



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

María Jesús Montes Lozano, Patricia Fernández Sotos

mjmontes@sescam.jccm.es

Suicidio. Salud Mental. Variables cognitivas

INVESTIGADORES COLABORADORES

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

- Jorge Javier Ricarte Trives

Departamento de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Castilla La Mancha, Albacete, España.

- Anabel Yanina Lemus Veleda

Facultativo Especialista de área (Psicóloga clínica), Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

- Rocío Sáez Povedano

Facultativo Especialista de área (Psiquiatra), Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

- José Campos Moreno

Médico Interno Residente, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

- Carolina Mora Sánchez

Médico Interno Residente, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

- María Aliño Dies

Médico Interno Residente, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Instituto de Investigación en Informática de Albacete

Para el análisis de datos, contamos con la ayuda de dos personas del Instituto de Investigación en Informática de Albacete.

- Antonio Fernández Caballero - CIBERSAM (Biomedical Research Networking Centre in Mental Health); Departamento de Sistemas Informáticos, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España; Instituto de Investigación en Informática de Albacete, Albacete, España.
- Arturo Simón García Jiménez - Departamento de Sistemas Informáticos, Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete, España; Instituto de Investigación en Informática de Albacete, Albacete, España.

RESUMEN DEL PROYECTO

Introducción: En los últimos años, la conciencia sobre el impacto de la conducta suicida en nuestra sociedad ha ido en aumento, así como el interés por las medidas dirigidas a identificarlo e intervenir de manera precoz. Existen diferentes modelos de intervención sobre la prevención de la conducta suicida, incluyendo estudios que inciden en las condiciones sociales, en las características personales con relación al ambiente, en el dolor psicológico, en la interacción entre la vulnerabilidad biológica y el ambiente invalidante, etc. En los últimos años, ha surgido un modelo más comprehensivo que pretende dar estructura a todo lo que se conoce sobre el suicidio e intenta explicar cómo aparecen las ideas suicidas y cómo se desarrolla la transición de esos pensamientos a conductas de suicidio que pueden acabar en muerte. Este es el Modelo integrado motivacional-volitivo del comportamiento suicida de O'Connor y Kirtley (2018). *Objetivo:* El proyecto tiene como objetivo general analizar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con ideación suicida, en comparación con los pacientes con conducta suicida, así como la influencia de algunas variables cognitivas (incluyendo el pensamiento repetitivo negativo, la derrota y el atrapamiento) sobre la ideación y la conducta suicida. Diferenciar los factores de riesgo asociados a la aparición de ideación o conducta suicida, resulta crucial a la hora de diseñar programas preventivos que favorezcan la detección y el abordaje precoz. *Metodología:* Se llevará a cabo un estudio analítico descriptivo que incluirá a una población de 32 pacientes con ideación suicida y a 32 pacientes con conducta suicida.

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Se administrarán una serie de cuestionarios, tanto sociodemográficos como clínicos, incluyendo las escalas específicas de pensamiento repetitivo negativo, derrota y atrapamiento, de cara a comparar el perfil de ambos grupos clínicos.

INTRODUCCIÓN

Casi un millón de personas mueren anualmente por suicidio, la segunda causa de muerte más frecuente entre los jóvenes (Bravo-Ortiz., 2019). En España, supone la primera causa de muerte externa, con una tasa anual que varía entre los 11,8 suicidios por 100.000 personas en hombres y 4,05 en mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2017). En España, el suicidio supone la tercera causa de muerte entre los 15 y los 29 años (Instituto Nacional de Estadística., 2017). Aunque las cifras de suicidio en población infantojuvenil no son las más elevadas, se han disparado de manera llamativa en los últimos tiempos, con un aumento en la prevalencia de la conducta suicida de hasta 4 veces en los últimos años (Cañón-Buitrago & Carmona Parra, 2018). Entre los factores de riesgo asociados al suicidio en la adolescencia encontramos: trastornos mentales, intentos de suicidio previos, características de la personalidad (especialmente la impulsividad), factores familiares, eventos biográficos adversos, imitación y disponibilidad de medios (Carballo y cols., 2020).

La prevención del suicidio es una de las áreas de la salud mental que más interés general despierta, existiendo una cierta unanimidad en considerarla uno de los grandes retos de la salud. La verbalización de las ideas de suicidio en un ambiente de confianza (en un ambiente familiar, en una relación terapéutica), puede ayudar al paciente a encontrar entendimiento, soporte emocional y puede potenciar una ganancia de perspectiva y de fortalecimiento de las relaciones (Hom y cols., 2017; Sheehan y cols., 2019).

La etiología del suicidio es compleja y multifactorial, y está relacionada con factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales que pueden variar con el tiempo, lo que obliga a disponer de sistemas de información robustos y a diseñar estrategias de intervención integrales (Gabilondo., 2020).

Existen diferentes modelos sobre la conducta suicida, incluyendo estudios que inciden en las condiciones sociales, en las características personales con relación al ambiente, en el dolor psicológico, en la interacción entre la vulnerabilidad biológica y el ambiente invalidante, etc.

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Los modelos desarrollados hasta ahora han sido variados y han tendido a priorizar áreas concretas de la atención con mayor respaldo de la literatura, entre ellas, el modelo de continuidad de cuidados de pacientes de alto riesgo, uno de los ámbitos en los que el desarrollo de iniciativas ha sido más protagonista en España (Zalsman y cols., 2016).

En los últimos años, ha surgido un modelo más comprehensivo que pretende dar estructura a todo lo que se conoce sobre el suicidio e intenta explicar cómo aparecen las ideas suicidas y cómo se desarrolla la transición de esos pensamientos a conductas de suicidio que pueden acabar en muerte. Este es el Modelo integrado motivacional-volitivo del comportamiento suicida de O'Connor y Kirtley (2018) (Anexo 1). Los precursores de este modelo fueron O'Connor y Kirtley (2018), quienes afirman que el comportamiento suicida es el resultado de una compleja interacción de factores, cuyo predictor proximal es la intención de involucrarse en un comportamiento suicida (ver Figura 1). Así, estos autores plantean el suicidio como una conducta y no solo como un producto derivado de una patología mental. Cabe destacar que este modelo también aporta distintos elementos que pueden ser usados como focos de intervención y que permiten reducir el riesgo de que la experiencia de angustia emocional se manifieste como ideación y comportamiento suicida.

Este modelo ofrece un marco teórico explicativo del proceso completo y de todas sus fases, las cuales son tanto motivacionales como volitivas.

En primer lugar, nos encontramos con la fase premotivacional, la cual describe una serie de premisas que hacen que la persona sea vulnerable a desarrollar la conducta. Esta fase está compuesta por tres factores que serían los elementos desencadenantes a la hora de desarrollar la conducta suicida: la diátesis, el contexto social (ambiente) y las situaciones y eventos vitales. La diátesis hace referencia a la predisposición a desarrollar una conducta (por ejemplo, la disminución de la neurotransmisión serotoninérgica es uno de los factores de vulnerabilidad para el comportamiento suicida). El contexto social es definido como el lugar donde se mueve la persona, los elementos de apego y las circunstancias vividas del propio individuo, donde destaca el impacto de los cambios sociales como, por ejemplo, una recesión económica. Por último, las situaciones y eventos vitales harían alusión a cualquier acontecimiento negativo en cualquier etapa de la vida del individuo.

En segundo lugar, nos encontramos con la fase motivacional, la cual se encarga de describir el factor que administra el desarrollo de las conductas suicidas no letales, intentos e ideación suicida. Los conceptos claves de esta fase son la derrota y el atrapamiento.

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Gilbert y Allan (1998) describen la derrota como una sensación de lucha fallida con respecto a la pérdida o alteración de algún estatus valioso u objetivos jerárquicos internos. Existen tres principales circunstancias que tienen el potencial de inducir percepciones de derrota: el fracaso en la consecución o pérdida de recursos valiosos (tanto sociales, como materiales); las humillaciones sociales o ataques por parte de otros; y, por último, las fuentes internas de ataque (autocrítica, comparaciones sociales o ambiciones inalcanzables). Por su parte, el atrapamiento se encuentra asociado a eventos estresantes de la vida o circunstancias que son particularmente crónicas y continuas, sin embargo, también involucra procesos psicológicos relacionados con la percepción subjetiva del individuo de que sus circunstancias son incontrolables, incesantes e ineludibles (Taylor y cols., 2011). El atrapamiento se divide en dos subclases: atrapamiento externo, el cual se relaciona con las percepciones recibidas por eventos o circunstancias externas, y el atrapamiento interno, que se relaciona con pensamientos y sentimientos internos (O'Connor & Portzky., 2018).

Como tercera fase de este modelo, nos encontramos con la fase volitiva, la cual se encarga de delimitar factores que determinan si se produce dicha conducta suicida y en la que los moderadores volitivos rigen en el paso de la ideación al intento de suicidio, por lo que identificando y actuando sobre estos moderadores se podría salvar la vida a la persona. Cabe destacar que el acceso a los medios letales y el grado de planificación previo reforzará esta conducta, así como la planificación de cuándo se realizará, actuando a modo de ensayo, suicidios familiares o allegados previos que pueden servir como modelos o factores de imitación. La impulsividad y la sensibilidad al dolor, la cual se verá incrementada con las autolesiones o intentos previos, y las creencias sobre la muerte, también estarían incluidos entre estos moderadores.

Derrota, atrapamiento y pensamiento repetitivo negativo

Es importante hacer una clara distinción entre el concepto de atrapamiento y derrota debido a que las percepciones de la derrota emergen primero, como resultado de la evaluación inicial de la situación y, tras esta, se producen las percepciones de atrapamiento, dependiendo del juicio del individuo sobre su capacidad para escapar o resolver la situación de derrota.

O'Connor y Kirtley (2018) describen el paso de la derrota y humillación al atrapamiento a través de diferentes moderadores del self que potencian esta transición.

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Entre ellos se encuentran, por ejemplo, la capacidad de resolución de problemas, los sesgos en la memoria autobiográfica o las rumiaciones. Una vez que la persona se instala en la sensación de atrapamiento, los moderadores motivacionales, los cuales regulan la formación de la ideación suicida, son los encargados de actuar de manera protectora, permitiendo al individuo ver alternativas, regulando su dolor y visualizando un futuro más positivo. Estos moderadores son una pieza clave en la intervención y algunos, como las razones para vivir, los pensamientos positivos de un futuro alcanzable, la búsqueda de objetivos adaptativos, la pertenencia social o conectividad, serán protectores. En cambio, tener poco o nulo apoyo social o el agotamiento de la resiliencia, aumentará el riesgo de que aparezca la ideación suicida.

Centrándonos en la rumiación como moderador del atrapamiento, debemos tener en cuenta que este concepto hace alusión al pensamiento repetitivo negativo (PRN) que tienen las personas acerca de episodios adversos de su vida en el que se creen que les suceden más cosas malas que a los demás y a las que son incapaces de encontrar una solución ya que, en el caso de hallarla, carecen de motivación para llevarla a cabo, por lo que estaríamos hablando de un sentimiento de derrota (Lievaart y cols 2013). Según Wenzel y Beck (2008), las personas que rumian y tienen dificultades para desconectarse de pensamientos suicidas pueden verse, por un lado, afectadas por cogniciones y estímulos relacionados con el suicidio, presentando fijación atencional, y, por otro lado, sentirse abrumados por ellas buscando cualquier forma de escape, incluido el suicidio.

En cuanto a las pruebas empíricas del modelo de O'Connor y Kirtley (2018) y sus componentes, nos encontramos con que la derrota y el atrapamiento guardan un papel importante en la conducta suicida en los estudios que han utilizado este modelo. En un estudio reciente (Owen y cols., 2017) se encontró que la derrota predecía la ideación suicida a través del atrapamiento en un seguimiento de cuatro meses en una muestra de individuos con trastorno bipolar, mientras que en el estudio de Wetherall, Robb y O'Connor (2019), cuya muestra es de 422 adultos con sintomatología depresiva, nos encontramos con que el atrapamiento es un mediador de la relación entre la derrota y la ideación suicida, apoyando la predicción de este modelo.

El atrapamiento también está directamente relacionado con la ideación suicida en adolescentes con sintomatología depresiva, pero también actúa como mediador de la relación (junto con síntomas psicósomáticos, resiliencia y depresión) entre la supresión de la ira y la ideación suicida (Park y cols., 2010).

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Adicionalmente, también existen investigaciones que estudian la rumiación, la derrota y el atrapamiento. Una de ellas es la de Tucker, O'Connor y Wingate (2016) la cual investiga la rumiación en el Modelo integrado motivacional-volitivo del comportamiento suicida de O'Connor y Kirtley (2018) y cuyos participantes eran estudiantes con depresión debido a la experiencia de una reciente ideación suicida y cuyo resultado fue que la derrota tuvo un efecto directo sobre la ideación suicida y la rumiación a través del atrapamiento. Por otro lado, también nos encontramos con el estudio de Teismann y Forkmann (2017) a través del cual se investigó la rumiación en una muestra control (142) y en una muestra clínica (226) de adultos que reciben psicoterapia ambulatoria por intento de suicidio. Los resultados mostraron que la rumiación se asoció positivamente con la ideación suicida y que las percepciones de atrapamiento median entre la rumiación y la ideación suicida. Sin embargo, la relación inversa, donde la asociación entre el atrapamiento y la ideación suicida está mediada por el pensamiento repetitivo negativo no fue apoyada.

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

- Los pacientes con ideación suicida y con conducta suicida presentarán un perfil sociodemográfico y clínico diferente.
- Las variables de atrapamiento interno y externo, derrota e ideación/ conducta suicida presentarán una asociación positiva.
- Las variables de derrota y atrapamiento (tanto interno como externo), ayudarán a predecir el riesgo suicida.
- La derrota presentará un efecto indirecto sobre el riesgo suicida a través de ambos tipos de atrapamiento.
- Existirá una correlación positiva entre las variables de pensamiento negativo repetitivo, derrota y atrapamiento (tanto interno como externo).

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Analizar el perfil sociodemográfico y clínico de dos grupos de pacientes: un primer grupo con ideación suicida, y un segundo grupo con conducta suicida.
- Estudiar la influencia de variables cognitivas, incluyendo el pensamiento repetitivo negativo, la derrota y el atrapamiento, sobre la ideación y la conducta suicida.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Diseño

Estudio descriptivo analítico de 11 meses de duración (abril de 2021 a marzo de 2022), en el que se incluirá a pacientes del "Complejo Hospitalario Universitario de Albacete".

Participantes

Se incluirá a los pacientes que acuden a la consulta monográfica de Atención al Riesgo de Suicidio. A esta consulta acuden los pacientes derivados desde los diferentes dispositivos de la Unidad de Salud Mental (Servicios de Urgencias psiquiátricas, Unidad de Hospitalización Breve, Unidad de Interconsulta y Enlace, Consultas externas y Consultas externas de la Unidad infanto-juvenil para el caso de pacientes menores de edad) y desde Atención Primaria, con triaje de los pacientes indicados por los Médicos de Atención Primaria, como preferentes y con ideación/ conducta suicida). Se incluirá a pacientes que presenten ideación suicida/ conducta suicida.

Se acordaron los siguientes criterios de inclusión

- a) Ideación suicida / conducta suicida activa.
- b) Edad \geq 14 años, dado el aumento llamativo en el número de casos con conducta suicida de menores de edad en los últimos años.
- c) Hablar correctamente castellano.
- d) Firmar el consentimiento informado (en el caso de pacientes menores de 18 años, se incluirá un consentimiento informado adaptado al menor y un consentimiento informado que ha de rellenar el tutor legal).

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Como criterios de exclusión

- a) Retraso mental.
- b) Trastorno generalizado del desarrollo.
- c) Daño neurológico que afecte la cumplimentación de los cuestionarios.
- d) Estar diagnosticado de cualquier tipo de enfermedad neurológica o cualquier enfermedad sistémica con afectación relevante del sistema nervioso central.
- e) Pacientes en régimen de hospitalización.

Con respecto al tamaño muestral, tomando como referencia los resultados del estudio longitudinal de O'Connor et al., 2013 en el que se obtuvo información sobre el número de intentos suicidas en aquellos participantes con ideación suicida y utilizando el programa Statulator (Dhand & Khatkar, 2014), asumiendo una desviación estándar de 5.78 y empleando una distribución t para estimar el tamaño de la muestra, nuestro estudio requerirá una muestra de 61 participantes con un 95% de confianza y con una precisión de 1.5 en el caso de análisis de tipo transversal analítico.

Para las comparaciones entre aquellos participantes que han presentado conductas suicidas frente a los que no, ante la presencia de ideación suicida, asumiendo una desviación estándar obtenida en el estudio de O'Connor et al., 2013, se requerirá una muestra de 32 participantes en cada grupo (64 en total asumiendo un tamaño igual entre grupos) para alcanzar una potencia del 80% a un nivel de significatividad del 5% para detectar una diferencia de medias entre grupos de 4.21 como la encontrada en el citado estudio.

Teniendo en consideración lo previo, el tamaño muestral se ha determinado en 64 pacientes (32 participantes con ideación suicida y 32 pacientes con conducta suicida).

PROCEDIMIENTO

Aquellos pacientes de la consulta monográfica de Atención al Riesgo de Suicidio que cumplan con los criterios de inclusión/ exclusión, que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado, entrarán en el estudio. La inclusión se realizará de forma consecutiva.

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

El equipo de investigación citará al paciente en una única ocasión, en un día y hora específico, fuera de las consultas habituales del programa.

En una única visita, se recogerán datos sociodemográficos y clínicos (tarea de recogida de datos llevada a cabo por el investigador a través de la historia clínica del paciente y de una entrevista semiestructurada, con una duración estimada de 20 minutos), y se administrarán las escalas específicas del programa (tarea de cumplimentación de escalas autoaplicadas por parte del paciente, con un tiempo total estimado de 35 minutos). En total, el tiempo estimado de participación en el estudio será de 55 minutos. Una vez recogidos los datos, se dará por finalizada la colaboración en el estudio.

Las escalas serán rellenas en una sala libre de ruidos, en la que el paciente estará acompañado por un investigador colaborador del estudio. El paciente tendrá la posibilidad de preguntar al investigador las dudas que surjan durante la cumplimentación de las escalas. Una vez finalizada la cumplimentación, devolverá las mismas al investigador. En el caso de pacientes menores de 18 años, se permitirá que uno de los padres/ tutores legales del menor, esté presente durante la colaboración en el estudio.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

Instrumentos a cumplimentar por el profesional:

Las escalas incluidas en este apartado serán cumplimentadas por el profesional fuera de la jornada laboral diaria, con un tiempo total estimado de 20 minutos.

- Para la recogida de datos clínicos y sociodemográficos se utilizarán los Cuadernos de Recogida de Datos (CRD) que incluyen los datos sobre variables sociodemográficas (incluyendo género, edad, nivel educativo, actividad laboral, etc), antecedentes personales psiquiátricos (incluyendo información relativa a intentos de suicidio/ conducta suicida), antecedentes personales somáticos, antecedentes familiares psiquiátricos, antecedentes familiares somáticos, consumo de sustancias (actual y pasado), tratamiento (farmacológico y psicosocial) e ingresos previos (Anexo 2). Duración de cumplimentación de la escala: 12 minutos.

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

- Escala SAD PERSONS (SAD PERSONS Scale, SPS) (Patterson, Dohn, Bird, & Patterson, 1983), que incluye un nemotécnico de 10 ítems (es decir, cada letra de la escala representa un factor de riesgo potencial de suicidio). La puntuación de la escala es el número total de factores de riesgo que están presentes. Cada factor de riesgo se pondera por igual y se puntúa como 1 si está presente y 0 si está ausente. La puntuación se clasifica en riesgo bajo (puntuaciones de 0 a 4), riesgo medio (5-6) y riesgo alto (7-10) (Anexo 3). Duración de cumplimentación de la escala: 1-2 minutos.
- Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (Clinical Global Impression for Severity of Suicidality, CGI-SS) (Lindenmayer y cols., 2003), una escala basada en la experiencia clínica del profesional que clasifica a los pacientes en "no suicida", "ligeramente suicida", "moderadamente suicida", "gravemente suicida" y "tentativa suicida" (Anexo 4). Duración de cumplimentación de la escala: 1-2 minutos.
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), elaborada por la American Psychiatric Association (APA, 1987). Evalúa el nivel de funcionamiento en una escala de 0 a 100 (Anexo 5). Duración de cumplimentación de la escala: 1-2 minutos.
- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (List of Threatening Experiences, LTE) (Brugha y cols., 1985). La escala incluye 12 ítems en formato verdadero y falso, en los que se valoran diferentes eventos estresantes (Anexo 6). Duración de cumplimentación de la escala: 1-2 minutos.

Instrumentos a cumplimentar por el paciente:

Se incluyen escalas autoaplicadas que serán cumplimentadas por el paciente, una vez finalizada la visita para valoración clínica e indicaciones terapéuticas, con un tiempo total estimado de 35 minutos. El lugar destinado a la cumplimentación de escalas será una sala anexa a la consulta, libre de ruidos, en la que el paciente estará acompañado por un investigador colaborador del estudio. El paciente tendrá la posibilidad de preguntar al investigador las dudas que surjan durante la cumplimentación de las escalas. Una vez finalizada la cumplimentación, el paciente devolverá las mismas al investigador.

- Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) (Beck y cols., 1974). Incluye 20 ítems en formato verdadero y falso, donde se valoran tres dimensiones: sentimientos sobre el futuro, pérdida de motivación y expectativas (Anexo 7).

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Duración de cumplimentación de la escala: 5 minutos.

- Escala de Impulsividad de Plutchik (Plutchik's Impulsivity Scale, IS) (Plutchik & Van Praag, 1989). Es una escala de 15 ítems en los que las respuestas se clasifican en nunca, a veces, a menudo, casi siempre (Anexo 8).

Duración de cumplimentación de la escala: 5 minutos.

- Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI) (Beck, Kovacs & Weissman, 1979), una escala que consta de 19 ítems para cuantificar y evaluar la ideación suicida. Cada ítem se clasifica en una puntuación de 0 a 2, siendo la puntuación más alta la indicativa de mayor gravedad (Anexo 9).

Duración de cumplimentación de la escala: 5 minutos.

- Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 (The Duke-UNK functional social support questionnaire) (Broadhead y cols., 1988). La escala evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, y tiene la ventaja de ser multidimensional y destacar por su sencillez y brevedad. Evalúa el "apoyo confidencial" (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el "apoyo afectivo" (demostraciones de amor, cariño y empatía) (Anexo 10). Duración de cumplimentación de la escala: 2 minutos.
- Escala de Derrota (D Scale) de Gilbert y Allan (1998). Esta escala es la encargada de medir el constructo psicológico de derrota presente dentro de la fase motivacional en el Modelo integrado motivacional-volitivo del comportamiento suicida de O'Connor y Kirtley (2018). Esta escala consta de 16 ítems, con un rango de puntuación de 0 (Nunca) a 4 (Siempre) que cuantifica de manera sumativa esta variable (Anexo 11). Duración de cumplimentación de la escala: 5 minutos.
- Escala de Atrapamiento de Gilbert y Allan (1998). El instrumento está dotado de 16 ítems valorados en una escala que va desde el 0 (Para nada se parece a mí) a 4 (Se parece extremadamente a mí), que de manera sumativa determina el grado que este constructo está presente en la población objeto de estudio. Los ítems del 1 al 10 están diseñados para medir el atrapamiento interno y los ítems del 11 al 16 medirían el atrapamiento externo (Anexo 12). Duración de cumplimentación de la escala: 5 minutos.
- Cuestionario de Pensamientos Perseverantes (PTQ) (Ehring y cols., 2011). Esta escala está basada en la definición de los pensamientos rumiativos presentes dentro de diversos trastornos del estado de ánimo. Este cuestionario, mediante 15 ítems valorados de 0

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

(Nunca) a 4 (Siempre), cuantifica el grado en que la persona es proclive a poseer este tipo de pensamientos (Anexo 13). Duración de cumplimentación de la escala: 5 minutos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

La recogida de datos se realizará a través de la herramienta de gestión de datos llamada REDCap, una herramienta de gestión de datos, desarrollada por la Universidad de Vanderbilt. Se trata de una aplicación basada en web, multiplataforma (soporta Windows, Linux, Mac, Android...) y multiusuario (permite recoger datos de varios usuarios de manera simultánea y coordinada). REDCap permite la construcción de bases de datos basadas en web y en MySQL utilizando la información

suministrada por el investigador y el equipo de estudio. Además está diseñada con funciones integradas para hacer frente a los requisitos de confidencialidad y seguridad.

El análisis de datos se realizará mediante los programas SPSS y AMOS. Como estadísticos descriptivos, se utilizarán media y desviación típica para variables cuantitativas, y porcentaje para variables cualitativas. Las comparaciones entre grupos se realizarán mediante ANCOVA para variables cuantitativas y Chi cuadrado para cualitativas. Para el desarrollo y estudio del modelo se utilizarán modelos de ecuaciones estructurales (MES), que combinan el análisis factorial con la regresión lineal para probar el grado de ajuste de unos datos observados a un modelo planteado y expresado mediante un diagrama de senderos (path diagram). Así, los MES proporcionan los valores correspondientes a cada relación entre variables, y más importante, un estadístico que expresa el grado en el que los datos se ajustan al modelo propuesto, confirmando su validez.

MEDIOS MATERIALES E INFRAESTRUCTURAS A DISPOSICIÓN DEL PROYECTO

Zona básica de Salud del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

El Servicio de Salud Mental atiende a una población de 227800 habitantes. El servicio cuenta con una nueva consulta monográfica de Atención al Riesgo de Suicidio, que incluye la figura de un psiquiatra, un psicólogo clínico, apoyo de enfermería y trabajo social. El proyecto de investigación incluye un equipo de colaboradores del CHUA, compuesto por varios psiquiatras, psicólogos y médicos internos residentes.

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

APLICABILIDAD

Los resultados de este trabajo pueden aplicarse tanto al ámbito de la investigación como a la práctica clínica en pacientes con ideación y conducta suicida.

Conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con ideación suicida, en comparación con los pacientes con conducta suicida, así como la influencia de variables cognitivas sobre la ideación y la conducta suicida, resulta crucial a la hora de diseñar programas preventivos que favorezcan la detección y el abordaje precoz.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto respeta los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (última actualización de 2004), en el Informe de Belmont y en el Convenio de Oviedo relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación médica, la protección de datos de carácter personal y la bioética con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, y demás requisitos legales al respecto.

El estudio se presenta en el Comité Ético de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Dada la inocuidad de las pruebas a realizar y la no interferencia con el tratamiento pautado, se considera un estudio de mínimo riesgo. Se obtendrá el consentimiento informado por escrito de todos los participantes, salvo si el participante esté incapacitado legalmente o si es menor de edad. En tal caso, serán los familiares los que firmen el consentimiento informado.

Todos los datos serán manejados de manera estrictamente confidencial de acuerdo con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal. Así, el estudio se realizará siguiendo la Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018, de 5 de diciembre, así como el Reglamento general de protección de datos (RGPD) de la UE aprobado el 6 de abril de 2016. Ni los nombres, ni cualquier otro dato que pueda llevar a la identificación de los pacientes que participen en el estudio serán publicados en ninguno de los trabajos que se deriven de esta investigación. Los datos estarán en todo momento anonimizados y se trabajará con ficheros de datos disociados. Todo ello con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos. Los datos no se cederán a personas ajenas a la investigación.

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Tiene derecho a ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición) regulados en la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 y en el Real Decreto 1720/2007.

FECHAS PREVISTAS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

Abril a Septiembre de 2021: Recogida de datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes con ideación y conducta suicida, así como de las variables cognitivas de derrota, atrapamiento y pensamiento negativo repetitivo.

Octubre a Diciembre de 2021: Análisis de datos.

Enero-Marzo de 2022: Discusión de los resultados, preparación de publicaciones y presentaciones a Congresos.

DISTRIBUCIÓN DE TAREAS ENTRE EL EQUIPO INVESTIGADOR:

TAREAS DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

Los Investigadores Principales (IP) llevarán a cabo las labores de coordinación general del proyecto.

La Dra. M^a Jesús Montes llevará a cabo las tareas de gestión clínica global del proyecto, con coordinación de intervinientes del Servicio de Salud Mental y de la Red asistencial para enfermedad mental.

Las tareas de inclusión/ exclusión al programa, administración de instrumentos de evaluación y recogida de datos, así como la implantación, el desarrollo y la evaluación del programa, correrán a cargo de la psiquiatra Patricia Fernández y la psicóloga clínica Anabel Yanina Lemus, con la colaboración de los médicos internos residentes.

El Dr. Jorge Javier Ricarte y el equipo de ingenieros de la UCLM (Dr. Antonio Fernández y Dr. Arturo Simón), colaborarán activamente en las tareas de revisión de la literatura previa, redacción y preparación de los resultados y análisis estadístico de las publicaciones.

La Dra. Rocío Sáez se encargará de las tareas de coordinación de casos derivados desde la unidad de interconsulta y enlace.

Cada 4 semanas se realizará una reunión presencial de coordinación a la que acudirán los IP y los colaboradores del proyecto.

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

Todos los investigadores participarán en la discusión de los resultados y en la preparación de publicaciones y presentaciones a Congresos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El alcance de los resultados puede verse afectado por el tamaño muestral utilizado, así como por las características de los pacientes incluidos (en términos sociodemográficos y clínicos).

Estudios con tamaños muestrales mayores y que se lleven a cabo en áreas geográficas diferentes, ayudarán a aclarar estas dudas.

PREVISIÓN DE NECESIDADES Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

El estudio no requiere financiación.

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES PRINCIPALES

María Jesús Montes & Patricia Fernández Sotos,

Albacete a 3/3/2021.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. (1987). Escala de evaluación de la actividad global (EEAG). DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington.
2. Bravo-Ortiz, M. F. (2019). Implementation of a suicide risk prevention program in the Autonomous Community of Madrid. The ARSUIC experience. *Actas Esp Psiquiatr*, 47(6), 229-35.
3. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale (1974). *J Consult Clin Psychol*. 42(6):861-5.
4. Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

5. Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The DukeUNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723
6. Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15(01), 189-194. <http://doi.org/10.1017/S003329170002105X>
7. Cañón Buitrago, S. C., & Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397
8. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, Hoekstra PJ, Coghill D, Schulze UME,
9. Dhand, N. K., & Khatkar, M. S. (2014). Statulator: An online statistical calculator. Sample Size Calculator for Estimating a Single Mean.
10. Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. *Gaceta Sanitaria*.
11. Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585-598. doi:10.1017/S0033291798006710
12. Hom, M.A., Stanley, I.H., Podlogar, M.C., Joiner, T.E., 2017. "Are you having thoughts of suicide?" Examining experiences with disclosing and denying suicidal ideation. *J. Clin. Psychol.* <https://doi.org/10.1002/jclp.22440>
13. Instituto Nacional de Estadística (portal electrónico), defunciones según la Causa de Muerte 2017 (accesed 27/03/2019). <http://ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5453&capsel=5454>
14. Lievaart, M., Van der Heiden, C., & Geraerts, E. (2013). Association between depressive symptoms, rumination, overgeneral autobiographical memory and interpretation bias with a clinically depressed sample. *Psychology and Psychotherapy*, 7, 2-6. doi:10.4172/2161-04876.S7-004
15. Lindenmayer, J. P., Czobor, P., Alphas, L., Nathan, A. M., Anand, R., Islam, Z., ... & InterSePT Study Group. (2003). The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophrenia research*, 63(1-2), 161-170.

**TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO
DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA.
VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA**

16. O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373, 20170268. doi:10.1098/rstb.2017.0268
17. O'Connor, R. C., & Portzky, G. (2018). The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Current Opinion in Psychology*, 22, 12-17. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.07.021
18. Owen, R., Dempsey, R., Jones, S., & Gooding, P. (2017). Defeat and entrapment in bipolar disorder: Exploring the relationship with suicidal ideation from a psychological theoretical perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48, 116-128. doi:10.1111/sltb.12343
19. Park, Y., Ryu, H., Han, K., Kwon, J., Yoon, J., & Cheon, S. (2010). Suicidal ideation in adolescents: An explanatory model using LISREL. *Western Journal of Nursing Research*, 32(2), 168-184. doi:10.1177/0193945909349115
20. Plutchik, R., & Van Praag, H. M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in NeuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13, 23-24
21. Sheehan L, Oexle N, Armas SA, Wan HT, Bushman M, Glover L, Lewy SA. Benefits and risks of suicide disclosure. *Soc Sci Med.* 2019 Feb;223:16-23. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.01.023.
22. Teismann, T., & Forkmann, T. (2017). Rumination, entrapment and suicide ideation: A mediational model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 226-234. doi: 10.1002/cpp.1999
23. Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin Journal*, 137(3), 391-420. doi:10.1037/a0022935
24. Tucker, R. P., O'Connor, R. C., & Wingate, L. R. (2016). An investigation of the relationship between rumination styles, hope, and suicide ideation through the lens of the Integrated Motivational-Volitional Model of suicidal behavior. *Archives of Suicide Research*, 20(4), 553-566. doi: 10.1080/13811118.2016.1158682
25. Wenzel, A., & Beck, A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189-201. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.001

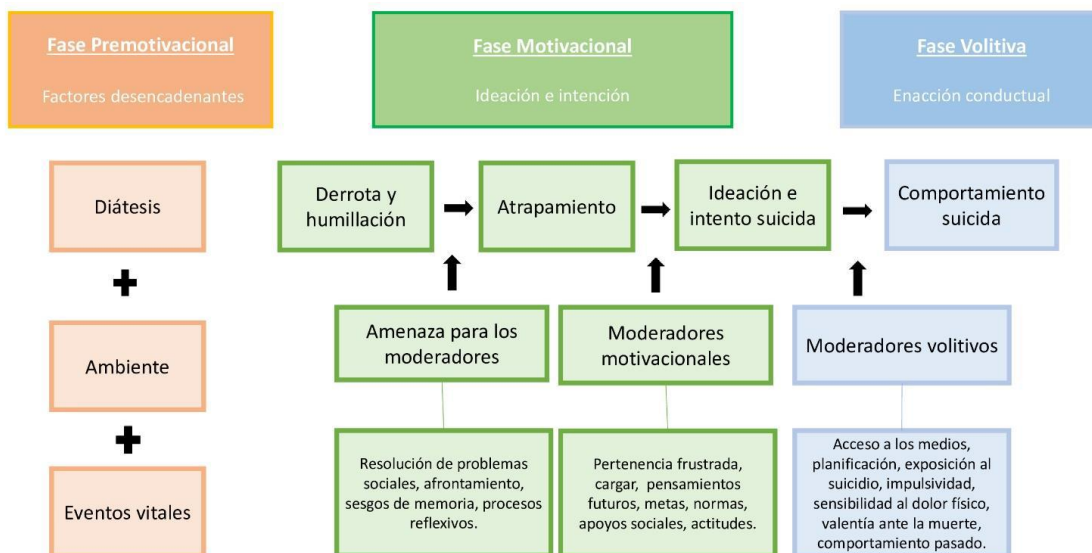
TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

26. Wetherall, K., Robb, K., & O'Connor, R. C. (2019). An examination of social comparison and suicide ideation through the lens of the Integrated Motivational-Volitional Model of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 167-182. doi:10.1111/sltb.12434
27. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:646–59.5

TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA

ANEXOS

Anexo 1 - Adaptación de la figura de las fases del Modelo integrado motivacional-volitivo del comportamiento suicida de O'Connor y Kirtley (2018).



Anexo 2 - Cuaderno de recogida de datos (CRD):

Incluye 3 apartados: Datos sociodemográficos, datos sobre la derivación y datos clínicos.

Datos sociodemográficos
1. Número de identificación (Codificado)
2. Edad
3. Género

**TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO
DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA.
VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA**

Hombre

Mujer

Otro: Texto libre

4. Estado civil

Soltero

Casado/ Convivencia en pareja

Con pareja, sin convivencia

Separado / Divorciado

Viudo

Familia reconstituida

Otro: Texto libre

5. Hijos

Sí

No

6. Convivencia

Solo

Familia de origen

Familia propia

Casa compartida

Institución

Familia propia en casa compartida

Otro: Texto libre

7. Lugar de residencia

Urbano

Rural

8. Nivel de estudios

**TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO
DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA.
VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA**

Primarios

Secundarios

Universitarios

9. Situación profesional

Estudiante

En activo con trabajo cualificado

En activo con trabajo no cualificado

Desempleado con subsidio

Desempleado sin subsidio

Baja laboral

Baja maternal

Incapacidad

Jubilado

Amo de casa

Otro: Texto libre

10. Profesión: Texto libre

11. Nivel económico

Alto

Medio

Bajo

Datos sobre la derivación

1. Método de contacto:

Consultas externas de Salud Mental

Unidad de Hospitalización Breve

Unidad de Interconsulta y Enlace

**TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO
DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA.
VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA**

- Servicios de Urgencias de Psiquiatría
 - Atención especializada: Si se marca esta opción, indicar Especialidad que deriva.
 - Otro: Texto libre.
2. Fecha de derivación:
3. Fecha de primera atención:

Datos clínicos

A rellenar en caso de pacientes con ideación suicida:

1. Diagnóstico/s actual/es:
2. Número de veces que ha acudido a las urgencias psiquiátricas:
3. Número de ingresos en planta de psiquiatría:
4. Edad en la que presentó por primera vez ideas suicidas:
5. Historia de autolesiones
 - Sí
 - No
6. Información de intentos previos
 - 1
 - > 1 (si es así, especificar número)
 - No
7. Antecedentes personales tóxicos:
 - Tabaco
 - Alcohol
 - Cannabis
 - Cocaína
 - Heroína
 - Anfetaminas y psicoestimulantes

**TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO
DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA.
VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA**

Otro: Texto libre

No

8. Antecedentes personales médicos (indicar diagnóstico/s):

9. Dolor agudo

Sí

No

10. Dolor crónico

Sí

No

11. Tratamiento actual (incluir dosis de cada uno de los tratamientos):

12. Antecedentes familiares psiquiátricos:

13. Antecedentes familiares de intentos de suicidio:

Tentativa/s

Suicidio consumado

No

Datos clínicos

A rellenar en caso de pacientes con conducta suicida:

1. Diagnóstico/s actual/es:

2. Número de veces que ha acudido a las urgencias psiquiátricas:

3. Número de ingresos en planta de psiquiatría:

4. Número de ingresos en otros servicios por intento de suicidio (no incluir UCI):

5. Número de ingresos en UCI (por intento de suicidio):

6. Número de intentos de suicidio en total:

**TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO
DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA.
VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA**

7. Edad en la que presentó por primera vez ideas suicidas:

8. Edad en la que realizó el primer intento:

9. Con respecto al intento actual, indicar método autolesivo:

Sobreingesta medicamentosa con efecto sedante

Sobreingesta medicamentosa sin efecto sedante

Venoclisis

Defenestración

Ahorcamiento

Atropello

Arma de fuego

Arma blanca

Ahorcamiento

Sobredosis con drogas de abuso

Productos químicos

Fuego

Gas inhalado

Electrocuci3n

Otros: Texto libre

10. Ideaci3n de la tentativa

S3

No

11. Planificaci3n

S3

No

12. Grado de da3o somático

M3nimas consecuencias (alerta/ lesiones superficiales)

**TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO
DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA.
VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA**

Lesiones moderadas (somnoliento/ hemorragia moderada)

Ingreso hospitalario médico/ quirúrgico

13. ¿Solicitó ayuda tras realizar el intento?

Sí

No

14. Antecedentes personales tóxicos:

Tabaco

Alcohol

Cannabis

Cocaína

Heroína

Anfetaminas y psicoestimulantes

Otro: Texto libre

No

15. Antecedentes personales médicos (indicar diagnóstico/s):

16. Dolor agudo

Sí

No

17. Dolor crónico

Sí

No

18. Tratamiento actual (incluir dosis de cada uno de los tratamientos):

19. Antecedentes familiares psiquiátricos:

20. Antecedentes familiares de intentos de suicidio:

Tentativa/s

Suicidio consumado

**TÍTULO DEL PROYECTO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO
DIFERENCIADOR DE PACIENTES CON IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA.
VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS AL RIESGO SUICIDA**

No