2025

GUÍA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN

.UBA Universidad de Buenos Aires

.UBA PSICOLOGÍA
Facultad de Psicología

Herramienta práctica para la detección de señales de riesgo en el contexto escolar

2025

Documento elaborado por
la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires
para el Ministerio de Educación del Gobierno
de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

PRIMERA VERSIÓN 2025

El contenido de esta guía ha sido desarrollado conforme a principios éticos y técnicos propuestos por la American Psychological Association (APA), y se alinea con la Ley Nacional N.° 27.130, su decreto reglamentario, y la Ley N.° 6106 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre prevención del suicidio. Sin embargo, en algunos casos se hace un uso genérico del masculino para referirse a los dos géneros al mismo tiempo. Ello no implica discriminación de género femenino, sino que sólo busca facilitar la lectura, de acuerdo a denominación contemplada por la Real Academia Española.

Como citar esta Guía

Cita en formato APA (7ª ed.):
Etchevers, M. J., Garay, C. J., Galiana, A., López, P., Helmich, N., & Bodón, C. (2025). Guía práctica para la prevención e intervención en suicidio y autolesión en el ámbito escolar. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. https://opsa.psi.uba.ar

Cita en formato Vancouver:
Etchevers M.J., Garay C.J., Galiana A, López P., Helmich N., Bodón C.
Guía práctica para la prevención e intervención en suicidio y autolesión en el ámbito escolar [Internet]. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2025 [citado 2025 may 19]. Disponible en: https://opsa.psi.uba.ar

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Autoridades

Decano: **Prof. Jorge A. Biglieri**
Vicedecana: **Prof. Dra. Lucia Rossi**
Secretario de Investigaciones: **Prof. Dr. Martín Etchevers**
Secretario de Hacienda y Administración: **Cont. Gastón M. Valle**
Secretaria Académica: **Prof. Lic. Silvia Vázquez**
Secretaria de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario: **Mgtr. M. Alejandra Rojas**
Secretario de Posgrado: **Prof. Dr. Pablo Muñoz**

Coordinador

Prof. Dr. Martín J. Etchevers, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología

Autores

Prof. Dr. Martín J. Etchevers, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
Prof. Dr. Cristian J. Garay, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
Méd. Psiq. Anabela Galiana, Fundacion SPINE (Socio.Psico Inmuno.Neuro.Endocrinología)
Prof. Dr. Pablo López, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; Universidad Favaloro
Lic. Esp. Natalia Helmich, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
Lic. Esp. Cecilia Bodón, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología

Equipo de Investigación y colaboradores

Prof. Dra Vanina Schmidt, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; CONICET
Lic. Esp. Paula Quinteiro, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
Lic. Esp. Milagros Celleri, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
Lic. Esp. Ana Laura Ramos, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; Hospital General de Agudos E. Tornú
Lic. M. Florencia Ibarra, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología

Revisores Externos

Dr. Claudio Michanie, Jefe de la Sección Niños y Adolescentes del Departamento de Psiquiatría del CEMIC
Prof. Mg. Eleonora Giusti, Centro para el Estudio de las Dificultades del Aprendizaje y la Conducta
Lic. Esp. Javier Mandil, Fundación ETCI; Facultad de Psicología, Universidad Favaloro

Equipo Técnico del Ministerio de Educación - Gerencia Operativa de Equipos de Apoyo

Lic. María Cecilia García Pereira
Prof. Lic. Pamela Sánchez Besada
Lic. Mariano Rodríguez
Lic. Jimena Charosky
Lic. Mariela Garazzi
Lic. Pablo García Izquierdo

Diseño Editorial

DG. Agustina Espector, Universidad de Buenos Aires

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Abril de 2025

Indice

Aclaraciones **6**

Introducción **7**

Conceptos relevantes **9**

Factores de riesgo y factores protectores **12**

Factores de riesgo **13**

1. Factores de riesgo personales y psicológicos 13

2. Factores de riesgo familiares y antecedentes personales 14

3. Factores de riesgo sociales y contextuales 14

4. Factores de riesgo académicos y estrés escolar 14

5. Factores de riesgo ambientales y acceso a métodos letales 15

Factores protectores para el suicidio en adolescentes 15

1. Factores protectores psicológicos 15

2. Factores protectores psicosociales 15

Pautas para la entrevista y exploración **16**

Señales de riesgo **17**

Riesgo alto 17

Riesgo moderado 23

Riesgo bajo 25

Toma de decisión con riesgo alto, moderado o bajo **26**

Uso de escalas e instrumentos psicométricos en la detección de riesgo suicida **28**

Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (versión argentina) 29

Escala de Desesperanza de Beck (versión argentina) 30

Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes (EASA-I) 32

Escalas de Regulación Emocional (DERS) 34

Conductas Parasuicidas - Autolesiones **37**

Bullying y acoso **42**

Después del suicidio - Posvención **44**

Fundamentos 44

Principios básicos de la posvención 47

Mecanismos psicológicos del contagio suicida 47

Estrategias clave de posvención 47

Apéndice **51**

Recursos disponibles **57**

Bibliografía **58**

Aclaraciones

El objetivo principal de esta guía es asistir a los profesionales de los equipos de apoyo del Ministerio de Educación en la prevención y detección rápida de señales de alerta de riesgo suicida en niños y adolescentes estudiantes y en la implementación de respuestas inmediatas dentro del ámbito escolar.
Su desarrollo se basa en la mejor evidencia científica disponible hasta la fecha, junto al aporte de destacados profesionales e investigadores de nuestro país. Además, para su elaboración se tuvo en cuenta el contexto específico de nuestro ámbito educativo y se propusieron instrumentos de evaluación adaptados y validados para Argentina.
Dado que el conocimiento en esta área evoluciona constantemente, se recomienda efectuar su revisión y actualización de manera regular, para garantizar que continúe reflejando los avances científicos y las mejores prácticas en la identificación temprana del riesgo suicida.
Es importante señalar que esta no es una guía integral de prevención del suicidio, ya que no abarca dimensiones sociales, comunitarias, históricas o religiosas del fenómeno, pero se focaliza en aquellas que están relacionadas con el ámbito escolar. Su enfoque está orientado principalmente en la detección temprana y las respuestas inmediatas dentro del contexto escolar.

NOTA INSTITUCIONAL, LEGAL Y DE USO

Esta guía fue elaborada por un equipo de investigadores, académicos y profesionales de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, en el marco de un convenio de cooperación con el Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Su finalidad es ofrecer herramientas prácticas y fundamentadas para la prevención, detección e intervención ante conductas suicidas y autolesivas en el ámbito educativo, con énfasis en el acompañamiento institucional, el cuidado subjetivo y la protección de derechos.

El contenido de esta guía no reemplaza protocolos institucionales específicos ni decisiones clínicas o administrativas particulares. Cualquier acción derivada de su lectura debe realizarse en conformidad con las normativas vigentes del Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respetando la vía jerárquica institucional y las competencias de cada actor educativo y sanitario. Ante situaciones de riesgo, se debe actuar conforme a los canales oficiales de derivación, consulta y notificación establecidos por las autoridades correspondientes.

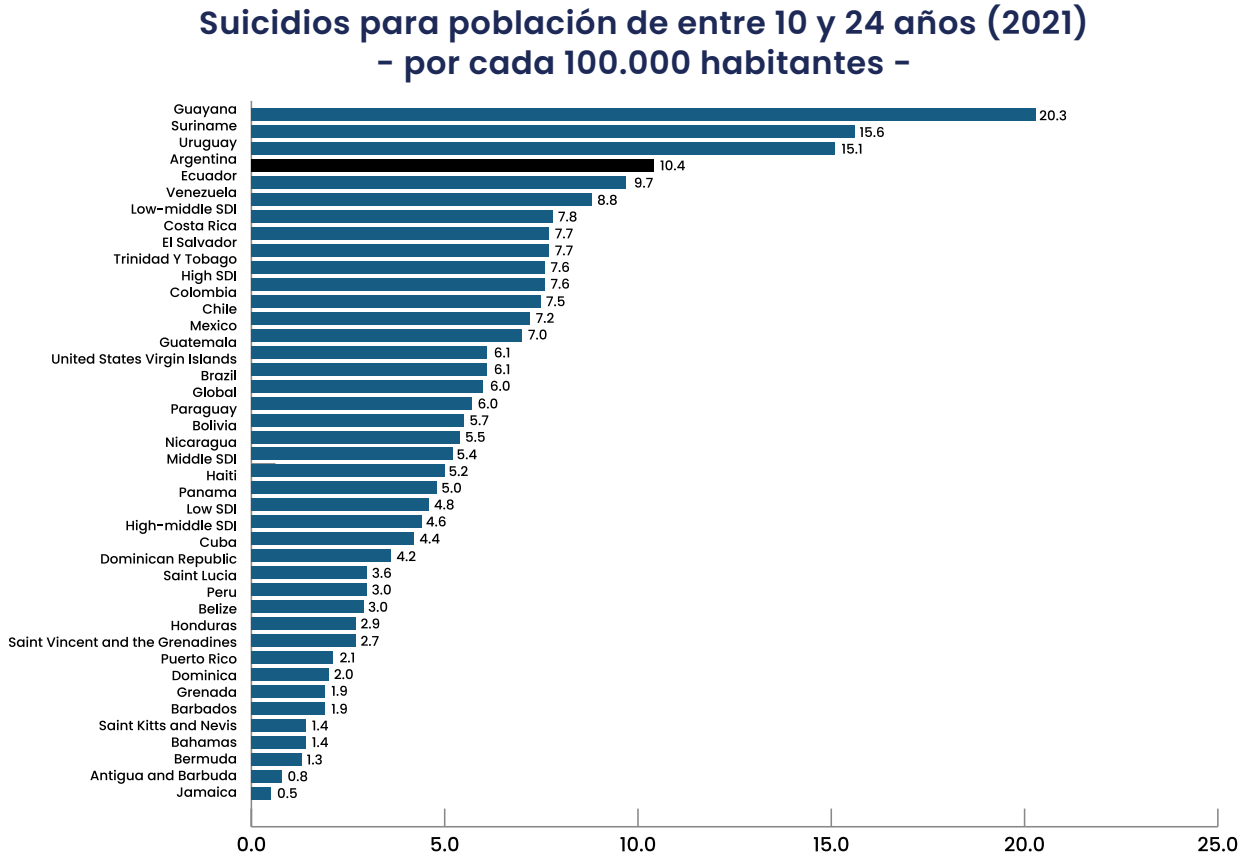
Introducción

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal. Esta guía se propone brindar información útil a la hora de detectar e intervenir para la prevención y abordaje de la problemática suicida en el ámbito escolar. Si bien se basa en información actualizada a la fecha, dada la cantidad de investigación realizada y publicada cada año sobre la temática, se sugiere su revisión periódica a los fines de incluir los hallazgos futuros.

Tradicionalmente el suicidio ha sido relacionado con adultos mayores, debido a factores de riesgo como enfermedades graves y crónicas, el dolor y la desesperanza. Sin embargo, más recientemente el suicidio en adolescentes ha ido en aumento, hasta alcanzar niveles alarmantes en varias regiones del mundo (ver Gráfico 1).

Los jóvenes de países de bajos y medianos ingresos presentan tasas de intentos de suicidio mucho más altas que los jóvenes de países de altos ingresos (Uddin et al 2019). Las personas de sexo masculino, así como las personas con trastornos psiquiátricos, las personas con discapacidad, las personas de la comunidad LGBTQ+ y las personas con un nivel socioeconómico bajo en general, constituyen poblaciones altamente vulnerables en los países de bajos y medianos ingresos (Marchi et al 2022; Pastor-Barriuso et al 2024). En conjunto, la limitación y el subregistro de los datos de los países de ingresos bajos y medios dificultan la comparación y la interpretación de las tendencias (Lovero et al., 2023).

Un mito o creencia ampliamente difundida postula que los países de ingresos más altos presentan mayores tasas de suicidio. En términos generales eso es falso, ya que si bien existe una amplia variabilidad, la mayor tasa de suicidios se asocia a países de medianos y bajos ingresos. Esta creencia popular se apuntala en los difundidos casos de Suiza y Japón, así como en la idea de que a menor incertidumbre mayor es la desesperanza.



Este aumento de la problemática suicida en la población joven es una pregunta abierta; ya que involucra grandes y variados aspectos de los significativos cambios sociales de las últimas décadas. En ámbitos juveniles y escolares suele atribuirse a una serie de transformaciones y aumento en los factores de riesgo, como el estrés social, el consumo de sustancias a menor edad, la presión académica, el impacto de las redes sociales, el bullying y el cyberbullying, entre otros; que han convertido al suicidio adolescente en un problema prevalente de salud pública. Esta guía se centrará en estos factores; sin embargo no excluye la posibilidad de integrar otros que pudieran considerarse.

En general y también en niños y adolescentes, la ideación suicida es mucho más frecuente que los intentos de suicidio, los cuales, a su vez, superan ampliamente la consumación del suicidio. **Aproximadamente, por cada 100 adolescentes con ideación suicida, entre 10 y 20 realizan un intento de suicidio**, y por cada 25 intentos, uno resulta en la consumación del suicidio. Las diferencias por sexo son significativas: las mujeres presentan el doble de ideación e intentos de suicidio que los hombres, pero los hombres tienen una tasa de suicidio consumado hasta tres veces mayor que las mujeres.

En 2025, el Ministerio de Salud de la Nación publicó por primera vez datos sistematizados sobre intentos de suicidio, en el marco de la implementación del nuevo módulo de vigilancia dentro del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Entre abril de 2023 y abril de 2025 se registraron 15.807 intentos de suicidio, de los cuales el 60 % correspondió a mujeres. En las mujeres el porcentaje de intentos con resultado fatal fue del 2,2 %, en los varones ascendió al 11,1 %, lo que representa una letalidad cinco veces mayor.

Las tasas más elevadas de notificación se concentraron en adolescentes y jóvenes. El grupo de 15 a 19 años presentó una tasa de 91,1 intentos cada 100.000 habitantes, seguido por el grupo de 20 a 24 años con 85,2 cada 100.000. En la franja de 15 a 19, las mujeres duplicaron la tasa de intentos respecto de los varones, mientras que estos últimos presentaron una proporción mucho mayor de suicidios consumados.

Conceptos relevantes

Es importante distinguir varios conceptos dentro de la problemática suicida. En primer lugar, hay que diferenciar los siguientes niveles: las *ideas de muerte*, la ideación suicida, los *intentos* de suicidio y la *consumación* del suicidio.

Ideas de muerte: son aquellos pensamientos que la mayoría de las personas pueden tener frente a situaciones desafiantes o difíciles, sin que constituyan una verdadera intención de quitarse la vida o nos aproximen a la acción. Estas ideas pueden acompañar a una persona en un proceso normal de duelo. Alguien que acaba de perder a su cónyuge de muchos años puede pensar: "me gustaría irme con él/ella", sin que realmente considere la idea con seriedad. O una persona que atraviesa un episodio depresivo mayor puede pensar que: "estaría mejor muerto/a", sin que realmente esté dispuesto/a a llevar adelante ninguna conducta al respecto.
Es importante destacar que, si bien no representan riesgo en sí, pueden dar inicio al proceso de pensamiento que lleve al siguiente nivel, descrito a continuación, correspondiente a la ideación suicida.
Para lograr establecer la diferencia, se pueden considerar la frecuencia y grado de verosimilitud de los pensamientos de muerte (no es lo mismo pensar "me dejó mi novia, se terminó el amor, se terminó todo", que "cada vez considero más la idea de que mi vida no vale la pena", donde la segunda afirmación resulta más preocupante que la primera en términos generales y también considerando otros factores, ya que la evaluación no debe limitarse a un solo aspecto).

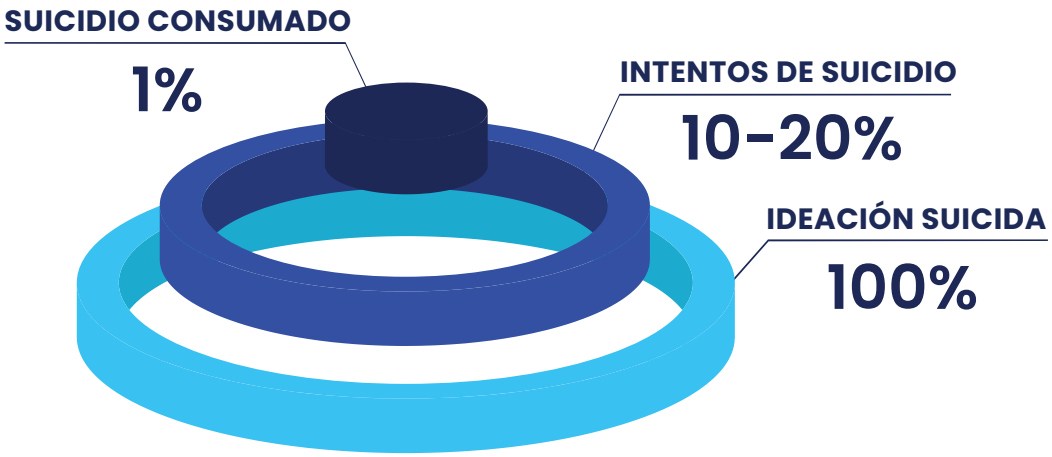
Ideación suicida: se refiere a planes concretos de quitarse la vida. La persona piensa en métodos que, como veremos más adelante, pueden variar en el grado de letalidad; pero que no dejan lugar a dudas de que la persona presenta un grado de riesgo (ya sea leve, moderado o grave) que debería llamar la atención de los referentes institucionales y/o familiares y guiar la acción inmediata en términos de detección e intervención apropiadas.
Por ejemplo, en grado creciente de riesgo, alguien podría esbozar: "pensé en tirarme del tren", otra persona con mayor riesgo podría decir: "conseguí pastillas" y alguien en riesgo mucho mayor expresar: "estuve varios días en la terraza pensando si me animo a tirarme o no".

Intentos de suicidio: hace referencia a una conducta concreta llevada a cabo por la persona con la intención de quitarse la vida. Más allá del grado de letalidad de la conducta, ésta siempre debe ser considerada con seriedad, dado que en menor o mayor medida ha puesto en riesgo la salud y la vida de la persona. Mientras que un intento de baja letalidad puede involucrar la ingesta de una dosis no letal de algún fármaco sedativo, un intento de alta letalidad podría consistir en lanzarse al vacío desde una altura con riesgo vital.

Consumación del suicidio: se refiere a la muerte por suicidio.

Desde una perspectiva dimensional, se proponen conceptos intermedios para abarcar fenómenos difíciles de clasificar con certeza en la práctica diaria y que no se pueden incluir entre los anteriormente descritos:

Oportunidades de intervención



Por cada persona que muere por **suicidio, hay un promedio de 25 intentos.**
LA MAYORÍA DE LOS CASOS NO LLEGAN A CONSUMARSE,
POR LO QUE LA PREVENCIÓN ES POSIBLE.

"Relación estimada entre ideación, intentos y suicidios consumados".
Elaboración propia basada en datos de GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015), The Lancet, 385(9977), 1536–1544.

Ideación suicida pasiva: deseo de no estar vivo, no vivir, no existir. Se asocia a conductas de falta de prevención y descuido. Las personas pueden expresar frases tales como: "desearía no despertar jamás", "desearía no existir", "quisiera no estar en ningún lado", "quisiera desaparecer", "si tengo un accidente y muero, mejor...", "si me enfermo y me muero, no me importaría".

Ideación suicida activa: ya se presenta un deseo más claro de terminar con la propia vida. Las personas exploran mentalmente los métodos para quitarse la vida, fantasean con implementar alguno de ellos en base a planificaciones con diverso grado de detalle.

Plan suicida: las personas llevan adelante la elaboración detallada de cómo, cuándo y dónde quitarse la vida. Abarca la selección de métodos específicos, preparación de medios y consideración de las consecuencias.

Plan suicida "aparentemente inofensivo": debe ser considerado con la misma seriedad que otro plan, particularmente en niños pequeños y adolescentes con menor grado de maduración y desarrollo cognitivo. Es importante esta aclaración porque al subestimar el riesgo, se demoran las intervenciones. Un plan aparentemente "inofensivo" puede poner en riesgo la vida de la persona de todos modos. Incluso puede ser el primer paso de una serie de ensayos hacia conductas de mayor letalidad.

Conducta suicida: en un sentido amplio, comprende toda la gama de la suicidalidad, desde los pensamientos, la elaboración de planes y la exploración de métodos hasta la obtención de medios

para concretarlos. En un sentido estricto, se refiere a las conductas concretas realizadas para quitarse la vida. En este último sentido, es importante evaluar si el grado de letalidad del intento fue leve, moderado o severo. Por ejemplo, *leve* es cuando la persona consume una medicación sedativa en una dosis claramente no letal, pero con la intención de quitarse la vida. *Severo* es cuando la persona conserva la vida "de milagro" como se dice habitualmente (por ejemplo, si la persona salta del quinto piso de un edificio y cae sobre un toldo o un auto que amortigua el golpe permitiendo que sobreviva). *Moderado,* es cuando el intento se encuentra entre los dos extremos anteriores.

Conducta suicida en ausencia de plan: se trata del difícil caso en el cual la persona lleva adelante la conducta suicida sin indicios de planificación o ideas previas (al menos que lleven un tiempo en la mente de la persona). En estos casos, se habla de *impulsividad* en la medida en que *no hay planificación clara*. Por tanto, impulsividad se opone a planificación. Esto no significa que la persona nunca haya pensado en el suicidio, sino que no ha pasado por los niveles mencionados: meditar sobre el tema, sopesar métodos, fantasear con implementarlos, conseguir los medios para quitarse la vida. En población infanto-juvenil, la tasa de conducta suicida en ausencia de un plan varía entre el 20 % y el 40 % de los intentos de suicidio. La mayor impulsividad se asocia a la combinación de mayor impulsividad, conductas agresivas y/o desafiantes hacia otros, abuso de sustancias junto con estresores mayores ambientales (situaciones "sin salida" o disparadores de la conducta suicida impulsiva).

Factores de riesgo y factores protectores

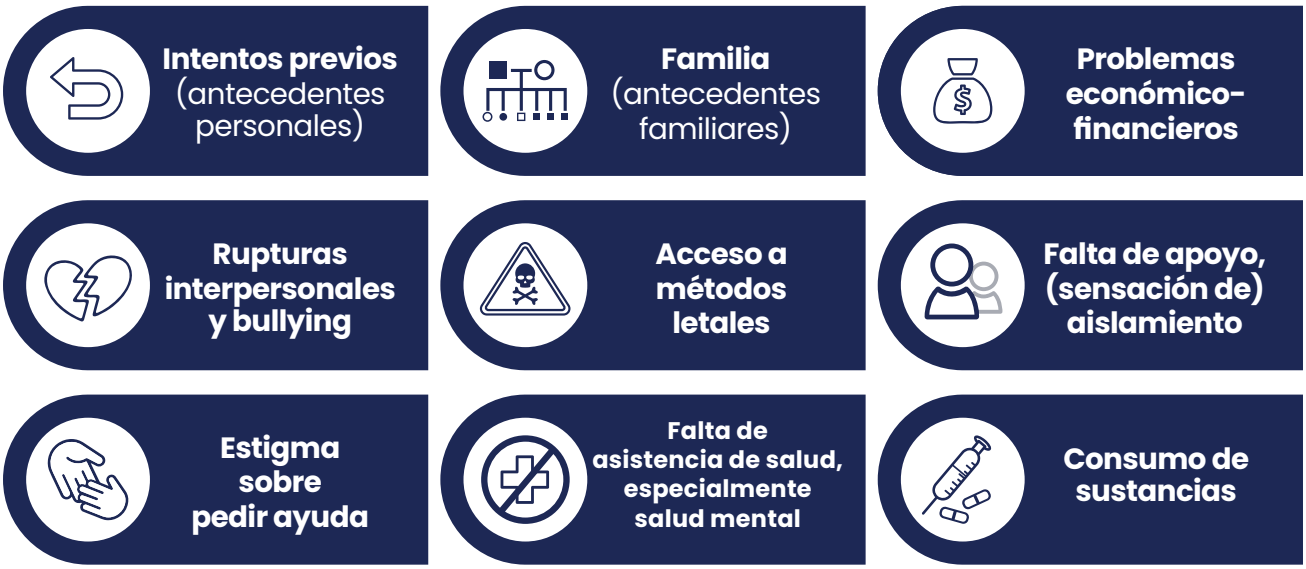
Debido a la complejidad del fenómeno suicida y a que ha sido imposible identificar una única causa que explique la conducta suicida de manera aislada, los enfoques científicos la atribuyen a la interacción dinámica de factores de riesgo y factores protectores. A su vez, estos factores pueden ser de diferente naturaleza, diferenciándose habitualmente en biológicos, psicosociales, familiares, historia de vida y socioculturales. La compleja interacción de factores dará lugar a una mayor o menor vulnerabilidad hacia la conducta suicida. Para la evaluación del riesgo, es importante recabar tales factores y prestar especial atención a la interacción entre los mismos.

Un enfoque basado en redes (red causal compleja) permite comprender que los factores psicológicos, ambientales, familiares y sociales se interconectan de manera dinámica, creando situaciones de mayor o menor riesgo según las circunstancias. Por ejemplo, si un joven presenta tristeza evidente (manifiesta llanto o ánimo irascible, rabietas estridentes), falta de energía importante, dificultad marcada para disfrutar actividades que antes le divertían, dolor físico, severas dificultades de concentración y memoria, pero cuenta con factores protectores como acceso a la salud, un CI superior a la media y una familia contenedora, tendrá mayores probabilidades de presentar un pronóstico positivo. Mientras que otro que forme parte de un grupo minoritario, sin apoyo familiar y dificultades de acceso a tratamiento no lo tendrá.

La combinación de factores de riesgo aumenta el riesgo en la mayoría de los casos. La evidencia epidemiológica reciente (Wang et al., 2023; Williams et al., 2021) destaca que los grupos de mayor vulnerabilidad incluyen adolescentes LGBTQ+, migrantes, minorías étnicas y jóvenes con antecedentes de abuso de sustancias y/o historias de abuso sexual, maltrato infantil o negligencia. Además, la presencia de trastornos mentales, como los trastornos depresivos, trastornos de déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH), trastornos del espectro autista (TEA) y trastornos psicóticos, se ha identificado como uno de los principales factores de riesgo asociados con la conducta suicida. Dependiendo del género, la edad, el diagnóstico y las situaciones contextuales, algunos factores influyen más que otros, y por tanto, considerar la combinatoria entre factores será la mejor manera de evaluar el riesgo suicida. Una forma complementaria de comprender la interacción entre los factores de riesgo y los factores protectores es a través de la investigación de los análisis de red o la red causal compleja. Desde esta perspectiva, la conducta suicida puede conceptualizarse como un sistema dinámico y complejo de características cognitivas, emocionales y afectivas (Fonseca et al., 2022; Lunansky et al., 2021).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellas características de la persona y su contexto asociadas a una mayor probabilidad de consumar el suicidio. Se agrupan de diferentes maneras (ver gráfico). En todas las personas y situaciones de la vida existe un balance entre nuestras capacidades y apoyo y los desafíos que debemos afrontar en cada ciclo vital. La combinación y balance entre factores protectores y factores de riesgo puede ser dinámica y ningún factor, ya sea protector (alta capacidad intelectual) como de riesgo (historia vital de abuso o negligencia), debe ser considerado de manera aislada. En cuanto al uso de diagnósticos, puede ser utilizado para discriminar y "rotular" a las personas, por ello es necesario tratarlos con cuidado. En el otro extremo, la negación de la enfermedad mental y de los diagnósticos que requieren una mayor atención, protección y asistencia profesional vulnera también los derechos de quienes los padecen. Estos factores también pueden ser considerados como eventos o situaciones recientes (proximales) y distales (en períodos anteriores de la vida y que pueden ser traumáticos).



1. Factores de riesgo personales y psicológicos

Aproximadamente el 90 % de los adolescentes que mueren por suicidio han sido diagnosticados con al menos un trastorno psiquiátrico, entre los cuales se incluyen aquellos por consumo de sustancias y la combinación de más de un problema o trastorno Brådvik, L., (2018). Estos diagnósticos pueden haberse realizado antes del fallecimiento o identificado en estudios de autopsias psicológicas luego de ocurrido el fallecimiento. Desde mediados del siglo XX existe evidencia robusta que señala porcentajes elevados que oscilan (dependiendo de distintos factores) entre más del 80 % o incluso que superarían el 90 %.Esta variación podría depender también del tipo de metodología que se utiliza en la investigación científica (Moitra M. et al., 2021).

Por otra parte, la gran mayoría de las personas que sufren trastornos mentales no se suicidan. Desde un enfoque diátesis-estrés transaccional, no se atribuye el rol de único desencadenante a una enfermedad psiquiátrica específica, sino que también se considera que debe existir una vulnerabilidad subyacente o diátesis, como la tendencia a experimentar ideación suicida intensa y a responder impulsivamente a esas emociones. La relación entre estos elementos no sería lineal, sino transaccional: el estrés y la diátesis se influencian mutuamente y modulan el riesgo de manera compleja y multifactorial. Por ello el riesgo suicida suele explicarse mejor como el resultado de

múltiples variables que interactúan a lo largo del tiempo y según el contexto.

Considerando que la presencia de al menos un problema o trastorno mental es altamente prevalente en los suicidios, se torna relevante identificarlos y abordarlos. Asimismo, es importante considerar que, para cualquier grupo de riesgo, las actividades de la vida cotidiana, las relaciones sociales e interpersonales, la inserción laboral y académica representan un desafío mayor. Los principales trastornos mentales incluyen:

- Depresión mayor, bipolaridad y otros trastornos del estado de ánimo.
- Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).
- Trastornos del Espectro Autista (TEA).
- Trastornos psicóticos (especialmente esquizofrenia).
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).
- Trastornos de la personalidad con alta impulsividad.
- Abuso de sustancias (alcohol y drogas).
- Intentos previos de suicidio, que constituyen el predictor más fuerte de futuros intentos o suicidio consumado.

Asimismo, son destacados en la literatura con base en la evidencia ciertos procesos psicológicos que podrían estar asociados al riesgo suicida:

- Pensamientos automáticos negativos y autoverbalización desadaptativa con sesgos y síntomas internalizantes.
- Pensamiento dicotómico del tipo“todo o nada”, sin grises o matices, en jóvenes con dificultades en la resolución de problemas.
- Perfeccionismo maladaptativo y miedo al fracaso, especialmente en entornos académicos y deportivos.
- Baja autoestima y sentimientos persistentes de desesperanza y depresión.

2. Factores de riesgo familiares y antecedentes personales

Se han considerado los siguientes factores de riesgo vinculados a la familia y la historia personal:

- Historia familiar de suicidio o trastornos mentales.
- Experiencias adversas en la infancia: abuso físico, sexual y/o emocional; negligencia o violencia intrafamiliar.
- Falta de apoyo familiar y relaciones conflictivas con los padres.
- Pérdida de una figura de apego (fallecimiento, separación, abandono).

3. Factores de riesgo sociales y contextuales

Se han identificado los siguientes factores de riesgo referidos al contexto, a la situación social e interpersonal:

- Acoso escolar (bullying) y ciberacoso: uno de los factores de riesgo más documentados en adolescentes.
- Dificultades en la integración social y exclusión por parte de grupos de pares.
- Pertenecer a poblaciones vulnerables.
- Jóvenes LGBTQ+ que enfrentan bullying, cyberbullying o discriminación.
- Minorías étnicas o migrantes.
- Jóvenes en situación de vulnerabilidad socioeconómica y/o con falta de acceso a recursos de salud mental.
- Exposición a suicidios en redes sociales o medios de comunicación (efecto Werther).
- Falta de acceso a espacios recreativos, deportivos y sociales.

4. Factores de riesgo académicos y estrés escolar

Dentro del ámbito escolar o académico, se han identificado los siguientes factores de riesgo:

- Altas exigencias académicas y presión por el rendimiento.
- Dificultades en los procesos de enseñanza y aprendizaje, sensación de incompetencia.
- Ambientes escolares con falta de apoyo emocional y rigidez disciplinaria.
- Dificultades de aprendizaje no detectadas ni atendidas.

5. Factores de riesgo ambientales y acceso a métodos letales

Entre los factores de riesgo referidos al ambiente, se debe destacar el acceso a métodos para consumar el suicidio:

- Disponibilidad de armas, medicamentos o sustancias tóxicas en el hogar.
- Falta de supervisión y ambientes sin acciones de prevención del suicidio.
- Normalización o incluso romantización del suicidio en redes sociales, videojuegos o series.

Factores protectores

Los factores protectores corresponden a aquellos aspectos de la persona y su contexto asociados a una menor probabilidad de consumar el suicidio. Al igual que los factores de riesgo, se pueden agrupar de diferentes maneras.

1. Factores protectores psicológicos

- Alta autoestima y sentido de autoeficacia.
- Estrategias de regulación emocional efectivas.
- Capacidad para la resolución de problemas y afrontamiento saludable.
- Inteligencia emocional y capacidad para identificar y expresar emociones.
- Pensamiento flexible y capacidad de adaptación a cambios.
- Presencia de pensamientos positivos y optimismo sobre el futuro.
- Habilidades sociales y asertividad.

2. Factores protectores psicosociales

- Red de apoyo social fuerte (familia, amigos, docentes).
- Ambiente escolar seguro y libre de violencia.
- Acceso a servicios de salud mental y programas de intervención temprana.
- Participación en actividades extracurriculares que fomenten el sentido de pertenencia.
- Referentes afectivos y modelos positivos a seguir, relaciones interpersonales saludables.
- Iniciativas escolares que favorezcan el diálogo y la escucha así como la promoción del bienestar.
- Religiosidad, participación en actividades comunitarias y deportivas.

Pautas para la entrevista y exploración

Brevemente, se recomienda considerar las siguientes pautas de entrevista para asegurar la adecuada exploración y detección de factores de riesgo así como factores protectores asociados al suicidio.

Generar confianza: adaptar el lenguaje al adolescente, mostrando empatía y respeto.

Evitar juicios: no emitir valoraciones personales ni imponer creencias.

Explicar el objetivo: clarificar que el encuentro busca comprender su bienestar emocional.

Garantizar confidencialidad: asegurar que las respuestas serán tratadas con privacidad y respeto (explicar el alcance de la confidencialidad con respecto a pares y temas personales, no respecto de temas de salud o situaciones de riesgo).

Verificar comprensión: chequear que las preguntas realizadas sean entendidas correctamente.

Mantener escucha activa: mostrar interés genuino y validar sus emociones. (Validar significa intentar entender la situación que atraviesa la persona y cómo su comportamiento está en relación con dicho contexto lo cual no significa promover pensamientos, ideas y conductas de riesgo).

Señales de riesgo

Riesgo alto

Son señales de riesgo alto:

Búsqueda activa de modos para quitarse la vida:

- **En internet:** páginas web, redes sociales, blogs (atención a rastrear conversaciones que haya mantenido vía web con otras personas que han intentado quitarse la vida o que también estén pensando en hacerlo).
- **Fácil acceso a drogas, medicamentos, armas de fuego u otro medio letal:** prestar especial atención a si existen armas en el hogar por profesión o uso deportivo; pastillas, pesticidas; lugares para llevar adelante ahorcamiento; cercanía a vías del ferrocarril, etc.
  Como ya se mencionó con respecto a los medios, el adulto no debe desestimar aquellos que podrían considerarse inadecuados o impropios, pero que desde la perspectiva del/la joven o niño/a podrían ser letales. Por ejemplo, lugares de baja altura, cables o sogas débiles y medicamentos de baja o nula letalidad.
- **Preparación del plan del suicidio (lugar, medio, etc.):** a veces, puede no ser evidente para el observador (por ejemplo, si alguien se acerca a un balcón o ventana de un piso alto y pasa tiempo meditando sobre saltar o no al vacío, esto constituye una señal de alto riesgo) o consultas y búsquedas sobre la combinación y letalidad de drogas y medicamentos. O la exploración de tramos de vías de ferrocarril.

Organización de su partida a través de **acciones de despedida:**

- Postea mensajes por redes sociales o envía cartas físicas.
- Reparte sus objetos preciados o compra y deja regalos.
- Habla como si ya no fuera a estar más presente.
- Dar o regalar posesiones importantes (pueden ser prendas, juegos, bijouterie o pertenencias con valor subjetivo).

Se observan **conductas parasuicidas o autolesivas:**

- Autolesiones como escoriaciones, cortes, quemaduras o rasguños en partes del cuerpo como muñecas, muslos u otras. Busca formas de hacerse daño.
- Conducta impulsiva: violencia o huir y “desaparecer” por horas o días.

Expresiones verbales sobre el suicidio o la muerte:

- Comentarios como: “quisiera estar muerto” o “me voy a suicidar”.
- Explicita el deseo de no vivir, morir, herirse (o amenaza con herirse o matarse).
- Desesperación, desesperanza (no ver salida de una situación de malestar o sufrimiento emocional intenso). Sentimientos de inutilidad o culpa extrema.
- No tener razones para vivir.
- Sensación de sentirse atrapado, bloqueado o sufrir un dolor que no puede soportar.
- Sentir que es un fracaso, una carga para otros (amigos, familia, etc.) o el/la responsable de todo lo malo que sucede.
- Avisar al entorno que los va a liberar de esa carga, que ya no tendrán más sufrimiento por él/ella.
- Hablar directamente sobre suicidio o tener un plan.
- Obsesión con la muerte. Tema recurrente de conversación sobre suicidios de personas ilustres, mediáticas o conocidas, con un enfoque positivo y romántico.

Cuando se encuentran presentes las señales de alto riesgo es necesario actuar de modo inmediato e iniciar rápidamente un curso de acción. Esto debe involucrar a las autoridades, los familiares y/o tutores y al equipo de salud.

A modo de guía, para detectar la presencia de estas señales de riesgo, se pueden considerar los criterios presentados en la siguiente tabla:

BÚSQUEDA ACTIVA DE MÉTODOS	SI	NO
Realiza acciones de despedida		
Presenta conductas parasuicidas o autolesivas		
Expresiones verbales sobre el suicidio o la muerte		

Cualquier respuesta por sí, nos lleva a **considerar las preguntas del cuestionario 1** (basado en el ASQ): Al preguntar, puede adaptar el lenguaje a cada contexto para asegurar la adecuada comprensión.

Antes de iniciar el cuestionario 1:

Ejemplos de aplicación:
"Gracias por participar en este encuentro. El objetivo de esta conversación es entender cómo te sentiste últimamente, en especial si tuviste pensamientos o emociones que te preocupan. Todo lo que digas será tratado con respeto y discreción".
"Es común que, en la adolescencia, las personas experimenten momentos difíciles o tengan pensamientos sobre la muerte o el sentido de la vida. Si te ha pasado algo así, ¿te sentirías cómodo compartiéndolo conmigo? No hay respuestas correctas o incorrectas, solo intento entender cómo te sentís para poder ayudarte si lo necesitás".
"A continuación, voy a hacerte algunas preguntas. Si en algún momento no entendés algo o preferís no responder, decímelo como puedas. ¿Estás listo para comenzar?"
Si se obtiene el consentimiento, se procede con el cuestionario 1 de inmediato.
Si la respuesta es negativa, se indagan los motivos de reticencia y desconfianza, se despejan dudas y se renueva la oferta.
Si la respuesta vuelve a ser negativa, se solicita a otro integrante del equipo que lleve a cabo la entrevista de exploración y se informa a las autoridades.

CUESTIONARIO 1	SI	NO
A. En las últimas semanas, ¿sentiste deseos de estar muerto?		
B. En las últimas semanas, ¿sentiste que vos o tu familia estaría mejor si estuvieras muerto?		
C. En las últimas semanas, ¿pensaste en matarte o lastimarte? Si responde sí, ¿cómo?		
D.¿Alguna vez intentaste matarte o lastimarte? Si responde sí, ¿cómo?		
Si responde sí a cualquiera de las primeras 4 preguntas, avanzar a la siguiente: E. ¿Pensás en matarte ahora mismo? Si responde sí, ¿cómo?		

En el caso de responder SÍ y expresar algún método en la pregunta 5 (aunque le parezca inadecuado o infantil a quien evalúa), proceder a informar a las autoridades, equipo de salud y familiares de inmediato y mantener al entrevistado/a en compañía de un adulto o referente.

Introducción a la Escala Columbia versión escolar
(para personal educativo y no clínico)

Hablar sobre suicidio puede generar temor, especialmente en entornos educativos donde los adultos responsables suelen sentirse inseguros acerca de qué preguntar, cómo hacerlo y si tienen "permiso" para abordar el tema. Esta inseguridad es comprensible, pero la evidencia científica es clara: **hablar sobre el suicidio no provoca pensamientos suicidas.** Al contrario, puede abrir una puerta de ayuda que salve vidas.

La **Escala de Evaluación de la Gravedad de la Ideación Suicida de Columbia (Columbia-Suicide Severity Rating Scale Children´s Baseline/Screening - C-SSRS)** es una herramienta internacionalmente reconocida, desarrollada en 2001 por investigadores de la Universidad de Columbia, y otras instituciones prestigiosas. Cuenta con varias versiones y formatos, adaptados a distintas poblaciones y contextos. Se utiliza en alrededor de 130 países de los cinco continentes. Fue pensada para ser:

- Clara y concreta en su formulación.
- Aplicable por personas con distintos niveles de formación, desde profesionales de salud mental hasta orientadores escolares u otros adultos capacitados.
- Gratuita y de uso libre, lo que ha permitido su inclusión total o parcial en la mayoría de las guías de prevención del suicidio a nivel internacional.

Para profundizar en su conocimiento, aplicaciones en contexto, base científica, idiomas y acceder a los protocolos originales pueden visitar el sitio oficial en https://cssrs.columbia.edu/the-scale-in-action/schools/

La escala original completa tiene **tres grandes secciones:**

1. Ideación suicida (preguntas del 1 al 5).
2. Intensidad de la ideación (frecuencia, duración, control, etc.).
3. Comportamiento suicida (autolesiones, intentos, preparativos, etc.).

En el contexto escolar, se sugiere usar la primera sección, que incluye **cinco preguntas** que pueden formularse en lenguaje simple y adaptado al lenguaje coloquial. Esta versión breve es la que se recomienda específicamente para uso escolar y no se espera que quien la utilice haga un diagnóstico, ni que realice intervenciones clínicas.

En caso de ser un profesional especializado puede descargar de manera gratuita la totalidad de los protocolos para diferentes contextos en https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-communities-and-healthcare/#filter=.healthcare.english

Preguntar sobre ideación (como se propone aquí) es una forma válida y suficiente de despistaje o screening inicial, y ayuda a decidir sobre la necesidad de un seguimiento particular o una intervención especializada. Sólidas investigaciones encuentran que no hay evidencia de efectos iatrogénicos en el despistaje o screening del suicidio. Su uso en escuelas secundarias es un componente seguro de las iniciativas de prevención del suicidio juvenil (Gould, M. S., et al 2005).

Ver Apéndice: Tabla resumen de pasos según nivel de riesgo

Esta versión puede ser usada por:

- Docentes orientadores preocupados por un estudiante.
- Tutores o referentes afectivos.
- Miembros del equipo de orientación escolar.
- Psicólogos educacionales, Psicopedagogos/as o trabajadores sociales.

No es necesario tener formación psiquiátrica ni ser psicólogo/a clínico/a para hacer estas preguntas. Lo importante es:

- Tener una relación de confianza o preocupación genuina por el bienestar del estudiante.
- Formular las preguntas con claridad, sin rodeos, pero con empatía.
- Seguir las recomendaciones de la guía para interpretar las respuestas y derivar si es necesario.

Esta herramienta es un primer paso, no una solución completa. Es como usar una linterna para iluminar una zona oscura: lo que se vea, podrá ser atendido mejor por otros equipos si hace falta.

¿Por qué es útil?

- Brinda un lenguaje claro y respetuoso para hablar del tema.
- Ayuda a superar el miedo a "decir algo mal".
- Permite identificar cuándo un estudiante puede necesitar intervención urgente o derivación especializada.
- Es una escala respaldada por evidencia científica y por años de uso internacional.
- Está pensada para cuidar tanto a quien responde como a quien pregunta.

El miedo a preguntar

Es una preocupación común, pero estudios repetidos muestran que preguntar por pensamientos suicidas no "activa" ni induce al suicidio. De hecho, las personas que sufren suelen agradecer que alguien se anime a ver su malestar.
Por eso recomendamos que, si usa esta escala, se tome el momento para generar un clima adecuado.
En caso de duda o de dificultad para encuadrar la situación, es recomendable consultar con los equipos de orientación o remitirse a la vía jerárquica del ámbito educativo.

¿Cómo introducir estas preguntas en el diálogo con el/la estudiante?

Ante una demanda espontánea, o que otros estudiantes o referentes informen preocupación, referencias directas o alusiones a la suicidabilidad de un estudiante. En situaciones donde el vínculo y el contexto lo permitan, puede ser útil abrir el diálogo con una breve introducción que favorezca la escucha empática y disminuya el temor o la vergüenza. Es importante **adaptar el lenguaje a la edad, comprensión y estilo de comunicación del estudiante.**

A modo de ejemplo, una forma de iniciar puede ser:

"La adolescencia puede ser un momento muy complejo. En ciertas situaciones difíciles —como las que quizás estés atravesando—, algunas personas llegan a sentirse muy tristes o confundidas. A veces, incluso pueden preguntarse si vale la pena seguir adelante. Por eso quiero hacerte algunas preguntas que nos pueden ayudar a entender mejor cómo te estás sintiendo. No estás solo/a, podés contar conmigo."

También puede usarse una frase de validación, como:

"A veces cuando alguien está atravesando una situación muy difícil y se siente angustiado puede pensar que no quiere seguir existiendo o viviendo. Es más común de lo que parece, y poder hablarlo ayuda."

Preguntas sugeridas sobre ideación suicida (adaptación Columbia)

Si las condiciones lo permiten, puede utilizarse esta herramienta para conversar con el/la estudiante. Se sugiere realizar primero las preguntas 1 y 2.

- Si ambas respuestas son negativas, **no es necesario continuar con las siguientes.**
- Si responde afirmativamente a la pregunta 1 o 2, y se cuenta con la confianza y las condiciones para hacerlo, se recomienda continuar con las preguntas 3, 4 y 5.

1. Deseo de estar muerto

La persona manifiesta pensamientos sobre querer estar muerta o no estar más viva, o desear quedarse dormida y no despertar.

Pregunta sugerida:	SI	NO
A. ¿Has pensado en estar muerto o en cómo sería estar muerto?		
B. ¿Has deseado alguna vez estar muerto o quedarte dormido y no despertar?		

2. Pensamientos suicidas activos no específicos

Pensamientos generales de querer acabar con la vida, sin detalles específicos sobre métodos, intención o plan.

Pregunta sugerida:	SI	NO
A. ¿Has pensado en hacer algo para no estar más vivo/a?		
B. ¿Has tenido pensamientos sobre quitarte la vida?		

Si alguna **respuesta anterior es afirmativa**, continuar con las siguientes preguntas.
Si ambas son negativas no es necesario continuar con las siguientes.

3. Ideación suicida activa con métodos (sin plan)

La persona ha pensado en al menos un método para hacerse daño, pero **sin plan específico ni intención clara de actuar.**

Pregunta sugerida:	SI	NO
A. ¿Has pensado en cómo te harías daño o cómo te quitarías la vida?		
B. ¿Qué has pensado hacer?		

4. Ideación suicida con intención

La persona expresa una **intención real de actuar** sobre sus pensamientos suicidas.

Pregunta sugerida:	SI	NO
A. ¿Sentís que en algún momento realmente quisiste hacerlo?		
B. ¿Pensaste seriamente en hacerlo?		

5. Ideación suicida con plan

La persona tiene un **plan claro y específico** para llevar adelante la conducta suicida.

Pregunta sugerida:	SI	NO
A. ¿Has pensado concretamente cómo y cuándo lo harías?		
B. ¿Tenés algo preparado?		

Recomendaciones ante respuestas afirmativas

- Si alguna de las respuestas es afirmativa, se recomienda:
  - **Informar al equipo de orientación escolar**
  - **Consultar con el equipo directivo o autoridad inmediata**
  - **Remitirse a la vía jerárquica institucional correspondiente**, siguiendo las normativas vigentes.
- Siempre que sea posible, registrar lo expresado con las propias palabras del/la estudiante, sin interpretar ni diagnosticar.
- En caso de duda o dificultad para encuadrar la situación, es preferible consultar con equipos especializados.
- Puede complementar las acciones anteriores considerando el apéndice: Tabla resúmen de pasos según nivel de riesgo.

Riesgo moderado

Las señales de riesgo moderado son:

- Aislamiento social: familia y amigos. Se aísla y deja de participar en actividades sociales.
- Dificultad para concentrarse y bajo rendimiento escolar.
- Aumento del consumo de alcohol y/o drogas ilegales.
- Cambios anímicos, conductuales, inestabilidad emocional, nerviosismo, inquietud.
- Baja autoestima, autoimagen negativa y descuido de sí mismo.
- Cambios en el sueño o apetito.
- Agresión, enojo, irritabilidad, ira o angustia intensa.
- Pérdida de interés en actividades antes placenteras.
- Quejarse de dolores físicos frecuentes (cabeza, estómago).

Cuando las señales de riesgo moderado se encuentran presentes, es necesario iniciar un seguimiento del caso, brindando apoyo y asistencia. Esto debe involucrar a las autoridades, los familiares y/o tutores y el equipo de salud.

Para guiarnos en la detección de estas señales de riesgo, podemos completar el **siguiente formulario:**

	SI	NO
Aislamiento social: familia y amigos.		
Se aísla y deja de participar en actividades sociales.		
Dificultad para concentrarse y bajo rendimiento escolar.		
Aumento del consumo de alcohol y/o drogas ilegales.		
Cambios anímicos, conductuales, inestabilidad emocional, nerviosismo, inquietud.		
Baja autoestima, autoimagen negativa y descuido de sí mismo.		
Cambios en el sueño o apetito.		
Agresión, enojo, irritabilidad, ira o angustia intensa.		
Pérdida de interés en actividades antes placenteras.		
Quejarse de dolores físicos frecuentes (cabeza, estómago).		

En caso de presentar alguna de estas señales, evaluar con mayor detenimiento a través del **Cuestionario 2:**

Preguntar a la persona cuán a menudo (frecuencia) ha tenido alguna de las siguientes emociones o sentimientos, durante las últimas dos semanas.

Puntuar cada ítem de la siguiente manera:
Ninguna vez ***(0)***. Algunas veces ***(1)***. La mayoría de las veces ***(2)***. Casi todas las veces ***(3)***.

1. Sentimientos de irritabilidad, enojo, desesperanza o tristeza.	
2. Poco interés en actividades.	
3. Problemas al intentar dormir, durmiendo demasiado o despertando por la noche.	
4. Poco apetito, pérdida de peso o comer de más.	
5. Sentir muy poca energía o mucho cansancio.	
6. Sentir que eres un fracaso, que eres una carga o que perjudicás a tu familia.	
7. Problemas de concentración en tareas escolares o actividades recreativas.	
8. Sentirte lentificado, ya sea en el habla o en los movimientos.	
9. Sentirte acelerado en el habla o en los movimientos.	
10. Pensar que estarías mejor si no vivieras o lastimándote.	

Si en tres o más ítems, se puntúa "la mayoría de las veces" o "todas las veces", se considera una señal de alerta y se recomienda considerar las preguntas del Cuestionario 1 (apartado de Riesgo alto) (pág. 18).

Riesgo bajo

Las señales de riesgo bajo son alteraciones emocionales que no llevan a pensamientos y/o conductas autoagresivas, suicidas o parasuicidas. Es el caso de personas que experimentan ánimo depresivo, angustia, hipertimia displacentera o afecto de valencia negativa (frases como “no tengo ganas de nada”), con bajo nivel de activación comportamental.

Cuando el nivel de activación comportamental es moderado, se consideran asociadas a un riesgo bajo de suicidio a conductas disociales como herir o amenazar a compañeros y pares, realizar daño en manera recurrente a la propiedad y/o a las instalaciones escolares, involucramiento frecuente en peleas grupales, incurrir en robos, extorsiones o estafas, etc. Dichos repertorios se encuentran frecuentemente asociados a pensamientos y creencias del tipo “el sistema nos ignora”, “la educación está hecha para controlarnos y que no digamos la verdad”, “los profesores y los directivos en realidad no quieren saber qué pasa”, entre otros/as.
Estas alteraciones deben ser atendidas, a los fines de garantizar la detección precoz o temprana de posibles conductas suicidas y parasuicidas.

Por otra parte, ya que requieren atención y seguimiento, esto implica que el servicio de orientación debe explorar antecedentes de salud mental en la persona y su grupo familiar y la pertenencia a grupos de riesgo o vulnerables. Indagar la evolución (hacer entrevistas y observación periódicas para conocer si los signos se reducen, se mantienen estables o si se agravan).

Toma de decisión con riesgo alto, moderado o bajo

Alto riesgo: Se puede considerar de riesgo alto la presencia de ideación con plan o intento reciente aunque no se haya detectado una clara ideación o plan y se observe impulsividad. Acción inmediata. Utilizar todos los recursos disponibles.

Moderado riesgo: Presencia de ideación sin plan ni intento. Acción no inmediata. Profundizar la evaluación por equipos especializados, seguimiento y contención.

Bajo riesgo: Malestar emocional, eventos estresantes adversos sin ideación suicida. Exploración de antecedentes, seguimiento por parte del equipo de orientación.

Recomendaciónes a considerar en situaciónes de urgencia

Mantener siempre la calma, escuchar de forma activa y sin prejuicios, mostrar interés genuino y ofrecer ayuda concreta.

Evitar dar consejos sobre el “sentido de la vida”, ya que puede incrementar los sentimientos de culpa o de estar fallando a los demás o de ser una carga para los demás.

Comunicar que el entrevistador debe informar sobre lo sucedido, que podría ser necesario ponerse en contacto con su familia y buscar asistencia profesional a través de la red de salud.

Aclarar que se informará a los padres/cuidadores únicamente sobre la presencia de señales de alerta de riesgo suicida y la necesidad de atención médica, manteniendo la confidencialidad de cualquier información sensible que el/la estudiante no quiera compartir.

Si el/la estudiante rechaza que se contacte a la familia o se lo derive a atención médica, reforzar la importancia de estos pasos, subrayando que son por su bienestar y que siempre contará con apoyo.

Explicar brevemente que desde la escuela o colegio se brindará soporte para tener acceso a evaluación y tratamientos de salud mental para aliviar su malestar.

En caso de riesgo medio o alto, el equipo de orientación siempre debe informar al Director del establecimiento, para que éste a su vez informe a la familia y realice el seguimiento del primer contacto con la red de salud.

El Director (o su designado) debe explicarle a la familia que, de acuerdo con la cobertura médica del/la estudiante, deben solicitar turno en el centro de atención primaria correspondiente o en el centro de salud donde se atienden.

Si es necesario, con la autorización de los padres, debe apoyar el proceso de derivación a la atención profesional, contactando al centro de atención primaria o el centro de salud correspondiente.

También entregar al padre, madre o cuidador una ficha breve de derivación a salud.

En el caso de estudiantes en **riesgo medio o alto**, es fundamental asegurar que estén protegidos y alejados de medios potencialmente letales hasta obtener ayuda.

Si después del primer abordaje el/la estudiante no se encuentra en condiciones emocionales

de volver a clase, se debe contactar a la familia para coordinar su retiro del establecimiento y recomendar medidas de protección en el hogar, mientras acceden a atención médica.
En caso de riesgo inminente, se debe contactar al/la estudiante con el servicio de urgencias más cercano e informar en simultáneo a los padres.

Nota para equipos especializados:
El siguiente instrumento puede ser utilizado únicamente por profesionales capacitados en salud mental que intervienen en la evaluación de situaciones de riesgo alto. Su objetivo es contribuir a la clasificación clínica del tipo de conducta suicida (tentativa, intento abortado, ideación sin conducta, etc.), a fin de orientar adecuadamente la derivación, la intervención y el registro institucional.

Este instrumento no forma parte del protocolo de acción inmediata del equipo escolar general, ni debe ser utilizado como herramienta diagnóstica por personal no especializado.
En cualquiera de estos niveles, se recomienda brindar apoyo al/la estudiante y hacer la derivación a las instancias pertinentes (equipo de orientación, equipo de salud y brindar seguimiento).

C-SSRS | **Columbia-Suicide Severity Rating Scale Children's Baseline/Screening**

Comportamiento Suicida

INTENTO REAL:	**Acto autolesivo con al menos algún deseo de morir.**	**Pregunta:** ¿Alguna vez has intentado hacerte daño o acabar con tu vida? ¿Qué hiciste? **Respuesta** por **Si** o **No**
INTENTO INTERRUMPIDO:	**El intento fue interrumpido por una circunstancia externa antes de que se realizara el acto autolesivo.**	**Pregunta:** ¿Alguna vez empezaste a hacer algo para acabar con tu vida, pero alguien o algo te detuvo antes de hacerlo? **Respuesta** por **Si** o **No**
INTENTO ABORTADO:	**El individuo comenzó a tomar medidas para el suicidio, pero se detuvo antes de realizar cualquier acto autolesivo.**	**Pregunta:** ¿Alguna vez comenzaste a hacer algo para acabar con tu vida, pero te detuviste antes de hacerlo? **Respuesta** por **Si** o **No**
ACTOS PREPARATORIOS:	**Actos o preparaciones hacia un intento suicida (ej. adquirir medios para llevar a cabo el intento).**	**Pregunta:** ¿Alguna vez hiciste algo para prepararte para acabar con tu vida, como escribir una nota de despedida o conseguir lo necesario para hacerlo? **Respuesta** por **Si** o **No**

La evaluación busca capturar cualquier señal de riesgo suicida, no solo los intentos directos

Ejemplo

- **Intento real:** "¿Alguna vez intentaste acabar con tu vida?" —> Responde **"No"**.
- **Intento interrumpido:** "¿Alguna vez empezaste a hacer algo para acabar con tu vida, pero alguien o algo te detuvo antes de hacerlo?" —>Puede que aquí responda **"Sí",** lo que indicaría un riesgo importante, aunque no haya habido un intento real.

Ver Apéndice: Tabla resumen de pasos según nivel de riesgo

Uso de escalas e instrumentos psicométricos en la detección de riesgo suicida

El uso de escalas psicométricas en el despistaje o *screening* del riesgo suicida es una herramienta científica útil y segura para la detección temprana de adolescentes en riesgo. De todos modos, es importante aclarar que ninguna escala o instrumento psicométrico diagnostica por sí mismo, sino que evalúa constructos psicológicos medibles que permiten identificar factores asociados a la suicidabilidad.

Cada escala mide diferentes dimensiones, como ideación suicida, desesperanza, apego a la vida, regulación emocional y apoyo social, lo que brinda una visión más completa del estado emocional de la persona evaluada.

Desde una perspectiva psicométrica, la *sensibilidad* de una escala de detección de riesgo suicida refiere a su capacidad para identificar correctamente a quienes presentan alto riesgo, mientras que la *especificidad* indica su capacidad para descartar a quienes no están en riesgo.

En muchos casos, existe una relación inversa entre ambas: una escala con alta sensibilidad puede generar más falsos positivos, mientras que una con alta especificidad podría pasar por alto algunos casos.

El uso de estos instrumentos complementa la evaluación clínica del entrevistador.

Si la profesión del orientador o su función institucional no lo habilitan para realizar la administración, el familiarizarse con las preguntas (ítems) y las áreas que explora (dimensiones) puede ayudarlo en la detección del riesgo suicida.

En contextos de investigación, los puntajes obtenidos en estas escalas suelen analizarse en relación con baremos poblacionales para establecer comparaciones y detectar tendencias. En contextos clínicos, se utilizan como material de apoyo en la toma de decisiones sobre la necesidad de intervención.

En gabinetes de orientación escolar, pueden ser heteroadministradas o empleadas como guía para estructurar entrevistas exploratorias, adaptando las preguntas según la situación específica del adolescente. Por ejemplo, pueden ayudar a que el entrevistador u orientador comprenda mejor qué dimensión está explorando respecto al riesgo suicida.

El uso de escalas con validez y confiabilidad probadas fortalece la evaluación del profesional. Sin embargo, para garantizar una evaluación integral, es fundamental que los resultados sean interpretados en conjunto con la historia clínica, el contexto y la observación efectuada por el entrevistador.

Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (versión argentina)

La Escala de Evaluación de Riesgo Suicida o RASS (siglas del inglés *Risk Assessment Suicidality Scale*) es una herramienta confiable y válida para evaluar el riesgo suicida, especialmente en población joven. Compuesta por 12 ítems, esta escala se destaca por su brevedad y facilidad de aplicación, lo que la hace ideal para el uso en diferentes contextos. Los ítems se organizan en tres dimensiones clave: Intención (pensamientos y planes suicidas), Vida (percepción de la calidad de vida y fatiga vital), e Historia (antecedentes de autolesiones e intentos de suicidio). Estas dimensiones están interrelacionadas, ya que la intención suicida suele estar influenciada por una percepción negativa de la vida y por experiencias previas de autolesión.

RASS-A | **Risk Assessment Suicide Scale**
RASS ARGENTINA *(No publicada)*

Version adaptada y validada de la Escala de Riesgo Suicida

1. **¿Tiene miedo de morir?**
2. **¿Piensa que estaría mejor muerto?**
3. **¿Cree que estar vivo es maravilloso?**
4. **¿Ha sentido que no vale la pena morir?**
5. **¿Piensa en lastimarse físicamente?**
6. **¿Cree que si pudiera se suicidaría?**
7. **¿Suele planear cómo haría para terminar con su vida?**
8. **Pienso en suicidarme pero no lo haría**
9. **¿Disfruta de la vida?**
10. **¿Está cansado de su vida?**
11. **¿Alguna vez se ha causado daño de forma intencionada a lo largo de su vida ?**
12. **¿Alguna vez ha intentado suicidarse?**

Escala de Desesperanza de Beck (versión argentina)

La Escala de Desesperanza de Beck o BHS (siglas del inglés *Beck Hopeleness Scale*), es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar las expectativas negativas hacia el futuro; constructo central en la depresión y el riesgo suicida. La escala consta de 20 ítems que se organizan en tres dimensiones principales:

Falta de motivación: esta dimensión refleja la percepción de que no vale la pena esforzarse por alcanzar metas o resolver problemas, ya que se anticipa el fracaso. Los ítems asociados a esta dimensión incluyen pensamientos como: "nada me ha salido bien hasta ahora" y "no tiene sentido tratar de lograr lo que quiero".

Expectativas futuras negativas: aquí se evalúa la creencia de que el futuro será desfavorable y que no habrá mejoría en las circunstancias actuales. Son ejemplos de ítems: "mi futuro parece oscuro" y "lo que puedo ver en mi futuro es desagradable más que agradable".

Sentimientos negativos hacia el futuro: esta dimensión captura la sensación de inseguridad e incertidumbre sobre el futuro, junto con la falta de esperanza. Incluye afirmaciones como: "el futuro me parece inseguro e incierto" y "no me puedo imaginar lo que será mi vida de aquí a diez años".

BHS | Beck Hopeless Scale

Estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina

VERDADERA O FALSA LA RESPUESTA QUE MEJOR REFLEJE CÓMO SE SIENTE DESDE LA SEMANA ANTERIOR.

- ☐ 1. Miro el futuro con esperanza y entusiasmo.
- ☐ 2. Mejor me doy por vencido, ya que no puedo hacer nada para mejorar mi vida.
- ☐ 3. Cuando las cosas me van mal me ayuda pensar que no será así para siempre.
- ☐ 4. No me puedo imaginar lo que será mi vida de aquí a 10 años.
- ☐ 5. Tengo tiempo suficiente para lograr las cosas que quiero hacer.
- ☐ 6. En el futuro, yo espero tener éxito en las cosas más importantes para mi.
- ☐ 7. El futuro aparece oscuro.
- ☐ 8. He tenido muy buena suerte en la vida y espero recibir más cosas buenas de la vida aún.
- ☐ 9. Nada me ha salido bien hasta ahora y no hay razón para esperar algo mejor del futuro.
- ☐ 10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.
- ☐ 11. Miro el futuro con esperanza y entusiasmo.
- ☐ 12. Mejor me doy por vencido, ya que no puedo hacer nada para mejorar mi vida.
- ☐ 13. Cuando las cosas me van mal me ayuda pensar que no será así para siempre.
- ☐ 14. No me puedo imaginar lo que será mi vida de aquí a 10 años.
- ☐ 15. Tengo tiempo suficiente para lograr las cosas que quiero hacer.
- ☐ 16. En el futuro, yo espero tener éxito en las cosas más importantes para mi.
- ☐ 17. El futuro parece oscuro.
- ☐ 18. He tenido muy buena suerte en la vida y espero recibir más cosas buenas de la vida aún.
- ☐ 19. Nada me ha salido bien hasta ahora y no hay razón para esperar algo mejor del futuro.
- ☐ 20. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.

Cada color representa una dimensión *(ver página previa)*

- 🟥 1. Miro el futuro con esperanza y entusiasmo.
- 🟧 2. Mejor me doy por vencido, ya que no puedo hacer nada para mejorar mi vida.
- 🟩 3. Cuando las cosas me van mal me ayuda pensar que no será así para siempre.
- 🟩 4. No me puedo imaginar lo que será mi vida de aquí a 10 años.
- 🟥 5. Tengo tiempo suficiente para lograr las cosas que quiero hacer.
- 🟩 6. En el futuro, yo espero tener éxito en las cosas más importantes para mi.
- 🟧 7. El futuro aparece oscuro.
- 🟥 8. He tenido muy buena suerte en la vida y espero recibir más cosas buenas de la vida aún.
- 🟧 9. Nada me ha salido bien hasta ahora y no hay razón para esperar algo mejor del futuro.
- 🟥 10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.
- 🟧 11. Miro el futuro con esperanza y entusiasmo.
- 🟧 12. Mejor me doy por vencido, ya que no puedo hacer nada para mejorar mi vida.
- 🟩 13. Cuando las cosas me van mal me ayuda pensar que no será así para siempre.
- 🟧 14. No me puedo imaginar lo que será mi vida de aquí a 10 años.
- 🟥 15. Tengo tiempo suficiente para lograr las cosas que quiero hacer.
- 🟩 16. En el futuro, yo espero tener éxito en las cosas más importantes para mi.
- 🟩 17. El futuro parece oscuro.
- 🟥 18. He tenido muy buena suerte en la vida y espero recibir más cosas buenas de la vida aún.
- 🟩 19. Nada me ha salido bien hasta ahora y no hay razón para esperar algo mejor del futuro.
- 🟧 20. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.

Beck A.T. (1988). Beck Hopelessness Scale. The Psychological Corporation.

Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes (EASA-I)

La Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes (EASA-I), herramienta especialmente diseñada en nuestro país para evaluar el riesgo suicida en adolescentes y jóvenes, con enfoque en la detección temprana de casos en riesgo. Su diseño para contextos escolares, permite identificar casos en riesgo de manera preliminar, lo que facilita la intervención temprana y la prevención del suicidio.

Mide una dimensión específica, la ideación suicida, junto con cinco factores de riesgo asociados: baja autoestima, perspectiva negativa del futuro, baja regulación emocional, dificultades para la resolución de problemas y falta de apoyo social.

Ideaciones suicidas: incluye pensamientos pasivos y activos sobre la muerte, como fantasías de desaparecer o ideas concretas de suicidio.

Baja autoestima: evalúa la autopercepción negativa, la falta de aceptación y la sensación de inutilidad.

Baja regulación emocional: mide la dificultad para controlar las emociones usualmente llamadas "negativas", como la tristeza, la ira y la frustración.

Dificultades para la resolución de problemas: refleja un estilo evitativo y pasivo ante los problemas cotidianos.

Falta de apoyo social: evalúa la percepción de falta de sostén emocional y social por parte de familiares y amigos.

Perspectiva negativa del futuro: incluye una visión pesimista sobre el futuro y la falta de esperanza.

EASA-A | Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes

		1	2	3	4	5
1.	Me acepto como soy, con mis virtudes y defectos.					
2.	No podré cambiar las cosas que me molestan.					
3.	La gente que me rodea me apoya.					
4.	Me irrito fácilmente.					
5.	Pierdo mucho tiempo preocupándome por mis problemas en lugar de intentar resolverlos.					
6.	Yo no soporto el dolor que siento dentro mío.					
7.	Me siento incómodo/a conmigo mismo/a.					
8.	Hasta las peores cosas tienen un lado positivo.					
9.	Cuento con personas en las que puedo confiar.					
10.	Me cuesta controlar mis impulsos cuando estoy triste.					
11.	Ocupo más tiempo en evitar mis problemas que en solucionarlos.					
12.	Siento que no tiene sentido vivir mi vida.					
13.	Ya no me soporto.					
14.	Me cuesta controlar mis impulsos cuando estoy muy enojado/a.					
15.	Suelo esperar a que los problemas se resuelvan solos.					
16.	Siento que no sirvo para nada.					
17.	Morir puede resolver mis problemas.					
18.	Cuando me siento frustrado/a o con impotencia quiero romper todo.					
19.	Quisiera írme de este mundo.					
20.	Fantaseo con la posibilidad de quitarme la vida.					
21.	Muchas veces demoro la solución de los problemas hasta que es demasiado tarde.					
22.	Puedo manejar mis estados de ánimo, aun cuando sean intensos.					
23.	Las personas a mi alrededor me comprenden.					
24.	Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.					
25.	Me siento querido/a por quienes me rodean.					
26.	Tengo planes para el futuro que me gustaría concretar.					
27.	La gente que me rodeo me acepta como soy.					
28.	Me quiero a mí mismo/a.					
29.	Enfrento mis problemas directamente en vez de evitarlos.					
30.	La vida siempre nos puede sorprender.					

Escalas de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Consideraciones sobre la evaluación de la desregulación emocional en población adolescente: la escala DERS

Diversos investigadores identifican a la Regulación Emocional (RE) como una dinámica psicológica compleja que implica la toma de contacto con la experiencia afectiva, su reconocimiento y/o etiquetado y la puesta en práctica de habilidades de afrontamiento orientadas a favorecer su expresión constructiva (Hofmann, 2015). Constituye un proceso central, cuyo funcionamiento flexible impacta en manera positiva en la salud mental y en el desarrollo de las personas, mientras que diversas modalidades psicopatológicas enmarcadas en el concepto Desregulación Emocional tienden a incidir en manera negativa en el funcionamiento global.

Desregulación Emocional

DEFINICIÓN

Incapacidad de gestionar las emociones de manera adaptativa, lo que puede resultar en comportamientos impuslsivos o emociones desbordadas.
(Cole, Martin y Dennis, 2004; Gross, 2002)

CARACTERÍSTICAS:

- Emociones intensas que no se pueden controlar.
- Reacciones desproporcionadas frente a estímulos cotidianos.
- Comportamientos impulsivos o autodestructivos.

Problema subyacente y común a distintos diagnósticos, trastornos mentales y estados emocionales.

La *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), desarrollada por Gratz y Roemer (2004), es una de las herramientas más utilizadas y reconocidas internacionalmente para evaluar dificultades en la regulación emocional. Ha sido traducida a más de **20 idiomas,** utilizada en **más de 30 países**, y validada en múltiples contextos clínicos, educativos y de investigación. Su robustez psicométrica la ha consolidado como un instrumento clave en el estudio de procesos como la impulsividad, la autolesión no suicida, los desbordes emocionales y otros indicadores de desregulación afectiva.

Dimensiones evaluadas por la DERS original:

1. **No aceptación de las respuestas emocionales.**
2. **Dificultades para actuar conforme a metas bajo malestar emocional.**
3. **Dificultad para controlar impulsos cuando se experimentan emociones negativas.**
4. **Falta de conciencia emocional.**
5. **Acceso limitado a estrategias eficaces de regulación emocional.**
6. **Falta de claridad emocional.**

Estas dimensiones permiten una evaluación integral de los procesos implicados en la regulación emocional, tanto en población clínica como no clínica.

Versiones y adaptaciones en países hispanohablantes

Existen diversas versiones adaptadas al español, incluyendo la versión completa y versiones abreviadas. En **México**, Marín Tejeda et al. (2012) validaron una versión de 24 ítems con 4 factores, sobre una muestra de 455 estudiantes de secundaria. En **España**, se cuenta con una versión abreviada de 16 ítems, usada extensamente tanto en población general como clínica. En **Chile,** la escala ha sido utilizada y validada en investigaciones con adolescentes y adultos, con buenos indicadores psicométricos.
Estas versiones han permitido adaptar el instrumento a diversos contextos hispanohablantes, ampliando su aplicabilidad en diferentes grupos etarios y situaciones clínicas o escolares.

Validación en Argentina

En **Argentina**, se han desarrollado estudios sobre la DERS principalmente en población universitaria. Entre ellos se destacan los trabajos de:

- **Michelini y Godoy (2022)**, quienes adaptaron la escala a población de adultos emergentes universitarios.
- **Villarubia et al. (2024)**, que aportaron datos normativos en estudiantes universitarios de Río Cuarto.
- **Cremades, Garay y colaboradores (2024)**, que realizaron un análisis psicométrico detallado en población adulta joven, con resultados que respaldan la estructura factorial del instrumento y su utilidad clínica.

Sin embargo, **no se dispone actualmente de una versión validada para población adolescente en Argentina**, ni de adaptaciones breves con normas locales para este grupo etario.

Por esta razón, **no se recomienda el uso formal ni diagnóstico de la DERS en adolescentes en contextos escolares en Argentina**, ya que no hay baremos ni evidencia psicométrica local específica para esa franja de edad.

Utilidad conceptual en el ámbito educativo

No obstante, la familiarización teórica con instrumentos estandarizados como la DERS resulta altamente valiosa en el ámbito escolar, especialmente para orientar entrevistas, organizar observaciones y formular hipótesis sobre el funcionamiento emocional de adolescentes en situación de malestar. Este marco conceptual permite abordar de manera más rigurosa y comprensiva fenómenos como la impulsividad, la autolesión o los episodios de desregulación emocional.

En síntesis, la DERS constituye una herramienta sólida, ampliamente reconocida a nivel internacional, que permite enriquecer la comprensión de la regulación afectiva en jóvenes, incluso si su uso debe ser complementado con criterio clínico y adaptaciones locales en contextos escolares.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Por favor indique qué tan seguido aplican a uds. las próximas afirmaciones:

1 = casi nunca (0-10%). 2 = a veces (11-35%). 3 = la mitad del tiempo (35-65%). 4 = la mayor parte del tiempo (66-90%). 5 = casi siempre (91-100%)

	1 Casi nunca	2 A veces	3 La mitad del tiempo	4 La mayor parte del tiempo	5 Casi siempre
1. Entiendo con claridad mis sentimientos					
2. Presto atención a cómo me siento					
3. Experimento mis emociones como abrumadoras y fuera de control					
4. No tengo idea cómo me siento					
5. Tengo dificultades para encontrarle el sentido a mis sentimientos					
6. Estoy atento a mis sentimientos					
7. Sé exactamente cómo me siento					
8. Estoy confundido en relación con cómo me siento					
9. Cuando estoy molesto, reconozco mis emociones					
10. Cuando estoy molesto, me enojo conmigo mismo por sentirme de esa forma					
11. Cuando estoy molesto, me avergüenzo por sentirme de esa forma					
12. Cuando estoy molesto, tengo dificultades en terminar mis tareas					
13. Cuando estoy molesto, pierdo el control					
14. Cuando estoy molesto, pienso que voy a permanecer de ese modo por un tiempo largo					
15. Cuando estoy molesto, pienso que voy a terminar sintiéndome muy deprimido					
16. Cuando estoy molesto, tengo dificultades para concentrarme en otras cosas					
17. Cuando estoy molesto, me siento fuera de control					
18. A pesar de estar molesto, puedo realizar mis cosas					
19. Cuando estoy molesto, me avergüenzo de mí mismo por sentirme así					
20. Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar una forma para sentirme mejor eventualmente					
21. Cuando estoy molesto, siento que soy débil					
22. Cuando estoy molesto, siento que puedo mantener el control					
23. Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esa forma					
24. Cuando estoy molesto, tengo dificultades para concentrarme					
25. Cuando estoy molesto, tengo dificultades para controlar mi comportamiento					
26. Cuando estoy molesto, pienso que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor					
27. Cuando estoy molesto, me enojo conmigo mismo por sentirme de esa forma					
28. Cuando estoy molesto, creo que sumergirme en ese estado es todo lo que puedo hacer					
29. Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento					
30. Cuando estoy molesto, me toma mucho tiempo volver a sentirme mejor					

Conductas Parasuicidas - Autolesiones

El término parasuicidio hace referencia a aquellas conductas autolesivas que, aunque pueden involucrar alto riesgo físico, no necesariamente se realizan con la intención consciente de morir. Este concepto incluye tanto los intentos de suicidio no letales como las autolesiones no suicidas (NSSI, por sus siglas del constructo en inglés Non-Suicidal Self-Injury). La autolesión no suicida se define como el daño intencional y directo al propio cuerpo sin intención explícita de acabar con la vida; mientras que las autolesiones con ideación suicida (SSI), implican la intención consciente de morir o un deseo ambivalente respecto a la muerte. Ambos fenómenos son complejos y pueden superponerse, lo cual hace difícil establecer límites claros entre ellos, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Desde la perspectiva de la regulación y desregulación emocional, la autolesión es considerada una estrategia para manejar emociones intensas y difíciles de procesar, si bien resulta desadaptativa. Las teorías con mayor evidencia sugieren que presentar dificultad para identificar, aceptar y gestionar las emociones se relaciona con una mayor probabilidad de recurrir a la autolesión como una forma de escape o control del malestar. A nivel biológico, la autolesión puede generar una calma momentánea debido a la liberación de endorfinas y opioides endógenos, los cuales reducen la percepción del dolor y brindan una sensación de alivio inmediato. Sin embargo, este alivio es temporal y puede perpetuar el ciclo de autolesión.

Los factores de riesgo asociados con la autolesión incluyen la impulsividad, la presencia de trastornos mentales y el consumo de sustancias. Diversos estudios han mostrado que los trastornos de la personalidad, especialmente el trastorno límite de la personalidad (TLP), están altamente relacionados con la autolesión repetitiva. También se observan altas tasas de autolesión en jóvenes con depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastornos alimentarios. El consumo de sustancias puede funcionar como un intento de adormecer el malestar emocional, pero también incrementa la impulsividad, deteriora el juicio y reduce las barreras inhibitorias, facilitando conductas autolesivas, incluso en ausencia de intención suicida. Estudios recientes han evidenciado que existe una asociación robusta entre el consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas y la aparición de conductas autolesivas en adolescentes, particularmente cuando coexisten dificultades en la regulación emocional. Un metaanálisis de estudios longitudinales mostró que el consumo de alcohol, tabaco o cannabis se vincula consistentemente con un mayor riesgo de autolesión no suicida (Oñi-Sarriés et al., 2025). De manera concordante, un estudio epidemiológico realizado en Colombia encontró que aproximadamente uno de cada cuatro adolescentes escolarizados con consumo problemático reportó haber realizado al menos una autolesión deliberada (Rangel-Navia, Annicharico-Lobo & Martínez-Torres, 2022).

Del **20% al 30%** de los adolescentes y jóvenes adultos se involucran en **autolesiones no suicidas**

La prevalencia de la autolesión varía según el género y el contexto sociocultural. Las mujeres jóvenes tienden a reportar más conductas autolesivas no suicidas, mientras que los hombres, aunque en menor proporción, suelen involucrarse en comportamientos más letales y con mayor riesgo de muerte.

La relación entre la autolesión y los intentos de suicidio no es lineal, pero sí significativa. Estudios longitudinales sugieren que aproximadamente el 40 % de las personas que se autolesionan y a la vez presentan ideación suicida, intentan suicidarse al menos una vez, mientras que el 10 -15 % de quienes se autolesionan y no presentan ideación suicida, también lo intentan. La presencia de ideación suicida previa, la impulsividad elevada y la falta de recursos adaptativos de regulación emocional son factores clave para diferenciar cuándo la autolesión puede escalar hacia intentos de suicidio más letales.

Parasuicidio:
conducta autolesiva con o sin intención suicida clara, donde la muerte no ocurre pero existe riesgo físico significativo. Incluye intentos de suicidio fallidos y autolesiones no suicidas (NSSI).

Autolesión no suicida (NSSI):
daño deliberado al propio cuerpo sin intención de morir.

Ejemplos: cortes, quemaduras, golpes, rascado excesivo.

Autolesión con ideación suicida (SSI):
conducta autolesiva con el propósito de terminar con la vida o con una motivación ambivalente.

La desregulación emocional es un problema transdiagnóstico, que se expresa en diferentes problemas y desórdenes.

Problemas y desórdenes asociados

Comparten: impulsividad, desesperanza y falta de estrategias efectivas de afrontamiento del estrés.
Contribuyen a incrementar riesgo suicida.

Epidemiología y prevalencia:

- Entre el 13 % y el 25 % de los adolescentes se ha autolesionado al menos una vez.
- La prevalencia de intentos de suicidio en jóvenes con antecedentes de autolesión es del 40 % cuando hay ideación suicida y del 10 - 15 % en casos sin ideación suicida.
- La edad de inicio suele ubicarse entre los 12 y 15 años, con picos significativos en la adolescencia media (14 - 17 años).
- Las mujeres tienden a reportar más cortes y quemaduras, mientras que los hombres utilizan métodos más violentos y con mayor riesgo letal.
- Los métodos más frecuentes incluyen: cortes (70 %), golpes (21 %), quemaduras (15 %) y rasguños (10 %).

Riesgo alto:

- Autolesiones frecuentes y marcadas, con un intento claro de ocultarlas (mangas largas, cuellos altos, capuchas).
- Ideación suicida activa y estructurada (pensamientos persistentes sobre la muerte, con planificación concreta).
- Impulsividad severa, dificultad extrema para regular emociones y tendencia a tomar decisiones arriesgadas o autodestructivas.
- Presencia de al menos dos de los siguientes factores:
    - Consumo problemático de alcohol o sustancias psicoactivas.
    - Aislamiento social significativo y retraimiento profundo.
    - Comentarios explícitos sobre morir o desaparecer (“no sé para qué seguir así”, “nadie notaría si me fuera”).

- Deterioro académico notable o reiteradas ausencias sin justificación.
- Preocupación intensa y marcada sobre el peso y la alimentación.
- Experiencias previas o presentes de bullying o acoso, abuso o agresión sexual.

Acción recomendada: seguir los protocolos vigentes dispuestos por el Ministerio de Educación y los lineamientos de las guias de Orientacion Educativa elaboradas por el Ministerio de Educación.

Riesgo moderado:

- Autolesiones más frecuentes o de mayor intensidad, acompañadas de ideación suicida poco estructurada (ideas vagas sobre la muerte, pero sin un plan claro).
- Impulsividad manifiesta y cambios bruscos en el estado de ánimo (llanto, enojo, roturas, escapes o peleas).
- Presencia de al menos uno de los siguientes factores:
  - Consumo problemático de sustancias.
  - Participación en grupos sociales alternativos con estéticas marcadas (vestimenta oscura, accesorios relacionados con el dolor o sufrimiento).
  - Conflictos recurrentes con figuras de autoridad, baja tolerancia a la frustración.
  - Historia de aislamiento parcial o rechazo social.
  - Experiencias previas o presentes de bullying o acoso, abuso o agresión sexual.

Acción recomendada: seguir los protocolos vigentes dispuestos por el Ministerio de Educación y los lineamientos de las guías de Orientación Educativa elaboradas por el Ministerio de Educación.

Riesgo bajo:

- Autolesiones exploratorias, ocasionales y de baja o nula letalidad (cortes superficiales con sacapuntas, tijeras, etc.), sin ideación suicida.
- Ausencia o bajo nivel de impulsividad, sin patrones de desregulación emocional severos.
- Expresiones de malestar relacionadas con la frustración, desconfianza o desesperanza hacia el entorno (escuela, sociedad), pero sin verbalizar ideas de muerte.
- Sin aislamiento social significativo ni cambios drásticos en el estado de ánimo.

Acción recomendada: realizar las preguntas de **“Exploración del estado emocional”** o guiarse por las preguntas de la **Escala de Evaluación de la Desregulación Emocional** y seguir los protocolos vigentes dispuestos por el Ministerio de Educación y los lineamientos de las guías de Orientación Educativa elaboradas por el Ministerio de Educación.

Exploración del estado emocional:

Estimulan la expresión sin direccionar la respuesta

Ej: "¿Querés contarme lo qué pasó antes de qué te sintieras así? ¿Qué creés que precipitó este estado?

Clarificación:

Ayudan a organizar el relato de lo sucedido

Ej: ¿Cuándo pasó? ¿Cómo reaccionaste?

Necesidades inmediatas:

Detectar necesidad de apoyo inmediato

Ej: ¿Qué podría ayudarte a sentirte más tranquilo? ¿Hay algo que necesites en este momento?

De reflexión:

(sólo si ya ha logrado cierta calma)

Ej: ¿Qué te ayudó en una situación similar anterior? ¿Qué podrías hacer distinto esta vez?

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Gratz y Roemer 2004

Adaptación y validación en adultos del Área Metropolitana de Buenos Aires. Cremades, C., Garay, C. J., Etchevers, M. J., Muiños, R., Peker, G. M., & Gómez Penedo, J. M. (2023)

Ítems inversos: 1, 2, 6, 7, 9, 18, 20 y 22.

Puntuación: la escala brinda un **puntaje total** y un puntaje para cada una de las seis subescalas:

Dificultades en el control de impulsos (impulsos): 3, 13, 17, 22R, 25, 29.

Acceso limitado a estrategias de regulación emocional (estrategias): 14, 15, 20R, 26, 28, 30.

Falta de aceptación emocional (aceptación): 10, 11, 19, 21, 23, 27.

Interferencia en conductas dirigidas a metas (metas): 12, 16, 18R, 24.

Falta de conciencia emocional (conciencia): 2R, 6R, 9R.

Falta de claridad emocional (claridad): 1R, 4, 5, 7R, 8.

** R indica ítems con puntaje inverso.

Bullying y acoso

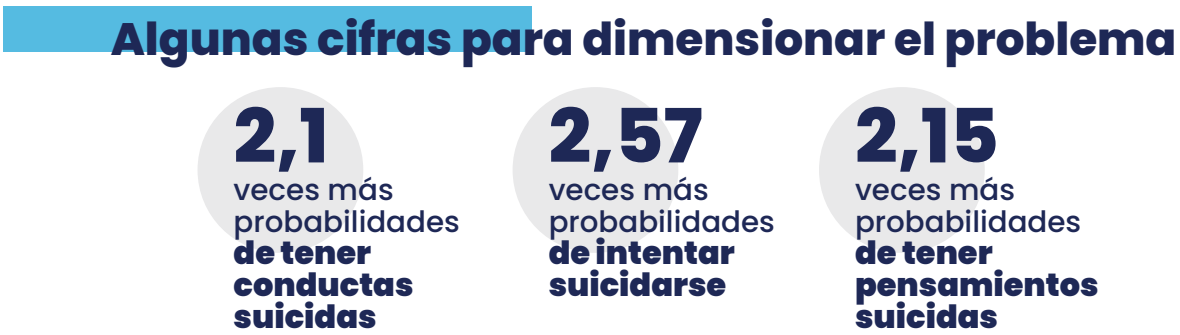
El *bullying* y el *ciberbullying* tienen graves consecuencias para la salud psicológica y emocional de los adolescentes: depresión, ansiedad, baja autoestima, autolesiones, ideación suicida e intentos de suicidio (Craig et al., 2009; Li et al., 2024; Olweus et al., 2013; Quintana-Orts, Rey y Worthington, 2021). Incluso se los considera como factores independientes de riesgo suicida en niños y adolescentes, ya que incrementan más de dos veces las posibilidades de tener pensamientos y conductas suicidas, así como la consumación del suicidio (John et al., 2018).

El *bullying* se define como un comportamiento agresivo intencional que se ejerce de manera repetida y sostenida a lo largo del tiempo, con el propósito de causar daño. Este fenómeno se caracteriza por una desigualdad de poder entre el agresor y el agredido, lo que coloca a este último en una posición de vulnerabilidad frente al agresor (Quintana-Orts, Rey y Worthington, 2021).

(Rigby et al., 2004, Resett, 2021)

El *ciberbullying* es una extensión del *bullying* tradicional, es realizado a través de medios digitales y tiene particularidades específicas: anonimato, mayor velocidad de difusión y mayor dificultad para escapar (Quintana-Orts, Rey, & Worthington, 2021; John et al, 2018).

En términos epidemiológicos internacionales, se estima que el *bullying* tradicional afecta aproximadamente a un 24.32 % de las personas de entre 8 y 20 años, mientras que el *ciberbullying* afecta a un 11.1 % (Li et al., 2024).



(John et al., 2018)

Muchas veces, tanto el *bullying* como el *ciberbullying* no son directamente observables en las etapas iniciales. Por esta razón es importante detectar indicadores emocionales, conductuales, físicos y sociales.

A continuación, se enumeran algunas señales a tener en cuenta para facilitar la identificación temprana de *bullying* tanto en agredidos como en agresores (van Geel, Vedder y Tanilon, 2014; Álvarez-García, García y Núñez, 2015; Moore et al., 2017; Nocentini et al., 2018; Walters y Espelage, 2021):

Señales de *bullying* en agredidos

Emocionales

- Mayor tristeza, enojo y ansiedad.
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban.
- Sentimientos de inutilidad, desesperanza o incluso pensamientos suicidas.

Conductuales

- Impacto significativo en el rendimiento escolar, acompañado de dificultades en la concentración y desmotivación hacia las actividades escolares.
- Mayor ausentismo.

Físicas

- Aparición de molestias físicas como dolores de cabeza recurrentes, problemas gastrointestinales, fatiga constante y alteraciones en el sueño.
- Aparición de lesiones visibles, como moretones, cortes, rasguños o ropa rota, cuya explicación suene poco convincente.

Sociales

- Retraimiento social respecto de amigos y compañeros (pasar los recreos en soledad, evitar participar en actividades grupales o intentar mantenerse cerca de adultos durante los recreos).
- Evitación total de las redes sociales por miedo al ciberbullying o uso excesivo como un intento de evadir la realidad y encontrar validación o respuesta a las agresiones que sufren.

Señales de *bullying* en agresores

Emocionales

- Falta de empatía: dificultad para identificar las emociones de los otros, poca preocupación por las emociones o el bienestar de los agredidos.
- Minimización de las consecuencias de sus acciones, justificándolas como bromas o comportamientos normales, raras muestras de remordimiento por el daño causado.

Conductuales

- Conductas agresivas repetidas: intimidación, uso de apodos denigrantes, ridiculización, burlas, empujones, daño de pertenencias de otros.

Sociales

- Conformación de grupos con otros agresores.
- Contexto familiar conflictivo o exposición a violencia doméstica.

Al pensar en la severidad del bullying es importante no solo identificar la cantidad de señales que ocurren, sino también la frecuencia (ocasionalmente, varias veces por semana o todos los días), la duración (¿son hechos aislados o que perduran durante meses o años?) y la intensidad (insultos verbales o agresión física grave).

Después del suicidio - Posvención

Fundamentos

Luego de que ha ocurrido el suicidio de un estudiante, la institución enfrentará desafíos tales como responder a la alta angustia de estudiantes, padres y personal escolar; duelos y el manejo de la difusión en medios de comunicación y movilización en redes, que pueden amplificar el efecto movilizador.

Objetivos principales

- **Facilitar el proceso de duelo**
- **Evitar efecto contagio**
- **Retomar la misión principal de educar**

El suicidio de un estudiante puede desencadenar un efecto contagio, donde otros jóvenes en situación de vulnerabilidad podrían verse influenciados a considerar el suicidio como una opción viable para sí mismos. Este fenómeno, conocido como "efecto Werther", por la novela de Goethe, ha sido documentado ampliamente por la literatura científica, la cual señala que la probabilidad de un nuevo intento de suicidio aumenta de modo significativo en los primeros catorce días posteriores a un caso en la comunidad. Durante este período crítico, el riesgo es mayor en adolescentes con antecedentes de problemas emocionales, exposición previa al suicidio o quienes se identificaban estrechamente con la persona fallecida.
En contraste, una intervención adecuada puede activar una respuesta positiva o el llamado "efecto Papageno", en el cual se promueve la resiliencia y estrategias de afrontamiento saludables dentro de la comunidad escolar. La clave reside en cómo la comunidad pondera y maneja la situación, asegurando un enfoque preventivo basado en evidencia científica (Abrutyn et al., 2014).

El efecto Werther, concepto acuñado por Phillips en 1974, describe el fenómeno del contagio suicida provocado por la difusión mediática de casos de suicidio. Este nombre hace referencia a la novela "Las penas del joven Werther" de Goethe (1774), cuya trama sobre el suicidio del protagonista habría inspirado una serie de muertes imitativas en Europa. Aunque la historicidad de este fenómeno es debatida, el concepto se ha consolidado como un marco para analizar cómo la exposición a suicidios puede influir en personas vulnerables, especialmente adolescentes y jóvenes. Phillips, investigador formado en la teoría del aprendizaje social de Bandura, sugiere que el suicidio presentado en medios de comunicación puede actuar como un modelo de conducta, especialmente cuando los individuos se identifican con las circunstancias o características de la persona fallecida.

La teoría del aprendizaje social (Bandura y Walters, 1977), que cuenta con un fuerte y consistente apoyo en investigación empírica, plantea que las personas aprenden no sólo a través de la experiencia directa o con una recompensa, sino también mediante proceso imitativo o sugestivo-imitativo, es decir a través de la observación de otros (especialmente cuando los modelos son percibidos como cercanos o exitosos). Esto explicaría por qué los suicidios de figuras públicas o adolescentes populares en el entorno escolar pueden generar un efecto de imitación, ya que quienes observan pueden percibir esos actos como una salida legítima o incluso heroica ante el malestar. En los casos de adolescentes o niños que no eran considerados "populares", conocidos por sus pares antes de quitarse la vida, o incluso aquellos que fueron objeto de exclusión, *bullying* y distintas formas de acoso sean a posteriori elogiados, glorificados e incluso considerados y aceptados, señala a potenciales observadores que se encuentran en una situación similar una superficial y simple manera de resolver su situación: "si ahora él/ella es reconocido también podría ocurrirme a mí si hiciera lo mismo". Este aprendizaje vicario cobra más fuerza cuando se destacan cualidades positivas con recompensas inmediatas de quienes suben comentarios destacando lo positivo de la conducta suicida. Incluso la cantidad de likes, vistas y viralizaciones, indicador de "éxito" del posteo, puede guiar a entender dicha conducta como una "buena solución" para el estado emocional que se está atravesando. La lógica algorítmica de las plataformas digitales tiende a amplificar contenidos de alto impacto emocional, lo que puede derivar en una exposición repetida y prolongada a relatos de suicidio o autolesiones. A ello se suma que la potencia y velocidad de la comunicación excede a las capacidades de las instituciones, que suelen quedar un paso atrás de estos fenómenos. Además, la interacción en tiempo real permite que quienes atraviesan crisis emocionales reciban refuerzos inmediatos por parte de pares o comunidades virtuales, validando la idea del suicidio como una forma aceptable de alivio del sufrimiento.

El efecto Papageno, opuesto al Werther, refiere al potencial preventivo de mostrar narrativas de superación ante la crisis. Sin embargo, estudios recientes sugieren que estos enfoques preventivos tienen un impacto limitado en comparación con la resonancia emocional que generan las historias trágicas. Las narrativas de resiliencia suelen tener menor visibilidad y no generan el mismo nivel de identificación emocional que los casos de suicidio expuestos de manera sensacionalista. En entornos educativos, espacios privilegiados para la detección temprana y la intervención preventiva, el miedo a estigmatizar a los jóvenes puede —de manera involuntaria— contribuir a su invisibilización y demorar los tiempos de intervención.
Así, el temor a patologizar lleva a evitar considerar diagnósticos o sitaciones criticas, lo que si bien busca evitar la discriminación, también reduce la capacidad de identificar adecuadamente y con rapidez a quienes necesitan ayuda.

En Argentina, las respuestas comunitarias frente al suicidio juvenil, enmarcadas en las etapas iniciales del duelo, suelen incluir rituales simbólicos como posteos, murales, aplausos o ceremonias espontáneas que, aunque bienintencionados, pueden reforzar mitos perjudiciales y transmitir mensajes ambiguos sobre la gravedad y las causas del suicidio. Las creencias de que "el suicidio no

tiene razones" o que "quien quiere suicidarse no avisa", suman dificultades a la capacidad de los referentes escolares para intervenir de manera adecuada.

En conclusión, aunque se reconoce la posibilidad del efecto Papageno y el poder de la comunidad para prevenir el suicidio (Durkheim), la evidencia muestra que los efectos negativos y de imitación tienden a ser más prevalentes en contextos donde predomina la desinformación y las narrativas sensacionalistas.
La complejidad del fenómeno demanda intervenciones más allá de la mera restricción informativa, abarcando estrategias educativas y preventivas basadas en la evidencia y adecuadas a la realidad digital contemporánea.

Es útil considerar que aún persisten mitos muy arraigados como "el suicidio no tiene razones" o "quien quiere suicidarse no avisa" y que donde se realizan ceremonias comunitarias improvisadas, el riesgo de imitación aumenta.

Los catorce primeros días representan un período de alta sensibilidad y vulnerabilidad en el que la representación pública del suicidio puede consolidar ideas erróneas, glorificar el acto o reforzar creencias disfuncionales sobre la muerte autoprovocada.

La influencia del contagio varía según tres factores principales:

1) La notoriedad del fallecido: si la persona era una figura influyente (por ej. líder estudiantil, influencer, músico juvenil), su muerte puede generar una mayor identificación e imitación.

2) El método utilizado: suicidios altamente letales y de gran impacto tienden a aumentar el riesgo de contagio en comparación con métodos menos violentos.

3) La forma en que se comunica el hecho: información sensacionalista o glorificación del fallecido refuerzan la idea de que el suicidio es una salida legítima al sufrimiento.

Copia – Werther – Copycat – Imitación

- **14 DÍAS POSTERIORES – RIESGO ALTO**
- **30 – 60 DÍAS RIESGO MODERADO O BAJO**
- **Facilitar el proceso de duelo**
- **Prevenir nuevos casos de suicidio**
- **Retomar la función de la institución**

¿Quiénes requieren de una mirada más atenta y un seguimiento tras un suicidio?

- Amigos cercanos y compañeros de clase del estudiante fallecido.
- Estudiantes con antecedentes de problemas de salud mental o intentos previos que se identifiquen o encuentren aspectos comunes con el fallecido (*bullying*, pertenencia al mismo grupo minoritario).
- Adolescentes con historias de abuso, negligencia o trauma.
- Jóvenes que idealizaban al fallecido o compartían características con él (edad, identidad de género, experiencias de *bullying*, etc.).

Principios básicos de la posvención

1) Tratar todas las muertes de estudiantes de la misma manera: evitar un enfoque diferente para un estudiante que muere por una enfermedad médica y otro que muere por suicidio, ya que esto refuerza el estigma asociado al suicidio.

2) Tener presente que el suicidio tiene múltiples causas, la gran mayoría de las veces involucra serios problemas de salud mental en combinación con otros problemas como el consumo de sustancias, problemas ambientales e historias de vida adversas que han incluído situaciones críticas.

Mecanismos psicológicos del contagio suicida

Idealización del fallecido: en el duelo normalmente tienden a resaltarse las cualidades positivas del fallecido y minimizar sus problemas, lo que puede hacer que algunos adolescentes vean el suicidio como una decisión válida o admirable.

Efecto de identificación: a mayor parecido superficial al fallecido en términos de edad, personalidad o situación de vida, mayor es la probabilidad de imitación.

Refuerzo positivo: las conductas recompensadas tienden a repetirse. Si el suicidio se ve recompensado con homenajes y reconocimiento (posteos, actos, altares improvisados, murales), algunos adolescentes pueden percibirlo como un escape válido.

Estrategias clave de posvención

Ejemplo de definición para considerar en la comunicación

Núcleo de comunicación a la comunidad educativa y familiares adultos:
El suicidio tiene múltiples causas, la gran mayoría de las veces involucra serios problemas de salud mental o crisis en combinación con otros problemas como el consumo de sustancias, problemas ambientales e historias de vida sumamente adversas. Combinación de muchos factores del pasado y actuales.

Confirmar la información de la muerte por suicidio con fuentes oficiales antes de comunicar cualquier detalle.
Mantener un ambiente enfocado en las actividades escolares habituales.
Evitar rumores o información no verificada.
Contactar a la familia. Ofrecer apoyo, orientación e información.
Indagar la voluntad de los familiares con respecto al manejo de la noticia.

Si la causa de la muerte no está confirmada:

Se debe informar que aún no se ha confirmado y que se compartirá más información cuando esté disponible.

Manejar rumores: reconocer que pueden circular rumores (a menudo inexactos) y recordar a los estudiantes que éstos pueden resultar dañinos e injustos para la persona fallecida, su familia y amigos.

Actuar con prontitud: dado que las noticias y rumores se propagan con rapidez (a través de medios, redes sociales, mensajes, etc.), la escuela puede comenzar a comunicarse con los estudiantes incluso antes de contar con toda la información, utilizando frases como: "en este momento, esto es lo que sabemos...".

Consultar autoridades superiores para:

Verificar las normativas antes de brindar información sobre la causa de la muerte.
Recibir asesoramiento de la vía jerárquica antes de brindar información.

Si la familia no quiere revelar la causa de la muerte:

Se busca un balance entre la honestidad y la sensibilidad.
Respetar los deseos de la familia: se puede informar sobre la muerte de un estudiante, la causa de la muerte no debe divulgarse sin consultar primero a la familia.
Por ejemplo, se puede informar: "nos hemos enterado de que un estudiante falleció durante el fin de semana".

Manejar casos de suicidio:

Aprovechar la oportunidad para psicoeducar a los estudiantes sobre el suicidio, sus causas, prevención y cómo buscar ayuda. Solicitar a otros equipos que planifiquen intervenciones conjuntas con fines preventivos.

Identificar estudiantes en situación de vulnerabilidad:

Además de las actividades grupales psicoeducativas planificadas, se recomienda ofrecer espacios individuales o pequeños de expresión y escucha para aquellos estudiantes cercanos al fallecido e incluso a quienes aún no siendo cercanos, den señales de vulnerabilidad (ya sea quienes hagan posteos empáticos de condolencias como cualquier tipo de expresión negativa, es decir, en cualquier caso que se observe una mayor movilización afectiva). Propiciar espacios de contención a aquellos que se encuentren más movilizados.
Una manera frecuente, involuntaria y en estos casos perjudicial de lidiar con el malestar que la situación acarrea, es evitar y eludir a aquellos estudiantes "movilizados" por la noticia. Es importante comprender que la evitación puede resultar contraproducente e incrementar el impacto en lugar de atenuarlo.

En cuanto a actividades de psicoeducación (presentes en el apéndice), puede ser de ayuda brindar a los profesores y referentes información fehaciente, orientación y guía para abordar situaciones en el aula.

Mantener la normalidad escolar:

- Mantener los horarios regulares para dar una mayor estructura y organización a los estudiantes.
- Notificar inmediatamente a directivos y autoridades superiores sobre lo sucedido.
- Atender a padres u otras personas que lleguen al colegio con preguntas.
- Evitar que los medios de comunicación ingresen a la institución y tengan contacto directo con los estudiantes o el personal.

RECORDAR A LOS MEDIOS Y A LOS COMUNICADORES LA EXISTENCIA DE LEYES NORMATIVAS VIGENTES SOBRE LA DIFUSIÓN DEL SUICIDIO.

Los "SI"	Los "NO"
Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos y la interpretación de los datos estadísticos mencionando el origen de los mismos.	Realizar comentarios espontáneos que refuerzan el estigma, generan situaciones de alarma y no colaboran con el adecuado tratamiento médico.
Referirse al suicidio como un hecho acontecido o que una persona realizó.	Referirse al suicidio como un hecho exitoso que fue la solución para salir de un problema.
Presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores de los soportes gráficos o digitales.	Publicar la información en la tapa de un soporte gráfico o el home de un sitio web. No publicar fotografías o cartas suicidas.
En medios audiovisuales utilizar zócalos, gráficos o leyendas con datos informativos.	Describir detalles específicos del método utilizado, ni imágenes que ilustren los mismos.
Resaltar las alternativas al suicidio y difundir señales de riesgo para tener en cuenta.	Realizar en los medios audiovisuales una cobertura repetitiva y continua del hecho. Evitar el uso de planos cerrados y movimientos de cámara que destaque las acciones suicidas. Evitar el uso de recursos sonoros que generen un marco de dramatismo.
	Realizar dramatizaciones o imágenes ficcionales de un hecho suicida para ilustrar una información al respecto.
Resaltar las alternativas al suicidio y difundir señales de riesgo para tener en cuenta.	Interpretar el hecho suicida como una conducta frente a los problemas o cambios sociales sin analizarlo con la complejidad que conlleva.
Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.	Aportar culpas ni culpables.

Tabla armada en base a "Recomendaciones para el tratamiento mediático del suicidio"Ministerio de Salud de la Nación 2024

EN TODA COMUNICACIÓN ESCRITA, ORAL, FORMAL O INFORMAL:

- No romantizar, tratar de manera heroica, misteriosa o con un significado de valentía o cualquier valencia positiva al sucidio.
- No simplificar las causas, motivos o circunstancias.
- No mencionar métodos, lugares o detalles de la conducta suicida.
- No difundir material gráfico o postear imágenes sobre la escena, la persona fallecida, el lugar o personas en crisis o angustiadas por el duelo.
- No utilizar la palabra “éxito” o “logro” junto a suicidio (tuvo éxito en su conducta, en su intento, etc). En su lugar, puede utilizar: “se quitó la vida” o “cometió suicidio”.

Ejemplo de Mensaje Adecuado:

“Este es un momento difícil para nuestra comunidad. Queremos recordar que hay apoyo disponible para quienes lo necesiten. Si te sentís mal, no dudes en hablar con un adulto de confianza.”

Ejemplo de Mensaje a Evitar:

“Ahora es un ángel en el cielo” → Puede reforzar la idea del suicidio como un escape positivo.
“Es una estrella que nos guía”.

Seguimiento a mediano y largo plazo:

- Implementar talleres de manejo emocional y estrategias de afrontamiento con docentes y estudiantes.
- Evaluar a estudiantes en riesgo y fortalecer su red de apoyo con acompañamiento profesional.
- Capacitar a docentes para identificar signos tempranos en otros estudiantes y mejorar su respuesta ante crisis emocionales.

Apéndice

Orientaciones para el abordaje de situaciones de urgencia subjetiva - intentos de suicidio o autolesiones en NNyA

Destinatarios: Docentes - Equipos Directivos

En el contexto actual se vuelve imprescindible pensar nuestro rol como adultos referentes institucionales y tener en cuenta nuestra implicancia y responsabilidad frente a situaciones de padecimiento y/o riesgo a la integridad psicofísica de los y las estudiantes.

Nuestra tarea consiste en acompañar, escuchar e intervenir para resguardar al estudiante en situación de riesgo y armar una red de cuidado con distintos actores para su abordaje.

Si se presentara una situación de intento de suicidio o autolesión en el el ámbito escolar., el primer adulto que tome conocimiento debe:

- Permanecer con el estudiante o designar a uno o más adultos (que sean de confianza y referencia para el /la estudiante) para que permanezcan con él/ella. Nunca dejar al estudiante solo/a.
- Informar inmediatamente al equipo directivo de la escuela o institución.
- El equipo directivo debe contactar al servicio de salud: SAME.
- Evaluar si los referentes adultos funcionan como factor de protección y cuidado: *¿Existe algún adulto/a responsable a quien se pueda recurrir para que garantice los derechos y atención en salud del NNyA? ¿Está en conocimiento de la situación? ¿Lleva adelante medidas de protección o niega la situación? Identificar si en el relato de la/el estudiante aparecen expresiones de sus referentes que tiendan a minimizarlo, a desestimar el riesgo, etc. (Por ej.: "lo hace para llamar la atención", "no lo va hacer", " tiene todo para estar bien", " cuando seas grande vas a saber lo que son los problemas").*
- Notificar a la familia y/o adultos responsables para informarles lo ocurrido: **si el adulto responsable no actuara como factor de protección se deberá dar intervención al CDNNYA según lo establece la Resolución N°1/2024.**
- Si los padres o adultos responsables deciden retirar al estudiante, el equipo de conducción deberá dejar consignado en actas que fueron notificados y correctamente orientados respecto de la situación de crisis o riesgo y que se les ha orientado a realizar una consulta urgente en el ámbito de Salud.
- Se deberá solicitar a la familia una copia del certificado de actuación del efector de salud para poder realizar el seguimiento y acompañamiento.

Una vez que la crisis inmediata haya pasado, se deberá **elaborar una serie de estrategias de acompañamiento en conjunto los padres/adultos responsables, el estudiante y articular con profesionales tratantes.**
Todas las acciones realizadas deberán registrarse adecuadamente en el libro de actas de la escuela, indicando los procedimientos realizados con una breve descripción de los eventos, las personas y organismos que hayan intervenido y/u orientado en la situación.

¿Cómo comunicar a la familia una situacion de intento de suicidio o autolesión que afecta a un estudiante?

- Es importante ser claro/a con la familia respecto de la situación ocurrida y consultar acerca de la percepción que tienen en relación a la situación que atraviesa su hijo/a (si manifiestan sorpresa, angustia, si tenían conocimiento o no, etc.).
- Explicitar las acciones de cuidado que se efectuaron en la escuela, desde el primer momento en que se tomó conocimiento del hecho para resguardar al estudiante (activación de protocolo, llamado al SAME, designación de referente adulto/a que acompañe al/a estudiante).
- Brindar información sobre servicios de salud mental y asistencia en la urgencia y seguimiento de CABA.
- Orientar a la familia para que esté especialmente atenta al estado del/a estudiante (supervisar las redes sociales, cambios en su comportamiento y en la conformación de sus vínculos, en su rutina cotidiana, en la disposición anímica), teniendo en cuenta también aquellas indicaciones que le hubieran brindado en la atención en salud mental.
- Solicitar contactos de profesionales tratantes, si los hubiese, para tomar contacto con ellos/as, trabajar de manera articulada y atender a las indicaciones que brinden con respecto al caso.
- Explicitar las estrategias de acompañamiento y apoyo que se brindará al estudiante para su contención en la escuela.
- Explicitar y dejar abierto un canal de diálogo y contención a la familia ante cualquier inquietud que pudiera surgir, haciendo hincapié en la necesidad de armar una red colaborativa de cuidados (familia, escuela, profesionales).

Tabla resumen de pasos según nivel de riesgo

Nivel de riesgo	Herramienta de detección	Acciones principales	Requiere derivación inmediata	Requiere escalas adicionales
ALTO	C-SSRS (preguntas 4 o 5 positivas)	Supervisión continua, contacto con familia, derivación a salud mental	SI	NO
MODERADO	C-SSRS (solo ideación sin plan)	Entrevista de ampliación, acompañamiento activo, informar a familia	Según evolución	Opcional si está familiarizado
BAJO	C-SSRS (sin ideación suicida)	Escucha activa, registro institucional, seguimiento cotidiano	NO	NO

Frases útiles para la entrevista inicial con adolescentes en situación de malestar o riesgo

A continuación, se incluyen ejemplos de frases que pueden ser utilizadas por personal escolar durante una entrevista de contención o detección. Están orientadas a favorecer la apertura, reducir la ansiedad y validar el malestar sin inducir respuestas ni juzgar.

Frases de apertura

- "Notamos que estuviste más callado/a últimamente... ¿Querés contarnos cómo te venís sintiendo?"
- "A veces atravesamos momentos difíciles, y no siempre es fácil hablarlo. Estoy acá para escucharte sin juzgar."

Frases para explorar malestar emocional

- "¿Sentís que las cosas te están costando más que antes?"
- "¿Hay algo que te esté preocupando o haciendo sentir mal últimamente?"

Frases para explorar ideación suicida sin inducirla

- "Cuando alguien se siente así, a veces tiene pensamientos de no querer estar más... ¿Te pasó algo parecido?"
- "¿Alguna vez sentiste que no querías seguir viviendo o que no veías salida?"

Frases de validación y apoyo

- "Lo que estás sintiendo tiene sentido. No estás solo/a."
- "Gracias por confiar en contarme esto. Vamos a buscar la mejor manera de ayudarte."

Frases para iniciar acciones concretas

- "Voy a hablar con otras personas del equipo para que podamos acompañarte mejor."
- "Podemos llamar a tu familia para que sepa cómo estás y pensar juntos cómo seguir."

Estas frases son orientativas y deben adaptarse a cada situación. Lo importante es transmitir disponibilidad, seguridad y contención, sin presionar ni dramatizar.

Mitos Frecuentes

A continuación, se presentan algunos mitos comunes relacionados con el suicidio en población adolescente. Identificarlos es clave para prevenir respuestas inadecuadas y fomentar intervenciones informadas y seguras.

"El que lo dice, no lo hace."

Realidad: La mayoría de los adolescentes que intentan suicidarse han expresado previamente, de manera directa o indirecta, su sufrimiento o deseos de morir.

"Hablar sobre suicidio puede inducirlo."

Realidad: Preguntar o hablar sobre suicidio de manera respetuosa y contenida no induce la conducta suicida. Por el contrario, permite detectar situaciones de riesgo y ofrece una vía de ayuda.

"Los jóvenes que intentan suicidarse solo quieren llamar la atención."

Realidad: Toda manifestación de ideación o conducta suicida debe tomarse en serio. Incluso los actos aparentemente "impulsivos" o "teatrales" pueden representar un sufrimiento real.

“Si ya mejoró, el riesgo desapareció.”
Realidad: La mejoría inicial no garantiza ausencia de riesgo. A menudo, los adolescentes muestran conductas más funcionales justo antes de un intento, cuando ya han tomado una decisión.

“Los adolescentes no se suicidan, solo los adultos.”
Realidad: El suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes a nivel mundial. La adolescencia es una etapa crítica para el desarrollo de trastornos afectivos y de riesgo.

“El suicidio no se puede prevenir.”
Realidad: Con acompañamiento adecuado, escucha activa, intervención oportuna y derivación profesional, muchos suicidios pueden prevenirse.

“Es mejor no intervenir para no agravar la situación.”
Realidad: No intervenir puede aumentar el riesgo. El silencio, la minimización o la omisión refuerzan el aislamiento y la desesperanza.

Se recomienda abordar estos mitos en la formación de equipos escolares, con un enfoque basado en evidencia, empatía y acción temprana.

Frases útiles para el diálogo con las familias ante situaciones de riesgo

El contacto con las familias es una parte clave en el acompañamiento de estudiantes en situación de riesgo. A continuación, se ofrecen ejemplos de frases útiles, y también frases desaconsejadas, para orientar estos intercambios de manera clara, empática y respetuosa del rol familiar. También se recuerda que la escuela no cumple funciones terapéuticas, sino de contención, observación y derivación.

Situación	Frase recomendada	Frase desaconsejada o poco útil
Primer contacto con la familia	***“Queremos compartir con ustedes una preocupación que surgió en el espacio escolar.”***	***“Tenemos un problema con su hijo/a.”***
Validación del rol familiar	***“Ustedes son quienes mejor lo/la conocen. Queremos pensar juntos cómo acompañarlo/a.”***	***“Nosotros nos encargamos de hablar con él/ella porque ustedes no pudieron.”***
Comunicación de riesgo leve o moderado	***“Notamos cambios que merecen atención. Creemos que puede beneficiarse de hablar con un profesional.”***	***“No se preocupe, es algo normal en los adolescentes.”***
Comunicación de riesgo alto	***“Hemos detectado señales que indican riesgo. Es necesario que sea evaluado/a por un profesional de salud mental.”***	***“Su hijo/a está al borde de hacer algo grave.”***
Propuesta de derivación	***“Sugerimos una consulta con un/a profesional que pueda evaluar en profundidad.”***	***“Tienen que llevarlo al psiquiatra urgente o puede pasar algo.”***
Reafirmación del rol escolar	***“Desde la escuela acompañamos, pero no reemplazamos la atención clínica especializada.”***	***“Nosotros vamos a resolverlo acá con entrevistas escolares.”***

Glosario de términos relevantes en la intervención escolar ante riesgo suicida

Término: Definición clara y operativa
Ideación suicida: Pensamientos o deseos de morir, con o sin intención concreta.
Plan suicida: Detalle específico de cómo, cuándo y con qué método se llevaría a cabo el suicidio.
Intento suicida: Acto realizado con la intención de quitarse la vida, independientemente del resultado.
Conducta autolesiva: Acción de provocarse daño físico sin intención suicida (por ejemplo, cortes, golpes).
Contención emocional: Acompañamiento cercano, escucha activa y validación del malestar, sin intervención clínica.
Derivación: Orientación del estudiante y su familia a un servicio de salud mental especializado.
Seguimiento: Estrategia escolar de monitoreo y contacto regular con el estudiante luego de la intervención.
Evaluación psicosocial: Valoración clínica integral de un/a profesional de salud mental.
Confidencialidad relativa: Compromiso ético de resguardo de la información, que cede ante riesgo vital.
Supervisión institucional: Presencia activa de adultos responsables en la escuela mientras se espera la respuesta sanitaria.
Registro institucional: Documento interno que deja constancia formal de lo ocurrido y de las acciones tomadas.

Indicadores de derivación y errores frecuentes en la intervención escolar

Indicadores que requieren derivación inmediata a servicios de salud mental:

- Ideación suicida con plan específico o acceso a medios.
- Intento reciente de suicidio, aunque haya sido verbalizado como “accidente”.
- Conductas de preparación (regalar pertenencias, redactar cartas de despedida).
- Cambios abruptos de conducta asociados a verbalizaciones de desesperanza o despedida.
- Aparición simultánea de consumo problemático de sustancias y verbalizaciones suicidas.
- Autoagresiones con intención ambigua o difícil de interpretar.

Ante cualquiera de estos indicadores, no se debe esperar confirmación clínica: la derivación y el resguardo deben ser inmediatos.

Errores frecuentes en la intervención escolar (y cómo evitarlos):

- ❌ **Minimizar el relato del estudiante**
  ✔ Escuchar sin juzgar ni desestimar. Frases como “eso no es tan grave” deben evitarse.
- ❌ Asumir que si se muestra tranquilo/a ya no hay riesgo
  ✔ Recordar que muchas personas toman decisiones con aparente calma. Evaluar contexto y consistencia del relato.

- ❌ No comunicar la situación al equipo o a la familia por miedo al enojo del estudiante
  ✔ La protección de la vida es prioritaria. La confidencialidad no incluye el ocultamiento de riesgo grave.
- ❌ Derivar sin acompañamiento o seguimiento posterior
  ✔ Acompañar la mayor cantidad de pasos que sea posible, incluyendo la instancia de derivación y el retorno a la escolaridad habitual.
- ❌ Intentar resolver la situación en soledad
  ✔ Activar redes de cuidado institucional. El abordaje del suicidio es una tarea colectiva, no individual.

A modo de cierre:

Si bien cada situación es particular, es necesario tener en cuenta lo anteriormente expuesto, dado el impacto de este tipo de eventos en la vida institucional y grupal; razón por la cual también ameritan una abordaje ordenado e integral que contemple todas las dimensiones mencionadas.

Recursos disponibles

G.C.B.A. (2019) Educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas. Prácticas de cuidado en relación con el consumo de drogas. - 1a edición para el profesor. Ministerio de Educación e Innovación, Libro digital, PDF Serie Profundización NES. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2019). *Educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas: Prácticas de cuidado en relación con el consumo de drogas (1ª ed. para el profesor)* [Libro digital, PDF]. Ministerio de Educación e Innovación, Serie Profundización NES.
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/fg_co_consumo_practicas_cuidado.pdf

G.C.B.A. (s.f.). Valija de vida saludable. Prevención de adicciones. En: Guía de orientación pedagógica para docentes. Educación primaria.

Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2016). Valija de vida saludable. Prevención de adicciones. En: *Guía de orientación pedagógica para docentes*.https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/media/document/2016/10/07/29b3837b0c7f1b8e814a1397712f6815db42a13a.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2024) *Hacer de cada escuela de la Región de las Américas una escuela promotora de la salud: Guía de implementación para instituciones educativas*.https://iris.paho.org/handle/10665.2/61898

OPS (2023) Salud mental es cosa de todas y todos Kit para talleres con adolescentes y jóvenes.

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Adolescencias y Juventudes y Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Salud mental es cosa de todas y todos: Kit para talleres con adolescentes y jóvenes*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/kit_talleres_salud_mental.pdf

Bibliografía

Abrutyn, S., & Mueller, A. S. (2014). Are suicidal behaviors contagious in adolescence? Using longitudinal data to examine suicide suggestion. *American sociological review, 79*(2), 211-227. https://doi.org/10.1177/0003122413519445

Abuse and Mental Health Services Administration. Preventing Suicide: A Toolkit for High Schools. HHS Publication No. SMA-12-4669. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012 p.79. https://store.samhsa.gov/product/Preventing-Suicide-AToolkit-for-High-Schools/SMA12-4669

Aguinaldo, L. D., Sullivant, S., Lanzillo, E. C., Ross, A., He, J. P., Bradley-Ewing, A., Bridge, J. A., Horowitz, L. M., & Wharff, E. A. (2021). Validation of the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) with youth in outpatient specialty and primary care clinics. *General Hospital Psychiatry, 68*, 52–58. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.11.006

Alamo, C., Baader, T., Antúnez, Z., Bagladi, V., & Bejer, T. (2019). Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 57*(2), 167-175. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200167

Álvarez-García, D., García, T., & Núñez, J. C. (2015). Predictors of school bullying perpetration in adolescence: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 23*, 42–49. https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.007

Antoniadou, N., & Kokkinos, C. M. (2015). Cyber and school bullying: Same or different phenomena? *Aggression and Violent Behavior, 25*, 363–372. https://doi:10.1016/j.avb.2015.09.013

Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: Un manual para la utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental. https://www.who.int/publications/i/item/who-msd-msb-01.6b

Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1, pp. 141-154). Englewood Cliffs, NJ: Prentice hall.

Bertini, M.C.; Busaniche, J; Ferney Baquero, D.; Eymann, A.; Krauss, M.; Paz, M. y Catsicaris, C. (2015). Adaptación transcultural y validación del test CRAFFT como prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias en un grupo de adolescentes argentinos. *Arch. argent. pediatr.*, 113 (2) :114-118 https://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.114

Breux, P., Samet, M., Nickerson, A., y Schaffer, G. E. (2019). Ayudar a los estudiantes en riesgo de suicidio: evaluación, intervención y seguimiento para el plan de estudios de capacitación de profesionales basados en la escuela. Centro de Prevención del Suicidio del Estado de Nueva York y Asociación de Psicólogos Escolares de Nueva York.

Brådvik, L. (2018). Suicide risk and mental disorders. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 2018. https://doi.org/10.3390/ijerph15092028

Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de

Beck (BDI-II). BDI-II. *Inventario de depresión de Beck,* 11-37.

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of internal medicine, 158*(16), 1789–1795. https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789

Craig, W., Harel-Fisch, Y., Fogel-Grinvald, H., Dostaler, S., Hetland, J., Simons-Morton, B., Molcho, M., de Mato, M. G., Overpeck, M., Due, P., Pickett, W., HBSC Violence & Injuries Prevention Focus Group, & HBSC Bullying Writing Group (2009). A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International journal of public health, 54 Suppl 2*(Suppl 2), 216–224. https://doi.org/10.1007/s00038-009-5413-9

Cremades, C. F., Garay, C. J., Etchevers, M. J., Muiños, R., Peker, G. M., & Gómez Penedo, J. M. (2023). Adaptación y validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en adultos del Área Metropolitana de Buenos Aires. Avances en Psicología Latinoamericana, 41(3), 1-18. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.11523

Cremonte, M., Ledesma, R. D., Cherpitel, C. J., & Borges, G. (2010). Psychometric properties of alcohol screening tests in the emergency department in Argentina, Mexico and the United States. *Addictive behaviors, 35*(9), 818–825. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.021

Chung, T.; Creswell, K.G.; Bachrach, R.; Clark, D.B. y Martin, C.S. (2018). Adolescent binge drinking: developmental context and opportunities for prevention. *Alcohol Res*. 39(1):5–15.

Camarelles Guillem, F.; Córdoba García, R.; Justo Gil, S.; Ramírez Manent, J.I.,; Rodríguez Benito L.; Cervigón Portaencasa, R., et al. (2022) *Guía breve para el cribado e intervención breve en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en Atención Primaria*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/127092

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N. I., Helmich, N., & Lunansky, G. (2021). Argentinian Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Screening Study of the General Population During Two Periods of Quarantine. *Clinical psychology in Europe,* 3(1), e4519. https://doi.org/10.32872/cpe.4519

Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabí, S., Pérez-Albéniz, A., & Debbané, M. (2022). Risk and protective factors in adolescent suicidal behaviour: A network analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1784. https://doi.org/10.3390/ijerph19031784

Galarza, A. L., Fernandez Liporace, M. M., Castañeiras, C. E., & Freiberg Hoffmann, A. (2021). Diseño y análisis psicométrico de una escala para evaluar riesgo suicida en adolescentes argentinos. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 26(3):203-216 DOI:10.5944/rppc.28625

Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. Jama, 293(13), 1635-1643.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the DERS. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo [NIAAA]. (s. f.). *The Developing Brain and Underage Drinking*. Bethesda, MD: National Institutes of Health. Recuperado de https://www.niaaa.nih.gov

Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo [NIAAA]. (2007). *Defining binge drinking. What colleges need to know now*. Bethesda (MD): National Institutes of Health. https://www.collegedrinkingprevention.gov/sites/cdp/files/documents/1College_Bulletin-508_361C4E.pdf

John, A., Glendenning, A. C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., Lloyd, K., & Hawton, K. (2018). Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *Journal of medical Internet research, 20*(4), e129. https://doi.org/10.2196/jmir.9044

Li, C., Wang, P., Martin-Moratinos, M., et al. (2024). Traditional bullying and cyberbullying in the digital age and its associated mental health problems in children and adolescents: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 33*, 2895–2909. https://doi.org/10.1007/s00787-022-02128-x

Lovero, K. L., Dos Santos, P. F., Come, A. X., Wainberg, M. L., & Oquendo, M. A. (2023). Suicide in global mental health. *Current psychiatry reports,* 25(6), 255-262.

Lunansky, G., van Borkulo, C. D., Haslbeck, J. M. B., van der Linden, M. A., Garay, C. J., Etchevers, M. J., & Borsboom, D. (2021). The Mental Health Ecosystem: Extending Symptom Networks With Risk and Protective Factors. *Frontiers in psychiatry, 12*, 640658. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.640658

Marchi, M., Arcolin, E., Fiore, G., Travascio, A., Uberti, D., Amaddeo, F., ... & Italian Working Group on LGBTIQ Mental Health. (2022). Self-harm and suicidality among LGBTIQ people: a systematic review and meta-analysis. International Review of Psychiatry, 34(3-4), 240-256.

Marín Tejeda, M., Robles García, R., González-Forteza, C., & Andrade Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521–526.

Michelini, Y., & Godoy, J. C. (2022). Adaptación argentina de dos escalas de dificultades en la regulación emocional en adultos emergentes universitarios. *Psykhe (Santiago)*, 31(1), 1–20.

Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud*. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; Sociedad Argentina de Pediatría.

Mikulic, I. M., Cassullo, G. L., Crespi, M. C., & Marconi, A. (2009). Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anuario de investigaciones,* 16, 365-373.

Moitra, M., Santomauro, D., Degenhardt, L., Collins, P. Y., Whiteford, H., Vos, T., & Ferrari, A. (2021). Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of psychiatric research*, 137, 242–249. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.053

Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). *Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis*. *World Journal of Psychiatry, 7*(1), 60–76. https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60

Ministerio de Salud de Argentina [MSAL]. (2018). *Encuesta Mundial de Salud Escolar*. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/encuesta-mundial-salud-escolar-2018.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (s.f.). *Guía de práctica clínica nacional sobre intervención breve para reducir el consumo de alcohol*. Ministerio de Salud de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gpc-alcohol-breve.pdf

Nicholas, A., Niederkrotenthaler, T., Reavley, N., Pirkis, J., Jorm, A., & Spittal, M. J. (2020). Belief in suicide prevention myths and its effect on helping: A nationally representative survey of Australian adults. *BMC psychiatry*, 20, 1-12.

Nocentini, A., Fiorentini, G., Di Paola, L., & Menesini, E. (2018). Parents, family characteristics, and bullying behavior: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.07.010

Observatorio Argentino de Drogas [OAD]. (2017). Análisis de los contextos individuales y sociofamiliares en jóvenes escolarizados y su relación con el consumo de alcohol y marihuana. https://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/AnlisisZdeZlosZcontextos.pdf Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de https://www.who.int

Oñi-Sarriés, A., Gutiérrez-Valencia, M., Morata-Sampaio, L., et al. (2025). *Lifestyle Habits, Problem Behaviors and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: A Systematic Review with Meta-Analysis of Longitudinal Studies*. *Adolescent Research Review*. https://doi.org/10.1007/s40894-025-00257-3

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions 2023

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*. https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-salud-mujer-nino-adolescente-2016-2030

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *The Health of Adolescents and Youth in the Americas. Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010–2018*; PAHO: Washington, DC, USA. https://www.paho.org/adolescent-health-report-2018/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria*.https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85401/9789275332344_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/alcohol-atencion-primaria.

pdf?sfvrsn=160323ea_2

Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 751–780. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516

Pan American Health Organization [PAHO]. (2020). *Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas 2020*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52705/9789275122211_eng.pdf

Pastor-Barriuso, R., Padrón-Monedero, A., Almazán-Isla, J., García López, F. J., de Pedro-Cuesta, J., & Damián, J. (2024). Association Between Disability and Suicide Mortality in the Spanish Community-Dwelling Adult Population. A Population-Based Follow-Up Study. International Journal of Public Health, 69, 1607344.

Quintana-Orts, C., Rey, L., & Worthington, E. L., Jr. (2021). The relationship between forgiveness, bullying, and cyberbullying in adolescence: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse, 22*(3), 588–604. https://doi.org/10.1177/1524838019869098

Rangel-Navia, H., Annicharico-Lobo, J. H., & Martínez-Torres, J. (2022). Autolesiones deliberadas y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de Colombia 2016. *Revista médica de Chile,* 150(6), 736–743. https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000600736

Rigby, K. (2024). Theoretical perspectives and two explanatory models of school bullying. *International Journal of Bullying Prevention, 6*(2), 101-109.

Sánchez González, J. F., Attorresi, H. F., & Abal, F. J. P. (2020). Escala de Desesperanza de Beck analizada con teoría de respuesta al ítem. Revista de Psicología-Tercera época, 19.

Van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 168*(5), 435–442. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4143

Villarubia, M. D., Morán, V. E., Natera, M. Z., Giovannini, V., Vieyra, V., & Abbá, C. (2024). Datos normativos para la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) en población de estudiantes universitarios de Río Cuarto.

Uddin, R., Burton, N. W., Maple, M., Khan, S. R., & Khan, A. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. The Lancet child & adolescent health, 3(4), 223-233.

Wang, X. X., Gan, Q., Zhou, J., Cosquer, M., Falissard, B., Corruble, E., ... & Gressier, F. (2023). A systematic review of the factors associated with suicide attempts among sexual-minority youth. *The European Journal of Psychiatry, 37*(2), 72-83.

Whitley, R., Fink, D. S., Santaella-Tenorio, J., & Keyes, K. M. (2019). Suicide Mortality in Canada after the Death of Robin Williams, in the Context of High-Fidelity to Suicide Reporting Guidelines in the Canadian Media. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 64*(11), 805–812. https://doi.org/10.1177/0706743719854073

Williams, AJ, Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A. y Michail, M. (2021). Revisión

sistemática y metaanálisis de la victimización y la prevalencia de la salud mental en jóvenes LGBTQ+ con experiencias de autolesión y suicidio. *PloS one, 16* (1), e0245268.

Walters, G. D., & Espelage, D. L. (2021). Cognitive/affective empathy, pro-bullying beliefs, and willingness to intervene on behalf of a bullied peer. *Youth & Society*, 53. https://doi.org/10.1177/0044118X19858565