OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

2026

GUÍA BREVE PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA EN JÓVENES

.UBA Universidad de Buenos Aires

.UBA PSICOLOGÍA
Facultad de Psicología

.UBA Universidad de Buenos Aires

.UBA PSICOLOGÍA
Facultad de Psicología

Documento elaborado por la Facultad de Psicología

de la Universidad de Buenos Aires

ISBN 978-950-29-2106-8

Guía breve para la prevención, detección y abordaje de la conducta suicida en los jóvenes / Martín Juan Etchevers ... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-950-29-2106-8

1. Salud Mental. I. Etchevers, Martín Juan

CDD 150

VERSIÓN 2026

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 normativa vigente. 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. (2026). Guía breve para la prevención, detección y abordaje de la conducta suicida en jóvenes. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Cita en formato Vancouver:
Etchevers M.J., Garay C.J., Galiana A, López P., Helmich N., Bodón C. Guía breve para la prevención, detección y abordaje de la conducta suicida en jóvenes. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2026.

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
Prof. Dr. Guido P. Korman, 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

Diseño Editorial

DG. Agustina Espector, Universidad de Buenos Aires

ISBN 978-950-29-2106-8

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Septiembre de 2026

Indice

Aclaraciones **7**

Introducción **8**

Conceptos relevantes **10**

Factores de riesgo y factores protectores **13**

Factores de riesgo **14**

1. Factores de riesgo personales y psicológicos 14
2. Factores de riesgo familiares y antecedentes personales 15
3. Factores de riesgo sociales y contextuales 15
4. Factores de riesgo académicos 16
5. Factores de riesgo ambientales y acceso a métodos letales 16

Factores protectores 17

1. Factores protectores psicológicos 17
2. Factores protectores psicosociales 17

Pautas para la entrevista y exploración **18**

Señales de riesgo **19**

Riesgo alto 19

Riesgo moderado 26

Riesgo bajo 28

Decisiones si hay riesgo alto, moderado o bajo **29**

Intervenciones Clínicas **30**

Uso de escalas e instrumentos psicométricos en la detección de riesgo suicida **33**

Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (versión argentina) 34

Escala de Desesperanza de Beck (versión argentina) 35

Escala Argentina de Suicidalidad para Adolescentes (EASA-I) 37

Escalas de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) 39

Conductas Parasuicidas - Autolesiones **42**

Después del suicidio - Posvención **50**

Fundamentos 50

Mecanismos psicológicos de la transmisión social 50

Efectos Werther y Papageno 51

Principios clínicos de la posvención 52

Organización de la respuesta posventiva 53

Comunicación clínica y manejo de la información 53

Seguimiento y cuidado de los profesionales 54

Seguimiento a mediano y largo plazo: 54

RECORDAR A LOS MEDIOS Y A LOS COMUNICADORES LA EXISTENCIA DE LEYES NORMATIVAS VIGENTES SOBRE LA DIFUSIÓN DEL SUICIDIO **55**

EN TODA COMUNICACIÓN ESCRITA, ORAL, FORMAL O INFORMAL 56

Apéndices 57

Tabla resumen de pasos según nivel de riesgo 57

Frases útiles para la entrevista inicial con adolescentes en situación de malestar o riesgo 58

Mitos Frecuentes 59

Glosario de términos relevantes ante riesgo suicida 60

Indicadores que requieren derivación inmediata a servicios de salud mental: 61

Bibliografía 62

Aclaraciones

El objetivo principal de esta guía es asistir a los profesionales de la salud en la prevención y detección rápida de señales de alerta de riesgo suicida en adolescentes y adultos jóvenes y en la implementación de respuestas inmediatas.
Su desarrollo se basa en la mejor evidencia científica disponible hasta la fecha de su redacción, junto al aporte de destacados profesionales e investigadores de nuestro país. Además, para su elaboración se tuvieron en cuenta las características del contexto específico 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.

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.

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

El contenido de esta guía no reemplaza los protocolos institucionales específicos ni las decisiones clínicas o administrativas que correspondan. Cualquier acción derivada de su lectura deberá realizarse de conformidad con la normativa vigente y los procedimientos establecidos en el ámbito correspondiente, respetando las competencias y responsabilidades de cada actor involucrado.

Introducción

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal. Esta guía se propone brindar información útil a la hora de detectar el riesgo suicida e intervenir para la prevención y abordaje de la conducta suicida. 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.

SUICIDIO COMO INTENTO DE ELIMINAR MALESTAR

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.
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 sostiene que el suicidio constituye principalmente un problema de los países de ingresos altos. Esto es falso: el suicidio ocurre en países de todos los niveles de ingresos y, en términos absolutos, cerca de tres de cada cuatro muertes por suicidio se producen en países de ingresos bajos y medios. Las tasas presentan, sin embargo, una amplia variabilidad entre países y no mantienen una relación simple con su nivel de ingresos. Por ello, casos frecuentemente mencionados, como los de Suiza o Japón, no permiten establecer una asociación general entre mayor desarrollo económico y mayor mortalidad por suicidio
El aumento de la problemática suicida en la población joven involucra grandes y variados aspectos de los significativos cambios sociales de las últimas décadas. En ámbitos juveniles 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.

En general, 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.

Según los últimos datos nacionales publicados, entre abril de 2023 y octubre de 2025 se notificaron

22.249 intentos de suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), de los cuales el 61 % correspondió a mujeres. La proporción de intentos con resultado mortal fue del 2,1 % en las mujeres y del 10,8 % en los varones, lo que representa una letalidad aproximadamente cinco veces mayor en estos últimos.

Las tasas más elevadas de notificación se concentraron en adolescentes y jóvenes: el grupo de 15 a 19 años presentó 124 intentos cada 100.000 habitantes, seguido por el de 20 a 24 años, con 114 cada 100.000. Entre los 15 y 19 años, la tasa de intentos en mujeres duplicó la de los varones; sin embargo, estos presentaron una proporción considerablemente mayor de intentos con resultado mortal.

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).

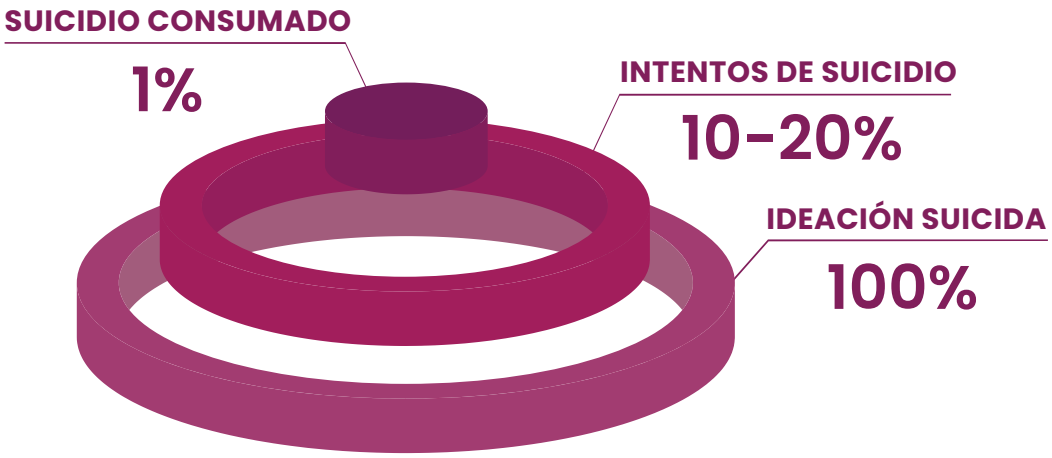
Ideación suicida: incluye tanto el deseo de morir como el pensamiento de planificar la propia muerte, y admite distintos grados de gravedad. En su forma mas activa la persona piensa en métodos que, como veremos más adelante, pueden variar en el grado de letalidad; pero que no dejan lugar a dudas de que la persona presenta un grado de riesgo (ya sea leve, moderado o grave) que debería llamar la atención de familiares y/o profesionales 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 o muerte por suicidio: se refiere a la muerte producida por una conducta autoinfligida realizada con intención de morir.

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.

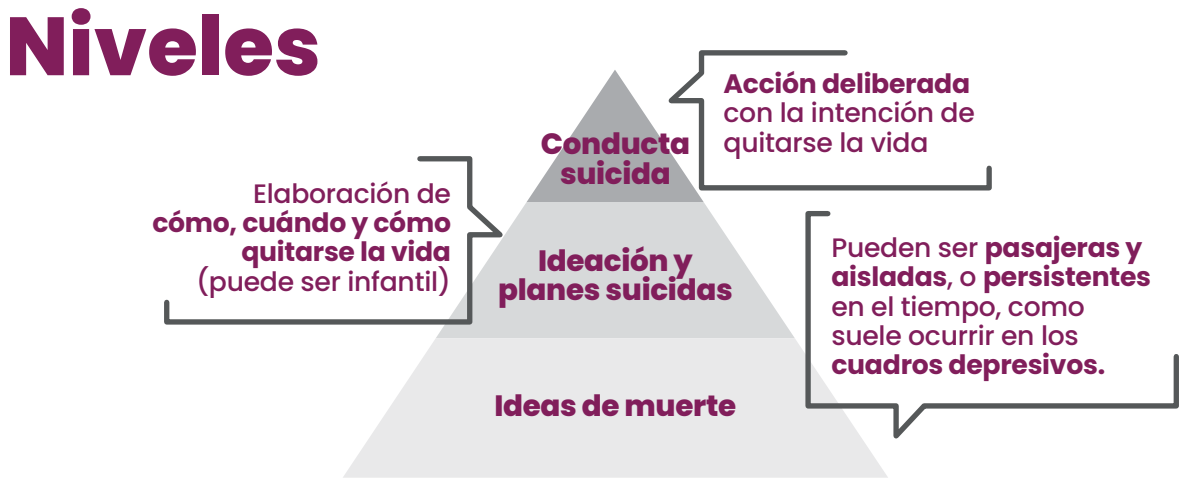
Plan suicida: las personas llevan adelante la elaboración detallada de cómo, cuándo y dónde quitarse la vida. Abarca la selección de métodos específicos, preparación de medios y consideración de las consecuencias.

Plan suicida "aparentemente inofensivo": debe ser considerado con la misma seriedad que otro plan, particularmente en adolescentes y jóvenes 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 puede ser no menor a un 20% de los intentos de suicidio. La conducta suicida impulsiva 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

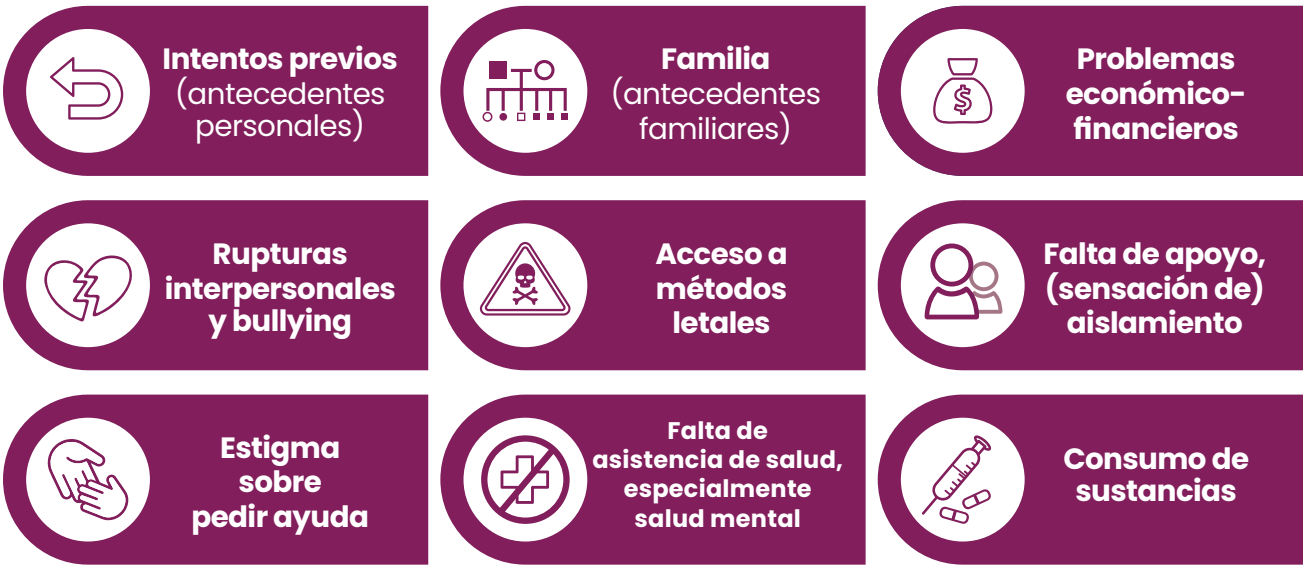
Debido a la complejidad del fenómeno suicida y a que ha sido imposible identificar una única causa que explique la conducta suicida de manera aislada, los enfoques científicos la atribuyen a la interacción dinámica de factores de riesgo y factores protectores. A su vez, estos factores pueden ser de diferente 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 jóvenes 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 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 (no necesariamente sexual), Bullying y Cyberbullying: 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

Dentro del ámbito 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 académicos 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, instituciones).
- Ambiente seguro y libre de violencia.
- Acceso a servicios de salud mental y programas de intervención temprana.
- Referentes afectivos y modelos positivos a seguir, relaciones interpersonales saludables.
- Iniciativas que favorezcan el diálogo y la escucha así como la promoción del bienestar.
- Religiosidad, participación en actividades comunitarias, artísticas 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 entrevistado, 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.

Explicar la confidencialidad y sus límites: señalar que la información será tratada con privacidad y respeto, pero que, ante una situación de riesgo, puede ser necesario compartirla con personas o profesionales responsables de brindar protección y asistencia.

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:

Antecedentes y cambios recientes:

- Intento de suicidio previo, especialmente si fue reciente, de elevada letalidad o requirió atención médica; también intentos abortados o interrumpidos.
- Aumento repentino del consumo de alcohol u otras sustancias, particularmente cuando se acompaña de ideación suicida, impulsividad o pérdida de control.
- Agitación intensa, ansiedad extrema, insomnio persistente, conducta temeraria o incapacidad para controlar los impulsos.
- Alucinaciones, ideas delirantes u otras experiencias que ordenen, impulsen o justifiquen hacerse daño o morir.

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 la presencia de armas en el hogar por profesión o uso deportivo; pastillas, pesticidas; lugares para llevar adelante ahorcamiento; cercanía a vías del ferrocarril y cualquier otro medio letal o contexto de riesgo para la vida.
  Como ya se mencionó con respecto a los medios, el profesional no debe desestimar aquellos que podrían considerarse inadecuados o impropios, pero que desde la perspectiva del/la entrevistado/a podrían ser letales. Por ejemplo, lugares de baja altura, cables o sogas débiles y medicamentos de baja o nula letalidad.
- **Cambio abrupto e inexplicable del estado de ánimo:** Mejoría repentina, calma inusual o disminución brusca de la angustia luego de un período de depresión, agitación o desesperanza, sin que hayan cambiado las circunstancias externas ni se hayan resuelto los problemas que provocaban el malestar. Este cambio no debe interpretarse automáticamente como una recuperación. En algunos casos puede indicar que la persona ha tomado una decisión suicida, especialmente si aparecen también despedidas, entrega de pertenencias, acceso a medios letales o preparación de un plan.
- **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, pareja, familia) 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 los familiares 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:

	SI	NO
Antecedentes y cambios recientes		
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:
"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 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 los familiares o acompañantes (pareja o amigos).

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 D (aunque le parezca inadecuado o infantil a quien evalúa), proceder de inmediato a compartir con el equipo de salud, informar a los familiares y mantener al entrevistado/a acompañado.

Uso de la Escala Columbia en la entrevista de evaluación

Hablar sobre suicidio puede generar temor. 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 Columbia para Evaluar la Gravedad de la Ideación Suicida (C-SSRS)** es una herramienta estructurada que permite explorar la presencia y gravedad de la ideación, la intención, la planificación y los antecedentes de conducta suicida. Puede ser utilizada por profesionales de la salud adecuadamente familiarizados con su administración. Sus resultados complementan la entrevista clínica y no deben emplearse de manera aislada para predecir un suicidio ni para asignar automáticamente un nivel de riesgo.

La **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.

Para profundizar en su conocimiento, aplicaciones en contexto, base científica, idiomas y acceder a los protocolos originales pueden visitar el sitio oficial en: https://www.columbiapsychiatry.org/research-labs/columbia-suicide-severity-rating-scale-c-ssrs

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.).

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 (Gould, et al 2005).

Las preguntas iniciales de la C-SSRS están destinadas a la detección o tamizaje *(screening)* y pueden ser formuladas por personas que hayan recibido una capacitación básica y que, por su función, tengan responsabilidades de cuidado, asistencia, prevención o respuesta ante emergencias, aunque no sean profesionales de salud mental. Esto incluye, por ejemplo, a psicólogos sin formación especializada en suicidio, personal médico o de enfermería, trabajadores sociales, bomberos, integrantes de Defensa Civil, personal de emergencias, docentes, profesores de educación física, entrenadores deportivos y otros referentes comunitarios.

**Esta herramienta es un primer paso,
no una solución completa.**

¿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 joven 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 el equipo de salud.

¿Cómo introducir estas preguntas?

Ante una demanda espontánea, o que otras personas informen preocupación, referencias directas o alusiones a la suicidabilidad de una persona joven. 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 de la persona en cuestión.**

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

"En la vida podemos atravesar momentos muy complejos. 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 entrevistado/a.

Formule siempre las preguntas 1 y 2. Si la respuesta a la pregunta 2 es afirmativa, continúe con las preguntas 3, 4 y 5. Si estas son negativas, pase directamente a la pregunta 6. La pregunta 6 debe formularse siempre, con independencia de las respuestas anteriores.

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
¿Deseaste 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
¿Realmente pensaste en hacer algo para no estar más vivo/a?		

Si alguna **respuesta a la preguntas 1 y 2 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 específico)

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
¿Pensaste en cómo te harías daño o cómo te quitarías la vida?		

4. Ideación suicida con intención

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

Pregunta sugerida:	SI	NO
¿Tuviste estos pensamientos y pensaste seriamente en llevarlos a la práctica?		

5. Ideación suicida con plan activo e intención

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

Pregunta sugerida:	SI	NO
¿Empezaste a elaborar o ya tenes elaborados los detalles sobre cómo suicidarte? Tenés intención de llevarlo a cabo?		

6. Conducta suicida o actos preparatorios

La persona hizo **algo concreto**, comenzó a hacerlo o se preparó para llevar a cabo la conducta.

Pregunta sugerida:	SI	NO
¿Hiciste algo concreto o comenzaste a hacerlo o te preparaste para acabar con tu vida?		

Si la respuesta es afirmativa, preguntar: ¿Esto ocurrió durante los últimos tres meses?

Una respuesta afirmativa a las preguntas 4 o 5, o a la pregunta 6 cuando la conducta suicida ocurrió durante los últimos tres meses, indica riesgo alto y requiere una evaluación clínica inmediata. Las respuestas afirmativas a las preguntas 1, 2 o 3 también requieren ampliar la evaluación, aunque no determinan por sí solas un riesgo alto. Las respuestas orientan la clasificación

inicial, pero no sustituyen una valoración clínica integral.

Recomendaciones ante respuestas afirmativas

- Ante cualquier respuesta afirmativa, ampliar la entrevista para explorar la actualidad, frecuencia e intensidad de la ideación; la presencia de intención o planificación; el acceso a medios; los actos preparatorios; los intentos previos; el consumo de sustancias; el estado mental actual y los factores protectores.
- Registrar lo expresado con las propias palabras de la persona, consignando el contexto y el momento en que aparecieron los pensamientos o las conductas, sin minimizar ni realizar interpretaciones apresuradas.
- Si existe intención actual, un plan, acceso a medios, actos preparatorios, un intento reciente o dificultades para mantener la propia seguridad, no dejar sola a la persona, mantener un acompañamiento continuo y limitar el acceso a medios potencialmente letales.
- **Ante riesgo grave o inminente, comunicarse inmediatamente con el servicio de urgencias de su cobertura médica o con el servicio público de emergencias de la jurisdicción. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires llamar al SAME (107) y, ante peligro inmediato, al 911.**
- **Para recibir orientación y apoyo profesional en una urgencia de salud mental, puede llamarse desde cualquier lugar del país al 0800-999-0091, disponible las 24 horas, todos los días del año.**
- En menores de edad, involucrar a los adultos responsables, siempre que no constituyan una fuente de riesgo. En personas mayores de edad, considerar su consentimiento y autonomía, salvo que exista un riesgo grave e inmediato.
- Ante dudas sobre la urgencia o la conducta que debe seguirse, consultar con un profesional o equipo especializado

Riesgo moderado

Las señales de riesgo moderado son:

- Exposición reciente al suicidio o intento de suicidio de una persona cercana o significativa.
- Aislamiento social: familia y amigos. Se aísla y deja de participar en actividades sociales.
- Dificultad para concentrarse y bajo rendimiento laboral o académico.
- 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 (varios días sin bañarse).
- Cambios en el sueño o apetito (pérdida o aumento de peso).
- Agresión, enojo, irritabilidad, ira o angustia intensa.
- Pérdida de interés en actividades antes placenteras.
- Quejarse de dolores físicos frecuentes (cabeza, estómago, especialmente en menores).
- Interrupción del tratamiento de salud mental.
- Abandono de la medicación indicada.
- Alta reciente de una internación psiquiátrica.

Cuando las señales de riesgo moderado se encuentran presentes, es necesario iniciar **una evaluación ampliada por profesionales especializados (psicólogos clínicos o médicos psiquiatras)**, seguimiento del caso, brindando apoyo y asistencia. Esto debe involucrar al equipo de salud, los familiares y/o pareja o amigos.

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 los demás.	
7. Problemas de concentración en tareas académicas 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.	

Este formulario tiene carácter orientativo y no debe interpretarse mediante un punto de corte. Las respuestas deben valorarse considerando su frecuencia, intensidad, duración, el cambio respecto del funcionamiento habitual y su impacto en la vida cotidiana. La presencia simultánea de varios indicadores, su persistencia o un deterioro marcado requieren ampliar la evaluación clínica. Si la persona refiere el contenido del ítem 10, cualquiera sea su frecuencia, se recomienda explorar inmediatamente el riesgo suicida mediante el Cuestionario 1 (C-SSRS).

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 y pares, realizar daño en manera recurrente a la propiedad, 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 justicia está hecha para controlarnos y que no digamos la verdad”, “los políticos, jefes, periodistas 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 **una evaluación ampliada por profesionales especializados (psicólogos clínicos o médicos psiquiatras)** que deben 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).

Decisiones si hay 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. Evaluación y asistencia por profesionales especializados (psicólogos clínicos o médicos psiquiatras). Profundizar la evaluación por equipos especializados, seguimiento y contención.
Bajo riesgo: Malestar emocional, eventos estresantes adversos sin ideación suicida. Evaluación y asistencia por profesionales especializados (psicólogos clínicos o médicos psiquiatras). Exploración de antecedentes, seguimiento por parte del equipo de salud.

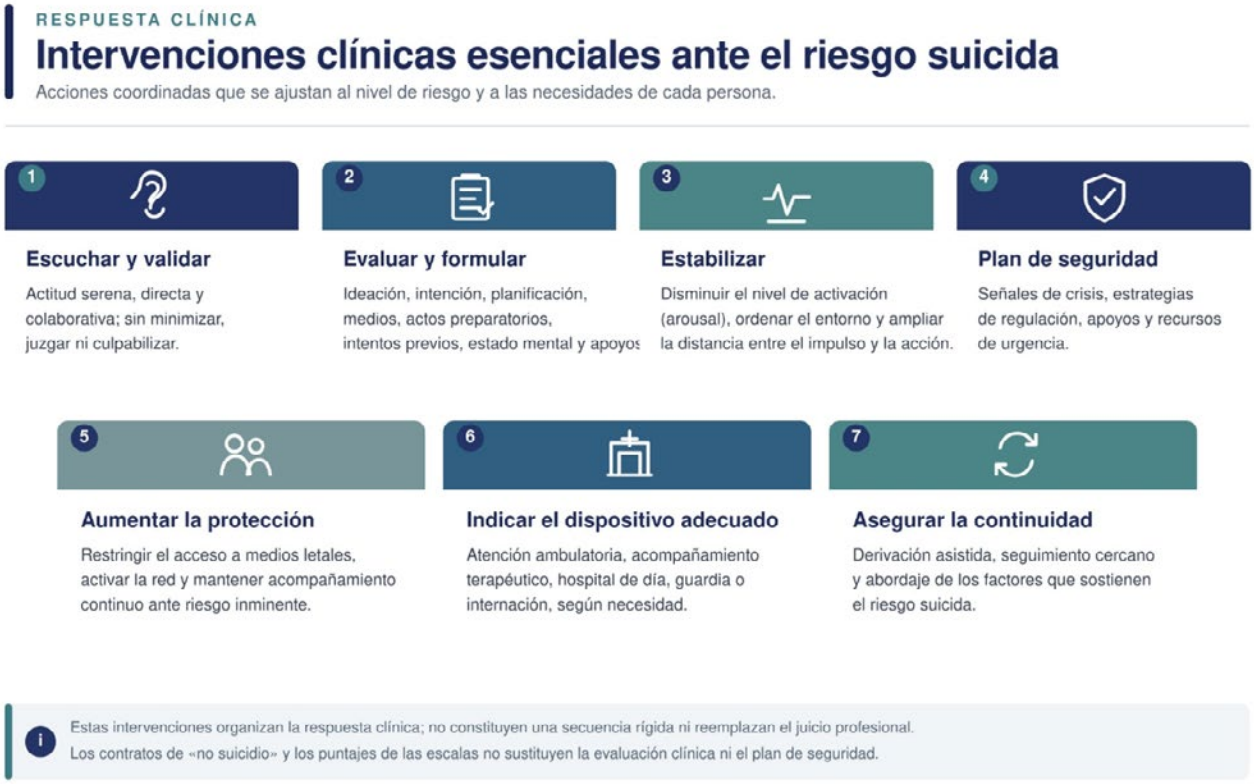
Recomendaciónes a considerar en situaciónes de urgencia

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, 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 familiares 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 la persona no quiera compartir.
Si la persona 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.
En caso de riesgo medio o alto, el equipo de salud siempre debe informar a los familiares, paraja o amigos, para que éste a su vez informe a la familia y realice el seguimiento del primer contacto con la red de salud.

En el caso de personas en **riesgo medio o alto**, es fundamental asegurar que estén protegidos y alejados de medios potencialmente letales hasta obtener ayuda.
En caso de riesgo inminente, se debe contactar al servicio de urgencias más cercano e informar en simultáneo a los familiares, pareja y/o amigos sin abandonar a la persona.

Intervenciones clínicas

Es importante recordar que una persona que atraviesa una crisis suicida no suele encontrarse en sus condiciones habituales de funcionamiento psicológico. Puede presentar una alteración significativa del estado de ánimo, un aumento intenso de la activación emocional, agitación, impulsividad o, por el contrario, inhibición, desconexión y aparente calma. Estos estados pueden aparecer en el contexto de episodios depresivos, cuadros mixtos o psicóticos, consumo de sustancias, crisis de angustia, situaciones traumáticas o dificultades graves de regulación emocional.



Con frecuencia, la persona no desea la muerte en sí misma, sino dejar de experimentar un sufrimiento que percibe como intolerable e interminable. El suicidio puede comenzar a representarse como una solución cuando se combinan un dolor psicológico intenso, la sensación de estar atrapado y la imposibilidad de imaginar otras formas de modificar la situación. En ese estado, la alternativa no se experimenta como una elección entre distintas posibilidades, sino como una oposición rígida entre continuar sufriendo o dejar de existir.

Durante la crisis suele producirse un estrechamiento del pensamiento. Disminuye la capacidad para considerar matices, recuperar experiencias anteriores, resolver problemas y anticipar cambios. Las representaciones negativas sobre uno mismo, el mundo y, especialmente, el futuro adquieren cualidad de certeza. La persona puede proyectar el estado actual indefinidamente y concluir que, si hoy no encuentra una salida, tampoco la encontrará después. Lo que siente se vive como una descripción definitiva de la realidad: “soy una carga”, “nada puede cambiar”, “no existe otra solución”

Cuanto mayor es la activación, la desorganización o la desconexión emocional, más puede

disminuir la capacidad para tomar distancia de esos pensamientos y anticipar plenamente las consecuencias de las propias acciones. Esto no significa que toda persona en riesgo desconozca el carácter irreversible de la muerte. Sin embargo, la impulsividad, la intoxicación, la psicosis, la disociación, la inmadurez evolutiva o el dolor extremo pueden reducir la posibilidad de mantener esa comprensión presente y utilizarla para inhibir una conducta.

El deseo de vivir y el deseo de morir pueden coexistir. La persona puede preparar un método y, al mismo tiempo, pedir ayuda, dejar indicios, comunicarse con alguien o aceptar ser acompañada. Esta ambivalencia no disminuye la gravedad del riesgo; constituye un punto central para la intervención. En las primeras etapas, el objetivo no es discutir o refutar las ideas suicidas, sino disminuir la activación, preservar la seguridad, ganar tiempo y ayudar a recuperar la capacidad étoiles de pensar alternativas. La exploración y el cuestionamiento de las ideas podrán realizarse posteriormente, de manera gradual y colaborativa.

La primera tarea clínica consiste en modificar las condiciones que mantienen la crisis. En un primer momento, resulta prioritario disminuir el nivel de activación emocional o arousal, reducir la agitación, organizar el entorno, restringir el acceso a medios potencialmente letales y favorecer la recuperación de la capacidad reflexiva. Estas intervenciones introducen una distancia temporal y psicológica entre el impulso y la acción, y facilitan la reaparición de la ambivalencia, los vínculos significativos y otras alternativas posibles. Las intervenciones interpretativas, el cuestionamiento de ideas y la resolución de problemas complejos podrán incorporarse progresivamente, a medida que la persona recupere la regulación emocional y la capacidad para pensar.

La intensidad del dispositivo asistencial debe definirse según el nivel de riesgo actual, el estado psicológico y psiquiátrico, la capacidad de mantener la propia seguridad, la disponibilidad de apoyos y la respuesta a las primeras intervenciones. Las alternativas conforman un continuo que incluye tratamiento ambulatorio con seguimiento frecuente, consulta psiquiátrica, acompañamiento terapéutico, atención domiciliaria supervisada, hospital de día, dispositivos de crisis, guardia e internación. La elección debe priorizar la alternativa que resulte clínicamente suficiente y segura. Cuando el abordaje ambulatorio no permite garantizar las condiciones adecuadas de protección y tratamiento, corresponde considerar dispositivos de mayor intensidad.

La internación es una modalidad de tratamiento indicada cuando el riesgo o el cuadro clínico requieren un nivel de protección y estabilización que no puede proporcionarse de manera ambulatoria; no debe utilizarse como castigo ni como amenaza.

La ideación suicida puede cumplir transitoriamente una función de regulación emocional. Representar mentalmente la posibilidad de escapar puede producir alivio, disminuir la sensación de aprisionamiento o devolver una percepción momentánea de control, aun cuando no exista una intención inmediata de actuar. Ese alivio puede reforzar la recurrencia de la ideación y convertirla en una respuesta habitual frente al malestar. Por ello, además de establecer su gravedad, es importante explorar qué función cumple para la persona y desarrollar otras formas de regulación y afrontamiento.

El riesgo suicida es dinámico y puede variar rápidamente según el estado emocional, el consumo de sustancias y/o alcohol, los conflictos interpersonales, la disponibilidad de medios y el acceso

a apoyos. La ausencia de ideación durante una entrevista no invalida pensamientos, planes o conductas recientes. Algunas personas pueden minimizar u ocultar lo que les ocurre por vergüenza, temor a preocupar a otros, miedo a una internación o pérdida de autonomía. Una actitud clínica abierta, directa y no punitiva favorece una comunicación más confiable y permite reevaluar el riesgo a lo largo del tiempo.

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 jóvenes 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 suicidalidad.

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.

Cuando el profesional no cuente con la formación o competencia necesaria para administrar e interpretar un instrumento, 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.

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. 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 vivir?**
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?**

- *Ítems 1–10: Nada / Un poco / Bastante / Mucho.*
- *Ítems 11–12: Nunca / Una vez / Dos o tres veces / Muchas veces.*

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 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.

La desregulación emocional (DE) se define como la Incapacidad de gestionar las emociones de manera adaptativa, lo que puede resultar en comportamientos impulsivas o emociones desbordadas. Se caracteriza por:

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

La DE es un 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.

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					

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 jóvenes 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 joven en Argentina**, ni de adaptaciones breves con normas locales para este grupo etario.

Utilidad clínica y conceptual

No obstante, la familiarización teórica con instrumentos estandarizados como la DERS resulta altamente valiosa, 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.

Uso y puntuación de la DERS (Gratz y Roemer, 2004; validación en adultos del Área Metropolitana de Buenos Aires por Cremades et al., 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.

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 las 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, por las siglas del constructo en inglés *Suicidal Self-Injury*), 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 adultos jóvenes.

Desde la perspectiva de la regulación y desregulación emocional, tanto las NSSI como las SSI son consideradas estrategias para manejar emociones intensas y difíciles de procesar, si bien resulta problemática. 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 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, múltiples o de gravedad creciente, algunas de las cuales pueden requerir atención médica. Intentos persistentes de ocultarlas: uso de mangas largas o prendas cerradas aun con calor, negativa a mostrar determinadas partes del cuerpo o evitación de situaciones en las que las lesiones podrían quedar expuestas.
- 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 laboral/académico notable o reiteradas ausencias sin justificación.
▫ Preocupación intensa y marcada sobre el peso y la alimentación (restricción marcada, atracones, purgas, descenso importante de peso o ejercicio compulsivo).
▫ Experiencias previas o presentes de bullying o acoso, abuso o agresión sexual.

Acción recomendada: realizar una evaluación clínica inmediata de la conducta autolesiva y del riesgo suicida. Garantizar el acompañamiento continuo, limitar el acceso a medios potencialmente lesivos y coordinar la atención urgente con un servicio de salud mental o de emergencias, conforme a los protocolos asistenciales vigentes y la normativa sanitaria de la jurisdicción.

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 uno o más de los siguientes factores que, considerados junto con la conducta autolesiva y el conjunto de la evaluación, aumentan la preocupación clínica:
  ▫ Consumo problemático de sustancias.
  ▫ Participación en grupos sociales alternativos con estéticas marcadas (vestimenta oscura, accesorios relacionados con el dolor o sufrimiento).
  ▫ Escalada reciente de conflictos interpersonales, impulsividad o reacciones emocionales intensas ante frustraciones, rechazos o pérdidas, especialmente cuando se acompañan de expresiones de desesperanza.
  ▫ Aislamiento social progresivo, experiencias recientes de rechazo o exclusión, pérdida de vínculos significativos o abandono de actividades habituales
  ▫ Experiencias previas o presentes de bullying o acoso, abuso o agresión sexual.
  ▫ Participación o identificación intensa con grupos o subculturas alternativas, especialmente cuando se acompaña de símbolos vinculados al dolor, el sufrimiento o la muerte, exposición a contenidos autolesivos o normalización de estas conductas.

Acción recomendada: realizar una evaluación clínica integral y oportuna de la conducta autolesiva y del riesgo suicida. Elaborar un plan de seguridad, involucrar a la red de apoyo cuando corresponda y establecer un seguimiento cercano. Si el riesgo aumenta o la persona no puede mantener su seguridad, activar la atención urgente.

Riesgo bajo:

- Autolesiones exploratorias, ocasionales y de baja o nula letalidad (cortes superficiales con cuters, tijeras, quemaduras, golpes autoinflingidos, 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 su entorno familiar, educativo, laboral o social, pero sin verbalizar ideas de muerte. Sin aislamiento social significativo ni cambios drásticos en el estado de ánimo.

Acción recomendada: explorar clínicamente la función, frecuencia y circunstancias de la conducta autolesiva, sin minimizarla por su aparente baja gravedad. Acordar estrategias alternativas de regulación emocional y cuidado, orientar a la red de apoyo cuando corresponda y establecer seguimiento. Reevaluar el riesgo si aumenta la frecuencia o gravedad de las autolesiones, o si aparece ideación suicida.

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?

Bullying , *Cyberbullying* 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 et al., 2021). Incluso se los considera como factores independientes de riesgo suicida en adolescentes y jóvenes, 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 et al., 2021).

Formas de bullying

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

El *ciberbullying* es una extensión del *bullying* tradicional, realizada a través de tecnologías digitales, redes sociales o teléfonos inteligentes. Sus particularidades específicas son el anonimato, la mayor velocidad de difusión y la mayor dificultad para sustraerse del mismo (Quintana-Orts et al., 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).

Algunas cifras para dimensionar el problema

2,1 veces más probabilidades **de tener conductas suicidas**

2,57 veces más probabilidades **de intentar suicidarse**

2,15 veces más probabilidades **de tener pensamientos suicidas**

(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 et al., 2014; Álvarez-García et al., 2015; Moore et al., 2017; Nocentini et al., 2018; Walters y Espelage, 2021):

Señales de *bullying y ciberbullying* 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 académico o laboral, dificultades en la concentración y perdida de motivación.
- Aumento del ausentismo o abandono de actividades educativas, laborales, deportivas o sociales.

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 pares: permanece en soledad, evita actividades grupales, deja de concurrir a espacios habituales o busca mantenerse cerca de figuras de apoyo.
- 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 y ciberbullying* 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

Se denomina posvención al conjunto de acciones desarrolladas después de una muerte por suicidio para acompañar a las personas afectadas, favorecer la elaboración del duelo, reducir consecuencias psicológicas adversas y prevenir nuevas conductas suicidas. Está dirigida a familiares, parejas, amigos, compañeros, profesionales, equipos e integrantes de las comunidades a las que pertenecía la persona fallecida.

La posvención forma parte de la prevención del suicidio. Sus objetivos son brindar apoyo, identificar tempranamente a las personas con mayor afectación o riesgo, disminuir la exposición a comunicaciones potencialmente perjudiciales y organizar una respuesta coordinada que pueda sostenerse durante el tiempo necesario.

Una muerte por suicidio puede superponer al menos tres procesos psicológicos: el duelo por la pérdida, el impacto potencialmente traumático de las circunstancias de la muerte y los procesos sociales de identificación y construcción de significado. Estos componentes pueden presentarse con diferente intensidad y no afectan de la misma manera a todas las personas.

El duelo puede incluir tristeza, conmoción, enojo, alivio, culpa, vergüenza, sensación de abandono y ambivalencia hacia la persona fallecida. A diferencia de otras muertes, suele adquirir especial intensidad la búsqueda de una explicación y el pensamiento contrafáctico: “si hubiera advertido...”, “si hubiera dicho...”, “si hubiera hecho...”. La imposibilidad de encontrar una causa única puede favorecer la rumiación, el autorreproche y la atribución retrospectiva de responsabilidad. Estas reacciones no constituyen necesariamente un trastorno mental, pero pueden interferir en la elaboración del duelo y requieren una valoración clínica cuidadosa.

El componente traumático adquiere mayor relevancia cuando la persona presenció la muerte, encontró el cuerpo, recibió mensajes de despedida, participó de la emergencia o estuvo expuesta a imágenes y descripciones detalladas. Pueden aparecer recuerdos intrusivos, hiperactivación, evitación, alteraciones del sueño, disociación y una necesidad persistente de reconstruir mentalmente lo sucedido.

A estos procesos se agrega la dimensión social. La muerte por suicidio no solamente produce una pérdida: también introduce en la red interpersonal una representación concreta del suicidio como posible respuesta frente al sufrimiento. Esto no significa que la exposición provoque de manera automática nuevas conductas suicidas. El riesgo depende de la interacción entre vulnerabilidades individuales, proximidad afectiva, identificación con la persona fallecida, características de la comunicación y respuestas del entorno.

Mecanismos psicológicos de la transmisión social

La teoría del aprendizaje social plantea que las personas pueden incorporar conductas, expectativas

y modos de responder mediante la observación de otros, sin necesidad de haber experimentado directamente sus consecuencias. La probabilidad de aprendizaje aumenta cuando el modelo es percibido como cercano, significativo, admirado o semejante al observador (Bandura, 1977).

En el caso del suicidio, el proceso no debe entenderse como una imitación mecánica. La exposición puede aumentar la disponibilidad cognitiva de esa conducta y hacer que aparezca como una alternativa más imaginable frente a una crisis. En una persona con intenso sufrimiento, desesperanza y reducción de la capacidad para considerar el futuro, conocer un caso cercano puede transformar una idea vaga en una representación más concreta de lo que podría hacer.

La identificación adquiere especial importancia cuando el observador reconoce semejanzas con la persona fallecida: edad, dificultades afectivas, experiencias de rechazo, conflictos familiares, problemas económicos, antecedentes de abuso, orientación vital o posición dentro de un grupo. La semejanza facilita una inferencia implícita: "si esa persona, que atravesaba algo parecido, encontró esa salida, también podría ser una posibilidad para mí".

La descripción del método, el lugar y las circunstancias puede aportar un guion conductual que reduzca la ambigüedad y vuelva más accesible la representación del acto. Del mismo modo, la repetición de la noticia incrementa su saliencia y mantiene activada la asociación entre sufrimiento y suicidio.

La teoría del aprendizaje social también permite comprender el efecto del refuerzo vicario. Los homenajes desproporcionados, la idealización del fallecido, la atención pública, los mensajes de admiración y la elevada cantidad de reacciones en redes pueden ser interpretados por algunas personas vulnerables como formas de reconocimiento obtenidas después de la muerte. No se trata de que el entorno desee reforzar la conducta, sino de que esa respuesta social puede ser observada como una consecuencia positiva: aceptación, visibilidad, pertenencia o reparación de rechazos previos.

Además del modelado y el refuerzo, intervienen procesos de validación social. Cuando numerosos integrantes de un grupo presentan el suicidio como comprensible, inevitable, romántico o valiente, puede modificarse la percepción de lo que el grupo considera aceptable. La conducta deja de aparecer como un desenlace excepcional y comienza a adquirir, para algunas personas, el carácter de una respuesta socialmente reconocible frente al malestar.

Efectos Werther y Papageno

El efecto Werther, denominado así por Phillips (1974), describe el posible aumento de comportamientos suicidas después de la difusión pública de un suicidio. El riesgo es mayor cuando la comunicación es reiterada, sensacionalista, describe el método, simplifica las causas o presenta a la persona fallecida de manera heroica o idealizada.

El efecto Papageno describe el proceso contrario: las comunicaciones pueden tener una función protectora cuando muestran personas que atravesaron crisis suicidas, encontraron alternativas, recibieron ayuda y lograron continuar viviendo. Su valor preventivo no reside en transmitir un

optimismo superficial, sino en ofrecer modelos creíbles de afrontamiento, pedido de ayuda y recuperación. De este modo se amplía el repertorio de respuestas disponibles frente al sufrimiento (Niederkrotenthaler et al., 2010).

En los entornos digitales, estos mecanismos pueden intensificarse. La velocidad de circulación, la repetición algorítmica, la exposición a imágenes, la acumulación de comentarios y la formación de comunidades alrededor de la persona fallecida prolongan el impacto más allá del entorno inmediato. Las redes también pueden funcionar de manera protectora cuando permiten detectar expresiones de riesgo, ofrecer ayuda y difundir narrativas responsables de recuperación.

La transmisión social del riesgo no es inevitable ni puede reducirse a un plazo fijo. La respuesta de posvención debe comenzar tempranamente y mantenerse atenta a reactivaciones posteriores, como funerales, homenajes, aniversarios, cumpleaños, nuevas publicaciones o la aparición de otro caso. La tarea clínica consiste en disminuir las condiciones que favorecen la identificación suicida y, al mismo tiempo, ofrecer modelos alternativos de comprensión, afrontamiento y continuidad de la vida.

Principios clínicos de la posvención

Una muerte por suicidio alcanza a todo el entorno, pero su impacto psicológico y clínico no se distribuye de manera uniforme. Desde un modelo de vulnerabilidad-estrés, el efecto depende de la interacción entre la intensidad de la exposición y las predisposiciones o diátesis de cada persona.

La misma situación puede producir reacciones esperables de duelo en algunas personas y precipitar una descompensación en otras. El riesgo aumenta ante antecedentes de ideación o intentos

suicidas, trastornos mentales, consumo de sustancias, pérdidas recientes, aislamiento, exposición directa, culpa intensa o fuerte identificación con la persona fallecida. Por ello, la posvención debe ofrecer orientación y apoyo a todo el entorno, y priorizar la evaluación clínica de quienes presentan mayor vulnerabilidad.

Organización de la respuesta posventiva

La respuesta posventiva debe iniciarse tempranamente y sostenerse según la evolución clínica. No constituye una secuencia rígida ni se limita a los días inmediatamente posteriores: comprende la organización inicial, la evaluación y protección de las personas afectadas y un seguimiento capaz de reconocer nuevas descompensaciones o situaciones de riesgo.

Comunicación clínica y manejo de la información

En posvención, la comunicación cumple una función clínica: reduce la incertidumbre, limita los rumores y contribuye a organizar el significado de lo sucedido. La información debe ser verificada,

clara, gradual y adecuada a la edad de quienes la reciben. El suicidio puede nombrarse de manera directa cuando se encuentre confirmado, preservando la intimidad y omitiendo detalles del método, el lugar o la escena.

Con las personas afectadas conviene validar la diversidad de reacciones, permitir preguntas y evitar forzar el relato o la expresión emocional. Cuando existan señales de descompensación o vulnerabilidad previa, se debe preguntar directamente por ideación suicida y evaluar el riesgo. Toda comunicación debe incluir vías concretas de consulta y ayuda.

Conviene

- Utilizar un lenguaje claro, respetuoso y basado en hechos.
- Explicar que el suicidio responde a múltiples factores.
- Transmitir alternativas de ayuda, afrontamiento y recuperación.
- Coordinar los mensajes y limitar su repetición innecesaria.

Debe evitarse

- Difundir detalles, imágenes o mensajes de despedida.
- Idealizar, romantizar o presentar la muerte como heroica.
- Atribuir el suicidio a una única causa o persona.
- Realizar homenajes públicos desproporcionados o sin moderación.

Seguimiento y cuidado de los profesionales

- El seguimiento debe ajustarse al nivel de afectación y riesgo, sin establecer plazos rígidos. Las personas priorizadas requieren contacto activo, derivaciones asistidas y reevaluación ante situaciones que puedan reactivar el malestar, como funerales, aniversarios, nueva información sobre la muerte, circulación en redes sociales o la ocurrencia de otro suicidio.
- La muerte por suicidio también puede producir en los profesionales de la salud y equipos tratantes sentimientos de culpa, impotencia, enojo, revisión reiterada de las decisiones y cambios defensivos en la práctica. Deben ofrecerse espacios confidenciales de supervisión, apoyo entre colegas y atención individual cuando resulte necesaria. La revisión clínica e institucional del caso debe orientarse al aprendizaje y a la mejora de los procedimientos, evitando la búsqueda de culpables o las respuestas punitivas.
- El seguimiento puede espaciarse cuando se recuperan el funcionamiento, los apoyos y la continuidad asistencial, manteniendo la posibilidad de reactivarlo ante nuevos indicadores de riesgo.

Seguimiento a mediano y largo plazo:

- Implementar talleres de manejo emocional y estrategias de afrontamiento con miembros de la comunidad cercana.
- Evaluar a personas en riesgo y fortalecer su red de apoyo con acompañamiento profesional especializado (psicólogos clínicos o médicos psiquiatras).
- Capacitar a referentes de la comunidad para identificar signos tempranos en otras personas y mejorar su respuesta ante crisis emocionales.

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”.

Apéndice

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 clínico, 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 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

- "Se nota que estuviste más callado/a últimamente... ¿Querés contarme 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. 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 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, las personas muestran conductas más funcionales justo antes de un intento, cuando ya han tomado una decisión.

“Los jóvenes no se suicidan, solo los adultos.”
Realidad: El suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes a nivel mundial. La adolescencia e inicio de la vida adulta son etapas críticas 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 de profesionales de la salud, con un enfoque basado en evidencia, empatía y acción temprana.

Glosario de términos relevantes ante riesgo suicida

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: intervención inicial basada en la presencia, la escucha activa, la validación del malestar y la reducción de la activación emocional, orientada a favorecer la seguridad y recuperar capacidad reflexiva.

Derivación: Orientación de la persona y su familia a un servicio de salud mental especializado.

Seguimiento: Estrategia de monitoreo y contacto regular con el paciente 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.

Registro clínico: constancia formal de lo expresado, la evaluación realizada, las decisiones adoptadas y de las acciones tomadas.

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 institucional (y cómo evitarlos):

- ❌ **Minimizar el relato de la persona**
  ✔ 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 de la persona.
  ✔ 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 actividad habitual.
- ❌ Intentar resolver la situación en soledad
  ✔ Activar redes de cuidado institucional. El abordaje del suicidio es una tarea colectiva, no individual.

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

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 deBeck (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. https://doi.org/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.

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 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*.

Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación e Instituto Nacional de Juventudes. (2023). Salud mental es cosa de todas y todos: kit para talleres con adolescentes y jóvenes. Buenos Aires. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/kit_ talleres_salud_mental.pd https://doi.org/10.1016/j. avb.2018.07.010

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.

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry, 168*(12), 1266–1277.

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

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

.UBA Universidad de Buenos Aires

.UBA PSICOLOGÍA
Facultad de Psicología

OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

ISBN 978-950-29-2106-8