuse.

Conclusions. The data suggest that the health care task should be adjusted to the highest risk profile observed in our reference population, considering stressful live events as significant risk factors which should be taken into account.

Keywords. Suicide, Suicide Attempt, Suicide Risk, Prevention, Risk Factor

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un tema de gran impacto en la salud pública. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que aproximadamente 800,000 personas se suicidan por año en todo el mundo¹; siendo la segunda causa de muerte

en las personas de entre 15 y 29 años. Además, se estima que el número de intentos de suicidio es entre 10 y 20 veces mayor que el número de quienes se suicidan². En concreto, en España, el número total de muertes por suicidio fue de 3.679 personas en 2017³. Es por ello que, en las últimas décadas, los profesionales de la salud han reunido esfuerzos para detectar y prevenir las conductas autolesivas.

La OMS define un intento de suicidio como cualquier acto por el cual un individuo se causa a sí mismo una lesión o daño con un grado variable de intención de morir⁴. Un parámetro clave en la prevención del suicidio es la detección de la ideación suicida, que se define como el conjunto de pensamientos de acabar con la vida que pueden variar en severidad según la concreción de los planes suicidas y la intención de llevarlos a cabo.

Se sabe que el mayor predictor de suicidio es la presencia de un intento previo, ya que 35–50% de las personas repiten el intento de suicidio⁵. A pesar de este indicador útil para la detección y prevención de este fenómeno, todavía se considera que se subestima el riesgo real de los pacientes².

España era uno de los países europeos que carecía de un plan de acción nacional de prevención del suicidio en 2002². Sin embargo, en los últimos años se han implementado en varias regiones del país estrategias para facilitar la detección del riesgo de suicidio y acelerar la vinculación con los servicios especializados de salud mental de estos pacientes.

En España, en 2005 se puso en marcha el primer plan integral de prevención del suicidio (Programa de Prevención de Conductas Suicidas), liderado por Carmen Tejedor en el Hospital de Sant Pau y Santa Creu (Barcelona)⁵. Fue diseñado para la captación de pacientes que habían presentado conductas autolesivas en las últimas 48 horas, según lo señalado por los servicios de salud ambulatoria. Esta prueba piloto, desarrollada con el apoyo de la Alianza Europea Contra la Depresión (EAAD), fue el precedente para la implementación en Cataluña, en 2015, del protocolo Código de Riesgo de Suicidio de Cataluña (CRSC - Codi Risc Suicidi Catalunya - de sus siglas en catalán). En España se han desarrollado otras estrategias de prevención y tratamiento de la conducta suicida⁶; aunque se han promovido desde los hospitales, no para toda la comunidad autónoma.

Código de Riesgo de Suicidio de Cataluña (CRSC)

El CRSC es un protocolo del Departamento de Salud de Cataluña implementado en 2015⁷. Es un conjunto de acciones asistenciales y preventivas enfocadas a aquellas personas que, al momento de contactar con el sistema de salud pública, presentan un riesgo significativo de suicidio. Está diseñado para mejorar la accesibilidad y el seguimiento de

estos pacientes en los servicios de salud durante el período crítico posterior al intento de suicidio.

Estas personas llegan a los servicios de urgencias psiquiátricas con un alto riesgo de suicidio, ya sea por ideación suicida o por intento de suicidio.

Los objetivos del protocolo son: (a) reducir la mortalidad por suicidio, (b) incrementar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida, y (c) prevenir la recurrencia del intento de suicidio.

El CRSC enfatiza la asistencia a la persona durante el período inmediatamente posterior al intento, ya que es una etapa crítica en la que el riesgo de que este comportamiento se repita es especialmente alto.

Para la activación del protocolo y la óptima toma de decisiones, es fundamental realizar una adecuada valoración del riesgo de suicidio. En el caso del CRSC, esto se realiza mediante la escala de suicidio MINI, que incluye una lista de factores de riesgo que permiten afinar las características y el pronóstico del paciente.

El CRSC se divide en tres fases. En la fase 1, se detecta el riesgo de suicidio y, en el hospital, un especialista del servicio de urgencias psiquiátricas realiza una primera evaluación. En la fase 2, el paciente debe ser atendido en un servicio ambulatorio dentro de los diez días posteriores al alta hospitalaria o de urgencias. Finalmente, la fase 3 consiste en un seguimiento longitudinal de al menos 12 meses, durante el cual el nivel de riesgo de autolesión se reevalúa periódicamente.

Teniendo en cuenta la implantación del programa CRSC en Cataluña, la descripción del perfil de los pacientes atendidos será de ayuda para la valoración y tratamiento realizado en el protocolo. En esta línea, teniendo en cuenta la información recogida en nuestra institución⁸, el objetivo de este estudio es describir la muestra de usuarios de nuestra población de referencia a la que se le activó el CRSC entre los años 2016–2017.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo considerando el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes del protocolo CRSC.

Participantes

El Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD) cuenta con nueve Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) en la pro-

vincia de Barcelona (Castelldefels, Cerdanyola-Ripollet, Distrito de Ciutat Vella de Barcelona, Cornellà del Llobregat, El Prat del Llobregat, Esplugues del Llobregat, Gavà, Viladecans, y Vilanova i la Geltrú), cuya población de referencia es de 662.195 habitantes. La muestra está formada por hombres y mujeres mayores de 18 años a los que se les activó el CRSC en los servicios de urgencias del hospital de referencia a lo largo de 2016 y 2017, y que pertenecen a la población de referencia de los CSMA de PSSJD.

Materiales

Los/as profesionales de los CSMA de PSSJD que atienden a las personas incluidas en el CRSC recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico según CIE-9, número de intentos, tipos de intento, nivel de riesgo de suicidio a la activación, diagnóstico de trastorno de salud mental, uso de sustancias, antecedentes familiares de suicidio y factores de riesgo psicosocial. Además, se registró el número de suicidios consumados.

Procedimiento

Se realizó la recogida y análisis de datos de manera retrospectiva mediante el sistema informático CRSC de la Generalitat de Catalunya al que se puede acceder desde los dispositivos asistenciales del PSSJD. Mediante la recogida y valoración de las variables sociodemográficas y clínicas, se realizó una comparativa de perfiles entre los pacientes registrados en el CRSC de 2016 y 2017. El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Sant Joan de Déu (PIC-61-71). La información fue proporcionada por un profesional externo que se encarga de la centralización de datos y fue entregada a los investigadores de forma completamente anónima.

En estos datos se registró información sobre exitus durante el año de activación del CRSC.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 259 episodios y 246 pacientes en 2016, y 422 episodios y 391 pacientes en 2017. Como se muestra en la Tabla 1, el 62,6% de la muestra en 2016 (246 pacientes) y el 63% en 2017 (391 pacientes) fueron mujeres. Asimismo, el intervalo de edad más prevalente fue el de 40 a 55 años, de los cuales el 67% en 2016 y el 59,3% en 2017 fueron mujeres; El 13% en 2016 y el 15,4% en 2017 vivían solos, y el 24% en 2016 y el 27% en 2017 tenían problemas sociales como aislamiento, falta de apoyo y/o problemas económicos. Solo el 4,1% en 2016 y el 3% en 2017 tenían antecedentes familiares de suicidio consumado; El 63,8% en 2016 y el 62% en 2017 sufrieron acontecimientos vitales estresantes (por ejemplo, trabajo, matrimonio, fa-

| Tabla 1 | Datos sociodemográficos de la muestra (2016-2017) | |
|--------------------------------------|---|--------------|
| | 2016 (n=246) | 2017 (n=391) |
| Sexo: | | |
| - Femenino | 154 (62,6) | 248 (63,4) |
| - Masculino | 92 (37,4) | 143 (36,6) |
| Edad: | | |
| - 18-24 | 26 (10,6) | 49 (12,5) |
| - 25-39 | 58 (23,6) | 92 (23,5) |
| - 40-55 | 105 (42,7) | 164 (41,9) |
| - 56-65 | 26 (10,6) | 43 (11,0) |
| - ≥ 66 | 31 (12,6) | 43 (11,0) |
| Acontecimientos vitales estresantes: | | |
| - Sí | 157 (63,8) | 241 (61,6) |
| - No | 87 (35,4) | 150 (38,4) |
| - Sin datos | 2 (0,8) | - |

milia...); y el 36,2% en 2016 y el 35% en 2017 padecían un trastorno mental previo.

Como se muestra en la Tabla 2, un total de 157 (63,8%) en 2016 y 255 (65,2%) en 2017 no tenían un diagnóstico previo de salud mental. Centrándonos en los casos que padecían un trastorno mental previo (89 en 2016 y 136 en 2017), se encontró que el 69% en 2016 y el 61% en 2017

| Tabla 2 | Datos diagnósticos de la muestra (2016-2017) | |
|------------------------------|--|--------------|
| | 2016 (n=246) | 2017 (n=391) |
| Sin trastorno mental previo: | 157 (63,8) | 255 (65,2) |
| Con trastorno mental previo: | 89 (36,2) | 136 (34,8) |
| - Trastorno psicótico | 14 (15,7) | 15 (11,0) |
| - Trastorno afectivo | 36 (40,4) | 59 (43,4) |
| - Trastorno de personalidad | 16 (18,0) | 29 (21,3) |
| - Trastorno adaptativo | 18 (20,2) | 28 (20,6) |
| - Abuso de sustancias | 1 (1,1) | 2 (1,5) |
| - Otros | 4 (4,5) | 3 (2,2) |

eran mujeres. El diagnóstico más prevalente, 40% en 2016 y 43,4% en 2017, fue el de trastornos afectivos (bipolares y depresivos), seguido del 20% de trastornos adaptativos en 2016 y el 21,3% de trastornos de la personalidad en 2017. De estos, 86% en 2016 y 81,6% en 2017 hizo un intento de suicidio. En cuanto al método, el 64% en 2016 y el 50% en 2017 consumieron sustancias por abuso de sustancias.

Del total de la muestra se analizó a las personas que realizaron más de un intento (33 en 2016 y 50 en 2017). La mayoría de ellos (88% en 2016 y 70% en 2017) eran mujeres. Un 70% en 2016 y un 64% en 2017 hicieron dos intentos y el diagnóstico predominante fue el trastorno adaptativo. Las personas que intentaron suicidarse más de tres veces eran mujeres.

En los episodios analizados (259 en 2016 y 422 en 2017), el nivel de riesgo de suicidio fue bajo al alta en el 52,5% de las personas en 2016 y en el 35% en 2017, lo que generalmente coincide con un diagnóstico de trastorno adaptativo. Un 26% en 2016 y un 18% en 2017 presentaron un riesgo moderado al alta con diagnósticos de trastorno adaptativo y trastorno depresivo en 2017 y trastorno psicótico y trastorno por abuso de sustancias en 2016.

La forma de intento utilizada fue abuso de sustancias para el 69,5% de la muestra en 2016 y el 61,3% en 2017. Un 7,7% en 2016 y un 6,8% en 2017 de los intentos se realizaron con instrumentos cortantes; El 5% en 2016 y el 3,3% en 2017 fueron con ahorcamiento y/o precipitación. Para el 17% de la muestra en 2016 y el 12,3% en 2017, no hubo riesgo aparente de intentos repetidos.

En la muestra analizada, durante el 2016 falleció una mujer. Le diagnosticaron un trastorno adaptativo, tenía un trastorno mental anterior y utilizó el abuso de sustancias como método de suicidio. Entre los pacientes registrados en el CRSC durante 2017, fallecieron dos mujeres y un hombre, con diagnósticos de trastorno bipolar (método: instrumentos cortantes), trastorno depresivo (método: intoxicación por sustancias sólidas o líquidas) y trastorno de la personalidad (método: intoxicación por sustancias sólidas o líquidas) respectivamente. Todos padecían un trastorno mental previo y realizaron un solo intento con un nivel alto de riesgo.

DISCUSIÓN

Mediante el estudio de la muestra de usuarios del CRSC en nuestra población de referencia, se ha analizado el perfil sociodemográfico y clínico, comparando los años 2016 y 2017. En primer lugar, se observa que tanto los datos sociodemográficos como los clínicos analizados son consistentes en ambos años, representando un perfil poblacional estable.

En cuanto a los datos sociodemográficos de la muestra, se constata un perfil mayoritario de mujeres entre 40 y 55 años con acontecimientos vitales estresantes asociados a la tentativa. Este perfil es similar al encontrado por otros investigadores^{2,9,10}.

Al considerar el perfil clínico, se encontró que aproximadamente 3-4 de cada 10 casos tenían un trastorno mental diagnosticado previamente. Aquellas personas que ya están siendo atendidas en servicios ambulatorios de salud mental para adultos, y en consecuencia con un diagnóstico previo de salud mental registrado en su historial médico, ya están recibiendo una atención integral que incluye el riesgo de suicidio. En esta línea, el servicio de atención a estos pacientes se realiza desde los centros de salud mental. Si, a pesar de ello, acude al servicio de urgencias, la atención urgente se programa en su centro de salud mental. Es probable que nuestra muestra presente un porcentaje bajo de personas con un diagnóstico previo de salud mental por este motivo.

El programa CRSC se creó para detectar y asistir a las personas en riesgo de suicidio y derivarlas a la atención especializada en salud mental. Así, aquellas personas que no tienen contacto con la red de salud mental, y por tanto no suelen tener ningún diagnóstico de salud mental en su historial médico, deberían acudir al servicio de urgencias cuando presenten ideación o intentos autolíticos. En consecuencia, muchos de los casos nuevos no tienen un trastorno mental diagnosticado previamente.

Según los datos de nuestra muestra y en concordancia con otros estudios, se observa que los eventos vitales estresantes representan, en presencia o ausencia de un trastorno mental previo, un factor clave de riesgo de suicidio^{10,11}.

A pesar del elevado número de personas atendidas en los hospitales de urgencias sin un diagnóstico previo de salud mental, los pacientes que consumaron el suicidio sí padecían un trastorno de salud mental, en línea con otros estudios^{12,13}. En cuanto a los pacientes que tenían un trastorno de salud mental previo, el diagnóstico más prevalente fue el de trastorno afectivo para ambos años. Se encontraron resultados similares en estudios recientes¹³⁻¹⁵. Además, el método utilizado más prevalente fue el abuso de sustancias, en consonancia con otros hallazgos en nuestra región^{10,16}.

Destaca el incremento de casos detectados en 2017 respecto a 2016. Posiblemente, debido a que el CRSC se implementó en 2015, el protocolo no estaba tan bien establecido en la red de salud mental y, en consecuencia, tuvo un menor número de casos. En cambio, en 2017 ya era un programa más conocido por los profesionales de la salud mental y utilizado en todos los servicios.

Los datos aportados por este estudio sugieren a nivel asistencial que la tarea preventiva y de promoción de la salud debe ajustarse más específicamente al perfil de mayor riesgo observado para nuestra población de referencia. Por tanto, se considera que esta tarea tendrá especial relevancia para el campo de la atención primaria, influyendo en la exploración de estos pacientes, como también sugiere la literatura¹⁷. Nuestros datos sugieren que las situaciones en las que están presentes acontecimientos vitales aumentan el riesgo de suicidio, por lo que en el contexto de la pandemia del Covid-19, la atención al riesgo de suicidio debe ser especialmente considerada^{18,19}.

No obstante, este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, al tratarse de un estudio retrospectivo en el que los datos fueron recogidos por diferentes profesionales durante la práctica clínica diaria (en el momento de la activación del código) no se puede garantizar la precisión y consistencia en la recopilación de datos. En segundo lugar, la clasificación nosológica utilizada en el protocolo CRSC fue ICD-9, a pesar de que existen ediciones más recientes del mismo manual. A pesar de ello, se estima que los datos son suficientemente fiables ya que se obtuvieron a través de un protocolo de asistencia informatizado validado por la Generalitat de Cataluña (administración regional) y cumplimentado por profesionales del ámbito de la salud mental. Finalmente, la información sobre muertes por suicidio solo estuvo disponible durante el año de activación del CRSC.

Debido a la implementación relativamente reciente del protocolo, se requiere un mayor conocimiento del instrumento por parte de los profesionales que lo utilizan en su práctica asistencial. Asimismo, consideramos que sería valioso monitorear la vinculación con los servicios y los factores clínicos de los pacientes a los que se ha activado el CRSC. También sería interesante conocer si existe una reducción del nivel de riesgo autolítico en el seguimiento posterior a la intervención clínica especializada. Asimismo, sería conveniente replicar este trabajo con el fin de observar posibles cambios en el perfil del paciente y/o intentos a lo largo del tiempo en otras organizaciones de salud mental.

CONCLUSIONES

El principal perfil sociodemográfico de los pacientes para los que se activó el CRSC entre 2016 y 2017 en nuestra población de referencia fue: mujeres entre 40 y 55 años con eventos vitales estresantes asociados al intento. Entre los pacientes que tenían un trastorno de salud mental previo, el diagnóstico más prevalente fue el de trastorno afectivo y el método más prevalente utilizado fue el abuso de sustancias. Los acontecimientos vitales estresantes representan un factor clave de riesgo de suicidio.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

FONDOS

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento en los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio. [Internet]. [Consultado 22 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Bobes J, Giner J, Sainz J. Suicidio y Psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Editorial Triacastela; 2011
3. Instituto de Estadística de Cataluña. Suicidios: Por sexo y provincias. [Internet]. [Consultado 22 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=ae-c&tn=616&lang=es&tt=2017>
4. World Health Organization (WHO). Preventing Suicide: a Global Imperative. WHO; 2014.
5. Tejedor C, Faus G, Díaz A, Pérez V, Solà I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(5):280-7.
6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. [Internet]. [Consultado 23 Mar 2021]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
7. Scientia: Dipòsit d'Informació Digital del Departament de Salut. Atenció a les Persones en Risc de Suïcidi: Codi Risc Suïcidi (CRS). [Internet]. [Consultado 23 Mar 2021]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1654?locale-attribute=es>
8. Ventura C, Aparicio S, Vidal MA, García-Pedrajas C, Villeda R. El código de riesgo suicidio: una herramienta para la detección, prevención y tratamiento de la conducta suicida. Libro de Actas del X Congreso Internacional y XV Nacional de Psicología Clínica. 2017;330.
9. Pérez V, Elices M, Prat B, Vieta E, Blanch J, Alonso J, et al. The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. J Affect Disord.

- 2020;268:201-5.
10. Burón P, Jiménez-Trevino L, Saiz PA, García-Portilla MP, Corcoran P, Carli V, et al. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Arch Suicide Res.* 2016;20(1):45-58.
 11. Bagge, CL, Glenn, CR, Lee, HJ. Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of Abnormal Psychology.* 2013;122(2):359-68.
 12. Hubers, AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, Van Duijn E, Van der Mast RC, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences.* 2018;27(2):186.
 13. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7):1425.
 14. Plesnipbar BK, Zalar I, Mertik M, Zalar B. Suicide and suicide attempt descriptors by multimethod approach. *Psychiatr Danub.* 2018;30(3):317-22.
 15. Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 2013;147(1-3):17-28.
 16. Villar-Cabeza F, Castellano-Tejedor C, Sánchez-Fernández B, Verge-Muñoz M, Blasco-Blasco T. Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil.* 2017;34(1):7-18.
 17. Cross WF, West JC, Pisani AR, Crean HF, Nielsen JL, Kay AH, et al. A randomized controlled trial of suicide prevention training for primary care providers: A study protocol. *BMC Med Educ.* 2019;19(1).
 18. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7(6):468-471.