

Suicidio: Lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención

Lic. María Cecilia Bodon¹

Lic. María Alejandra Ríos²

Año 2016

Resumen: La temática vinculada con las conductas suicidas adquiere gran relevancia a partir del incremento de casos a nivel mundial.

Según las últimas investigaciones, el proceso suicida no es un acto individual, está multideterminado por factores de diversa índole, superando la esfera de lo íntimo y de lo privado.

En este trabajo se describen las tasas a nivel global y por región. Se señalan aspectos específicos y generales que colaboran tanto para la identificación de los factores de riesgo y de protección, como las indicaciones clínicas a tener en cuenta para el abordaje de la problemática suicida.

Se presenta una revisión de instrumentos utilizados para la evaluación de riesgo suicida en el campo de la atención primaria, urgencias e interconsulta; así como se explicitan las escalas de medición de riesgo validadas en la región.

Conocer los lineamientos generales y específicos que aluden a la temática contribuirá con la tarea eficaz del profesional de la salud en la detección y la prevención del suicidio.

Sólo resultarán eficaces y adecuadas aquellas intervenciones que se instrumenten desde una verdadera interdisciplina, sostenida por sólidas políticas de Estado que ayuden a disminuir las tasas alarmantes de la población en general, y en particular de los grupos etarios más vulnerables al riesgo.

Palabras clave: conducta suicida, suicidio, factores de riesgo, prevención.

TITLE: Suicide: General guidelines for treatment and prevention

ABSTRACT

The theme linked to suicidal behaviors is more relevant from the increase of cases worldwide.

According to the latest research, the suicidal process is not an individual act; it is multi determined by different factors, surpassing the sphere of the intimate and private.

In this paper, rates globally and by region level are described. Specific and general aspects that collaborate to identify risk factors and protection both listed.

A revision of instruments used for the evaluation of suicide risk in the field of primary care, emergency, and inter consultation is presented, and measurement scales are explained.

Knowing the general and specific guidelines that allude to the theme will contribute to the effective work of healthcare in the detection and prevention of suicide.

Only proven effective and appropriate interventions that are implemented from a true interdisciplinary approach, supported by solid state policies that help reduce alarming rates of the general population, and particularly the most vulnerable groups.

Keywords: Suicidal behavior. Suicide. Risk factors. Prevention.

¹ Licenciada en Psicología. Cátedra Clínica Psicológica y Psicoterapias, Emergencias e Interconsulta (I) Facultad de Psicología. UBA. Email: mcbodon@gmail.com

² Licenciada en Psicología. Cátedra Clínica Psicológica y Psicoterapias, Emergencias e Interconsulta (I). Facultad de Psicología. UBA. Email: malerios@fibertel.com.ar

1. INTRODUCCIÓN

La temática del suicidio (tanto los intentos como la consumación de los mismos) es uno de los problemas de mayor gravedad de la Salud Pública a nivel mundial. En 1999 la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) lanzó su programa SUPRE (SUICIDE PREVENTION- PREVENCIÓN DEL SUICIDIO) donde intenta por medio de documentos, una difusión apropiada para la prevención y control de los casos; ya que **considera que la mayor parte de los suicidios pueden prevenirse**. Argentina participa de ese programa.

El suicida potencial es una persona con un sufrimiento intenso y siempre es un paciente grave (Gutierrez García, A. y Ot. 2006). Por tal motivo, haremos un recorrido por aquellas cuestiones indispensables de conocer por los profesionales de la salud que entendemos pueden colaborar con la prevención de los mismos y su asistencia.

2. DESARROLLO

2.1. Definiciones

La Organización Mundial de la Salud, en 1976, define al suicidio como *“todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.”* (OMS, 1976)

En el año **2010** lo reformula como **“El acto deliberado de quitarse la vida”** (OMS, 2010).

La **primera referencia bibliográfica** a la temática fue dada en el año **1897** por el sociólogo francés **Emile Durkheim**, que menciona al suicidio como *“toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado”*. (Durkheim, E, 1897).

Si bien la representación del acto suicida se asocia con la imagen de un acto individual con un propósito claro, **cada vez se lo considera más en toda su complejidad**. Supera ampliamente la esfera de lo íntimo y privado.

Se considera que el suicidio **es un proceso complejo y multideterminado que va más allá del acto**, rompiendo la concepción del hecho suicida. **Por esta razón es pertinente considerar para la definición global del tema un lugar destacado para los conceptos de “comportamiento suicida” o disposición suicida**. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas.

Es importante poder incluir y considerar en la definición del comportamiento suicida a todas las formas intermedias que conforman el espectro (denominado **continuum autodestructivo**). Estas son: la ideación de la autodestrucción en sus diferentes gradaciones, las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado. (Pérez Barrero, S. A. 1999)

La **ideación suicida** incluye: el deseo de morir, la representación suicida, la idea suicida sin planeamiento de la acción, con un plan inespecífico aún, con un método específico no planificado y con un específico y adecuado método planificado.

Las **amenazas suicidas** engloban a todas aquellas expresiones verbales o escritas que manifiestan el deseo de matarse.

El **gesto suicida** sería una forma de expresión cuando la amenaza ocurre teniendo los métodos a disposición pero sin llevarla a cabo. Por ejemplo, tener las pastillas en la mano, pero sin tomarlas.

El **intento de suicidio**, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) se define como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. (OMS, 2000)

Se considera **intento de suicidio a toda acción autoinflingida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/ o referido por el consultante y/ o acompañante.** (OMS, 2010)

Resumiendo, el comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos o intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta.

Las conductas autolesivas y sus variantes no deben minimizarse; la **intervención del equipo de salud** posibilita el trabajo sobre dicho sufrimiento y **la prevención de riesgo futuro.**

2.2. Magnitud del problema: Datos estadísticos relevantes a nivel mundial

Según datos estadísticos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) **“por año se quita la vida un millón de personas en el mundo. Y una de cada 20 que por día lo intentan, lo consiguen”.** Es decir que cada 40 segundos una persona se suicida en alguna parte del mundo.

Por cada suicidio se calcula que hay 6 personas que tienen consecuencias directas por su causa.

El impacto psicológico, social y financiero del suicidio sobre la familia y la comunidad es de gran magnitud, por ello la importancia del tema.

Las tasas de suicidio **han aumentado un 60% en los últimos 50 años** y ese incremento fue particularmente agudo en los países en desarrollo.

Es la **decimotercera** causa principal de muerte en el mundo, encontrándose entre las tres primeras en la franja de edad comprendida entre los 15 y 44 años.

La OMS estima que para el 2020 el número de defunciones por suicidio crecerá un 50% y alcanzará un millón y medio de muertes al año, estimándose que por cada uno de ellos lo intentarán además entre 15 y 20 personas.

Esto significa **“Un suicidio cada 20 segundos y una tentativa cada 1 a 2 segundos”**. (OMS 2014 WHO/MSD/MER/14.2)

La preponderancia en el género masculino en la consumación de los suicidios es una regularidad presente en todos los países a excepción de China, siendo el único país en el que las mujeres se suicidan en mayor número que los hombres.

De los países que informan a la OMS sus tasas de suicidio, registran las mayores tasas en los países de Europa Oriental (Bielorrusia 41.5 x 100.000 habitantes; Estonia 37.9, Federación de Rusia 43.1, Lituania 51.6).

Las tasas más bajas se encuentran principalmente en América Latina (Colombia 4.5, Paraguay 4.2) y algunos Países de Asia (Filipinas 2.1 y Tailandia 5.6).

Se debe tener cierta precaución en el uso de los datos estadísticos ya que en general subestiman la verdadera prevalencia. En ocasiones se oculta un suicidio para evitar la estigmatización, para el cobro de pólizas, porque deliberadamente se lo hace parecer un accidente, etc. Sin embargo la OMS alega que la clasificación relativa de las tasas es razonablemente exacta.

(Anexo - Tasas de suicidio OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud)

2.3. Datos estadísticos de la República Argentina

En la República Argentina **las lesiones por causas externas**, que incluyen las lesiones autoinflingidas, figuran **entre las 10 primeras causas de mortalidad en todos los grupos de edad**.

Del total de las lesiones autoinflingidas (2008) sólo el 2% fueron suicidios consumados, motivo por el que se vuelve tan importante el seguimiento y tratamiento posterior del 98% que ha sobrevivido a ello.

Específicamente si nos referimos a **los suicidios, la última tasa informada (año 2008) es de 7.84 por cada 100.000 habitantes y si esta tasa se discrimina por sexo establece una tasa de 12.8 para hombres y de 3.6 para mujeres**. Es decir que los hombres consuman suicidios en un porcentaje cuatro veces mayor que las mujeres, a pesar de que ellas cometen mayor cantidad de intentos.

El mecanismo utilizado con mayor frecuencia es el ahorcamiento o la sofocación para ambos sexos, en tanto los hombres usan en mayor proporción armas de fuego y las mujeres recurren a diferentes formas de envenenamiento.

Si tomamos en cuenta la distribución por regiones, **las provincias más afectadas entre 1988 y 2008 son las de la Patagonia (Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego)** notándose un

marcado crecimiento en las **provincias del NOA (Salta y Jujuy)** que anteriormente tenían las tasas más bajas del país.

Por ejemplo la tasa anual promedio en el grupo etario de 15 a 19 años (2008/2010) en **CABA es de 4.2 en tanto en Jujuy de 31.8 por 100000 habitantes.**

En los últimos 20 años la tasa de mortalidad por suicidio **creció considerablemente en los grupos más jóvenes, siendo la segunda causa de muerte entre los jóvenes entre 15 a 24 años y la cuarta entre los de 25 a 34 años.** De la década del 90 a la actualidad la mortalidad por **suicidio en adolescentes creció el 100%**, dando cuenta de la magnitud del problema a encarar.

(Anexo- Gráficos y Tablas .Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones 2011)

2.4. Explicitación de ciertos aspectos legales involucrados en la atención:

Respecto a la consideración de si el suicidio o su intento constituyen un delito, debe tenerse en cuenta que el art. 19 de la Constitución Nacional de la República Argentina (1853, 1994) establece que *“Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”* por lo tanto el Estado no puede interferir en la decisión deliberada de una persona a quitarse la vida.

En sintonía con lo explicitado nuestro Código Penal no califica el intento de quitarse la vida como delito, por lo que no se debe denunciar el acto a la policía ni adoptar medidas de encierro para con quien realizara un acto de ese tipo.

“Toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida en el marco de las políticas de salud y la legislación vigente, sin discriminación alguna” (Ministerio de Salud, 2013).

Los niños y adolescentes tienen prioridad en dicha atención (Ley 26061 art. 5,14 y 28; Ley 26529 art. 2 inc a y Ley 26657, art. 7) y como se considera que se encuentran en estado de vulnerabilidad, o amenaza de los derechos del menor, se **debe comunicar a la autoridad de protección de derechos del niño que corresponda según la zona (no es una denuncia, ya que no es delito sino comunicación para su resguardo).**

Tanto en el caso de tratarse de adultos como de adolescentes, siempre que su estado de conciencia lo permita, **se le debe pedir un consentimiento informado y se le debe brindar la información** pertinente sobre su estado de salud y opciones posibles para su tratamiento. (Ley 26529,. 26657).

Siempre se debe asegurar la confidencialidad de la información obtenida, sólo podrá divulgarse con su consentimiento o sujeta a los requisitos de confidencialidad que indica la ley (ley 17132 ejercicio medicina técnicas auxiliares) *“para prevenir un mal mayor”*.

Si el paciente se presenta portando un elemento que atenta contra su integridad y/o la de terceros, se tomarán los recaudos necesarios para la adecuada prestación de salud, apelando a la fuerza pública si fuera necesario para proteger la integridad de todos los intervinientes.

Es obligatorio en todos los casos, instrumentar todas las medidas de atención posibles y está prohibido prometer la curación. (Ley 17132, art. 11)

(Anexo. Detalle de Leyes y Art. Mencionados)

2.5. Prejuicios y preconceptos relacionados con el suicidio:

Existen una serie de criterios equivocados o mitos sobre el suicidio que no revisten veracidad científica y constituyen un obstáculo para la prevención de dichas conductas por lo fuertemente instaladas que se encuentran en la población general. (Pérez Barredo, S. 2005,2013; OMS, 2000). Es importante conocerlas para que puedan ser erradicadas.

Se detallan aquellas que consideramos de mayor utilidad, adjuntando a las mismas los fundamentos que las invalidan.

- a- Las personas que hablan de suicidio, no cometen suicidio. La mayoría de las personas que se suicidan o intentan, lo han comunicado con antelación (Las estadísticas demuestran que nueve de cada diez manifestaron claramente esos propósitos, y la restante lo dejó entrever).
- b- Los suicidas sólo desean morir y nadie puede sacarles esa idea. Es muy frecuente que presenten sentimientos ambivalentes (deseos de vivir y morir simultáneos) al respecto.
- c- Un intento de suicidio implica que siempre tendrá ideas suicidas. Cuando se han podido elaborar los conflictos que llevaron a un intento, no necesariamente se repite.
- d- La mejoría inmediata después de una crisis suicida significa que salió del riesgo. Casi la mitad de las personas que atravesaron una crisis suicida o cometen suicidio, lo llevaron a cabo dentro de los tres primeros meses donde se creía que la crisis había pasado. La mejoría súbita indica por lo general que la persona ha tomado la decisión y llevará adelante su plan, ya que ahora debido a la mejoría posee energía y voluntad para hacerlo.
- e- Si se le habla del deseo de morir a una persona con ideas suicidas se lo empuja a que lo haga. Preguntarle lo saca del aislamiento y le ofrece la oportunidad de comentar cuestiones que pueden estar atormentándolo. Hablar actúa como freno del impulso, no como potenciador del mismo.
- f- Las personas con conductas autodestructivas lo hacen para llamar la atención. Todo comportamiento autodestructivo es grave y puede ser letal, por lo que debe tomárselo muy seriamente y brindarle ayuda profesional. Nunca debe desestimarse.
- g- El suicidio se comete sin previo aviso. Suele haber muchas señales verbales y extra-verbales previas al acto.

- h- Todo el que se suicida está deprimido. Aunque toda persona deprimida es un potencial suicida, no todo el que comete un acto suicida lo está, puede ser un individuo con trastorno de personalidad, alcohólico, etc.
- i- El suicidio se hereda. No se hereda, puede que se imite un comportamiento o que se herede la predisposición a tener cierta enfermedad en la que el suicidio pueda ocurrir, como esquizofrenia, trastornos afectivos.

2.6. Factores de Riesgo

Como en todo proceso complejo y multiterminado, se hace necesario destacar y conocer los **factores de riesgo (predisponentes)** implicados en el mismo, a fin de poder **intervenir preventivamente**.

Los principales factores de riesgo asociados al comportamiento suicida son (OMS, 2000,2010):

- a) Factores psiquiátricos: depresión grave; trastornos del estado de ánimo; esquizofrenia; ansiedad y trastornos de la conducta y de la personalidad; impulsividad, sensación de desesperanza; abuso de alcohol y drogas.
- b) Factores de riesgos biológicos y médicos: los antecedentes familiares de suicidio son un reconocido marcador que señala mayor riesgo.
- c) Acontecimientos de la vida como desencadenantes: pérdida de un ser querido, maltrato o abuso, separaciones.
- d) Factores sociales y ambientales: disponibilidad de un medio para cometer el suicidio, el lugar de residencia de la persona, su situación laboral o migratoria, su credo religioso o su situación económica.

Existen además, otros factores de riesgo generales que pueden agregarse (Perez Barrero, S, 2005, 2013, OMS 2010):

- Inherentes al ámbito familiar: Estilos parentales rígidos y autoritarios. Intentos de suicidio previos, propios o de familiares, sobre todo si éstos han sido silenciados. Incomunicación o indiferencia familiar.
- Insomnio crónico no resuelto.
- Fracaso escolar o académico.
- Cambios abruptos en personas débiles o inseguras.
- Rupturas o quiebres afectivos y/o económicos.
- Accidentes reiterados.
- Enfermedades mentales sin atención o mal atendidas.
- Sociopatías: estafadores, delincuentes, homicidas.
- Adicciones: al juego, alcohol o drogas, sobretodo en cuadros de abstinencia.
- Afección a las armas.
- Marginación social y aislamiento elegido o forzado.
- Enfermedades terminales.
- Amenazas masivas a la dignidad personal: abuso sexual, violencia física o psicológica, privación de la libertad.

También existen clasificaciones para **factores de riesgo específicos según grupo etario**.

En la niñez:

- Tristeza, depresión, aislamiento.
- Insomnio. Terrores nocturnos.
- Actitudes desafiantes y negación del peligro.
- Exposición permanente a situaciones de riesgo para la vida propia y ajena.
- Accidentes domésticos reiterados.
- Exposición crónica a situaciones de violencia familiar y/o abuso sexual.

En la adolescencia:

- Depresión y desesperanza.
- Decepción y culpa por no satisfacer expectativas paternas
- Antecedentes de suicidios en familiares, amigos y/o compañeros.
- Marcada dificultad en las relaciones interpersonales.
- Abuso de sustancias.
- Cortes o golpes en el cuerpo.
- Considerar el suicidio como un acto heroico.

En la adultez:

- Alcoholismo
- Desempleo, durante el primer año.
- Jubilación anticipada.
- Pérdida de prestigio laboral y social.
- Vivir solo.

En la tercera edad

- Enfermedades crónicas, terminales, invalidantes y discapacitantes.
- La hospitalización periódica del anciano, como también el ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.
- Depresiones, abuso de drogas o alcohol, trastornos crónicos del sueño, psicosis delirantes paranoides, confusión mental.
- Sentimientos de soledad e inutilidad. Inactividad.
- La viudez durante el primer año.
- La migración forzada y rotada entre familiares.
- La etapa de adaptación a un hogar de ancianos.
- El aislamiento social y/o familiar.

Es importante destacar que en la actualidad existen guías y técnicas específicas para la detección de riesgo suicida basadas en los factores mencionados (Apartado 10-a-)

2.7. Factores de Protección:

En contraposición a los factores de riesgo mencionados, existen otros que impiden y/o atenúan la posibilidad que se manifieste la conducta suicida.

Los **principales factores que proveen protección frente a la ideación suicida** y la múltiple gama de comportamientos autodestructivos, según la OMS son (OMS, 2000, 2010) son:

- Buen nivel de comunicación familiar
- Apoyo de la familia
- Buenas relaciones interpersonales
- Buenas habilidades sociales
- Adecuado nivel de autoestima y confianza en sí mismo
- Buena capacidad de autocontrol
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas
- Receptividad y flexibilidad hacia conocimientos nuevos
- Integración y participación social (clubes, deportes, instituciones)

2.8. Comorbilidad:

Como ya fue mencionado en el apartado de factores de riesgo, **la presencia de ciertos trastornos mentales prevalentes se encuentra sustancialmente ligada al suicidio.**

Su reconocimiento por parte de los profesionales de la salud es primordial ya que las investigaciones refieren (Hawton K. y Ot, 2013) que gran parte de dichos pacientes habían realizado alguna consulta profesional dentro de los tres meses previos al intento o acto consumado.

Los trastornos que presentan una vinculación mayor son: depresión, trastorno bipolar, alcoholismo, esquizofrenia, consumo de sustancias, anorexia nerviosa.

Según la mayoría de las investigaciones, la **depresión** constituye la principal causa tanto de los intentos como de los suicidios consumados (Hawton K. y Ot. 2013). Conclusión válida para pacientes cuyo diagnóstico principal es la depresión y para aquellos que presentan sintomatología depresiva comórbida.

El episodio depresivo mayor es la condición más frecuente, detectándose un riesgo suicida del 81% en aquellos que registran el reconocido como “patrón ansioso” (Pomilli M. y Ot. 2011).

Se consideran como factores de riesgo específicos en pacientes con depresión: género masculino, familia con desorden psiquiátrico, intento de suicidio previo, antecedente de depresión severa, sentimiento de desesperanza y ciertos desórdenes comórbidos como la ansiedad, abuso de drogas y alcohol (Hawton K. y Ot. 2013).

Es fundamental tener en cuenta que la primera semana de tratamiento farmacológico es de especial riesgo ya que en esos primeros días puede manifestarse una mejoría parcial y repentina de algunos síntomas que permiten aflorar ideas suicidas que la astenia anterior impedía, contando ahora con la energía necesaria para llevarlo a cabo. Es necesaria una vigilancia estrecha en estos casos.

El **trastorno bipolar** es otra entidad asociada al suicidio en un 29%, siendo en la fase depresiva de la enfermedad la etapa de mayor riesgo.

En el caso de la **esquizofrenia** existe riesgo en el curso de toda la enfermedad, más del 30% de ellos en algún momento han hecho un intento. Este riesgo aumenta especialmente en los pacientes del tipo esquizoafectivo (comorbilidad con depresión)

El **abuso de alcohol** está relacionado con un 20, 25% (Gutierrez García, A y Ot. 2006), y se ha detectado que al momento del acto suicida muchos sujetos lo hacen bajo la influencia de esta sustancia.

En los cuadros adictivos producto de abuso de alcohol y drogas, se considera que el período de abstinencia es la etapa de mayor riesgo de consumación e intentos de suicidios.

2.9. Evaluación del riesgo

Actualmente se dispone de varios instrumentos para la evaluación del riesgo suicida que ayudan a delinear su posterior abordaje, ya que es fundamental por medio de ellos evaluar la capacidad de introspección del sujeto, su motivación para el cambio y el rastreo de la existencia de factores de riesgo y protección.

A continuación, destacamos algunos de ellos.

a) Guías para evaluar riesgo suicida en la atención primaria (ej. médico clínico)

Existen guías de ítems que **completan el personal que realiza la atención primaria** a partir de un interrogatorio al paciente o a un familiar en caso de no contar con su colaboración. El entrevistador irá calificando la presencia de ciertos temas (relacionados con los riesgos mencionados) con un **puntaje estipulado a asignar ante la presencia de cada uno de ellos.**

Según la valoración total obtenida se decide el destino del paciente (Hospitalización, observación por personal especializado, interconsulta en salud mental, etc.).

Existe una **tabla específica para cada grupo etario** donde se establecen puntajes diferentes ante la detección de la presencia de los factores de riesgo propios de cada etapa evolutiva.

Lo interesante de estas guías es que están diseñadas para evaluar riesgo por personal de atención primaria, sin la necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico. Útiles para un primer despeje.

(En el Anexo del punto 10 se incluyen las tablas correspondientes a niñez, adolescencia, adultez y vejez. Manual de Suicidología de Perez Barredo S.A., 1994)

b) Planilla de Evaluación de riesgo para los profesionales de urgencia (guardia) (Fuente Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud Argentina)

El Ministerio de Salud de la República Argentina ha distribuido una planilla que se sugiere completar por los profesionales de urgencia (atención en la guardia) de los hospitales

argentinos cuando reciben un paciente con intento de suicidio, dejando aclarado que **la sola presencia de alguno de los factores de riesgo asociados al intento, requiere de interconsulta con el equipo de Salud Mental previa al alta.**

(Ej. acción autolesiva grave, impulsividad, antecedentes de intento, ausencia de red, entre otros)

Se podrá considerar el alta en la medida en que la acción autolesiva haya sido de bajo grado de agresión, la ideación suicida sea de poca consistencia, haya un contexto familiar continente, aceptación de continuar un tratamiento y garantía de su seguimiento.

(En el Anexo del punto 10 se incluye dicha planilla)

c) **Cuestionario sugerido para realizar la evaluación de riesgo por los profesionales de Salud Mental (interconsulta)** (Fuente Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud Argentina)

Para la evaluación del riesgo es fundamental **la entrevista que realice el profesional de Salud Mental convocado por el profesional de urgencia** (luego de haber hecho su evaluación) con el paciente o en caso de no poder realizársele a él o que resulte de escasa información, la que se complementa con la información brindada por un familiar cercano o acompañante/ referente.

Cada profesional debe encontrar una modalidad con la que se sienta cómodo para obtener los elementos necesarios para la evaluación, pero **en todos los casos se debe preguntar específicamente acerca de la existencia de idea de muerte, y la intencionalidad de la autoagresión.**

Es central para poder realizar la entrevista que pueda establecerse un vínculo de cierta confianza con el paciente

Una vez cumplimentada la misma se sugiere completar una ficha que sintetice la evaluación del riesgo del paciente a partir de la cual se determinará la estrategia inmediata a seguir: internación, tratamiento ambulatorio.

(En el Anexo del punto 10 se incluye el modelo de preguntas sugeridas y la ficha a completar ofrecida por la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la República Argentina)

d) **INVENTARIO DE ORIENTACIONES SUICIDAS (ISO 30)**

La **escala ISO 30** es una importante herramienta técnica de despistaje o screening que **permite evaluar el riesgo suicida.** Dicha técnica es una adaptación del inventario de Orientaciones Suicidas de King & Kowalchuk (1994- USA) realizada en la Universidad de

Buenos Aires en 1998 por la Dra. María Martina Casullo y equipo. (Fernandez Liporace, M. y Casullo, M. M., 2006)

El inventario ISO fue diseñado considerando que los intentos suicidas se configuran a partir de un sistema de creencias que puede ser evaluado de forma sistemática. **El desarrollo de una Orientación Suicida supone una progresión continua que transcurre en tres etapas: miedo, crisis y resolución.** En la etapa de Miedo, frente a problemas que no se resuelven y con estrategias de afrontamiento fallidas surgen sentimientos depresivos o actuaciones. En la etapa de Crisis la idea del suicidio emerge como solución adecuada. En la etapa de Resolución surge el plan suicida o se actúa impulsivamente.

La prueba **puede ser administrada de forma individual o colectiva.**

El inventario consta de 30 ítems que deben ser respondidos con una escala de cuatro opciones. **Las opciones se evalúan de 0 a 3 puntos.**

La escala permite evaluar los niveles de cinco factores asociados al riesgo suicida: Desesperanza, Baja autoestima, Incapacidad para afrontar emociones, Aislamiento social, Ideación suicida.

La suma de las respuestas numéricas se expresa en **un índice global de la Orientación Suicida.**

El análisis del puntaje bruto con especial consideración de los ítems críticos (que aluden directamente a la ideación suicida) permite llegar a la **clasificación del riesgo suicida** en tres niveles: **Bajo (< 30), moderado (= ó > 30) y alto (= ó > 45).**

(En el anexo del punto 10 se incluye la escala ISO30)

e) **Otras escalas utilizadas para evaluar riesgo suicida**

De las diversas escalas (además de la ISO 30 ya explicitada) utilizadas a nivel mundial para la evaluación del comportamiento y acto suicida, sólo algunas de ellas se encuentran traducidas al español.

Las más citadas son: **Escala de Ideación Suicida –SSI-** (Beck et al, 1979), **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik –RS-** (Plutchik et al, 1989), **Escala de Intencionalidad Suicida-SIS-** (Beck et al, 1974), **Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida - CCCS-18-** (Hernández et al., 2005).

También se usan instrumentos que evalúan constructos asociados con el suicidio (depresión, desesperanza, impulsividad), dada la comorbilidad existente. Entre ellas encontramos: **Inventario de Depresión de Beck- BDI-** (Beck et al., 1979), **Escala de Desesperanza de Beck- HS-** (Beck et al., 1974), **Escala de Depresión de Calgary –CDS-** (Addington y Addington, 1990), **Escala de Impulsividad de Plutchik** (Plutchik y Van Praag, 1989).

Existen validaciones específicas para población argentina de:

- El **Inventario de Depresión de Beck-BDI-** (Beck et al, 1979) María Elena Brenlla y Carolina Rodríguez (2006) realizan una adaptación argentina a partir de la adaptación castellana de Vázquez Y Sanz (1991)

Es una escala que se autoadministra. Consta de 21 ítems y evalúa la presencia de síntomas depresivos y su gravedad. Mide rendimiento disminuido, molestias somáticas y actitudes negativas hacia uno mismo o suicidio.

- La **Escala de Desesperanza de Beck** (BHS, Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974) tiene una adaptación y validación para CABA y gran Buenos Aires realizada por Isabel Mikulic & OT. Año 2009.

Es un instrumento autoaplicado conformado por 20 proposiciones definibles por verdadero o falso y puede dar un rango de desesperanza que se califica entre mínimo, leve, moderado o severo. Permite evaluar las actitudes negativas hacia el futuro (pesimismo) y hacia sí mismo tal como las perciben los adultos y adolescentes. Se utiliza como prueba de “Screening” de riesgo suicida y depresión, ya que pueden estar asociados a la desesperanza.

- **Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida - CCCS-18-** (Hernández et al., 2005). Existe una validación para población argentina (Desuque D. et al, 2011).

Cuestionario que consta de 18 ítems que permiten medir las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida. Reflejan creencias sobre: a) La legitimación del suicidio; b) El suicidio en enfermos terminales; c) La dimensión moral del suicidio; y d) El propio suicidio.

(En el Anexo del Punto 10 se incluyen los cuestionarios del Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Desesperanza de Beck y el Cuestionario de Creencias Actitudinales Sobre el Comportamiento Suicida)

2.10. Algunas modalidades de intervención en los primeros momentos.

La **primera ayuda ante un intento de suicidio** puede y debe ser **brindada por aquel que esté más cerca en el momento de la crisis** (vecino, familiar, amigo, compañero trabajo, etc.), para ello es importante tener en cuenta los prejuicios y conceptos erróneos sobre el tema, anteriormente mencionados, para tener cierto conocimiento de lo que es adecuado o no hacer en un caso de este tipo.

Ellos son los que darán los que se conocen como **primeras ayudas psicológicas.**

Para ello se aconseja **usar frases cortas**, hacer sentir a la persona que la comprendemos y lo tomamos en serio (Ej. “Me imagino”, “Lo entiendo”, “Es lógico”, etc.), **ayudar a encontrar**

otras alternativas a la autodestrucción, no dejar nunca a la persona sola e intentar por todos los medios la intervención de un profesional de la salud.

(En el anexo del Punto 11 se incluye una tabla que sintetiza Primera Ayuda Psicológica. Fuente Slaikeu.K.1996.)

El intento de autodestrucción es una forma desesperada de querer decir algo y se considera un pedido de ayuda. Por eso hay que encontrar la causa del mismo.

Es central poder **evaluar si el sujeto puede responsabilizarse de su vida, se evalúa su parte sana y enferma.** Es fundamental evaluar si puede colaborar con el cuidado de su vida y con los que lo quieren ayudar. Cuanto menor sea su capacidad de colaboración, más precauciones habrá que tomar.

Una forma de ayudarlos es conocer cómo se sienten.

Será necesaria la indicación de **Tratamiento farmacológico ante episodios de ansiedad grave, excitación psicomotriz, episodio alucinatorio o delirante y en caso intoxicación por sustancias.**

Sus objetivos tendrán que ver con **obtener la disminución de la sintomatología, asegurar la integridad física del paciente o de terceros.**

En primera instancia siempre se intenta la vía oral y de no poder implementarse se indica la administración intramuscular.

Los psicofármacos más empleados son:

- 1- Episodios de ansiedad: lorazepam o clonazepam
- 2- Episodios de excitación psicomotriz (benzodiazepinas- clonazepam, alprazolam, diazepam etc) y antipsicóticos típicos- haloperidol- y atípicos)

(En anexo Punto 11 se incluye esquema administración en casos de excitación psicomotriz)

- 3- Episodios alucinatorios y o delirantes: antipsicóticos atípicos vía oral (si hay excitación se adiciona benzodiazepinas). Ej. risperidona, quetiapina, olanzapina

- 4- Intoxicación sustancias , recomendaciones farmacológicas específicas para esos casos

3. CONSIDERACIONES FINALES

Los datos estadísticos a nivel mundial y regional sobre la temática desarrollada, sumado al alarmante pronóstico de la OMS para el año 2020 (“**Un suicidio cada 20 segundos y una tentativa cada 1 a 2 segundos**”) refuerzan la necesidad de seguir profundizando y actualizando los conocimientos en el área por parte de los profesionales de la salud.

Los mitos y prejuicios en torno al suicidio que operan en el imaginario social y/o profesional han sabido desviar durante mucho tiempo el curso de adecuadas intervenciones y tratamiento del tema. Por consiguiente, conocer los factores de riesgo y protección implicados en el comportamiento suicida permite ampliar la mirada desde la prevención en todas sus dimensiones.

La comorbilidad con trastornos mentales y la preocupante constatación que en un alto porcentaje de los intentos y/o suicidios consumados habían existido consultas terapéuticas previas, alertan de la necesidad de operar conociendo cabalmente la disponibilidad de recursos técnicos que permiten determinar el riesgo suicida.

Habiendo hecho fundamental hincapié en la temática del suicidio como un complejo multideterminado, nos queda por último agregar que sólo resultarán eficaces y adecuadas aquellas intervenciones que se instrumenten desde una verdadera interdisciplina, sostenida por sólidas políticas de Estado que ayuden a disminuir las tasas alarmantes de la población en general, y en particular de los grupos etarios más vulnerables al riesgo.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Acero Rodríguez, P.D. Perez Barredo, S. A. (2013) *Suicidio: Cómo prevenirlo y cómo ayudar a los sobrevivientes*. Bogotá. Colombia. Ed. San Pablo.
- Baca García, E. Aroca, F. (2014) *Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a la depresión y ansiedad*. Salud Mental Vol 37 Nro 5 pp.373-380. Distrito Federal. México
- Casullo, M. M. (1998) *Inventario de Orientaciones suicidas. ISO-30. Adaptación de la Escala de King y Kowalchuk*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
- Cummins, N, Scherer, S. Krajewski, J. Schnieder, S Epps, J & Quatieri, T. (2015) *A review of Depression and Suicide Risk Assessment using Speech Analysis*. Accepted Manuscript Speech Communication.
- Desuque, D, Vargas Rubilar, J, Lemos, V. (2011) *Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en Entre Ríos, Argentina*. Liberabit; V 17 Nro 2 pp 187-198, jul.-dic. 2011.
- Durkheim, E. (1989) *El suicidio*. Madrid. España. Editorial Akal.
- Fleitas Ortiz de Rozas, D.M. (2011) *Informe estadístico sobre la Evolución de los Suicidios en Argentina y sus provincias de 1997 a 2010, con foco en la Población Adolescente*. Asociación para Políticas Públicas. Argentina

- Hawton, K. Casañas i Comabella, C Haw, C. Saunders, K (2013) *Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review*. Journal of Affective Disorders 147 17-28
- Fernández Liporace, M. y Casullo, M.M (2008) “Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida”. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica - RIDEP* Nro 21 Vol I 2008 pp 9 a 22
- Gutierrez García, A. Contreras, C Orozco Rodríguez, Ch (2006) *El suicidio. Conceptos Actuales*. Salud Mental Vol. 29 Nro. 5 pp. 66-74. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Distrito Federal. México
- Jiménez Treviño, L. Saiz Martínez, P.A. Bobes García J. (2006) Nro 9 ISSN 1886 1601 Humanitas, Humanidades Médicas .Universidad de Barcelona . www.fundacionmhm.org
- King, J. D. & Kowalchuk, B. (1994). ISO – 30. *Adolescent Inventory of Suicide Orientation – 30*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mikulic, I. *Desesperanza: Aportes de la escala de desesperanza de A. Beck (BHS) a la evaluación psicológica*. Ficha Nro. 6 Cátedra Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico (I) UBA
- Mikulic, I; Casullo, G.L; Crespi, M.C & Marconi, A (2009). *Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de propiedades psicométricas y baremización de Adaptación Argentina*. Anuario de Investigaciones V.16 ene/dic 2009 CABA Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
- Perez Barrero, S. A. (1999) *Manual de Suicidología*. La Habana. Cuba. Ed. Hospital de Psiquiatría de la Habana.
- Perez Barredo, S A. (2005) *Los Mitos sobre el suicidio*. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Volumen XXXIV Nro 3.
- Pérez Barredo, S.A (1999) *El suicidio, comportamiento y prevención* *Revista Cubana de Medicina General Integral versión On-line* ISSN 1561-3038. V.15 Nro.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 1999. Cuba
- Pompili, M. Innamorati, M. Rihmer, Z. Gonda, X. Serafini, G. Akiskal, H. Amore, M. Niolu, C. Sher, L. Tatarelli, R, Perugi, G. & Girardi, P. (2012) *Cyclothymic-depressive-anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders*. Journal of Affective Disorders 136 405-411
- Rodríguez González, A. et Al. (2010) Cap. 5 *Evaluación del Riesgo de Suicidio en Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). España

- Ruiz Hernández, José Antonio; Navarro-Ruiz, Juana M.; Torrente Hernández, Ginesa; Rodríguez González, Ángel. (2005) *Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS- 18*. Psicothema, vol. 17, núm. 4, 2005, pp. 684-690 Universidad de Oviedo Oviedo, España Disponible en: <http://www.redalyc.org/articul>
 - Slaikeu, K. (1996) *Intervención en Crisis: Manual para la Práctica e Investigación*. México. Ed. El Manual Moderno
 - Guía de recomendaciones para la Atención Integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Publicación del Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación (2008)
 - Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina, 1988-2008. Boletín de vigilancia de enfermedades no transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 2. Dirección de Promoción de la salud y Control de Enfermedades no Transmisibles. (2010) Publicación del Ministerio de Salud de la nación. Presidencia de la Nación
 - Perfil Epidemiológico del Suicidio en Argentina. Algunas Aproximaciones. Año 2011. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Sistema de vigilancia epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación.
 - Lineamiento para la atención del intento de suicidio en adolescentes Publicación del Ministerio de salud de la nación. Presidencia de la nación (2012)
 - OMS, Prevención del Suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención Primaria en salud (2000)
 - Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Cap. 7 La violencia Autoinflingida, Organización Panamericana de la Salud. 2002
 - Prevención del Suicidio. Un imperativo Global. Resumen ejecutivo. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. 2014 WHO/MSD/MER/14.2. ISBN: 978 92 4 256477 8
 - Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.OMS 2012. Cap IV Sección 10: Autolesión/Suicidio.
-

ANEXOS:

Anexo Punto 3: Magnitud del problema: datos estadísticos relevantes a nivel mundial

Tasas de suicidio ajustadas según la edad, por país y en el año más reciente disponible^a

País o zona	Año	Número total de suicidios	Tasa de suicidio por 100 000 habitantes			
			Total	Varones	Mujeres	Razón entre las tasas de los varones y las mujeres
Albania	1998	165	7,1	9,5	4,8	2,0
Alemania	1999	11 160	14,3	22,5	6,9	3,3
Argentina	1996	2 245	8,7	14,2	3,9	3,6
Armenia	1999	67	2,3	3,6	— ^b	— ^b
Australia	1998	2 633	17,9	28,9	7,0	4,1
Austria	1999	1 555	20,9	32,7	10,2	3,2
Azerbaiyán	1999	54	1,1	1,7	— ^b	— ^b
Belarús	1999	3 408	41,5	76,5	11,3	6,7
Bélgica	1995	2 155	24,0	36,3	12,7	2,9
Bosnia y Herzegovina	1991	531	14,8	25,3	4,2	6,1
Brasil	1995	6 584	6,3	10,3	2,5	4,1
Bulgaria	1999	1 307	16,4	26,2	7,7	3,4
Canadá	1997	3 681	15,0	24,1	6,1	3,9
Chile	1994	801	8,1	15,0	1,9	8,1
China						
RAE de Hong Kong	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9
Ciertas zonas rurales y urbanas	1999	16 836	18,3	18,0	18,8	1,0
Colombia	1995	1 172	4,5	7,4	1,8	4,1
Costa Rica	1995	211	8,8	14,4	3,0	4,7
Croacia	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5
Cuba	1997	2 029	23,0	32,1	14,2	2,3
Dinamarca	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Ecuador	1996	593	7,2	10,4	4,1	2,5
El Salvador	1993	429	11,2	16,3	6,8	2,4
Eslovaquia	1999	692	15,4	27,9	4,3	6,5
Eslovenia	1999	590	33,0	53,9	14,4	3,7
España	1998	3 261	8,7	14,2	3,8	3,8
Estados Unidos	1998	30 575	13,9	23,2	5,3	4,4
Estonia	1999	469	37,9	68,5	12,0	5,7
Federación de Rusia	1998	51 770	43,1	77,8	12,6	6,2
Filipinas	1993	851	2,1	2,5	1,6	1,6
Finlandia	1998	1 228	28,4	45,8	11,7	3,9
Francia	1998	10 534	20,0	31,3	9,9	3,2
Georgia	1992	204	5,3	8,7	2,5	3,4
Grecia	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7
Hungría	1999	3 328	36,1	61,5	14,4	4,3
Irlanda	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3
Israel	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4
Italia	1997	4 694	8,4	13,4	3,8	3,5
Japón	1997	23 502	19,5	28,0	11,5	2,4
Kazajstán	1999	4 004	37,4	67,3	11,6	5,8
Kuwait	1999	47	2,0	2,2	— ^b	— ^b
Kirguistán	1999	559	18,7	31,9	6,3	5,1
Letonia	1999	764	36,5	63,7	13,6	4,7
Lituania	1999	1 552	51,6	93,0	15,0	6,2
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	155	10,0	15,2	5,2	2,9
Mauricio	1999	174	19,2	26,5	12,1	2,2
México	1997	3 369	5,1	9,1	1,4	6,3
Nicaragua	1996	230	7,6	11,2	4,3	2,6
Noruega	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7

CUADRO 7.1 (continuación)

País o zona	Año	Número total de suicidios	Tasa de suicidio por 100 000 habitantes			
			Total	Varones	Mujeres	Razón entre las tasas de los varones y las mujeres
Nueva Zelandia	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Países Bajos	1999	1 517	11,0	15,2	7,1	2,1
Panamá (excluida la Zona del Canal)	1997	145	7,8	13,2	2,3	5,7
Paraguay	1994	109	4,2	6,5	1,8	3,6
Polonia	1995	5 499	17,9	31,0	5,6	5,5
Portugal	1999	545	5,4	9,0	2,4	3,8
Puerto Rico	1998	321	10,8	20,9	2,0	10,4
Reino Unido	1999	4 448	9,2	14,6	3,9	3,8
Escocia	1999	637	15,7	25,3	6,3	4,0
Inglaterra y Gales	1999	3 690	8,5	13,4	3,6	3,7
Irlanda del Norte	1999	121	9,9	17,0	— ^b	— ^b
República Checa	1999	1 610	17,5	30,1	6,3	4,8
República de Corea	1997	6 024	17,1	25,3	10,1	2,5
República de Moldova	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Rumania	1999	2 736	14,3	24,6	4,8	5,1
Singapur	1998	371	15,7	18,8	12,7	1,5
Suecia	1996	1 253	15,9	22,9	9,2	2,5
Suiza	1996	1 431	22,5	33,7	12,3	2,7
Tayikistán	1995	199	7,1	10,9	3,4	3,2
Tailandia	1994	2 333	5,6	8,0	3,3	2,4
Trinidad y Tabago	1994	148	16,9	26,1	6,8	3,8
Turkmenistán	1998	406	13,7	22,2	5,4	4,1
Ucrania	1999	14 452	33,8	61,8	10,1	6,1
Uruguay	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Uzbekistán	1998	1 620	10,6	17,2	4,4	3,9
Venezuela	1994	1 089	8,1	13,7	2,7	5,0

RAE: Región Administrativa Especial.

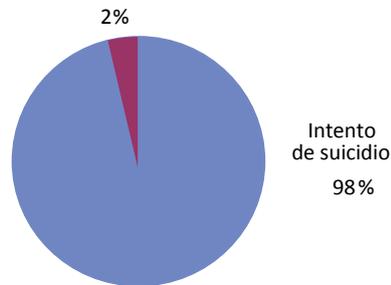
^a Año más reciente disponible entre 1990 y 2000 para los países con ≥ 1 millón de habitantes.

^b Se informaron menos de 20 defunciones; no se calcularon la tasa ni la razón de tasa.

Fuente: Informe Mundial sobre la violencia y la salud.OMS, 2002

Anexo Punto 4: Datos estadísticos de la República Argentina. Fuente Boletín Perfil epidemiológico del Suicidio en Argentina. Algunas Aproximaciones. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Año 2011

Lesiones autoinfligidas, intentos de suicidio y suicidios UCL 2007-2009.



Base total: 1.179 lesiones autoinfligidas

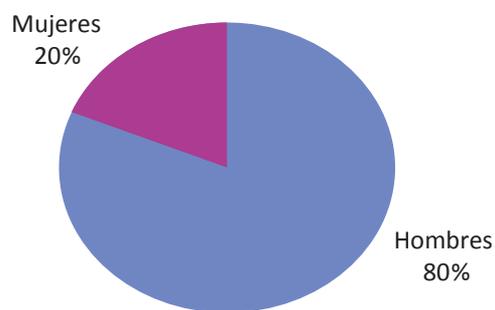
Fuente: Unidades Centinelas de Lesiones, Programa Nacional de Lesiones del Ministerio de Salud de la Nación.

TASAS DE SUICIDIO SEGÚN SEXO POR 100.000 HABITANTES. TOTAL ARGENTINA. AÑO 2008

TOTAL	SEXO	
	HOMBRES	MUJERES
7.84	12.8	3.06

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS) y las proyecciones de población para el año 2008 del INDEC.

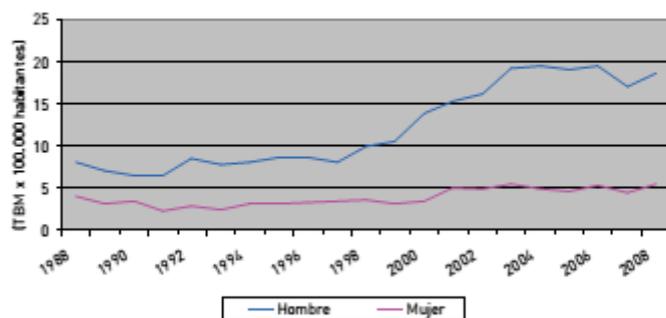
Defunciones por suicidio según sexo en porcentajes. Argentina. Año 2008.



BASE TOTAL: 3.123 muertes por suicidio. Año 2008

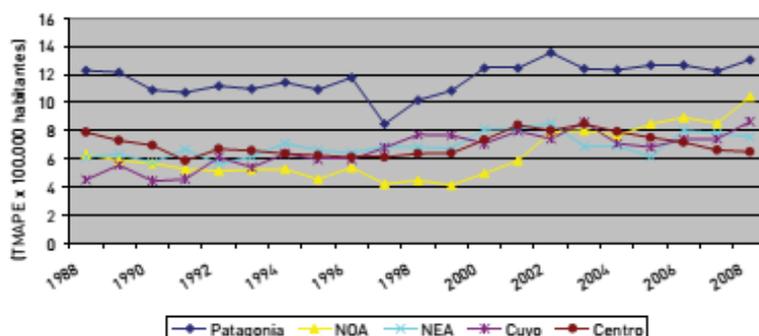
Fuente: DEIS, Ministerio de Salud de la Nación

Tasas de mortalidad por suicidio en población de 15 a 24 años según sexo. Argentina. 1988-2008.



Fuente: DBS, Ministerio de Salud de la Nación

Tasas de mortalidad por suicidios según región. Argentina. 1988-2008.



Fuente: DEIS, Ministerio de Salud de la Nación

En el siguiente cuadro se presenta el lugar que ocupa el suicidio como causa de muerte en los diferentes grupos etáreos (2005):

	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44
1	No Intencional	No Intencional	No Intencional	Tumores
2	Tumores	Suicidio	Tumores	Ap. Circulat.
3	Demás c. definidas	Homicidios	Infecciosas	No Intencional
4	Respirat.	Otras Cext	Suicidio	Infecciosas
5	Infecciosas	Tumores	Homicidios	Respirat.
6	Congénitas	Demás c. definidas	Ap. Circulat.	Demás c. definidas
7	Mal def.	Respirat.	Respirat.	Mal def.
8	Ap. Circulat.	Ap. Circulat.	Demás c. definidas	Suicidio
9	Otras Cext	Mal def.	Otras Cext	Homicidios
10	Suicidio	Infecciosas	Mal def.	Otras Cext

Fuente: Dra. Clotilde Ubeda Asociación Prevención del trauma pediátrico, Instituto Nacional de Epidemiología

LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.Ley 26.061

Sancionada: Septiembre 28 de 2005.Promulgada de Hecho: Octubre 21 de 2005

ARTICULO 5° — RESPONSABILIDAD GUBERNAMENTAL. Los Organismos del Estado tienen la responsabilidad indelegable de establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal.

En la formulación y ejecución de políticas públicas y su prestación, es prioritario para los Organismos del Estado mantener siempre presente el interés superior de las personas sujetos de esta ley y la asignación privilegiada de los recursos públicos que las garanticen.

Toda acción u omisión que se oponga a este principio constituye un acto contrario a los derechos fundamentales de las niñas, niños y adolescentes.

Las políticas públicas de los Organismos del Estado deben garantizar con absoluta prioridad el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

La prioridad absoluta implica:

- 1.- Protección y auxilio en cualquier circunstancia;
- 2.- Prioridad en la exigibilidad de la protección jurídica cuando sus derechos colisionen con los intereses de los adultos, de las personas jurídicas privadas o públicas;
- 3.- Preferencia en la atención, formulación y ejecución de las políticas públicas;
- 4.- Asignación privilegiada e intangibilidad de los recursos públicos que las garanticen;
- 5.- Preferencia de atención en los servicios esenciales.

ARTICULO 14. — DERECHO A LA SALUD. Los Organismos del Estado deben garantizar:

- a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad;
- b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración;
- c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia;
- d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

ARTICULO 28. — PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACION. Las disposiciones de esta ley se aplicarán por igual a todos las niñas, niños y adolescentes, sin discriminación alguna fundada en motivos raciales, de sexo, color, edad, idioma, religión, creencias, opinión política, cultura, posición económica, origen social o étnico, capacidades especiales, salud, apariencia física o impedimento físico, de salud, el nacimiento o cualquier otra condición del niño o de sus padres o de sus representantes legales.

Ley 26.529

Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

Sancionada: Octubre 21 de 2009Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009

Capítulo I :DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD

ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

SALUD PUBLICA

Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914.Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7º — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

Ley 17132 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.)

24-ene-1967

ARTE DE CURAR

EJERCICIO DE LA MEDICINA, ODONTOLOGIA Y ACTIVIDADES DE COLABORACION

Artículo 11. — Todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer —salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal—, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitar o utilizarlo con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal.

Anexo Punto 10: Evaluación de Riesgo suicida

a) Tablas de detección de riesgo en atención primaria.

Fuente Manual de Suicidología de S.A. Pérez Barredo

Tabla Evaluación riesgo en niñez:

Si realizada la evaluación se obtiene que la suma de los puntajes obtenidos es mayor a 10 debe ser derivado con urgencia a un psiquiatra infanto-juvenil para su evaluación y manejo. Se considera que si el puntaje obtenido es menor a 10 basta con una interconsulta con el equipo de salud mental.

		Puntos
1.	Progenitores demasiado jóvenes o maduros.	1
2.	Dificultades en la captación y control prenatal.	1
3.	Enfermedad psiquiátrica de los progenitores.	2
4.	Niño poco cooperador en la consulta.	1
5.	Niño que manifiesta cambios en su comportamiento.	3
6.	Violencia en el hogar y sobre el niño.	3
7.	Antecedentes familiares de conducta suicida (padres, hermanos, abuelos) o amigos con dicha conducta.	2
8.	Antecedentes personales de autodestrucción.	2
9.	Manifestaciones desagradables de los progenitores en relación con el niño.	3
10.	Situación conflictiva actual (hogar roto recientemente, pérdidas, fracasos escolares, etcétera).	2

Tabla de evaluación de riesgo adolescente:

Si la suma de la puntuación obtenida es mayor a 12 el adolescente debe ser trasladado a un servicio de psiquiatría infanto-juvenil para su hospitalización.

		Puntos
1.	Provenir de un hogar roto.	1
2.	Progenitores portadores de enfermedad mental.	2
3.	Antecedentes familiares de comportamiento suicida.	3
4.	Historia de trastornos del aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación a becas o régimen militar.	2
5.	Antecedentes personales de conducta de autodestrucción.	4
6.	Cambios evidentes en el comportamiento habitual.	5
7.	Amigos con conducta suicida.	2
8.	Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida).	5
9.	Antecedentes personales de enfermedad mental.	4
10.	Conflicto actual (familiar, pareja, escuela, etcétera).	2

Tabla de riesgo suicida en adultos

Si la suma es mayor a 18 puntos el sujeto debe ser hospitalizado, si la suma se encuentra entre 10 y 18 puntos (sin contabilizar las preguntas 1, 4, 5) el individuo debe ser observado por personal especializado.

Si la suma es menor a 10 (sin contabilizar las preguntas 1, 4, 5)

		Puntos
1.	Los familiares temen que el paciente realice un intento suicida.	3
2.	Actitud poco cooperadora del individuo en la entrevista.	2
3.	El paciente expresa deseos de morir.	2
4.	Manifiesta ideas suicidas.	4
5.	Expone un plan de autodestrucción.	5
6.	El sujeto tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos.	4
7.	Posee antecedentes de hospitalización psiquiátrica reciente.	2

8.	Tiene antecedentes de intento suicida.	3
9.	Posee antecedentes familiares de conducta suicida.	3
10.	Presencia de un conflicto actual.	2

Guía evaluación riesgo en vejez:

Si la suma es mayor a 9, el adulto mayor debe ser remitido a unidad psiquiátrica para ser examinado por personal especializado.

		Puntos
1.	Vivir solo.	2
2.	Padecer una enfermedad física que ha requerido ingresos frecuentes y tratamientos prolongados.	2
3.	Padecer una enfermedad mental.	3
4.	Tener antecedentes personales de conducta suicida.	3
5.	Poseer antecedentes familiares de dicha conducta.	1
6.	Actitud poco cooperadora en la entrevista.	2
7.	Expresar deseos de descansar de todo, no dar más trabajo a otros, no hacer falta a otros.	4
8.	Manifestar ideas suicidas.	5
9.	Cambios de conducta en forma de aislamiento, agresividad, agitación, llanto frecuente de pocos días de evolución.	3
10.	Negarse a recibir ayuda por considerar que es inútil a pesar de mantener una actitud adecuada en la entrevista.	5

Planilla de evaluación de riesgo
para el/los profesionales de Urgencia

La presencia de alguno de los siguientes factores de riesgo asociado al intento de suicidio/autolesión requiere la interconsulta con el equipo de Salud Mental, previa al alta.

- Acción autolesiva grave y/o método de alta letalidad.
- Acción llevada a cabo con alto grado de impulsividad y/o planificación.
- Persistencia de la ideación suicida y/o autolesiva.
- Antecedentes de intentos de suicidio o de autoagresión del adolescente o intento de suicidios o suicido de personas cercanas.
- Consumo perjudicial de alcohol y/o sustancias psicoactivas (puede provocar desinhibición psicomotriz).

Presencia de trastorno mental:

- Evidente autoconcepto deteriorado o denigratorio.
- Ideas de desesperanza y/o otros síntomas depresivos.
- Alteraciones de la sensopercepción y/o ideación delirante relacionadas con la auto agresión.
- Síntomas maníacos.
- Síntomas graves de impulsividad.

Otras.

- Paciente que presente episodio de excitación psicomotriz o de ansiedad incoercible de cualquier origen.
- Retraimiento severo al momento de la consulta que no permita la evaluación.
- Antecedentes de retraimiento social y aislamiento grave.
- Historia de situaciones traumáticas (abuso sexual, maltrato físico, desamparo, etc.)
- Enfermedad grave, crónica y/o de mal pronóstico del paciente.
- Ausencia de red sociofamiliar de contención.

- c- **Cuestionario sugerido para realizar la evaluación de riesgo por los profesionales de Salud Mental (interconsulta)** (Fuente Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud Argentina)

Evaluación del acto y de la ideación autoagresiva actual

- 1- ¿Qué fue lo que pasó que te trajeron aquí? ¿Por qué estás acá?
- 2- Dicen que te quisiste lastimar. ¿Esto es así?
- 3- Dicen que amenazaste con lastimarte o matarte. ¿Cómo es esto?
- 4- ¿Tenés idea de por qué te lastimaste?
- 5- ¿Qué pensaste mientras te lastimabas?
- 6- ¿Cómo te apareció la idea de hacerte daño?
- 7- ¿Desde cuándo venís pensando en hacer esto?
- 8- ¿Se te había ocurrido antes hacer algo así?
- 9- ¿Te sentiste mejor después de hacerte daño?
- 10- ¿Qué pensabas que te iba a pasar?
- 11- ¿Habías pensado en que te querías morir?
- 12- ¿Habías pensado en que te podías morir?
- 13- Cuando te diste cuenta que no habías muerto, ¿qué pensaste?
- 14- ¿Qué pensabas que iba a pasar si te morías?
- 15- ¿Habías pensado otras veces en la idea de matarte o lastimarte?
- 16- ¿Cuándo apareció esta idea por primera vez?
- 17- ¿Sentís ahora ganas de morirte?
- 18- ¿Qué razones tendrías para vivir o morir?
- 19- ¿Ahora pensás en lastimarte o matarte?
- 20- ¿Cómo lo harías?
- 21- ¿Qué pensás de lo que pasó?
- 22- ¿Te sentís triste o angustiado?
- 23- ¿Tenés alguna idea de lo que te angustia?
- 24- ¿Pensás que puede haber otra manera de encontrar una solución o aliviarte?
- 25- ¿Conocés a alguien que le pase lo mismo que a vos o algo parecido? ¿Quién?
- 26- ¿Te parece que alguien te podría ayudar con esto que te pasa?
- 27- ¿Cómo te parece que tomó esto tu familia?
- 28- ¿Qué pensás ahora de esto que hiciste?
- 29- ¿Sentís ahora ganas de lastimarte?
- 30- ¿Pensás que te podría volver a pasar lo mismo?

Evaluación del estado anímico en los últimos meses

- 31- ¿Te has sentido irritable por cosas que antes no te molestaban?
- 32- ¿Te has sentido triste, angustiado o con ganas de llorar sin saber por qué?
- 33- ¿Has sentido menos ganas de salir, de estar con tus amigos?
- 34- ¿Cómo te llevas con tus amigos?
- 35- ¿Cómo crees que los demás te ven a vos?

36- ¿Cómo te ves a vos mismo?

37- ¿Te has sentido solo?

Evaluación de las alteraciones de la sensopercepción

38- ¿Te pasó alguna vez algo que te pareciera raro? Por ejemplo, escuchar como si alguien te hablara cuando no hay nadie.

39- ¿En este tiempo te pareció como si escucharas alguna voz que te decía cosas feas o insultos, que te decía que te lastimaras?

40- ¿Te pasó alguna vez ver cosas que los demás no veían?

41- ¿Te pasó sentir como si todos te miraran, como si estuvieran hablando mal de vos?

Evaluación de la percepción de futuro y la aceptación de un tratamiento

42- ¿Te imaginás que es posible que esta situación cambie?

43- ¿Te imaginás alguna manera para estar mejor?

44- ¿Te parece que algo o alguien te podría ayudar? ¿quién/es?

45- ¿Cómo te imaginás a vos mismo en unos meses y en un año?

46- ¿qué te parece la idea de empezar a hablar con alguien que te pueda ayudar?

47- ¿Estarías de acuerdo en iniciar un tratamiento?

Situaciones vinculares

48- ¿Alguien te está molestando de alguna forma?

49- ¿Alguien te está haciendo hacer cosas que no querés?

50- ¿En el colegio alguien te molesta? ¿Por internet? ¿En el chat?

Ficha a cumplimentar luego de realizar la entrevista en base al cuestionario (Fuente Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud Argentina, 2012)

EVALUACION DE RIESGO

Letalidad del método	Planificación del acto	Circunstancias en la que se concretó el plan	Grado de impulsividad
Alta <input type="checkbox"/>	Plan minucioso <input type="checkbox"/>	Circunstancias que hacen difícil la interrupción del acto <input type="checkbox"/>	Acto conducido a aliviar tensiones psíquicas <input type="checkbox"/>
Moderada/Baja <input type="checkbox"/>	Sin Planificación <input type="checkbox"/>	Circunstancias que hacen probable la interrupción del acto <input type="checkbox"/>	Acto llevado a cabo con posibilidad de reflexión <input type="checkbox"/>
Actitud y afecto posterior al intento	Acción auto lesiva repetida	Presencia de trastorno mental previo	Existencia de patología orgánica grave, crónica y/o terminal
No maniesta alivio ni arrepentimiento por haber fallado <input type="checkbox"/>	Intentos Previo NO <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>	Dbt <input type="checkbox"/>
Indiferente <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> Cuantos?	Manía <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>
Se deja ayudar <input type="checkbox"/>		Hipomanía <input type="checkbox"/>	Patología Oncológica <input type="checkbox"/>
		Impulsividad <input type="checkbox"/>	Enfermedades neurodegenerativas <input type="checkbox"/>
		Otro <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Existencia de un evento estresante desencadenante del acto o ideación auto lesiva	Contexto socio familiar	Consignar a quién se entrevistó	
Abuso sexual y/o maltrato <input type="checkbox"/>	Red de sostén <input type="checkbox"/>	Adolescente <input type="checkbox"/>	
Conicto con pares/ rupturas sentimentales <input type="checkbox"/>	Ausencia de red de sostén <input type="checkbox"/>	Adulto referente y/o núcleo familiar acompañante <input type="checkbox"/>	
Otro <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Otros referentes/ pares presentes (novia/o, amigo/o, vecino, maestro, etc.) <input type="checkbox"/>	

*Letalidad del método ALTA: ahorcamiento; armas de fuego; arrojamiento (automóviles, tren); lanzamiento de altura; intoxicación con gas; electrocución; intoxicación por elementos altamente tóxicos (aún en pequeña cantidad); intoxicación por elementos de baja toxicidad pero cuya letalidad esta dada por la cantidad y/o modalidad de ingestión; heridas cortantes.

*Letalidad del método MODERADA y BAJA: ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y en pequeña cantidad; cortes leves, escasos y superficiales; otra conducta de autoagresión que no hubiere ocasionado daños severo.

ESTRATEGIA INMEDIATA

Consignar Tratamiento instaurado	Plan de seguimiento	Derivación asistida
Internación en guardia o sala de hospital polivalente para observación. <input type="checkbox"/>	Observaciones	Fecha _____
Tratamiento ambulatorio y continuación del seguimiento por Salud Mental. <input type="checkbox"/>		Hora del turno _____
Fallecimiento <input type="checkbox"/>		Firma y aclaración del profesional
Observaciones		

De ser necesario agregar más información, adjunte una hoja con el rótulo "Observaciones" con la firma y aclaración del profesional

d- Cuestionario Escala ISO-30

ISO - 30. (Adaptación Facultad de Psicología - U.B.A.)

Instrucciones: El propósito de este cuestionario es poder tener una idea aproximada de cómo ves ciertas áreas importantes de tu vida. Tratá de contestar con la mayor sinceridad, pensando en cómo te sentiste estos últimos seis meses. Ahora lee cuidadosamente cada frase y contestá con sinceridad. Usá una birome o lápiz para circular la respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3. Si decidís cambiar una respuesta, tachá con una cruz la respuesta original y circulá la nueva respuesta, por ejemplo: 0 1 2 3. Las opciones de respuesta son: 0: totalmente en desacuerdo 1: en parte en desacuerdo 2: en parte de acuerdo 3: totalmente de acuerdo.

1)	0	1	2	3	Yo debo ser un soñador/a, ya que estoy siempre
2)	0	1	2	3	Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro.
3)	0	1	2	3	Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán.
4)	0	1	2	3	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en
5)	0	1	2	3	Aquellas personas con las que me relaciono, no me necesitan en absoluto.
6)	0	1	2	3	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa. Siento que me mintieron, ya que no es justa en absoluto.
7)	0	1	2	3	Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí.
8)	0	1	2	3	Yo debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo.
9)	0	1	2	3	Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.
10)	0	1	2	3	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar a la
11)	0	1	2	3	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.
12)	0	1	2	3	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.
13)	0	1	2	3	Aún cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.
14)	0	1	2	3	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.
15)	0	1	2	3	Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.

16)	0	1	2	3	Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.
17)	0	1	2	3	Aún cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.
18)	0	1	2	3	Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.
19)	0	1	2	3	Siento como que no pertenezco a ningún lado.
20)	0	1	2	3	Pienso en mí mismo como una forma de resolver todos mis problemas.
21)	0	1	2	3	Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es
22)	0	1	2	3	Siento que tengo control sobre mi vida.
23)	0	1	2	3	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.
24)	0	1	2	3	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.
25)	0	1	2	3	Para no sentirse mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.
26)	0	1	2	3	Nadie me amaría si realmente me conociese bien.
27)	0	1	2	3	Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.
28)	0	1	2	3	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).
29)	0	1	2	3	Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.
30)	0	1	2	3	Si mis cosas empeorasen, creo que me mataría.

Nombre:..... Sexo:..... Edad:.....
 Lugar donde vive:.....
 Lugar donde nació:.....
 Estado Civil:.....
 Nivel de Educación alcanzado:.....
 Trabaja: SI - NO (Tache lo que no corresponde)
 Ocupación:.....

ADOLESCENTES RESPONDER, TAMBIEN:

Colegio/Facultad:..... Año que cursa:.....
 Nivel de Educación adulto a cargo:.....
 Ocupación adulto a cargo:.....

e- Anexo Otras escalas de detección.

Protocolo de Inventario de Depresión de Beck

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

Protocolo de Escala de Desesperanza de Beck

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE BECK

Se trata de una escala **autoadministrada**

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Protocolo CCCS-18 (Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida)

<i>Anexo</i>							
Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18)							
<p>A continuación aparecen una serie de frases sobre <i>lo que las personas piensan y sienten acerca del comportamiento suicida</i>. Ten en cuenta que no hay frases buenas ni malas, ni correctas ni incorrectas, sólo nos interesa tu opinión al respecto. Por favor, trata de responder con sinceridad y usa tu propio criterio. Tus respuestas son totalmente anónimas.</p> <p>Para contestar, rodea en cada frase la opción que mejor indique tu grado de acuerdo o desacuerdo mediante la siguiente escala:</p> <p style="text-align: center;">1= Totalmente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Un poco en desacuerdo; 4= Indiferente; 5= Un poco de acuerdo; 6= Bastante de acuerdo; 7= Totalmente de acuerdo</p>							
1. Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)	1	2	3	4	5	6	7
2. Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	1	2	3	4	5	6	7
3. El suicidio va en contra de la moral	1	2	3	4	5	6	7
4. Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	1	2	3	4	5	6	7
5. Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	1	2	3	4	5	6	7
6. El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	1	2	3	4	5	6	7
7. El suicidio es un acto inmoral	1	2	3	4	5	6	7
8. El suicidio debería ser una forma legítima de morir	1	2	3	4	5	6	7
9. Bajo ningún concepto me suicidaría	1	2	3	4	5	6	7
10. Aceptaría el suicidio en personas mayores	1	2	3	4	5	6	7
11. Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	1	2	3	4	5	6	7
12. Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	1	2	3	4	5	6	7
13. Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	1	2	3	4	5	6	7
14. Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	1	2	3	4	5	6	7
15. Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	1	2	3	4	5	6	7
16. Se debería prohibir el suicidio por que es un asesinato	1	2	3	4	5	6	7
17. Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	1	2	3	4	5	6	7
18. El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	1	2	3	4	5	6	7
<p>Los ítems 3, 7, 9, 12 y 16: puntúan de forma inversa (1= 7; 2= 6; 3= 5; 4= 4; 5= 3; 6= 2; 7= 1).</p> <p>Consistencia interna: 0,87. \bar{x}= 3,32. Desviación típica: 0,97</p> <p>Factor I: Legitimación del suicidio (Ítems 1, 5, 8, 10, 14 y 18). Consistencia interna: 0,84. \bar{x}= 2,28. Desviación típica: 1,18</p> <p>Factor II: Suicidio en enfermos terminales (Ítems 2, 6, 11 y 15). Consistencia interna: 0,82. \bar{x}= 4,23. Desviación típica: 1,55</p> <p>Factor III: Dimensión moral del suicidio (Ítems: 3, 7, 12 y 16). Consistencia interna: 0,78. \bar{x}= 4,58. Desviación típica: 1,35</p> <p>Factor IV: El propio suicidio (Ítems: 4, 9, 13 y 17). Consistencia interna: 0,73. \bar{x}= 2,72. Desviación típica: 1,28</p>							

Anexo Punto 11: Primera ayuda Psicológica

Primera ayuda psicológica

Etapa	Sí	No
I. Establecer contacto.	Escuchar.	Contar su propia historia.
	Reflejar sentimientos	Ignorar sentimientos.
	Aceptación	Bromear, no dar importancia
II. Conocer la dimensión del problema.	Formular preguntas abiertas para facilitar expresión de sentimientos y conocerlos.	Atenerse a preguntas con respuestas sí o no.
	Evaluar el peligro suicida. Preguntar directamente si es necesario.	Ignorar o no explorar el peligro suicida
III. Posibles soluciones.	Abordar los obstáculos directamente.	No explorar los obstáculos.
	Establecer prioridades.	Visión del túnel.
IV. Acción concreta	Tomar una medida a tiempo.	Ser tímido. Ser indeciso.
	Ser directivo, confrontar	Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario
V. Seguimiento.	Realizar recontacto para evaluar progreso o retroceso.	Dejar la evaluación a otro que no conoce lo sucedido.

Tratamiento Farmacológico. Esquema Sugerido en casos de excitación psicomotriz (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Año 2012)

INDICACIÓN	60/90 MINUTOS	60/90 MINUTOS
Benzodiazepinas	Repetir dosis	Repetir dosis o pasar esquema 2 o 3
Antipsicóticos	Repetir dosis	Repetir dosis o pasar esquema 3
Antipsicóticos + Benzodiazepinas*	Repetir esquema	Repetir esquema o cambiar antipsicótico

Glosario de términos técnicos

Autopsia psicológica.- Investigación sobre el suicidio consumado realizada mediante entrevistas, estructuradas y semiestructuradas a los familiares del occiso, su médico tratante, vecinos, amigos y cuantas personas sean necesarias. Tiene como objetivo determinar si el suicidio fue la causa de la muerte así como los signos que presagiaron lo ocurrido. El término fue propuesto por el Profesor Norman Farberow, el Profesor Edwin Shneidman y el Profesor Curphey.

Cibersuicidio.- Influencia de la información sobre suicidio aparecida en Internet en la incidencia de los suicidios en quienes navegan en la red de redes. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas de preferencia rock metálico. Uno de los grupos más activos es alt. suicide. Holiday (ash) aparecido en la década de los 80, para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de 40. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio.

Circunstancias suicidas.- Son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió (familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto (elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate (pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

Crisis suicida.- Es aquella crisis en la que, una vez agotados los mecanismos reactivo-adaptativos creativos y compensatorios del sujeto, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere un manejo apropiado del tiempo, ser directivos, y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, de horas o días, raramente semanas y la resolución puede ser el crecimiento personal con una mejor adaptación para vivir, la resolución con un funcionamiento anómalo que incrementa las posibilidades de una nueva crisis y la realización de un acto suicida.

Estrategias de prevención del suicidio.- Manera de dirigir la prevención del suicidio. Existen estrategias nacionales y locales. Entre las naciones que han desarrollado estrategias de prevención del suicidio se encuentran Finlandia, Inglaterra, Japón, Suecia, Noruega, Cuba, Dinamarca, etc. La Organización Mundial de la Salud ha sugerido seis principales acciones para disminuir las muertes por suicidio: tratamiento de la enfermedad mental, control de la posesión de armas de fuego, destoxificación del gas doméstico y de los gases de vehículos de motor, control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas, disminuir las noticias sensacionalistas en los medios de difusión de carácter masivo.

Factor de riesgo.- Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para

otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

Factores protectores del suicidio.- Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicida, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc.

Grupo de riesgo suicida.- Conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo para la realización de un acto suicida como pueden ser los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los sujetos en situación de crisis, los sobrevivientes, etc. Los enfermos mentales en comparación con la población en general, constituyen un importante grupo de riesgo para esta conducta.

Grupos vulnerables.- Son aquellos grupos de individuos que por su condición tienen más posibilidades de realizar un acto suicida que la población en general. Se incluyen los ancianos, las personas que viven solas, los inmigrantes no integrados al país receptor, los nativos minoritarios como son los aborígenes australianos, norteamericanos, canadienses, y taiwaneses, los prisioneros, etc. Los grupos vulnerables son grupos de riesgo.

Idea suicida.- Abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación:

El deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “la vida no merece la pena vivirla”, “para vivir así es preferible estar muerto”

La representación suicida consistentes en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado)

La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, responde que no sabe cómo.

La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos aún.

La idea suicida con un método determinado sin planificación en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

La idea suicida planificada o plan suicida en la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto.

Incitación al suicidio.- Estimular a otro u otros a realizar un acto suicida. Este acto es objeto de penalización por las leyes de diversos países por considerarse un delito contra la integridad de las personas

Parasuicidio. Término utilizado principalmente en Europa para referirse al intento suicida.

Potencial suicida. Conjunto de factores de riesgo de suicidio en un sujeto que en determinado momento pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva.

Prevención del suicidio. Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria. También se subdivide en antevención, intervención y postvención o prevención directa, indirecta y general.

Prevención directa. Es el conjunto de medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

Prevención indirecta. Es el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

Prevención general. Es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

Primera Ayuda Psicológica. Una de las técnicas en la intervención de la crisis suicida y que consta de las siguientes etapas.

- . Primera. Establecimiento de contacto con el sujeto en crisis.
- . Segunda. Conocimiento del problema y sus características.
- . Tercera. Encontrar posibles soluciones no suicidas.
- . Cuarta. Acción concreta
- . Quinta. Seguimiento.

Proceso suicida. Lapso de tiempo transcurrido desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio. El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.

Proyecto suicida. Término utilizado para referirse a la planificación del suicidio.

Riesgo suicida. Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.

Suicidio. Según la clasificación NASH, es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se autoagrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.

Suicidiología. Es el estudio científico de la conducta suicida en sus aspectos preventivos, de intervención y rehabilitatorio. Comprende el estudio de los pensamientos suicidas, los intentos

de suicidio, el suicidio y su prevención.

Suicidio accidental. Es el suicidio de sujetos que no deseaban morir pero que realizaron un intento de suicidio con un método de elevada letalidad. Es la muerte de un sujeto que no deseaba morir debido a alguna complicación del método empleado.

Suicidio altruista. Uno de los tipos básicos de suicidio propuesto por el sociólogo francés E. Durkheim en su libro *El Suicidio*, publicado en 1897 y que ocurre en aquellas sociedades en la que existe una excesiva integración entre el sujeto y su grupo. No suicidarse en determinadas situaciones es un deshonor. El harakiri en el Japón antiguo es un ejemplo, pues seguir viviendo era poco menos que una ignominia. La viuda hindú que moría en la pira ardiente de los restos de su esposo fallecido, es otro ejemplo.

Suicidio ampliado. El suicida priva de la vida a otros que no desean morir. Puede darse el caso que el individuo que induzca el suicidio de un grupo de personas o cause la muerte de varios familiares, no cometa suicidio ulteriormente por circunstancias imprevistas o por fracaso del método elegido.

Suicidio asistido. El término se refiere al suicidio en el que la muerte del sujeto, aunque ha sido ocasionada por el mismo, han intervenido otro u otros individuos, aconsejándole la manera de llevarlo a cabo, poniendo los medios a su disposición y el modo de emplearlos, como por ejemplo alguna máquina que introduzca una sustancia venenosa en una vena canalizada y cuyo funcionamiento lo puede realizar el sujeto suicida.

Suicidio colectivo. Término utilizado para referirse al suicidio de grupos de personas, principalmente por motivaciones religiosas o políticas. Aunque no tiene necesariamente que haberse realizado un pacto suicida explícito, existe, detrás de todo suicidio colectivo, un acuerdo implícito de morir por suicidio entre los miembros del grupo en cuestión que se realiza ante un grupo de circunstancias consideradas previamente.

Tasas de suicidio.- Es el número de suicidios que ocurren en una localidad por cada 100 000 habitantes cada año. Puede referirse a toda la población o a una parte específica de ella según grupos de edades o sexos. Es un dato que debe ser tomado con cautela cuando se refiere a poblaciones menores de 100 000 habitantes, y para la realización de acciones preventivas, pues por ejemplo, los dos países que acumulan la mayor cantidad de suicidios que ocurren en el mundo no aparecen entre los diez primeros según las tasas y todos los que aparecen en los diez primeros lugares según sus tasas sólo conforman una mínima parte de los suicidios que ocurren cada año.