

# Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: resultados del proyecto EUREGENAS

APPROACH AND TREATMENT OF SUICIDAL BEHAVIOR IN THE CLINICAL PRACTICE OF DIFFERENT GROUPS OF HEALTH PROFESSIONALS IN SPAIN: RESULTS OF THE PROJECT EUREGENAS.

MODELOS DE INTERVENÇÃO COMPORTAMENTO SUICIDA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIFERENTES EM ESPANHA: PROJETO RESULTA EUREGENAS.

Juan Luis Muñoz<sup>1</sup>, María Cruz Sánchez Gómez<sup>2</sup>, Beatriz Palacios Vicario<sup>3</sup>, Manuel Ángel Franco Martín<sup>4</sup>

## RESUMEN

Según la OMS y la Unión Europea, consideran el suicidio un problema de primer orden y una de las principales causas de muerte no natural. En España, la tasa ha aumentado un 12% desde 2005 (1). El Proyecto de Investigación European Regions Enforcing Actions against Suicide (EUREGENAS) financiado por Health Program 2008-2013, tiene como principal objetivo describir un modelo integrado de Salud Mental orientado a la prevención de suicidio. A través de una estrategia metodológica cualitativa y mediante la elaboración de grupos de discusión con distintos colectivos profesionales de la salud se describen e interpretan las diferencias que permiten discriminar el significado de la prevención de conductas suicidas. Los resultados ponen en evidencia las diferencias existentes entre los diferentes profesionales de la salud más relacionados con este problema y la coincidencia en considerar el suicidio como una prioridad en el ámbito de la salud.

## DESCRIPTORES

Suicidio  
Prevenición  
Profesionales de la salud  
Cualitativo  
EUREGENAS

## ABSTRACT

According to the WHO and the European Union, suicide is considered to be a health problem of prime importance and to be one of the principal causes of unnatural death. In Spain, the number of suicides has increased 12% since 2005 (INE). The Research Project "European Regions Enforcing Actions against Suicide (EUREGENAS), funded by the Health Program 2008-2013, has as main objective the description of an integrated model of Mental Health orientated to the prevention of suicide. The differences that allow distinguishing the meaning of prevention in suicide behavior are described and explained through a qualitative methodological strategy and through the creation of discussion groups formed by different groups of health professionals. The results highlight the existing differences between the diverse health professionals who come more in contact with this problem and it shows as well the coincidence of meaning that suicide has to be considered as a priority in the field of health.

## DESCRIPTORS

Suicide  
Prevention  
Health professionals  
Qualitative  
EUREGENAS

## RESUMO

De acordo com a OMS e a União Europeia o suicídio é considerado um problema de primeira ordem e uma das principais causas de morte não natural. Em Espanha, a taxa aumentou 12% desde 2005 (INE, 20014). O projeto de investigação Regiões Europeias Promovendo Acções contra o Suicídio (EUREGENAS), financiado pelo Programa de Saúde 2007-2013, tem como objetivo principal promover um modelo integrado de saúde mental para prevenir o suicídio. Através de uma estratégia metodológica qualitativa e do desenvolvimento de grupos de discussão com diferentes profissionais de saúde, são descritas e interpretadas as diferenças que permitem identificar como discriminar o significado da prevenção de comportamentos suicidas. Os resultados evidenciam as diferenças entre os pontos de vista e práticas dos diferentes profissionais da saúde relacionados com este problema, e a ideia reconhecida em considerar o suicídio como uma prioridade no campo da saúde.

## DESCRITORES

Suicídio  
Prevenção  
Profissionais de saúde  
Qualitativo  
EUREGENAS

<sup>1</sup> Licenciado en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Coordinador de la Unidad de Psicogeriatría del Complejo Asistencial de Zamora. Hospital Virgen de la Concha Zamora, España. <sup>2</sup> Doctora y Licenciada en Ciencias de la Educación en la Universidad de Salamanca y Máster en Logopedia en la Universidad Pontificia de Salamanca. Profesora Titular del Departamento de Didáctica, Organización y Métodos de Investigación de la Universidad de Salamanca con perfil en métodos de investigación y diagnóstico en educación, España. <sup>3</sup> Doctora en Psicología en la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca. Profesora de asignaturas relacionadas con la metodología de la investigación en Psicología y en las Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Profesora en varios másteres en asignaturas de metodología de la investigación, Spain. <sup>4</sup> Psiquiatra. Doctor en Medicina. Presidente del Servicio de psiquiatría de Zamora. Profesor Asociado de la Universidad de Salamanca; Director del Área de Investigación y Desarrollo de la Fundación Intrás. Académico Numerario de la Academia de Medicina de Salamanca. Junta Directiva de la Asociación Europea de Psicogeriatría y del la Interdem Network, España.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública que constituye una de las causas de muerte no natural más frecuentes en el mundo<sup>(2)</sup>. Se estima que en los últimos 45 años la prevalencia del suicidio se ha incrementado en un 60 %, convirtiéndose en la décima causa de muerte en el mundo y una de las tres principales causas de muerte en personas entre 15 y 44 años de edad<sup>(3)</sup>.

Europa globalmente posee una elevada tasa de suicidio, sin embargo la epidemiología del suicidio difiere considerablemente entre los diferentes países<sup>(4)</sup>. Algunos países como Finlandia, Hungría y los países Bálticos, junto con Rusia y Bielorrusia, poseen las tasas de suicidio más altas del mundo alcanzando los 40 suicidios por 100.000 habitantes; sin embargo países del sur de Europa como Italia, España y Grecia poseen bajas tasas de suicidio<sup>(5)</sup>. A pesar de que España se encuentre posicionada entre los países europeos con menores tasas de suicidio, esta causa de muerte se ha incrementado sustancialmente en los últimos años en nuestro país. Según datos del Instituto Nacional de Estadística<sup>(1)</sup> el número de suicidios aumentaron en España un 11,3 % en 2012, siendo la tasa más alta desde 2005<sup>(1)</sup>.

Los comportamientos suicidas son un complejo fenómeno sobre el que influyen múltiples factores, incluyendo factores biológicos, clínicos, psicológicos y sociales<sup>(6)</sup>. El suicidio se relaciona estrechamente con el modelo de sociedad en el que un individuo vive<sup>(7)</sup>, existiendo una relación directa entre la vivencia de factores estresantes y alteraciones en el entorno con el riesgo de suicidio<sup>(8)</sup>. Se ha comprobado que vivir en un entorno con unas buenas condiciones de vida y sin dificultades económicas disminuye el riesgo de suicidio<sup>(9-11)</sup>, que en lo referente al estado civil, las personas divorciadas tienen el mayor riesgo de suicidio<sup>(12,13)</sup>, o que ser una persona con creencias religiosas es, generalmente, un factor protector de suicidio proporcional al grado de religiosidad del individuo<sup>(14,15)</sup>.

Los actos suicidas normalmente están precedidos por manifestaciones más suaves como son los pensamientos de muerte o la ideación suicida<sup>(16)</sup>. Esta progresión del pensamiento al acto representa la transición de una sintomatología leve a una más grave en el proceso suicida<sup>(17)</sup>, siendo esta sintomatología prodrómica un factor de riesgo de futuros ingresos hospitalarios por tentativas suicidas o un factor de riesgo de muerte por suicidio<sup>(18)</sup>. Un gran número de estudios, tanto clínicos como comunitarios, han demostrado con una consistente evidencia científica que la presencia o la historia de enfermedad mental es el mayor factor de riesgo de suicidio en población general<sup>(19-21)</sup>, siendo los trastornos del humor, del control de impulsos, por uso de alcohol y sustancias, los trastornos psicóticos y de personalidad conllevan el riesgo más elevado de suicidio y de conductas suicidas<sup>(22-24)</sup>.

En un intento de constituir un avance en el ámbito de

la prevención del suicidio en Europa, el proyecto European Regions Enforcing Actions against Suicide (EUREGENAS) reúne a 11 regiones con diversas experiencias para contribuir a la prevención del suicidio en Europa.

## METODO

El Proyecto European Regions Enforcing Actions against Suicide (EUREGENAS), está financiado por Health Program 2008-2013, European Union. Castilla y León es una de las dos regiones españolas que participan en el proyecto y está representada por la Fundación INTRAS. Los objetivos generales del proyecto son la puesta en marcha actividades de sensibilización con agentes locales y comunitarios, de cara a la creación de una red en detección del riesgo de suicidio; la formación a los médicos de atención primaria; y el apoyo a los supervivientes de suicidio (familiares y allegados de la persona que ha cometido suicidio).

La metodología utilizada para el presente estudio es un análisis de tipo cualitativo realizado por el equipo de investigación de la Universidad de Salamanca y la Universidad Pontificia de Salamanca. Mediante los discursos de diversos profesionales de la salud que engloban psicólogos, psiquiatras, personal de atención primaria y urgencias, se ha intentado describir e interpretar las diferencias que permiten discriminar el significado de la prevención de conductas suicidas entre estos colectivos profesionales.

Para saturar el espacio discursivo con respecto al constructo de prevención se utilizó la técnica del grupo de discusión. Mediante estas entrevistas grupales obtenemos información sobre un tema focalizado en un contexto social, donde las personas pueden considerar sus visiones en interacción con los demás. Tomamos como categoría para el diseño de los grupos la variable *personal sanitario*, formada por cuatro modalidades: psicólogos, psiquiatras, personal de urgencias, y personal de atención primaria. La captación de los participantes se realizó en el área de salud de Zamora y en los diferentes centros de la fundación INTRAS. Estructuramos los grupos de forma que quedaran equilibrados en estratos según la variable de selección. La duración de las sesiones oscilaba entre 1 hora y 1,5 horas, y fueron grabadas en video y audio digitales, previa autorización firmada de los participantes. Los grupos entrevistados fueron cinco, con un número de personas que oscilaba entre siete y diez, lo que a juicio del equipo de investigación, y a la luz de los resultados de los análisis de datos, saturó el espacio discursivo. Las reuniones se desarrollaron con fluidez, y en un clima muy participativo, que fomentó que los sujetos hablaran con libertad, expresando sus ideas de forma individual e interactiva. Con el fin de garantizar, en la medida de lo posible, unas condiciones que produjeran discursos similares en todos los grupos, el equipo de investigación decidió no plantear ninguna expresión directamente relacionada con el tema, de forma que pudiéramos observar cómo y de qué forma surgían

dichas nociones en el devenir espontáneo del desarrollo de las sesiones. Para conseguir este objetivo, las dinámicas de los grupos se llevaron a cabo de forma abierta y no directiva. Solamente cuando ya estaba a punto de finalizar la sesión y los grupos ya habían desarrollado sus discursos, en el caso de que no se hubieran conseguido espontáneamente todos los objetivos deseados, las moderadoras y los moderadores de forma más referida y directa, planteaban a los grupos que manifestaran sus opiniones sobre otras cuestiones relacionadas con la temática abordada. Para la transcripción de los grupos de discusión se ha utilizado la aplicación del programa de análisis cualitativo NVIVO 10. El análisis de los datos consta de dos fases que obedecen a distintos enfoques analíticos: una primera fase para detectar las posiciones discursivas y las

configuraciones simbólicas de los textos<sup>(25)</sup>, y una segunda fase, en la que seguiremos el esquema analítico de Miles y Huberman<sup>(26)</sup>.

Además, utilizaremos una herramienta informática para facilitar el trabajo de análisis, en concreto, el programa de análisis de datos cualitativos NVIVO 10.

## RESULTADOS

Los resultados de la investigación son obtenidos en base al sistema de categorías “Intervención en conductas de riesgo”. La categoría 1 es *Relevancia laboral que se da a la prevención del suicidio*.

La importancia que los distintos grupos de discusión,

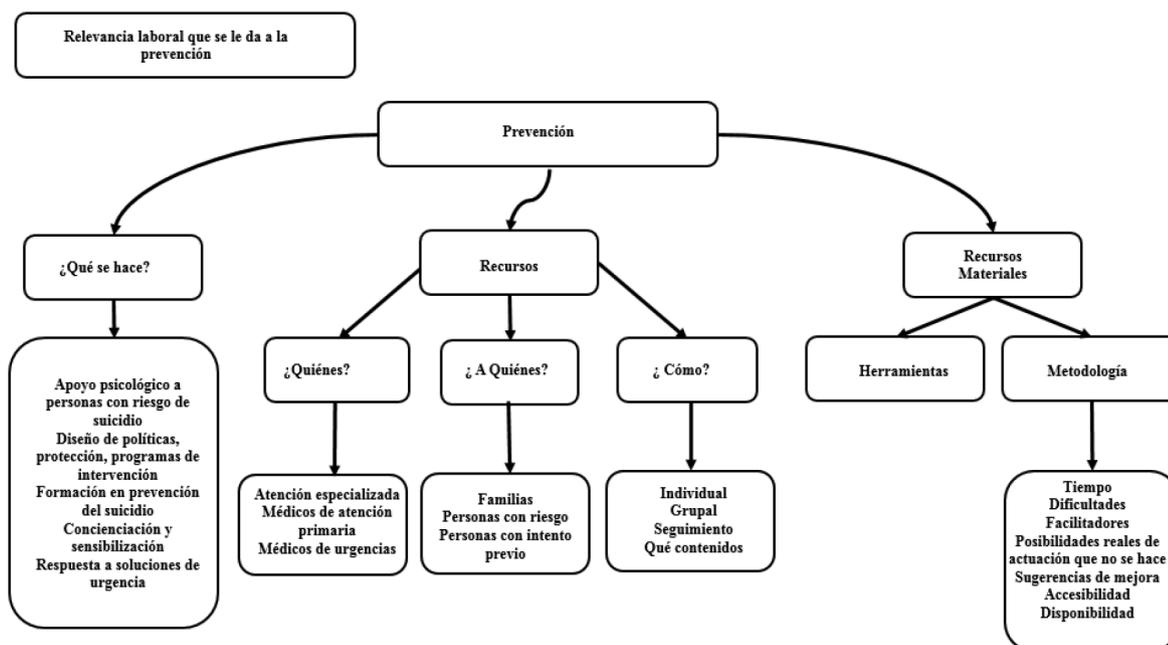


Figura 1 - Mapa conceptual de categorías sobre la intervención en conductas de riesgo (elaboración propia)

y por lo tanto, los distintos profesionales de la sanidad, le dan a la prevención es diferente. Podemos comprobar que es un tema importante para los profesionales de urgencias, de atención primaria y psicólogos, pudiendo ser esto debido a que habitualmente son estos profesionales los primeros que reciben a este tipo de pacientes.

*“Sí, porque son los que requieren más atención, necesitan más atenciones” (médico de urgencias).*

La categoría 2 es *Prevenición, ¿qué se hace?* El personal de atención primaria es el colectivo de profesionales que solicita en mayor medida actividades relacionadas con la formación en prevención del suicidio, ya que manifiestan no estar preparados para atender a los pacientes con conductas suicidas, y en menor medida en actuaciones relacionadas con la intervención en situaciones de urgencia,

para la que creen que no están preparados y actúan según la gravedad que piensan puede tener cada caso. En cambio, los grupos de discusión de psicólogos enfatizan en actuaciones como el diseño de políticas, protocolos y programas de intervención. En este sentido, los psiquiatras parecen opinar de manera similar a los psicólogos, aunque los psiquiatras dan más prioridad a la formación en prevención que al diseño de políticas, protocolos y programas. Los profesionales de urgencias destacan la inmediatez de su actuación como personal de urgencias avisando al psiquiatra al menor indicio manifiesto o no por parte del paciente. Por otro lado, todos los profesionales que han participado en los grupos de discusión destacan, aunque en menor medida, otras actuaciones como “apoyo psicológico a personas con riesgo de suicidio” y “concienciación y sensibilización”.

“Yo creo que no estamos preparados, hablo en general eh” (médico de atención primaria).

“Lo que tenemos que tener claro es que no tenemos programas estructurados y específicos de prevención” (psicólogo).

“Siempre, siempre avisamos al psiquiatra” (médico de urgencias).

“Quiero decir que hay que tener sensibilidad en ese tema y buscarlo en otro tipo de pacientes que nos llegan por otra causa” (médico de urgencias).

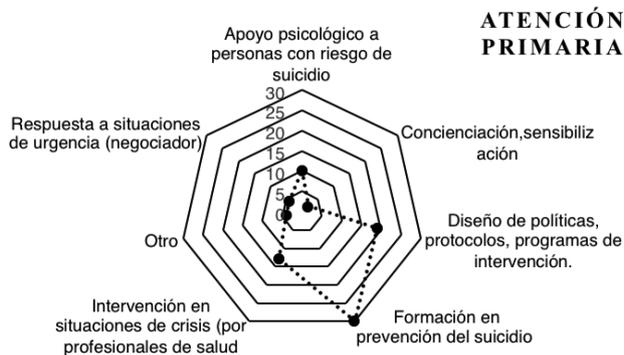


Gráfico 1 - Importancia de la prevención (¿qué se hace?) Para los profesionales de atención primaria (elaboración propia)

La categoría 3 *Prevención, ¿qué se debe hacer? recursos humanos y materiales*, los grupos destacaron los siguientes aspectos: accesibilidad, dificultades, disponibilidad, facilitadores, posibilidades reales de actuación que no se hace, el tiempo, y también expusieron algunas sugerencias de mejora. Lo que más preocupa a los distintos grupos de discusión son las dificultades, sobre todo al personal de atención primaria, psiquiatras y personal de urgencias, algunos comentarios de los participantes fueron:

“A lo mejor no hay suficientes profesionales” (Personal de atención primaria)

“El caso, como dificultad digo a nivel social, a la gran dificultad que se encuentra el profesional de cuando toma las decisiones que son muy técnicas, muy claras y muy adecuadas y muy correctas, luego eso, el contexto social por los medios de prensa, etc, etc, se convierte todo. En lo que sea, en cualquier cosa. ¿Por qué? Porque es muy fácil que todo el mundo, todo el mundo interpretamos y todo el mundo ya no con criterios y ya no con un, con lo que es el rigor clínico claramente” (Psiquiatra)

“La verdad que la prevención desde un servicio de urgencias es muy difícil. O sea, es imposible. Actitudes preventivas imposible” (Personal de urgencias)

“Es imposible llegar a la prevención total” (Personal de urgencias)

## DISCUSIÓN

Los participantes en este estudio son personas que forman parte de distintos grupos de profesionales sanitarios que tienen en común una estrecha relación con las conductas suicidas durante su práctica clínica habitual, lo que les confiere un papel de relevancia a la hora de analizar las necesidades de mejora en este campo.

Todos los profesionales participantes coinciden en que el suicidio constituye una prioridad el ámbito de la salud, principalmente en lo referente a las necesidades de intervención para la prevención de este grave problema de salud pública. Todos los profesionales expresan de una manera significativa las dificultades que les supone identificar a las personas en riesgo de suicidio. En este sentido, Pagura hace referencia la existencia de un elevado número de personas que a pesar de encontrarse en una situación de alto riesgo de suicidio no toma conciencia de la magnitud de este problema y nunca llega a solicitar ningún tipo de ayuda, tanto a familiares como a profesionales sanitarios, limitando de una manera muy considerable la intervención de los profesionales de la salud<sup>(27)</sup>. En esta misma línea, existe un elevado número de personas que tras haber realizado un intento de suicidio no mantiene una correcta adherencia al tratamiento psiquiátrico o discontinúa el seguimiento médico<sup>(28)</sup>. Por otra parte, las gran mayoría de los profesionales hace referencia a la necesidad de mejora en la atención de las personas con riesgo de suicidio y en la necesidad de establecer una continuación de cuidados en los individuos que legan a cometer una tentativa fallida de suicidio. Finalmente, la totalidad de los profesionales enfatiza en la necesidad de establecer protocolos claros de actuación o procedimientos como programas específicos de prevención de suicidio.

Para los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias, la existencia de un psiquiatra que atiende urgencias en estos servicios de un hospital general es un aspecto clave en la atención urgente de las conductas suicidas, siendo algo muy bien valorado tanto por los propios pacientes como por el personal trabajador. Estos profesionales coinciden a la hora de considerar a este tipo de pacientes como una urgencia a la que otorgan una alta prioridad, equiparable, por ejemplo a un infarto agudo de miocardio. Sin embargo, señalan que a la hora de tomar decisiones siempre solicitan la intervención del psiquiatra, posicionándose en una primera línea de atención más centrada en una estabilización del paciente a nivel somático. En relación a esto hay que señalar que no todos los pacientes con este tipo de conductas constituyen el mismo grado de urgencia de intervención, estando cada caso basado en factores sociodemográficos como la edad o el género, así como en el método de autolesión utilizado<sup>(29)</sup>.

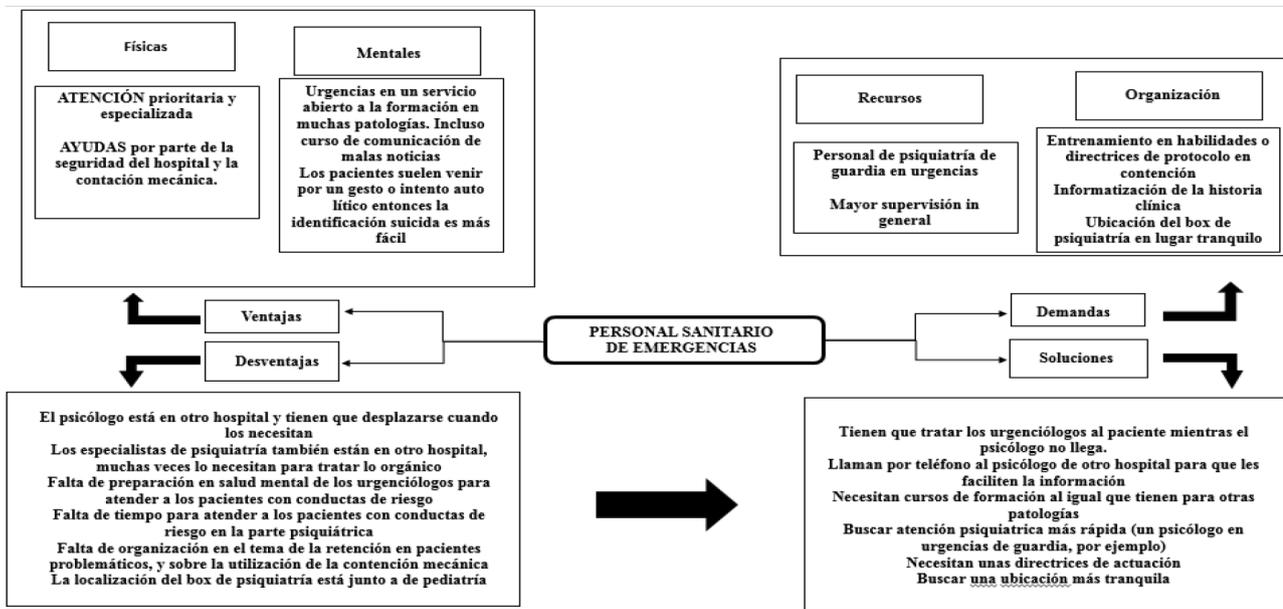


Figura 2 - Intervención en conductas de riesgo por el personal sanitario de los servicios de emergencias (elaboración propia)

Los médicos de atención primaria son los profesionales de la salud que más frecuentemente se encuentran en contacto con las primeras manifestaciones clínicas relacionadas con el suicidio, sin embargo, son un colectivo que se percibe a sí mismo con grandes carencias en habilidades de detección y manejo de los pacientes con conductas suicidas. Así mismo, hacen referencia a las necesidades de formación que precisan para el manejo de pacientes con este tipo de conductas o en situación de riesgo de suicidio, y también para el manejo del paciente psiquiátrico en general. Luoma y Martin destacan que la mayoría de personas que muere por suicidio ha tenido durante los meses previos contacto con los servicios de atención primaria, particularmente la población adulta, existiendo un

porcentaje de casos que nunca llega a tener contacto con los profesionales relacionados con la Salud Mental<sup>(30)</sup>. Este colectivo de profesionales de la salud, además de tener una estrecha relación con el paciente, se encuentra muy relacionado con su entorno social, lo que supone una gran capacidad para disponer de información relevante que permita identificar un potencial riesgo de suicidio. Esto pondría de manifiesto la importancia que radica en las intervenciones relacionadas con la prevención del suicidio en el ámbito de la atención primaria y el impacto que supondría en la reducción de las tasas de suicidio. Por este motivo, el hecho de formar a los médicos de atención primaria en este ámbito se constituye como una prioridad.

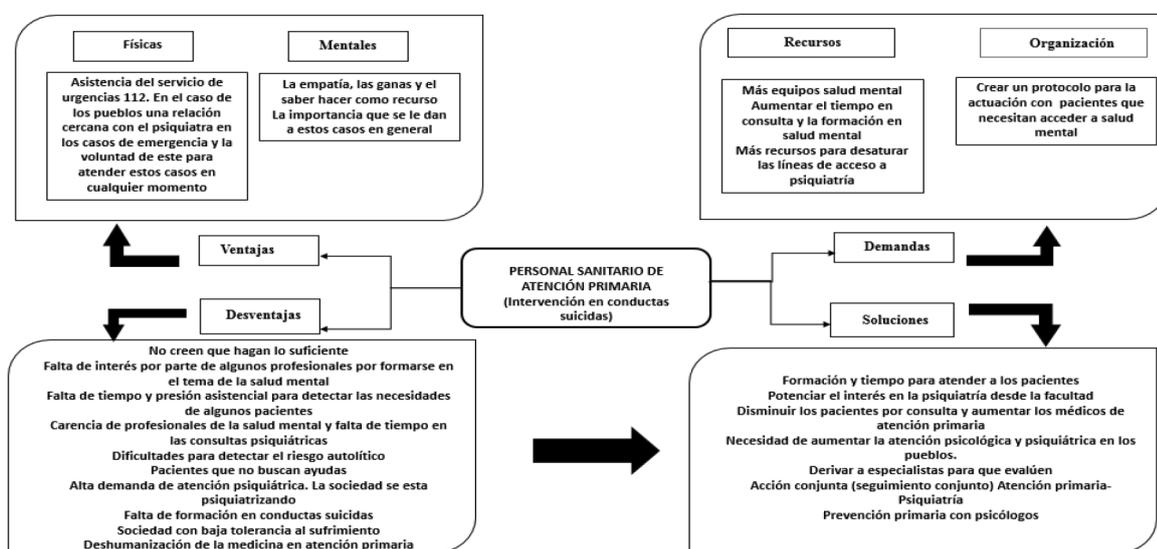


Figura 3 - Intervención en conductas de riesgo por el personal sanitario de atención primaria (elaboración propia)

Los psiquiatras consideran que las conductas suicidas suponen un gran número de urgencias psiquiátricas y que ocasionan un elevado consumo de recursos sanitarios, constituyendo consecuentemente una prioridad en su práctica clínica. En este sentido este grupo enfatiza en la necesidad de considerar la prevención de estas conductas como la primera línea de actuación para el abordaje de este problema de salud. Para estos profesionales la mayor dificultad radica en la identificación de los pacientes con conductas manipulativas y su manejo durante las situaciones de crisis. En lo referente a este tipo de conductas parasuicidas, Laget destaca la existencia de un perfil psicológico más alterado en los individuos con historia de inten-

tos autolíticos repetitivos comparado con otros tipos de intentos<sup>(31)</sup>. En un reciente estudio, Parra Uribe y Blasco-Fontecilla obtienen como resultados que las personas que cometen un suicidio consumado tienen un menor seguimiento previo por los servicios de psiquiatría y Salud Mental que las personas que cometen un intento fallido de suicidio; estimándose que el 92 % de las personas que consuman el suicidio lo hace en el primer o segundo intento<sup>(32)</sup>. Estos datos ponen de manifiesto la comorbilidad con los trastornos de la personalidad o la posible existencia de ganancias secundarias en algunos de los pacientes que presentan conductas parasuicidas de manera reiterada.

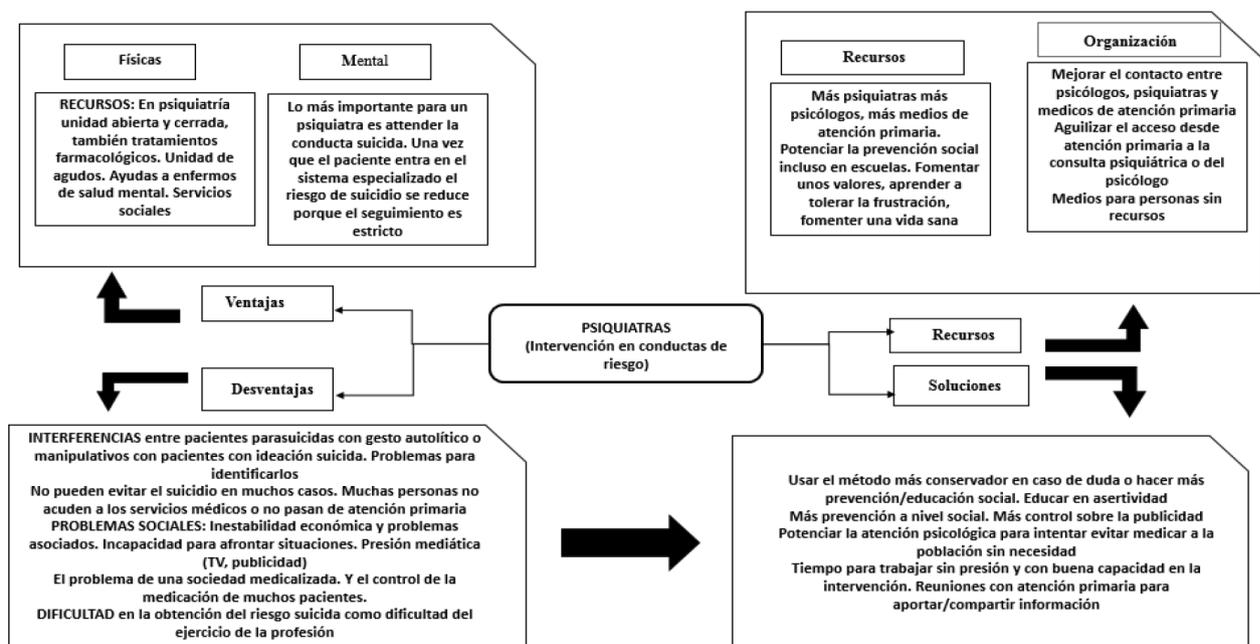


Figura 4 - Intervención en conductas de riesgo por el personal sanitario de psiquiatría (elaboración propia)

Los psicólogos fijan la mirada en el entorno socio-familiar de estas personas y destacan la importancia que supone el apoyo de la familia en estos casos. De esta manera, Sun expone la labor que puede ejercer el personal de enfermería en lo referente a la educación de los familiares de pacientes que son dados de alta hospitalaria tras un intento de suicidio para poder conseguir un correcto apoyo y cuidado en el entorno familiar<sup>(33)</sup>. Estos profesionales son también conscientes de la importancia de la prevención de las conductas suicidas y se posicionan como un pilar clave para

la intervención en este campo. En este sentido, hacen referencia a la ventaja que supone para el seguimiento de los pacientes con riesgo de suicidio la existencia de equipos de intervención en la comunidad, los cuales han demostrado una elevada eficacia en la prevención del suicidio<sup>(34)</sup>. Finalmente, hay que destacar que este grupo profesional señala de una manera significativa la carencia de tiempo suficiente para las intervenciones con estos pacientes como una limitación importante que tiene el sistema público de salud.

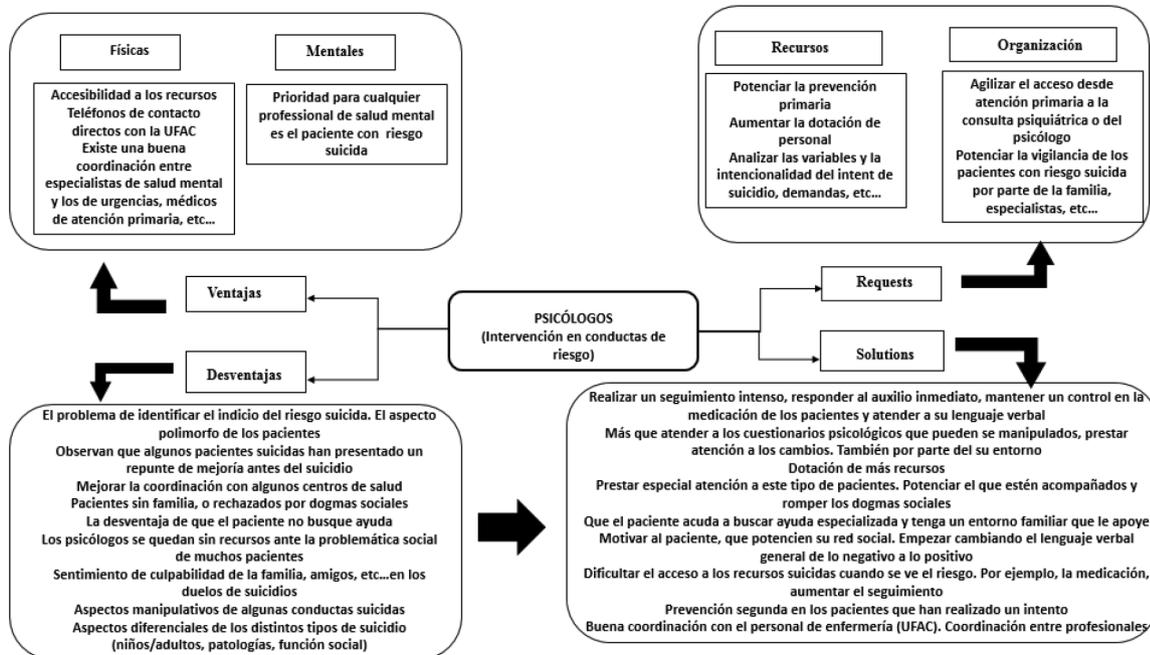


Figura 5 - Intervención en conductas de riesgo por el personal sanitario de psicología (elaboración propia)

## CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio constituyen un gran aporte en la detección, tratamiento y prevención de las conductas suicidas. Nuevos proyectos de investigación en este campo son necesarios. El conjunto de los profesionales que han participado en esta investigación coinciden en señalar la gran importancia que se otorga al suicidio como problema de salud pública y en considerar como insuficien-

tes los recursos para su abordaje. Las dificultades existentes para su detección y manejo evidencian la necesidad de crear programas de prevención y estrategias de intervención en este campo. En este sentido, el proyecto EUREGENAS supone un gran avance en la prevención del suicidio en Europa y abre las puertas para el desarrollo de futuros proyectos de intervención en este campo a nivel europeo.

## REFERENCIAS

1. España. Instituto Nacional de Estadística (INEbase). Defunciones según la Causa de Muerte. Madrid; 2012.
2. Dyregrov K. What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective. *Crisis*, [Internet]. 2011 [citado 2014 sep. 19]; 32(6): 310-318. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21940240> doi: 10.1027/0227-5910/a000098
3. WHO. Suicide prevention (SUPRE). World Health Organization: Geneva; 2005
4. Kovess-Masfety V, Boyd A, Haro J M, Bruffaerts, R, Villagut, G, Lépine, J P, Gasquet, J., Alonso, J. High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. *J Affect Disord*, [Internet]. 2011 [citado 2014 sep. 19]; 133(1-2): 247-256. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21621264> doi: 10.1016/j.jad.2011.04.014
5. Lester D, Yang B. Regional and time-series studies of suicide in nations of the world. *Arch Suicide Res*, [Internet]. 2005 [citado 2014 sep. 19]; 9(2): 123-133. Disponible en [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811110590903972#.VB-sU1vI\\_vng](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811110590903972#.VB-sU1vI_vng) DOI: 10.1080/13811110590903972
6. Chen Z, Zhang Y, Liu Z, Liu Y, Dyregrov A. Structure of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) with children and adolescents exposed to debris flood. *PLoS One*, [Internet]. 2012 [citado 2014 sep. 19]; 7(8). Disponible en <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0041741> e41741. DOI: 10.1371/journal.pone.0041741
7. Neeleman J. Beyond risk theory: suicidal behavior in its social and epidemiological context. *Crisis*. 2002; 23(3): 114-120.
8. Gene, AR. Environment Interaction and Suicidal Behavior. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Frontiers in Neuroscience, capítulo 10. Filadelfia: Boca Raton; 2010. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107200/>

9. Hawton, K, Harriss, L, Hodder, K, Simkin, S, Gunnell, D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychol Med*. 2001; 31(5):827-836.
10. Leenaars A, Cantor C, Connolly J, EchoHawk, M, Gailiene, D, He, ZX, Kokorina, N, Lester, D, Lopatin, AA, Rodriguez, M, Schlebusch, L, Takahashi, Y, Wenckstern, S. Controlling the environment to prevent suicide: international perspectives. *Can J Psychiatry*. 2000; 45(7): 639-644.
11. Schneider, B, Grebner, K., Schnabel, A, Hampel, H, Georgi, R, Seidler, A. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Res*, [Internet]. 2011 [citado 2014 sep. 19]; 190(2-3): 265-270. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21890214> doi: 10.1016/j.psychres.2011.07.037
12. Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, [Internet]. 2010, [citado 2014 sep. 19]; 45(8): 795-800. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-009-0120-7> DOI: 10.1007/s00127-009-0120-7
13. Yamauchi T, Fujita T, Tachimori H, Yamauchi, T, Fujita, T, Tachimori, H, Takeshima, T, Inagaki, M, Sudo, A. Age-adjusted relative suicide risk by marital and employment status over the past 25 years in Japan. *J Public Health (Oxf)* [Internet]. 2013 [citado 2014 sep. 19]; 35(1): 49-56. Disponible en: <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/35/1/49.short> doi: 10.1093/pubmed/fds054
14. Gearing R E, Lizardi D. Religion and suicide. *J Relig Health*, [Internet]. 2009, [citado 2014 sep. 19]; 48(3): 332-341. Disponible en [http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-008-9181-2](http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-008-9181-2#page-1) DOI: 10.1007/s10943-008-9181-2
15. Hilton S C, Fellingham G W, Lyon, J L. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *Am J Epidemiol*. 2002; 155(5): 413-419.
16. Neeleman J, de Graaf R, Vollebergh W. The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *J Affect Disord*, [Internet]. 2004 [citado 2014 sep. 19]; 82(1): 43-52. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032703002325> DOI: 10.1016/j.jad.2003.09.005
17. Runeson B S, Beskow J, Waern M. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93(1): 35-42.
18. Gibb S J, Beautrais A L, Fergusson D M. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Aust N Z J Psychiatry*, [Internet]. 2005, [citado 2014 sep. 19]; 39(1-2): 95-100. Disponible en <http://neurotech.org.nz/research/publications/papers/0334.pdf> DOI: 10.1111/j.1440-1614.2005.01514.x
19. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 447-452.
20. Oldham J M. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*, [Internet]. 2006 [citado 2014 sep. 19]; 163(1): 20-26. Disponible en <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=177987> DOI: 10.1176/appi.ajp.163.1.20
21. Osborn D, Levy G, Nazareth I, King M. Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK general practice research database. *Schizophr Res*, [Internet]. 2008 [citado 2014 sep. 19]; 99(1-3): 134-138. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996407005361> en DOI: 10.1016/j.schres.2007.11.025
22. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend, E, Harris, L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(8): 1494-1500.
23. Kessler R C, Borges G, Walters E E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56(7): 617-626.
24. Nock, M K, Kessler R C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*, [Internet]. 2006 [citado 2014 sep. 19]; 115(3): 616-623. Disponible en <http://jreiss.psych.udel.edu/616.pdf> DOI: 10.1037/0021-843X.115.3.616
25. Sánchez, M.C.; Delgado; MC, Santos, M. C. (2013). El proceso de la Investigación cualitativa. Manual de procedimiento: ejemplificación con una tesis doctoral. Valladolid: Edintras
26. Miles M B, Huberman A. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. California: Sage; 1994
27. Pagura J, Fotti S, Katz L Y, Sareen, J. Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatr Serv*, [Internet]. 2009 [citado 2014 sep. 19]; 60(7): 943-949. Disponible en <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=100601> DOI: 10.1176/appi.ps.60.7.943
28. Jauregui J, Martinez M L, Rubio G, Santo Domingo, J. Patients who attempted suicide and failed to attend mental health centres. *Eur Psychiatry*. 1999; 14(4): 205-209.
29. Milner A, Kolves K, Kolves, K, Gladman, B, De Leo, D. Treatment priority for suicide ideation and behaviours at an Australian emergency department. *World J Psychiatry*, [Internet]. 2013 [citado 2014 sep. 19]; 3(2): 34-40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782185/> DOI: 10.5498/wjp.v3.i2.34
30. Luoma J B, Martin C E, Pearson J L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(6): 909-916.

- 
31. Laget J, Plancherel B, Stephan P, Bolognini, M, Corcos, M, Jeammet, P, Halfon, O. Personality and repeated suicide attempts in dependent adolescents and young adults. *Crisis*. 2006; 27(4):164-171.
  32. Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Pares G, Giró, M, Llorens, M, Cebriá, A, De León-Martínez, V, Pérez-Solà, V, Palao, DJ. Attempted and completed suicide: not what we expected? *J Affect Disord*, [Internet]. 2013 [citado 2014 sep. 19]; 150(3): 840-846. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23623420> DOI: 10.1016/j.jad.2013.03.013
  33. Sun F K, Long A, Huang X Y Huang HM. Family care of Taiwanese patients who had attempted suicide: a grounded theory study. *J Adv Nurs*, [Internet]. 2008 [citado 2014 sep. 19]; 62(1): 53-61. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04578.x/abstract;jsessionid=31C22F8893D5F00DC2E8F946DD23C210.f01t03?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false> doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04578.x
  34. Tyrer P. The future of specialist community teams in the care of those with severe mental illness. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2007; 16 (3): 225-230.