



R E V I S T A M É D I C A
PANACEA

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

p-ISSN 2223-2893

e-ISSN 2225-6989

VOLUMEN 13 NÚMERO 3

PUBLICACION CUATRIMESTRAL

SETIEMBRE - DICIEMBRE

2024

ARTÍCULO DE REVISIÓN:

Riesgo suicida en emergencias: retos, abordajes y estrategias de evaluación

Suicidal Risk in Emergencies: Challenges, Approaches, and Assessment Strategies.

AUTORES:

Oscar J. Jorge -Zapata

REVISTAS.UNICA.EDU.PE

INDEXADA EN:



Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.



Riesgo suicida en emergencias: retos, abordajes y estrategias de evaluación

Suicidal Risk in Emergencies: Challenges, Approaches, and Assessment Strategies.

Jorge-Zapata Oscar J.^{1,a}.

1. Unidad Médico Legal II Ayacucho
a. Médico Psiquiatra . <https://orcid.org/0000-0001-8590-8429>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v13i3.617>

Correspondencia:

Nombre : Oscar J. Jorge Zapata
Teléfono: (+51)949693992
Correo: ojscarjz@gmail.com

Contribuciones de autoría:

JZOJ han contribuido de forma similar en la idea original, diseño del estudio, recolección y análisis de la bibliografía, redacción del borrador, redacción del artículo y aprobación de la versión final. han participado en la concepción y diseño del artículo, el análisis e interpretación de datos, la redacción del artículo, la revisión crítica del artículo y la aprobación de la versión final.

Todos los autores han contribuido en la concepción, redacción de borrador- redacción del manuscrito final, revisión y aprobación del manuscrito.

Conflicto de intereses: no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

Financiamiento:

Autofinanciado.

Cómo citar:

Jorge-Zapata Oscar. Riesgo suicida en emergencias: retos, abordajes y estrategias de evaluación. Rev méd panacea 2024;13(3):127-136. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v13i3.617>

Recibido: 07 - 09 - 2024
Aceptado: 13 - 12 - 2024

RESUMEN

El riesgo suicida en emergencias representa un desafío crítico que requiere un enfoque multidisciplinario en su identificación, evaluación y manejo. Este artículo revisa estrategias y herramientas basadas en evidencia para abordar esta problemática. La conducta suicida, está influida por factores biológicos, psicológicos y sociales, y requiere evaluaciones completas que incluyan la identificación de factores de riesgo y protección, así como la reducción del acceso a medios letales. El abordaje requiere la necesidad de protocolos bien definidos en servicios de urgencias para mejorar la atención desde el ingreso hasta el alta, con herramientas validadas como el SAFE-T o el C-SSRS y otras, son útiles para la evaluación del riesgo suicida. En el contexto de Perú, los datos epidemiológicos revelan un aumento en la tasa de suicidios, con métodos predominantes como el ahorcamiento. La revisión identifica modelos teóricos del suicidio que explican el contexto, los cuales ayudan a comprender la complejidad del fenómeno suicida. Este trabajo concluye que la atención empática, interdisciplinaria, el registro detallado de la historia clínica y la implementación de estrategias innovadoras en urgencias pueden marcar una diferencia significativa en la prevención del suicidio, promoviendo un enfoque centrado en el paciente y adaptado a las realidades locales.

Palabras clave: "Suicidio", "Intento de Suicidio", "Prevención del Suicidio", "Ideación Suicida", "Servicios de Emergencia Psiquiátrica".

ABSTRACT

Suicidal risk in emergencies represents a critical challenge that requires a multidisciplinary approach for its identification, assessment, and management. This article reviews evidence-based strategies and tools to address this issue. Suicidal behavior is influenced by biological, psychological, and social factors, demanding comprehensive evaluations that include identifying risk and protective factors, as well as reducing access to lethal means. The approach necessitates well-defined protocols in emergency services to enhance care from admission to discharge. Validated tools such as SAFE-T, C-SSRS, and others prove useful for assessing suicidal risk. In the context of Peru, epidemiological data reveal an increase in suicide rates, with predominant methods such as hanging. The review identifies theoretical models of suicide that explain the context and contribute to understanding the complexity of suicidal phenomena. This study concludes that empathetic, interdisciplinary care, detailed clinical history documentation, and the implementation of innovative strategies in emergency settings can make a significant difference in suicide prevention, promoting a patient-centered approach adapted to local realities.

Keywords: "Suicide", "Suicide, Attempted", "Suicide Prevention", "Suicidal Ideation", "Emergency Services, Psychiatric".

INTRODUCCIÓN

El suicidio, según la OMS, es una de las principales causas de muerte prevenible y la tercera entre jóvenes de 15 a 29 años, afectando principalmente a países de ingresos bajos y medianos.(1) Este fenómeno representa un problema crítico de salud pública, como un tipo de violencia hacia uno mismo. La conducta suicida incluye componentes físicos y psicológicos, y en ocasiones, se manifiesta a través de privación o negligencia.(2)

En los servicios de emergencias, la ideación suicida está frecuentemente asociada a factores psicosociales e interpersonales más que a diagnósticos mentales, lo que subraya la necesidad de análisis y documentación detallada.(3) Aproximadamente el 10% de los pacientes adultos que acuden a urgencias presentan ideación o conductas suicidas recientes, aunque muchos no lo revelan sin un interrogatorio específico.(4)

Estos pacientes requieren una atención empática y eficaz que no solo aborde el episodio agudo, sino que también se extienda hacia el seguimiento comunitario. (5) Es crucial que el personal de salud, utilice herramientas validadas para la evaluación del riesgo suicida, adaptadas al entorno de urgencias, y diseñen intervenciones prácticas que prevengan desenlaces fatales.(6)

Este artículo analiza los desafíos y estrategias para evaluar y manejar el riesgo suicida en emergencias, proponiendo soluciones prácticas basadas en evidencia para optimizar la atención en entornos críticos.

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA

Se realizó una revisión narrativa utilizando la base de datos PubMed, empleando la siguiente estrategia de búsqueda: ("Suicide"[Mesh] OR "Suicide, Attempted"[Mesh] OR "Suicide Prevention"[Mesh]) OR "Suicidal Ideation"[Mesh] OR suicid*[tw] and ("Emergency Services, Psychiatric"[Mesh] OR "Emergency Service* Psychiatric" OR "Psychiatric Emergency Services" OR "emergencias"[MeSH Terms] OR "emergenc*" [tw]). Se excluyeron artículos relacionados con niños y adolescentes, así como aquellos que no estuvieran directamente vinculados al riesgo suicida. Además, se complementó la búsqueda con fuentes en español utilizando el término "suicidio en emergencias".

DESARROLLO DEL TEMA

CONCEPTOS CLAVE Y NOMENCLATURA DEL SUICIDIO

El suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida.(7) El comportamiento suicida, abarca una variedad de conductas, desde pensamientos suicidas (ideación) y planificación, hasta intentos y el suicidio en sí.(8) Los términos "suicidalidad", "comportamiento suicida" o "conducta suicida" se utilizarán para referirse a cualquier tipo de constructo suicida.(9) El intento de suicidio incluye cualquier comportamiento autoinfligido no mortal, como intoxicaciones o lesiones, que pueden tener o no intención letal.(7) La nomenclatura del suicidio históricamente es heterogénea, pero los esfuerzos recientes, como los que dieron lugar al Algoritmo de Clasificación de Columbia (ACC) para la Evaluación del suicidio han contribuido a estandarizar la nomenclatura (Tabla1).(10)

Tabla 1. Nomenclatura para la evaluación del suicidio .

Categoría	Definición
Conducta suicida	Abarca desde pensamientos suicidas (ideación) y planificación hasta intentos y el suicidio mismo.(7) Cualquier tipo de constructo suicida.(9)
Suicidio	Un acto autoinfligido fatal con alguna evidencia de intención de morir.(11)
Intento de suicidio (IS)	Comportamiento potencialmente autolesivo asociado con al menos cierta intención de morir . El IS se caracteriza por un mayor deterioro funcional que la autolesión no suicida. (11)
Ideación suicida activa	Pensamientos sobre tomar acciones para terminar con la propia vida, incluyendo: identificación de un método, tener un plan y/o intención de actuar.(11) Como ejemplo, "Quiero matarme" o "Quiero terminar con mi vida y morir".
Ideación suicida pasiva	Pensamientos sobre la muerte o desear estar muerto sin ningún plan o intención. (11) Como ejemplo, "Estaría mejor muerto" o "Espero morir mientras duermo".
Autolesión no suicida	Comportamiento autolesivo sin intención de morir . Generalmente implica cortes, quemaduras u otras lesiones para aliviar malestar, "sentir algo", castigarse, llamar la atención o escapar de situaciones difíciles.(11)
Eventos suicidas	Incluye el inicio o empeoramiento de pensamientos suicidas, con un intento real de suicidio o una intervención de emergencia por esta conducta. "podría haber intentado suicidarse si no se le hubiera reconocido y tratado"(11)
Actos preparatorios hacia la conducta suicida inminente	Se toman acciones para prepararse para autolesionarse, pero los actos suicidas son detenidos por uno mismo o por otros(11)
Autolesión deliberada	Cualquier tipo de comportamiento autolesivo, incluyendo intentos de suicidio y autolesiones no suicidas.(11)

En el constructo de homicidio-suicidio, los términos "muerte diádica" y "suicidio prolongado" describen situaciones distintas. La "muerte diádica" implica un asesinato seguido de suicidio, asociado a impulsividad, relaciones ambivalentes y factores externos como celos o frustraciones. En cambio, el "suicidio prolongado", término más común en Polonia, se relaciona con depresión severa en el perpetrador, en un intento de proteger a sus seres queridos de una situación difícil. Ambos conceptos requieren análisis forense-psiquiátrico exhaustivo, ya que su mal uso puede generar errores en el ámbito legal.(12)

Se recomienda emplear el término "muerte por suicidio" en lugar de "suicidado", ya que es un término no valorativo y coherente con la forma en que describimos otras causas de muerte.(7) Por ejemplo, no se emplea el término "infartado", sino "muerte por infarto de miocardio".

El uso del término "ideas pasivas de muerte" es incorrecto en la evaluación de pacientes con riesgo suicida. Es preferible utilizar términos precisos como "ideación suicida pasiva" que implica un deseo de morir o dejar de existir, diferenciando claramente entre pensamientos y actos suicidas. El uso de una terminología precisa mejorara la evaluación, prevención e investigación del suicidio.(13)

EPIDEMIOLOGÍA EN PERÚ

La tasa estandarizada de suicidio en la Región de las Américas aumentó un 17%, esto en los países AMRO/PAHO (Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Perú). (14)

El análisis del SINADEF mostró un aumento de suicidios en Perú, principalmente en hombres jóvenes, solteros y con menor educación. Arequipa, Moquegua y Tacna tuvieron las tasas más altas, con hombres usando métodos más violentos que las mujeres.(15) El método de suicidio más frecuente en Perú fue el ahorcamiento.(16) Presente en el 55.58% de los casos, predominante tanto en hombres (58.87%) como en mujeres (48.14%). En segundo lugar, el envenenamiento fue más común en mujeres (38.75%) que en hombres (22.6%). El uso de armas de fuego, aunque menos frecuente, fue más común en hombres (4.59%) en comparación con mujeres (0.59%). (15) Los métodos de suicidio varían según cada región de cada país, los propuestos por la OPS, son asfixia (39.7%), armas de fuego (33.3%) e intoxicación (18.2%), representando juntos más del 90% de los casos.(7) Conocer el método permite evaluar el peligro inmediato, identificar posibles acciones para restringir el acceso a medios letales y diseñar estrategias de manejo adecuadas a la situación de crisis.(17)

Un estudio en Lima (2017-2022) mostró que el suicidio alcanzó su punto máximo en 2019, afectando principalmente a hombres jóvenes, solteros, con educación secundaria, que utilizaron el ahorcamiento en el hogar. Los distritos más afectados fueron Pucusana, Barranco y San Bartolo, con contextos económicos adversos.(18)

MODELOS DE RIESGO DE SUICIDIO: COMPRENDIENDO LAS RAZONES DETRÁS DE LA CONDUCTA SUICIDA

El riesgo de suicidio es un fenómeno complejo e involucra factores sociales, individuales y ambientales.(19) A nivel individual diversos factores contribuyen al suicidio, y se pueden clasificar como factores de riesgo distales y proximales(Tabla2).(20) Los factores distales son aquellos que tienen una influencia temprana y a largo plazo sobre el riesgo de suicidio, en cambio los factores proximales son los eventos o situaciones que actúan de manera más inmediata y directa, desencadenando la conducta suicida.(11,20)

Los factores de riesgo de desarrollo o mediadores actúan como un puente entre los factores distales y proximales en el riesgo de conducta suicida. Por ejemplo, rasgos de personalidad, habilidades cognitivas y experiencias, la agresividad impulsiva o el abuso de sustancias, que influyen y moldean el riesgo suicida a lo largo del tiempo.(11)

Tabla 2. Factores de riesgo para el suicidio (20).

Distal o Predisponente	Proximal o precipitante
Carga genética	Trastorno psiquiátrico
Características de la personalidad (p. ej., impulsividad, agresión)	Trastorno físico
Crecimiento fetal restringido y circunstancias perinatales	Crisis psicosocial
Eventos traumáticos tempranos de la vida	Disponibilidad de medios
Alteraciones neurobiológicas (p. ej., disfunción de la serotonina e hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis)	Exposición a modelos

La inestabilidad económica y social, el aislamiento, el acceso a medios letales, la cobertura mediática y las barreras en salud mental influyen en el riesgo de suicidio, de hecho el factor de riesgo más importante es haber tenido una conducta suicida previa, asociada a desesperanza o trastornos mentales como la depresión (11). Diversos modelos teóricos explican la relación entre los factores de riesgo del suicidio y la violencia, como el modelo ecológico(2), o el modelo socioecológico(21), el modelo de estrés-diátesis(22), así como los modelos contemporáneos del suicidio(11). Algunos ejemplos específicos incluyen el modelo motivacional-volitivo integrado de la conducta suicida(23), el modelo cognitivo(24), el modelo centrado en el cerebro(25). Estos enfoques ofrecen perspectivas complementarias sobre la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la conducta suicida (Tabla3). (9)

El Modelo unificado de la conducta suicida aborda factores predisponentes, como la genética y el trauma infantil, así como precipitantes, como sentimientos de derrota y atrapamiento, resaltando enfoques basados en el trauma y factores culturales como elementos clave en la prevención del suicidio.(9)

Tabla 3. modelos teóricos que explican el suicidio (9).

Modelo	Características Clave	Fases/Estructura
Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (IPITS)	Se enfoca en tres factores principales: pertenencia frustrada, percepción de carga y capacidad adquirida para el suicidio.	Dos fases: Deseo de suicidio e intento.
Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (IMV)	Propone tres fases: premotivacional (factores de vulnerabilidad), motivacional (desarrollo de pensamientos suicidas) y volitivo (ejecución).	Tres fases: Premotivacional, Motivacional, Volitivo.
Modelo Conductual de la Suicidalidad Cognitivo-de la	Describe seis fases que incluyen estresores internos y externos, pensamientos suicidas, factores facilitadores y tentativas de suicidio.	Seis fases.
Modelo de Estrés-Diátesis	Resalta la influencia de factores genéticos y epigenéticos, combinados con estresores ambientales y respuestas neurobiológicas.	Dos fases: Vulnerabilidad y eventos desencadenantes.
Modelo Biológico del Comportamiento Suicida	Enfatiza la disfunción en los sistemas de neurotransmisores y experiencias traumáticas que aumentan el riesgo.	Tres fases centradas en predisposiciones biológicas y factores ambientales.
Modelo de Evaluación Esquemática del Suicidio (SAMS)	Se centra en el afrontamiento emocional, apoyo social y percepciones de derrota/atrapamiento vinculadas al comportamiento suicida.	Tres fases que conectan el afrontamiento emocional y situacional al suicidio.
Rol de la Derrota y el Atrapamiento	Sugiere que los sentimientos de derrota y atrapamiento pueden llevar a la ideación o intento de suicidio, enfatizando el papel de los estresores y las deficiencias de afrontamiento.	Tres fases que vinculan derrota, atrapamiento e ideación/comportamiento suicida.

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN ENTORNOS DE EMERGENCIA

Seguridad y evaluación inicial en urgencias

Se requiere que los hospitales aseguren las áreas de urgencias para pacientes suicidas, minimizando bisagras, ganchos y puntos de anclaje que puedan usarse para colgarse.(6) Otras cuestiones incluyen qué pertenencias retirar además de objetos afilados, si los pacientes deben usar batas, el acompañamiento a los servicios higiénicos, y cómo manejar el tiempo entre la evaluación y la admisión. (26) La evaluación del riesgo suicida no es tan directa como la de un riesgo cardíaco, ya que depende del contexto, como condiciones externas y accesibilidad a lugares peligrosos. En emergencias, los pacientes se dividen en dos grupos: quienes realizan acciones deliberadas de alto riesgo (ahorcamiento, envenenamiento, otros) y quienes presentan comportamientos o declaraciones ambiguas, requiriendo un análisis más detallado. (26) Es clave obtener información de fuentes cercanas al paciente para centrarse en el paciente y comprender mejor su estado emocional, mental y los riesgos asociados.(27) Preguntar sobre pensamientos o planes suicidas no promueve este comportamiento, y el personal de salud debe indagar de manera específica sobre la naturaleza y contenido de estos pensamientos.(4)

Aunque no hay herramientas infalibles para predecir el riesgo suicida, los médicos pueden seguir tres principios clave: escuchar y comprender al paciente, aliviar factores estresantes con intervenciones adecuadas, y fomentar la toma de decisiones autónoma (no dar consejos).(28)

Factores de riesgo, protección y herramientas de evaluación

La evaluación debe incluir factores de protección como apoyo social y creencias religiosas, y centrarse en mitigar riesgos mediante la reducción del acceso a medios letales y el fortalecimiento del entorno seguro. El ingreso hospitalario suele considerarse una opción, aunque no siempre es efectivo, por ejemplo cuando tienen que esperar días o semanas para una vacante en una unidad psiquiátrica.(26)

Los pacientes suicidas en urgencias requieren una evaluación integral de riesgos, realizada cuando estén cognitivamente aptos, especialmente tras la sobriedad en casos de intoxicación, ya que el alcohol agudo o crónico incrementa el riesgo de suicidio. Las evaluaciones ideales suelen ser realizadas por un psiquiatra con otros especialistas en el campo (médico, enfermería, servicios social, otros).(29) Los médicos de urgencias tienen la decisión final sobre el alta.(4) Si no hay especialistas disponibles, la herramienta "Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage" (SAFE-T) puede guiar la evaluación de factores de riesgo y protección.(30) (4) Integradas con preguntas de Calificación de la Gravedad del Suicidio de Columbia (C-SSRS), permite identificar y gestionar el riesgo suicida. No se requiere formación clínica específica (como psicología, enfermería o psiquiatría) para administrarla, y la capacitación está disponible gratuitamente en su página web: <https://cssrs.columbia.edu/documents/safe-t-c-ssrs/> .(31)

Por ejemplo: Un hombre de 45 años, separado y con antecedentes de depresión mayor, llega a emergencias diciendo sentirse "agotado y sin esperanza". Siguiendo los pasos de la herramienta SAFE-T y preguntas de C-SSRS. (31)

1) Paso 1: Identificar factores de riesgo

"Paciente con depresión severa, consumo de alcohol y acceso a medios para ahorcarse admitió, a través del C-SSRS, haber deseado estar muerto, pensado en suicidarse y desarrollado un plan específico". Preguntas clave del C-SSRS:(31) "¿Alguna vez ha hecho algo para prepararse o intentar acabar con su vida?", con ejemplos como recolectar pastillas o usar una cuerda, dejar testamento, etc. Al responder "sí" (riesgo moderado) y que haya ocurrido en los últimos 3 meses (riesgo alto) determina la gravedad.

2) Paso 2: Identificar factores de protección

"El paciente expresó que su hija era su principal razón para no actuar (protección externa) y mencionó miedo a morir, por su religión (protección interna)". Preguntas clave:(32) "¿Qué te mantiene en pie?", "¿Cuáles son tus razones para vivir?", "¿Qué te ha impedido actuar?", "¿En qué confías?"

3) Paso 3: Indagar sobre conductas suicidas

"La ideación suicida se calificó como alta, siendo frecuente, prolongada y difícil de controlar". Preguntas clave del C-SSRS:(31) "¿Con qué frecuencia tienes estos pensamientos?", "¿Cuánto duran?", "¿Puedes controlarlos?", "¿Algo te impide actuar?", "¿Es para detener el dolor o llamar la atención?"

4) Paso 4: Determinar el nivel de riesgo e intervención

"Se clasificó como riesgo alto, y se ordenó hospitalización inmediata, asegurando la retirada de medios letales".

- **Riesgo alto:** Ideación con intención o conducta reciente. Intervenciones: admisión psiquiátrica y seguimiento. (31)
- **Riesgo moderado:** Ideación con método sin plan o conducta pasada. Intervenciones: evaluación adicional o derivación ambulatoria. (31)
- **Riesgo bajo:** Ideación sin método y factores protectores fuertes. Intervenciones: derivación ambulatoria. (31)

5) Paso 5: Documentación

"Registrar en la historia clínica": El nivel de riesgo, observación clínica, estado mental, métodos de evaluación, factores de riesgo y protección, acceso a medios letales, medidas adoptadas y plan de seguridad. (31)

El cribado universal en urgencias es factible y duplica la detección de riesgo suicida.(33) The Joint Commission aprueba herramientas para el cribado/evaluación de riesgo suicida (Tabla 4): (34) el PHQ-9, que evalúa la ideación suicida con una sensibilidad del 87.6% y especificidad del 66.1%; el ASQ, un cuestionario breve de cuatro preguntas con alta sensibilidad (96.9%) y especificidad (87.6%), apto para todas las edades y disponible en varios idiomas; el SBQ-R, que aborda pensamientos y comportamientos suicidas pasados, presentes y futuros, aunque carece de datos de sensibilidad y especificidad; y la C-SSRS (versión de triaje), con una sensibilidad del 94%-100% y especificidad de hasta 99.4%, ampliamente utilizada en centros médicos. Estas herramientas son prácticas y ajustables a diferentes entornos clínicos.(26) (34) Las escalas más utilizadas para evaluar el riesgo de suicidio son la de Beck (BSI) y la de C-SSRS, pero ambas presentan limitaciones y aún no existe un estándar de oro único.(35)

Tabla 4. Cribado y Evaluación del Riesgo Suicida según The Joint Commission(34).

Criterio	Herramientas de Cribado	Herramientas de Evaluación
Propósito	Identificar rápidamente la presencia de ideación suicida y necesidad de evaluación más profunda.	Determinar la severidad, el riesgo a corto plazo y los factores asociados al comportamiento suicida.
Ejemplos principales	<ul style="list-style-type: none"> - ASQ (Ask Suicide-Screening Questions): 4 preguntas breves. - PHQ-9: Cuestionario de 9 ítems (pregunta 9 sobre suicidio). - SBQ-R (Suicide Behavior Questionnaire-Revised) - C-SSRS: Triage versión 	<ul style="list-style-type: none"> - C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale): Evaluación de ideación y conductas suicidas. - BSI (Beck Scale for Suicide Ideation): Cuestionario autoadministrado. - SSI-W(Scale for Suicide Ideation – Worst)

Un estudio en urgencias indicó que las herramientas actuales tienen limitada capacidad para predecir eventos adversos o hospitalizaciones en pacientes con ideación suicida, aunque la escala SAD PERSONS puede ser útil. Por otro lado, las enfermeras, gracias a su mayor interacción con los pacientes, se destacaron como mejores predictores en comparación con los médicos, convirtiéndose en un valioso aliado en este contexto.(36) Otra estrategia para la evaluación del riesgo suicida en urgencias, aparte de incluir instrumentos validados, es complementar con preguntas abiertas y directas, como "¿Estás pensando en acabar con tu vida?", para identificar incluso a pacientes que no comunican ideación suicida. Es fundamental proporcionar consuelo físico (mantas, comida) para mejorar la disposición del paciente, asegurar entornos libres de medios letales y mantener observación continua cuando sea necesario. Además, se deben evaluar factores de riesgo (intentos previos, acceso a medios letales) y factores protectores (apoyo familiar, creencias) y evitar el uso de "contratos de no suicidio". También se debe asesorar sobre la seguridad en el hogar, retirando armas y medicamentos/sustancias peligrosas. Dado que las primeras semanas tras el alta son de alto riesgo, es crucial mantener comunicación frecuente para prevenir recaídas o intentos de suicidio (Tabla 5).(37)

Tabla 5. Evaluación, manejo y prevención del suicidio en urgencias: mnemotecnica ICAR2E(37)

Paso (ICAR2E)	Descripción/ Nivel de evidencia
I: Identificar	Detectar el riesgo de suicidio utilizando herramientas validadas y considerar factores de alto riesgo, incluso en pacientes que no comunican ideación suicida espontáneamente. <i>Realizar cribado sistemático para identificar ideación suicida en pacientes que acuden a urgencias (Nivel B)</i>
C: Comunicarse	Crear un entorno seguro y empático que facilite la apertura del paciente para hablar sobre su salud mental y riesgo suicida. <i>(Nivel C)</i>
A: Asegurar	Evaluar amenazas médicas mediante, HCL, examen físico completo y pruebas necesarias, asegurando un ambiente seguro, libre de objetos peligrosos y con supervisión adecuada. <i>(Nivel C)</i>
R: Evaluar el Riesgo (suicidio)	Realizar una evaluación integral del riesgo suicida considerando factores de riesgo y de protección <i>(Nivel C), sin depender exclusivamente de escalas estandarizadas. (Nivel A)</i>
R: Reducir el Riesgo (suicidio)	Diseñar planes de seguridad personalizados, reducir el acceso a medios letales y considerar hospitalización para pacientes de alto riesgo o no cooperativos. <i>(Nivel C)</i>
E: Extender el Cuidado	Incluir contactos de seguimiento tras el alta, como llamadas o visitas, para reducir intentos y muertes por suicidio, especialmente durante las primeras semanas críticas. <i>(Nivel B)</i>

Riesgo suicida y seguimiento posterior al alta

El estudio ED-SAFE, con más de 1300 participantes en 8 salas de urgencias, evaluó el impacto del cribado universal y una intervención contra el suicidio. Aunque el cribado mejoró la detección de riesgo, no redujo las conductas suicidas. En cambio, la intervención, que incluyó un plan de seguridad y seguimiento telefónico durante 52 semanas, disminuyó significativamente los intentos de suicidio. Con un NNT entre 13 y 22, los resultados resaltan la efectividad del contacto posterior al alta.(38)

Demesmaecker et al. (2021) desarrollaron un modelo predictivo para evaluar el riesgo de intento de suicidio y suicidio en los seis meses posteriores a un intento, identificando tres subgrupos de alto riesgo: 1) pacientes con trastorno por consumo de alcohol combinado con un intento previo bajo consumo agudo de alcohol, 2) presencia de un trastorno de ansiedad, 3) antecedentes de más de dos intentos de suicidio en los últimos tres años. La ausencia de estos factores como indicador de buen pronóstico.(39) El mayor riesgo de intento de suicidio en el seguimiento tras la atención en urgencias se concentra en los primeros 30 días, y para esto se han encontrado variables predictoras en ítems específicos de la Escala Columbia (deseo de estar muerto, pensamientos activos de suicidio inespecíficos y la intención de realizar una conducta suicida).(40)

Los repetidores presentan mayor comorbilidad psiquiátrica, incluyendo depresión, ideación suicida persistente, desesperanza y abuso emocional en la infancia, antecedentes familiares de conducta suicida; además, suelen ser más jóvenes, mujeres, con alta gravedad psicopatológica.(41) Las tasas de suicidio varían según los diagnósticos en urgencias. La psicosis aumenta el riesgo en pacientes con autolesiones, pero no con ideación suicida, mientras que el trastorno por consumo de alcohol incrementa el riesgo sin autolesiones ni ideación. El subregistro de diagnósticos de salud mental resalta la importancia de intervenciones preventivas en urgencias y tras el alta, como planes de seguridad, seguimiento y control de acceso a medios letales(42) Más del 2% de los pacientes psiquiátricos de emergencia mueren en un año, principalmente por causas médicas y externas. Es esencial mejorar la atención integral e interdisciplinaria, enfocándose más allá del suicidio, con intervenciones colaborativas y tratamientos basados en evidencia.(43)

Documentación y registro clínico

Es crucial documentar detalladamente la evaluación del riesgo de suicidio y el plan de tratamiento para proteger al paciente y al equipo médico, por ejemplo: (32)

"El paciente es un trabajador de la construcción jubilado, casado, de 67 años, que padece miocardiopatía isquémica (factor de riesgo) y un aumento reciente del consumo de alcohol (factor de riesgo), lo que lo coloca en un riesgo moderado a alto de suicidio (Evaluación de Riesgo Actual). No tiene antecedentes de intentos de suicidio (Factor de Protección) y cuenta con un sólido sistema de apoyo familiar (Factor de Protección). Recientemente tuvo una hospitalización por un infarto de miocardio, durante el cual desarrolló un síndrome depresivo (factor de riesgo) y parece cada vez más desesperanzado sobre el futuro (factor de riesgo), particularmente en torno a sus facturas médicas y deudas (factor de riesgo). Mientras estaba intoxicado la semana pasada, informó tener pensamientos suicidas vagos y fugaces (factor de riesgo), aunque NIEGA cualquier intención pasada o actual de actuar sobre estos pensamientos o niega ideación suicida al momento (Evaluación de Riesgo Actual). Su esposa no tiene conocimiento de ninguna evidencia aguda de peligrosidad (Evaluación de Riesgo Actual) y estaba dispuesta a asegurar las armas de fuego y medicamentos en exceso. Se le ofreció hospitalización (Intervenciones Ofrecidas), pero la rechazó, firman alta voluntaria. El paciente se compromete a dejar de beber (Plan de Seguimiento) y a realizar un seguimiento estrecho de su depresión (plan de seguimiento) con derivación a un psiquiatra hospitalización (Intervenciones Ofrecidas). Verbaliza la intención de buscar ayuda emergente si se siente inseguro (Planificación de seguridad)".(32)

INTERVENCIONES Y ABORDAJES CLÍNICOS

Las intervenciones basadas en la evidencia en el intento de suicidio se pueden agrupar en las siguientes categorías: tratamientos farmacológicos, intervenciones psicosociales, intervenciones breves y planificación de la seguridad, e intervenciones digitales.(44) Los pacientes con alto riesgo (aquellos con ideación suicida e intención o síntomas psicóticos), pueden requerir hospitalización. Las intervenciones incluyen monitoreo de la ideación, tratamiento farmacológico y no farmacológico, eliminación de medios letales, fortalecimiento del apoyo comunitario y seguimiento regular. El primer mes tras iniciar o suspender antidepresivos requiere especial vigilancia.(45) La hospitalización reduce el riesgo de conductas suicidas tras intentos recientes, pero no beneficia a pacientes con ideación suicida o intentos remotos, destacando la necesidad de enfoques individualizados y más investigación.(46)

Tratamiento farmacológico

La evidencia sobre intervenciones farmacológicas para prevenir intentos de suicidio es inconclusa.(47)En adultos, los antipsicóticos mostraron beneficios leves en autolesiones, mientras que los antidepresivos y estabilizadores del estado de ánimo no superaron al placebo, con evidencia de baja calidad.(44) Un estudio con litio en veteranos no mostró beneficios en la prevención de eventos repetidos relacionados con el suicidio, en pacientes tratados por depresión o trastorno bipolar con comorbilidades.(48) La ketamina mostró reducción rápida de la ideación suicida a corto plazo, especialmente en pacientes con trastorno bipolar, pero su efectividad a largo plazo aún no está clara(49).

Tratamiento no farmacológico

Una revisión sistemática destacó que la terapia cognitivo conductual (TCC) reduce significativamente los intentos de suicidio, mientras que la terapia dialéctica conductual (DBT) y otras terapias psicosociales ofrecen beneficios modestos en la reducción de autolesiones repetitivas, aunque con evidencia variable en calidad.(50) La TCC reduce no solo las autolesiones repetidas, sino también los intentos de suicidio repetidos, debe ser el tratamiento preferido para todos los pacientes con depresión.(51) Un estudio en militares destacó que reducir el riesgo suicida puede lograrse sin disminuir los síntomas psiquiátricos, enfatizando la regulación emocional y la resolución de problemas.(52) (44)

Un ensayo sobre el Programa de Intervención Breve para Intentos de Suicidio (ASSIP), agregando una terapia breve al tratamiento

habitual, mostró una reducción del 83% en nuevos intentos de suicidio en 24 meses y menos hospitalizaciones. Su enfoque estructurado combina psicoeducación, planificación de seguridad y contacto continuo, fortaleciendo la alianza terapéutica y la conciencia del riesgo suicida (53) Los Planes de Seguridad disminuyeron las conductas suicidas en un 43%, aunque no afectaron la ideación, que puede requerir terapias como TCC o DBT, según un metaanálisis.(54) Un estudio mostró que "Caring Contacts", mensajes breves de apoyo sin expectativas, redujo la ideación y los intentos de suicidio.(55) Incluso mostró reducción del 8% en ideación suicida y del 6% en intentos, aunque modesta, demuestra la importancia del contacto regular y continuo en la prevención del suicidio.(56)

Las intervenciones digitales pueden reducir la ideación suicida a corto plazo, pero mostraron efectos limitados a largo plazo(44) Las líneas telefónicas de crisis pueden ayudar a nivel poblacional e individual.(26) La Línea 113 del Minsa ha atendido más de 15,000 llamadas relacionadas con ansiedad, depresión e intentos de suicidio, principalmente de personas entre 18 y 59 años. El servicio funciona las 24 horas, con profesionales capacitados para ofrecer apoyo y orientación en salud mental.(57)

Las estrategias preventivas incluyen el cribado en atención primaria, programas escolares de prevención y herramientas como la planificación de la seguridad, priorizando a poblaciones desatendidas como jóvenes LGBTQ+, minoritarios y en áreas rurales. Intervenciones oportunas en entornos clínicos y comunitarios son clave para reducir el suicidio.(58)

CONCLUSIONES

Este estudio destaca la relevancia de implementar protocolos bien estructurados en servicios de emergencia para la evaluación y manejo del riesgo suicida, utilizando herramientas validadas como SAFE-T, C-SSRS y otros. Estos enfoques permiten identificar factores de riesgo y de protección, priorizar y establecer un seguimiento post – alta que reduzca la recurrencia de intentos suicidas. En el contexto peruano, donde el ahorcamiento es el método más frecuente, resulta imprescindible adaptar las estrategias a las realidades locales, promoviendo el acceso a servicios de salud mental y limitando los medios letales. Este trabajo subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario centrado en el paciente, que combine atención empática, documentación clínica rigurosa y capacitación del personal, contribuyendo a la prevención del suicidio en un ámbito crítico y desafiante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Suicidio [Internet]. 2024 [citado 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*. 5 de octubre de 2002;360(9339):1083-8.
3. Fawcett E, O'Reilly G. Hospital presenting suicidal ideation: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2022;29(5):1530-41.
4. Betz ME, Boudreaux ED. Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 9 de octubre de 2015;67(2):276.
5. Shand F, Vogl L, Robinson J. Improving patient care after a suicide attempt. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. abril de 2018;26(2):145-8.
6. NewsCAP: Joint Commission revises National Patient Safety Goal for suicide prevention. *Am J Nurs*. 1 de marzo de 2019;119(3):13.
7. OPS. Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de salud | Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS) [Internet]. 2019 [citado 17 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/prevencion-de-la-autolesion-suicidio-APS>
8. Sher L, Oquendo MA. Suicide: An Overview for Clinicians. *Med Clin North Am*. 1 de enero de 2023;107(1):119-30.
9. Díaz-Oliván I, Porras-Segovia A, Barrigón ML, Jiménez-Muñoz L, Baca-García E. Theoretical models of suicidal behaviour: A systematic review and narrative synthesis. *Eur J Psychiatry*. 1 de julio de 2021;35(3):181-92.
10. 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*. julio de 2007;164(7):1035.
11. Turecki PG, Brent PDA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet Lond Engl*. 15 de septiembre de 2015;387(10024):1227.
12. Cynkier P. Utility of homicide-suicide constructs in forensic psychiatry. *Psychiatr Pol*. 30 de junio de 2022;56(3):591-602.
13. Magno-Muro P, Cruzado L, Magno-Muro P, Cruzado L. "Ideas pasivas de muerte": una errónea nomenclatura en el fenómeno suicida. *Rev Neuro-Psiquiatr*. abril de 2021;84(2):149-50.
14. OPS. Día Mundial de la Prevención del Suicidio 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2024>
15. Roman-Lazarte V, Moncada-Mapelli E, Huarcaya-Victoria J. Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. *Rev Colomb Psiquiatr*. 1 de julio de 2023;52(3):185-92.
16. Contreras-Cordova CR, Atencio-Paulino JI, Sedano C, Ccoicca-Hinojosa FJ, Paucar Huaman W, Contreras-Cordova CR, et al. Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. *Rev Neuro-Psiquiatr*. enero de 2022;85(1):19-28.
17. Siry BJ, Polzer E, Omeragic F, Knoepke CE, Matlock DD, Betz ME. Lethal means counseling for suicide prevention: Views of emergency department clinicians. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021;71:95-101.
18. Mendoza-Saldaña YR, Fajardo W, Mendoza-Saldaña YR, Fajardo W. Mortalidad por suicidio y sus características de comportamiento en la ciudad de Lima durante los años 2017-2022. *Rev Neuro-Psiquiatr*. enero de 2024;87(1):4-17.
19. Pouquet M, Niare D, Guerrisi C, Blanchon T, Hanslik T, Younes N. Prévention du suicide : comment agir ? *Rev Médecine Interne*. 1 de junio de 2022;43(6):375-80.
20. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 18 de abril de 2009;373(9672):1372-81.
21. Lovero KL, Santos PFD, Come AX, Wainberg ML, Oquendo MA. Suicide in Global Mental Health. *Curr Psychiatry Rep*. 13 de mayo de 2023;25(6):255.
22. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. octubre de 2003;4(10):819-28.
23. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 16 de julio de 2018;373(1754):20170268.
24. Wenzel A, Beck AT. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Appl Prev Psychol*. 1 de octubre de 2008;12(4):189-201.
25. Mann JJ, Rizk MM. A Brain-Centric Model of Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry*. 1 de octubre de 2020;177(10):902.
26. Powsner S, Goebert D, Richmond JS, Takeshita J. Suicide Risk Assessment, Management, and Mitigation in the Emergency Setting. *Focus J Life Long Learn Psychiatry*. 16 de enero de 2023;21(1):8.
27. Walsh A, Bodaghkhani E, Etchegary H, Alcock L, Patey C, Senior D, et al. Patient-centered care in the emergency department: a systematic review and meta-ethnographic synthesis. *Int J Emerg Med*. 11 de agosto de 2022;15(1):36.
28. Ryan CJ, Large M, Gribble R, Macfarlane M, Ilchef R, Tietze T. Assessing and managing suicidal patients in the emergency department. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. octubre de 2015;23(5):513-6.
29. Lu DY, Zhu PP, Lu TR, Che JY. The Suicidal Risks and Treatments, Seek Medications from Multi-disciplinary. *Cent Nerv Syst Agents Med Chem*. 2016;16(3):231-9.
30. Coshal S, Saunders J, Matorin AA, Shah AA. Evaluation of Depression and Suicidal Patients in the Emergency Room. *Psychiatr Clin North Am*. septiembre de 2017;40(3):363-77.
31. Formación de investigadores - The Columbia Lighthouse Project [Internet]. 2016 [citado 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://cssrs.columbia.edu/training/training-research-setting/>
32. Weber AN, Michail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. *Med Clin North Am*. mayo de 2017;101(3):553-71.
33. Boudreaux ED, Camargo CA, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al. Improving Suicide Risk Screening and Detection in the Emergency Department. *Am J Prev Med*. abril de 2016;50(4):445-53.
34. The Join Commission. Suicide Prevention [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2024]. Disponible en:

- <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/suicide-prevention/>
35. Andreotti ET, Ipuchima JR, Cazella SC, Beria P, Bortoncello CF, Silveira RC, et al. Instruments to assess suicide risk: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother.* 8 de octubre de 2020;42(3):276.
 36. Chang BP, Tan TM. Suicide screening tools and their association with near-term adverse events in the ED. *Am J Emerg Med.* 1 de noviembre de 2015;33(11):1680-3.
 37. Wilson MP, Moutier C, Wolf L, Nordstrom K, Schulz T, Betz ME. ED recommendations for suicide prevention in adults: The ICAR2E mnemonic and a systematic review of the literature. *Am J Emerg Med.* 1 de marzo de 2020;38(3):571-81.
 38. Miller IW, Camargo CA, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry.* 1 de junio de 2017;74(6):563-70.
 39. Demesmaeker A, Chazard E, Vaiva G, Amad A. Risk Factors for Reattempt and Suicide Within 6 Months After an Attempt in the French ALGOS Cohort: A Survival Tree Analysis. *J Clin Psychiatry.* 18 de febrero de 2021;82(1):20m13589.
 40. López-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Azcárate-Jiménez L, Sabater-Maestro P. Suicidal behaviour recurrence in psychiatric emergency departments of patients without a prior suicide attempt, index and reattempters: A prospective study. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13(4):192-201.
 41. Lübbert M, Bahlmann L, Josfeld S, Bürger J, Schulz A, Bär KJ, et al. Identifying Distinguishable Clinical Profiles Between Single Suicide Attempters and Re-Attempters. *Front Psychiatry.* 2021;12:754402.
 42. Goldman-Mellor S, Olfson M, Lidon-Moyano C, Schoenbaum M. Association of Suicide and Other Mortality With Emergency Department Presentation. *JAMA Netw Open.* 13 de diciembre de 2019;2(12):e1917571.
 43. Simpson SA, Shy BD, Loh RM. More Than Suicide: Mortality After Emergency Psychiatric Care and Implications for Practice. *J Acad Consult-Liaison Psychiatry.* 2022;63(4):354-62.
 44. Menon V, Vijayakumar L. Interventions for attempted suicide. *Curr Opin Psychiatry.* 1 de septiembre de 2022;35(5):317-23.
 45. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 : Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 6 de mayo de 2024;69(9):641.
 46. Ross EL, Bossarte RM, Dobscha SK, Gildea SM, Hwang I, Kennedy CJ, et al. Estimated Average Treatment Effect of Psychiatric Hospitalization in Patients With Suicidal Behaviors: A Precision Treatment Analysis. *JAMA Psychiatry.* 1 de febrero de 2024;81(2):135-43.
 47. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Salisbury TLT, Townsend E, et al. Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2021 [citado 21 de noviembre de 2024];(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013669.pub2/full>
 48. Katz IR, Rogers MP, Lew R, Thwin SS, Doros G, Ahearn E, et al. Lithium Treatment in the Prevention of Repeat Suicide-Related Outcomes in Veterans With Major Depression or Bipolar Disorder. *JAMA Psychiatry.* enero de 2022;79(1):1-10.
 49. Abbar M, Demattei C, El-Hage W, Llorca PM, Samalin L, Demaricourt P, et al. Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: double blind, randomised placebo controlled trial. *The BMJ.* 2 de febrero de 2022;376:e067194.
 50. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Salisbury TLT, Townsend E, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2021 [citado 21 de noviembre de 2024];(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013668.pub2/full>
 51. Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med.* octubre de 2017;110(10):404-10.
 52. Rudd MD, Bryan CJ, Wertenberger EG, Peterson AL, Young-McCaughan S, Mintz J, et al. Brief Cognitive-Behavioral Therapy Effects on Post-Treatment Suicide Attempts in a Military Sample: Results of a Randomized Clinical Trial With 2-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry.* mayo de 2015;172(5):441-9.
 53. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med.* 1 de marzo de 2016;13(3):e1001968.
 54. Nuij C, Ballegooijen W van, Beurs D de, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* agosto de 2021;219(2):419-26.
 55. Skopp NA, Smolenski DJ, Bush NE, Beech EH, Workman DE, Edwards-Stewart A, et al. Caring contacts for suicide prevention: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Serv.* febrero de 2023;20(1):74-83.
 56. Comtois KA, Kerbrat AH, DeCou CR, Atkins DC, Majeres JJ, Baker JC, et al. Effect of Augmenting Standard Care for Military Personnel With Brief Caring Text Messages for Suicide Prevention. *JAMA Psychiatry.* mayo de 2019;76(5):474-83.
 57. Línea 113: Minsa registra más de 15 000 llamadas atendidas por ansiedad, depresión e intento de suicidio [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1028287-linea-113-minsa-registra-mas-de-15-000-llamadas-atendidas-por-ansiedad-depresion-e-intento-de-suicidio>
 58. Horowitz LM, Bridge JA. Upstream Prevention Strategies to Prevent Suicidal Ideation-Related ED Visits. *Pediatrics.* 1 de diciembre de 2022;150(6):e2022058151.

