

Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Versión oficial en español de la obra original en inglés
Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm
© World Health Organization 2016
ISBN: 978 92 4 154957 8

Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones
ISBN: 978 92 75 32008 2

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si se hace una adaptación de la obra, incluso traducciones, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente adaptación no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la adaptación. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante".

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

03	Prefacio
04	Agradecimientos
05	01 Introducción
05	1.1 Antecedentes
06	1.2 Necesidad de un manual para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones
08	1.3 Beneficios de los sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y las autoagresiones que se presentan en hospitales
10	1.4 Objetivo de este manual
11	1.5 Destinatarios de este manual
11	1.6 Contenido del manual
11	1.7 Referencias
13	02 Desarrollo y aplicación de un sistema de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones
15	2.1 Información y participación de los gobiernos y los interesados directos pertinentes (PASO 1)
16	2.2 Establecimiento del sistema de vigilancia (PASO 2)
16	2.2.1 Costos y posibles fuentes de financiamiento
17	2.2.2 Nombramiento del personal encargado de las principales funciones
17	2.2.3 Procedimientos normalizados de trabajo
22	2.3 Requisitos éticos, confidencialidad y protección de los datos (PASO 3)
22	2.4 Implementación (PASO 4)
23	2.4.1 Mejorar y refinar los procedimientos normalizados de trabajo
23	2.4.2 Elaborar un formulario de registro de datos
24	2.4.3 Codificación y entrada de datos
25	2.4.4 Compilación de datos
26	2.4.5 Limpieza de datos
26	2.4.6 Análisis de datos
27	2.4.7 Interpretación de datos
30	2.5 Referencias
31	03 Capacitación del personal participante en la recopilación de datos
31	3.1 Definiciones
32	3.2 Criterios de exclusión e inclusión
32	3.2.1 Criterios de exclusión
33	3.2.2 Criterios de inclusión
35	3.3 ¿Excluir o incluir?
41	3.4 Ejemplos prácticos
49	3.5 Referencias

50	04	Notificación y difusión de resultados de la vigilancia
50	4.1	Informes anuales (PASO 5)
53	4.2	Resúmenes de datos científicos (PASO 5)
53	4.3	Artículos para revistas con arbitraje editorial (PASO 5)
54	4.4	Fundamentación de las políticas (PASO 5)
54	4.5	Referencias
55	05	Mantenimiento y sostenibilidad con el transcurso del tiempo
55	5.1	Mantenimiento de la normalización y la calidad de la recopilación de datos (PASO 5)
56	5.2	Sostenibilidad en el tiempo (PASO 5)
57	06	Terminología
57	6.1	Introducción
57	6.2	Breve reseña de los términos
61	6.3	Referencias
62	07	Panorámica de los sistemas o proyectos existentes de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones
62	7.1	Antecedentes
63	7.2	Vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones en todo el mundo
64	7.2.1	Registros específicos de intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales
65	7.2.2	Proyectos multicéntricos
66	7.2.3	Estadísticas y bases de datos nacionales e internacionales
67	7.2.4	Estudios individuales
67	7.3	Referencias
68	08	Lecturas pertinentes
69	Anexo 1.	Ejemplo de volante de información que describe un sistema de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones
70	Anexo 2.	Ejemplo de formulario de registro de datos en papel
71	Anexo 3.	Ejemplos de métodos utilizados en la vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales

Prefacio

El suicidio es un fenómeno complejo. Se calcula que cada año más de 800 000 personas mueren por suicidio, y por cada una de esas muertes hay muchos más intentos. Es importante señalar que los suicidios son prevenibles. Las intervenciones oportunas y eficaces basadas en datos científicos desempeñan una función clave para prevenir los suicidios y, a fin de determinar qué es eficaz, se necesitan prioritariamente buenos datos. Los gobiernos están en una posición única para desarrollar y fortalecer la vigilancia y proporcionar y difundir datos que puedan ayudar a fundamentar medidas.

En su informe *Prevención del suicidio: un imperativo global*, la OMS presenta algunas esferas de acción para los gobiernos, independientemente de su nivel de progreso en la ejecución de medidas de prevención del suicidio. Un área clave era el mejoramiento de los datos sobre suicidios e intentos de suicidio. A esas áreas de particular interés este manual incorpora medidas prácticas y orientaciones para establecer sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones en los países. Se ha procurado mejorar los registros de suicidios; sin embargo, si también se presta atención al registro de intentos de suicidio, y en particular de autoagresiones, se puede agregar información valiosa para el diseño de estrategias de prevención del suicidio, porque los precedentes intentos de suicidio son un importante factor de riesgo de ulteriores intentos y de suicidio. El manual abarca la participación de interesados directos, el financiamiento, la dotación de personal y la recopilación, comparación y análisis de datos.

Este manual práctico permitirá a las instancias normativas priorizar y orientar la puesta en práctica de un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones en sus países respectivos; se alienta a los usuarios a que adapten de manera realista las medidas a los recursos disponible en su contexto específico y velen por su sostenibilidad. Es importante señalar que la mejora de la calidad de los datos puede ayudar a guiar y priorizar las intervenciones óptimas en cada contexto y contribuir a una eficaz estrategia general de prevención del suicidio.

Dr. Shekhar Saxena
Director
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

SUPERVISIÓN Y ORIENTACIÓN

Shekhar Saxena (OMS)

COORDINACIÓN Y REVISIÓN DEL PROYECTO

Alexandra Fleischmann (OMS), Sutapa Howlader (Australia)

CONTRIBUCIÓN TÉCNICA Y REDACCIÓN

Ella Arensman, Eileen Williamson, Grace O'Regan, Justina Hurley, y Eve Griffin (miembros de la Fundación nacional de investigaciones sobre el suicidio y del Departamento de epidemiología y salud pública del Colegio Universitario de Cork, Irlanda)

REVISIÓN

PARTICIPANTES EN TALLERES

Nor Hayati Ali (Malasia), Chantale Buerli (Suiza), Fatma Charfi (Túnez), Eleanor Sonia Davis (Belice), Diego De Leo (Australia), Annette Erlangsen (Dinamarca), Richardo Gabriel Goti Valdés (Panamá), Suzana A. Guerrero Martinez (República Dominicana), Gopalkrishna Gururaj (India), Ahmad Hajebi (Irán), Guo-Xin Jiang, (Suecia), Kairi Kõlves (Australia), Xianyun Li (China), Seyed Kazem Malakouti (Irán), Chihiro Matsumoto (Japón), Dinah P. Nadera (Filipinas), Lkhagvasuren Nasantsengel (Mongolia), Pia Oetiker (Suiza), Jong-Ik Park (República de Corea), Michael Schoenbaum (EUA), Afef Skhiri, (Túnez), Marike Solvalu (Fiji), Tadashi Takeshima (Japón), Rosa María Vargas Alvarado (Costa Rica), Yeshi Wangdi, (Bután).

EXPERTOS INTERNACIONALES

Annette Beautrais (Nueva Zelanda), José Manoel Bertolote (Brasil), Cindy Claassen (EUA), Aislinne Freeman (Irlanda), Stephanie Machel (Canadá), Edward Mantler (Canadá), Lars Mehlum (Noruega), Marcar Olsson (EUA), Jane Pearson (EUA), Beverly Pringle (EUA), Morton Silverman (EUA), Gregory Simon (EUA), Jean-Pierre Soubrier (Francia), Marjolijn van den Berg (Bélgica)

SEDE Y OFICINAS REGIONALES DE LA OMS

Elisabet Arribas-Ibar, Kidist Bartolomeos, Dan Chisholm, Khalid Saeed, Xiangdong Wang

INTERNA

Lakshmi Chandrasekaran

APOYO ADMINISTRATIVO

Adeline Loo (WHO)

PRODUCCIÓN

Revisión: David Bramley, Suiza

Diseño gráfico y diagramación: Yusuke Nakazawa, Japón

La OMS quisiera agradecer a los Gobiernos del Japón y de la República de Corea sus contribuciones financieras; y a Syngenta, Suiza, su contribución a la impresión de este manual.

01

Introducción

Panorámica de la sección

Antecedentes de la vigilancia:

Importancia de un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones.

Fuentes de datos para la vigilancia:

Datos procedentes de registros médicos de hospitales, generalmente de sus servicios de urgencias o de traumatología, según los países.

Objetivo del manual y beneficios de la vigilancia:

Determinar la magnitud del problema de las presentaciones en hospitales debidas a intentos de suicidio y autoagresiones para establecer políticas de salud pública sobre prevención, intervenciones y tratamientos.

Destinatarios del manual:

Profesionales de la salud, encargados del registro de datos, investigadores y estadísticos que trabajan en hospitales generales; departamentos e institutos de investigación de universidades; ministerios de salud, organizaciones no gubernamentales.

1.1 Antecedentes

La vigilancia de la salud pública es esencial para la práctica de la salud pública, así como para orientar la prevención, seguir de cerca las actividades y evaluar los resultados de estas (1). El informe de la OMS Prevención del suicidio: un imperativo global destaca la vigilancia del suicidio y de los intentos de suicidio como un componente central de las estrategias nacionales de prevención del suicidio (2). Ese informe es un seguimiento del Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, de la OMS, en cuyo marco todos los Estados Miembros de esta Organización se comprometieron a trabajar en pro de la meta mundial de reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidios en sus países (3).

En cuanto a los manuales de prácticas, la OMS ha publicado ya otros –como directrices para la vigilancia de traumatismos (4), directrices para realizar encuestas comunitarias sobre traumatismos y violencia (5) y un manual para profesionales sobre la vigilancia de lesiones fatales en morgues y hospitales (6). Es importante destacar que la mejora de la disponibilidad y calidad de los datos tanto sobre mortalidad por suicidio como sobre intentos de suicidio es necesaria para todos los países, y hay grandes diferencias entre países en los procedimientos de registro de suicidios (7, 2).

El informe mundial del 2014 de la OMS sobre la prevención del suicidio señaló una necesidad de orientación sobre la vigilancia de los intentos de suicidio que se presentan en los hospitales generales. Actualmente es limitado el número de países que han establecido un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio, y la comparación entre sistemas de reconocido prestigio suele verse obstaculizada por las diferencias entre los sistemas (2). El presente manual tiene por objeto ofrecer una

herramienta para que los países la utilicen al establecer un sistema de vigilancia de salud pública de los casos de intento de suicidio y autoagresión que se presentan en los hospitales generales, sobre la base de los expedientes médicos.

Mejorar la vigilancia y el seguimiento de los intentos de suicidio y las autoagresiones es un elemento central del modelo de salud pública que comprende la prevención de suicidios (8, 9, 2).

Cuando una persona se presenta en un hospital, muchas veces en una situación de urgencia, un médico clínico debe poder declarar en los expedientes médicos si los traumatismos o la intoxicación fueron autoinfligidos y si fueron intencionales o accidentales. Sin embargo, la intención de morir puede ser más difícil de evaluar (y por consiguiente de registrar) ya que en ciertos casos hasta la persona involucrada puede no estar segura de sus intenciones. Es por ello que un sistema de vigilancia centrado en el hospital representará inevitablemente los casos de lesiones autoinfligidas intencionalmente con varios niveles de intención suicida y varios motivos subyacentes, y no solo los intentos de suicidio caracterizados por una fuerte intención suicida. En aras de la sencillez lingüística, al referirnos en este documento a los sistemas de vigilancia podemos utilizar indistintamente las expresiones “intento de suicidio” o “autoagresión”.

1.2 Necesidad de un manual para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones

Se calcula que, por cada suicidio, probablemente haya habido más de 20 intentos de suicidio (2). Haber cometido uno o más intentos de suicidio es el factor predictivo más importante de muerte por suicidio (10, 11, 12, 13, 14). En consecuencia, el seguimiento a largo plazo de la incidencia, las características demográficas y los métodos utilizados en los intentos de suicidio y autoagresiones que se presentan en los hospitales de un país o región suministra información importante que puede ayudar a elaborar estrategias de prevención del suicidio. Al combinar esto con información sobre las defunciones por suicidio, se pueden calcular tasas de letalidad que ayudarán a identificar a las personas de alto riesgo (12, 2).

Basada en investigaciones internacionales, la figura 1.1 ofrece una representación visual de la extensión de los comportamientos suicidas. La cantidad de casos conocidos se suele comparar con la punta de un iceberg, donde solo son visibles los suicidios, intentos de suicidio y autoagresiones que se han presentado en hospitales y los intentos de suicidio y autoagresiones que se han presentado en servicios de atención primaria, mientras que la mayoría de los intentos de suicidio permanecen “ocultos” bajo la superficie y desconocidos para los servicios de salud (15, 16, 17).

Hay dos métodos principales para obtener información acerca de los intentos de suicidio, a saber: la autonotificación de los mismos en las encuestas de muestras representativas de la población, y los expedientes médicos que catalogan los intentos de suicidio que se presentan a los establecimientos de atención de salud (generalmente hospitales) (2).

Este manual se centra en el uso de los registros médicos de datos de los hospitales como base para el establecimiento de un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y las autoagresiones (figura 1.1).

Si se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, Décima Revisión (CIE-10), la codificación es la misma en los planos nacional e internacional y por lo tanto los datos obtenidos tienen mayores probabilidades de ser transferibles y útiles para los

programas nacionales e internacionales de vigilancia. La clasificación según la CIE-10 sea de un suicidio como de una lesión autoinfligida intencionalmente asegura la uniformidad y coherencia mundiales de la información registrada.

Los sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones establecidos en hospitales comprenden desde registros nacionales, como en Irlanda (18, 19), hasta registros subnacionales de nivel regional, como en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, donde en Derby, Manchester y Oxford se recogen datos sobre los intentos de suicidio que se presentan en los servicios de urgencias de los hospitales (20). En los hospitales de los países de ingresos bajos y medianos no hay sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio. Sin embargo, en los últimos años un número creciente de esos países ha dado los primeros pasos para establecer registros locales de los intentos de suicidio que se presentan en uno o más hospitales, como los de la India (21) y Jamaica (22). Sus datos están resultando muy informativos y muestran el valor de tener esos sistemas en los países de ingresos bajos y medianos donde las tasas de intentos de suicidio y autoagresiones son elevadas y donde los perfiles de los pacientes, en particular de sexo y edad, pueden ser muy diferentes de los de los países de ingresos altos (2).

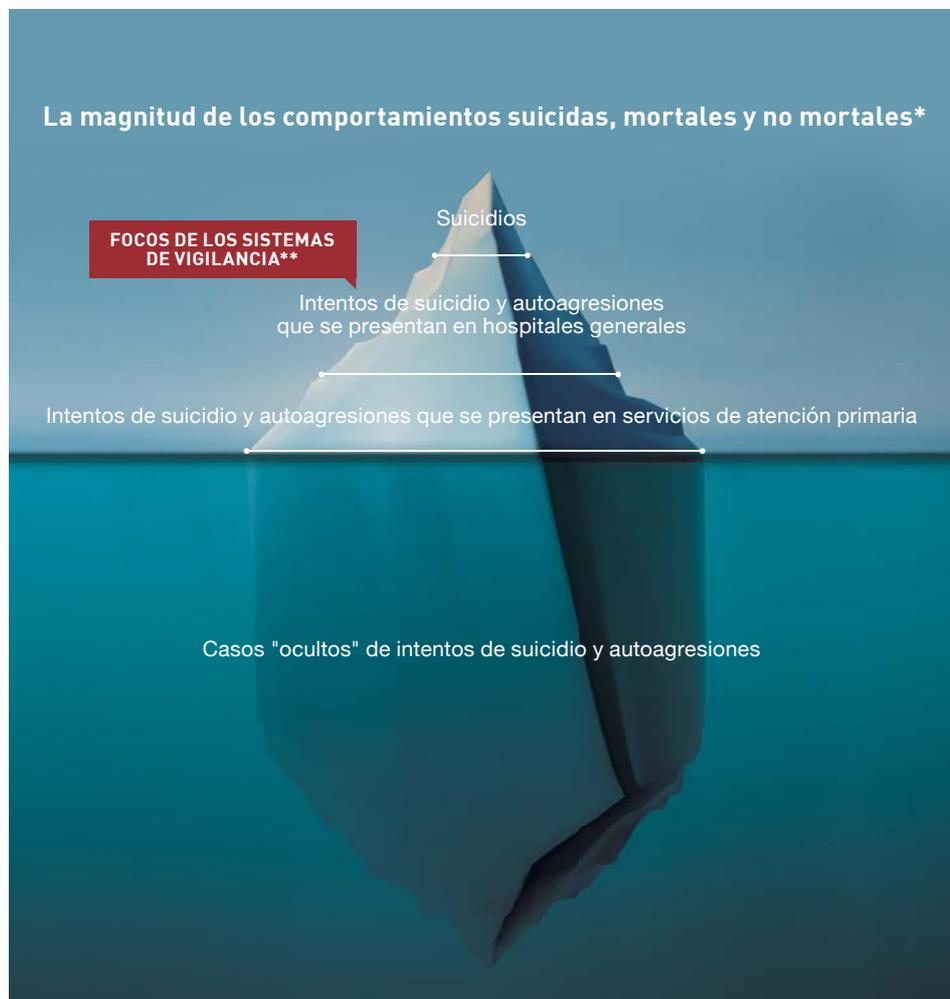
En países muy populosos, donde los registros nacionales especializados serían difíciles de administrar, los datos sobre los intentos de suicidio y autoagresiones a veces pueden obtenerse de los sistemas nacionales de información sobre la salud que se basan en diversos métodos representativos de recopilación de datos. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, la información sobre el comportamiento suicida no mortal es compilada por el Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [sistema de consulta y notificación de estadísticas de lesiones], ubicado en la Web, y proviene de una variedad de fuentes de datos, incluido el National Electronic Injury Surveillance System–All Injury Program (NEISS-AIP) [sistema electrónico nacional de vigilancia de lesiones - programa sobre todas las lesiones], el National Trauma Databank (NTDB) of the American College of Surgeons [banco nacional de datos sobre traumatismos, del Colegio Médico de los Estados Unidos] y el National Poison Data System (NPDS) [sistema nacional de datos sobre intoxicantes].

Otros ejemplos son el del Canadá –donde el National Trauma Registry [registro traumatológico nacional] recogía información sobre traumatismos intencionales y donde el Ontario Trauma Registry [registro traumatológico de Ontario] sigue recogiendo datos sobre traumatismos intencionales y accidentales de 11 hospitales principales (23)– y el de Australia, donde en Victoria funciona el State Trauma Registry [registro traumatológico del Estado], que suministra información sobre traumatismos intencionales (24).

La falta de métodos internacionalmente estandarizados para la recopilación de datos relacionados con intentos de suicidio y autoagresiones ha dado lugar a diferencias metodológicas en la recopilación y la vigilancia de esos datos. Un método más uniforme de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones atendidos en hospitales facilitará la comparabilidad y el conocimiento del panorama mundial de los intentos de suicidio.

Otro elemento por considerar es el de la tipificación del suicidio y las repercusiones de esta sobre la notificación de los suicidios e intentos de suicidio. Si el suicidio se considera un delito en un país, los intentos de suicidio suelen ocultarse y los suicidios pueden dejar de declararse, lo cual daría lugar a una imagen incompleta (2). Un obstáculo similar para llegar a una imagen completa puede provenir de las pólizas de seguro que no cubren intentos de suicidio ni suicidios y en consecuencia estos no se notifican como tales.

Figura 1.1.
La magnitud de los comportamientos suicidas



* Las proporciones ilustradas en este diagrama provienen de resultados de investigaciones internacionales, pero pueden variar según los países y las regiones.

** Mientras que se necesita mayor exactitud y uniformidad de la información en todos los niveles, el foco de este manual son los intentos de suicidio y las autoagresiones que se presentan en los hospitales generales.

1.3 **Benefits of surveillance systems for hospital-presented suicide attempts and self-harm**

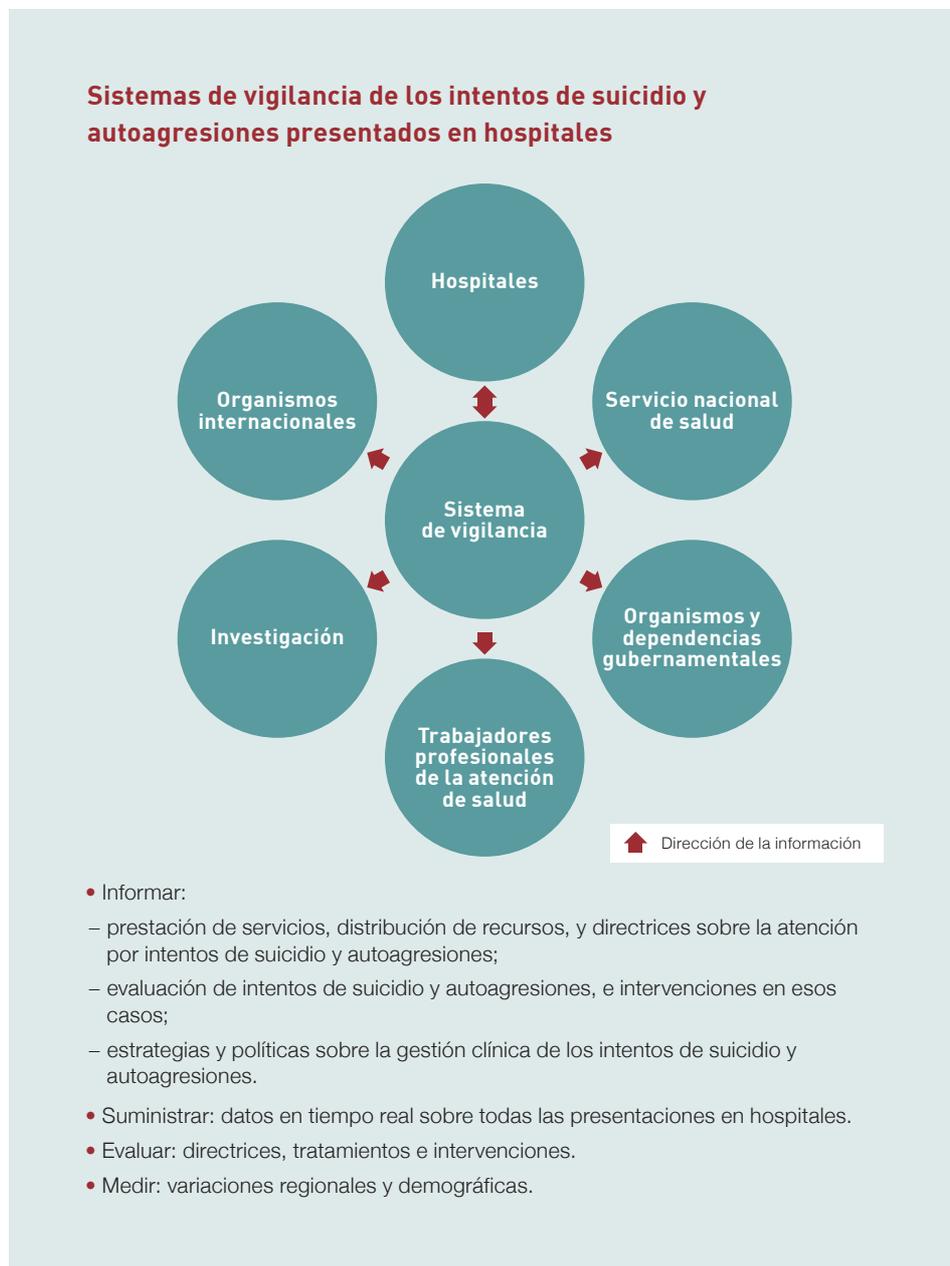
La información suministrada por los datos de vigilancia de los casos de intentos de suicidio y autoagresiones que se presentan en hospitales contribuye a que en áreas decisivas se aborden lagunas en los conocimientos y mejore la prestación de servicios a quienes se presentan en un hospital tras un intento de suicidio o una autoagresión (figura 1.2). El establecimiento de sistemas sostenibles y a largo plazo de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales permite identificar a quienes se presenten tras actos repetidos y con factores de riesgo asociados a la repetición (25, 26, 19). El acceso a nivel nacional a los datos de vigilancia sobre los intentos de suicidio y las autoagresiones que se hayan presentado en hospitales suministrará información sobre la capacidad de los servicios y las necesidades de tratamiento (27).

Algunos ejemplos específicos de los beneficios de los sistemas de vigilancia de las presentaciones en hospitales por intentos de suicidio y autoagresiones son los siguientes:

- El acceso a los datos en tiempo real puede facilitar la asignación de personal de enfermería especializado a los servicios de urgencias, priorizando hospitales o centros de atención de urgencia específicos según el volumen de los intentos de suicidio y las autoagresiones (18).
- La información de vigilancia sobre las tendencias de los intentos de suicidio, las autoagresiones y los grupos demográficos y clínicos en riesgo es fundamental para elaborar, ejecutar y evaluar programas nacionales de prevención del suicidio (9, 28).
- Los datos de vigilancia sobre los métodos usados en los intentos de suicidio son valiosos para el desarrollo de grupos de trabajo encargados de abordar la administración de medicamentos específicos según las modalidades observadas de sobredosis de sustancias consumidas intencionalmente (18).
- Los datos sobre el número de intentos repetidos de suicidio y autoagresiones por hospitales y por regiones geográficas pueden ser útiles en la planificación y aplicación de programas de tratamiento. En Irlanda, por ejemplo, la terapia dialéctica comportamental de las personas con una frecuente repetición de intentos de suicidio y autoagresiones se introdujo en los hospitales utilizando un enfoque escalonado según el número de intentos repetidos de suicidio (18).

Para los objetivos clave de un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio presentados en hospitales es esencial la sostenibilidad a largo plazo (29). Por ejemplo la identificación de los pacientes con un intento de suicidio y un riesgo de repetición a largo plazo y la identificación de sus características asociadas requieren que se obtengan datos sobre casos sucesivos de intentos de suicidio presentados en hospitales a lo largo de varios años (19). Ya que los intentos de suicidio y las autoagresiones están asociados con altos niveles de morbilidad, así como de mortalidad por suicidio y por otras causas de muerte prematura, mantener la vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones como una parte corriente del sistema de información de salud debe ser una prioridad clave respaldada y apoyada económicamente por los gobiernos y los ministerios de salud nacionales.

Figura 1.2.
Beneficios de los sistemas
de vigilancia de los
intentos de suicidio y
autoagresiones
presentados en hospitales



1.4
Objetivo de este manual

El objetivo de este manual es mejorar la estandarización entre países y dentro de ellos para establecer y mantener un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales. El acceso nacional e internacional a datos exactos sobre los intentos de suicidio y autoagresiones permitirá conocer los factores que influyen en los comportamientos suicidas en cada país, o en una parte de un país, y orientar mejor las políticas de salud pública sobre intervenciones y tratamientos, así como las estrategias nacionales de prevención del suicidio (18).

1.5 Destinatarios de este manual

Este manual está destinado a los profesionales de la salud, los encargados del registro de datos, los investigadores y los estadísticos que trabajan en hospitales generales, en departamentos universitarios o en institutos de investigación, así como a quienes participan en obtener acceso a los datos de los registros hospitalarios sobre intentos de suicidio y autoagresiones. El manual también puede ser de interés para otros interesados directos, como profesionales que colaboran con ministerios de salud, encargados de adoptar decisiones y organizaciones no gubernamentales.

1.6 Contenido del manual

El manual propone medidas prácticas para el desarrollo y la aplicación de sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y las autoagresiones basados en los expedientes médicos de los hospitales. Estas medidas prácticas también abarcan la notificación de los resultados de la vigilancia, y la difusión, así como el mantenimiento y la sostenibilidad con el transcurso del tiempo. El manual aborda la capacitación en otra sección donde los criterios de exclusión e inclusión se ilustran con ejemplos de viñetas y donde se presentan viñetas para la práctica. También se examina la terminología porque los sistemas de vigilancia necesitan un consenso sobre los términos, las definiciones y la clasificación para que aporten al diálogo internacional una información de vigilancia coherente. La uniformidad en la terminología y las definiciones facilitará la comparación mundial de los resultados de los sistemas de vigilancia sobre intentos de suicidio y autoagresiones con respecto a las tendencias, los grupos en riesgo y los modelos de asistencia postratamiento. Por último, se incluye un examen de los sistemas de vigilancia existentes o de los proyectos de vigilancia de los intentos de suicidio y las autoagresiones porque en los últimos años esa vigilancia se viene priorizando cada vez más a nivel nacional e internacional. Los datos proceden de registros específicos, proyectos multicéntricos, estadísticas y bases de datos nacionales e internacionales, así como de estudios individuales.

1.7 Referencias

1. Hall IH, Correa A, Yoon P, Braden C. Lexicon, definitions and conceptual framework for public health surveillance. *MMWR*. 2012;10-4.
2. Prevención del suicidio: un imperativo global. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
3. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
4. Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O. Injury surveillance guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
5. Sethi D, McGee K, Peden M, Habibula S. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. *Inj Control Saf Promot*. 2004;11:303-6.
6. Bartolomeos K, Kipsaina C, Grills N, Ozanne-Smith J, Peden M, editors. Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
7. Värnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:760-71.
8. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention: 2014 (www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html, consultado el 18 de enero del 2016).
9. Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
10. Bergen H, Hawton K, Waters K, Ness J, Cooper J, Steeg S, et al. How do methods of non-fatal self-harm relate to eventual suicide? *J Affect Disord*. 2012;136:526-33.

11. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014;168:476-83.
12. Gunnell D, Bennewith O, Peters TJ, House A, Hawton K. The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *J Public Health Oxf Engl.* 2005;27:67-73.
13. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2003;182:537-42.
14. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2002;181:193-9.
15. Arensman E, Kerkhof AJ, Hengeveld MW, Mulder JD. Medically treated suicide attempts: a four year monitoring study of the epidemiology in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health.* 1995;49:285-9.
16. McMahon E, Keeley H, Cannon M, Arensman E, Perry IJ, Clarke M, et al. The iceberg of suicide and self-harm in Irish adolescents: a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49:1929-35.
17. Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, Hewitt A, et al. Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *J Adolesc.* 2009;32:875-91.
18. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland. Annual Report 2014. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2015.
19. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. *PLoS One.* 2007;7:e31663.
20. Bergen H, Hawton K, Waters K, Cooper J, Kapur N. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000-2007. *Br J Psychiatry.* 2007;197:493-8.
21. Rajendra R, Krishna M, Majgi S, Heggere N, Robinson C, Poole R. A feasibility study to establish a Deliberate Self-harm Register in a state hospital in southern India. *Br J Med Pract.* 2015;8:807.
22. Ward E, McCartney T, Arscott-Mills S, Gordon N, Grant A, McDonald AH, et al. The Jamaica Injury Surveillance System: a profile of the intentional and unintentional injuries in Jamaican hospitals. *West Indian Med J.* 2010;59:7-13.
23. CIHI data access. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2015 (<https://www.cihi.ca/en/data-and-standards/access-data>, consultado el 18 de enero del 2016)
24. Victorian State Trauma System and Registry: 1 July 2013 to 30 June 2014 summary report. Melbourne: Department of Health and Human Services of the Government of Victoria; 2015.
25. Griffin E, Arensman E, Wall A, Corcoran P, Perry IJ. National Registry of Deliberate Self-Harm Annual Report 2012. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2013.
26. Lilley R, Owens D, Horrocks J, House A, Noble R, Bergen H, et al. Hospital care and repetition following self-harm: multicentre comparison of self-poisoning and self-injury. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2008;192:440-5.
27. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Wall A, Williamson E, Perry IJ. National Registry of Deliberate Self-Harm Annual Report 2013. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2014.
28. Health Service Executive. National Office for Suicide Prevention. Connecting for life: Ireland's national strategy to reduce suicide 2015-2020. Dublin: Department of Health; 2015.
29. Hawton K, Bale L, Casey D, Shepherd A, Simkin S, Harriss L. Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. *Crisis.* 2006;27:157-63.

02

Desarrollo y aplicación de un sistema de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones

Panorámica de la sección

Implementación de un sistema de vigilancia:

Descripción de las necesidades y medidas para planificar y preparar un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales.

Recogida de datos y verificación de casos:

Panorámica sobre la manera de informar a los interesados directos, los elementos de datos necesarios y aspectos de procedimiento de la codificación de datos.

Ética y protección de los datos:

Acceso a los datos de los hospitales sobre los intentos de suicidio y las autoagresiones, y las características asociadas de los pacientes, adhesión a pautas éticas y a procedimientos de protección de datos, y protección de la confidencialidad.

Procedimiento de gestión de los datos:

- recopilación de datos, formularios de registro, e ingreso de datos;
- compilación de datos;
- limpieza de datos;
- análisis de datos;
- interpretación de datos.

Vigilancia a largo plazo:

Beneficios de la vigilancia a largo plazo en cuanto al acceso a datos anuales y su utilización para abordar cuestiones epidemiológicas, clínicas y de salud pública pertinentes, inclusive pautas para realizar e interpretar análisis estadísticos.

La figura 2.1 presenta una panorámica de los cinco pasos que aborda el manual sobre el establecimiento, la implementación y el examen y la evaluación de un sistema de vigilancia.

Figura 2.1.
Método progresivo de elaboración e implementación de un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones

PASO 1 Informar y hacer participar

- Informar y fomentar la participación de los gobiernos, gobiernos locales e interesados directos pertinentes
- Donde sea posible, formar un comité consultivo
- Programar reuniones ordinarias de todas las partes involucradas

PASO 2 Establecer el sistema de vigilancia

- Preparar un presupuesto realista
- Considerar las opciones primarias y secundarias de financiamiento, teniendo presente la sostenibilidad del sistema de vigilancia
- Considerar una implementación gradual, incluidas una fase piloto y una ampliación a escala nacional
- Designar al personal que desempeñará las principales funciones
- Desarrollar procedimientos normalizados de trabajo

PASO 3 Ética y protección de los datos

- Obtener aprobación ética y permiso escrito formal de la administración de los hospitales para la recopilación de los datos
- Comprobar los requisitos de la legislación nacional de protección de los datos

PASO 4 Implementación

- Mejorar y refinar los procedimientos normalizados de trabajo
- Capacitar en materia de recopilación de datos (véase la sección 3)
- Elaborar un formulario de registro de datos
- Reunir e informar cabalmente a los administradores de los hospitales y al personal pertinente de quien se obtendrán datos (por ejemplo, personal de la sala de urgencias y personal encargado de los expedientes médicos)
- Codificar e ingresar datos
- Compilar datos y limpiar datos
- Analizar e interpretar los datos
- Asegurarse de que todo el personal clave esté capacitado adecuadamente

PASO 5 Examinar y evaluar

- Presentar informes anuales y realizar exámenes formales
- Examinar todos los aspectos de la implementación del sistema de vigilancia con todas las partes pertinentes
- Previo examen, introducir los cambios necesarios en la gestión o los procedimientos normalizados de trabajo del sistema de vigilancia
- Donde convenga, expandirse a más regiones y hospitales
- Garantizar el mantenimiento y la sostenibilidad del sistema de vigilancia

2.1 Información y participación de los gobiernos y los interesados directos pertinentes

PASO 1

Si el alcance del sistema de vigilancia es nacional o subnacional, se sugiere incluir a representantes del Ministerio de Salud y otros ministerios pertinentes durante la preparación y la implementación. Aunque es aconsejable proceder desde un principio a la implementación de un sistema nacional de vigilancia, las enseñanzas de existentes registros nacionales o subnacionales de intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales (como los de Irlanda, Irlanda del Norte y Flandes [Bélgica]), muestra que la cobertura total se alcanzó tras haber expandido la implementación de una zona geográfica a otras. Al desarrollar un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones, los países pueden adoptar un enfoque progresivo como el que se describe en la figura 2.1.

De acuerdo con el informe de la OMS Prevención del suicidio: un imperativo global, la vigilancia nacional de los suicidios e intentos de suicidio se considera un elemento central de las estrategias nacionales de prevención del suicidio. Por consiguiente, en los países donde se está implantando una estrategia nacional de prevención del suicidio, esta puede ser una buena oportunidad para proponer el desarrollo y la implementación simultáneos de un sistema nacional de vigilancia de los casos de intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales (por ejemplo en Bután, Mongolia o Túnez, donde se está desarrollando e implementando un sistema semejante).

Si fuera posible y hubiera recursos disponibles, los países podrían considerar la posibilidad de establecer los siguientes grupos:

1. Un comité directivo integrado por funcionarios gubernamentales pertinentes y otros para aportar una orientación general y apoyo al sistema de vigilancia, y conseguir los recursos necesarios.
2. Un grupo consultivo técnico encargado de formular orientaciones y dar aportes técnicos a la planificación, la implementación y la evaluación del sistema.
3. Un equipo de gestión de la vigilancia (integrado por un colector de datos y coordinador del sistema, según los recursos disponibles) encargado de elaborar, implementar y examinar el sistema de vigilancia.

El comité directivo, que debe formular orientaciones al grupo consultivo técnico y al equipo de gestión de la vigilancia, debe contar con representantes del Ministerio de Salud, así como de la medicina, la emergentología, la salud pública, la psiquiatría, la enfermería, la prevención del suicidio, la psicología, los sistemas de información de salud y la bioestadística. En la fase inicial de establecimiento e implementación del sistema de vigilancia, puede ser útil invitar a un asesor externo al comité directivo –en particular un profesional con amplios conocimientos y experiencia en el establecimiento y la implementación de un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales. El grupo consultivo técnico puede ser uno relativamente pequeño que represente a profesionales de disciplinas pertinentes a nivel local y esté orientado hacia la implementación de un sistema de vigilancia en una región geográfica específica. Los cronogramas de las reuniones deben determinarse de acuerdo con factores específicos de cada sistema de vigilancia (como la cobertura geográfica y la población).

En muchos países no sería factible tener tres grupos diferenciados como los arriba descritos. En tal caso, al establecer un grupo de expertos u otros debe considerarse la mejor manera de adaptarse al contexto y a los recursos.

2.2 Establecimiento del sistema de vigilancia

PASO 2

2.2.1 Costos y posibles fuentes de financiamiento

El establecimiento y mantenimiento de un sistema de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales requiere recursos sustanciales. Un objetivo clave de la planificación consiste en preparar un presupuesto realista y asignarle financiamiento. El presupuesto variará según el alcance del sistema de vigilancia en cada país, es decir si es nacional o subnacional (regional).

Las partidas esenciales por incluir en el presupuesto de un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales se muestran en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1.
Esquema del presupuesto de un sistema de vigilancia

Partida	
1. Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Gerente a tiempo completo o a tiempo parcial • Colector(es) de datos a tiempo completo o a tiempo parcial • Personal de investigación o estadístico a tiempo completo o a tiempo parcial
2. Viajes	<ul style="list-style-type: none"> • Para finalidades de recopilación de datos • Para asistir a talleres de capacitación
3. Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de capacitación
4. Seguimiento y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Controles de garantía de la calidad
5. Gastos generales	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas y costos asociados • Equipo, computadoras, servidores, software etc. • Apoyo de tecnologías de la información
6. Difusión	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño e impresión del informe anual, de boletines, hojas informativos etc. • Costos de publicación

Los costos de establecer, implementar y mantener un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y las autoagresiones presentados en hospitales variarán según los países debido a diferencias en costos operacionales como los de sueldos y oficinas. Al ultimar el presupuesto se recomienda, en lo posible, obtener información sobre los sistemas de vigilancia y los estudios que ya estén en marcha en otros sitios para determinar si el presupuesto es realista.

De acuerdo con los sistemas existentes de vigilancia de los intentos de suicidio y las autoagresiones presentadas en hospitales, se sugiere que se exploren opciones para obtener financiamiento del estado como principal fuente de financiamiento del sistema de vigilancia. En los países que tengan una estrategia nacional de prevención del suicidio (implementada o en elaboración) que reciba normalmente financiamiento del Ministerio de Salud y cofinanciación de otras dependencias de gobierno, probablemente se proporcionarán fondos para el sistema de vigilancia. En el proceso de negociación con los representantes del gobierno, será importante destacar los beneficios de la vigilancia de los intentos de suicidio y las autoagresiones presentadas en hospitales, los beneficios del tratamiento y los de la prevención de los intentos de suicidio, autoagresiones y suicidios.

Es importante incorporar el presupuesto en una propuesta detallada de desarrollo e implementación, incluida una estrategia de mantenimiento a largo plazo del sistema, aclarando los beneficios a largo plazo y la costoeficacia. Si se garantizan recursos financieros básicos del gobierno, se sugiere explorar opciones de cofinanciación procedente de otras fuentes –como programas nacionales o regionales de financiamiento de investigaciones sobre salud o salud pública– para apoyar funciones complementarias, innovación e investigaciones relacionadas con el sistema de vigilancia. Sin embargo, es importante tener presente que el financiamiento a corto plazo o de una sola vez no será suficiente para establecer y mantener un sistema de vigilancia.

2.2.2 Nombramiento del personal encargado de las principales funciones

Es crucial designar un equipo de gestión de la vigilancia (nacional o regional, según lo que sea posible en un país). El tamaño del equipo variará según el tamaño del país o del área. Se debe nombrar al menos a un profesional principal que cumpla con las siguientes responsabilidades como coordinador del sistema:

- gestión general del equipo de vigilancia;
- establecimiento de enlaces con los hospitales generales y los ministerios participantes;
- gestión cotidiana del sistema de vigilancia, inclusive capacitación y supervisión del personal encargado de la recopilación de datos en los hospitales;
- gestión y análisis de los datos.

El equipo debe poder consultar cuestiones estadísticas con un bioestadístico o un estadístico, inclusive para realizar un análisis estadístico apropiado, según sea necesario.

Se debe nombrar a un colector de datos. Si hay recursos disponibles, lo ideal es que no sea un miembro del personal hospitalario. Si no hay recursos disponibles, la recopilación de datos por personal hospitalario con capacitación y experiencia apropiadas para trabajar con sistemas de información de salud puede ser conveniente para las etapas iniciales de la implementación. En el ámbito internacional hay ejemplos de sistemas de vigilancia y estudios sobre intentos de suicidio y autoagresiones presentadas en hospitales cuyo personal participa en la recopilación de datos (1, 2, 3, 4). Sin embargo, las evaluaciones han indicado que es difícil combinar las responsabilidades clínicas con otras tareas como la recopilación sistemática de datos (3). Para asegurar un alto nivel de normalización de la recopilación de datos, los colectores de datos, sean miembros del personal del hospital o personas externas, deben recibir capacitación sobre la recopilación de datos de expedientes médicos. Esto se detalla más en la sección 3, sobre capacitación.

2.2.3 Procedimientos normalizados de trabajo

Los procedimientos normalizados de trabajo deben desarrollarse en cada país de acuerdo con el contexto local o regional para formular orientaciones sobre la recopilación de datos, la constatación de casos, las unidades de información y los procesos de análisis del sistema de vigilancia. Esto da uniformidad al sistema de vigilancia en un contexto regional.

2.2.3.1 Recopilación de datos

Los colectores de datos son responsables de la recopilación de información sobre los casos consecutivos de autoagresiones, incluidos los intentos de suicidio, que se presenten a los servicios de urgencias del hospital. Donde sea posible, cada colector de datos trabajará en varios hospitales (públicos y privados) para recopilar y compilar esta información. El colector de datos será responsable de identificar en los registros de hospital los casos de autoagresiones e intentos de suicidio, extraer información pertinente de esos registros y proceder al registro sistemático de esos datos anónimos.

Las responsabilidades principales del colector de datos (o del personal equivalente) son las siguientes:

- identificar de manera sistemática los intentos de suicidio y las autoagresiones en los registros disponibles de los hospitales (aun cuando la información sea breve o básica) dentro de una zona de captación particular, utilizando criterios de inclusión y exclusión predefinidos (sección 3);
- transferir de forma segura esos datos al coordinador del sistema de vigilancia a intervalos acordados (por ejemplo, una vez al mes);
- consultar, cuando sea apropiado, cualquier duda sobre codificación y realizar actividades de control de calidad como y cuando sea necesario.

El colector de datos debe ajustarse a las directrices nacionales de protección de datos y firmar un acuerdo de confidencialidad al ser nombrado por el equipo de gestión de la vigilancia.

Si un colector de datos es externo, antes de una primera visita a un hospital deben adoptarse las siguientes medidas:

- La administración del hospital debe reunirse con los representantes del equipo de gestión de la vigilancia y estar plenamente informada acerca del sistema de vigilancia.
- Debe obtenerse del director o del gerente del hospital un permiso escrito formal para la recopilación de datos.
- Se debe informar acerca del sistema de vigilancia al personal pertinente del departamento de urgencias y a los encargados de los expedientes médicos.

La primera visita de un colector de datos a un hospital se debe previa cita concertada. Lo ideal es que el director del hospital presente personalmente al colector de datos al personal pertinente del hospital (por ejemplo, al del departamento de urgencias, al encargado de los expedientes médicos).

Las visitas a los hospitales deben hacerse regularmente –cada semana, quincena o mes, según el número de casos de intentos de suicidio que se presenten al departamento de urgencias. Donde sea práctico, es preferible hacer una llamada telefónica de cortesía antes de visitar un hospital para recopilar datos. Es útil tener contacto con un miembro del personal que esté regularmente en funciones (por ejemplo, un oficial administrativo). En los hospitales más grandes donde se necesitan visitas semanales, cabe prever un espacio de tiempo regular que sea conveniente para el personal hospitalario.

Procedimientos de los colectores de datos:

- Los colectores de datos deben darse a conocer al personal hospitalario en cada visita. La identificación como colectores de datos del sistema de vigilancia o la autorización expedida por el hospital debe llevarse en todo momento.
- Los arreglos para proteger la seguridad y la confidencialidad dentro del hospital deben observarse estrictamente. Los expedientes médicos nunca deben tomarse de las áreas asignadas a los colectores de datos sin el permiso específico o el conocimiento del personal hospitalario.
- Los colectores de datos siempre deben ser conscientes de la situación del momento en un departamento de urgencias y deben estar preparados para irse de ser necesario.
- Todo material escrito pertinente al sistema de vigilancia debe mantenerse en posesión del colector de datos.
- No deben tratarse los datos personales de los casos.
- Toda solicitud de información debe ser remitida a la oficina del sistema nacional o regional de vigilancia.
- Se debe dejar de lado todo material que no sea pertinente para el sistema de vigilancia.
- Los detalles de los pacientes identificables nunca deben tratarse por teléfono.
- Los colectores de datos deben conducirse de una manera profesional y usar un lenguaje apropiado.

2.2.3.2 Constatación de casos

Para asegurar un enfoque coherente y uniforme de la constatación de casos, todos los colectores de datos deben ajustarse a procedimientos similares.

Los colectores de datos deben comprobar todas las entradas que figuran en los expedientes médicos, el libro de víctimas o el fichero informático pertinente en que se registra cada presentación al hospital. La mayoría de esas presentaciones se harán a través del departamento de urgencias, pero se deben establecer sistemas para comprobar los registros de todas ellas. Si el hospital no permite el acceso del colector de datos al sistema informático, debe buscarse un listado con detalles de todas las presentaciones. Si el hospital solo proporcionará un listado para tipos específicos de ingresos en servicios de urgencias, es importante que las categorías sean suficientemente amplias para abarcar en lo posible cerca del 100% de todas las presentaciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente (según los criterios de inclusión y exclusión descritos en la sección 3). Las orientaciones para la capacitación sobre cómo reconocer los casos figuran en la sección 3.

Si hay alguna indicación (por ejemplo, una nota escrita en los expedientes médicos) de que un paciente no quería que sus datos se transmitieran a un organismo fuera del hospital, se debe respetar el deseo del paciente. En tal caso, el colector de datos no debe registrar ninguna información sobre ese paciente.

Todos los casos de autoagresiones presentados al hospital deben estar identificados. El

número asignado por el hospital, la fecha y la hora de la asistencia, junto con otros detalles pertinentes, deben incorporarse en el formulario de registro o en el sistema electrónico de entrada de datos. En principio, el colector de datos debe dedicar el menor tiempo posible al libro de víctimas o a la computadora del hospital. Debe consultar el expediente médico del hospital o la hoja clínica pertinente para confirmar que el ingreso satisface los criterios de definición de casos del sistema de vigilancia (sección 3).

En la práctica, si un colector de datos no está seguro acerca de si una presentación en un hospital es un caso por incluir o no, debe comunicarse con el coordinador del sistema y este debe poder proporcionar supervisión técnica y asesoramiento adicionales.

2.2.3.3 Elementos de datos

Lo ideal es que los elementos básicos de información se incluyan en el formulario de registro del sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y las autoagresiones presentados en el hospital. Estos elementos centrales deben concordar con los de los principales sistemas de vigilancia existentes a nivel internacional. Además, se propone una lista de elementos de datos optativos, que son pertinentes para obtener información más detallada sobre las características sociodemográficas, psicosociales y psiquiátricas de las personas presentadas en un hospital tras un intento de suicidio o una autoagresión.

Elementos de datos básicos en un formulario de registro

- Colector de datos (nombre o número de identificación de la persona designada que recopila datos)
- Fecha de registro
- Número del hospital (al establecer el sistema de vigilancia debe asignarse un número a cada hospital)
- Número único del evento (a cada evento de autoagresión debe darse un número único)
- Número único de identificación de la persona (a cada persona debe asignarse un número único de identificación)
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Edad
- Código postal o de área
- Fecha de presentación
- Hora de presentación
- Modalidad de llegada al hospital
- Por quién fue visto al llegar al hospital
- Fecha de la autoagresión
- Día de la semana de la autoagresión
- Horario de la autoagresión
- Ubicación de la autoagresión
- Método(s) según la codificación de la CIE-10 (véase el cuadro 3.1). Si la persona ha empleado múltiples métodos de autoagresión, deben registrarse todos ellos; en caso

de envenenamiento autoinfligido intencionalmente (X60 - X69), deben proporcionarse el nombre de la sustancia y la cantidad utilizada

- Gravedad médica de la autoagresión (la gravedad médica conllevaría uno de los siguientes elementos: tratamiento en una unidad especializada, como la de cuidados intensivos, la hiperbárica, o la de quemados; o cirugía bajo anestesia; o extenso tratamiento médico, incluidos antídotos para sobredosis de algún medicamento o intoxicación por un plaguicida, telemetría o pruebas o investigaciones repetidas; o datos objetivos de un estado de conciencia alterado, o inconsciencia, en el momento de la presentación o antes)
- Declaración de la intención morir (esta declaración de intención suicida suele no estar disponible o no ser confiable). En caso afirmativo, proporcionar una descripción de la declaración
- Antecedentes de autoagresión (autoagresión anterior)
- Evaluación psicológica o psiquiátrica en el hospital
- Diagnóstico (todo diagnóstico asociado con la persona)
- Ingreso al hospital
- Egreso (día y hora en que la persona salió el hospital)

Elementos de datos optativos

- Nacionalidad
- País de origen
- Etnicidad
- Religión
- Estado civil
- Estado laboral
- Situación socioeconómica
- Orientación sexual
- Condiciones de vida, tipo de vivienda
- Interconsulta
- Seguimiento
- Anteriores ingresos a hospital por autoagresión
- Trastorno mental o antecedentes psiquiátricos
- Consumo de alcohol o de drogas
- Dolor crónico o enfermedad física
- Antecedentes de tratamiento por problemas de salud física o mental
- Sufrimiento emocional agudo (por ejemplo, ruptura de una relación, discordia o pérdida familiar, pérdida de trabajo, dificultades financieras, problemas de vivienda, problemas legales, problemas en la escuela o el trabajo, violencia infligida por el compañero íntimo, experiencia delictiva, de traumas, de abuso, de intimidación o de discriminación)
- Suicidio o intento de suicidio de algún familiar
- Suicidio o intento de suicidio de algún amigo, compañero de escuela o colega de trabajo
- Conocimiento de suicidios o intentos de suicidio por internet u otros medios

2.3 Requisitos éticos, confidencialidad y protección de los datos

PASO 3

Por datos confidenciales se entiende toda información personal relacionada con una persona que permitiría identificarla directa o indirectamente por la referencia a un número de identificación o a uno o más factores específicos de su identidad física, fisiológica, mental, económica, cultural o social.

Los datos presentados en forma estadística, que por sus características no permiten identificar razonablemente a las personas, ya no se consideran confidenciales porque se ha velado por su carácter anónimo.

La confidencialidad en la utilización de los datos personales en la investigación médica se rige por las directrices éticas de la profesión médica y por la legislación de protección de los datos vigente en cada país. Los principios de confidencialidad se deben aplicar no solo dentro del sistema de vigilancia, sino también a todos los datos que este dé a conocer como información pública o los comunique a investigadores individuales. Como medida preventiva, debe exigirse a todo el personal del sistema de vigilancia que firme un acuerdo de confidencialidad en el momento de su nombramiento, además de haber firmado formularios de confidencialidad si es personal del hospital.

La preservación de la confidencialidad no es solo una obligación sino que también es esencial para mantener la confianza de quienes proporcionan información al sistema de vigilancia. Se debe garantizar al personal hospitalario que se respetará el bienestar de sus pacientes y que el personal del sistema de vigilancia observará las mismas reglas estrictas de confidencialidad que las existentes en el hospital. El personal del sistema de vigilancia también tiene la obligación legal y moral de evitar actos que puedan infligir sufrimiento o dificultad a cualquier persona.

En el desempeño de sus funciones, el personal del sistema de vigilancia debe adherirse a lo siguiente:

- El permiso para obtener acceso a los expedientes médicos debe solicitarse al comité de ética de cada hospital.
- En un lugar apropiado de cada hospital participante debe ponerse a disposición un volante de información que describa el sistema de vigilancia (véase un ejemplo en el anexo 1).
- El sistema de vigilancia no debe causar ninguna desventaja, daño o dificultad a ninguna persona.
- Se deben establecer y aplicar medidas preventivas apropiadas para proteger la confidencialidad de la información custodiada por el sistema de vigilancia.
- Los informes del sistema de vigilancia no deben contener información que pueda revelar la identidad de persona alguna.

2.4 Implementación

PASO 4

Además de los siguientes elementos pertinentes para la implementación, es fundamental que al personal se imparta la capacitación necesaria para que conozca su función, los datos que es necesario recoger y la relevancia de su función dentro del proceso general (véase la sección 3). En consecuencia, se debe mantener al personal actualizado sobre cualquier nuevo proceso o desarrollo y se le debe mostrar el valor de su trabajo.

2.4.1 Mejorar y refinar los procedimientos normalizados de trabajo

Para conseguir que todos los datos por incorporar en el sistema de vigilancia se recopilen de una manera oportuna y exacta, es necesario hacer lo siguiente:

- Crear procedimientos normalizados de trabajo (PNT) pertinentes para el contexto y actualizarlos anualmente.
- Asegurarse de que todos los colectores de datos tengan un programa de capacitación inicial.
- Celebrar reuniones ordinarias para conseguir que la recopilación de datos se conduzca en conformidad con los criterios operativos para evaluar los casos de autoagresión e intento de suicidio, y que se respeten los criterios de inclusión y exclusión.
- Organizar talleres para los colectores de datos (si hay varias personas) a fin de ayudarlos a compartir lo que han aprendido y experimentado, y a hablar de cómo manejar los casos y las situaciones difíciles, en particular en los servicios de urgencias.
- Asegurarse de que los informes, las publicaciones y las actualizaciones sobre el desarrollo de los servicios (como la asignación de personal de enfermería especializado para la evaluación de autoagresiones en el departamento de urgencias) que surjan del sistema de vigilancia se difundan a los colectores de datos.

2.4.2 Elaborar un formulario de registro de datos

La información sobre cada caso de autoagresión debe registrarse en un formulario de registro de datos en papel o introducirse directamente en una base de datos electrónica. Los formularios de registro y los sistemas de entrada de datos electrónicos deben incluir todos los elementos de datos básicos y tantos elementos de datos optativos como sea factible (los elementos de datos básicos y optativos figuran en la lista de la sección 2.2.3.3).

Donde sea posible, los elementos de datos deben organizarse en menús desplegables para aumentar la eficiencia. Por ejemplo:

- El elemento de datos que especifique el método utilizado para autoinfligirse intencionalmente lesiones debe figurar en la lista los códigos de la CIE-10 (X60 - X84); de lo contrario se inscribirá en una categoría “otros” que permita especificar otros métodos.

Cuando sea necesario, como en el caso del método de autoagresión, debe darse una opción para seleccionar múltiples respuestas.

Un ejemplo de formulario de registro de datos en papel figura en el anexo 2. Un ejemplo de sistema electrónico de entrada de datos puede obtenerse a partir del National Self-Harm Registry Ireland (Registro Nacional de Autoagresiones de Irlanda)¹.

¹ Véase: <http://nsrf.ie/our-research/our-systems/national-registry-of-deliberate-self-harm>, consultado el 18 de enero del 2016.

2.4.3 Codificación y entrada de datos

Donde sea posible, los datos deben introducirse directamente en una base de datos electrónica porque es la forma más eficaz de compagnarlos. Si esto no fuera posible, pueden usarse formularios de registro de datos en papel para anotar inicialmente los datos que después puedan introducirse en un sistema computadorizado. Deben codificarse los elementos de datos (por ejemplo, 1=mujer, 2=varón).

Para monitorear la repetición de intentos de suicidio y autoagresiones, un sistema de vigilancia debe registrar los datos por evento/presentación/episodio, así como por persona. Se requiere un número único de identificación personal para garantizar el cálculo exacto del número de personas que se presentan a los hospitales después de un intento de suicidio o una autoagresión. Se requiere un número único de evento para calcular el número total de presentaciones en un período determinado (ya que una misma persona puede tener varias presentaciones). En caso de presentaciones repetidas, debe generarse un número nuevo de evento pero debe usarse el mismo número único de identificación de personal.

2.4.3.1 Número único de evento

Puede programarse un sistema electrónico de entrada de datos para que genere automáticamente un número único de evento al guardar cada registro. Para los formularios de registro de datos en papel se debe asignar un número único de evento a cada formulario de registro que se produzca.

2.4.3.2 Número único de identificación personal

Cuando se introducen datos en una base de datos electrónica o en un formulario de registro de datos en papel, la información que permite identificar directa o indirectamente a una persona –como su nombre completo, el número de identificación de salud o su dirección postal– se debe codificar en conformidad con los reglamentos de protección de datos del país en cuestión. Esto es necesario para impedir que la identidad de una persona se pueda vincular a la información recopilada.

Por ejemplo, podría aplicarse la siguiente codificación para crear un número único de identificación personal:

- Usar los siguientes elementos y definir un sistema estandarizado para combinarlos en un código único y utilizarlo como número único de identificación personal:
 - Nombre y apellido: Utilizar, por ejemplo, las iniciales o las dos primeras letras del nombre de pila y las dos últimas del apellido o el nombre parcial de la persona
 - Edad: Utilizar, por ejemplo, la edad o el rango de edades de la persona (por ejemplo, cualquier edad entre los 30 y los 39 años se codifica como 30)
 - Fecha de nacimiento: Utilizar, por ejemplo, el año de nacimiento de la persona
 - Dirección: Utilizar, por ejemplo, el código postal o el código postal parcial de persona (como los dos primeros números del código postal).

Un código resultante de este ejemplo de sistema estandarizado podría ser SH367810. Se debe evitar que un código único asignado aparezca dos o más veces, por lo que es preferible que la codificación se haga automáticamente mediante un sistema

electrónico de entrada de datos que dé una señal de alerta cuando se cree por segunda vez un código único. Como alternativa, cuando se usen formularios de registro de datos en papel, se podría recurrir a una lista previamente generada de códigos aleatorios para los números únicos de identificación personal. La lista que vincula el número único de identificación personal al expediente médico de una persona se debe guardar en una caja fuerte o un registro controlado por el hospital. En todo momento se debe velar por la seguridad de esa caja fuerte o ese registro; si el registro es electrónico, debe estar cifrado y protegido por una doble contraseña.

Este sistema estandarizado de generación de códigos debe ser confidencial y conocido exclusivamente por quienes controlen la base de datos electrónica. También debe estar protegida la lista que vincula la identidad de una persona con los códigos aleatoriamente generados para el sistema que utiliza papel.

La confidencialidad en la utilización de los datos personales que figuran en los expedientes médicos está regida por las directrices éticas de la profesión médica y por la legislación de protección de datos vigente en cada país. En consecuencia, el método de codificación debe ajustarse a la legislación de protección de datos de cada país. Donde la legislación de protección de los datos no permita el registro de datos personales sin consentimiento previo, podría acordarse con la dependencia local o nacional encargada de la protección de los datos un procedimiento alternativo de codificación para preservar el anonimato de los presentados en hospitales por autoagresión.

2.4.4 Compilación de datos

La compilación de los datos es la primera etapa en el proceso de garantía de la calidad. Debe estar a cargo del coordinador del sistema de vigilancia, en colaboración con los colectores de datos. Esta es una etapa importante del proceso porque el coordinador del sistema puede vigilar el progreso de la recopilación de datos y evaluar cuán actualizados están estos.

Para asegurar que todos los datos del sistema de vigilancia se compilen de manera sistemática:

- El coordinador del sistema debe supervisar y apoyar a los colectores de datos para que tengan claras su función y su responsabilidad.
- El coordinador del sistema debe velar por el recibo oportuno y la compilación de los datos de los diferentes sitios.
- El coordinador del sistema debe velar por que se realicen ejercicios regulares (por ejemplo, bianuales) de auditorías y verificación de datos, con la participación de todos los colectores de datos;
- En algunos países donde los recursos son limitados, una única persona puede desempeñar las funciones de colector de datos y administrador de datos, pero esto no es lo ideal.

2.4.5 Limpieza de datos

La limpieza de datos debe ser realizada por el coordinador del sistema en colaboración con el colector de datos, y se puede hacer al mismo tiempo que la compilación de datos. Si hubiera valores o variables faltantes, en este momento se puede consultar al colector de datos para procurar que se incluya toda la información posible. Esto puede requerir que el colector de datos revise nuevamente algunos expedientes de casos en busca de la información faltante. Como resultado, la limpieza de datos se debe considerar incompleta hasta el final del año, una vez procesados todos los datos para el informe anual.

La ayuda de un estadístico puede ser útil en este proceso, en caso de necesidad, a fin de cerciorarse de que estén presentes todos los datos necesarios para el análisis estadístico. El coordinador del sistema y el estadístico deben trabajar en estrecha comunicación durante esta etapa.

Es importante lo siguiente:

- En esta etapa todas las discusiones y decisiones deben quedar registradas para consultas posteriores (por ejemplo, todos los casos retirados en esta etapa deben quedar documentados). Aunque puede llevar tiempo, esto es fundamental para asegurar la fiabilidad general de los datos.
- Las principales enseñanzas de este proceso se deben incorporar en los procedimientos normalizados de trabajo y comunicar a los colectores de datos como parte de su desarrollo personal continuo.
- A veces se hace necesario verificar nuevamente los datos en una etapa posterior. Para esto es decisivo que se conserven los archivos de datos originales.

2.4.6 Análisis de datos

El análisis de datos y el mantenimiento de la base central de datos se deben hacer en paralelo. Los datos se deben procesar y analizar trimestralmente. Cada vez que se hayan procesado los datos de un trimestre, el archivo de ese trimestre se fusionará con los de los trimestres precedentes hasta que se cree un archivo anual.

El análisis trimestral de los datos permite compilar y difundir resúmenes. También permite verificar la calidad y la coherencia de los datos. El mantenimiento del archivo de datos maestro y de las bases de datos es fundamental para cualquier análisis retrospectivo y prospectivo.

Para esta etapa se sugiere lo siguiente:

- El coordinador del sistema debe velar por que se mantengan la base de datos y el fichero maestro de trabajo y porque se guarden dos versiones en un lugar seguro.
- Al final de cada trimestre se debe hacer una copia de seguridad de la base de datos y del fichero maestro en un disco duro externo. Este se debe cifrar y guardar en una caja fuerte cerrada con llave cuando no se utilice.

2.4.7 Interpretación de datos

Esta sección suministra información sobre el análisis estadístico básico y avanzado que se suele utilizar al analizar los datos de vigilancia de los intentos de suicidio y las autoagresiones.

La etapa final del proceso abarca la interpretación de los datos y la redacción del informe. Como producto final, los informes del sistema de vigilancia se deben escribir teniendo presente lo siguiente:

- Informar sobre las presentaciones o ingresos efectivos, las tendencias y las comparaciones pertinentes, y destacar las principales áreas por revisar o considerar.
- Estimular la formulación de sugerencias para arbitrajes editoriales y para la elaboración de artículos académicos, y tomar nota de las oportunidades de redactar artículos que deben estar abiertas a todo el personal pertinente.
- Informar a los organismos de asistencia sanitaria y social y a otros pertinentes (por ejemplo, policía, cárceles, comunidades).
- Utilizar informes para promover la concientización sobre el suicidio a un público lo más amplio posible.

2.4.7.1 Análisis estadísticos básicos

Cálculo de tasas por 100 000 habitantes

La tasa de incidencia anual por 100 000 habitantes debe calcularse para el conjunto de la población, para las poblaciones masculina y femenina por separado, y para subgrupos por edad y sexo, según el número de personas que se hayan presentado a un hospital tras un intento de suicidio o una autoagresión en cada año civil.

Se sugiere que las tasas brutas y específicas por edades de las autoagresiones (incluidos los intentos de suicidio) se calculen dividiendo el número de personas que cometieron alguna autoagresión (n) por la cifra poblacional pertinente (p) y multiplicando el resultado por 100 000 –es decir $(n/p) \times 100\,000$. Las tasas se deben calcular según el número de residentes en el área pertinente donde se cometieron las autoagresiones, independientemente de que el tratamiento se haya dispensado en esa área o en otra.

Es aconsejable introducir ajustes a la composición de edades de la población en estudio para que las diferencias observadas por sexo o por área reflejen las diferencias en la incidencia de autoagresiones en lugar de diferencias en la composición de las poblaciones. Por ejemplo, las tasas europeas normalizadas en función de la edad son las tasas de incidencia que se observarían si la población en estudio tuviera la misma composición etaria que una población europea teórica. Las tasas europeas normalizadas en función de la edad se pueden calcular de la siguiente manera: por cada grupo etario quinquenal, el número de personas que cometieron autoagresiones se divide por la población en riesgo y luego se multiplica por el número en la población europea tipo (5). La tasa europea normalizada en función de la edad es la suma de estas cifras específicas por edades. Esto se puede hacer para diferentes regiones y también para el nivel mundial aplicando el mismo método.

Se debe tener presente lo siguiente:

- Las tasas calculadas que se basan en menos de 20 eventos pueden ser medidas poco seguras de la tasa subyacente.

- Si la misma persona se presenta en el hospital más de una vez en el mismo día natural, se debe aclarar si se trata de un segundo intento de suicidio o un segundo acto de autoagresión o si la nueva presentación obedece a fuga y regreso, o a una transferencia interhospitalaria. Si no hubo un segundo intento de suicidio o acto de autoagresión, esto se debe registrar como un único intento de suicidio o evento de autoagresión.

Intervalos de confianza

Los intervalos de confianza indican márgenes de error dentro de los cuales se supone que pueden caer las tasas subyacentes, según los datos observados. Los intervalos de confianza suponen que la tasa del evento (n/p) es pequeña y que los eventos son independientes uno del otro. Un intervalo de confianza del 95% para el número de eventos (n) es $n \pm 2 \sqrt{n}$.

- Por ejemplo si en una región específica se observan 25 actos de autoagresión (incluidos los intentos de suicidio) en un año, el intervalo de confianza del 95% será $25 \pm 2 \sqrt{25}$, o 15 a 35. Por lo tanto, el intervalo de confianza del 95% en torno a una tasa comprende desde $(n-2 \sqrt{n})/p$ hasta $(n+2 \sqrt{n})/p$, donde p es la población en riesgo. Si la tasa se expresa por 100 000 habitantes, estas cantidades se deben multiplicar por 100 000.
- Un intervalo de confianza del 95% se puede calcular para establecer si las dos tasas difieren en la significación estadística. Se calcula la diferencia entre las tasas. El intervalo de confianza del 95% para esta diferencia de tasas (rd) comprende desde $rd-2 \sqrt{(n1/p12+n2/p22)}$ hasta $rd+2 \sqrt{(n1/p12+n2/p22)}$. Si las tasas se expresan por 100 000 habitantes, luego $2 \sqrt{(n1/p12+n2/p22)}$ se debe multiplicar por 100 000 antes de que se sume y se reste a la diferencia de tasas. Si cero está fuera del rango del intervalo de confianza del 95%, la diferencia entre las tasas es estadísticamente significativa.

Análisis de eventos repetidos

El registro del número único de identificación personal permite el análisis de intentos de suicidio y actos de autoagresión repetidos. Un intento de suicidio o acto de autoagresión repetido debe definirse como una nueva presentación en algún hospital debido a un nuevo intento de suicidio o acto de autoagresión efectuado después de haber salido de un hospital al que se había presentado por un intento de suicidio o acto de autoagresión precedente. Un ejemplo de análisis de eventos repetidos es el análisis de conjuntos de riesgo condicional.

2.4.7.2 Análisis estadísticos avanzados

Datos de series cronológicas y examen de las repercusiones de la recesión económica en los intentos de suicidio y autoagresiones

Como ejemplo de los valores de los datos de las series cronológicas, tras un análisis minucioso de los datos del registro nacional de autoagresiones de Irlanda se encontró que, durante el período 2008-2012, en ese país hubo repercusiones negativas de la recesión económica en las tasas nacionales de suicidios y autoagresiones (incluidos los intentos de suicidio) (6). Para cuantificar las repercusiones de este cambio, el estudio comparó la tasa observada de suicidios y autoagresiones con la tasa que se habría observado si hubiera continuado la tendencia descendente de las tasas de suicidios (es decir, si las tasas de suicidios y autoagresiones hubieran seguido descendiendo como lo venían haciendo). Se realizó un análisis de series cronológicas interrumpidas (7) para determinar si la recesión repercutía sobre el nivel y las tendencias de suicidios y autoagresiones. El primer período del 2008 se tomó como el advenimiento de la recesión. Se repitió el análisis usando dos comienzos diferentes de la recesión (el tercer trimestre/julio del 2007 y el tercer trimestre/julio del 2008) para evaluar la sensibilidad de los resultados.

Los resultados indicaron que cinco años de recesión económica y austeridad en Irlanda tuvieron repercusiones negativas significativas sobre las tasas del suicidio en hombres y de autoagresiones en ambos sexos. Los resultados ponen de relieve la necesidad de orientar las respuestas de los gobiernos a las recesiones económicas en lo concerniente a los comportamientos suicidas y otros resultados en materia de salud.

Datos de series cronológicas y examen del riesgo de autoagresiones repetidas y suicidio

Los datos recopilados en el estudio multicéntrico de autoagresiones en Inglaterra abarcaban todas las presentaciones en hospitales por autoagresiones de personas de 10 a 18 años de edad entre el 2000 y el 2007, y la información nacional sobre la mortalidad entre estas personas hasta el final del 2010 (8). Se utilizaron los modelos proporcionales de riesgos de Cox para identificar factores predictivos independientes y multivariantes de repetición de autoagresiones (incluidos intentos de suicidio) y de suicidio.

Se informó que el autocorte como método de autoagresión entre niños y adolescentes conllevaba un riesgo de suicidio y repetición de la autoagresión mayor que el envenenamiento autoinfligido, aunque se suelen utilizar diferentes métodos de suicidio. Los resultados ponen de relieve la necesidad de una evaluación psicosocial en todos los casos de autoagresión que se presenten en un hospital general.

Datos de series cronológicas y examen de las tendencias de los intentos de suicidio y los cambios en los factores de riesgo

Los datos de la encuesta nacional sobre la atención médica ambulatoria en hospitales de los Estados Unidos incluían todas las visitas por intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas (E950–E959) durante el período 1993–2008 (9). Se analizaron las tendencias utilizando nptrend (una prueba no paramétrica de tendencias que es una extensión de la prueba de Wilcoxon de suma de los rangos) y análisis de la regresión. Una prueba bilateral (de dos colas) $P < .05$ se consideró estadísticamente significativa.

Los resultados indicaron que el volumen de las visitas al departamento de urgencias por intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas aumentó durante los dos decenios

precedentes en todos los principales grupos demográficos. La conciencia de estas tendencias longitudinales puede ayudar a redoblar los esfuerzos por aumentar las investigaciones sobre la prevención del suicidio. Además, esta información puede orientar las actuales intervenciones de los servicios de urgencias y los programas de tratamiento relacionados con el suicidio y las autolesiones.

2.5

Referencias

1. Caldera T, Herrera A, Renberg ES, Kullgren G. Parasuicide in a low-income country: results from three-year hospital surveillance in Nicaragua. *Scand J Public Health*. 2004;32:349-55.
2. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland, Annual Report 2014. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2015.
3. Hawton K, Bale L, Casey D, Shepherd A, Simkin S, Harriss L. Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. *Crisis*. 2006;27:157-63.
4. Rajendra R, Krishna M, Majgi S, Heggere N, Robinson C, Poole R. A feasibility study to establish a Deliberate Self-harm Register in a state hospital in southern India. *Br J Med Pract*. 2015;8:807.
5. Revision of the European Standard Population: Report of Eurostat's task force. Luxembourg: Unión Europea; 2013
(<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>, consultado el 18 de enero del 2016)
6. Corcoran P, Griffin E, Arensman E, Fitzgerald AP, Perry IJ. Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: an interrupted time series analysis. *Int J Epidemiol*. 2015;44:969-77.
7. Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. *J Clin Pharm Ther*. 2002;27:299-309.
8. Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, Waters K. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:1212-9.
9. Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34:557-65.

03

Capacitación del personal participante en la recopilación de datos

Panorámica de la sección

Definiciones:

Debate sobre la importancia de que los sistemas de vigilancia utilicen definiciones uniformes, y retos que conlleva su establecimiento.

Criterios de inclusión y exclusión:

Ayudar a los colectores de datos a identificar los que son y los que no son casos de intentos de suicidio y autoagresiones.

Viñetas prácticas:

Aplicar criterios de inclusión y exclusión utilizando ejemplos de casos y soluciones, y explicar y justificar cómo se determina si una situación es o no es un caso.

Viñetas dependientes del contexto:

Reconocer los factores culturales que pueden influir en la elección del método.

3.1 Definiciones

Con el transcurso de los años, se ha usado una amplia gama de términos diferentes para indicar los diversos tipos de lesiones autoinfligidas intencionalmente. A continuación reproducimos una definición importante que se elaboró inicialmente para utilizar en el estudio multicéntrico regional europeo de la OMS sobre comportamientos suicidas no mortales en los años noventa y desde entonces se utiliza en varios sistemas de vigilancia y estudios en diferentes países:

“Un acto con resultado no mortal en el cual una persona inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que sin intervención de otros causaría un daño autoinfligido, o ingiere deliberadamente una sustancia en exceso de la dosificación prescrita, con el propósito de causar cambios que la persona desea obtener produciendo efectos físicos reales o esperados (1).

De Leo et al. (2) simplificaron esta definición de la siguiente manera:

“Un acto no habitual con resultado no mortal que una persona, esperando morir o exponiéndose al riesgo de morir o de infligirse daños corporales, ha iniciado y ejecutado con la finalidad de propiciar cambios deseados” (2).

Para los fines del informe de la OMS Prevención del suicidio: un imperativo global, por “intento de suicidio” se entiende “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal” (3).

La revisión y clasificación de los casos de intentos de suicidio y lesiones autoinfligidas intencionalmente se facilitan al utilizar criterios operativos. Como la definición de Platt et

al. (1) comprende detalles pertinentes sobre el comportamiento, la intención y la motivación, se emplea para normalizar criterios operativos.

De conformidad con esta definición, los criterios de inclusión se refieren a los casos de lesiones autoinfligidas intencionalmente con diversos grados de intención suicida y diversos motivos y causas subyacentes y a los casos de intentos de suicidio caracterizados por un alto grado de intención suicida.

Conforme a la definición, en primer lugar es necesario describir lo que la persona está haciendo, sin intentar en una etapa inicial o no diagnóstica, atribuir ni vincular motivos o intenciones a lo que ha ocurrido.

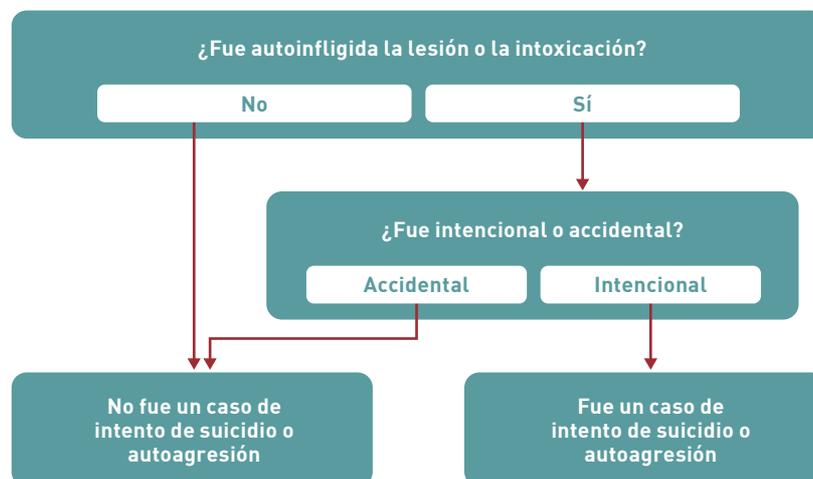
En el nivel más básico, a una persona que se presenta en el hospital, las preguntas por hacer son las siguientes:

- ¿Fueron autoinfligidas estas lesiones o la intoxicación?
- En caso afirmativo, ¿fue esto intencional o accidental?

Si los traumatismos o la intoxicación se identifican como autoinfligidos intencionalmente según criterios de exclusión e inclusión (véase la figura 3.1), la persona involucrada necesitará una evaluación psicológica o psiquiátrica. Es solo en esta etapa que se pueden explorar la motivación y la intención asociadas con la lesión o la intoxicación autoinfligida.

3.2 Criterios de exclusión e inclusión

Figura 3.1. Toma de decisiones sobre exclusión e inclusión



3.2.1 Criterios de exclusión

Conforme a la definición, los criterios de exclusión son los siguientes (es decir, los siguientes no se consideran casos de lesiones autoinfligidas intencionalmente ni de intentos de suicidio):

- **Sobredosis accidental de alcohol:** Una persona que consume alcohol en exceso y requiere tratamiento en hospital, pero no tiene ninguna intención de autoagredirse y no combina el alcohol con otros métodos de autoagresión.
- **Sobredosis accidental de drogas ilícitas:** Una persona que consume drogas ilícitas (por ejemplo, cocaína, heroína, éxtasis) en forma sistemática sin ninguna intención de autoagredirse.

- **Sobredosis accidental de medicamentos de venta con receta o de venta libre:**

Una persona que toma incorrectamente una dosificación prescrita, o toma una medicación adicional en caso de enfermedad, o toma un exceso de medicación de venta libre sin ninguna intención de autoagredirse.

- **Personas que ya están muertas al llegar al hospital.**

3.2.2 Criterios de inclusión

Conforme a la definición, los criterios de inclusión son los siguientes (es decir, los siguientes se consideran casos de lesiones autoinfligidas intencionalmente o de intentos de suicidio):

- Todo método utilizado para causar lesiones autoinfligidas intencionalmente (de acuerdo con la codificación de la CIE-10, cuadro 3.1) (por ejemplo, por sobredosis de alcohol, sobredosis de alguna droga ilícita, ingestión de plaguicidas, laceración, intento de ahogamiento, intento de ahorcamiento, herida con arma de fuego) donde está claro que la autoagresión se infligió intencionalmente.
- Toda persona que se presente al hospital con vida o haya sido derivada tras un acto causante de lesiones autoinfligidas intencionalmente o intento de suicidio.

Algunos pueden usar una combinación de métodos, como sobredosis de alguna medicación junto con autocortes. Si la persona ha recurrido a múltiples métodos para autoinfligirse intencionalmente lesiones, en el momento de la presentación deben registrarse todos los métodos.

Ejemplos de exclusión

(no son casos de autoagresión ni de intento de suicidio)

- Una persona atraviesa una puerta con un pie en un ataque de ira.
- Una ingesta excesiva de alcohol y medicación (por ejemplo, una persona que está dejando de consumir heroína tomó una mezcla de alcohol y medicación anhelando un alivio).
- Una persona tomó una medicación habitual dos veces por accidente o para aliviar un dolor de espalda crónico.
- Incidentes relacionados con insomnio en que se han tomado medicamentos para ayudar a inducir el sueño.
- Medicación tomada para provocar un aborto y poner fin a un embarazo.
- Coma inducido por alcohol como resultado de una ingesta excesiva de alcohol por una persona joven que estaba experimentando con el alcohol.
- Coma inducido por alcohol como resultado de un consumo excesivo de alcohol por una persona que padece dependencia del alcohol.
- Una persona pensaba ahogarse después de saltar de un puente, pero no lo hizo.
- Una persona se siente incapaz de hacer frente a sus pensamientos suicidas.

Cuadro 3.1.
Códigos de la CIE-10 para
lesiones autoinfligidas
intencionalmente
(X60-X84)

X60 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos X60 intoxicación Intencional por y exposición a no analgésicos opioides, antipiréticos y anti

X61 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte

X62 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte

X63 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo

X64 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados

X65 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol

X66 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores

X67 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores

X68 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas

X69 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados

X70 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación

X71 Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión

X72 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta

X73 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga

X74 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas

X75 Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo

X76 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas

X77 Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes

X78 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante

X79 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo

X80 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado

X81 Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento

X82 Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor

X83 Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados

X84 Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados

3.3 ¿Excluir o incluir?

Los puntos abajo indicados comprenden los criterios de exclusión e inclusión y pueden ayudar a decidir si un caso debe estar incluido o excluido.

En todos los casos, estos ejemplos se refieren a información presente en registros de hospital. En consecuencia, los detalles pueden variar para reflejar diferentes niveles de detalle registrados en los expedientes médicos y el sistema aplicado. Se puede impartir capacitación para mejorar la preparación de expedientes médicos, según sea necesario. Algunos ejemplos de abreviaturas comunes que se pueden encontrar en expedientes médicos son los siguientes (véanse también ejemplos más abajo): C2H5OH-alcohol, SCG-escala del coma de Glasgow.

También se reconoce que los sistemas de vigilancia dependen de la información disponible. En algunas jurisdicciones el sistema puede basarse en información de registros de salas de urgencias solamente y puede no haber ninguna otra información disponible para ayudar a decidir sobre los casos difíciles de clasificar.

De ser necesario tener más información para clasificar un caso, el colector de datos debe consultar con el coordinador del sistema. Debería haber una política sobre las medidas a tomar en tales situaciones.

Excluir, si la acción o el comportamiento de la persona es resultado de un accidente

Por ejemplo:

- sobredosis accidental (es decir, episodios de consumo excesivo de alcohol o de ingesta de drogas ilícitas, o como consecuencia no intencional de dependencia del alcohol o de drogas ilícitas);
- toma accidental de una dosis incorrecta de una medicación prescrita;
- ingesta accidental de una sustancia tóxica;
- traumatismos accidentales relacionados con el deporte o el trabajo;
- traumatismos accidentales resultantes de un enfrentamiento por discusión.

**Si es claramente resultado de un accidente,
no se trata de lesiones autoinfligidas intencionalmente ni de intento de suicidio**

ACCIÓN ➔ **Excluir**

Ejemplo: lesión accidental

El servicio de admisión observa: niño de 15 años de edad llegado en ambulancia. Traumatismo de cuello y laceración de una pierna. La madre lo acompaña. Dice que encontró a su hijo colgando de la cinta de la persiana de enrollar de una ventana. El pie pasó por el vidrio de la ventana. Explica que le había pedido que limpiara las ventanas. Oyó un ruido y el sonido de vidrio que se rompe.

Comportamiento: en choque. Dice que se resbaló. Tiembla y se lo ve afectado.

Excluir, si el comportamiento del paciente se relaciona con una discapacidad intelectual profunda

Por ejemplo:

– la persona no tiene ninguna conciencia de cometer una autoagresión.

Esto se aplicaría solo a los pacientes con discapacidad intelectual grave. Los pacientes con discapacidad intelectual más leve pueden cometer conscientemente, y cometen, actos de autoagresión (4).

Si la discapacidad es claramente grave y la persona no es consciente del comportamiento de autoagresión, no se trata de lesiones autoinfligidas intencionalmente ni de intento de suicidio

ACCIÓN ➔ **Excluir**

Ejemplo: discapacidad intelectual

El servicio de admisión observa: hombre de 28 años de edad con traumatismo craneoencefálico. Profundamente autista, lo acompaña su cuidador quien explica que tiene la costumbre de golpearse la cabeza.

Comportamiento: no comunicativo. Ningún contacto visual. Se mece para adelante y para atrás y es renuente a permitir que se le examine la cabeza.

Incluir, si el comportamiento de la persona demuestra intención suicida

Esto se aplicaría si se responde “sí” a cualquiera de las siguientes preguntas:

- ¿Dejó la persona una nota de suicidio?
- ¿Ejecutó el acto en soledad?
- ¿Requirió el método utilizado planificación o esfuerzo?
- ¿Tomó precauciones para evitar ser descubierto?
- ¿Sin la intervención de otro, habría el método elegido causado la muerte?
- ¿Expresa la persona el deseo de morir?
- ¿Se niega la persona a cooperar con el tratamiento?

La evaluación de la intención suicida se puede hacer con ayuda de la administración de escalas, aunque sin depender exclusivamente de ellas, por ejemplo: Escala de Beck para la ideación suicida (5), inventario de razones para vivir (6), escala de probabilidades de suicidio (7), escala de Columbia de clasificación de la gravedad de la ideación suicida (8). En las referencias (9, 10, 11, 12) se presenta una bibliografía complementaria.

Si hay indicaciones de que la acción fue intencional o se la planificó con antelación, o si la persona hace una declaración de intencionalidad, es un caso de lesiones autoinfligidas intencionalmente y quizás también de intento de suicidio

ACCIÓN ➔ **Incluir**

Ejemplo: intención suicida

El servicio de admisión observa: mujer de 49 años de edad, semiconsciente. La trajo su esposo. Encontró paquetes vacíos de Olanzapina 10mg x 20, Venlafaxina 3g, más una tira vacía de paracetamol (500mg x 36). El esposo también recuperó una nota de suicidio e informa que este es un segundo intento.

Comportamiento: introvertida pero tranquila. Rechaza el tratamiento. Dice que no quería ser encontrada y que lo mejor para todos es que la dejen morir.

Incluir, si se indica un motivo para cometer lesiones autoinfligidas intencionalmente o intentar el suicidio

NOTA: ¿Está comunicándose el paciente?

A menos que el paciente se comunique, es muy difícil saber cuáles son los motivos de su accionar.

Ejemplos de motivos:

- **Intención suicida:** “Déjenme solo. Quiero terminar con esto”.
- **Ambivalente:** “Me siento agotado. Pensé que esto sería rápido o fácil, pero ni siquiera consigo matarme”.
- **Llanto de dolor (espera de alivio o escape de un estado mental insoportable):** una respuesta emocional interiorizada a sentimientos acerca de sí mismo y de la vida en relación consigo mismo (13)
 - expresión de sentimientos de desesperación;
 - sentimientos de odio hacia sí mismo;
 - deseos de autocastigarse;
 - voluntad de sentir que ejerce un control.
- **Pedido de ayuda (actuar para cambiar su vida o el estado de una relación):** una respuesta emocional externalizada a sentimientos acerca de acontecimientos de la vida que repercuten en uno mismo (13)
 - conseguir atención o amor;
 - castigar;
 - asustar;
 - poner a prueba los sentimientos de otra persona;
 - expresar una emoción;
 - vengarse.

Si se comunican uno o más de los motivos arriba enumerados, se trata de un caso de lesiones autoinfligidas intencionalmente y se debe registrar como tal en el sistema de vigilancia; el caso también podría ser un intento de suicidio, pero la información disponible puede ser insuficiente para confirmar el grado de intencionalidad suicida.

ACCIÓN ➔ **Incluir**

Ejemplo: indicación del motivo (a)

El servicio de admisión observa: un hombre de 35 años de edad llevado por un asistente social. Intoxicado (c2H5OH) y con presunta sobredosis, encontrado con cinco botellas vacías de 100 ml de Capol (paracetamol líquido). VIH+.

Comportamiento: transpirado y con náuseas, expresa su intención suicida debida a su estado VIH positivo*

ACCIÓN ➔ **Incluir**

Ejemplos de viñetas: indicación del motivo (b)

El servicio de admisión observa: 50 años de edad, agricultor hombre llevado por ambulancia semiconsciente. Descubierta por un familiar. Botellas vacías de alcohol y un envase del carbamato próximo a la cama. Es poco claro cuánto plaguicida ha consumido.

Comportamiento: dice que nada tiene sentido, que está cansado de vivir*. Intoxicado. Dice al personal que se vaya y lo dejen solo.

ACCIÓN ➔ **Incluir**

Ejemplos de viñetas: indicación del motivo (c)

Observaciones de la recepción del hospital: mujer de 18 años llevada por su marido tras la ingestión de paraquat y cloroquina. Según su marido, había discutido con la suegra. Vertió paraquat en un vaso y bebió algo junto con un puñado de tabletas de cloroquina antes de que él pudiera detenerla. No está seguro de cuánto bebió, pero cree que fue aproximadamente un cuarto de vaso.

Comportamiento: dice estar enojada con su suegra y querer darle una lección*. Cuando el marido está presente se muestra contenta.

* El motivo comunicado aparece subrayado

Incluir, si hay información de antecedentes de autoagresión o intentos de suicidio

- ¿Hay antecedentes registrados de que esta persona haya ejecutado actos anteriores de lesiones autoinfligidas intencionalmente o intento de suicidio?
- ¿Tiene la persona viejas cicatrices o lesiones?

Las investigaciones revelan que los antecedentes de autoagresión o intento de suicidio son un factor de riesgo de suicidio, especialmente en los 12 primeros meses siguientes al acto de autoagresión o intento de suicidio (14, 15).

Si se comunican uno o más de los elementos arriba enumerados, es un caso de lesiones autoinfligidas intencionalmente

ACCIÓN ➔ **Incluir**

Ejemplos de viñetas: antecedentes de autoagresión

El servicio de admisión observa: una mujer de 38 años de edad se presenta con un corte profundo en la parte superior del muslo. Se presenta sola porque no podía detener la hemorragia y creía que necesitaría puntos de sutura.

Comportamiento: calma y arrepentida. Dice que sabe lo que ha hecho. Se sintió estresada y presionada en el trabajo y necesitó una liberación. Tuvo dos ingresos previos por autocortes y tiene un diagnóstico previo de trastorno del estado de ánimo.

El paciente actuó impulsivamente

Impulsivo: actúa inmediatamente; hace cosas repentinamente, sin reflexionar cuidadosamente y sin planificación.

Por ejemplo:

- actuación imprudente tras el consumo de bebidas alcohólicas o drogas ilícitas
- actuación repentina tras una lucha o un vuelco emocional;
- actuación repentina durante un período de manía o hiperexcitación asociado con enfermedades mentales.

Ante la impulsividad, considerar lo siguiente:

- Todavía es objeto de debate la relación entre la impulsividad como rasgo y la impulsividad del acto mismo (16, 17, 18). Conner define los intentos de suicidio impulsivos como actos de autoagresión con poca preparación o premeditación; los intentos de suicidio no impulsivos van precedidos de preparación y premeditación.
- Mientras que algunas investigaciones indican que puede haber una interacción entre el consumo del alcohol (intoxicación) y la impulsividad en relación con el riesgo de suicidio, en un examen reciente de Rimkeviciene et al. (18) se encontró poco apoyo a esta hipótesis.

- La asociación entre la impulsividad, la agresión y la propensión al suicidio está bien documentada y todavía se la entiende poco (17).

Por consiguiente, ante un acto impulsivo que no pueda clasificarse fácilmente como accidental se debe considerar la posibilidad de que se trate de un acto de autoagresión o un intento de suicidio.

ACCIÓN **La impulsividad es difícil de clasificar. En caso de duda, consultar con el coordinador del sistema**

En el siguiente recuadro se describe un acto impulsivo consistente en autoinfligirse intencionalmente lesiones como reacción a un acontecimiento estresante.

Ejemplos de viñetas: acto impulsivo: un caso de lesiones autoinfligidas intencionalmente

El servicio de admisión observa: tras un accidente de tránsito llega en ambulancia un hombre de 20 años de edad. El testigo que llamó a la ambulancia informó que el automóvil había hecho un viraje repentino y chocado contra una pared.

Comportamiento: ingresa inconsciente, pero estaba consciente al ocurrir el hecho. Informa el personal de la ambulancia que el paciente había dicho que estaba discutiendo por teléfono con su novia y terminó la relación. No quería sentir nada más y dirigió su automóvil hacia la pared.

El siguiente recuadro muestra un acto impulsivo muy claro motivado por ira en que el paciente, en un momento de furia, descarga impulsivamente un golpe que da lugar a una autoagresión pero no puede considerarse un acto de lesión autoinfligida intencionalmente ni un intento de suicidio.

Ejemplo: acto impulsivo: no es un caso de autolesión intencional

El servicio de admisión observa: un hombre de 49 años se presenta con una lesión en la mano derecha. Sospecha de fractura en dedos índice, medio y posiblemente pulgar. Dice haber golpeado la pared tras una pelea con la novia.

Comportamiento: jocoso, pero compungido. Dice tener mal genio.

En el próximo recuadro se presenta una situación más difícil de clasificar.

Ejemplo: acto impulsivo: posiblemente un caso de lesiones autoinfligidas intencionalmente o intento de suicidio

El servicio de admisión observa: hombre de 25 años de edad llega en ambulancia después de haber sido rescatado del río a las 2 de la mañana. Unas personas que salían de un club nocturno vieron a un hombre en el río vecino. Llamaron a la ambulancia y tiraron un salvavidas que el hombre tomó. Los servicios de rescate observan que estaba intoxicado e hipotérmico.

Comportamiento: monosilábico. Dice que había ido a nadar. Cuando le preguntaron con quién quisiera que se comunicara el personal, respondió que no conocía a nadie en la localidad y no quería que llamaran a sus familiares porque vivían muy lejos.

Este podría ser un caso, pero se necesitaría más información que las notas de la recepción del hospital para determinar si se trata de lesiones autoinfligidas intencionalmente o no.

3.4 Ejemplos prácticos

En una serie de ejemplos que presentan situaciones de la vida real del departamento de urgencias de un hospital, con una variedad de antecedentes culturales y prácticas, ilustramos casos de lesiones autoinfligidas intencionalmente o intentos de suicidio. Incluimos casos difíciles de evaluar y casos negativos (que no son casos).

Nota: Los términos médicos pueden variar según las jurisdicciones. Por consiguiente, los utilizados en estos ejemplos y las abreviaturas pueden no coincidir exactamente con los empleados en un país determinado.

Los episodios descritos en esta sección pueden clasificarse como ejemplos de lo siguiente:

- casos de lesiones autoinfligidas intencionalmente;
- casos de intento de suicidio;
- casos negativos (no son casos);
- casos ambiguos para los que se requeriría más información.

Cada episodio se presenta con información adicional y la codificación de la CIE-10 (cuadro 3.1) según corresponda.

La sección de “Explicación” tiene por objeto ofrecer una explicación basada en la información suministrada en los casos seleccionados. En consecuencia, a veces se refiere a prácticas específicas para diversos antecedentes culturales como un recordatorio de que todos los países y territorios tendrán sus propias tradiciones culturales y modelos que pueden deber considerarse al recopilar los datos. Queda un espacio para que el usuario agregue más notas u observaciones. Los casos tanto de lesiones autoinfligidas intencionalmente como de intento de suicidio deben estar incluidos en el sistema de vigilancia.

Ejemplos de casos de lesiones autoinfligidas intencionalmente e intentos de suicidio

Episodio 1	
<p>El servicio de admisión observa: Una niña de 17 años de edad presenta dolor abdominal, dolor en el hombro izquierdo y tórax, dificultad para respirar y náuseas. Empezó a vomitar y se desmayó en la casa. Su madre le miró el estómago y observó un extenso hematoma. Informa que la hija reconoció haberse dado puñetazos en el estómago.</p> <p>Comportamiento: Asustada y llorosa. Parece muy ansiosa. Repite "lo lamento".</p>	
Ejemplo de:	Lesiones autoinfligidas intencionalmente
Explicación	Propinarse puñetazos es una forma de autoagresión. Aunque la paciente expresa remordimiento, su comportamiento se descubrió debido a las repercusiones de la lesión y no a una revelación o un pedido de ayuda de la paciente.
CIE-10	X-79
Acción	Incluir
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 2	
<p>El servicio de admisión observa: Llega en ambulancia. Hombre de unos 35 a 40 años. La exnovia llama a los servicios de emergencia porque él le había enviado un mensaje de texto. Sobredosis polifarmacológica, medicamentos en idioma extranjero y botellas de vodka vacías, hematoma en el cuello, soga encontrada en la cama. GCS 15/15.</p> <p>Comportamiento: Incoherente. Habla en su idioma y parece conocer muy poco la lengua local.</p>	
Ejemplo de:	Intento de suicidio
Explicación	El acto conllevaba preparación y planificación. Se lo comunicó a la exnovia, de manera que había conciencia y reconocimiento de la motivación.
CIE-10	X-61, X-65, X-70
Acción	Incluir
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 3	
<p>El servicio de admisión observa: Una mujer anciana (de aproximadamente 75 años) llega en ambulancia. Una pareja la vio caminar en el mar y llamó a los servicios de urgencia. Los servicios de rescate la sacaron del mar. Llevaba una bolsa con piedras grandes atada a la espalda.</p> <p>Comportamiento: No establece contacto visual, se niega a hablar y a dar detalles sobre su familia.</p>	
Ejemplo de:	Intento de suicidio
Explicación	Su acto conllevaba preparación y planificación. La falta de comunicación significa que no puede evaluarse la motivación.
CIE-10	X-71
Acción	Incluir
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 4	
<p>El servicio de admisión observa: Una mujer de 19 años de edad hospitalizada con quemaduras autoinfligidas. Utilizó parafina para incendiarse. Un familiar usó una manta ignífuga y llamó a los servicios de urgencia.</p> <p>Comportamiento: Semiconsciente, afligida y dolorida.</p>	
Ejemplo de:	Intento de suicidio
Explicación	La autoinmolación es un método usado con frecuencia en países de ingresos bajos y medianos en particular. Las notas del servicio de admisión señalan que se incendió a sí misma, indicando que esta información fue suministrada a los servicios de urgencia por alguien presente en el momento del acto.
CIE-10	X-76
Acción	Incluir
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 5	
<p>El servicio de admisión observa: Muchacha de 19 años de edad llega en ambulancia tras haber ingerido un plaguicida. Un familiar explica que había sido víctima de una agresión sexual y que la familia de su novio ya no la quiere.</p> <p>Comportamiento: Afligida, semiconsciente, en un breve período lúcido expresa el deseo de morir.</p>	
Ejemplo de:	Intento de suicidio
Explicación	La ingestión de un plaguicida poco probablemente sea accidental, y expresa una intención suicida. Los familiares facilitan más detalles sobre la posible motivación.
CIE-10	X-68
Acción	Incluir
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 6	
<p>El servicio de admisión observa: Un hombre de 22 años de edad llevado a la sala de urgencias por un compañero de la casa de huéspedes donde vivía. Sabiendo que el paciente se estaba preparando para ir a clase pero se quejaba de cefalea grave, el informante regresó a la habitación después de que el paciente no asistiera a la primera hora de clase y no respondiera llamadas telefónicas. Encontró al paciente acostado en la cama, inconsciente, con una botella vacía de limpiador de plata en el piso. El informante dijo que el paciente había mencionado no poder abonar la última cuota de su matrícula.</p> <p>Comportamiento: Inconsciente</p>	
Ejemplo de:	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (es poco claro si hubo intento de suicidio porque falta información sobre su intención suicida)
Explicación	Ingerir una sustancia química tiene pocas probabilidades de ser accidental. El amigo facilita más detalles sobre la posible motivación.
CIE-10	X-69
Acción	Incluir
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Ejemplos de casos que no conllevan lesiones autoinfligidas intencionalmente ni intento de suicidio

Episodio 7	
<p>El servicio de admisión observa: Una mujer de 21 años de edad que reconoce haber tomado seis comprimidos de solpadeine para el dolor menstrual, niega toda intención de autoagresión. Signos vitales estables.</p> <p>Comportamiento: Dice que tenía un dolor fuerte, tomó 2 comprimidos, se quedó dormida y a los 30 minutos tomó más.</p>	
Ejemplo de:	Caso negativo (no es un caso)
Explicación	La autopresentación se combinó con inquietud por la propia salud y por la cantidad tomada.
CIE-10	No procede
Acción	Excluir
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 8	
<p>El servicio de admisión observa: Mujer recientemente enviudada se presenta con quemaduras menores en un área corporal grande. Niega haber cometido autoagresión. Dice que su familia política la forzó a hacerlo tras una disputa por una herencia, pero corrió y rodó por el suelo. Su hermana la ayudó a llegar al hospital.</p> <p>Comportamiento: Nerviosa y callada. Tiene miedo de la familia política.</p>	
Ejemplo de:	Caso negativo (no es un caso)
Explicación	Aunque es un caso alarmante que podría implicar un delito contra la paciente, no es un acto de autoagresión y el relato de su hermana combinado con los antecedentes culturales valida su historia.
CIE-10	No procede
Acción	Excluir
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 9	
<p>El servicio de admisión observa: Una mujer de 65 años de edad llega en ambulancia después de haber inhalado humo. Fue descubierta inconsciente por la familia que llegaba para almorzar. En la escena su puntaje en la GCS era de 12 y ahora es de 14. Se encontró la parrilla encendida en la cocina.</p> <p>Comportamiento: Dice que, como empezó a llover, pensó que a los nietos les gustaría hacer la parrillada dentro.</p>	
Ejemplo de:	No es un caso
Explicación	El uso de parrillas de carbón vegetal es un método de suicidio, por ejemplo en China. Sin embargo, en este caso las circunstancias indican que esto no fue más que un accidente.
CIE-10	No procede
Acción	Excluir
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Ejemplos de casos ambiguos que requerirían más información para evaluar si se trata de lesiones autoinfligidas intencionalmente o intento de suicidio

Episodio 10	
<p>El servicio de admisión observa: Una joven de 22 años de edad se presenta con una grave infección cutánea abdominal. Se le ven cortes recientes y cicatrices viejas en el abdomen. Niega haber cometido autoagresión.</p> <p>Comportamiento: Dice que sigue las costumbres de su tribu y que eso la embellece.</p>	
Ejemplo de:	Caso ambiguo
Explicación	La cicatrización ritual es una costumbre tribal en el área. Se requeriría más información para determinar si en este caso la extensión de las cicatrices indica comportamiento suicida.
CIE-10	Si fuera un caso, el código sería X-78
Acción	Buscar más información o consultar con el coordinador del sistema para pedir orientación.
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 11	
<p>El servicio de admisión observa: Un muchacho de 19 años de edad llega en ambulancia con una herida de bala en una pierna. Lo acompaña la policía que dice que el muchacho los apuntaba con un arma de fuego y les dirigía palabras amenazadoras. Como se negaba a bajar el arma, le dispararon a una pierna. Le quitaron el arma, que resultó ser una pistola de aire comprimido.</p> <p>Comportamiento: Agitado, seguía maldiciendo. Está esposado. Tiene antecedentes de hospitalización por depresión bipolar.</p>	
Ejemplo de:	Caso ambiguo
Explicación	Este puede ser un acto intencional y un "intento de suicidio a manos del policía", o puede ser un acto no intencional asociado a sus antecedentes de enfermedad mental.
CIE-10	Si fuera un caso, el código sería X-84
Acción	Buscar más información o consultar con el coordinador del sistema para pedir orientación.
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 12	
<p>El servicio de admisión observa: Un hombre de 32 años de edad llega en ambulancia acompañado por la policía. Tiene ambas piernas fracturadas después de haber caído de un edificio. La policía lo ha detenido por intento de suicidio. Dicen que lo conocen y saben que ha cometido varios intentos de suicidio en los dos meses precedentes.</p> <p>Comportamiento: Niega la autoagresión. Dice que se cayó y que la policía y las autoridades lo vienen molestando y espiando.</p>	
Ejemplo de:	Caso ambiguo
Explicación	Niega haber cometido un intento de suicidio y no hay ningún testigo. La información de la policía sobre antecedentes de comportamiento suicida puede implicar que se trata de un intento de suicidio. Sin embargo, es preciso tener en cuenta los factores culturales. En primer lugar, fue detenido por intento de suicidio; eso quiere decir que vive en un lugar donde el suicidio todavía se considera un delito y por eso la persona podría negarlo. En segundo lugar, si los antecedentes culturales son de opresión o disturbios civiles, la versión que da la persona de los eventos puede ser verdadera. Se requiere más información.
CIE-10	Si fuera un caso, el código sería X-80
Acción	Buscar más información o consultar con el coordinador del sistema para pedir orientación.
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 13	
<p>El servicio de admisión observa: Un hombre de 48 años de edad llega en ambulancia con una herida de bala en la mejilla izquierda y el pómulo. Sangra profusamente. No hay nadie más involucrado.</p> <p>Comportamiento: Dice que no puede recordar lo que sucedió. Debe haber estado limpiando su arma de fuego.</p>	
Ejemplo de:	Caso ambiguo
Explicación	Sin más información no sería posible clasificar esto como un caso porque la persona lo está negando y no hay testigos ni antecedentes disponibles.
CIE-10	Si fuera un caso, el código sería X-72
Acción	Buscar más información o consultar con el coordinador del sistema para recibir orientación
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

Episodio 14	
<p>El servicio de admisión observa: Una mujer de 42 años de edad ha sido llevada a la sala de urgencias por un ciudadano preocupado por sus magulladuras en la cara y los brazos. La mujer estaba de pie junto a un puente, mirando hacia el agua que está debajo. Descalza, le sangran las magulladuras de la cara y los brazos.</p> <p>Comportamiento: En la sala de urgencias, la mujer admite haber escapado de su hogar después de una golpiza propinada por el esposo borracho. Admite antecedentes de violencia doméstica durante el año precedente. Se niega a dar otra información, en particular información de contacto con la familia.</p>	
Ejemplo de:	Caso ambiguo
Explicación	Sin más información acerca de la causa de las magulladuras y de por qué estaba de pie junto al puente, no sería posible clasificar esto como un caso.
CIE-10	No procede
Acción	Buscar más información o consultar con el coordinador del sistema para recibir orientación.
Notas adicionales (espacio reservado para los usuarios)	

3.5 Referencias

1. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand.* 1992;85:97-104.
2. De Leo D, Burgis S, Bertolote J, Kerkhof A, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behaviour. In: De Leo D, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, editors. *Suicidal behaviour: theories and research findings.* Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2004:17-39.
3. *Prevención del suicidio: un imperativo global.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
4. Buono S, Scannella F, Palmigiano MB, Elia M, Kerr M, Di Nuovo S. Self-injury in people with intellectual disability and epilepsy: a matched controlled study. *Seizure.* 2012;21:160-4.
5. Beck AT, Kovac M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psych.* 1979;47:343-52. 1.
6. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *J Consult Clin Psych.* 1983;51:276-86.
7. Cull JG, Gill WS. *Suicide Probability Scale.* Los Angeles (CA): Western Psychological Services; 1992.
8. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, et al. The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): initial validity and internal consistency findings from three multi-site studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatr.* 2011;168:1266-77.
9. Arensman E, Keeley H. Defining intent. *Psychiatry Professional.* 2012;Spring:8-9 ([http://nsrf.ie/wp-content/uploads/journals/12/ArensmanKeeley\(2012\).pdf](http://nsrf.ie/wp-content/uploads/journals/12/ArensmanKeeley(2012).pdf), consultado el 18 de enero del 2016).
10. Haw C, Casey D, Holmes J, Hawton K. Suicidal intent and method of self-harm: a large-scale study of self-harm patients presenting to a general hospital. *Suicide Life-Threat.* 2015;45(6):732-46.
11. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients. *Suicide Life-Threat.* 2003;33:353-64.
12. McAuliffe C, Arensman E, Keeley HS, Corcoran P, Fitzgerald AP. Motives and suicide intent underlying hospital treated deliberate self-harm and their association with repetition. *Suicide Life-Threat.* 2007;37:397-408.
13. Scoliers G, Portzky G, Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Soc Psych Psychiatr Epid.* 2009;44:601-7.
14. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness, J, Kapur N. Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disorders.* 2015;1(175):147-51.
15. Kapur N, Steeg S, Turnbull P, Webb R, Bergen H, Hawton K, et al. Hospital management of suicidal behaviour and subsequent mortality: a prospective cohort study. 2015;2(9):809-16.
16. Conner KR. A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. *Suicide Life-Threat.* 2004;34:89-98.
17. Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2011;15:93-112.
18. Rimkeviciene J, O'Gorman J, De Leo D. Impulsive suicide attempts: a systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *J Affect Disord.* 2015;171:93-104.

04

Notificación y difusión de resultados de la vigilancia

Panorámica de la sección

Difusión de resultados de la vigilancia:

Descripción de los diferentes niveles y formatos de la presentación de informes y la difusión de los resultados generados por los datos de la vigilancia que puedan ayudar a influir en políticas y prácticas.

Resultados de los sistemas de vigilancia:

- informes anuales que describen los resultados del sistema de vigilancia de los intentos de suicidio presentados en hospitales;
- orientaciones clínicas basadas en datos para la planificación de la atención de salud y el seguimiento de los progresos;
- orientaciones a los gobiernos para fundamentar una política sanitaria y elaborar estrategias de mejora de las prácticas;
- boletines para los medios de información;
- informes periódicos;
- artículos de investigación para revistas con arbitraje editorial.

4.1

Informes anuales

PASO 5

La mayoría de los sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales nacionales o regionales elaboran informes anuales. Esto suele ser un requisito de la organización financiadora, como el Ministerio de Salud.

Los informes anuales tienen varios objetivos clave, como informar a los interesados directos acerca de tendencias específicas de los intentos de suicidio y autoagresiones y describir prioridades en relación con grupos de alto riesgo (emergentes), métodos más frecuentes y métodos “nuevos” de intento de suicidio y autoagresión. Otro objetivo del informe anual es destacar las intervenciones o medidas pertinentes adoptadas que fueron orientadas por datos de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales. En Irlanda, por ejemplo, el número de casos de intento de suicidio y autoagresión y la tasa de actos repetidos se tuvieron en cuenta al asignar a los servicios de urgencias de los hospitales nuevo personal de enfermería especializado en la evaluación de autoagresiones.

Los principales interesados directos comprenden a representantes del gobierno, instancias normativas, personal de administración y de primera línea de hospitales (por ejemplo, enfermeras del departamento de urgencias, psiquiatras consultores y equipos de primera intervención, como personal de ambulancia y oficiales de policía). Otros interesados directos pertinentes son los servicios de salud mental y de atención primaria, el público en general y los medios de comunicación.

En los países con una estrategia nacional de prevención del suicidio, los números anuales de actos de autoagresión (incluidos intentos de suicidio) presentados en hospitales, las tasas de autoagresión por 100 000 habitantes y las tasas de

autoagresión repetida, probablemente se utilicen como indicadores de progreso o resultados de la eficacia de la aplicación de la estrategia nacional de prevención del suicidio. Por ejemplo, la estrategia nacional de reducción de los suicidios en Irlanda -Connecting for Life, 2015 2020 --ha incorporado el registro nacional de autoagresiones de Irlanda como fuente clave de datos para la evaluación de la estrategia Connecting for Life (1).

Para mejorar la difusión de los resultados del informe entre los interesados directos pertinentes, y sensibilizar sobre los intentos de suicidio y autoagresiones, sería importante planificar estratégicamente la publicación del informe anual –por ejemplo vinculando la publicación del informe al Día Mundial para la Prevención del Suicidio, organizado por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) cada año el 10 de septiembre.

En los países donde se haya implementado en una o dos regiones un sistema de vigilancia de los casos de intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales, la difusión de un informe anual entre los hospitales de las regiones que todavía no participan podría despertar entre los hospitales no participantes el interés por formar parte del sistema de vigilancia.

Los rasgos generales de los informes anuales de los diferentes sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales son bastante concordantes internacionalmente. La figura 4.1 muestra un ejemplo resumido de los temas principales que podría abarcar un informe anual.

Figura 4.1.
Ejemplo resumido de
informe anual

Ejemplo resumido de informe anual
Prefacio
Resumen
Sugerencias
Contribución del sistema de vigilancia
Métodos
Antecedentes
Definiciones y terminología
Criterios de inclusión
Criterios de exclusión
Control de calidad
Registro de datos
Elementos de datos
Confidencialidad
Aprobación ética
Cobertura de los registros
Datos poblacionales
Cálculo de tasas
Una nota sobre números pequeños
Una nota sobre intervalos de confianza
Agradecimientos
Sección 1: Presentaciones en hospitales
Autoagresiones, por hospital
Variación interanual en las presentaciones al hospital por autoagresión
Variación por mes
Variación por día
Variación por hora
Métodos de autoagresión
Medicamentos usados en las sobredosis
Próxima atención sugerida
Casos de autoagresión egresados del departamento de urgencias
Evaluación de salud mental
Repetición de autoagresiones
Riesgo de repetición
Sección 2: Tasas de Incidencia
Variación por sexo y edad
Variación por región geográfica
Comparación entre distritos urbanos y rurales
Tasa por ciudad y distrito
Tasa por hospital

4.2 Resúmenes de datos científicos

STEP 5

Los datos de vigilancia sobre suicidios y autoagresiones presentados en hospitales pueden contribuir a poner eficiente y oportunamente al corriente a representantes del gobierno, instancias normativas y otros interesados directos pertinentes sobre temas específicos utilizando datos reales o en tiempo real. Los tipos de resúmenes de datos científicos incluyen: orientaciones clínicas para la planificación y la evaluación de la atención de salud, orientaciones gubernamentales para fundamentar la elaboración de estrategias de política sanitaria y prácticas óptimas, y boletines para los medios de información en apoyo de una cobertura periodística apropiada de los casos de suicidio, intento de suicidio y autoagresión.

Los sistemas de vigilancia de los casos de intento de suicidio y autoagresión presentados en hospitales también permiten producir informes periódicos –por ejemplo sobre la incidencia de intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales en los seis primeros meses de un año. Si el método de recopilación de datos y el alcance (nacional o subnacional) se mantienen con el transcurso del tiempo, los informes periódicos se pueden utilizar para determinar si los intentos de suicidio y autoagresiones han aumentado o disminuido en comparación con años anteriores.

Además, sería importante publicar regularmente boletines de investigación o boletines informativos dirigidos a una audiencia más amplia, incluido el público en general. Dichos boletines pueden centrarse en un tema específico relacionado con los intentos de suicidio y las autoagresiones, como la intervención del alcohol en casos de intento de suicidio y autoagresión presentados en hospitales, postratamiento de casos de intento de suicidio y autoagresión presentados en hospitales; o tendencias de la repetición de intentos de suicidio y actos de autoagresión con el transcurso del tiempo. El registro nacional de autoagresiones de Irlanda produce un boletín regular de investigación².

4.3 Artículos para revistas con arbitraje editorial

STEP 5

Otro medio muy importante para lograr difusión y repercusión consiste en publicar los resultados del sistema de vigilancia en revistas internacionales arbitradas. Además de los informes anuales que sirven principalmente para fines nacionales, es importante difundir a nivel internacional los resultados de los sistemas nacionales o regionales de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales. Las publicaciones arbitradas fortalecen la calidad y la repercusión de los sistemas de vigilancia y permiten al equipo de gestión de la vigilancia registrar la trayectoria de los conocimientos y experiencias de especialistas. Esto ayudará a mantener el sistema de vigilancia a largo plazo y aumentará la probabilidad de obtener fondos adicionales de programas y fuentes de financiamiento que aplican criterios de examen rigurosos.

Algunos ejemplos de artículos pertinentes publicados en las revistas con arbitraje figuran en la lista de referencias de este capítulo (2, 3, 4, 5).

² Véase:

<http://nsrf.ie/wp-content/Research%20Bulletins/NSRF%20Research%20Bulletin%20January%202015.pdf> (consultado el 18 de enero del 2016).

4.4 Fundamentación de las políticas STEP 5

Los resultados de los sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones descritos en los informes anuales, las orientaciones basadas en datos científicos y los artículos sometidos a arbitraje pueden utilizarse para fundamentar políticas gubernamentales a nivel local y nacional. Algunos ejemplos de contribuciones que los datos del sistema de vigilancia pueden aportar son los siguientes:

- fundamentar la decisión de asignar personal de enfermería especializado a los servicios de urgencias, priorizando hospitales específicos o centros de atención de urgencias según el volumen de intentos de suicidio y autoagresiones que atiendan (6);
- fundamentar el desarrollo de grupos de estudio para abordar el uso de sustancias específicas (por ejemplo, medicamentos, plaguicidas) según los modelos observados de la intoxicación intencional (6);
- fundamentar la planificación y la ejecución de programas de tratamiento de quienes se presenten al hospital después de un intento de suicidio o acto de autoagresión;
- fundamentar el desarrollo, la ejecución y la evaluación de estrategias nacionales de prevención del suicidio (1, 7).

4.5 Referencias

1. National Office for Suicide Prevention. Connecting for life: Ireland's national strategy to reduce suicide 2015-2020. Dublin: Department of Health; 2015.
2. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *Eur J Public Health*. 2014 24 292-7.
3. Bergen H, Hawton K, Waters K, Cooper J, Kapur N. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000-2007. *Br J Psychiat*. 2010;197:493-8.
4. Ness J, Hawton K, Bergen H, Cooper J, Steeg S, Kapur N, et al. Alcohol use and misuse, self-harm and subsequent mortality: an epidemiological and longitudinal study from the multicentre study of self-harm in England. *Emerg Med J*. 2015;32:793-9.
5. Perry I.J, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. *PloS One*. 2012;7:e31663.
6. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2014. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2015.
7. Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.

05

Mantenimiento y sostenibilidad con el transcurso del tiempo

Panorámica de la sección

Calidad y normalización de la recopilación de datos:

Centrarse en cómo mantener en el tiempo una recopilación de datos estandarizada y sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones.

En particular:

- necesidad de garantía y control de la calidad;
- importancia del financiamiento a largo plazo para la sostenibilidad general;
- valor e implicaciones de política sanitaria de la recopilación de datos a largo plazo; y
- retos para la sostenibilidad y las maneras de superarlos.

5.1 Mantenimiento de la normalización y la calidad de la recopilación de datos

STEP 5

Para mantener la normalización y una alta calidad de los datos, es importante que el personal del equipo de vigilancia reciba supervisión regular y que se organicen reuniones periódicas para los colectores de datos (véase la sección 3).

Todos los colectores de datos requieren una capacitación regular exhaustiva sobre los métodos y procedimientos de recopilación de datos y deben asistir a reuniones regulares de actualización en las que se revisen definiciones de casos y cuestiones relacionadas con el control de calidad. Estas reuniones serán organizadas por el equipo local o nacional de gestión de la vigilancia.

Se sugiere que por lo menos una vez cada dos años se hagan ejercicios de control de calidad en los cuales un par de oficiales de registro de datos recopile cada uno independientemente los datos de dos hospitales para las mismas series consecutivas de asistencia en servicios de urgencias. Sería importante indicar en los informes anuales y los artículos arbitrados el grado de acuerdo entre los oficiales de registro de datos en cuanto a la constatación de los casos (estadísticos Kappa).

También se sugiere que después de un cierto período –por ejemplo tras los primeros tres a cinco años– se encargue a un grupo de revisores nacionales o internacionales independientes un examen independiente del sistema de vigilancia, y que se considere toda sugerencia de mejoramiento de la calidad y la eficiencia del sistema.

5.2 Sostenibilidad en el tiempo

STEP 5

Para perseguir los principales objetivos de un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales, la sostenibilidad a largo plazo es crucial. Por ejemplo, para identificar a los pacientes en riesgo de repetir a más largo plazo intentos de suicidio o actos de autoagresión y para determinar sus características se requieren datos de al menos varios años sobre casos consecutivos de intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales. Como los intentos de suicidio y las autoagresiones están asociados con altos niveles de morbilidad y mortalidad por suicidio y otras causas de muerte prematura, una vigilancia sostenida de los intentos de suicidio y autoagresiones dentro de un sistema de información regular en materia de salud debe ser una prioridad clave. Esta prioridad debe estar respaldada y apoyada económicamente por gobiernos nacionales y ministerios de salud e idealmente incorporarse en una estrategia nacional de prevención del suicidio o integrarse con otras actividades de vigilancia (por ejemplo, de salud mental, enfermedades no transmisibles o lesiones).

En la mayoría de los países, las oficinas nacionales de estadísticas publican los datos anuales de mortalidad por suicidio dos a tres años después del año pertinente. En consecuencia, el acceso en tiempo real a los datos de vigilancia sobre los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales puede ser útil para fundamentar y evaluar intervenciones. En vista de la congruencia observada en Irlanda y otros países entre las tendencias de los intentos de suicidio, las autoagresiones y los suicidios en hombres, los datos sobre intentos de suicidio y autoagresiones en hombres pueden usarse como indicadores de suicidio. Esta es una gran ventaja de estos datos y un argumento convincente para los financiadores y las instancias normativas en el área de la prevención del suicidio. En países con zonas geográficas extensas donde se dispone de apoyo y financiamiento para ampliar el sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones, pero donde no es factible celebrar reuniones periódicas con el equipo de gestión de la vigilancia, es posible organizar reuniones virtuales y lograr una aplicación más amplia y una mayor sostenibilidad del sistema de vigilancia mediante la capacitación de instructores.

Uno puede optimizar proactivamente la utilización de la información obtenida de los sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones. Por ejemplo, se pueden preparar resúmenes de datos científicos para representantes del gobierno y otros involucrados en la formulación de políticas sobre temáticas de los medios, por ejemplo sobre nuevos métodos de intento de suicidio y autoagresión, o el agrupamiento de intentos de suicidio y autoagresiones (en particular cuando las notas periodísticas pueden no estar fundamentadas por datos científicos y pueden rectificar los hechos). Esto contribuirá a mejorar la comprensión de los resultados y de la importancia de la sostenibilidad a largo plazo de la vigilancia de los intentos de suicidio y las autoagresiones.

06

Terminología

Panorámica de la sección

Examen de los términos empleados para hablar de suicidio, intento de suicidio y autoagresión:

- importancia del consenso con respecto al uso de definiciones;
- reconocimiento de los desacuerdos existentes con respecto a los términos utilizados para describir comportamientos suicidas; y
- la justificación de la definición utilizada es importante para las investigaciones internacionales, mientras que los términos pueden variar.

6.1 Introducción

El consenso sobre los términos, las definiciones y la clasificación es importante para todo sistema de vigilancia y ofrece beneficios al posibilitar el intercambio internacional de información de vigilancia coherente. La uniformidad en la terminología, las definiciones y la clasificación facilita la comparación mundial de los resultados de los sistemas de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones en cuanto a la comparación de tendencias, grupos en riesgo y modelos de asistencia postratamiento. Esto a su vez facilitará la colaboración internacional para construir una base de datos científicos en beneficio de intervenciones, programas de prevención y prácticas óptimas para personas en riesgo de intentos de suicidio y actos de autoagresión, o ejecutores de los mismos. En esta sección se analiza la historia de los términos y definiciones utilizados hasta la fecha para hablar de autoagresiones e intentos de suicidio.

6.2 Breve reseña de los términos

Las investigaciones sobre la epidemiología y la etiología del comportamiento suicida se ven obstaculizadas por la falta de acuerdo sobre la terminología y las definiciones. Por ejemplo, con el transcurso de los años se ha usado una amplia variedad de términos diferentes –como “autolesión”, “parasuicidio”, “intento de suicidio”, “autoagresión deliberada” y “autoagresión”– para indicar diversos tipos de comportamiento autoagresivo intencional con grados variables de intención suicida y una diversidad de motivos subyacentes (figura 6.1). Llegar a un acuerdo sobre la terminología y las definiciones se complica aún más porque hay diversos grados de intencionalidad suicida y una heterogeneidad de motivos notificados por quienes han protagonizado comportamientos de autoagresión (1).

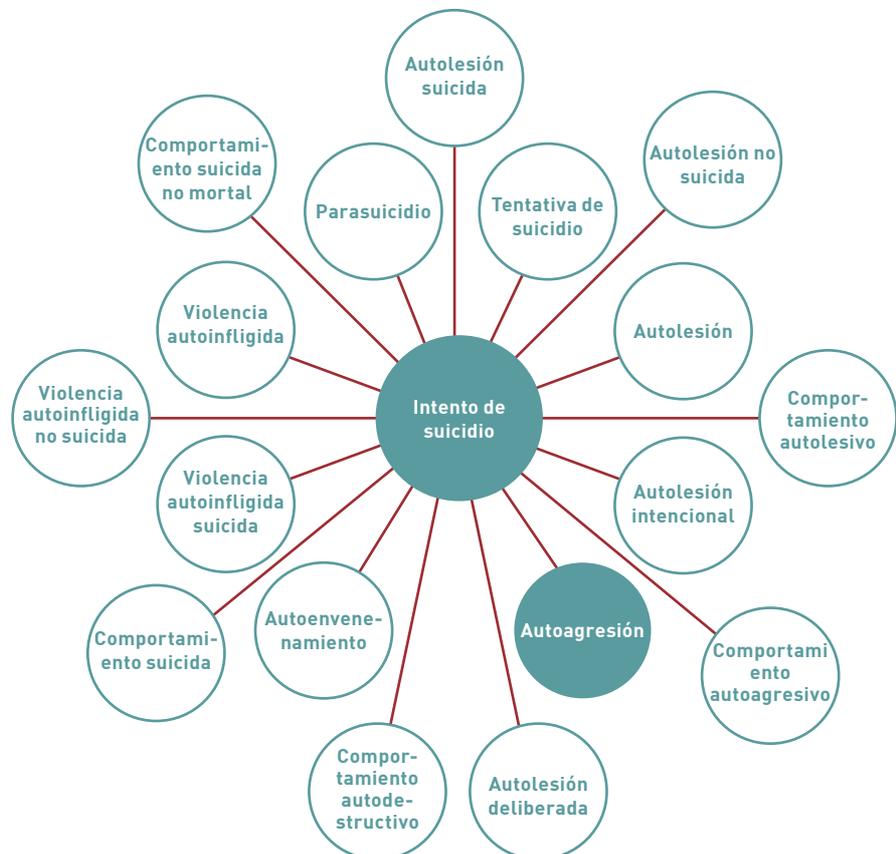
En 1985 se emprendió el estudio multicéntrico regional europeo de la OMS encargado de seguir de cerca y examinar comportamientos suicidas no mortales. Investigadores de 15 países estuvieron de acuerdo en que uno de los obstáculos principales de la investigación epidemiológica en esta área era la falta de una nomenclatura común. Estuvieron de acuerdo en que se requerían términos y definiciones de actos suicidas no mortales que fueran razonables desde un punto de vista teórico y al mismo tiempo se pudieran usar y aplicar en la vigilancia del comportamiento suicida no mortal (2). De acuerdo con Kreitman (3), el grupo de estudio multicéntrico europeo de la OMS utilizó “parasuicidio” como término general que abarcaba expresiones como “intento de suicidio”, “autoagresión deliberada” e “autoenvenenamiento”. Sin embargo, al hacerse el estudio extensivo a más países, el término “parasuicidio” resultaba problemático en la

práctica porque era difícil de traducir en algunas culturas; por ejemplo, “para” podría interpretarse como “asemejarse a” en algunos idiomas o como “imitar” o “fingir” en otros (4), generando así confusión con respecto a su significado en relación con un comportamiento y la posibilidad de interpretaciones sesgadas. Además, el término “parasuicidio” se solía utilizar intercambiamente con “intento de suicidio”, poniendo de manifiesto una dificultad más relacionada con el concepto de intención que este término no ayudaba a aclarar (5).

Para 1994 “parasuicidio” había sido reemplazado por “intento de suicidio” como término empleado en el estudio multicéntrico europeo de la OMS y quedó oficialmente reemplazado en 1999. Por entonces también se propusieron las expresiones “comportamiento suicida mortal” y “comportamiento suicida no mortal” como una manera de comprender el “espectro suicida”, reconociendo al mismo tiempo que la intención de morir puede no estar necesariamente presente (6).

Sin embargo, incluso en relación con los registros de los datos de los hospitales, el uso de la expresión “intento de suicidio” era variable y podía tener significados diferentes para diferentes personas, como queda ilustrado en la figura 6.1 (7).

Figura 6.1.
Expresiones empleadas para describir comportamientos causantes de lesiones autoinfligidas intencionalmente



● Términos usados en este manual

La complejidad de decidir sobre el término más apropiado se relaciona con la intención de autoagredirse, que hasta cierto punto tiene que estar presente para que el acto salga de la esfera de un acontecimiento accidental. Por eso es preciso seguir una línea muy fina reconociendo que la intención suicida es fundamental para que un acto se designe como no accidental, pero como este también conlleva una amplia gama de otros motivos, como alivio frente a pensamientos insoportables, autocastigo o llamado de atención, no cabe que la designación transmita el sentido de intención suicida (8, 9, 10).

De esto se hicieron eco Silverman et al. (11, 12), quienes sugirieron que la cuantificación de la intención suicida estaba más allá de la nomenclatura y podía ser más apropiada para los fines de la clasificación. Sin embargo, al adaptar la nomenclatura de O'Carroll (7) con miras a eliminar la dicotomía en relación con la intención suicida, se propusieron en cambio tres categorías, a saber: "ninguna intención", "intención incierta" e "intención"(11).

En el 2011 en los Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) asesoraron sobre qué términos y definiciones se recomendaban para asegurar la coherencia de la terminología sobre vigilancia (13). Según los CDC, "La violencia dirigida contra uno mismo abarca una variedad de comportamientos violentos, entre ellos actos suicidas mortales y no mortales y lesiones no suicidas autoinfligidas intencionalmente (es decir comportamientos en que la intención no es suicidarse, por ejemplo la automutilación)" (13).

En cuanto a la terminología usada en este manual, "autoagresión" ofrece un punto de convergencia internacional. El concepto de autoagresión abarca un espectro que varía en intención y motivación (1). Sin embargo, se reconoce que no siempre puede traducirse con el mismo significado en otros idiomas y en esos casos sería preferible la expresión "intento de suicidio".

Las investigaciones sobre jóvenes que cometen actos de autoagresión revelan que la mayoría notificó motivos subyacentes múltiples y a menudo contradictorios de sus comportamientos. La mayoría también declaró motivos orientados a la muerte y no orientados a la muerte en el momento de su acto de autoagresión, lo que refleja ambivalencia y no una condición estática (10). En la práctica esto significa que en la etapa de evaluación la prioridad es determinar el grado de intención suicida en los actos de autoagresión, en lugar de distinguir entre los que tienen intención suicida y los que no la tienen.

Por este motivo expresiones como "autolesión no suicida" (NSSI), recientemente introducida como una categoría diagnóstica en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), pueden ser apropiadas en la práctica clínica pero no para la vigilancia (1). Según muestran los datos científicos la intención suicida puede ser variable antes que un concepto dicotómico disyuntivo "sí o no", y todo término descriptor que tome un lado de la disyunción al excluir o incluir ideas de intención se vuelve problemático porque tiene el potencial de excluir a una parte de la población autoagresiva (14, 15).

Parece apropiado utilizar "autoagresión" o "intento de suicidio" para los fines de la vigilancia porque estos términos reconocen y abarcan resultados recientes sobre comportamientos de autoagresión, a saber:

- Los subgrupos de pacientes que han cometido actos de autoagresión caracterizada como leve frente a los autores de autoagresión grave representan polos opuestos de una gravedad dimensional. Sin embargo, los caracterizados como casos leves no muestran cero intención suicida ni ausencia de preocupación suicida.

- Aunque las investigaciones sobre subgrupos de autoagresores hayan identificado diferencias estadística y clínicamente significativas, faltan datos científicos consistentes sobre tipologías homogéneas de autoagresores, y la dimensión de la gravedad de la autoagresión refleja su complejidad (1).

Al nivel mundial, uno debería enfocar la terminología con cierta flexibilidad teniendo en cuenta los diversos contextos culturales y el hecho de que diferentes países pueden elegir los términos que se pueden traducir con mayor precisión en sus respectivos idiomas.

En aras de la claridad y la uniformidad de las investigaciones, previo acuerdo sobre los criterios de inclusión y exclusión de casos, la definición utilizada debe ser uniforme.

6.3 Referencias

1. Arensman E, Keeley H. Defining intent. *Psychiatry Professional*. 2012;Spring:8-9 ([http://nsrf.ie/wp-content/uploads/journals/12/ArensmanKeeley\(2012\).pdf](http://nsrf.ie/wp-content/uploads/journals/12/ArensmanKeeley(2012).pdf), consultado el 18 de enero del 2016).
2. Bille-Brahe U, Schmidtke A, De Leo D. 2004. The WHO/EURO multi-centre study on suicidal behaviour; it's background, history, aims and design. In: De Leo D, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, editors. *Suicidal behaviour: theories and research findings*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2004:17-39.
3. Kreitman N. *Parasuicide*. London: John Wiley; 1977.
4. De Leo D, Burgis S, Bertolote J, Kerkhof A, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behaviour. In: De Leo D, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, editors. *Suicidal behaviour: theories and research findings*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2004:17-39.
5. Bille-Brahe U, Schmidtke A, Kerkhof AJ, De Leo D, Lönnqvist J, Platt S, et al. Background and introduction to the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Crisis*. 1995;16:72-78, 84.
6. De Leo D, Bertolote JM, Schmidtke A, Bille-Brahe U, Kerkhof A. Definitions in suicidology: the evidence-based and the public health approach. In: *Proceedings of the 20th World Congress of the International Association for Suicide Prevention*, Athens, 1999:194.
7. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 1996;26:237-52.
8. Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, Bille-Brahe U, De Leo D, Fekete S, et al. Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32:380-93.
9. McAuliffe C, Arensman E, Keeley HS, Corcoran P, Fitzgerald AP. Motives and suicide intent underlying hospital treated deliberate self-harm and their association with repetition. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:397-408.
10. Scoliers G, Portzky G, Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:601-7.
11. 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 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:248-63.
12. 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.
13. Crosby A, Ortega L, Melanson C. *Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
14. Jobes DA, David M, Overholser JC, Joiner TE Jr. Ethical and competent care of suicidal patients: contemporary challenges, new developments, and considerations for clinical practice. *Prof Psychol Res Pract*. 2008;39:405-13.
15. Rudd MD. What's in a name *Suicide Life Threat Behav*. 1997;27:326-7.

07

Panorámica de los sistemas o proyectos existentes de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones

Panorámica de la sección

Examen de toda la bibliografía:

- presentar ejemplos de sistemas de vigilancia de nivel nacional o subnacional;
- mostrar el uso en poblaciones receptoras representativas; y
- mostrar la utilidad de la vigilancia en países de ingresos bajos y medianos.

Resultados de las prácticas óptimas:

- El uso de un conjunto mínimo de datos resulta más eficaz para la vigilancia de grandes poblaciones.
- La vigilancia a largo plazo es preferible.
- Donde la vigilancia a largo plazo es problemática, los proyectos de vigilancia de duración limitada en uno o más sitios proporciona datos valiosos.

7.1 Antecedentes

Como se describe en la publicación de los CDC Vision for Public Health Surveillance in the 21st Century, todo sistema de vigilancia tiene que abordar objetivos tanto nacionales como mundiales, a saber:

- Para el mundo: una red mundial interconectada de sistemas de vigilancia de la salud pública que optimice la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.
- Para cada nación: un conjunto en pleno funcionamiento y eficaz de sistemas nacionales de vigilancia de la salud pública que protejan la salud pública de la nación y suministren información oportuna que sirva de guía ante los retos de la acción de salud pública (1).

El presente manual busca estos objetivos fundamentales de la vigilancia.

7.2 Vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones en todo el mundo

En el 2013, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) y el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS emprendieron la encuesta mundial IASP-OMS sobre la prevención del suicidio para determinar la información existente sobre estrategias nacionales de prevención del suicidio, incluida la vigilancia de suicidios e intentos de suicidio; lo hicieron dirigiéndose por escrito principalmente a los miembros de la IASP en los países. Respondieron 90 de los 157 países que recibieron el cuestionario de la encuesta –una tasa de respuesta del 57%. A la pregunta sobre si contaban con algún registro de los intentos de suicidio, solo un 18% (16 de 89 países) confirmaron la presencia de ese registro, con una sobrerrepresentación de los países de la Región de las Américas de la OMS y la Región de Europa de la OMS.

Para este manual se realizó un examen preliminar de los sistemas o proyectos mundiales de vigilancia. El examen no pretende ser exhaustivo (mucho ha quedado inédito), sino que se propone presentar una panorámica de los sistemas o proyectos de vigilancia en países de ingresos altos y bajos y medianos (el anexo 3 presenta una panorámica). En los últimos años la vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones se ha priorizado cada vez más a nivel nacional e internacional y utiliza diferentes métodos, a saber: registros específicos, proyectos multicéntricos, estadísticas y bases de datos nacionales o internacionales y estudios individuales (figura 7.1).

Figura 7.1.
Diferentes métodos utilizados en la vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales



7.2.1 Registros específicos de intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales

Los registros específicos se centran exclusivamente en la recopilación de datos relacionados con los casos de intento de suicidio y autoagresión presentados en hospitales. Se recluta y se capacita a colectores de datos para obtener datos sobre las presentaciones consecutivas en hospitales por intentos de suicidio y autoagresiones. La vigilancia se realiza en toda la población de una zona geográfica específica o un país entero.

Al establecer un sistema de vigilancia, la ventaja de un registro especializado es que la prestación de los servicios, la distribución de los recursos y las directrices o protocolos para el manejo de la autoagresión son muy específicos para esa área. Se pueden recoger y utilizar datos en tiempo real para orientar la prestación de los servicios, en particular la evaluación y el manejo de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en los hospitales.

El National Self-Harm Registry Ireland [registro nacional de autoagresiones de Irlanda] es actualmente el único registro a nivel nacional que abarca casos consecutivos de autoagresiones (incluidos los intentos de suicidio) presentados en todos los hospitales generales del país (2, 3). Sin embargo, a nivel subnacional, el registro de autoagresiones de Irlanda del Norte, que se desarrolló sobre la base del registro en Irlanda y del registro de intentos de suicidio de Flandes, Bélgica, cubren todos los intentos de suicidio y actos de autoagresión presentados en hospitales en sus respectivas regiones (4).

El registro de más larga data es el sistema de vigilancia de autoagresiones deliberadas de Oxford, establecido en 1976, que recopila toda la información sobre los casos de autoagresión (incluidos intentos de suicidio) presentados en el John Radcliffe Hospital, Oxford, Reino Unido. Es único en Europa en cuanto al carácter exhaustivo de los datos obtenidos y su duración. Basado en la larga experiencia de Oxford y a fin de servir como recurso para otros que se propongan establecer un sistema de vigilancia de las autoagresiones, se han descrito los procedimientos usados para la vigilancia, la definición e identificación de casos, las investigaciones sobre repeticiones, la protección de los datos y los aspectos éticos (5). El sistema de vigilancia de Oxford proporcionó la plantilla del sistema multicéntrico de vigilancia de autoagresiones deliberadas del Reino Unido establecido en el 2000 que abarca las presentaciones consecutivas en hospitales por autoagresiones en las ciudades de Derby, Manchester y Oxford (6).

Los registros son bastante coherentes con respecto a las definiciones de los comportamientos, los criterios de inclusión, los procedimientos normalizados de trabajo y la capacitación de los funcionarios e investigadores participantes en la recopilación de datos. Los resultados de estos registros indican una correlación de las cifras con las iniciativas de prevención y una influencia de los registros en las estrategias y la legislación nacionales.

7.2.2 Proyectos multicéntricos

Los proyectos multicéntricos mancomunan datos para llegar a perfiles epidemiológicos más amplios de quienes participan en intentos de suicidio o autoagresiones, y para comparar las tasas de incidencia en diversas zonas geográficas y países. Los datos sobre intentos de suicidio y autoagresiones se extraen generalmente de los registros de hospitales generales, y de registros y estadísticas vitales.

Con la implementación de los registros a nivel internacional, en los últimos años los proyectos multicéntricos sobre autoagresiones e intentos de suicidio se han hecho extensivos de países de ingresos altos a países de ingresos bajos y medianos (7).

El estudio multicéntrico regional europeo de la OMS sobre comportamientos suicidas ha abarcado el período más largo (1989-2005) y el mayor número de zonas geográficas de países europeos (8).

Basándose en las experiencias del estudio multicéntrico regional europeo de la OMS, y en cooperación con la Red regional europea de investigación y prevención del suicidio, de la OMS, en 2006 se emprendió el trabajo de investigación sobre el comportamiento suicida en Europa (MONSUE). El objetivo del estudio, en el que participaron nueve países europeos, era investigar los intentos de suicidio presentados en hospitales tomando en cuenta la intención y el poder letal. Se definieron dos subgrupos –uno de comportamiento suicida no grave cuya intención de morir se consideró mínima o ausente, y uno de comportamiento suicida grave. Otro objetivo era determinar las diferencias, si las hubiere, entre ambos subgrupos (9).

En el 2001 se emprendió el estudio de la Región del Pacífico Occidental de la OMS sobre las tendencias del suicidio en territorios en riesgo (START), una iniciativa internacional multisitio cuyo objetivo es fomentar las investigaciones sobre el suicidio y la prevención del suicidio en la Región del Pacífico Occidental de la OMS. El componente central del estudio es el desarrollo de sistemas de registro de los comportamientos suicidas mortales y no mortales (7).

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) ha ordenado mejorar la salud pública en esta región aunando esfuerzos, combinando recursos y acordando un plan detallado de salud pública colectiva. El COMISCA es el órgano político del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), que procura identificar y priorizar los problemas de salud regionales y está integrado por los respectivos ministros de salud de ocho países (Belice, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá). Los CDC son uno de los asociados principales del COMISCA.

El estudio de la OMS sobre prevención del suicidio e intervenciones multisitio sobre comportamientos suicidas (SUPRE-MISS) se emprendió en el 2000 para examinar los comportamientos suicidas e intervenciones pertinentes en sitios culturalmente diversos. Una encuesta comunitaria y un registro hospitalario de casos de intento de suicidio para el componente de ensayo clínico del estudio aportaron resultados muy valiosos (10).

Los proyectos multicéntricos ofrecen un panorama epidemiológico de las tendencias más amplias, marcos para prácticas adecuadas e información sobre la planificación, el desarrollo y el mantenimiento de sistemas de vigilancia multisitio. Los resultados de estos proyectos han proporcionado nuevos conocimientos (por ejemplo, sobre la importancia del autoenvenenamiento con plaguicidas como método o la identificación de diferentes niveles de intención) y han fundamentado investigaciones y estrategias nacionales de prevención del suicidio.

7.2.3 Estadísticas y bases de datos nacionales e internacionales

En varios países (por ejemplo, Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Francia, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, Reino Unido, EUA) los sistemas de información de salud y las bases de datos existentes incluyen datos de hospitales sobre intentos de suicidio y autoagresiones como parte de un informe más amplio resultante de la recopilación de datos nacionales o nacionalmente representativos sobre lesiones y envenenamiento.

En los países donde los recursos son escasos, la utilización eficaz de los datos de hospitales puede suministrar información valiosa sobre la prevalencia de intentos de suicidio y actos de autoagresión médicamente tratados.

Los Estados Unidos son un ejemplo de país con una gran población que combina diversos sistemas de vigilancia para proporcionar una muestra representativa de los intentos de suicidio presentados en hospitales.

En Europa hay una base de datos internacional pertinente que registra datos sobre intentos de suicidio médicamente tratados. Es la base de datos europea sobre lesiones, una fuente única que contiene datos estandarizados interpaíses sobre las causas externas y las circunstancias de las lesiones tratadas en los servicios de urgencias. Los primeros resultados del "módulo de lesiones autoinfligidas intencionalmente" del 2013, que consideró los intentos de autolesión y de suicidio en países europeos, muestran el valor de esta herramienta para proporcionar un panorama amplio de las tendencias de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales (11).

Las bases de datos nacionales varían en cuanto a los procedimientos de muestreo y recopilación de datos sobre intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales, y esto puede limitar la comparación de los resultados entre países. Sin embargo, cada país usa la codificación de la CIE en la clasificación de las lesiones autoinfligidas intencionalmente, a veces además de otras clasificaciones. Las bases de datos nacionales existentes posibilitarían que la vigilancia diera igual importancia a los datos de morbilidad que a los de mortalidad.

7.2.4 Estudios individuales

En los estudios individuales se registran los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales durante un período limitado en una zona geográfica específica o en una población determinada (por ejemplo, una ciudad, un grupo étnico en particular, o personas con un trastorno específico). Mientras que la vigilancia continua es preferible, los estudios individuales arrojan luz sobre la prevalencia y la incidencia de intentos de suicidio, autoagresiones y factores asociados que pueden contribuir a identificar nuevas áreas de investigación, desarrollo o intervención. Los estudios individuales también pueden servir de base para desarrollar un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales. En los países de ingresos bajos y medianos hay un número cada vez mayor de estudios.

7.3 Referencias

1. CDC's Vision for Public Health Surveillance in the 21st Century. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2012;61(-Suppl):1-40.
2. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2014. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2015.
3. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. *PLoS One.* 2012;7:e31663.
4. Vancayseele N, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen C. De epidemiologie van suïcidepogingen in Groot Gent. Jaarverslag 2011. (The epidemiology of suicide attempts in greater Gent. Annual report 2011). Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek; 2012.
5. Hawton K, Bale L, Casey D, Shepherd A, Simkin S, Harriss L. Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. *Crisis.* 2006;27:157-63.
6. Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, et al. Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. *Soc Psych Psychiatr Epidem.* 2007;42:513-21.
7. De Leo D, Milner A, Fleischmann A, Bertolote J, Collings S, Amadeo S, et al. The WHO START study: suicidal behaviors across different areas of the world. *Crisis.* 2013;34:156-63.
8. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A. Suicidal behaviour in Europe: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Göttingen: Hogrefe Publishing; 2004.
9. Carli V, Mandelli L, Zaninotto L, Iosue M, Hadlaczky G, Wasserman D, et al. Serious suicidal behaviors: socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample. *Nord J Psychiatr.* 2014;68:44-52.
10. Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychol Med.* 2005;35:1467-74.
11. Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2008-2010. Amsterdam: Eurosafe; 2013.

08

Lecturas pertinentes

- Antretter E, Dunkel D, Haring C, Corcoran P, De Leo D, Fekete S, et al. The factorial structure of the Suicide Intent Scale: a comparative study in clinical samples from 11 European regions. *Int J Psychiatr Res*. 2008;17:63-79.
- Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *Eur J Public Health*. 2014;24:292-7.
- Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9:e89944.
- Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
- De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe, U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis*. 2006;27(1):4-15.
- De Leo D, Milner A, Fleischmann A, Bertolote J, Collings S, Amadeo S, et al. The WHO START study: suicidal behaviors across different areas of the world. *Crisis*. 2013;34:156-63.
- Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86:703-9.
- Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychol Med*. 2005;35:1467-74.
- Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2014. Cork: National Registry of Deliberate Self-Harm; 2015.
- Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J, Kapur N. Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disorders*. 2015;1:147-51.
- Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, Waters K. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatr*. 2012;53:1212-9.
- Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, et al. Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. *Soc Psych Psychiatr Epidem*. 2007;42:513-21.
- Jiang C, Li X, Phillips MR, Xu Y. Matched case-control study of medically serious attempted suicides in rural China. *Shanghai Arch Psychiatr*. 2013;25:22-31.
- Kapur N, Steeg S, Turnbull P, Webb R, Bergen H, Hawton K, et al. Hospital management of suicidal behaviour and subsequent mortality: a prospective cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:809-16.
- Lilley R, Owens D, Horrocks J, House A, Noble R, Bergen H, et al. Hospital care and repetition following self-harm: multicentre comparison of self-poisoning and self-injury. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2008;192:440-5.
- Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. *PLoS One*. 2012;7:e31663.
- Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;85:97-104.
- Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1035-43.
- Rajendra R, Krishna M, Majgi S, Heggere N, Robinson C, Poole R. A feasibility study to establish a deliberate self-harm register in a state hospital in southern India. *Br J Med Pract*. 2015;8:807.
- 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 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:248-63.
- 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.
- Prevención del suicidio: un imperativo global. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
- Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
- Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
- Xu Y, Phillips MR, Wang L, Chen Q, Li C, Wu X. Retrospective identification of episodes of deliberate self-harm from emergency room registers in general hospitals: an example from Shanghai. *Arch Suicide Res*. 2013;17:345-59.

Anexo 1. Ejemplo de volante de información que describe un sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones

Frete de volante de información

<p>La Fundación nacional de investigaciones sobre el suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> • es el principal centro irlandés de investigaciones sobre el comportamiento suicida • realiza una amplia gama de investigaciones además de administrar el Registro nacional de autoagresiones de Irlanda • está registrada en el organismo de protección de datos y cumple con la legislación irlandesa de protección de los datos • los comités de ética nacionales y locales le han dado su aprobación ética para administrar el registro • elabora un informe anual de los resultados del Registro nacional de autoagresiones de Irlanda que está disponible en nuestro sitio web o en nuestras oficinas 	<p>El registro</p> <p>Este hospital proporciona datos al registro nacional de autoagresiones de Irlanda</p> <p>Todos los casos de autoagresiones que se presentan al departamento de urgencias se registran de una manera que preserva el anonimato de los pacientes y la confidencialidad</p> <p>Este volante proporciona más información sobre lo que se entiende por autoagresión; por qué se registran los datos y cómo se usarán</p> <p>Si usted quisiera más información acerca del registro, sírvase contactarnos en la NSRF</p>	<p>REGISTRO NACIONAL DE AUTOAGRESIONES DE IRLANDA</p>  <p>National Suicide Research Foundation</p> <p>4.28 Western Gateway Building University College Cork</p> <p>Tel: 021 420 5551 correo electrónico: info@nsrf.ie sitio web: www.nsrif.ie</p>
<p>El registro está financiado por la Oficina nacional del ejecutivo del servicio de salud para la prevención del suicidio.</p> 	<p>Dónde encontrar ayuda</p> <p>Aware (1890 303 302): ayuda a personas y familias afectadas por depresión</p> <p>Childline (1800 666 666): ayuda a jóvenes en dificultad</p> <p>Console (1800 201 890): presta apoyo e información a los afectados por suicidio</p> <p>Pieta House (01 601 00 00): centro para la prevención de autoagresiones</p> <p>Samaritans (116 123): presta apoyo emocional 24 horas al día a personas en dificultad</p>	

Dorso de volante de información

<p>¿Qué es el Registro nacional de autoagresiones de Irlanda?</p> <p>Es un sistema de registro de todos los casos de autoagresión presentados ante departamentos de urgencias de hospitales de Irlanda</p> <p>El registro forma parte integrante de la estrategia nacional irlandesa de prevención del suicidio y constituye la base para prestar mejores servicios a quienes corren un alto riesgo de comportamiento suicida</p> <p>El registro fue establecido en el 2000 por la Fundación nacional de investigaciones sobre el suicidio a petición de Departamento de salud y niñez</p> <p>El registro está financiado por la Oficina nacional del ejecutivo del servicio de salud para la prevención del suicidio</p> <p>El director del registro es el profesor Ivan J Perry, que es también director del departamento de epidemiología y salud pública del University College Cork.</p>	<p>Los objetivos del registro nacional de autoagresiones de Irlanda son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • establecer el grado y la naturaleza de las autoagresiones tratadas en hospitales de Irlanda • vigilar las tendencias con el transcurso del tiempo y por área • contribuir a la formulación de políticas en el área del comportamiento suicida • contribuir al progreso de la investigación y la prevención <p>¿Qué es la autoagresión?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es un acto no mortal • Se inicia deliberadamente • La persona sabe que puede causarle un daño físico y puede causarle la muerte • Incluye los intentos de suicidio, pero también otras posibles intenciones 	<p>Algunos resultados del Registro nacional de autoagresiones de Irlanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 2014, hubo aproximadamente 11.000 presentaciones por autoagresión en los departamentos de urgencias de hospitales de Irlanda • Quienes se presentaron fueron aproximadamente 8.500 individuos, porque algunas personas se presentaron múltiples veces en hospitales • La tasa irlandesa de autoagresiones es mayor entre mujeres que entre hombres, y la tasa más elevada se registra entre jóvenes • Casi la mitad de todas las presentaciones irlandesas por autoagresión corresponden a personas de menos de 30 años de edad • Tres de cada cuatro presentaciones por autoagresión son resultado de una sobredosis de alguna droga o medicamento autoadministrado intencionalmente • El alcohol está involucrado en cerca del 40% de los episodios de autoagresión.
--	--	--

Fuente: National Self-Harm Registry Ireland. Reprinted by permission of the National Suicide Research Foundation, Cork, Ireland.

Anexo 2. Ejemplo de formulario de registro de datos en papel

Colector de datos	---
Fecha de registro	Día___ / mes___ / año_____
Número del hospital	---
Número único del evento	-----
Número único de identificación personal	-----
Sexo	Masculino_ Femenino_ Transexual_
Fecha de nacimiento	Día___ / mes___ / año_____
Edad	__ años
Código postal o de área	-----
Fecha de presentación	Día___ / mes___ / año_____
Horario de la presentación	__ horas / __ minutos
Modalidad de llegada al hospital	Ambulancia__ Bomberos__ Policía__ Guardacostas___ Autopresentación__ Otro (especificar)___
Al llegar en el hospital fue visto por	Médico del departamento de urgencias__ Enfermera ___ Otro personal del hospital (especificar)_ ___
Fecha de la autoagresión	Día___ / mes___ / año_____
Día de la semana de la autoagresión	---
Horario de la autoagresión	__ horas / __ minutos
Ubicación de la autoagresión	---
Método (s) según los códigos de la CIE-10	----- (según corresponda, especificar la sustancia utilizada y la cantidad _____)
Gravedad médica de la autoagresión	Tratamiento en la unidad especializada de _____ Cirugía con anestesia _____ Tratamiento médico extenso_____ Indicios de estado alterado de conciencia _____ Inconsciente en el momento de la presentación o antes _____
Declaración de la intención de morir	No__ Sí (describir) ___
Antecedentes de autoagresión (autoagresiones precedentes)	No__ Sí (describir) ___
Evaluación psicológica o psiquiátrica en el hospital	No__ Sí_____, por psiquiatra_____ Por psicólogo clínico_____ Por enfermera _____ Por asistente social _____ por otro (especificar) ___
Diagnóstico (cualquier diagnóstico asociado con la persona)	No___ Sí_____ (especificar) _____
Ingreso al hospital	No__ Sí____, en la unidad de cuidados Intensivos_____ En el servicio de urgencias_____en la unidad de hospitalización psiquiátrica_____ Otro, especificar ___
Egreso del hospital	Día___ / mes___ / año_____; __ horas / __ minutos

Annex 3. Ejemplos de métodos utilizados en la vigilancia de los intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales

Ejemplos de registros específicos de intentos de suicidio y autoagresiones presentados en hospitales

Ubicación	Enlace en la web	Cobertura	Centros	Población	Duración	Fuente
Irlanda	http://nsrf.ie/wp-content/uploads/reports/NSRF%20National%20Self-Harm%20Registry%20Ireland%20Annual%20Report%202014.pdf	Nacional (26 condados)	40	Toda	Desde el 2003 (en curso)	Vigilancia en hospitales (incluidos todos los hospitales)
Costa Rica	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/662-noticias-2014/698-costa-rica-vigila-los-intentos-de-suicidio-por-primera-vez-desde-el-2013	Nacional	-	Toda	Desde el 2013 (en curso)	Presentaciones en hospitales públicos y privados
Irlanda del Norte	http://www.publichealth.hscni.net/publications/northern-ireland-registry-self-harm-annual-report-201314	Subnacional	3	Toda	Desde el 2007 (en curso)	Presentaciones en servicios de urgencias
Reino Unido multicéntrico	http://cebhm.warne.ox.ac.uk/csr/mcm/	Subnacional (Derby, Manchester, Oxford)	6	51 206 (muestras analizadas)	Desde el 2000 (en curso)	Tratados en el sistema de salud
Reino Unido Oxford	http://cebhm.warne.ox.ac.uk/csr/monitoring.html	Subnacional (Oxford)	1	450 000	Desde 1976 (en curso)	Presentaciones en servicios de internación y ambulatorios
Bélgica	http://bjp.rcpsych.org/content/183/3/260	Subnacional (Flandes)	62	225 393	Desde 1986 (en curso)	Presentaciones generales y psiquiátricas (también en prisiones y centros centinela)

Ejemplos de proyectos multicéntricos

Nombre	Países	Centros	Población	Duración	Fuente
Estudio multicéntrico regional europeo de la OMS sobre comportamiento suicida	19*	25	6 millones	1989–2005	Tratados en el sistema de salud
MONSUE, Estudio regional europeo de la OMS (Seguimiento de comportamientos suicidas en Europa)	9**	10	2.5 millones	2006–2010	Tratados en el sistema de salud
START, de la OMS (Tendencias del suicidio en territorios en riesgo)	10***	14	106 millones	Desde el 2001 (en curso)	Tratados en el sistema de salud
COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana)	8****	8	-	Desde el 2010 (en curso)	Tratados en el sistema de salud
OMS Prevención del suicidio - - Estudio de intervención multisitio sobre comportamientos suicidas (SUPRE-MISS)	8*****	8	2 millones	2000–2004	Tratados en el sistema de salud

* Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Países Bajos, Noruega, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido.

** Bélgica, Estonia, Alemania, Hungría, Italia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza.

*** Australia, Brasil, China, Fiji, Italia, Mongolia, Nueva Zelandia, Filipinas, Tonga, Vanuatu (así como territorios: Polinesia Francesa, Guam y China [Región Administrativa Especial de Hong Kong]).

**** Belice, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá.

***** Brasil, China, Estonia, India, Irán, Sudáfrica, Sri Lanka, Viet Nam.

Ejemplos de estadísticas y bases de datos nacionales e internacionales

Ubicación	Nombre	Enlace web	Cobertura	Fuente
Australia	Base de datos de hospitales nacionales sobre e morbilidad (NHMD)	http://www.aihw.gov.au/hospitals-data/national-hospital-morbidity-database	Nacional	Casi todos los hospitales públicos y privados
Bélgica	Conjunto mínimo de datos de hospitales (MHD)	http://hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=2.7%20Health%20information%20management&Type=Section	Nacional	Todos los hospitales
Belice	Sistema de información de salud de Belice (BHIS)	http://health.gov.bz/www/health-projects/health-information-system/bhis-expansion	Nacional	Todos los hospitales públicos y privados
Canadá	Base de datos para descargar resúmenes de artículos científicos (DAD)	https://www.cihi.ca/en/types-of-care/hospital-care/acute-care/dad-metadata	Nacional	Establecimientos de atención de agudos (excepto Quebec)
	Base de datos de hospitales sobre morbilidad (HMDB)	https://www.cihi.ca/en/types-of-care/hospital-care/acute-care/hmdb-metadata	Nacional	Establecimientos de atención de agudos (incluidos establecimientos de cirugía ambulatoria en Quebec)
	Registro traumatológico de Ontario (OTR)	https://www.cihi.ca/en/types-of-care/specialized-services/trauma-and-injuries/ontario-trauma-registry-otr-metadata	Subnacional	Centros traumatológicos
	Base de datos de hospitales sobre salud mental I (HMHDB)	https://www.cihi.ca/en/types-of-care/specialized-services/mental-health-and-addictions/hospital-mental-health-database	Nacional	Hospitalizaciones por enfermedades mentales
	Programa de prevención y notificación de lesiones de los hospitales canadiense (CHIRPP)	http://www.phac-aspc.gc.ca/injury-bles/chirpp/index-eng.php	Subnacional	10 hospitales pediátricos y 6 hospitales generales
Dinamarca	Registro nacional danés de pacientes (DNPR)	http://sjp.sagepub.com/content/39/7_suppl/30.refs	Nacional	Todos los hospitales
	Registro de intentos de suicidio (RSA)	http://www.danmedbul.dk/DMB_2004/0404/0404-artikler/DMB3621.pdf	Subnacional (condado de Funen)	Todos los hospitales
República Dominicana	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)	http://digeprisalud.gob.do/docs/Vigilancia%20Epidemiologica/Reglamentos%20y%20Normas/Reglamento%20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Vigilancia%20Epidemiologica%20SINAVE%20309-07.pdf	Nacional	Servicios de salud públicos y privados

Location	Name	Web link	Coverage	Source
Fiji	Sistema de información de salud pública (PHIS)	http://www.fiji.gov.fj/Media-Center/Press-Releases/HEALTH-DATABASE-TO-STRENGTHEN-HEALTH-SERVICE-DELIV.aspx	Nacional	Todos los hospitales del gobierno
Finlandia	Atención de salud en régimen de internación	http://www.stat.fi/til/thlaho/index_en.html	Nacional	Todos los hospitales
Francia	Observatoire national du suicide (ONS)	http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sante_mentale/observatoire_national_suicide.asp	Nacional	Todos los hospitales públicos y privados
Nueva Zelandia	Conjunto nacional mínimo de datos sobre egresos hospitalarios (NMDS)	http://www.health.govt.nz/health-statistics/national-collections-and-surveys/collections/national-minimum-dataset-hospital-events	Nacional	Todos los hospitales públicos y privados
Noruega	Registro noruego de pacientes (NPR)	https://helsedirektoratet.no/english/norwegian-patient-register	Nacional	Todos los hospitales
Filipinas	Sistema electrónico en línea de vigilancia de lesiones (ONEISS)	http://oneiss.doh.gov.ph/oneiss/login.php	Subnacional	Hospitales estatales y privados
Suecia	Registro nacional de pacientes (NPR)	http://www.jpi-dataproject.eu/Home/Database/361?topicId=1	Nacional	Todos los hospitales
Reino Unido	Centro de información sobre atención social y de salud (HSCIC); Observatorio de lesiones de Gran Bretaña e Irlanda	http://www.hscic.gov.uk/ ; http://www.injuryobservatory.net/category/data+crosscut	Nacional	Todos los hospitales de Servicio nacional de salud y los centros de atención de salud de la comunidad
	Sistema de vigilancia de lesiones de Gales (AWISS)	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1730805	Subnacional	Todos los hospitales
USA	Sistema de notificación y consulta estadística sobre lesiones ubicado en la web (WISQARS)	http://www.cdc.gov/injury/wisqars	45 sistemas federales diferentes de datos, operados por 16 organismos diferentes, y 3 sistemas privados de registros de lesiones	Lista completa de las bases de datos: http://www.cdc.gov/injury/wisqars/InventoryInjuryDataSys.html
Unión Europea	Base europea de datos sobre lesiones (BED)	http://ec.europa.eu/health/data_collection/databases/icdb/index_en.htm	Multipaís	100 hospitales

Ejemplos de estudios individuales

Afganistán (Medica Mondiale et al., 2008)	<p>Un informe de Medica Mondiale sobre la autoinmolación de mujeres afganas analiza datos de unidades de quemados de hospitales de las provincias de Heart, Kabul y Wardak.</p>
Australia (Milner et al., 2013)	<p>Estudio para evaluar la prioridad de tratamiento asignada a los autoagresores que acudieron al departamento de urgencias del Gold Coast Hospital, Queensland, Australia, del 2005 al 2010.</p>
Bélgica (De Munck et al., 2009)	<p>Estudio de nueve años de seguimiento de intentos de suicidio entre adolescentes y adultos jóvenes en el departamento de accidentes y urgencias de la Universidad de Gent, Flandes, Bélgica, entre enero de 1996 y diciembre del 2004.</p>
China (Chen et al., 2009)	<p>Todos los residentes de Nantou, China (Provincia de Taiwán) que habían llevado a cabo actos de autoagresión se incorporaron en el registro de suicidios de Nantou desde julio del 2000 hasta febrero del 2003 y tuvieron seguimiento hasta diciembre del 2005.</p>
China (Xu et al., 2013)	<p>El Registro de la sala de urgencias del hospital del distrito de Jiading, Shanghai, se ha utilizado para evaluar retrospectivamente la prevalencia y las características de los episodios de autoagresión deliberada tratados médicamente del 2007 al 2010.</p>
EUA (Barlow et al., 2012)	<p>Con la Universidad Johns Hopkins, se analizaron datos sobre suicidios, autolesiones no suicidas y uso de sustancias del registro de vigilancia de autolesiones tribalmente ordenadas de la tribu White Mountain Apache del 2007 al 2010.</p>
Fiji (Peiris-John et al., 2013)	<p>Como parte del proyecto sobre lesiones relacionadas con el tránsito en el Pacífico (TRIP), en octubre del 2005 en Viti Levu se estableció un registro poblacional llamado sistema de vigilancia de lesiones en hospitales de Fiji, que duró 12 meses. Se captaron datos sobre hospitalizaciones de 12 horas o más debidas a lesiones o a intoxicación aguda.</p>
India (Gururaj et al., 2001)	<p>El estudio analizó datos recopilados de personas que intentaron suicidarse y se presentaron en alguno de tres hospitales estatales y nueve privados (de un total de unos 120 hospitales) de la ciudad de Bangalore en 1998-1999. Todos los hospitales tenían un servicio de urgencias las 24 horas.</p>

India (Rajendra et al., 2015)	<p>Se realizó un estudio de factibilidad sobre el establecimiento de un registro de autoagresiones en la Escuela de medicina e instituto de investigaciones de Misora. Los datos se recogieron en entrevistas y en registros de todos los que se presentaban por autoagresión deliberada en un período de seis meses en el 2012.</p>
Irán (Sharif-Alhoseini M et al., 2012)	<p>Se utilizó el sistema nacional de vigilancia de lesiones para identificar los intentos de suicidio del 2005 al 2008. El sistema se encuentra en los hospitales y se limita a los pacientes lesionados ingresados en los servicios de urgencias de hospitales estatales, que representan el 68,9% de los 942 hospitales del Irán. Cubren el país entero, sus servicios son baratos y están disponibles para todas las personas; por consiguiente, todos pueden usarlos.</p>
Malasia (Sinniah et al., 2014)	<p>Una revisión identificó un total de 38 estudios sobre intentos de suicidio en Malasia. Los datos se recogieron principalmente en hospitales públicos (63%) durante el ingreso de pacientes suicidas tras un intento de suicidio. Otro 34% eran datos retrospectivos de los expedientes clínicos de los hospitales y registros patológicos, y un 3% se recogieron en consultas de pacientes de los hospitales.</p>
Nicaragua (Caldera et al., 2007, 2004)	<p>En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de León se registraron durante tres años todos los casos de intento de suicidio hospitalizados. Una enfermera asumió la responsabilidad del sistema de registro y realizó todas las entrevistas.</p>
Pakistán (Shahid et al, 2009)	<p>Se llevó a cabo un examen retrospectivo de 98 pacientes de autoagresión que se presentaron al departamento de urgencias de un hospital docente de atención terciaria en Karachi. La información registrada incluía el método de autoagresión, el tipo, la vía de administración y la cantidad de medicamentos (si fueron utilizados), la razón de la autoagresión, los antecedentes y el resultado.</p>
Panamá (González, 2014)	<p>Desde el 2005 se recogen datos sobre las personas que intentaron suicidarse y se presentaron en la sala de urgencias del Hospital Regional Nicolás Alejo Solano de La Chorrera. La información se introduce en un formulario impreso por los psiquiatras.</p>
Sri Lanka (Senarathna et al., 2012)	<p>Del 2008 al 2010 se hizo un estudio de los ingresos por autoenvenenamiento en todas las salas de urgencias del distrito de Anuradhapura.</p>
Suecia (Tidemalm et al., 2014)	<p>Se vincularon los datos sobre egresos hospitalarios, causas de muerte, censo de población y de viviendas y educación y migración de todas las personas que vivían en Suecia durante el periodo 1973 - 1982.</p>

Referencias sobre ejemplos de estudios individuales

- Barlow A, Tingey L, Cwik M, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Lee A, et al. Understanding the relationship between substance use and self-injury in American Indian Youth. *Am J Drug Alcohol Ab.* 2012;38(5):403-8.
- Caldera T, Herrera A, Renberg ES, Kullgren G. Suicide intent among parasuicide patients in Nicaragua: a surveillance and follow-up study. *Arch Suicide Res.* 2007;11(4):351-60.
- Chen VC, Cheng AT, Tan HK, Chen CY, Chen TH, Stewart R, Prince M. A community-based study of case fatality proportion among those who carry out suicide acts. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(12):1005-11.
- De Munck S, Portzky G, Van Heeringen K. Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996-2004. *Crisis.* 2009;30(3):115-9.
- González G. Acerca de la conducta suicida en Panamá. *Revista de la Sociedad Panameña de Psiquiatría.* 2014;2(1):9-12.
- Gulliver P, Cryer C, Davie G. The New Zealand serious non-fatal self-harm indicators: how valid are they for monitoring trends? *Inj Prev.* 2012;18(4):246-52.
- Gururaj G, Isaac MK. Epidemiology of suicides in Bangalore. 2001. National Institute of Mental Health and Neurosciences. Bangalore: Vasu.
- Medica Mondiale. Dying to be heard – Self-immolation Research Report 2006-2007. Cologne: Medica Mondiale; 2008. (http://www.medicamondiale.org/fileadmin/redaktion/5_Service/Mediathek/Dokumente/English/Documentations_studies/Afghanistan_Dying_to_be_heard_self_immolation_medica_mondiale_2007.pdf, consultado el 18 de enero del 2016)
- Milner A, Kølves K, Gladman B, De Leo D. Treatment priority for suicide ideation and behaviours at an Australian emergency department. *World J Psychiatr.* 2013;3: 34-40.
- Peiris-John R, Kafoa B, Wainiqolo I, Reddy RK, McCaig E, Ameratunga SN. Population-based characteristics of fatal and hospital admissions for poisoning in Fiji: TRIP Project-11. *Inj Prev.* 2013;19(5):355-7.
- Rajendra R, Krishna M, Majgi S, Heggere N, Robinson C, Poole R. A feasibility study to establish a Deliberate Self-harm Register in a state hospital in southern India. *BJMP.* 2015;8(1):a807.
- Senarathna L, Jayamanna SF, Kelly PJ, Buckley NA, Dibley MJ, Dawson, AH. Changing epidemiologic patterns of deliberate self-poisoning in a rural district of Sri Lanka. *BMC Public Health.* 2012;12:593.
- Shahid M, Khan MM, Saleem-Khan M, Jamal Y, Badshah A, Rehmani R. Deliberate self-harm in the emergency department: experience from Karachi, Pakistan. *Crisis.* 2009;30: 85-9.
- Sharif-Alhoseini M, Rasouli MR, Saadat S, Haddadi M, Gooya MM, Afsari M, Rahimi-Movaghar V. Suicide attempts and suicide in Iran: Results of national hospital surveillance data. *Public Health.* 2012;126:990-992.
- Sinniah A, Maniam T, Oei TP, Subramaniam P. Suicide attempts in Malaysia from the year 1969 to 2011. *Scientific World Journal.* 2014;2014:1-13. doi.org/10.1155/2014/718367.
- Tidemalm D, Haglund A, Karanti A, Landén M, Runeson B. Attempted suicide in bipolar disorder: risk factors in a cohort of 6086 patients. *PLoS One.* 2007;9(4):1-9.
- Xu Y, Phillips MR, Wang L, Chen Q, Li C, Wu X. Retrospective identification of episodes of deliberate self-harm from emergency room registers in general hospitals: an example from Shanghai. *Arch Suicide Res.* 2013;17:345-59.

ISBN 978-92-75-32008-2



9 7 8 9 2 7 5 3 2 0 0 8 2