



ORIGINAL

Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse

Marta Miret^{a,b}, Roberto Nuevo^{a,b}, Consuelo Morant^c, Enrique Sainz-Cortón^d, Miguel Ángel Jiménez-Arriero^{b,e}, Juan J. López-Ibor^{b,f}, Blanca Reneses^{b,f}, Jerónimo Saiz-Ruiz^{b,g}, Enrique Baca-García^{b,h,i} y José Luis Ayuso-Mateos^{a,b,*}

^aDepartamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

^bInstituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España

^cOficina Regional de Salud Mental, Comunidad de Madrid, España

^dDepartamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^eDepartamento de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Universidad Complutense, Madrid, España

^fInstituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España

^gDepartamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid, España

^hDepartamento de Psiquiatría, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, España

ⁱDepartamento de Psiquiatría, Columbia University, Nueva York, Estados Unidos

Recibido el 14 de septiembre de 2009; aceptado el 3 de noviembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Autolesión deliberada;
Servicios de urgencia;
Suicidio

Resumen

Introducción: El objetivo de este estudio fue evaluar, mediante una observación ciega, la calidad de los informes clínicos de los pacientes vistos en hospitales públicos de Madrid tras un intento de suicidio.

Método: Estudio observacional, descriptivo transversal llevado a cabo en cuatro hospitales generales públicos de Madrid (España). Se analizaron siete indicadores de calidad (antecedentes de atención psiquiátrica, intentos de suicidio previos, apoyo social o familiar, ideación suicida, planificación suicida, reacción frente al intento y grado de daño médico como resultado del intento actual), en 993 informes clínicos de 907 pacientes (el 64,5%, mujeres), con edades comprendidas entre los 6 y los 92 (media, 37,1 ± 15) años, que acudieron al hospital tras un intento de suicidio o que lo intentaron cuando estaban en el hospital.

Resultados: De los pacientes que intentaron suicidarse, el 94,9% recibió una evaluación psicossocial. Los siete indicadores se documentaron en el 22,5% de los informes, mientras que en el 23,6% se registraron cuatro indicadores o menos. Los intentos de suicidio previos y la letalidad del intento actual fueron los indicadores que con mayor frecuencia faltaban en los informes. No aparecieron diferencias entre los informes de los varones y

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseluis.ayuso@uam.es (J.L. Ayuso-Mateos).

los de las mujeres ($z = 0,296$; $p = 0,767$, prueba de la U de Mann-Whitney bilateral), aunque los informes de los pacientes dados de alta tras la atención en urgencias estaban más incompletos que los de los pacientes ingresados ($z = 2,731$; $p = 0,006$), y los informes de las personas con intentos previos también estaban más incompletos que los de aquellos que no tenían intentos previos ($z = 3,511$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los informes clínicos de las personas que han intentado suicidarse no están completos. El uso de instrumentos de evaluación semiestructurados puede mejorar la evaluación de los pacientes que se han autolesionado.

© 2009 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Deliberate self-harm;
Emergency service;
Suicide

Quality of the written information about suicide attempters

Abstract

Introduction: The aim of the study was to assess the quality of the clinical records of the patients who are seen in public hospitals in Madrid after a suicide attempt in a blind observation.

Methods: Observational, descriptive cross-sectional study conducted at four general public hospitals in Madrid (Spain). Analyses of the presence of seven indicators of information quality (previous psychiatric treatment, recent suicidal ideation, recent suicide planning behaviour, medical lethality of suicide attempt, previous suicide attempts, attitude towards the attempt, and social or family support) in 993 clinical records of 907 patients (64.5% women), ages ranging from 6 to 92 years (mean 37.1 ± 15), admitted to hospital after a suicide attempt or who committed an attempt whilst in hospital.

Results: Of patients who attempted suicide, 94.9% received a psychosocial assessment. All seven indicators were documented in 22.5% of the records, whilst 23.6% recorded four or less than four indicators. Previous suicide attempts and medical lethality of current attempt were the indicators most often missed in the records. The study found no difference between the records of men and women ($z = 0.296$; $p = 0.767$, two tailed Mann-Whitney U test), although clinical records of patients discharged after an emergency unit intervention were more incomplete than the ones from hospitalised patients ($z = 2.731$; $p = 0.006$), and clinical records of repeaters were also more incomplete than the ones from non-repeaters ($z = 3.511$; $p < 0.001$).

Conclusions: Clinical records of patients who have attempted suicide are not complete. The use of semi-structured screening instruments may improve the evaluation of patients who have self-harmed.

© 2009 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La prevención de la depresión y el suicidio es una de las cinco áreas prioritarias del European Pact for Mental Health and Well-Being, establecido por la Unión Europea¹. Para evitar la repetición de los intentos de suicidio, es importante realizar una adecuada evaluación de las personas que han cometido una tentativa de suicidio^{1,2}, lo que, asimismo, contribuirá a establecer el tratamiento más adecuado. Sin embargo, los hospitales no siempre utilizan los servicios de psiquiatría para realizar una evaluación psicosocial de los pacientes que se han autolesionado deliberadamente³, y en ocasiones no hay profesionales de salud mental disponibles⁴. Como consecuencia, los pacientes que acuden al hospital tras haberse autolesionado deliberadamente a menudo abandonan el hospital sin que se les haya realizado una

evaluación psicosocial^{4,5}. Por otra parte, otros estudios han encontrado porcentajes más altos de pacientes evaluados tras un intento suicida. Nordentoft et al⁶ informaron que el 95% de los pacientes que pasaron por los servicios de urgencias o la unidad de cuidados intensivos tras un intento de suicidio recibieron una evaluación psiquiátrica, y los casos en que los pacientes no fueron evaluados fue debido a que el paciente falleció o fue transferido a otra unidad para un ulterior tratamiento.

Existen numerosas guías clínicas para el tratamiento hospitalario de pacientes con daño autoinfligido⁷⁻¹³, pero ninguna de ellas está universalmente aceptada. Tras un intento de suicidio, es crucial determinar si el paciente debe ingresar o no. La mayoría de las guías clínicas recomiendan que el alta directa desde el servicio de urgencias sólo debería considerarse si una evaluación psicosocial y un plan de tra-

tamiento han sido concertados antes de que el paciente abandone el hospital, mientras que la hospitalización se recomienda si hay un riesgo inminente de suicidio¹⁴.

El predictor más robusto de la conducta suicida futura es la historia de intentos de suicidio^{15,16}. El tratamiento psiquiátrico previo¹⁷ o diagnósticos¹⁸⁻²⁰ como la depresión mayor²¹, el trastorno bipolar^{15,22}, el abuso de alcohol^{17,21,23}, la esquizofrenia¹⁹ y los trastornos de personalidad²¹ también aumentan el riesgo de suicidio. Asimismo, hay evidencias que demuestran el valor predictivo de diversas variables sociodemográficas: sexo, los varones presentan, en la mayoría de los países, mayores tasas de suicidio consumado, mientras que las mujeres presentan mayores tasas de tentativas^{24,25}; la edad, presentan un mayor riesgo las personas de edad avanzada²⁴, y la convivencia, como el hecho de no vivir con un familiar cercano¹⁷ o vivir solo^{16,20}. La falta de apoyo social también aparece con frecuencia en la literatura sobre riesgo de suicidio²⁶. Otros factores de riesgo incluyen la ideación suicida¹⁵, la planificación suicida²⁷ y, entre los pacientes que han cometido un intento recientemente, la reacción frente a dicho intento²⁸. La gravedad del intento es también un factor de riesgo para la repetición del intento²⁴, así como tener problemas de salud física^{17,20}, y la evitación de ser descubierto en el momento del intento¹⁷.

Malone et al²⁹ evaluaron la precisión de la documentación sobre la historia de conductas suicidas en los informes clínicos sistemáticos de paciente ingresados. Encontraron que una parte significativa de la conducta suicida pasada no se registraba en la evaluación clínica habitual: los médicos no documentaban actos suicidas previos en un 24% de los pacientes. Peores evaluaciones encontraron Head et al³⁰ tras el análisis de los informes de 338 pacientes que se habían autolesionado deliberadamente. Sólo en un 11% de los pacientes que se encontraban conscientes quedaba reflejada una evaluación psicosocial adecuada. Más recientemente, analizando los datos registrados sobre 70 pacientes que se habían autolesionado deliberadamente, MacCauley et al³¹ encontraron que las circunstancias del intento, los estresores recientes, el diagnóstico psiquiátrico, el riesgo inmediato y el plan de seguimiento se documentaron en la mayoría de los casos. Sin embargo, la historia psiquiátrica familiar, la conducta suicida pasada, la historia de abuso de alcohol y otras drogas y la violencia previa con frecuencia no se documentaban.

Debido a la aparente falta de acuerdo entre las guías clínicas y la realidad de la evaluación, así como la escasa evidencia sobre cómo es la práctica real^{14,32}, nos proponemos analizar la calidad de los informes clínicos de los pacientes vistos tras un intento de suicidio en una observación ciega.

Material y métodos

Los informes clínicos de todos los pacientes admitidos en el hospital tras un intento de suicidio, o que intentaron suicidarse estando en el hospital, se analizaron entre el 9 de noviembre de 2007 y el 8 de marzo de 2008 en cuatro hospitales generales públicos del Sistema Nacional de Salud Español que provee cuidado de salud gratuito a todos los ciudadanos españoles e inmigrantes que viven en las áreas de asistencia. Todos los gastos médicos los paga el gobierno

por medio de los impuestos. Los hospitales (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Clínico San Carlos y Hospital Universitario 12 de Octubre) están todos en Madrid y proveen atención pediátrica y a adultos. Son los hospitales de referencia para una población de 2.792.747 personas.

Se identificaron 1.009 intentos de suicidio. Un investigador independiente de los médicos rellenoó un protocolo para cada uno de los intentos que registraba la información incluida en los informes clínicos. No se informó a los médicos sobre el estudio antes de la recogida de datos. Para el propósito de estos análisis, se excluyeron 16 casos en los que la evaluación no se pudo llevar a cabo porque el paciente se escapó o falleció, por lo que el tamaño muestral final cuenta con 993 informes clínicos. Se garantizó la confidencialidad de todos los informes. Se asignó un código a cada caso, y no se registraron datos personales que pudiesen identificar al paciente. Se obtuvo aprobación del comité ético de cada uno de los hospitales.

Los intentos de suicidio se determinaron según la definición de la Organización Mundial de la Salud: "Aquellos situaciones en que la persona ha cometido un acto que amenaza su vida con la intención de ponerla en peligro o que dan la apariencia de tal intención. Incluye actos interrumpidos por otros antes de que el daño real ocurra³³". Esta definición es igual que la propuesta en la última nomenclatura revisada para el estudio del suicidio³⁴.

Se analizaron los informes clínicos de 993 intentos de suicidio cometidos por 907 personas, con edades comprendidas entre los 6 y los 92 años (media de edad, 37,1 ± 15 años). De las que 640 (64,5%) eran mujeres (media de edad, 36,7 ± 15,4 años), y 353 (35,5%), varones (media de edad, 37,9 ± 14,3 años); 780 (86%) eran españoles, y 55 personas (5,5%) cometieron más de un intento (intervalo, 2-10 intentos; media, 2,6 ± 1,3).

También se analizó la calidad de los informes clínicos de los pacientes que habían cometido un intento de suicidio. Basados en la evidencia científica disponible en la actualidad y en las recomendaciones de las guías clínicas de prevención del suicidio, y asumiendo que hay determinadas variables demográficas como el sexo y la edad que se evalúan sistemáticamente en todos los informes, se seleccionaron siete indicadores para analizar la calidad de la información disponible en los informes clínicos, considerando que es la información mínima necesaria para evaluar el grado de riesgo de un paciente que ha intentado suicidarse. Estos indicadores son: antecedentes de atención psiquiátrica, intentos de suicidio previos, apoyo social o familiar, ideación suicida, planificación suicida, reacción frente al intento y grado de daño médico como resultado del intento actual.

Análisis estadístico

Para cada informe, se codificó si aparecía o no cada uno de los indicadores. Posteriormente, la distribución de frecuencias de cada indicador se analizó para obtener la información que indica en qué grado los informes clínicos cubren dicha información. La suma de cada uno de estos indicadores dicotómicos (0 cuando la información no estaba recogida y 1 cuando estaba recogida) ofrece una puntuación total de la calidad de la evaluación que oscila entre 0 y 7. Debido

a que las puntuaciones de calidad no tenían una distribución normal, se utilizó la prueba de la U de Mann-Whitney para comparar las puntuaciones de calidad entre varones y mujeres; pacientes que recibieron el alta directamente desde urgencias y pacientes ingresados, y pacientes que cometían su primer intento con pacientes que tenían intentos previos. Para hacer estos grupos se eliminaron algunos casos. Los grupos de ingresados frente a los que recibieron el alta se formaron con 958 casos; se excluyó a los pacientes que se escaparon tras la evaluación pero antes de que se realizase la derivación y aquellos en que en los informes no constaba si habían ingresado o recibido el alta. El grupo de recurrentes frente al no recurrentes se formó con 558 casos en los que se mencionaba si el paciente tenía o no intentos previos. Debido a que éste era además uno de los indicadores de calidad, este indicador se eliminó para realizar los análisis, con lo que quedó un intervalo de puntuaciones de 0 a 6. Se llevó a cabo la prueba de la χ^2 para comparar la frecuencia de la documentación de cada indicador en cada uno de los grupos. Los análisis se realizaron utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0) y Stata 10.0.

Resultados

Tras analizar los 993 informes clínicos se encontró que 943 (94,9%) (intervalo de confianza [IC] del 95%, 93,602-96,327) pacientes con intento de suicidio recibieron una evaluación psicosocial. Los otros 50 (5,1%) (IC del 95%, 3,673-6,398) no fueron evaluados o no fue posible encontrar los informes clínicos y, por lo tanto, tampoco fue posible saber si se había realizado la evaluación. Del 94,9% evaluado, la evaluación fue realizada por un psiquiatra en 994 (99,8%) (IC del 95%, 99,493-100) casos, y por el médico de puerta en 2 (0,2%) (IC del 95%, 0-0,507) casos. En ningún caso se utilizaron protocolos específicos para la evaluación de los pacientes suicidas. Sólo en 1 caso (0,1%) se utilizaron escalas de ideación suicida.

Sólo 223 (22,5%) (IC del 95%, 19,857-25,057) informes documentaron los siete indicadores; 306 (30,8%) (IC del 95%, 27,939-33,692) recogieron seis indicadores; 229 (23,1%) (IC del 95%, 20,437-25,686) registraron cinco, y 235 (23,6%) (IC del 95%, 21,017-26,314) recogieron cuatro indicadores o menos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($z = 0,296$; $p = 0,767$, estadístico U de Mann-Whitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) en la puntuación total de calidad de la evaluación entre varones ($5,26 \pm 1,59$) y mujeres ($5,30 \pm 1,53$). En cambio aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($z = 2,731$; $p = 0,006$, estadístico U de Mann-Whitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) en la puntuación total de calidad entre los pacientes hospitalizados en psiquiatría o en unidades de medicina interna ($5,50 \pm 1,54$) y los que recibieron el alta directamente desde urgencias ($5,28 \pm 1,47$). También aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($z = 3,511$; $p < 0,001$, estadístico U de Mann-Whitney con un contraste bilateral para dos muestras independientes) entre los pacientes que no tenían ningún intento de suicidio previo ($5,27 \pm 0,95$) y los

que habían cometido algún intento previo al analizado en el estudio ($4,93 \pm 1,12$).

La frecuencia de la documentación de cada uno de los indicadores en cada uno de los grupos y las pruebas de la χ^2 se muestran en la tabla 1. La letalidad del intento fue significativamente más codificada en varones que en mujeres ($p = 0,019$), en pacientes ingresados que en los que recibieron el alta directamente desde urgencias ($p = 0,001$), y apareció una tendencia a la significación en cuanto a la repetición del intento, documentado con mayor frecuencia en pacientes que intentaban suicidarse por primera vez que en personas que habían cometido intentos previamente ($p = 0,053$). La planificación suicida resultó menos documentada en los pacientes ingresados que en los pacientes dados de alta ($p = 0,040$) y en los repetidores que en los que cometían un intento por primera vez ($p = 0,009$). La reacción frente al intento también fue menos documentada en pacientes ingresados que en pacientes dados de alta ($p = 0,003$) y en repetidores que en personas que no tenían intentos previos ($p = 0,028$). Los intentos previos fueron, en cambio, más documentados en pacientes ingresados que en pacientes dados de alta directamente desde urgencias ($p < 0,001$).

Discusión

Limitaciones

La muestra estaba formada por cuatro hospitales universitarios con atención psiquiátrica y de urgencias de 24 horas. Los resultados podrían ser diferentes en hospitales más pequeños con menos psiquiatras. Además, puesto que sólo se analizaron los informes clínicos, pero no las evaluaciones de los psiquiatras, no se puede concluir que la información que no estaba en los informes no fuese explorada durante la evaluación. Sin embargo, asumimos que lo que no está escrito en los informes es información perdida, dado que otro profesional de la salud tampoco podrá tener acceso a ella.

Implicaciones

Las guías clínicas especifican las variables que deben registrarse en los informes clínicos. Sin embargo, estas recomendaciones no siempre se siguen, como lo muestra el hecho de que el 5% de los pacientes analizados en este estudio recibieron el alta de un hospital general público de Madrid tras un intento de suicidio sin una valoración psiquiátrica. Este porcentaje es menor que el encontrado en otros estudios^{4,5}, pero mayor que el encontrado en otros países⁶.

Dado que todos los indicadores analizados en el presente estudio pueden considerarse igual de relevantes y significativos para una evaluación completa del riesgo de una persona que ha cometido una tentativa de suicidio, y que los informes clínicos son la única información disponible para los profesionales que potencialmente quieran tratar al paciente en un futuro, creemos que un criterio conservador es que el informe contenga al menos cinco de estos siete indicadores como mínimo estándar para considerarlo adecuado para los propósitos de prevención y tratamiento. Según este estándar, 235 (23,6%) informes se pueden considerar incom-

Tabla 1 Porcentaje de informes que documentan cada indicador

	Total (n = 993)	Varones (n = 353)	Mujeres (n = 640)	χ^2 (p) ^a	Ingreso (n = 250)	Alta (n = 708)	χ^2 (p) ^a	Repite (n = 419)	No repite (n = 139)	χ^2 (p) ^a
Tratamiento psiquiátrico previo	90,9% (89,1-92,7)	89% (85,7-92,2)	92% (89,9-94,1)	2,62 (0,106)	93,6% (90,6-96,6)	91,1% (89-93,2)	1,52 (0,217)	95,9% (94-97,8)	96,4% (93,3-99,5)	0,06 (0,809)
Ideación suicida reciente	87,1% (85-89,2)	86,4% (82,8-90)	87,5% (84,9-90,1)	0,24 (0,621)	86,4% (82,1-90,7)	88,8% (86,5-91,2)	1,06 (0,303)	90,7% (87,9-93,5)	92,1% (87,5-96,6)	0,25 (0,618)
Apoyo social o familiar	78,5% (76-81,1)	75,9% (71,4-80,4)	80% (76,9-83,1)	2,25 (0,134)	82,8% (78,1-87,5)	78,4% (75,4-81,4)	2,21 (0,137)	81,9% (78,2-85,6)	87,1% (81,4-92,7)	2,01 (0,157)
Planificación suicida reciente	75,6% (72,9-78,3)	75,1% (70,5-79,6)	75,9% (72,6-79,3)	0,09 (0,761)	72% (66,4-77,6)	78,4% (75,3-81,4)	4,22 (0,040)	78,5% (74,6-82,5)	88,5% (83,1-93,9)	6,74 (0,009)
Reacción frente al intento	73,4% (70,7-76,2)	72% (67,2-76,7)	74,2% (70,8-77,6)	0,60 (0,440)	67,6% (61,8-73,4)	77,1% (74-80,2)	8,84 (0,003)	73,5% (69,3-77,7)	82,7% (76,4-89,1)	4,84 (0,028)
Letalidad del intento	67% (64-69,9)	71,7% (66,9-76,4)	64,4% (60,6-68,1)	5,48 (0,019)	76% (70,7-81,3)	64,1% (60,6-67,7)	11,83 (0,001)	72,3% (68-76,6)	80,6% (73,9-87,2)	3,74 (0,053)
Intentos previos	56,2% (53,1-59,3)	55,8% (50,6-61)	56,4% (52,5-60,3)	0,03 (0,856)	72% (66,4-77,6)	50,6% (46,9-54,3)	34,48 (< 0,0001)	^b	-	-

^agl = 1.

^bIndicador eliminado para estos análisis, ya que sólo se incluyeron los casos en que fue registrado. Los datos indican porcentaje (intervalo de confianza del 95%)

pletos. Si se utiliza un criterio más restrictivo (seis o siete criterios incluidos), sólo 529 (53,3%) informes pueden considerarse adecuados.

El número de intentos de suicidio previos fue el indicador que con más frecuencia no estaba en los informes, lo que puede estar explicado porque los médicos sólo lo mencionan cuando ha habido intentos previos, pero no lo especifican cuando el paciente no ha tenido un intento previo. De ser así, esto podría llevar a confusión cuando otros profesionales examinan el informe, ya que no es posible saber si se ha evaluado la historia de suicidio, y si ha habido intentos previos o no. Las bajas tasas en dicho indicador, comparadas con las encontradas por Malone et al²⁹, pueden ser debidas al hecho de que ellos sólo analizaron informes de pacientes hospitalizados, mientras que la mayoría de los informes analizados en el presente trabajo son de urgencias, que son normalmente menos detallados. Nuestros resultados son más optimistas que los hallados por Head et al³⁰, lo que puede explicarse por el diferente criterio utilizado para evaluar la calidad.

La letalidad del intento con frecuencia no estaba en los informes, mientras que el tratamiento psiquiátrico previo y la ideación suicida fueron los documentados con mayor frecuencia, aunque las escalas de ideación suicida rara vez se utilizaron. Estos resultados son similares a los hallados por MacCauley et al³¹ con una muestra más pequeña.

La calidad de la evaluación fue similar para varones y mujeres, pero fue peor para los pacientes dados de alta que para los pacientes ingresados. Esto puede ser un reflejo del mayor tiempo dedicado a la evaluación de los pacientes que permanecen más tiempo en el hospital. Los pacientes que

tenían intentos previos también tenían informes de peor calidad que los pacientes que cometían el primer intento. Esto puede explicarse porque los pacientes repetidores pueden ser conocidos por los médicos, por lo que detallan menos su historia clínica.

Conclusiones

El presente estudio indica que los informes clínicos de los pacientes que han intentado suicidarse son incompletos. Considerando la importancia de los informes clínicos en la toma de decisiones sobre el tratamiento y el seguimiento de estos pacientes, proponemos el uso de instrumentos de evaluación semiestructurados para mejorar las evaluaciones de los pacientes que se han autolesionado. Asimismo, estos instrumentos podrían garantizar la implementación de las guías clínicas.

Financiación

Este estudio recibió la financiación del Instituto Madrileño de Salud Pública y el apoyo del Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. European Commission. European Pact for Mental Health and Well-being. European Commission; 2008.
2. Kapur N, House A, Dodgson K, May C, Creed F. Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study. *BMJ*. 2002;325:866-7.
3. Slinn R, King A, Evans J. A national survey of the hospital services for the management of adult deliberate self-harm. *Psychiatr Bull*. 2001;25:53-5.
4. Baraff LJ, Janowicz N, Asarnow JR. Survey of California emergency departments about practices for management of suicidal patients and resources available for their care. *Ann Emerg Med*. 2006;48:452-8.
5. Barr W, Leitner M, Thomas J. Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005;12:130-8.
6. Nordentoft M, Sogaard M. Registration, psychiatric evaluation and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2005;59:213-6.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1-60.
8. Canadian Coalition for Senior's Mental Health. The assessment of suicide risk and prevention of Suicide. Toronto: Canadian Coalition for Senior's Mental Health; 2006.
9. Magellan Health Services. Magellan clinical practice guideline for assessing and managing the suicidal patient. Magellan Health Services; California: 2008.
10. National Institute for Clinical Excellence. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
11. New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health. The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington: New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health; 2003.
12. Suicide Risk Advisory Committee of the Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. Guidelines for identification, assessment, and treatment planning for suicidality. Boston: Risk Management Foundation Harvard Medical Institutions, Inc.; 1996.
13. World Health Organization. Preventing suicide: A resource for general physicians. Geneva: World Health Organization; 2000.
14. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Saiz-Ruiz J, Leiva-Murillo JM, De Prado-Cumplido M, et al. Using data mining to explore complex clinical decisions: A study of hospitalization after a suicide attempt. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1124-32.
15. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:418-22.
16. Sinclair JM, Harriss L, Baldwin DS, King EA. Suicide in depressive disorders: a retrospective case-control study of 127 suicides. *J Affect Disord*. 2005;87:107-13.
17. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Kway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*. 2005;162:297-303.
18. Abe R, Shioiri T, Someya T. Suicide in Japan. *Psychiatr Serv*. 2007;58:1013.
19. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-28.
20. Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, Bergman B. Ethnicity, social factors, illness and suicide: a follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95:125-35.
21. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256:17-27.
22. Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116:419-28.
23. Beck AT, Steer RA. Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *J Affect Disord*. 1989;17:203-9.
24. Nicholas LM, Golden RN. Managing the suicidal patient. *Clin Cornerstone*. 2001;3:47-57.
25. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof AE. Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
26. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*. 2002;136:302-11.
27. Joiner TE Jr, Steer RA, Brown G, Beck AT, Pettit JW, Rudd MD. Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behav Res Ther*. 2003;41:1469-80.
28. Henriques G, Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Suicide attempters' reaction to survival as a risk factor for eventual suicide. *Am J Psychiatry*. 2005;162:2180-2.
29. Malone KM, Szanto K, Corbitt EM, Mann JJ. Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1601-7.
30. Head L, Campbell-Hewson GL, O'Keane V. No harm done? Psychological assessment in the A&E department of patients who deliberately harm themselves. *J R Coll Physicians Lond*. 1999;33:51-5.
31. MacCauley M, Russell V, Bedford D, Khan A, Kelly R. Assessment following deliberate self-harm: who are we seeing and are we following the guidelines? *Ir J Psych Med*. 2001;18:116-9.
32. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Saiz-Ruiz J, et al. Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatr Serv*. 2004;55:792-7.
33. World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours-SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization; 2002.
34. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:264-77.