



TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS:

Guías de recomendaciones

MÓDULO 5: Evaluación de conductas suicidas en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas





AUTORIDADES

Gobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Juan Schiaretti

Vicegobernador de la Provincia de Córdoba

Cdor. Manuel Calvo

Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba

Dr. Diego Cardozo

Secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Dr. Darío Gigena Parker

Subsecretario de Prevención de las Adicciones de la Provincia de Córdoba

Lic. Pablo Martín Bonino

Equipo redactor:

Dr. Darío Gigena Parker

Lic. Pablo Bonino

Dr. Pablo Gagliesi

Dra. Milagros Hernandez

Lic. Agostina Lumello

Lic. Valentina Mungia

1ra. Edición - Año 2020

Evaluación de conductas suicidas en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas

Alcance del problema

A nivel mundial, existe una tasa estimada de muertes por suicidio de 11,4 por cada 100 mil habitantes, es decir, una unas 800 mil personas se suicidan cada año. Las muertes por propia voluntad representan la segunda causa de fallecimientos entre los jóvenes de entre 15 a 29 años, después de los accidentes de tránsito (OMS, 2014). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos de suicidio.

En nuestro país, la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), indicó que en 2017 el suicidio mostró una tasa de 7 defunciones cada 100.000 habitantes. En coincidencia con las tendencias internacionales, la mayor cantidad de muertes por suicidio se presentaron en individuos entre 15 y 24 años, con una tasa de 12 por cada 100.000 habitantes, siendo entre 4 y 8 veces mayores en varones que en mujeres (DEIS, 2018). Desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad, la mortalidad por suicidio en adolescentes se triplicó considerando el conjunto del país.

Suicidio y Consumo de Sustancias

Se ha descrito la existencia de un modelo bidireccional entre la **ideación suicida** y el **consumo de drogas**. Por una parte, el consumo de sustancias incrementa progresivamente el riesgo de aparición de ideas suicidas (Choi, Di Nitto, Marti & Choi, 2016), mientras que la ideación suicida aumenta las tasas de abuso y dependencia de sustancias (Zhang & Wu, 2014).

A partir de la década del '90 comenzaron a llevarse a cabo investigaciones que estudiaban la relación entre el suicidio y consumo de sustancias (Pérez Gálvez, 2014). Así, los primeros estudios estimaron que la **probabilidad de que una persona con un trastorno por uso de sustancias cometiera un suicidio era 5,8 veces superior a la registrada en la población general** (Kessler, Borges y Walters, 1999).

La relación entre el suicidio y el abuso de drogas fue estudiada también en el año 2003. Con una muestra de 76 investigaciones previamente publicadas, los autores realizaron un metanálisis en el que se obtuvo como resultado que el **47% de los suicidios analizados presentaban un trastorno por uso de alguna sustancia** (Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie, 2003). El número de sustancias consumidas parece ser un factor más potente en la predicción de la conducta suicida que el tipo de droga consumida (Borges, Walters, Kessler, 2000; Wilcox, Conner, Caine, 2004).

Debido a la magnitud del problema y a la repercusión del mismo, tanto a nivel individual como en nuestra comunidad, desde la *Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones* se ha elaborado la presente Guía de Recomendaciones, la cual intenta orientar a los profesionales del equipo de salud respecto de la evaluación y abordaje de pacientes con consumo de sustancias y conductas suicidas. Es necesario tener en cuenta que dicho abordaje es multifactorial y cambiante, siendo primordial el juicio clínico al momento de la entrevista para definir la estrategia de tratamiento a seguir.

La guía se encuentra dividida en dos partes. A lo largo de la primera parte, se trabajará respecto a la "Evaluación y asistencia inicial de pacientes con conductas suicidas". En la segunda parte denominada "Recomendaciones para el abordaje de personas con conductas suicidas", se hará hincapié en recomendaciones clínicas que ayuden al abordaje de estos pacientes.



1. Evaluación y asistencia inicial de pacientes con conductas suicidas

Mitos y realidades en relación al suicidio

En relación al suicidio, existen una serie de prejuicios instalados en la comunidad que, como profesionales de la salud, debemos ayudar a problematizar y brindar información adecuada basada en la evidencia científica sobre la temática.

MITO	REALIDAD
La persona que dice o amenaza con quitarse la vida no lo hace.	La mayoría de las personas que se suicidan hicieron saber el propósito de acabar con su vida o evidenciaron una serie de señales que, de haber sido detectadas a tiempo, podrían haber ayudado a prevenirlo.
Hablar con una persona sobre sus intenciones de quitarse la vida incrementa la posibilidad de cometer un suicidio.	Las preguntas sobre autolesiones o suicidio NO provocan actos de autolesión. Preguntar abiertamente sobre el tema puede ayudar a reducir la ansiedad asociada, a que la persona se sienta comprendida y ayuda a prevenir el riesgo al disminuir posibilidad de cometerlo. Por eso, es muy importante preguntar abiertamente sobre la presencia de ideación suicida o conductas autolesivas.
El que intenta o comete un suicidio está atravesando una depresión.	Puede ocurrir durante un proceso depresivo o no. Los comportamientos suicidas se han asociado con depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y otros padecimientos mentales. Incluso no necesariamente una persona que tiene ideaciones o conductas suicidas padece un trastorno mental.
La persona que se suicida tiene clara intención de morir.	La persona que tiene ideas suicidas está transitando una situación de ambivalencia en su vida, es decir, desearía morir si su vida continúa de la misma manera, pero desearía vivir si se produjeran cambios significativos en ella.
La persona que se suicida tiene clara intención de morir.	No es hereditaria. Lo que sí puede transmitirse por medio de la educación es la visión sobre el suicidio como una forma de solución a los problemas.

¿Cómo hablar y preguntar sobre el suicidio?

Hablar sobre suicidio previene

La mejor forma de detectar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. Hablar de suicidio permite comunicar sobre los problemas y la ambivalencia en la que se encuentran y, al mismo tiempo, percibir que pueden ser ayudados, aliviando así la sensación de soledad y aislamiento que puedan estar experimentando. El riesgo radica justamente en que la ideación permanezca oculta (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018).

Es importante reconocer que se trata de una conversación, más allá de que nos encontremos en una situación de urgencia, debemos **mantener la calma y utilizar un lenguaje sencillo y claro**, ya que el diálogo apresurado y centrado únicamente en un cuestionario no permite establecer un **vínculo de confianza** en el que la persona que está atravesando la crisis pueda expresar sus emociones.

Exploración del riesgo suicida y gravedad de la conducta suicida:

Algunas consideraciones a tener en cuenta para la **evaluación del riesgo suicida en pacientes con consumo de sustancias**:

- En personas que presentan consumo de sustancias psicoactivas la exploración de ideas de muerte, suicidio o conductas autolesivas debe formar parte de la **evaluación inicial y posteriormente se debe evaluar en forma periódica**.
- La entrevista de pacientes con conductas suicidas deberá realizarse en un ambiente de **privacidad, confidencialidad y respeto**.
- Todo lo evaluado durante la entrevista debe ser correctamente **documentando en la historia clínica** del paciente.

Tras la detección de conductas suicidas se recomienda realizar una valoración que oriente a determinar la gravedad de la conducta, con el objetivo de disminuir el riesgo y definir el abordaje a seguir. Para ello, es necesario considerar ciertas características del acto suicida que nos permitan esclarecer la problemática del consultante y realizar un diagnóstico situacional. Con estos datos se podrá establecer un plan de tratamiento y definir intervenciones a corto y a mediano plazo.

Características a evaluar:

1 - Tipo de conducta suicida:

Las **conductas suicidas** abarcan desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la consumación del acto (con o sin éxito). Es decir, pueden existir: **pensamientos, planificación o actos suicidas**. Es necesario evaluar y diferenciar estas conductas.

El *suicidio* es definido como "el acto deliberado de quitarse la vida" (OMS, 2010).

El *intento de suicidio* es "toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, sin llegar a la muerte" (OMS, 2010).

La *autolesión* es un término más amplio, se refiere a conductas que pueden o no tener intencionalidad suicida (OMS, 2010).

2 - Características de la conducta, para lo cual es necesario tener en cuenta:

- **A - Gravedad de la conducta o peligrosidad del método:** evaluar la letalidad del acto suicida que ha cometido o piensa cometer. Tener en cuenta que los métodos violentos guardan una estrecha relación con la intencionalidad letal.

**Determinar si hay evidencias de signos o síntomas que requieran un tratamiento médico urgente:**

- Signos de intoxicación.
- Signos de envenenamiento.
- Sangrado por una herida autoinfligida.
- Pérdida del conocimiento.
- Letargo extremo.

- **B - Conciencia de la efectividad** de la conducta suicida.
- **C - Grado de planificación:** la ausencia de factores desencadenantes, así como la premeditación del acto (por ejemplo, si se encuentran notas de despedida o la realización de testamentos) nos orientan a pensar en una conducta de mayor gravedad. Tener en cuenta si se llevan a cabo maniobras para mantener la privacidad del acto o evitar ser rescatado.
- **D - Actitud ante el resultado:** explorar la presencia de sentimientos de alivio o de frustración por el fracaso de la conducta.
- **E - Accesibilidad** a determinados medios potencialmente letales y al plan para llevarla a cabo.

3 - Presencia de conductas suicidas previas. Interrogar respecto a intentos de suicidio anteriores y las características de los mismos, indagando sobre cuál fue el problema que intentó resolver (antecedente); qué sucedió después, para tener información sobre las consecuencias inmediatas y mediatas (desde reacciones de los demás, reacciones del sistema médico como hospitalizaciones o consecuencias personales como culpa o sensación de haber fracasado).

4 - Factores de riesgo. Algunos de los factores de riesgo a tener en cuenta son los siguientes: inmigración, viudez, divorcio, desempleo, conflictos laborales, acontecimientos vitales estresantes, enfermedades médicas crónicas (neoplasias malignas, VIH, esclerosis múltiple), dolor crónico, historia familiar de suicidio.

5 - Factores protectores. Son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo. Dentro de los factores protectores encontramos: la religiosidad, la presencia de una buena red de apoyo social, la satisfacción con la propia vida, la existencia de estrategias de afrontamiento adecuadas ante las situaciones adversas.

También se consideran factores protectores si durante la entrevista encontramos: intención de control de impulsos suicidas, aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas, apoyo sociofamiliar efectivo, alivio de los síntomas y la ideación luego de la entrevista (GPC España, 2012). Estos factores son considerados como las razones que tiene la persona para vivir.

6 - Evaluación del trastorno por consumo de sustancias, determinar severidad de consumo y tiempo de evolución. Existe mayor riesgo de suicidio en las personas que presentan abuso de sustancias; aproximadamente el 15% de personas con dependencia de alcohol se suicida (Sadock & Sadock, 2015). Determinar si durante la entrevista el/la paciente presenta signos o síntomas de intoxicación o abstinencia de sustancias que pudieran requerir tratamiento médico urgente y mayor supervisión para garantizar la seguridad de la persona en todo momento. Tener especial cuidado si la persona presenta intoxicación o abstinencia con disminución del nivel de conciencia o agitación.

7 - Evaluación de trastornos mentales asociados. Presencia de trastorno mental grave (trastornos del estado del ánimo, esquizofrenia, trastornos de la personalidad), síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes. El riesgo de suicidio en los pacientes con trastornos psiquiátricos asociados es de 3

a 12 veces mayor que el de las personas sin problemas mentales (Sadock & Sadock, 2015). En este punto, es importante aclarar que, cuando el tiempo es acotado, es primordial realizar resolución de problemas y generar un plan de crisis con el/la paciente antes de que termine la consulta, más que llevar a cabo una revisión exhaustiva de su diagnóstico psiquiátrico.

8 - Antecedentes familiares. Interrogar respecto a antecedentes familiares de trastornos mentales e intentos de suicidio o suicidio consumado.

9 - Factores sociodemográficos. Evaluar situación social y familiar, red de apoyo, tener en cuenta personas que se encuentren en una situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo.

Derivación al servicio de urgencias

En caso de encontrarse en un centro preventivo o asistencial, es fundamental tener en cuenta las características de la conducta para definir si fuera necesaria la derivación a un nivel de mayor complejidad.

En caso de ideación suicida o intento de suicidio se recomienda la **derivación urgente al servicio de urgencias**, si hubiere:

- **Conducta autolítica grave reciente o evidencia de signos o síntomas que requieran un tratamiento médico urgente. Por ejemplo, si el paciente presentase signos de intoxicación, signos de envenenamiento, sangrado por una herida autoinfligida, pérdida del conocimiento, letargo extremo.**
- **Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado.**
- **Plan de suicidio elaborado.**
- **Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista (esto se debe preguntar previo a la finalización de la entrevista).**
- **Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo.**

(OMS, 2010; GPC España, 2012)

También se pueden considerar las recomendaciones establecidas por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018) respecto a la **situación de riesgo inminente**, la cual se define en función de la presencia de alguno de los siguientes **factores de riesgo** asociados al intento de suicidio/autolesión:

- Acción autolesiva grave y/o método de alta letalidad.
- Acción llevada a cabo con alto grado de impulsividad y/o planificación.
- Persistencia de la ideación suicida y/o autolesiva.
- Antecedentes de intentos de suicidio o de autoagresión del adolescente, o intento de suicidio de personas cercanas.
- Consumo perjudicial de alcohol y/o sustancias psicoactivas (puede provocar desinhibición psicomotriz).
- Presencia de patología mental, con síntomas activos (ideas de desesperanza y/o otros síntomas depresivos, ideación delirante relacionadas con la auto agresión, síntomas maníacos).
- Historia de situaciones traumáticas (abuso sexual, maltrato físico, desamparo, etc.).
- Enfermedad grave, crónica y/o de mal pronóstico del paciente.
- Ausencia de red socio-familiar de contención.

Generalidades respecto al cuidado y manejo inicial

- La persona debe permanecer en un entorno seguro y propicio, eliminar medios con los que pudiera provocarse autolesión o suicidio.
- No dejar sola a la persona. Supervisar y asignar a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad de la persona en todo momento.
- Activar apoyo psicosocial y red familiar.
- Si el/la paciente requiere derivación a un dispositivo de mayor complejidad, monitorear a la persona hasta que se lleve a cabo dicha derivación.
- Toda la información del paciente será asentada en la historia clínica, así como la justificación razonada del tipo de derivación.
- Se recomienda una adecuada comunicación entre los distintos niveles de atención al momento de la derivación y tras el alta del paciente para garantizar la continuidad del tratamiento.

(OMS, 2014; GPC España, 2012)

Consideraciones especiales para el abordaje de pacientes en los Servicios de Urgencias

Durante la permanencia del paciente en el servicio de urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad.

El médico de urgencias hospitalarias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica.

En la valoración de un/a paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la recogida de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados.

Se recomienda que las personas con un intento de suicidio sean valoradas por un profesional de salud mental luego de la evaluación clínica.

La derivación por parte del médico de urgencias, para la evaluación por Salud Mental, deberá realizarse cuando el/la paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

(GPC España, 2012)

Recomendaciones especiales:

- Toda amenaza de suicidio debe tomarse en serio.
- El suicidio puede afectar a cualquier tipo de persona.
- Preguntar acerca de la ideación suicida no es potenciar la misma.
- Es fundamental el apoyo a familiares, pues el acto suicida supone un enorme impacto sobre el entorno del paciente.

2. Recomendaciones para el abordaje de personas con conductas suicidas

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se considera de suma importancia la utilización de una herramienta efectiva para la detección del riesgo de suicidio. En este punto, resulta fundamental la capacitación y el conocimiento sobre las *recomendaciones para el abordaje de conductas suicidas*, para profesionales del ámbito sanitario que se encuentran en contacto permanente con personas que consumen sustancias psicoactivas.

En el Protocolo de Evaluación y Manejo de Riesgo (Linehan Risk Assessment And Management Protocol) creado por la Dra. Marsha Linehan (Seattle, Estados Unidos), se realiza una exploración sobre los diversos factores de riesgo y de protección que tiene el/la paciente. No se trata de una encuesta de auto llenado, ni una escala que arroje un número determinado, sino que es una guía clínica.

Este protocolo está dividido en cuatro secciones (Boggiano & Gagliosi, 2018):

- **Sección 1.** Razones para realizar el protocolo.
- **Sección 2.** Evaluación del riesgo suicida:
 - a. Factores a largo plazo
 - b. Factores de riesgo inminente (tienen mayor efecto y son más relevantes).
- **Sección 3.** Manejo de riesgo suicida.
- **Sección 4.** Disposición Final.

SECCIÓN 1

Razones para realizar el protocolo / ¿Cuándo llevar a cabo el Protocolo?

El protocolo de suicidio debe aplicarse cada vez que una de estas situaciones se presenta en la consulta:

- Durante la entrevista el paciente revela **conductas suicidas (TS)**, **ideas suicidas** o **ideas suicidas sin intencionalidad suicida en el pasado (IS-SIP)**. En este caso, la idea es evaluar el riesgo actual, y aprender de los episodios anteriores para anticipar situaciones en el futuro (Linehan, Comtois, Ward-Ciesielski, 2012).
- Cuando el paciente **realizó una TS o IS-SIP** en tratamiento, entre las sesiones acordadas, tenga o no intencionalidad en el momento de la entrevista.
- Durante la consulta en la que existe **riesgo inminente y el paciente reporta ideas, impulsos de suicidio y IS-SIP en el momento de la entrevista.**

SECCIÓN 2

Evaluación del riesgo

A - Riesgo a largo plazo

Un **factor de riesgo** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de suicidio, en este caso. La presencia de un factor de riesgo no es determinante, pero la identificación de uno o más aumenta la probabilidad y se recomienda tenerlos en cuenta. La gran mayoría de los factores de riesgo a largo plazo están vinculados con la cultura de una región, por lo que es vital conocer las investigaciones existentes en el territorio y en el grupo cultural del paciente (OMS, 2014).

El *modelo ecológico social*, abarca tres niveles de enfoque en la consideración de los factores de riesgo: del ambiente, del individuo y de la conducta. A continuación, se detallan los mismos, incluyendo los factores de protección:



Factores ambientales

- **Medios letales disponibles:** La evaluación sobre los métodos disponibles es un objetivo terapéutico. Si el paciente responde afirmativamente respecto de tener ideación suicida, la segunda pregunta sin duda sería sobre los métodos y su disponibilidad: "¿Cómo lo harías?".
- **Modelos de suicidio:** Este punto hace referencia a diversos elementos. Uno de ellos es el efecto importante que tienen los medios de comunicación en las epidemias de suicidio en algunas poblaciones. Estos deben estar sujetos a protocolos éticos establecidos por las organizaciones internacionales como la OMS, sin embargo, en la actualidad las redes sociales constituyen un gran riesgo, principalmente para la población adolescente. Otro factor que tiene que ver con los modelos de suicidio son las historias de suicidio de familiares.
- **Eventos vitales negativos:** La historia previa de eventos vitales negativos (abusos, violaciones, encarcelamiento, internación psiquiátrica, mudanzas o desplazamientos) en el pasado o activos en el momento.
- **Bajo apoyo social:** aislamiento, soledad, familia hostil, el bajo apoyo social (familia hostil, vivir solo o sola) y/o pertenecer a una minoría (LGTBIQ+, minorías étnicas o religiosas, entre otras).

Factores del individuo

- **Demografía:** Los datos demográficos indican que los hombres tienen más suicidios, y las mujeres más tentativas y IS-SIP. Las curvas principales por la edad ocurren en la adolescencia (entre los 18 y 25 años) y en la tercera edad (+75). El soporte social y el pertenecer a una minoría están ciertamente relacionados. Aquellas personas que pertenecen a grupos sociales estigmatizados (LGTBIQ+) o con poca red suponen un riesgo. Asimismo, el ser soltero/a, viudo/a y desempleado/a son otros factores que pueden relacionarse con el riesgo de suicidio.
- **Historia de aprendizaje:** Es importante tener en cuenta la historia de ideaciones suicidas, tentativas previas o IS-SIP, así como también hospitalizaciones previas e historia de conductas violentas. Estos datos deben estar orientados a identificar el contexto o problemas en que se elicitaron estas conductas, el método usado y las consecuencias que puedan derivar en un refuerzo (conseguir algo deseado, como ser excusado de trabajar o cambiar de carrera) o aversivos (ser hospitalizado cuando no se desea).

Factores de la conducta

- **Factores cognitivos:** La desesperanza es un indicador trascendente para IS-SIP. Esta se puede observar como una predicción de que no se puede cambiar el problema actual o el sufrimiento – una expectativa negativa sobre el futuro – sumado a autodefiniciones en donde la persona se ve con baja eficacia en la resolución o en el pedido de ayuda.
- **Factores fisiológicos:** Dolor crónico, enfermedad, disminución o desaparición de funciones (HIV, diabetes, esclerosis múltiple), o traumatismos que se acompañen de alguna discapacidad. Además, la presencia de trastornos mentales o emocionales son factores de importancia, aunque el suicidio no es patognómico de ningún diagnóstico del DSM V. Sin embargo, el diagnóstico de ciertos trastornos aumenta notablemente el riesgo, por ejemplo, trastorno límite de la personalidad (entre 8 y 10%), trastorno por uso de sustancias (5%), esquizofrenia (entre el 5 y el 7%), trastorno bipolar y depresión (entre el 4 y el 6%) (Black, 2014; Insk, 1998; Palmer, 2005).
- **Factores conductuales:** Dentro de éstos se encuentran los intentos de suicidio previos y antecedentes de IS-SIP; ideación, plan y carta de despedida; antecedentes de respuestas del contexto a TS o IS-SIP de carácter reforzador.

Factores protectores

Los factores de protección son considerados potentes disuasorios que correlacionan positivamente con

la sobrevivencia de personas con ideación o conductas suicidas. Es tarea del terapeuta profundizar y extraerlos de una manera activa durante la sesión. A veces pueden estar vinculados con valores del paciente, aunque el terapeuta no necesariamente los comparta. Dentro de los factores protectores hay un subgrupo llamado Razones para Vivir, se trata de el/los motivos por el cual el/la paciente no ha consumado el suicidio aún, “¿por qué no lo has hecho hasta ahora?”. Sin embargo, deben indagarse con suma cautela, pero son un poderoso anclaje para la sobrevivencia en el corto plazo.

A continuación, exponemos la lista de factores de protección propuestos en el Protocolo de Evaluación y Manejo de Riesgo Suicida (Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983):

- Esperanza en el futuro.
- Auto-eficacia en el área problemática.
- Apego a la vida.
- Responsabilidad por sus hijos, familia u otros, incluyendo mascotas a quienes no abandonaría. Los consultantes podrían no hacerlo por sus hijos o por alguien de quien sienten responsabilidad. Estas razones para vivir deben ser reforzadas durante la entrevista.
- Se encuentra incluido en una red social o familiar continente.
- Miedo al suicidio, la muerte, o morir, o no existe un método disponible que le sería aceptable.
- Miedo a la desaprobación social del suicidio.
- Creencia de que el suicidio es inmoral o que será castigado si lo comete.
- Nivel de espiritualidad o religiosidad elevado.
- Compromiso a mantenerse vivo acompañado de una historia de tomarse compromisos con seriedad o hay razones para que sea creíble.
- Paciente motivado a sobre reportar riesgo: Aquellos consultantes que piden ayuda tienen más posibilidades de mantenerse con vida. Facilitar y pedir que lo hagan es parte de la entrevista inicial.

Se debe tener en cuenta que los factores protectores no garantizan que las personas en riesgo no comenten suicidio y pueden tener poco efecto disuasor en una crisis aguda.

B - Evaluación de riesgo inminente

● Directos:

■ Ideación suicida

- Pasiva: pensamientos sobre el deseo de morir.
- Activa: pensamientos sobre cometer un suicidio.

■ Comunicación suicida

- Directa: “me quiero matar”.
- Indirecta: “no voy a estar por acá por mucho más tiempo”.

■ Plan, preparación, ensayos suicidas: Tiempo o método específico, conseguir medios, escribir una carta.

■ Tentativa con la idea de que se va a matar o causar daño.

■ IS-SIP en el último año.

● Indirectos:

■ Aumento o uso excesivo de alcohol y drogas.



- Hablar de “ser una carga para otros”.
- Severa desesperanza o pesimismo actual.
- Pérdida de interés o placer.
- Alucinaciones que indican matarse.
- Inhabilidad para concentrarse o tomar decisiones en momentos de crisis.
- Dormir mucho o muy poco.
- Preocupación anticipada por pérdidas futuras o un estresor vital importante.
- Precaución para no ser descubierto.

● **Eventos precipitantes de la conducta suicida**

- Eventos vitales estresantes (ej. pérdidas interpersonales y conflictos, crisis financieras, etc.).
- Diagnóstico reciente de enfermedad mental o física.
- Alta reciente de una hospitalización.
- Las primeras 24 horas de cárcel.
- Exposición a un suicidio reciente (familiar, medios de comunicación, etc.).
- Que actualmente esté solo/a o vaya a quedarse solo/a.
- Intoxicación aguda.
- Acceso a medios letales.

SECCIÓN 3

● **Manejo del riesgo suicida**

La mayoría de los/las terapeutas temen ingresar en la conversación con su paciente sobre el suicidio porque sienten que pueden estar aportando ideas, refieren que no han sido entrenados para realizarla, temen no encontrar una salida o se sienten muy responsables por la vida de sus pacientes. Sin embargo, desplegar el protocolo de suicidio es una manera de reducir la ansiedad de las entrevistas con pacientes en riesgo. Esta entrevista implica una conversación franca sobre el suicidio con el/la paciente.

A continuación, se expondrá el paso a paso de cómo realizar el manejo del riesgo suicida:

1. EVALUAR RIESGOS

Este punto refiere a lo desarrollado en la Sección 2

2. SEGUIR GUÍAS GENERALES PARA UNA INFORMACIÓN SOBRE SUICIDIO:

Hablar de suicidio de manera abierta y natural.

Evitar comentarios peyorativos o invalidantes, pero no validar la conducta suicida, sí las emociones o razones de la persona.

Presentar la conducta suicida como una respuesta a un problema al que el consultante no le encuentra solución, o genera un sufrimiento intolerable.

Sostener la postura de que el suicidio es una solución no adaptativa y/o inefectiva.

Basarse en respuestas o intervenciones no conservadoras cuando las conservadoras fallen.

Ser flexible en la consideración de las opciones que tiene el/la paciente. Ofrecer opciones y mantener aquellas cosas que funcionaron, por ejemplo: regresando a las razones para vivir.

Ser más activo cuando el riesgo suicida es alto. Interrumpir si es necesario, procurar no quedarse sin palabras. La entrevista debe ser guiada por el entrevistador con el objetivo claro de comprometer al consultante a realizar tratamiento – no un contrato de mantenerse con vida.

Ser sincero y honesto en relación a tus respuestas o comentarios.

Evitar hablar de manera omnipotente o aceptar la responsabilidad por la conducta suicida del paciente.

Involucrar a otras personas significativas como familiares o amigos, con autorización del paciente.

Agendar sesiones con la frecuencia necesaria, con sesiones adicionales de ser necesario.

Mantener atención a la multiplicidad de variables que afectan a los/las pacientes de tal manera que se posea un mapa de la situación general.

Consultar con otros profesionales, buscar el consejo de expertos de ser necesario.

Mantener contacto ocasional con las personas que rechazaron o abandonaron el tratamiento.

Clarificar, validar y reforzar las respuestas no suicidas a los problemas.

Prestar atención a los principios del aprendizaje: qué situaciones y conductas son un refuerzo positivo, negativo o aversivo de la conducta suicida. Tener en cuenta las propias conductas como reforzadoras o aversivas, hablar de sí mismo (auto revelación) considerando previamente los efectos (refuerzos o aversivos).

3. SEGUIR PROTOCOLOS COMO SE INDICAN:

Protocolo de crisis y de conducta suicida

Es necesario en este momento retomar el protocolo para observar los lineamientos que propone:



A. Realización de un Análisis en Cadena

Discriminar si la conducta suicida es **operante o respondiente**:

- La conducta *respondiente* es aquella que aparece como reacción a eventos anteriores, no se dirige a las consecuencias. En este caso, el suicidio es una salida de una situación aversiva. Podría pensarse al suicidio como un escape y, de esta manera, es importante trabajar el evento que lo desencadena. La amplia mayoría de consultantes tienen una expectativa evitativa de la conducta, es decir que esperan que matarse les permita “dejar de sufrir”. Es importante estar atento a esta expectativa, por cierto infundada, porque no sabemos si las personas dejan de sufrir, para poder ofrecer alternativas para la reducción del sufrimiento (tolerancia al malestar) o para la solución de los problemas que lo causan o empeoran.
- La conducta *operante* es la que se encuentra controlada o dirigida por las consecuencias. En este caso, la conducta o ideación suicida se mantienen por lo que ocurre u ocurrió en la historia de la persona que funciona como un refuerzo. Es importante resaltar que las personas no siempre son conscientes de este control, por lo que los referentes afectivos y otras personas del entorno suelen manifestar frases como “lo hace para manipularme”, “así consigue que su novio/a vuelva después de una pelea”.
- En el caso de que la *conducta sea mixta*, es decir operante y respondiente, será necesario trabajar tanto en el evento que suscita la conducta como en las consecuencias que la refuerzan.

B. Focalización en Manejo de Crisis o Resolución de Problemas

Luego de realizar el Análisis en Cadena y detectar aquellos elementos que están manteniendo la conducta suicida, el terapeuta debe focalizarse en resolver el problema o manejar las *crisis*. Éstas son episodios causados por ciertos desencadenantes en un marco de vulnerabilidad. Son breves, con curvas de malestar con ascensos y descensos e impiden a la persona actuar de acuerdo a sus valores. Tienen un comienzo y un fin. Es trascendental destacar que el objetivo es conseguir un “Compromiso de tratamiento”.

C. La formulación de un Plan para las Crisis (PLAN DE SEGURIDAD)

IDENTIFICAR EL PROBLEMA Y SUS DISPARADORES

- Enfocarse en el presente: explorar el problema ahora. Si el problema tiene solución es necesario orientar en ese sentido.
- Bloquear respuestas desadaptativas inmediatas: enfáticamente ordenar no cometer el suicidio, insistir en afirmar que el suicidio no es una buena solución y que se puede encontrar una mejor.
- Eliminar o contradecir modelos suicidas.

ESTRATEGIAS DE AUTOGESTIÓN

- Resolver el problema actual: ofrecer soluciones desde la perspectiva de las habilidades que la persona está aprendiendo en terapia. Es importante clarificar y reforzar las respuestas adaptativas.
- Conductas que el/la consultante puede hacer (Estrategias de afrontamiento, como la distracción). Si la persona no tiene estrategias de tolerancia al nivel de malestar enseñar, practicar y generalizar algunas seleccionadas que sean consistentes con el caso (TIP)

HABILIDAD PARA PEDIR AYUDA EFECTIVAMENTE Y REDUCIR EL AISLAMIENTO

- Cómo conseguir ayuda eficazmente (lista de personas, lugares y formas para pedir ayuda). Lista de personas con las que se pueda contactar, indicaciones sobre cómo hacerlo (si es de distracción significa no hablando del problema, si es de asistencia, siendo claro en el pedido). Lista de recursos (teléfonos de ayuda como línea de asistencia al suicida, profesionales del tratamiento, familiares y allegados). La lista

debe ensayarse en entrevista con indicaciones claras.

- La lista debe estar también presente para que el consultante esté atento a factores de riesgo (sensación de soledad, tendencia al aislamiento, reducción de la comunicación).
- Aumentar el soporte social: mantener contacto con el/la paciente; contactar a su red profesional y personal; y aclarar los límites de la confidencialidad durante situaciones de riesgo inminente.

CREAR UN AMBIENTE SEGURO

- Eliminar o reducir eventos y demandas estresantes: si es necesario, quitar a la persona del ambiente. En algunos casos puede funcionar hospitalizar al paciente o en otros casos evaluar que viva con otro familiar que pueda acompañarlo.
- Manejo de medios de riesgo o disponibilidad: Con el acuerdo del consultante, nunca a sus espaldas, tomar decisiones sobre la eliminación total de todos los medios de riesgo que el consultante haya nombrado parte del plan. Si el consultante no tiene plan ni método, hablar de los riesgos ambientales de todos modos.
- Tenga atención y cuidado a las indicaciones de que el consultante debe estar acompañado todo el tiempo. Las posibilidades que el cuidado fracase son altas, indique un tiempo y una forma que sean sostenibles en el tiempo por la red, proponga un tiempo de finalización asociado a un cambio conductual visible del consultante o la red. Es inviable sostener esta indicación por largos períodos de tiempo. Cuando indique este tipo de acompañamiento manténgase atento a los refuerzos y castigos de la conducta y a que muchas veces los factores disparadores son del contexto familiar o social. Resuelva este problema si es un obstáculo.

COMPROMISO Y REEVALUACIÓN

- Vuelva a evaluar el riesgo al final de la entrevista. No asumir que la ideación suicida se fue, descendió y que no volverá. Es de utilidad preguntar al comienzo de la sesión cuánta intencionalidad suicida tiene, por ejemplo: "Del 0 al 5, ¿cuánto impulso de matarte tienes en este momento?". Esta intervención tiene como objetivo reducir el número y medir los resultados de las intervenciones verbales durante las sesiones.
- Obtenga un compromiso público verbal con hacer tratamiento: Pide compromiso explícitamente con el plan de acción, utiliza las estrategias de compromiso en esta situación. Vende el plan de acción, pedir mucho, luego pedir más, recordar a la persona compromisos previos, utilizar "el abogado del diablo" resaltando la libertad de elegir el suicidio, pero subrayando las consecuencias negativas de la elección.
- Revise el Plan de Crisis (PLAN DE SEGURIDAD), evalúe la viabilidad y haga solución de problemas si hay dudas, ensaye situaciones y acciones ("¿si ocurriera X harías Y, lo ves posible?", "¿Tienes carga en el teléfono para hacer esa llamada?", "¿Qué pasaría si Z no te responde?")

Protocolo de Hospitalización

Hasta el momento no existe evidencia de que la internación psiquiátrica sea una herramienta válida en la prevención o el tratamiento del suicidio en pacientes crónicamente suicidas. Tener en cuenta si la internación es aversiva o funciona como refuerzo de la conducta para esta persona en particular, puede ayudar a generar una respuesta más adecuada y mejorar la eficacia del recurso. Por eso, la internación debe responder a una lógica de la función de la conducta y no de una respuesta estandarizada a los pacientes suicidas.

Existen ciertos criterios a tener en cuenta para una hospitalización, éstos son:

- El riesgo suicida debe ser mayor que el riesgo de hospitalización inapropiada.



Para una hospitalización, es necesario que se presente alto riesgo suicida más:

- Estado psicótico que no responda en 24 horas a medicación (alucinaciones auditivas con voz comando que indica suicidarse, dañarse o dañar a otros).
- Falta de respuesta a la terapia, en pacientes con depresión severa o ansiedad incapacitante.
- Crisis abrumadora sin otro ambiente seguro.
- Psicosis abrumadora y emergente, ausencia de soporte social.
- Burn out del equipo tratante o ausencia del equipo y sostén del terapeuta.

Asimismo, existen criterios para considerar NO hospitalizar, esto es cuando:

- La persona no está en alto riesgo agudo.
- Otro ambiente de apoyo está disponible.
- La persona puede contactar al terapeuta y avisar si la situación empeora.
- La persona no quiere y no cumple con los criterios para una hospitalización forzada.
- La hospitalización violaría lo acordado en el plan de acción, elaborado en conjunto con el paciente.
- La hospitalización va a aumentar el estigma, aislamiento, la presión financiera o va a interferir significativamente con el trabajo o la escuela.
- La persona estuvo internada en otra oportunidad sin beneficios aparentes.

4. COMPLETAR LA DOCUMENTACIÓN

Es de suma importancia completar los documentos necesarios, como historias clínicas o registros varios, principalmente a la hora de reducir el litigio en suicidio. La documentación debe:

- Completarse inmediatamente posterior a la interacción.
- Especificar la razón por la que se realiza la evaluación.
- Revisar factores de riesgo agudo y crónico.
- Proveer las razones por las acciones realizadas y aquellas no realizadas.
- Incluir una conclusión clínica.

SECCIÓN 4

• Disposiciones finales

Esta sección es para revisar cómo se cerró la entrevista. Se debe informar si funcionó y si el riesgo suicida ha desaparecido, continúa (y el plan de acción) o si hay incertidumbre.

• Postvención suicida

Son intervenciones realizadas (con la familia, el grupo, la escuela, etc.) posterior al suicidio consumado de un paciente (Gagliesi, 2019).

Guías de Postvención

- En caso que el/la paciente haya estado en un grupo terapéutico, se debe informar a los miembros del grupo. No divulgar información excesivamente. Dar espacio a los pacientes para hablar y expresar sus emociones. Con respecto al grupo, es necesario retomar pronto como sea posible de manera consistente.
- Contactar a todos los terapeutas que tienen pacientes en el grupo al que concurría el paciente que se suicidó.
- Comunicarse con el equipo para compartir lo sucedido.
- Contradecir la idea de que el paciente está mejor o descansa.
- Permitir expresiones y comentarios la semana siguiente, pero retomar nuevamente grupo terapéutico.
- Una posibilidad es ir al velorio/entierro con los pacientes de su grupo terapéutico si ellos manifiestan querer asistir.
- Contactar a los familiares, ofrecer condolencias, ofrecer un encuentro, mostrarse disponible.
- Antes de dar información sobre el paciente, obtener autorización de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Black, D. W., Blum N., Pfohl B. & Hale N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders*. Vol. XVIII, Issue Vol 3, pp. 226-39.
- Boggiano, J. P & Gagliesi, P. (2018). *Terapia Dialéctico Conductual. Introducción al Tratamiento de pacientes con Desregulación Emocional*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Tres Olas.
- Borges, G., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American journal of epidemiology*, Vol 151(8), pp. 781-789.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, Vol 33(3), pp. 395-405.
- Choi, N. G., Di Nitto, D. M., Marti, C. N. & Choi, B. Y. (2016). Relationship between marijuana and other illicit drug use and depression/suicidal thoughts among late middle-aged and older adults. *International Psychogeriatrics*, Vol 28(4), pp. 577-589.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2018). *Natalidad y Mortalidad. Síntesis Estadística N° 5*. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/04/Sintesis-nro-5-natalidad-y-mortalidad-2017.pdf> [2019].
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018). *Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf> [2019].
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018). *Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000799cnt-2018_recomendaciones-tratamiento-salud-mental-en-los-medios.pdf [2019].
- Gagliesi, P. (2019). Conferencia llevada a cabo en el Entrenamiento Intensivo en Terapia Dialéctico Conductual (DBT). *DBT Latinoamérica - The Linehan Institute Behavioral Tech*. Buenos Aires, Argentina.
- Grupo de Trabajo de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t) (2012). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/2012.*



- Inskip, H. M, Harris, E.C & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br. J. Psychiatry. Jan; Vol 172, pp. 35-7.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. Vol 56 (7): pp. 617-26.
- Ley Nacional de Prevención del Suicidio (Ley 27.130) Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 11 de Marzo 2015. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=245618>
- Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 25 de Noviembre de 2010. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Linehan, M. (1993) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Londres, Reino Unido. The Guilford Press.
- Linehan, M., Comtois, K. A., & Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and managing risk with suicidal individuals. Cognitive and Behavioral Practice, Vol 19 (2), pp. 218-232.
- Linehan, M., Goodstein, J.L, Nielsen, S.L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 51, p.276-286.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Resumen ejecutivo: Prevención del suicidio. Un imperativo global. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1 [2019].
- Palmer, B. A, Pankratz, V. S, & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. Arch Gen Psychiatry. Vol Mar; 62 (3), pp. 247 -53.
- Pérez Gálvez, B. (2014). Prevención e intervención de la conducta suicida en personas con adicciones a sustancias. In Suicidios: manual de prevención, intervención y postintervención de la conducta suicida. pp. 597-610.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2015). Ruiz. Kaplan & Sadock'S Synopsis of Psychiatry: Lippinott Wiliams and Wilkins, Philadelphia (USA).
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. Drug and alcohol dependence, Vol 76, pp. S11-S19.
- Zhang, X., & Wu, L. T. (2014). Suicidal ideation and substance use among adolescents and young adults: A bidirectional relation?. Drug and alcohol dependence, Vol 142, pp. 63-73.

ANEXOS

¿CÓMO HABLAR DE SUICIDIO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN?

Existe evidencia suficiente para sugerir que algunas formas de cobertura periodística de los suicidios en televisión e internet están asociadas con un aumento de estas conductas estadísticamente significativo, por el **efecto imitativo** que puede generar.

Si bien los medios de comunicación tienen **derecho a informar** al respecto, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación sugiere en su guía "*Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud en los medios*", algunos lineamientos para el abordaje de temáticas referidas al suicidio en los medios para colaborar en la prevención del comportamiento suicida:

- Interpretar las estadísticas cuidadosa y correctamente, utilizando fuentes de información que sean auténticas y confiables
- Evitar las generalizaciones basadas en cifras pequeñas, ya que requieren particular atención. Del mismo modo que es recomendable no utilizar expresiones tales como "epidemia de suicidios" y "el lugar con mayor tasa de suicidios en el mundo".
- No realizar comentarios espontáneos que puedan reforzar los prejuicios y estigmas sobre el tema.
- No informar el comportamiento suicida como una respuesta entendible a los problemas o cambios sociales.
- No realizar descripciones detalladas del método de suicidio utilizado ni ilustrar con imágenes reales o ficcionadas.
- No resumir la causa de suicidio a un solo factor: "Se suicidó porque estaba en bancarrota" o "Se suicidó por una pena de amor". Las causas de suicidio son complejas y resultan de diversos factores.
- Es importante que el tratamiento periodístico tenga siempre en cuenta el impacto sobre las familias y otros sobrevivientes en términos del estigma y el sufrimiento.

A su vez, se recomienda que junto a la cobertura periodística sobre el tema, se ofrezca una lista de servicios de salud mental y líneas telefónicas de ayuda disponibles, como así también señales de advertencia del comportamiento suicida.

Teniendo en cuenta estos lineamientos es que podemos colaborar y alentar a los medios de comunicación a que se apliquen prácticas periodísticas responsables en relación al comportamiento suicida.

SUICIDIO MARCO LEGAL

Las conductas suicidas abarcan desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto suicida. Si bien este proceso no es lineal, debe considerarse el riesgo que conlleva cada uno de estos comportamientos más allá de la intencionalidad del acto en sí.

Existen ciertos aspectos legales a tener en cuenta en la atención del suicidio en la urgencia, en el que toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida en el marco de las políticas de salud y legislación vigente.

El Código Penal no califica al intento de quitarse la vida como delito. El artículo 19 de la Constitución Argentina establece el principio de autonomía personal, reconociendo el derecho de las personas a decidir libremente sobre su propia vida y su propio cuerpo, impidiendo al Estado y a cualquier sujeto interferir en dichas decisiones adoptadas libremente por la persona. Por lo tanto, no se debe denunciar a la policía ni adoptar medidas de encierro por intento de suicidio (Lineamientos para la atención de suicidio en adolescentes, 2018).



LEY NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (LEY 27.130)

La Ley 27.130 o Ley Nacional de Prevención del Suicidio (sancionada el 11 de marzo de 2015 y promulgada el 6 de abril del mismo año) tiene como objetivo la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, la asistencia y la postvención, que son las acciones destinadas a trabajar con el entorno de la persona que se quitó la vida para evitar nuevos eventos. La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud de la Nación, que debe elaborar protocolos de atención y emergencia; crear un registro con información estadística sobre suicidios cometidos e intentos; desarrollar programas de capacitación, campañas y recomendaciones a los medios de comunicación para el abordaje responsable de las noticias vinculadas a estos actos (Ley N° 27130, 2015).

En el caso de intento de suicidio de niño, niña o adolescente, la ley agrega que es obligatoria la comunicación, no denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local, así como también que todas las personas que, en el marco de la asistencia hayan tomado conocimiento de la situación de un paciente que ha intentado suicidarse, estarán obligadas a la confidencialidad de la información. Otro de sus puntos destacados es que se deberá brindar cobertura asistencial a quienes hayan intentado suicidarse y a sus familias, así como también al núcleo familiar del suicida. Esta ley N° 27130 sobre prevención de suicidios aún espera ser reglamentada (modo en que se aplicará).

En su artículo n° 6 la ley N° 27130 establece dentro de las funciones de la autoridad de aplicación a las siguientes: a) La capacitación de los recursos humanos en salud y educación para la detección de las personas en situación de riesgo a través de una formación sistemática y permanente; b) La elaboración de un protocolo de intervención para los servicios del primer nivel de atención de salud y de los de emergencia hospitalaria, y un protocolo de coordinación entre los servicios de salud, la línea telefónica de emergencia y otros ámbitos comunitarios intervinientes.

También, en relación a la asistencia de quien presenta riesgo suicida, su entorno y la postvención en caso de suicidios consumados, debe considerarse a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 que protege a la población del trato discriminatorio e intenta evitar que se asocie el padecimiento mental con la peligrosidad, la incapacidad y con un estado permanente (Ley N° 26657, 2010).

RAAC

Red Asistencial
de las Adicciones
de Córdoba



PLAN PROVINCIAL DE
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Secretaría de
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA
DE LAS ADICCIONES**

Ministerio de
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
CÓRDOBA



**ENTRE
TODOS**