Artículo

Abordaje del paciente suicida: un tabú en la Atención Primaria

Suicide patient approach: a taboo in Primary Care

Dra. Mónica Alvarado Ferllini

Médico General, graduada de la Universidad de Costa Rica.

Correspondencia: monicaferllini@hotmail.com

Resumen

El suicidio es una de las principales causas de muerte en población de edad media, especialmente, en el caso de los varones. Para lograr una reducción de la tasa de mortalidad, es primordial mejorar el reconocimiento temprano en Atención Primaria, que son los que están más en contacto con pacientes en riesgo. Debido a esto, es importante aprender a estimar la posibilidad de que ocurra el suicidio y manejarlo adecuadamente, cuando se presenta un paciente con ideación o conducta suicida, con el propósito de abordar y referir a estas personas de forma oportuna.

Palabras clave

Suicidio, Atención Primaria de Salud, Salud pública, Psiquiatría.

Abstract

Suicide is one of the leading causes of death in the middle-aged population, especially for males. To achieve a reduction in the mortality rate, it is essential to improve early recognition in Primary Care, as these are the people who are in most contact with patients at risk. Because of this, it is important to learn how to estimate the possibility of suicide and manage it appropriately, when a patient with suicidal ideation or behavior presents, in order to address and refer these individuals in a timely manner.

Keywords

Suicide, Primary Health Care, Public Health, Risk. Psychiatry.

Introducción

El suicidio es un serio problema de salud pública que acaba con la vida de miles de personas cada año, de las cuales un 45% consulta a un médico de atención primaria durante el mes del fallecimiento (1), en lugar de profesionales en salud mental (2).

Sin embargo, en algún momento a mediados del siglo XX, la muerte pasó a ser un tabú en la cultura occidental. En este contexto sociocultural, cada suicidio recuerda que todos morirán y que ni siquiera se sabe cuándo, cómo ni dónde (3). De ahí deriva, probablemente, que pocos elementos sean más temidos y evitados por los profesionales de salud que el manejo del paciente suicida, pues solo unos cuantos han recibido entrenamiento formal en su manejo (4), aunado a la creencia popular de que hablar del suicidio “siembra la idea en la mente” (5).

Debido a que se ha demostrado que la educación dirigida hacia los médicos de atención primaria puede ayudar a proteger contra el suicidio (2), el objetivo de la presente revisión es describir la definición, epidemiología, factores de riesgo, factores protectores, evaluación, manejo y prevención del suicidio desde la atención primaria.

Terminología

El término “suicidio” proviene de dos vocablos latinos: sui (“de sí mismo”) y caedere (“matar”), es decir, supone quitarse voluntariamente la vida (5, 6).

Algunas definiciones importantes sobre esta temática se muestran a continuación:

- **Suicidio:** muerte autoinfligida en la que hay suficiente evidencia de que la persona tenía intenciones de morir (4).
- **Amenaza suicida:** cualquier acción verbal o no verbal, sin un componente autolesivo directo, que una persona razonable pueda interpretar como sugerente de un comportamiento suicida en un futuro cercano (4).
- **Plan suicida:** un método propuesto que podría tener un desenlace autolesivo (4).
- **Ideación suicida activa:** pensamientos sobre tomar medidas para terminar con su vida (1).
- **Ideación suicida pasiva:** pensamientos sobre querer morir o querer estar muerto, sin ningún plan o intento (1).
- **Intencionalidad suicida:** deseos de que un acto autodestructivo termine en la muerte (4).
- **Autolesión:** comportamiento autoinfligido, potencialmente dañino, en el que hay evidencia explícita o implícita de que la persona no tenía intención de matarse (4).
- **Intento suicida:** comportamiento autoinfligido con desenlace no fatal, en el que hay evidencia de que la persona tenía intención de morir (4).
- **Autoagresión deliberada:** actos deseados, autoinfligidos, dolorosos, destructivos o injuriosos, pero sin la intencionalidad de muerte asociada (4). Incluye los intentos suicidas y autolesiones (1).
- **Intento suicida abortado:** comportamiento autoinfligido con desenlace no fatal en el que hay evidencia de que la persona tenía la intención de matarse, pero el paciente detuvo el intento antes de infligirse daño físico (4).
- **Letalidad del comportamiento suicida:** daño objetivo a la vida asociado con un método o acción suicida (4).
- **Comportamiento indeterminado relacionado con el suicidio:** comportamiento autoinfligido en el que no hay evidencia clara que pruebe que la persona tenía intención de matarse (4).

Epidemiología

En Estados Unidos, el suicidio abarca más del 1% del total de muertes anuales (2). En los últimos 45 años, la prevalencia se ha incrementado un 60%, lo que convierte el suicidio en una de las tres principales causas de muerte en personas entre 15 y 44 años de edad; no obstante, la epidemiología difiere según el país: algunas naciones, como Finlandia, Hungría y los países Bálticos, poseen las tasas de suicidio más altas (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 800 000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos. Los métodos más comunes son los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego (8).

En cuanto a la frecuencia por sexo, se sabe que es más frecuente en hombres (9) porque, pese a que las mujeres lo intentan 2 o 3 veces más, los varones eligen métodos más letales. En términos generales, el prototipo de las personas que se suicidan son hombres de edad media (10). En el caso de Costa Rica, a partir de la implementación del Decreto 37306-S del 22 de octubre del 2012, se vigilan en el país los intentos de suicidio mediante la notificación obligatoria (11). Actualmente, se sabe que ha aumentado la tasa nacional de suicidios: pasó de 6,4 en el 2017 a 7,2 por cada 100 mil personas en el 2018, con una tendencia al alza desde la década de 1980 (12).

Factores de riesgo

La conducta suicida no es una conducta aleatoria, sino que está asociada con diversos factores sociales, psicológicos y biológicos (5). El riesgo de un paciente puede evaluarse como riesgo basal y como riesgo agudo. El primero hace referencia a los factores que el individuo tiene predispuestos para un acto suicida, mientras que el riesgo agudo incluye los factores emergentes (4). Estos elementos pueden clasificarse de la siguiente forma:

Variables de riesgo basal:

- **Factores epidemiológicos:** edades de alta incidencia de suicidio (adolescencia, adultez mayor), estado civil unipersonal (soltería, viudez, divorcios) (4).
- **Predisponentes del suicidio:** historia familiar de suicidio, historia de abuso físico, emocional o sexual, diagnóstico psiquiátrico previo, orientación hacia el mismo sexo, egreso reciente de hospitalización psiquiátrica (4).
- **Intentos previos:** aún cuando hayan remitido los cuadros que los propiciaron (4).
- **Impulsividad:** los intentos de suicidio no son exclusivos de pacientes deprimidos, para muchos de ellos la impulsividad es un factor más significativo. En aproximadamente 24% de los intentos, el acto lesivo ocurre menos de 5 minutos después de tomar la decisión inicial, especialmente en el caso de los varones (4, 10).

Variables de riesgo agudo:

- **Precipitantes o estresores:** duelos significativos, aislamiento social, problemas de relación, problemas legales, enfermedades crónicas o aquellas que supongan deterioro continuo, abuso de sustancias, exposición reciente a suicidios ya consumados (efecto copycat o del joven Werther) (4).
- **Presentación sintomática:** depresión, ansiedad, manía, ataques de pánico, agitación psicomotora, psicosis, depresiones posteriores a una manía (4).
- **Desesperanza:** situaciones vitales en las que no se ve salida (4).
- **Naturaleza de la idea suicida:** frecuencia, intensidad y duración de la idea suicida, presencia del plan suicida, acceso al método suicida. (4).

Factores protectores

Reconocer y potenciar estos elementos puede servir como elemento pronóstico y como herramienta psicoterapéutica para prevenir el suicidio a corto y mediano plazo (4). Algunos de estos son:

Patrones familiares:

- Buena relación con los miembros de la familia (6).
- Soporte de la familia o red de apoyo (6, 1).
- Embarazo o presencia de niños en el hogar o embarazo, particularmente para las madres (4, 13).
- Sentido de responsabilidad hacia la familia (4).

Estilo cognitivo y personalidad:

- Buenas habilidades sociales (6).
- Optimismo, confianza en sí mismo (6, 1).
- Fuertes razones para vivir (1).
- Sentido de realidad adecuado (4).
- Búsqueda de consejo cuando surgen dificultades (6).
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas (6).
- Receptividad hacia conocimientos nuevos (6).
- Efectividad en la solución de problemas (1).

Factores socioculturales y demográficos:

- Integración social: participación en deportes, clubes y otras actividades (6).
- Religiosidad: debido a la visión religiosa del suicidio o por el soporte social derivado de la comunidad religiosa (1).
- Buenas relaciones con sus compañeros y otros adultos (6).
- Apoyo de personas relevantes (6).
- Relaciones terapéuticas positivas (4).

Valoración del riesgo suicida

Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo suicida son la entrevista clínica y las escalas de evaluación (6).

1. Entrevista clínica:

Su principal objetivo es identificar la ideación suicida, valorar el riesgo suicida actual y realizar una proyección de la intención suicida futura inmediata. Para que esta sea efectiva, se debe crear un clima de calidez, empatía y comprensión (14). Algunas recomendaciones se exponen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Recomendaciones sobre el comportamiento ante un paciente con ideación suicida.

¿Qué hacer?

- Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma.
- Mostrar apoyo y preocupación.
- Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo.
- Iniciar con preguntas más generales, luego, más específicas.
- Preguntar acerca de los intentos previos.
- Explorar posibilidades diferentes al suicidio.
- Preguntar acerca del plan de suicidio.
- Ganar tiempo, pactar un contrato de no suicidio.
- Identificar otros apoyos.
- Quitar los medios, si es posible.
- Obtener ayuda.
- Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.

¿Qué no hacer?

- Ignorar la situación.
- Mostrarse consternado y entrar en pánico.
- Decir que todo estará bien.
- Retar a la persona a seguir adelante.
- Hacer parecer el problema como algo trivial.
- Dar falsas garantías.
- Jurar guardar secreto.
- Dejar a la persona sola.
- Utilizar sarcasmo o ironía.
- Comentarios reprobatorios o moralizantes.
- Realizar preguntas morbosas.

Fuente: (6, 9, 14)

Como parte de la entrevista, se debe realizar una adecuada historia clínica, exploración física (9) y evaluar lo siguiente:

a. Estado mental y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio (5):

En la exploración del estado mental se deben incluir estos aspectos:

- **Descripción general:** apariencia, actividad psicomotriz y conducta (9).
- Nivel de conciencia, orientación, capacidad sensorial e intelectual, memoria, concentración (9).
- Humor, afecto y adecuación (9).
- Lenguaje (9).
- Alteraciones de la percepción (9).
- Curso y contenido del pensamiento (9).
- Control de impulsos (9).
- Juicio, raciocinio e introspección (9).

También, se debe determinar si la persona tiene pensamientos suicidas, por lo cual es necesario preguntárselo, recordando que hablar del suicidio no aumenta la probabilidad de que ocurra. Es necesario determinar desde cuándo ha aparecido la ideación suicida y comprobar si es pasiva o activa. Si es activa, hay que valorar el grado de desesperanza y si existe un plan de suicidio (5).

Durante la entrevista, además de efectuarse una evaluación psicopatológica, deben investigarse variables sociodemográficas y los factores de riesgo y protectores (6), por lo cual es necesario recoger más información a través de los familiares o allegados (5).

Algunas recomendaciones publicadas por OMS sobre la forma de preguntarle a un paciente suicida se sintetizan en el cuadro 2 (6).

Cuadro 2. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar.

<p>¿Cómo preguntar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente feliz? • ¿Se siente desesperado? • ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día? • ¿Siente la vida como una carga? • ¿Siente que la vida no merece vivirse? • ¿Siente deseos de cometer suicidio? 	<p>¿Qué preguntar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? • ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría? Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? • Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?
<p>¿Cuándo preguntar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida. • Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos. • Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia. 	

Fuente: (6)

b. Plan suicida actual (5):

Las preguntas referentes a la existencia de un plan son imprescindibles, puesto que es uno de los mejores indicadores sobre la gravedad de la situación (14): aunque algunos actos suicidas pueden ocurrir impulsivamente, la existencia de un plan detallado se asocia con mayor riesgo (15). Se debe valorar si es un plan estructurado, los métodos que pretende emplear y la accesibilidad a estos (5).

Los procedimientos violentos e irreversibles, como armas de fuego, saltar de alguna estructura o accidentes vehiculares, requieren particular atención. Sin embargo, cuán letal crea el paciente que es su método es igual de importante que la letalidad real (15).

c. Red de apoyo (5):

Entre los factores ambientales protectores contra el suicidio se encuentra la existencia de una red social y familiar adecuada con responsabilidades para con los demás, al igual que la convivencia en pareja y la presencia de hijos no emancipados en el hogar (16).

2. Escalas de evaluación:

Estas no sustituyen al juicio clínico porque no son suficientes para definir la totalidad del riesgo (4), pero funcionan como un complemento (6). Una de las escalas propuestas se llama SAD PERSONS, que se ha recomendado en atención primaria debido a su facilidad de aplicación (5, 14), sin embargo, la evidencia es poca en cuanto a su efectividad (17).

Esta herramienta es útil para detectar riesgo de suicidio y decidir la conducta a seguir. Su nombre es un acrónimo en inglés que incluye factores de riesgo para suicidio (5, 18), indicados a continuación:

Sex (sexo): masculino

Age (edad): <20 o >44 años

Depression (depresión)

Previous suicide attempt (intentos previos)

Ethanol abuse (abuso de etanol)

Rational thinking loss (pérdida del pensamiento racional): psicosis

Social supports lacking (soporte social deficiente)

Organized plan (plan organizado)

No spouse (ausencia de pareja): divorciado, separado, viudo o soltero

Sickness (enfermedad) (5, 19)

La presencia de cada elemento equivale a un 1 punto y el riesgo se establece de la siguiente manera (19, 14):

- 0-2 puntos: riesgo bajo.
- 3-4 puntos: riesgo moderado, vigilancia de cerca.
- 5-6 puntos: riesgo alto, considerar hospitalización.
- 7-10 puntos: riesgo alto, hospitalización para evaluación adicional.

Aparte de esta, existen más escalas para determinar el riesgo suicida, como: SSI (Escala para la Ideación Suicida), SR-SSI (Escala Autocalificada para Ideación Suicida), MSSSI (Escala Modificada para Ideación Suicida), entre otras (18).

Manejo

Para decidir el manejo es importante clasificar el riesgo del paciente, para lo cual existen escalas como las mencionadas, no obstante, se pueden utilizar los siguientes criterios:

- Riesgo agudo alto: incluye ideación suicida e inhabilidad para mantener la seguridad independiente del soporte externo o ayuda (20).
- Riesgo agudo intermedio: existe capacidad percibida para mantener la seguridad independiente del soporte externo o ayuda (20).
- Riesgo agudo bajo: no hay intención suicida actual, plan suicida ni conductas preparatorias (20).

El manejo de un individuo suicida debe incluir:

1. Estabilización médica:

El primer paso, si el paciente realizó un intento de suicidio, es la estabilización médica en un hospital, según el método que haya empleado: puede requerir atención de trauma, antidotos, entre otros (13).

2. Reducción inmediata del riesgo y plan de tratamiento:

En primer lugar, mientras se espera por la valoración psiquiátrica, se debe pedir al paciente que entregue todo objeto potencialmente lesivo, como cinturones, gafas, cordones, navajas o medicamentos. Asimismo, es importante ayudar a controlar la impulsividad (13, 14).

El tratamiento puede involucrar fármacos, terapia conductual y referencia a atención especializada, como psicólogos, psiquiatras o trabajadores sociales, o a un departamento de emergencias, en caso de riesgo de daño inminente (13).

Los traslados deben efectuarse con la presencia de un familiar o allegado y podría ser necesario el uso de medicamentos. Cuando hay elevado riesgo, se puede valorar la contención química y/o mecánica y la necesidad de traslado involuntario (14). Un posible algoritmo de manejo en cuanto a los traslados y derivaciones a partir de un servicio de atención primaria se detalla en la figura 1.

Figura 1. Manejo del paciente suicida en Atención Primaria.

Adaptado de: (9, 14).

3. Manejo de factores subyacentes y trastornos psiquiátricos:

Una vez que se ha asegurado la seguridad del paciente, los médicos deben abordar los factores subyacentes, incluyendo factores precipitantes, dificultades de la vida y trastornos mentales (13). La terapia debe seleccionarse en función del perfil del paciente: por un lado, se prefieren intervenciones de carácter multidisciplinario basadas primordialmente en la psicoterapia para las conductas suicidas crónicas; por otro lado, se requieren tratamientos más agresivos para las conductas suicidas agudas (1).

Los expertos en esta área pueden recurrir a farmacoterapia, psicoterapia, terapia electroconvulsiva o a intervenciones complementarias, según sea el caso (13). Con respecto a la farmacoterapia, se ha demostrado que el litio es un fármaco que puede reducir el riesgo de suicidio, la agresión y la impulsividad, tanto en depresión unipolar, como en trastorno bipolar (13).

Por lo general, los pacientes con comportamientos suicidas son tratados con antidepresivos, no obstante, su evidencia en estos casos es de baja calidad. De igual modo, los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa y la venlafaxina pueden ser letales a dosis altas, por lo que deben evitarse, mientras que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son más seguros, por lo que deberían ser los antidepresivos de elección en estos pacientes (13).

En cuanto a las intervenciones complementarias, una de estas es el plan de seguridad, que es una lista de estrategias a las que se puede recurrir antes o durante una crisis suicida. Este plan abarca 6 pasos (21):

Paso 1. Señales de advertencia: identificar las señales de advertencia específicas de la persona, que pueden ser imágenes, pensamientos, comportamientos, sensaciones físicas o sentimientos (21).

Paso 2. Estrategias internas de afrontamiento: se refiere a estrategias que pueden utilizar sin ponerse en contacto con otra persona, que ya les han funcionado en el pasado o que han aprendido en la terapia (21).

Paso 3. Personas y entornos sociales que proporcionan distracción: si no funcionó el paso 2, los pacientes se acercan a otros o se insertan en entornos sociales, como una manera de "sacarse la crisis de la mente" (21).

Paso 4. Gente a la que puede pedir ayuda: si no surtieron efecto el paso 2 y 3, se acude a personas de confianza (21).

Paso 5. Profesionales y agencias que puede contactar durante una crisis: incluir en la lista profesionales, como su terapeuta o psiquiatra y servicios de emergencias (21).

Paso 6. Haciendo el ambiente seguro: eliminación o restricción del acceso a medios letales en los entornos de los pacientes (21).

4. Monitoreo y seguimiento:

El riesgo de suicidio aumenta en las semanas iniciales luego de una hospitalización psiquiátrica, por lo que programar la primera consulta de seguimiento poco después del alta puede reducir las tasas de suicidio (13). En adición, una mejor coordinación entre la atención primaria y secundaria y el seguimiento frecuente puede mejorar los resultados (1).

Prevención

La prevención del suicidio debe abarcar una adecuada detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos, de ansiedad, de personalidad, el consumo de sustancias, entre otros (16). En un estudio se encontró que un mejor reconocimiento de la depresión y la evaluación del riesgo de suicidio por parte de los médicos de cabecera era un componente importante de la prevención (22).

Asimismo, se debe brindar información a poblaciones vulnerables, promover una cobertura mediática profesional responsable, que evite el sensacionalismo; apoyar las actividades de autoayuda, facilitar sesiones de psicoeducación para los familiares de los pacientes con riesgo suicida para sensibilizar sobre los factores precipitantes, entre otros (22).

Conclusiones

El suicidio causa la muerte de miles de personas anualmente, por lo que es trascendental mejorar la identificación temprana desde la atención primaria. Con este fin, es útil conocer los factores que aumentan la probabilidad de suicidio, así como las variables que más bien protegen contra este. Asimismo, para valorar el riesgo, se deben ejecutar correctamente la entrevista clínica y las escalas, como SAD PERSONS. En el caso de la atención primaria, el manejo va orientado fundamentalmente al reconocimiento y estabilización inicial, junto con la derivación a los profesionales correspondientes, todo esto de manera oportuna.

Referencias

1. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2009; 373: 1372-81.
2. McDowell AK, Lineberry TW, Bostwick JM. Practical Suicide-Risk Management for the Busy Primary Care Physician. *Mayo Clin Proc*. 2011 Aug; 86(8): 792-800.
3. Levín SA. Suicidio, palabra maldita (muerte, palabra prohibida). *Vertex Rev Arg de Psiquiat*. 2014; XX5: 225-230.
4. Chavarría R. Semiología psiquiátrica en el paciente suicida. En: Millán R, editor. *Manual de exploración y semiología psiquiátrica*. Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social; 2019. p.469-488.
5. Hernández G. Conductas suicidas. *Hipoc Rev Med*. 2011 Oct-Dic; 2(27): 10-14.
6. Navas W. Abordaje del suicidio en atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013; LXX (606): 219-225.
7. Muñoz JL, Sánchez M, Palacios B, Franco MA. Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: resultados del proyecto EUREGENAS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48 (2): 146-154.
8. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. OMS [Internet]. 2019 Set 2 [citado 2020 Mar 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
9. Seva A, Jiménez M, Aúba E, Manrique E. Protocolo de manejo del paciente con riesgo de suicidio. *Medicine*. 2011; 10(85): 5782-5.
10. Lemieux AM, Saman DM, Lutfiyya MN. Men and suicide in primary care. *Disease-a-Month*. 2014; 60(2014): 155-161.
11. Ministerio de Salud. Costa Rica vigila los intentos de suicidio por primera vez desde el 2013. Ministerio de Salud [Internet]. 2014 [citado 2020 Mar 10]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr>
12. Molina L. Los suicidios aumentan en Costa Rica ocultos entre las comunidades. *Semanario Universidad* [Internet]. 2019 Jun 5 [citado 2020 Mar 10]. Disponible en: <https://semanariouniversidad.com>
13. Schreiber J, Culpepper L. Suicidal ideation and behavior in adults. *UpToDate* [Internet]. 2019 Set 17 [citado 2020 Mar 10]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>

14. Bugarín R, García MJ. Conductas autolesivas. *Cad Aten Primaria*. 2012; 18: 340-342.
15. Jacobs DG, Baldessarini RG, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. Estados Unidos: American Psychiatric Association; 2010.
16. Ayuso JL, Baca E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012; 5(1):8-23.
17. Warden S, Spiwak R, Sareen J, Bolton JM. The SAD PERSONS Scale for Suicide Risk Assessment: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*. 2014; 18(4): 313-326.
18. Rangel CX, Suárez MF, Escobar F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Rev Fac Med*. 2015; 63(4): 707-16.
19. Ng CHM, How CH, Ng YP. Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J*. 2017; 58(2): 72-77.
20. Wortzel HS, Homaifar B, Matarazzo B, Brenner LA. Therapeutic Risk Management of the Suicidal Patient: Stratifying Risk in Terms of Severity and Temporality. *Law and Psychiatry*. 2014 Jan; 20(1): 63-67.
21. Matarazzo B, Homaifar B, Wortzel HS. Therapeutic Risk Management of the Suicidal Patient: Safety Planning. *Law and Psychiatry*. 2014 May; 20(3): 220-224.
22. Van der Feltz CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Tancic A, et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. *Crisis*. 2011; 32(6): 319-333.