

**Algunas herramientas
para la evaluación y
atención de personas con
riesgo suicida: una guía para
el personal
sanitario**



Programa Provincial de prevención
del suicidio

2020

Programa Provincial de Prevención del suicidio

2020

Lic. Misael Moreno Frias

Contenido

Introducción	3
Aspectos técnicos.....	5
1. Es necesario preguntar de manera activa.....	5
2. Importancia de mantener un enfoque colaborativo.....	5
3. Mantener atención sobre el estado emocional del/la paciente	6
4. Ser flexibles	6
Evaluación del riesgo suicida.....	6
1. Riesgo a corto plazo	7
1. 1. Historial de intentos de suicidio o autolesiones no suicidas.....	8
1. 2. Ideación tanática actual	9
1. 3. Plan suicida actual	9
2. Teoría interpersonal del suicidio.....	10
3. Cuadros psicopatológicos.....	11
4. Factores ambientales y estresores precipitantes.....	12
5. Desesperanza	12
6. Síntomas agudos	13
7. Factores protectores	14
Intervenciones para el manejo del riesgo suicida.....	15
1. Validar la respuesta emocional	15
2. Trabajar en relación a la motivación.....	16
3. Aumentar la comprensión de las crisis suicidas.....	18
4. Plan de seguridad	20
5. Internación	22
6. Estrategias a largo plazo.....	23
Responsabilidades del profesional frente al comportamiento suicida.....	25
Referencias.....	26

Introducción

El suicidio es una problemática seria a nivel global que conlleva la pérdida de entre ochocientas mil y un millón de vidas por años de acuerdo al cálculo de diferentes fuentes oficiales (1). Para el caso de nuestro país, en el año 2008 (última fecha de la que se tienen datos oficiales a nivel nación) la tasa de suicidios en Argentina se estimó en 7.84 cada 100000 habitantes. La proporción por sexo se calculó en una defunción femenina por cada cuatro masculinas (2).

Algo a remarcar es que el costo del suicidio recae principalmente en la población más joven: 60% corresponde a personas de entre 15 y 50 años, siendo una de las diez principales causas de mortalidad y estando entre las tres mayores causas de muerte de personas en edad laboral (entre 15 y 35 años) (2).

Particularmente en Argentina, podemos observar que, de acuerdo a fuentes oficiales, el suicidio ocupa el décimo lugar entre las causas de muerte en poblaciones entre 5 y 14 años y en segundo puesto para la franja de edad entre 15 y 24 años (2).

En la siguiente tabla puede observarse el lugar que ocupa el suicidio como causa de muerte en relación a otras:

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

Fuente: Dra. Clotilde Ubeda Asociación Prevención del trauma pediátrico, Instituto Nacional de Epidemiología
Citado en "Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina", Ministerio de Salud, 2011

En el caso de Córdoba, en el año 2016 se observó que más de la mitad de las defunciones son producto de causas externas (3) y, dentro de estas, el suicidio ocupa el cuarto lugar, con un 10% de fallecimientos (4).

Por otra parte, se debe considerar que, aunque el impacto psicológico y social sobre la familia y la sociedad no es medible, se estima que el suicidio individual afecta al menos a otras seis personas (5). Además esta problemática genera costos y problemas sociales para el sistema de salud, por lo que su atención eficaz y adecuada se vuelve menester.

Esta situación nos informa de la necesidad de acciones que vayan en la dirección de reducir el impacto de estas problemáticas. En este sentido, la prevención del suicidio puede pensarse a través de tres niveles (6): Universal (dirigido hacia el total de la población), selectivo (el cual apunta a grupos específicos) e indicado. El presente documento pretende abordar este último estrato, el cual comprende la atención, evaluación y gestión del riesgo cuando éste ya ha sido identificado. Para este propósito se ha realizado una revisión de la bibliografía científica con el objetivo de establecer aspectos claves a tener en cuenta en el abordaje del comportamiento suicida.

Para la realización de este material se ha tomado como guía la propuesta de Bernert y Hom (7), quienes ofrecen una lista de componentes necesarios para la elaboración de una guía o protocolo de evaluación y manejo del riesgo suicida, incluyendo factores de riesgo y protectores, evaluación del grado de riesgo, categorización del riesgo, medidas de riesgo recomendadas, intervenciones, manejo de pacientes ambulatorios, procedimientos de plan de seguridad, restricción de acceso a medios letales, aspectos de confidencialidad, consideraciones éticas, prácticas de posvención, aspectos legales y, finalmente, entrenamiento.

Vale aclarar que, como podrá observarse, este trabajo no es material original, sino que recopila estudios y guías clínicas con el objetivo de difundir y facilitar el acceso a la información disponible en materia de comportamiento suicida, con la intención que esto pueda generar mejoras en las prácticas clínicas y ayudar a la incorporación de prácticas basadas en la evidencia.

Se comenzará por comentar algunas recomendaciones generales a tener en cuenta al momento de entrevistar una persona de la que se presume que puede estar en riesgo (apartado Aspectos técnicos). Posteriormente se revisarán algunas cuestiones respecto de la evaluación y predicción del comportamiento suicida (sección Evaluación del riesgo suicida) para extraer luego algunas indicaciones que puedan ser aplicadas en la intervención clínica. Luego se reseñarán estrategias y recursos posibles que cuentan con evidencia empírica en la reducción de la probabilidad de conducta suicida (parte Intervención sobre el comportamiento suicida). Finalmente se trabajará sobre pautas de seguimiento a largo plazo (sección Seguimiento).

Aspectos técnicos

1. Es necesario preguntar de manera activa

Uno de los obstáculos a los que nos enfrentamos en el abordaje de la problemática del suicidio es que, en muchas circunstancias, las personas que piensan o planean quitarse la vida no hablan al respecto. Por lo que es necesario preguntar sobre este tema de manera abierta y activa, ya que, aún en el contexto de una terapia, les puede resultar difícil solicitar ayuda.

El profesional tratante puede, a su vez, tener ciertos reparos o temores al momento de trabajar sobre el fenómeno suicida. En cierta forma, existe el mito de que preguntar sobre pensamientos autodestructivos puede inducir a este tipo de ideas. Sin embargo, la evidencia científica muestra que hacer preguntas sobre intenciones suicidas no genera ese contenido si la persona no lo tiene. Por el contrario, preguntar sobre esto suele generar cierto alivio en el malestar cuando estas ideas sí están presentes (8, 9,10).

Por otra parte, diversos estudios hacen referencia a la existencia de resistencias por parte del personal de los centros de salud a trabajar con la problemática del suicidio. En muchas ocasiones, pueden deberse a la escasa formación con la que cuentan sobre este fenómeno (11). Por lo tanto, el presente documento tiene como objetivo aportar a resolver este obstáculo, brindando información básica para una intervención clínica oportuna.

2. Importancia de mantener un enfoque colaborativo

En la literatura especializada sobre el suicidio se ha resaltado en múltiples oportunidades que mantener un enfoque colaborativo con el/la paciente genera una mejor respuesta a la intervención y aumenta significativamente las probabilidades de sobrevida (12).

Al referirnos a un enfoque colaborativo, nos referimos a un abordaje con énfasis en un espíritu de colaboración con el/la paciente. Esto es mediante tareas como construir una comprensión compartida del episodio suicida y crear de manera conjunta un plan de seguridad (esto se desarrollará más detalladamente en la sección de intervenciones), por ejemplo. Sobre este punto, distintos estudios muestran que cuando un plan de seguridad ha sido confeccionado con participación activa del paciente, aumenta la probabilidad de que sea usado.

Además, la colaboración de la persona asistida permite advertir posibles obstáculos no previstos en la implementación de un abordaje, lo cual da lugar a posibles soluciones para ellos.

Una herramienta útil para propiciar una alianza colaborativa entre el agente sanitario y el/la paciente es la validación (13). Se trata de una intervención verbal que consiste en comunicar a la persona que sus respuestas son comprensibles dentro del contexto en el cual se desarrollan. Por ejemplo, una persona asiste a un psicoterapeuta por primera vez, se muestra incómoda y experimenta dificultad para hablar de su motivo de consulta. El profesional podría validar estas respuestas expresando: “entiendo que te sientas inhibido, porque es la primera vez que nos vemos y porque tenés que contarme un problema que para vos es privado y muy importante. A la

mayoría de las personas nos sucede lo mismo cuando vemos a alguien por primera vez y tenemos con contarle algo privado. Estoy seguro de que a mí también me costaría mucho estar en tu lugar”.

Ahora bien, es importante señalar que la validación no equivale a justificación: partimos de supuesto de que varias de las respuestas del/la paciente son problemáticas y por ello concurre a consulta, por lo que la validación no debe representar nunca un motivo para no intentar un cambio (estos conceptos se ampliarán en apartados posteriores, dentro del desarrollo sobre intervención).

3. Mantener atención sobre el estado emocional del/la paciente

Es importante tener en cuenta que la exploración de ideas y sentimientos de una persona que está en riesgo suicida puede acarrear estados de gran malestar, por lo que Linehan et al. (14) recomiendan utilizar estrategias para mejorar del estado de ánimo durante las evaluaciones. Si bien lo más común es que los ámbitos de evaluación y tratamiento se mantengan separados, en este caso puntual debemos señalar que, debido a las características de esta problemática, necesitamos intervenir en muchas ocasiones a medida que se desarrolla la indagación sobre la profundidad del problema.

Las estrategias para mejorar el estado de ánimo mencionadas por Linehan et al. (14) consisten en una lista de actividades que el/la paciente encuentre placenteras o que hayan sido utilizadas de manera exitosa en otras oportunidades para reducir su malestar.

Esta lista se establece y acuerda al momento de empezar a conversar sobre la problemática del suicidio, antes de proceder con la evaluación detallada, ya que la apertura y colaboración del/la paciente suelen ser bastante dependientes de sus estados de ánimo. Debemos tener en cuenta que existe la posibilidad de que, si su nivel de malestar escala a niveles muy intensos, esto provoque que la persona quiera retirarse de la situación y rechace cualquier propuesta terapéutica.

4. Ser flexibles

Resulta de suma importancia mantener una perspectiva flexible en lo que respecta a la evaluación y a la intervención en la conducta suicida. Debemos tener en cuenta que se trata de un fenómeno heterogéneo donde intervienen una multiplicidad de factores considerable y en donde nos enfrentamos a diversos problemas a atender.

El primera instancia, debemos recordar ser flexibles en cuanto a la evaluación, ya que la evaluación del riesgo suicida no es una ciencia exacta, sino que el profesional tiene que lidiar con un conjunto de situaciones diferentes en las que interactúan factores de vulnerabilidad y de protección de diferente manera.

Evaluación del riesgo suicida

La evaluación del riesgo de que una persona lleve a cabo una tentativa de suicidio no es una tarea sencilla ni exacta: si bien se han identificado varios factores que aumentan la probabilidad de que

una persona intente quitarse la vida, existen muchos casos en los que aún en presencia de estos la persona no tiene conductas autolíticas y situaciones en las que no encontramos indicadores de riesgo y la conducta sí aparece.

Más aún, el análisis de la literatura científica en relación a la evaluación del riesgo suicida muestra que existen varias herramientas para la evaluación del riesgo, pero que en general comparten la dificultad de no discriminar casos de falsos positivos, es decir, los casos en los que se prevé una alta probabilidad de comportamiento suicida y, sin embargo, ésta luego no se confirma (15).

Además, otra problemática que surge en la predicción del comportamiento autolítico es que ésta no es objetiva, sino que depende en gran medida de la información que brinda la propia persona evaluada. De esta manera, encontramos que muchas personas que se quitan la vida niegan cualquier tipo de ideación o plan suicida.

Dicho lo anterior, debemos recalcar que aun así contamos con conocimiento de factores y signos de riesgo que permiten una predicción más adecuada del comportamiento suicida de los que podemos valernos para la evaluación clínica. Estos permiten mejorar la evaluación por encima del azar y las evaluaciones por parte del personal no entrenado.

A continuación, se comenzará por analizar algunos indicadores que pueden ser tenidos en cuenta por parte del personal de asistencia para identificar un posible riesgo a corto plazo (12). Posteriormente se ensayará un listado de otras situaciones de las cuales se ha encontrado que aumentan el riesgo. En este punto, debemos hacer hincapié en que esta lista no es exhaustiva, ya que existen muchísimas circunstancias que difícilmente puedan ser replicables, como por ejemplo la participación de una secta como la “Puerta del Cielo” (16).

Hatcher (17) señala que un problema en la evaluación del riesgo suicida es que se suelen equiparar los factores como si ellos incrementaran las probabilidades de comportamiento autolítico en el mismo nivel, cuando en realidad existe evidencia de que dos indicadores tienen un impacto mucho mayor que otros: los antecedentes de daño auto-infligido, sea suicida o no (sobre todo cuando es reiterado) y la presencia de una depresión actual.

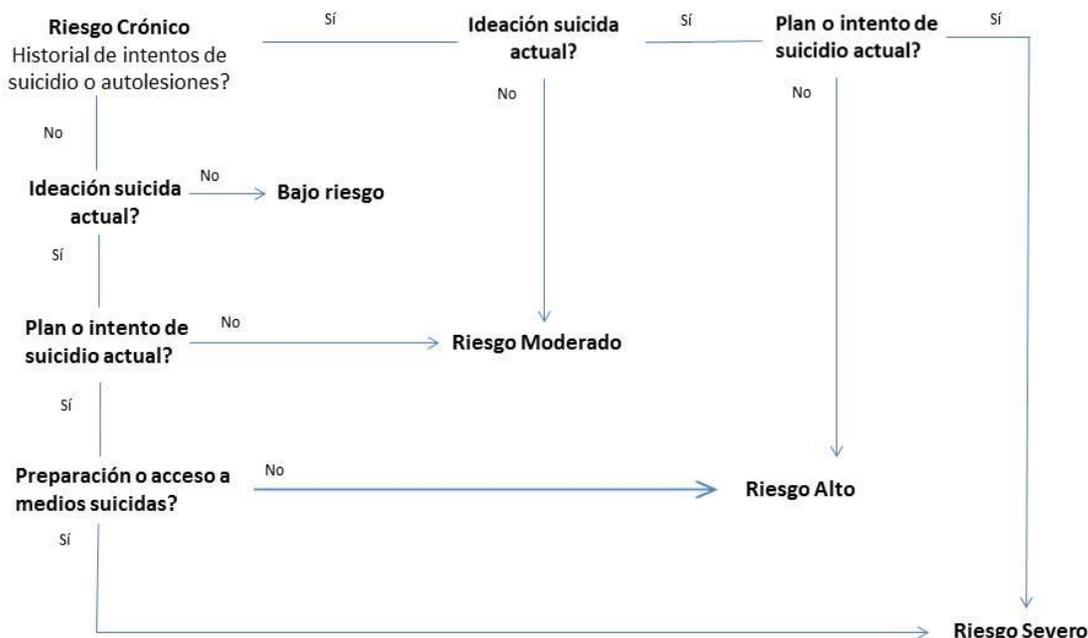
En este sentido, es importante al momento de llevar a cabo una evaluación ponderar algunos factores por sobre otros. Por este motivo en lo que sigue de la exposición se hará mayor hincapié sobre algunos de estos aspectos.

Finalmente, se proveerá de algunos signos de alerta dirigidos a profesionales de salud que no cuentan con entrenamiento en salud mental y que requieren conocer bajo qué circunstancias es pertinente solicitar una interconsulta con personal especializado.

1. Riesgo a corto plazo

Petit et al. (18) elaboran un algoritmo con el que proponen identificar riesgo inminente en el corto plazo. Con esto, los autores resaltan la importancia de algunos factores que han demostrado aumentar significativamente la probabilidad de suicidio. Para comenzar este apartado resulta útil

enfocarnos en estos aspectos ya que existe una enorme variedad de factores de riesgo que se ponen en juego, lo cual puede resultar confuso al momento de realizar una evaluación si no se cuenta con una jerarquía que permita dar prioridad a los datos más importantes:



1. 1. Historial de intentos de suicidio o autolesiones no suicidas

Dentro de la literatura científica existe bastante consenso (12, 14, 18) en que la presencia de tentativas autolíticas previas es uno de los mejores predictores de intentos de suicidio a futuro, incluso en comparación con la ideación: el hecho de que una persona ya haya intentado quitarse la vida implica que ha tenido la voluntad deliberada de llevar esto a cabo, ha tenido el grado de planificación necesaria y no la han detenido los factores protectores.

Por este motivo, al momento de evaluar riesgo actual en una intervención clínica es menester indagar sobre conductas autolíticas previas. Además, este indicador de riesgo posee el beneficio de que no depende totalmente del relato del/la evaluado/a como fuente de información, sino que podemos acceder a este dato mediante entrevistas familiares, historias clínicas o la observación de huellas o cicatrices reiteradas.

De la misma manera, es necesario tener en cuenta la presencia de autolesiones no suicidas, tales como los cortes y las quemaduras autoinfligidas como así también otros comportamientos parasuicidas, tales como la sobreingesta de alcohol o de medicación, por ejemplo. Se ha

observado que, aunque en menor medida, estas conductas predicen el comportamiento suicida y se vinculan con dificultades en la gestión de emociones negativas.

1. 2. Ideación tanática actual

Si bien tener en cuenta el historial previo de conductas autodestructivas es sumamente importante, se ha señalado que buena parte de los suicidios son concretados en el primer intento (19). Así, es necesario tener en consideración otras manifestaciones que pudieran servir como señales previas a un intento suicida. Algunos autores (11, 12, 14, 19) indican que la presencia actual de pensamientos suicidas y la elaboración de un plan para quitarse la vida constituye un aspecto ineludible para la evaluación del riesgo.

De la misma manera, existe también bastante consenso en que es posible diferenciar mayor o menor riesgo de acuerdo al tipo de contenidos presentados por un/a usuario/a en evaluación. Por ejemplo, resulta conveniente diferenciar entre ideas y planes suicidas (17, 18, 19).

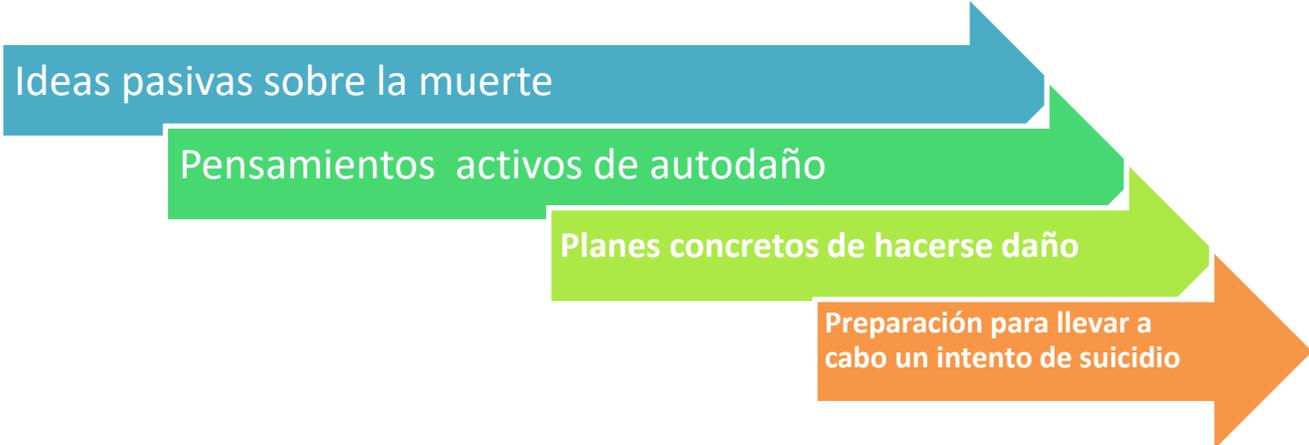
En cuanto a la ideación suicida, la misma puede ir desde **ideas pasivas** respecto a la muerte, del tipo “desearía estar muerto”, “a veces pienso que sería mejor no estar” que no están asociadas a un accionar en concreto por parte de la persona, hasta otras que implican la representación de algún tipo de acto que vaya en la dirección de hacerse daño, siendo estas últimas de mayor riesgo.

A esto se suman otros factores como la **intensidad** y la **frecuencia** de esos pensamientos: aquellos que se vuelven recurrentes, generan grandes niveles de malestar y de los cuales es difícil para el paciente distraerse, representan un peligro aún más alto.

1. 3. Plan suicida actual

Por otro lado, al momento de evaluar Chu et al. (19) señalan que es importante ponderar como un riesgo mayor cuando una persona no sólo tiene ideas, sino además **planes concretos para llevar a cabo un comportamiento suicida**, el cual implica un momento, un lugar y medios específicos. Más aún, esto se agrava cuando existen aproximaciones de **preparación** a esta conducta, tales como conseguir los medios o incluso practicar un posible intento.

Llegada esta situación, resulta sumamente importante indagar sobre el **acceso a medios letales** y sobre el conocimiento que la persona tiene para utilizarlos. Como se puede observar en el algoritmo propuesto por Petit et al. (18) este aspecto implica la posibilidad de riesgo inminente, por lo que es un punto que no puede obviarse en ninguna evaluación.



Ideas pasivas sobre la muerte

Pensamientos activos de autodaño

Planes concretos de hacerse daño

Preparación para llevar a cabo un intento de suicidio

Arriba puede verse una guía gráfica para la evaluación del pensamiento suicida que va desde manifestaciones muy frecuentes como las ideas pasivas sobre la muerte, hasta comportamientos menos recurrentes y de mayor riesgo.

2. Teoría interpersonal del suicidio

Puede llamar la atención que se incluya en este apartado que atiende a cuestiones netamente prácticas una teoría, pero existe un motivo para ello: dentro de la literatura sobre los factores de riesgo asociados al suicidio, existe una vasta lista de ellos que, aparentemente no siguen una lógica en común y se muestran como desconectados, lo cual dificulta establecer una jerarquía o hacer una valoración adecuada. En este punto, la teoría interpersonal resulta útil ya que aporta una comprensión conjunta de los factores de riesgo y de sus relaciones.

De acuerdo con la teoría interpersonal, existen tres constructos que aumentarían el riesgo de llevar a cabo un intento suicida: la pertenencia frustrada, la percepción de carga y la capacidad de suicidio.

La primera categoría, la **pertenencia frustrada**, se caracteriza por el aislamiento y una necesidad insatisfecha de conexión social (20). Dentro de este concepto se agrupan situaciones tales como la pertenencia a un grupo discriminado, como el colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (21) o ser objeto de bullying. Lo que compartirían estas dos circunstancias en común es el hecho de que en ambos casos no encontramos con que la persona es rechazada o segregada por el resto del grupo social, lo que la lleva a una situación de soledad y desconexión.

Por otro lado, la **percepción de carga** consiste en percibirse a sí mismo como un problema o peso para amigos, familia o para la sociedad (20). Este constructo parece subyacer en situaciones tales como el consumo problemático de sustancias, la discapacidad o los trastornos mentales, donde las personas que lo padecen observan cómo la dificultad que les aqueja repercute además en otras personas de su entorno, lo que conduce a que piensen en la autoeliminación como un medio para lograr un alivio en sus seres queridos.

Por último, la **capacidad de suicidio** comprende dos constructos: una menor sensibilidad al dolor y un menor temor a la muerte. De acuerdo con Chu et al. (19) esta variable es clave para comprender el pasaje de la ideación al intento suicida. De acuerdo con estos autores, las experiencias de abuso reiteradas y las **conductas de autolesión** (sean o no suicida), el comportamiento agresivo hacia otros o las acciones temerarias (como conducir a altas velocidades) están asociadas tanto a una reducción del miedo a la muerte como a la disminución en la sensibilidad al dolor y, por tanto, aumentan considerablemente el riesgo de llevar a cabo una tentativa.

3. Cuadros psicopatológicos

Se ha demostrado de manera repetida la asociación entre cuadros psicopatológicos y comportamiento suicida en todas las franjas etarias y la mayoría de los trastornos psiquiátricos se relacionan con un incremento en el riesgo de suicidio (22, 23).

Por su parte, Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie(24) y Bedoya y Montaña (25) señalan que las autopsias psicológicas muestran que entre un 90 y un 95% de las personas que se quitan la vida padecen algún tipo de trastorno diagnosticable al momento de su muerte.

Los trastornos del humor y la ansiedad (especialmente la depresión y el trastorno bipolar), los trastornos de la conducta alimentaria, los problemas de control de impulsos, los cuadros psicóticos, el consumo problemático de sustancias y los trastornos de la personalidad elevan significativamente el riesgo de suicidio y otros comportamientos suicidas (23, 26, 27).

Un caso particular es el del alcohol: se ha encontrado que quienes tienen un consumo problemático de esta sustancia experimentan un incremento considerable en el riesgo de suicidio, pero, contrario a lo que pudiera pensarse, la mayoría de los suicidios (73%) ocurren cuando se encuentran sobrios (28). Es importante, por tanto, tener en cuenta esta problemática como un contexto de riesgo a largo plazo y no sólo durante el estado de intoxicación.

Un aspecto importante a señalar en este punto, es que, a pesar de que existe una importante correlación entre trastornos mentales y suicidio, es importante tratar a este último fenómeno de manera específica, ya que la evidencia muestra que las aproximaciones terapéuticas que tratan sólo el cuadro de base se muestran insuficientes para mejorar la sobrevida. Meerwijk y colaboradores (29) realizaron un estudio de meta análisis donde comparan el efecto de intervenciones que trataban el suicidio de manera directa en contraste con otras que sólo intervenían sobre otros síntomas indirectos, encontrando que **aquellas estrategias que abordaban el comportamiento suicida tenían mejores resultados.**

Aunque con una relación mucho más débil, también existe asociación entre enfermedades médicas y riesgo suicida (30), encontrando que la ideación suicida es más frecuente entre personas que padecen una enfermedad que en la población general, incrementándose aún más la diferencia cuando existía comorbilidad de dos o más patologías.

4. Factores ambientales y estresores precipitantes

Si bien la importancia de la presencia de psicopatología es clara, se deben tener en cuenta que algunas personas pueden desarrollar un estado de crisis suicida, aunque no cuenten con ningún antecedente de trastorno de este tipo, debido a alguna circunstancia contextual.

En este sentido, Chu et al. (19) señalan que existe evidencia de que la mayoría de las personas que intentan suicidarse experimentan un evento de vida estresante el día de su tentativa, tales como la muerte de un ser querido, quedar sin trabajo, separación marital entre otros (31).

Pridmore, Ahmadi y Reddy (32), por su parte, desarrollan el concepto de “predicamento suicida” como modelo de explicación para el comportamiento suicida. De acuerdo con los autores, esta noción se compone de dos constructos elementales: por un lado un trastorno mental que produce malestar intenso y, por otro lado, situaciones sociales estresantes.

Teti (33), además, identifican una relación significativa entre la ideación suicida y las relaciones familiares disfuncionales en poblaciones adolescentes. De acuerdo con estos autores, la falta de apoyo social mantiene una asociación positiva con los intentos de suicidio. Esta tendencia puede verse también en lo señalado por Tomicic et al. (21), quienes indican que algunas investigaciones presentan evidencia respecto al rol mediador de la aceptación o rechazo familiar de la identidad de género y orientación sexual respecto del riesgo suicida en comunidades LGBT (como por ejemplo, 34, 35). La probabilidad de comportamiento suicida es mayor en estas poblaciones, pero el impacto en el riesgo disminuye cuando existe aceptación familiar hacia la identidad y orientación sexual.

5. Desesperanza

Siguiendo a Chu et al. (19), “la creencia de que un estado presente o una situación es inmodificable sigue siendo uno de los predictores más robustos de intentos de suicidio o muertes por suicidio futuros” (pág. 1190).

La desesperanza ha sido implicada como un factor con una doble función: por un lado confiere riesgo por sí misma (el sesgo desesperanzado ha sido ampliamente estudiado por Beck et al. 36), pero también media entre otras variables y la conducta suicida (37). Por ejemplo la pertenencia frustrada y la percepción de carga se asocian a un incremento en el deseo de morir cuando son acompañadas de una elevada desesperanza. También se ha asociado el papel de mediador de este factor en casos de trastornos mentales donde éste aumenta significativamente el riesgo de llevar a cabo una tentativa suicida.

Tanto la teoría interpersonal del suicidio (20) como el modelo del llanto por dolor (38) y el modelo de evaluación esquemática del suicidio (39), resaltan el papel mediador de la desesperanza como mediación en el pasaje hacia un comportamiento suicida. Por este motivo, al momento de evaluar a una persona que presenta ciertas señales de alarma, debemos indagar respecto de sus expectativas a futuro y su posible estado de desesperanza.

6. Síntomas agudos

Chu et al. (19) hacen referencia a la necesidad de contar con signos objetivables al momento de evaluar el riesgo suicida ya que existe evidencia de que **muchas personas niegan tener ideación o deseos de quitarse la vida antes de llevar a cabo un intento** (40). Por este motivo, reconocer síntomas vinculados al comportamiento autolítico que puedan identificarse de manera independiente del relato del paciente evaluado es de vital importancia (19, 41).

A continuación se presentará un listado de **síntomas y signos** elaborado por Chu et al. (19), **los cuales se vinculan al comportamiento suicida en el corto plazo** y que, como su relación con el deseo de morir no resulta evidente para el paciente, es posible que brinde esta información más fácilmente.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que **los síntomas aquí mencionados no están clara e inequívocamente vinculados al comportamiento suicida, por lo que su valoración no debe hacerse de manera aislada, sino en el contexto de una evaluación que atienda a los factores de riesgo mencionados en los apartados anteriores también.**

La **agitación** relacionada con el suicidio usualmente se manifiesta como una sensación de confusión interna con exteriorizaciones conductuales de sobre-activación, tales como torciones de manos, muecas y dificultad para mantener el estado de quietud. Aunque no está clara la relación entre agitación y suicidio, Sani et al. (42) encontraron que más de un tercio de las personas que se quitan la vida presentan un episodio de **depresión con agitación**. En otros casos los intentos de suicidio fueron precedidos por reportes de **sensación de tensión, aceleración de pensamiento o excitación psicomotriz** durante la semana previa.

Por otra parte, la **irritabilidad marcada**, un estado de ánimo caracterizado por un incremento en la propensión a sentirse molesto o enojado ante una provocación, podría representar un signo de alerta en el corto plazo de riesgo suicida. Balázs et al. (43) encontraron que muchas de las personas que intentan quitarse la vida, aparece un incremento notable de la irritabilidad en las 24 horas previas a la tentativa suicida.

Otro signo de alerta a considerar es el **aislamiento social**, el cual puede manifestarse de forma interna (sentimiento de desconexión) o externa (alejamiento de personas del entorno). Algunos estudios de autopsia psicológica han mostrado que días o semanas previas a un intento de suicidio, las personas mostraron una disminución en actividades que solían ser parte de la rutina, como salidas sociales (44).

La pérdida de peso severa en un corto plazo parece ser también una señal de alerta usualmente previa a un comportamiento suicida. McGirr et al. (45) encontraron que un 85% de las personas que se quitaron la vida mostraron una pérdida de peso o de apetito durante el periodo previo a su muerte.

Los **estados afectivos** también constituyen un factor importante dentro de las crisis que preceden a una muerte por suicidio. Se ha identificado nueve situaciones emocionales percibidas como

intolerables y relacionadas al comportamiento suicida en el corto plazo: abandono, el desasosiego, la desesperación, la culpa, la desesperanza, la humillación la soledad, la furia y el aborrecimiento por la propia persona (46).

Por su parte, Linehan (13) conceptualiza que el suicidio y las autolesiones aparecen en muchas oportunidades como respuestas ante una sensación de malestar intensa, por lo que la persona, ante esa situación, busca regular esa perturbación emocional a través del dolor fisiológico o piensan en la muerte como una forma de escape. Esto resulta importante, ya que, como veremos más adelante, al momento de pensar intervenciones clínicas para reducir el riesgo de suicidio, debemos atender también a dar otras respuestas a los estados emocionales negativos de este tipo.

Por último, entre las señales de riesgo objetivables a corto plazo también se destacan las **perturbaciones del sueño**, incluyendo el insomnio, las pesadillas y los ataques de pánico durante la noche (47). Se ha encontrado en un estudio comparativo de autopsias psicológicas que cerca del 75% de las personas que se quitan la vida experimentó dificultades en el dormir durante el mes previo a su fallecimiento (48).

Aunque puede resultar Perogrullo, es necesario resaltar que los trastornos del sueño no siempre conllevan necesariamente un riesgo de suicidio, por lo que, como se señaló antes, estos indicadores deben analizarse siempre en contexto junto con otros factores.

7. Factores protectores

En este apartado se desarrollarán algunos aspectos o características que han mostrado ser moderadoras del riesgo de suicidio. McLean et al. (49), por ejemplo, han encontrado que, a nivel individual, que las habilidades de resolución de problemas, autocontrol, esperanza y la percepción de buena salud disminuyen la probabilidad de desarrollar riesgo suicida; mientras que, en un sentido social o interpersonal, encuentran que las buenas relaciones familiares, el matrimonio o el compañerismo en las relaciones de pareja, las experiencias positivas en la escuela, la espiritualidad, el empleo y los valores sociales también tienen un efecto positivo en la disminución del riesgo.

En cuanto a las **habilidades de resolución de problemas**, éstas se refieren a un conjunto de capacidades que van en la dirección de generar estrategias de manera activa para afrontar los problemas a los cuales se enfrentan las personas. De acuerdo con McLean et al (49) existe evidencia que muestra que la presencia de habilidades de resolución de problemas modulan la desesperanza y se correlacionan con una disminución de los intentos de suicidio. Este dato resulta de interés ya que, a largo plazo, puede resultar útil reforzar estos aspectos para mejorar el pronóstico de sobrevida.

Además, el **autocontrol** como característica personal, el cual implica a su vez características como la autoeficacia, habilidades de ajuste social, o el pensamiento optimista, parecen ser protectoras contra el riesgo de suicidio, sobre todo en adolescentes y en momentos de malestar (49).

Por otra parte, McLean et al. (49) agregan que la **esperanza** y las **razones para vivir** son otro factor que protege en buena medida del riesgo de suicidio en personas que están atravesando una depresión o en situaciones de crisis. A esto agregan, además, que la inclinación hacia los deportes y la **participación en actividades** físicas disminuyen el comportamiento autodestructivo en los adolescentes.

Finalmente, también McLean et al. (49) acentúan también el papel del **apoyo social**, haciendo hincapié en el efecto protector de las **relaciones familiares positivas**, sobre todo en adolescentes que se muestran muy sensibles a la calidad de estos vínculos. Asimismo, resaltan también el valor de la cohesión y el apoyo social en otros contextos, como **la escuela, la pareja y el trabajo**.

Una evaluación adecuada del riesgo de suicidio debe tener en cuenta tanto los aspectos que aumentan la probabilidad de un comportamiento autodestructivo como así también la influencia de aquellas características que modulan el riesgo para, de esta manera, poder planificar una estrategia de tratamiento basándose en los problemas y recursos del paciente.

Intervenciones para el manejo del riesgo suicida

1. Validar la respuesta emocional

Dentro de las diversas dificultades que se encuentran en la clínica con personas suicidas está el hecho de que en muchas oportunidades se ven a sí mismas como incorrectas o creen que lo que sienten es inadecuado o no deberían sentirlo.

A este respecto, en muchas guías de atención es posible encontrar el hincapié en la importancia de mantener una actitud empática respecto de la situación que vive la persona (50, 51). Pero, además de esto, es necesario que el profesional que lleva a cabo la entrevista con una persona en crisis sea capaz también de comunicar esa empatía (52), hacerle saber a la persona que es comprendida.

Por tal motivo, es necesario que se haga referencia a la “validación” como herramienta terapéutica. Ésta implica comunicarle a la persona que sus respuestas emocionales son comprensibles en su contexto (13). Esta estrategia, para utilizar un punto de referencia, es lo opuesto a minimizar la dificultad que está teniendo la persona o juzgarla: se trata de reconocer la importancia, la relevancia y la gravedad que tiene esa situación para esa persona.

Validar implica legitimar y aceptar la experiencia emocional de la persona (53). Esta tarea no es sencilla y, si bien algunas personas son capaces de hacer esto de manera espontánea e intuitiva, otras pueden necesitar entrenar y desarrollar esta habilidad. Para esto se cuenta con algunas herramientas conceptuales que es posible utilizar, como los niveles de validación (54):

- 1. Escuchar y observar con atención.**

2. **Reflejar:** esto implica que el profesional utiliza resúmenes o paráfrasis para brindar feedback al usuario/a, comunicándole que su relato de la situación ha sido escuchada y comprendida,
3. **Leer la mente,** en el sentido de hacer hipótesis sobre aquello que el usuario/a no menciona de manera explícita sobre su manera de pensar o sentirse en ese momento. Un ejemplo de esto sería “¿puede ser que te sientas culpable por estar pasando por esto por los problemas que tiene tu familia?”.
4. **Validar por la historia,** que implica explicar cómo algunas de las emociones, pensamiento o conductas de la persona son comprensibles a partir de hechos del pasado. Como por ejemplo “Comprendo que sientas dolido siendo que has pasado por otras crisis antes y eso es desgastante”.
5. **Validar por el contexto presente,** lo cual supone comprender cómo la persona se siente respecto de lo que ocurre en el lugar y momento de la intervención. Como por ejemplo “es entendible que te sientas incómodo siendo que te toca estar hablando sobre cuestiones muy privadas con una persona que no conocés”.
6. **Crear en la persona,** es decir, tratarla como una persona válida y no subestimarla en relación a sus capacidades o a los problemas que transita.

Estos niveles de validación pueden servir como estrategia para hacer que la persona asistida pueda sentirse escuchada, hacerle saber que no se le juzga y, de esta manera, empezar a establecer una alianza terapéutica para comenzar a abordar la problemática que le aqueja. Si una persona no se ha sentido escuchada respecto del problema que la trae a consulta, difícilmente acepte opiniones de cómo resolverlas.

2. Trabajar en relación a la motivación

Resulta de importancia abordar la problemática del suicidio como una cuestión de motivación (55, 56, 57), ya que la evidencia muestra que generalmente las personas que piensan en quitarse la vida presentan cierto grado de ambivalencia. Esto quiere decir que si bien piensan en la muerte, también desean vivir y esto les produce un conflicto interno. Esto resulta relevante ya que nuestro objetivo será aliarnos y reforzar los motivos para seguir con vida.

En este sentido, el profesional debe brindar apoyo para resolver aquellos problemas que le hacen pensar en el suicidio. Esto último es de suma relevancia ya que la intervención no sólo se dirige a persuadir a la persona de mantenerse con vida, sino que, además, se busca propiciar el uso de alternativas para la resolución de problemas que han llevado a la situación de crisis. Para esto será necesario que el profesional promueva de manera activa la esperanza y la autoeficacia del usuario/a.

Para los objetivos planteados resulta útil tomar como estrategia la implementación de la entrevista motivacional. Esta herramienta promueve la apertura y el desarrollo a la vez que propicia y apoya el cambio. No obstante, al utilizar esta metodología a la problemática del suicidio debemos tener algunas consideraciones: en primer lugar, debe resaltarse que a diferencia de otro tipo aplicaciones de la entrevista motivacional, aquí no se dejará librado totalmente al paciente la

ponderación de motivos para una u otra elección, sino que el profesional debe guiar la intervención siguiendo la consigna de incrementar la exploración de razones para vivir, reducir la discusión sobre el suicidio. Investigaciones anteriores (inserte cita aquí) muestran que la indagación sobre los argumentos para morir de los usuarios/as aumenta su nivel de malestar emocional y, por ende, propicia estados de crisis suicida, a la vez que resta espacio para identificar y reforzar razones para vivir.

En segundo lugar debemos tener en cuenta que negar la autonomía del usuario/a puede tener un efecto negativo en el resultado de la intervención ya que puede producir una respuesta reactiva en el usuario/a para reestablecer su libertad, exacerbando el comportamiento suicida (58; 59).

En tercer lugar, debemos considerar que, si bien el profesional no debe obstaculizar la autonomía del usuario/a, tiene el deber de preservar su vida y la de terceros cuando sus conductas impliquen riesgo para sí o para otros.

Estos aspectos hacen que quien intervenga deba mantener cierto equilibrio entre reforzar la autonomía del usuario/a y preservar su vida. En esta dirección es posible decir que se busca evitar las internaciones (algo que a menudo preocupa a las personas con comportamientos suicidas) y que éstas sólo se implementarán cuando no sea posible otra estrategia terapéutica.

Otra acción que el profesional puede llevar a cabo es reforzar la autonomía del paciente al indagar sus razones para vivir, haciendo hincapié en aquello que es importante para el usuario/a (aunque el terapeuta no comparta valores o puntos de vista con esa persona). Por el contrario, quien interviene con una persona con ideación suicida debe evitar reforzar su autonomía para decidir morir.

El modelo la entrevista motivacional con usuarios/as que presentan riesgo suicida sugiere que propiciar la conversación dirigida hacia la vida reduciría el riesgo de comportamiento autolítico, mientras que la conversación orientada al suicidio podría incrementar este riesgo, por lo que dejar que la propia persona realice un balance para decidir de manera espontánea, puede resultar dañino (60).

Por lo señalado hasta aquí los autores proponen promover la conversación sobre el cambio. Discutir las razones para suicidarse a veces lleva al usuario/a innecesariamente a patrones de pensamiento y a emociones abrumadoras que caracterizan la crisis suicida.

Cuando un/a usuario/a comienza la entrevista relatando los motivos que tiene para quitarse la vida. Los profesionales deben responder a esto de una manera empática y centrada en el paciente que no agudice la situación. Luego, es posible redireccionar la conversación. Esto se puede lograr mediante interrogantes abiertos del tipo “entiendo que estás pasando por una situación crítica y dolorosa. Me gustaría saber cómo has hecho para sobrellevar el malestar hasta ahora ¿Qué te ha mantenido con vida?”.

Además es posible indagar sobre valores y creencias personales, habilidades, fortalezas, logros o algún momento en el que sintieron que tenían una vida que valía la pena. Este tipo de preguntas permite obtener información sobre aspectos positivos para reforzar y abordar la ambivalencia.

Algunas formas con las que se cuentan para redireccionar la conversación son:

Reencuadrar: “Podría ser de ayuda recibir apoyo con los problemas que te hacen pensar en el suicidio”.

Acordar y dar un giro: “Piensas en el suicidio pero a la vez intentas encontrar otra salida de ese problema”.

Reflexiones dobles: “Por un lado pensás en el suicidio como forma de aliviarte, pero a la vez te preocupa cómo seguiría sin vos tu familia”.

Por otra parte, es posible señalar que se puede pensar en la entrevista motivacional como un proceso de cuatro tareas: abordar, enfocar, evocar y planear (60).

En el abordaje se busca involucrar al usuario/a en la conversación. Para esto es necesario ayudar a que la persona se sienta tan cómoda como sea posible y presentarle en qué consiste el proceso. Posteriormente se intenta enfocar la conversación en los motivos para vivir. Esto puede requerir de cierta negociación con el usuario/a ya que si dirigimos la conversación de manera brusca, puede sentir que su malestar es ignorado o pasado por alto. Por este motivo es necesario remarcar que la propuesta es guiar la conversación sin que esto implique forzar el tema. Esta tarea precisa de cierta flexibilidad para dar lugar a las necesidades e inquietudes del entrevistado.

Luego, en la fase de evocación, la tarea es propiciar la conversación sobre razones para vivir para poder identificarlas y reforzarlas. El objetivo último es construir un compromiso en el usuario/a para seguir un tratamiento o estrategia de resolución de la crisis. Se espera obtener una verbalización de este acuerdo.

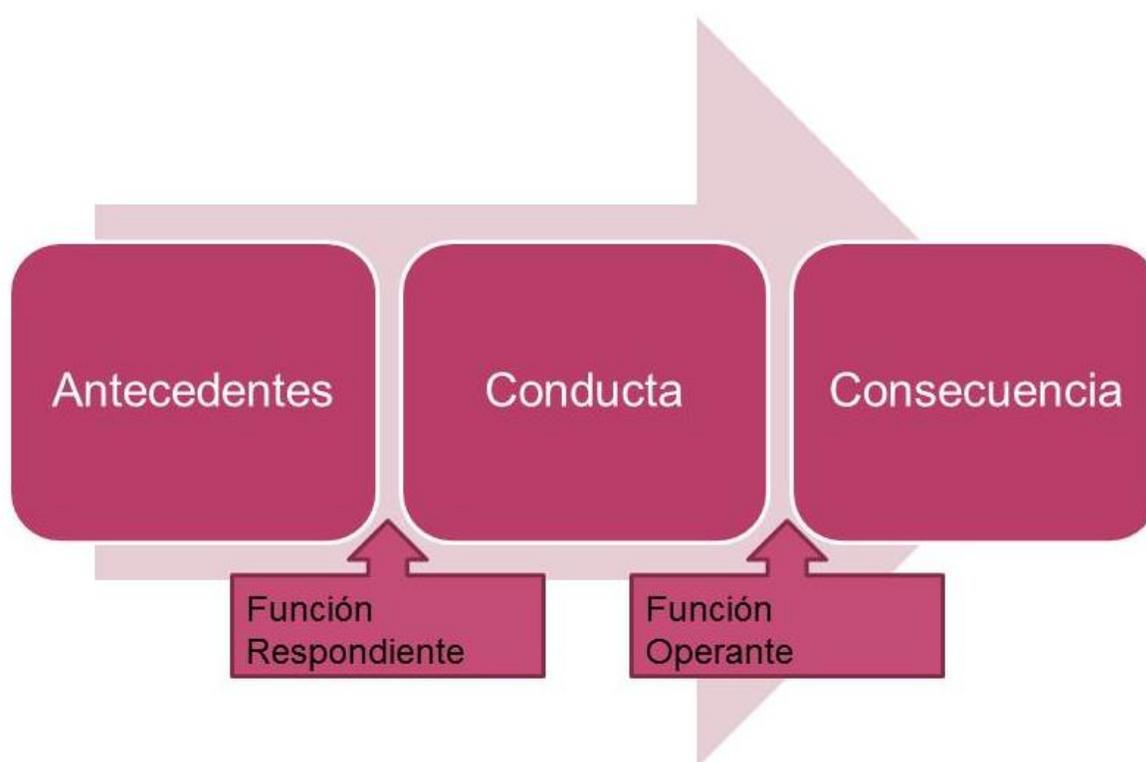
Respecto a la fase de planificación, un buen punto de partida puede ser preguntar qué cosas cree el usuario/a que podría hacer como estrategia terapéutica. Podemos tomar y reforzar estas propuestas cuando vemos que son plausibles y útiles. No obstante, es posible que debamos ayudar a reformular algunas acciones y proponer algunos puntos necesarios, cómo se verá más adelante en el plan de seguridad.

3. Aumentar la comprensión de las crisis suicidas

Como se señaló antes, construir una comprensión compartida por el terapeuta y el paciente sobre el episodio suicida constituye una intervención en sí misma. En este sentido, Gagliesi (61) refiere la importancia de determinar si la conducta autolesiva es **respondiente**, es decir que cumple la función de responder a un evento precedente (como escapar de una situación desagradable) o si estos comportamientos son controlados por sus consecuencias, o sea, si son **operantes** sobre el contexto, obteniendo un refuerzo en los resultados que le siguen.

La importancia de determinar si la conducta autodestructiva es respondiente u operante reside, de acuerdo con Gagliesi (61), en que en el primer caso la estrategia para disminuir este comportamiento será promover el afrontamiento y la aceptación, mientras que en el último, lo indicado sería modificar las consecuencias del contexto hacia las respuestas operantes.

Ahora bien, para determinar cuál es la función de un comportamiento de daño autoinfligido debemos llevar a cabo un análisis de la conducta (13, 61, 62, 63), el cual consiste en un estudio de la relación entre el comportamiento y el contexto en que éste ocurre, con el objetivo de establecer cómo se evocan y reproducen ciertas respuestas.



Identificar la función del comportamiento suicida o autolesivo constituye un paso fundamental para el planeamiento de un tratamiento ya que si conocemos cuál es el problema o situación a la que responden estas conductas, podremos pensar en otras acciones que vayan en la misma dirección sin que esto implique un riesgo para la persona. Podemos encontrar un ejemplo de esta idea en Linehan (13), donde la autora refiere que, en muchos casos, las autolesiones funcionan como una estrategia para aliviarse ante el malestar emocional: la persona modifica el componente fisiológico del afecto desagradable a través del dolor intenso y, de esa manera, logra regular el estado de perturbación a un monto tolerable. De esta manera puede observarse que se trata de una conducta operante, ya que la conducta es mantenida por la consecuencia que genera (la sensación de alivio).

Tomando esta información como base es posible pensar en otras estrategias de tolerancia al malestar como la modificación de la fisiología mediante el ejercicio extenuante (13).

4. Plan de seguridad

Algunos autores han señalado la importancia de proveer de un plan de seguridad en el manejo del riesgo suicida (7, 18, 19, 61). Petit et al. (18) diferencian este instrumento de los contratos no suicidas en cuanto estos últimos sólo le solicitan al paciente que acuerde no quitarse la vida; mientras que el plan de seguridad ofrece una guía para el manejo de las crisis.

Además, la evidencia muestra que las personas que reciben un plan de seguridad muestran menos comportamientos suicidas en el mes siguiente de la intervención (ej., 64, 65), por lo que esta herramienta resulta menester al momento abordar el comportamiento autodestructivo de una persona que atendemos en un contexto de atención de urgencia y de la cual no sabemos aún si mostrará adherencia para un tratamiento más demandante a largo plazo.

Al igual que Petit et al. (18), en esta guía se tomará el plan de seguridad elaborado por Stanley y Brown (66) debido a los criterios de flexibilidad de fácil implementación. La lógica de esta intervención es que las crisis suicidas suelen ser limitadas en el tiempo y consisten en un periodo de deseos e impulsos suicidas que luego disminuyen. Por este motivo es importante contar con un conjunto de estrategias que permitan sobrevivir en estas situaciones, lo cual permitiría continuar trabajando en objetivos a mediano y largo plazo.

Para utilizar el plan de seguridad es necesario que se comience por **presentar esta herramienta**, brindando una explicación de cuál es su lógica y cómo puede resultar útil. Para esto, Petit et al. (18) recomiendan hacer esto tomando como ejemplo una crisis suicida reciente de la propia persona que se está atendiendo.

Luego, el **primer paso** después de presentar el instrumento consiste identificar una lista de **señales de alerta personales** que habitualmente preceden a la crisis suicida. La idea es que estas señales sirvan como una pista para reconocer que es momento de implementar el plan de seguridad antes de que la crisis escale. Aquí pueden incluirse estados emocionales, situaciones externas (como conflictos interpersonales), pensamientos asociados a la desesperanza o a la muerte entre otros indicios.

Es importante en este punto que las señales sean tan claras y precisas como sea posible, pues si son vagas o muy generales no cumplirán el objetivo de advertir que se aproxima una crisis.

El **segundo paso** consiste en desarrollar una lista de **estrategias de afrontamiento** que las personas puedan emplear por sí mismas para distraerse de pensamientos o crisis suicida, como ver un programa de televisión o películas, hacer alguna tarea, escuchar música o algún otro hobby. Es importante asegurarse que estas actividades ayuden a mejorar el estado de ánimo, ya que, por ejemplo, ver un film con un contenido triste no ayudaría o incluso podría agudizar la situación.

Además, es importante tener en cuenta que es más probable que una persona realice actividades ya conocidas en una situación de crisis que intente probar una estrategia nueva. Asimismo, se debe atender a que estas actividades estén disponibles en los momentos en que la persona puede

desarrollar una crisis, por lo que, por ejemplo, actividades que impliquen mucho ruido pueden no resultar útiles durante la noche.

En algunas oportunidades algunas personas tienen dificultades para identificar estrategias de distracción, por lo que el personal asistente debe guiar la lluvia de ideas, asegurando que exista un rango amplio de actividades y no restringirse a una única tarea, ya que, de no funcionar, resulta importante contar con alternativas.

El **tercer punto** consiste en recurrir a **personas del entorno que puedan ayudar al paciente a distraerse**. En este punto es conveniente resaltar que es probable que muchas consultas por ideación suicida sean realizadas por adolescentes. Por este motivo, debe señalarse que si bien es posible incluir a pares (otros adolescentes) en este paso, será necesario incluir sólo a adultos en la cuarta parte del procedimiento.

Además, es necesario, al tratarse de adolescentes, procurar que los vínculos a los que se recurra en estos casos sean positivos y estables en la medida de lo posible, pues en algunos casos pueden sumar al conflicto, agudizando la crisis en curso.

El **cuarto paso** implica generar una lista de **personas a las cuales pedir ayuda en caso de crisis suicida**. Estas deben ser sólo adultos de confianza. Si bien es posible que los adolescentes tomen como referente a alguno de sus padres, también es posible que los vean como una fuente de conflicto y que, por ende, resulte conveniente involucrar a otros adultos como tíos, abuelos, o allegados.

Se recomienda compartir el plan de seguridad con las personas incluidas en esta lista también o con las personas que acompañen al paciente al momento de la intervención.

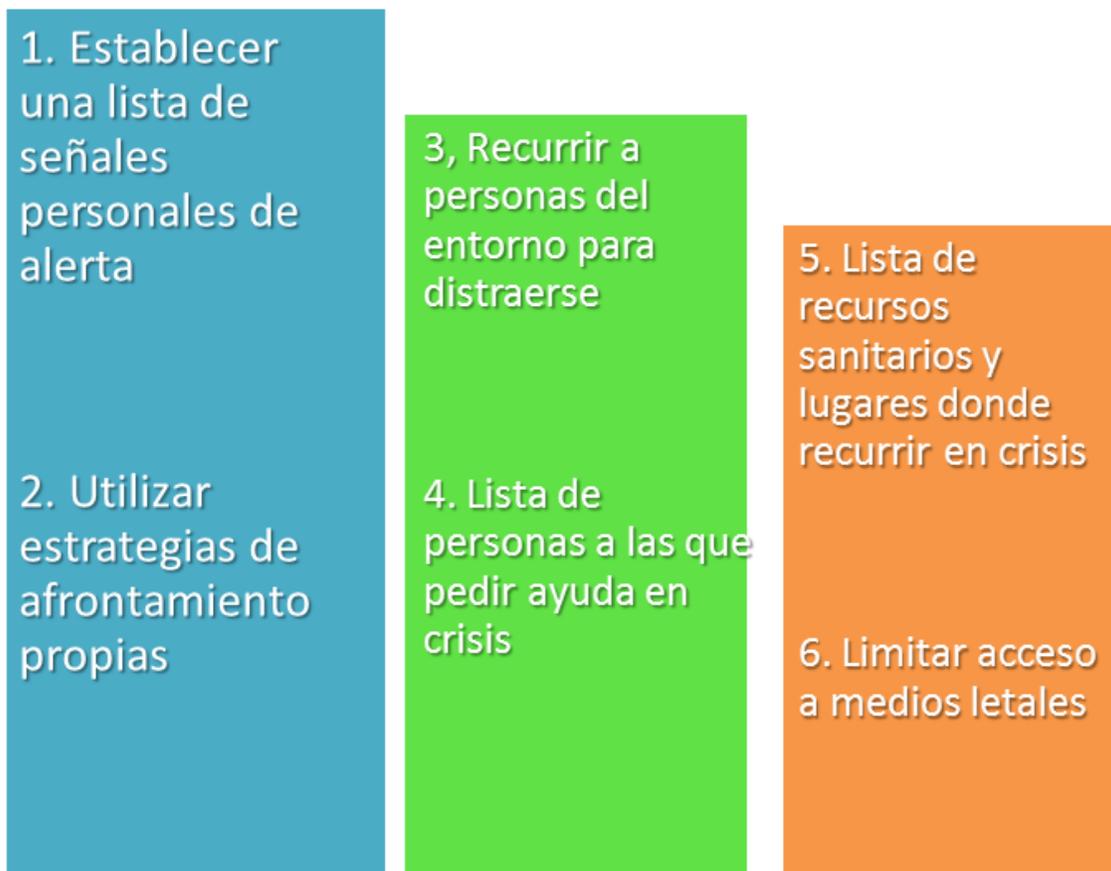
La **quinta parte** de esta guía consiste en una **lista de recursos sanitarios** a los cuales recurrir en caso de una crisis suicida, tales como líneas de ayuda telefónica y centros de salud. De ser posible, se considera útil incluir aquí un contacto del mismo terapeuta que está atendiendo a la persona.

En caso de que la persona asistida sea un adolescente, es importante incluir a los padres o cuidadores luego de acordar los pasos con el paciente. Recordamos la relevancia de mantener un enfoque colaborativo: **realizar acciones a espaldas de la persona asistida puede llevar a un rechazo del plan**.

El sexto y **último paso** es la planificación de un ambiente seguro y la **limitación del acceso a medios letales**. En este momento es conveniente incluir a otros (adultos) y es menester realizar una psicoeducación sobre porqué es necesario retirar los medios letales como armas de fuego, veneno, medicamentos, cuchillos u objetos cortopunzantes y cintos.

Al momento de llevar a cabo esta tarea resulta útil la información sobre la ideación y planificación vistas previamente: si conocemos cuál fue el método que la persona tenía pensado para quitarse, es importante darle prioridad al mismo al momento de retirar los medios letales.

Es posible, además, que sea necesario implementar un monitoreo que implique contacto telefónico de manera esporádica, reglas de mantener las puertas abiertas y chequeos ocasionales. Estas medidas más restrictivas se aplican en casos en los cuales el riesgo es mayor y debemos actuar con cautela.



5. Internación

La ley nacional de salud mental 26.657 versa en su artículo 14 sobre el carácter excepcional de las internaciones, siendo éstas un recurso que debe restringirse a aquellos casos en los que “aporte mayores beneficios terapéuticos el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social” (67).

La ley 26.657 agrega, además, que bajo las situaciones que exista riesgo para el paciente o para terceros, es posible llevar a cabo una internación involuntaria bajo la condición de que no sean posibles otras alternativas terapéuticas menos restrictivas, que el procedimiento esté debidamente fundamentado y que éste sea comunicado a un juez competente y al organismo de revisión en un plazo no mayor a diez horas.

Ahora bien, es posible argumentar que en los casos de ideación o exteriorizaciones suicidas existe un riesgo que, podría argumentar, justifica la internación. No obstante esto, existen motivos por

los cuales sería desaconsejable implementar el ingreso indiscriminado para todos los casos de conducta autodestructiva, por lo que se debe atender a algunos aspectos.

En primer lugar, aunque existe la creencia de que ante el riesgo suicida el paso correcto a seguir es llevar a cabo una internación, existen estudios que muestran que, en el largo plazo, estos ingresos pueden ser contraproducentes. Por ejemplo, siguiendo la lo desarrollado en el apartado 4. 1. En muchas ocasiones las autolesiones se mantienen por los resultados de alivio o evitación. De esta manera, el ser ingresado luego de un daño autoinfligido, puede reforzar el comportamiento de huida ante situaciones de conflicto o malestar. Por tal motivo, Gagliesi (61) ofrece un compendio de criterios a tener en cuentas a implementar una internación:

1. El paciente está con alucinaciones que indican suicidarse.
2. El riesgo es mayor que una internación inapropiada para el tratamiento.
3. Las amenazas operantes están escalando y el/la usuario/a no quiere ser internado.
4. La relación terapeuta-paciente está seriamente restringida o dañada.
5. Razones de monitorización farmacológica.
6. Por momentos los pacientes o las familias requieren de tanta intensidad de tratamiento que es imposible administrarla en ambulatorio ya que existe un alto nivel de desgaste o burn out.
7. El paciente no considera realizar tratamiento ambulatorio o no responde a él o las conductas que interfieren con la terapia la imposibilitan el mismo y el paciente presenta depresión o ansiedad incapacitante.
8. El paciente está sobrepasado por la crisis de una manera en la que es mejor una mala internación a un buen tratamiento ambulatorio y se evita escalar con el paciente en la demanda de su internación.
9. Aparecen en la evolución síntomas psicóticos por primera vez y el contexto o el tratamiento ambulatorio no pueden sostenerse.

6. Estrategias a largo plazo

El seguimiento de pacientes en riesgo suicida resulta un aspecto clave en la prevención ya que se trata de una problemática teñida por una multiplicidad de situaciones y dificultades que no suelen resolverse en una única intervención. En este sentido debemos contemplar dos escenarios posibles: el primero de ellos, aquel en el cual el paciente acepta realizar un tratamiento y un segundo contexto en el cual el paciente rechaza seguir indicaciones terapéuticas o muestra una adherencia pobre o dificultosa. Es importante reconocer la importancia de esta situación en la planificación de estrategias de prevención ya que, como señala Hatcher (17) el hecho de que una persona sea referida a evaluación o terapia no garantiza su adhesión a estas estrategias.

Incluso en el primer caso, en el de un paciente que acepta recibir ayuda y seguir indicaciones terapéuticas, existen dificultades. Una de ellas es la derivada de la escasa investigación en psicoterapias que reduzcan el riesgo suicida. Diversos autores han señalado que un problema común es que los pacientes en los que se detectan antecedentes o riesgo suicidas suelen ser excluidos como participantes en los estudios (14, 68).

No obstante, existen algunos tratamientos psicosociales que cuentan con evidencia en la reducción de la ideación y en el riesgo suicida: La terapia dialéctica conductual (DBT por sus siglas en inglés) ha mostrado eficacia en la reducción de comportamientos suicidas (69, 70). Este tratamiento hace hincapié en el balance entre cambio y aceptación y se orienta hacia el abordaje de problemas de desregulación emocional mediante el entrenamiento de habilidades de atención plena, regulación de emociones, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal. Además, este modelo emplea la terapia individual, donde se hace énfasis en el análisis funcional de las conductas problema (incluyendo las conductas que atentan contra la vida), y el coaching telefónico que consiste en asesorar al paciente durante el momento de crisis para implementar estrategias alternativas cuando aparecen impulsos a auto-agredirse.

El enfoque DBT cuenta con un significativo soporte de evidencia en la reducción de las conductas de auto-daño y además se encuentra adaptado a población adolescente (71, 72).

La terapia cognitiva conductual (CBT) también ha mostrado reducción en el comportamiento suicida. Bolton Gunnell y Turecki (73) revisan varios estudios individuales de este modelo terapéutico y señalan que ha mostrado una reducción significativa en las conductas de auto-daño.

Otros abordajes han mostrado resultados promisorios pero cuentan con menos investigación: la terapia basada en la mentalización mostró ser efectiva en la reducción del autodaño en adolescentes con depresión (68, 74). De la misma manera, la terapia de solución de problemas (PST) mostró una disminución de las conductas auto-lesivas en una población caracterizada por múltiples episodios de autoagresión (75).

Ahora bien, existen muchos casos en los que las personas se niegan a realizar un tratamiento o muestran una adherencia insuficiente a él. Ante esta situación es menester resaltar que aún en esta situación existe una serie de estrategias que es posible utilizar, incluyendo llamadas telefónicas, reevaluación, cartas y postales (postcards y Green cards).

En cuanto a las llamadas telefónicas, éstas pueden variar de acuerdo a su contenido: suele preguntarse por el bienestar de la persona, si se ha hecho daño o ha tenido deseos de hacérselo. También es posible que se pregunte por la búsqueda de tratamiento o situaciones estresantes.

En algunos casos, durante las llamadas, el profesional puede asesorar al paciente para conseguir ayuda, pero es necesario señalar que, como señala Gagliesi (61) existen estudios donde se han obtenido resultados favorables manteniendo una actitud no demandante, como el de Motto y Bostrom (76). Además, es necesario señalar que se trata de personas que han rechazado

tratamiento y en las que la culpa suele ser un factor problemático, por lo que se desaconseja ser demandante o regañar durante las llamadas.

Milner y colaboradores (77) por su parte analizan la evidencia actual sobre estos métodos de seguimiento y encuentran que uno de ellos, las postales (Green cards), se han mostrado particularmente útiles. Este instrumento contiene información específica sobre cómo contactar servicios de salud en momentos de malestar o crisis suicida y funcionan de manera similar a un folleto.

Como puede verse, estas estrategias apuntan a tres objetivos: mantener cierto contacto con el paciente, mostrar disponibilidad de recursos y, a la vez, evitar poner en el paciente la carga de responsabilidad que puede implicar un tratamiento, lo cual favorece el sostenimiento a largo plazo.

Responsabilidades del profesional frente al comportamiento suicida

El comportamiento suicida suele acarrear una importante dosis de tensión hacia los profesionales que deben evaluar y abordar el riesgo de suicidio, esto se debe en buena medida a que existe un gran número de variables a considerar y a que no se cuenta con tratamientos que sean eficaces al cien por ciento. Más aún, como se señaló anteriormente, existen muchas personas que niegan su intención de quitarse la vida y luego llevan a cabo un intento de suicidio. Esto lleva, en muchas oportunidades a que el personal que debe atender a estas problemáticas se sienta reticente a hacerlo.

Ahora bien, es importante señalar que, aunque en materia de suicidiología no hay ningún método que garantice un pronóstico favorable, sí existen varios abordajes que mejoran las probabilidades de sobrevivir y es por ello que los profesionales tienen la responsabilidad de prestar ciertas atenciones y no de asegurar cuáles serán los resultados. Puntualmente, se hace referencia aquí a brindar el mejor tratamiento posible del que se tenga noticia basándose en la evidencia disponible.

Es importante, además, para brindar resguardo legal a los profesionales que se lleven a cabo una serie de procedimientos y registros durante el procedimiento de evaluación y abordaje de la conducta suicida, los cuales hacen referencia, principalmente, a las constancias en historia clínica, ficha de guardia y a la solicitud interconsulta en los casos que correspondieran.

En cuanto a la historia clínica, varios autores (18, 19) señalan que es importante que se registren en ella aspectos centrales de la evaluación tales como la calificación del riesgo, la fundamentación para esa categorización, incluyendo características y frecuencia de los pensamientos suicidas; acciones llevadas a cabo para manejar el riesgo y futuros pasos a tomar. Dentro de la fundamentación pueden incluirse los factores de riesgo encontrados y otras situaciones que puedan resultar relevantes, tales como la falta de soporte social.

Además, es menester señalar, que resulta importante indicar cuando se realice o no una tarea en particular, cuáles fueron las razones para esto. Por ejemplo, ante una situación en donde se observa riesgo bajo y no se encuentran signos que hagan pensar en un riesgo inminente, contamos con elementos que nos hagan pensar en una buena adherencia a tratamiento y existe soporte social, no llevaríamos a cabo una internación, pero es indispensable que esta justificación conste en el registro.

En los casos donde sí nos encontramos con riesgo suicida es de suma relevancia que esto conste no sólo en la historia clínica, sino además en las fichas de atención de guardia (suponiendo que se trate de un espacio de atención de emergencia), utilizando el código CIE 10 pertinente, los cuales pueden ser Z91.5 en los casos en que una persona tenga antecedentes personales de suicidio o tenga una tendencia o riesgo a este tipo de conductas. También puede utilizarse la codificación Z81.8 en cuando se tenga noticia de antecedentes familiares.

El registro tiene una importancia tanto clínica, como legal y sanitaria: es importante que la información sobre este comportamiento esté disponible para cualquier profesional que en un futuro deba realizar una valoración del paciente en cuestión para poder emplear los cuidados y estrategias apropiados.

Debemos recordar también que la historia clínica y el acceso a ella también son un derecho del paciente, establecido por el artículo siete de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 donde consten los datos recabados sobre sus antecedentes y prácticas realizadas.

Asimismo el registro tiene también una importancia sanitaria para conocer las dimensiones reales del fenómeno del suicidio y cuáles son sus implicancias a nivel poblacional. En este sentido, el artículo seis de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio 27.130 refiere a la necesidad de un sistema de registro que contenga información sobre intentos y suicidios cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad usada y todo dato de interés.

Finalmente, una cuestión importante a atender es la consideración por el **secreto profesional** al que nos vemos obligados por código de ética (FePRA, 2013). Esta responsabilidad parte del principio de respeto a la intimidad de las personas y, en general, no existen motivos que justifiquen la suspensión de esta obligación. No obstante, es posible que en el contexto de la atención de un paciente en riesgo suicida sea necesario transmitir cierta información a familiares y allegados a los fines de instrumentar acciones en la dirección de resguardar su integridad. En este sentido es conveniente que el profesional cuente con asesoramiento de otros y pueda tomar decisiones colegiadas en la medida de lo posible para evitar discrecionalidades.

Referencias

- 1) Organización Mundial de la Salud (2018) Suicidio. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- 2) Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2011) Perfil epidemiológico del Suicidio en Argentina. Algunas aproximaciones

- 3) <https://estadistica.cba.gov.ar/publicacion-sfi/mas-de-la-mitad-de-las-muertes-de-personas-de-15-a-34-anos-son-ocasionadas-por-causas-externas/>
- 4) https://datosestadistica.cba.gov.ar/dataset/cfeb194f-c54f-41df-b4b6-1d524d0683eb/resource/8090fb8b-b667-46e7-987d-c84381d05a3f/download/provinciacordoba_2016.pdf
- 5) https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf
- 6) Bustamante F. y Florenzano R. (2013) Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51 (2): 126-136.
- 7) Rebecca A. Bernert & Melanie A. Hom & Laura Weiss Roberts (2014) A Review of Multidisciplinary Clinical Practice Guidelines in Suicide Prevention: Toward an Emerging Standard in Suicide Risk Assessment and Management, Training and Practice. *Acad Psychiatry* 38, pp. 585- 592.
- 8) 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, 1635-1643.
- 9) Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44, 3361-3363.
- 10) Caroline A. Blades, Werner G.K. Stritzke, Andrew C. Page, Julia D. Brown (2018). The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suiciderelated content
- 11) Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, et al. Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patient and general practitioners. *Ment Health Fam Med* 2008;5:229-35
- 12) Elis, T.E., Rufino, K.A., Allen, J.G., Fowler, J.C., & Jobs, D.A. (2015). Impact of a suicide-specific intervention within inpatient psychiatric care: The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(5), 556-566.
- 13) Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- 14) Linehan, M.; Comtois, K.; Ward-Ciesielski, E. (2012) *Assessing and Managing Risk With Suicidal Individuals, Cognitive and Behavioral Practice, Volume 19 (2)*, pp. 218-232.
- 15) Runeson, B.; Odeberg, J.; Pattersson, A.; Edbom, T.; Jildevik Adamsson, I.; y Waern, M. (2017) Instruments for the assessment of suicide risk: a systematic review evaluating the certainty of evidence. *PLoS ONE*, vol 12 (7), pp. 1-13.
- 16) Balch, R. W., & Taylor, D. (2002). Making Sense of the Heaven's Gate Suicides. *Cults, Religion, and Violence*, 209–228. doi:10.1017/cbo9780511499326.012
- 17) Hatcher (2016) Management of Suicidal Risk in Emergency Departments. A Clinical Perspective, en *The International Handbook of Suicide Prevention, Second Edition* <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118903223.ch22>
- 18) Petit, J.; Buitron, V.; Green, K. (2018) Assessment and management of suicide risk in children and adolescents. *Cognitive and behavioral practice*. Vol. 25, Issue 4. Pp 460-472.

- 19) Chu, C.; Klein, K.; Buchman-Schmitt, J; et al (2015) Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: an empirically informed update. *Journal of clinical psychology*, vol. 71, pp. 1189-1200.
- 20) Van Orden, Kimberly A., Witte, Tracy K., Cukrowicz, Kelly C., Braithwaite, Scott R., Selby, Edward A., Joiner Jr., Thomas E. (2010) The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.
- 21) Tomicic Alemka, Gálvez Constanza, Quiroz Constanza, Martínez Claudio, Fontbona Jaime, Rodríguez Juliana et al . Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Feb 20] ; 144(6): 723-733. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>.
- 22) Harris, E.C. y Barraclough B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. Mar;170:205-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9229027>
- 23) Chesney E., Goodwin G.M., Fazel S. (2014) Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry: official journal of the world psychiatric association*. 13(2):153-60.
- 24) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, apr. 33 (3):395-405.
- 25) Bedoya, E., & Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *Rev. CES Psicol.*, 9(2), 179-201 <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423548400012.pdf>
- 26) <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/16099>
- 27) <https://academic.oup.com/epirev/article/30/1/133/621357>
- 28) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25286371>
- 29) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27017086>
- 30) Jalón, Elena & Peralta, Victor. (2009). Suidicio y riesgo de suicidio. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 27.
- 31) <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2011.540213>
- 32) https://www.researchgate.net/publication/309226320_Suicide_in_the_absence_of_mental_disorder
- 33) Teti (2012) Utilidad de la Terapia Conductual Dialéctica para el Manejo del Riesgo de suicidio en Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad https://www.siicsalud.com/pdf/cr_paciente%20maximo%20riesgo_d2616.pdf
- 34) Diamond GM, Diamond GS, Levy S, Closs C, Ladipo T, Siqueland L. Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: a treatment development study and open trial with preliminary findings. *Psychotherapy*. 2012;49:62–71.
- 35) Bockting, W.; Miner, M.; Swinburne Romine, R.; Hamilton, A. y Coleman, E. (2013) Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. *American Journal of Public Health*. 2013 May; 103(5): 943–951.

- 36) Beck, A. T., Brown, G., & Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 309–310.
- 37) Steeg, S.; Haigh, M.; Webb R.; Kapur, N.; Awenat, Y.; Gooding, P.; Pratt, D.; Cooper, J. (2016) The exacerbating influence of hopelessness on other known risk factors for repeat self-harm and suicide. *Journal of affective disorders*, 2016 Jan 15; 190:522-528.
- 38) Pollock, L. R. & Williams, J. M. G. (1998). Problem-solving and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 375-387.
- 39) Johnson P.A., Gooding A.M., Wood N., Tarrrier (2010) Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, Volume 48, Issue 3, March 2010, Pages 179-186
- 40) Busch, K. A., Fawcett, J., & Jacobs, D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(1), 14–19
- 41) Bryan, G. & Rudd, D. (2006) Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of Clinical Psychology*, Volume 62, Issue 2, Special Issue: Suicidality, February 2006, Pages 185-200.
- 42) Sani G, Tondo L, Koukopoulos A, Reginaldi D, Kotzalidis GD, Koukopoulos AE, et al. Tatarelli R. Suicide in a large population of former psychiatric inpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2011;65(3):286–295.
- 43) Balázs, J.; Benazzi, F.; Rihmer, Z.; Rihmer, A.; Akiskal, K.; Akiskal, H. (2006) The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *Journal of Affective Disorders*. Volume 91, Issues 2–3, April 2006, Pages 133-138.
- 44) DUBERSTEIN, P.; CONWELL, Y.; CONNER, K.; EBERLY, S. (2004) Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychological Medicine*, Volume 34, Issue 7 October 2004, pp. 1331-1337
- 45) McGirr, A.; Renaud, J.; Seguin, M.; Alda, M.; Benkelfat, C.; Lesage, A.; Turecki, G. (2007) An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*. Volume 97, Issues 1–3, January 2007, Pages 203-209
- 46) Maltzberger, J.; Hendin, H.; Pollinger Haas, A.; Lipschitz, A. Determination of Precipitating Events in the Suicide of Psychiatric Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior: Vol. 33, No. 2*, pp. 111-119.
- 47) Bernert, R. A., Merrill, K. A., Braithwaite, S. R., Van Orden, K. A., & Joiner, T. E., Jr. (2007). Family life stress and insomnia symptoms in a prospective evaluation of young adults. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 58–66.
- 48) Kodaka M.; Matsumoto, T.; Katsumata, Y.; Akazawa, M.; Tachimori, H.; Kawakami, N.; Eguchi, N.; Shirakawa, N.; Takeshima, T. (2014) Suicide risk among individuals with sleep disturbances in Japan: a case-control psychological autopsy study. *Sleep Medicine*, 014 Apr;15(4):430-5. doi: 10.1016/j.sleep.2013.11.789. Epub 2014 Feb 26.
- 49) MCLEAN, J., MAXWELL, M., PLATT, S., HARRIS, F. M., & JEPSON, R. (2008). Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review. Retrieved January 14, 2015, from <http://www.gov.scot/resource/doc/251539/0073687.pdf>.

- 50) De la Torre Martí, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028628/protocolo_ideacion_suicida.pdf?blobheader=application/pdf
- 51) Ríus Armendáriz y Menéndez Miranda (2015) Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio. https://www.sprc.org/sites/default/files/Puerto%20Rico_PROTOCOLO.pdf
- 52) <https://www.psyciencia.com/niveles-de-validacion-en-la-terapia-dialectica-conductual/>
- 53) <https://www.psyciencia.com/validacion-emocional-que-es-y-como-practicarla/>
- 54) Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (p. 353–392). American Psychological Association.
- 55) Britton, P.; Patrick, H.; Williams, G. (2011) Integrating Motivational Interviewing and Self Determination Theory with Cognitive Behavioral Therapy to Prevent Suicide. *Cognitive Behavioral Practice*, 2011 Feb;18(1):16-27.
- 56) Britton, P. C., Williams, G. C., & Conner, K. R. (2008). Selfdetermination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 52–66.
- 57) Zerler, H. (2008). Motivational interviewing and suicidality. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 173–193). New York: Guilford Press.
- 58) Filiberti, A.; Ripamonti, C.; Totis, A.; Ventafridda, V.; De Conno, F.; Contiero, P.; Tamburini, M. (2001) Characteristics of Terminal Cancer Patients Who Committed Suicide During a Home Palliative Care Program. *Journal of Pain and Symptom Management* Volume 22, Issue 1, July 2001, Pages 544-553.
- 59) Hendin, H.; Haas, A.; Mattsberger, J.; Szanto, K. (2006) Problems in Psychotherapy With Suicidal Patients. *Journal of Psychiatry* · February 2006, 163:67–72).
- 60) Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Applications of motivational interviewing. Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press.
- 61) Gagliesi (2010) Un protocolo para asistir a personas con ideas suicidas en la práctica clínica. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 2010, Vol. XXI: 42 – 48.
- 62) Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K (2016) A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med* 13(3): e1001968. doi:10.1371/journal.pmed.1001968
- 63) De la Vega-Rodríguez, I. y Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- 64) Brodsky, B.; Spruch-Feiner, A.; Stanley, B. (2018) The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in psychiatry*, 2018; 9: 33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829088/>

- 65) Stanley, B., Brown, G. K., Currier, G. W., Lyons, C., Chesin, M., & Knox, K. L. (2015). Brief Intervention and Follow-Up for Suicidal Patients With Repeat Emergency Department Visits Enhances Treatment Engagement. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1570–1572. doi:10.2105/ajph.2015.302656
- 66) Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- 67) Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2013) Ley Nacional de Salud Mental 26657. Disponible de manera online en http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf
- 68) Gvion, Y.; Apter, A. (2016) Evidence-Based Prevention and Treatment of Suicidal Behavior in Children and Adolescents. En O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (Eds.). (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. doi:10.1002/9781118903223
- 69) Linehan, M. M. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- 70) DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2018). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*. doi:10.1016/j.beth.2018.03.009
- 71) Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276–282. doi:10.1097/00004583-200403000-00008
- 72) Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Grøholt, B. (2014). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003
- 73) Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*, 351(nov09 1), h4978–h4978. doi:10.1136/bmj.h4978
- 74) Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313.e3. doi:10.1016/j.jaac.2012.09.018
- 75) Hatcher S, Sharon C, Parag V, et al. Problem-solving therapy for people who present to hospital with self-harm: Zelen randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011;199:310-6
- 76) Motto JA, Bostrom AG. A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 828-833.
- 77) Milner A, Carter GL, Pirkis J, Robinson J, Spittal MS. Letters, green cards, telephone calls, and postcards: a systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts, and suicide. *Br J Psychiatry*. 2015;206(3):184–90.