



Guía de Cuidados

Abordaje de Suicidios, Intentos de Suicidios y Autolesiones



Ministerio
de Salud



Índice

Presentación	2
1 - Introducción	4
2 - Marco Teórico	4
3 - Estrategias de Abordaje	6
3. 1. Medidas iniciales de Cuidados	6
3.2. Entrevista	6
3.3. Evaluación Física y Psíquica	7
3.4. Evaluación de Riesgo	8
3.5. Alta Hospitalaria	10
3.6. Seguimiento	10
4 - Postvención	11
5 - Aspectos Normativos para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes	12
6 - Producción de información Epidemiológica	15
Mitos sobre el suicidio	19
Referencias	21

Presentación

Para el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, la salud mental constituye un eje prioritario de su política sanitaria. En este marco, desde el inicio de la gestión se lleva adelante una Planificación Estratégica en salud mental, orientada a desarrollar acciones concretas que den respuestas a las necesidades de la comunidad, desde una perspectiva de derechos y con el propósito de garantizar la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, haciendo así operativo el Plan Provincial de Salud Mental.

Las acciones se dirigen a la transformación del modelo de atención en salud-salud mental con una fuerte apuesta a la perspectiva comunitaria, la Atención Primaria de la Salud y los cuidados progresivos, fortaleciendo el trabajo interdisciplinario, interministerial e intersectorial que asume la corresponsabilidad del Estado en su conjunto y actúa como fuerza posibilitadora para motorizar los cambios necesarios en un sistema de salud singular que es ejemplo en el país.

Como parte de esta Planificación Estratégica, el presente documento aborda la compleja problemática de los suicidios, los intentos de suicidio y las autolesiones, priorizada por esta gestión provincial. En el marco de los seis ejes del Plan Provincial de Salud Mental, esta Guía se centra especialmente en el Eje 1: Fortalecimiento de la Red de Salud Mental y de los Procesos de Cuidados en el Primer Nivel de Atención y, en el Eje 6: Producción Epidemiológica e Investigación en Salud Mental.

Esta Guía responde a la necesidad de que los equipos de los efectores de salud, en todos sus niveles, y los equipos matriciales que trabajan en los territorios cuenten con una herramienta que oriente y organice sus prácticas cotidianas. Su propósito es habilitar la construcción de acciones posibles dentro de las trayectorias de las personas usuarias del sistema de salud en relación con esta temática, al tiempo que busca ordenar y fortalecer una clínica ampliada, capaz de alojar el sufrimiento psíquico en toda la red provincial.

La Guía se integra a un conjunto más amplio de acciones contempladas en la Planificación Estratégica en torno a la temática. Entre ellas se encuentran las acciones comunitarias orientadas a la sensibilización social; las acciones dirigidas a los medios de comunicación con el fin de promover abordajes responsables y no estigmatizantes; las acciones de formación permanente destinadas a los equipos de salud y a los actores clave de la red; y las acciones destinadas a los gobiernos locales, que constituyen nodos fundamentales en la construcción de estrategias y que, en muchos casos, constituyen la puerta de entrada frente a situaciones complejas en los territorios.

En esta misma línea, el Gobierno de la Provincia de Santa Fe ha posibilitado la construcción de estrategias transversales en el campo de la salud-salud mental, reflejando una decisión política que compromete a todas las áreas del Estado. En este marco, mediante Decreto (Nº 2013/2024) del Gobernador se creó la Comisión



Silvia Ciancio
Ministra de Salud
Gobierno de Santa Fe

Provincial Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (COPISMA), con sede en la Secretaría General de la Gobernación, destinada a promover iniciativas que involucren a todos los ministerios y organismos bajo una lógica de corresponsabilidad. En su programa inicial de trabajo, la problemática del suicidio fue definida por la Comisión como una de sus tres líneas estratégicas, en reconocimiento de su complejidad y de la necesidad de un abordaje interministerial e intersectorial.

Como continuidad de esta decisión política, se crearon, mediante Resolución del Ministerio de Salud N° 2063/2025, las Mesas Intersectoriales Regionales para el Abordaje de la Problemática del Suicidio (MIRAPoS), espacios de encuentro, reflexión y acción conjunta con múltiples actores sociales que fortalecen la construcción colectiva de estrategias de cuidado y prevención.

Nuestro tiempo socio-histórico nos interpela a llevar adelante planes de acción integrales que respondan a las demandas sociales, colocando siempre a la persona y a las comunidades en el centro de la escena, con el bien común como horizonte. En un contexto cambiante y complejo, los espacios colectivos de debate, reflexión y construcción intersectorial se vuelven no sólo necesarios, sino imprescindibles.

Por ello, invitamos a una lectura detenida y constructiva de esta Guía, que busca acompañar a los equipos de salud en un trayecto que, lejos de ser lineal, será dinámico y desafiante. Apostamos a que quienes la utilicen puedan enriquecerla con sus aportes, consolidando así una herramienta viva y colectiva, al servicio de la garantía del derecho a la salud en nuestra Provincia.



1 - Introducción

El objetivo de este documento es establecer lineamientos generales y abordajes posibles para la atención de personas en situaciones de autolesiones, intentos de suicidios y el trabajo posterior a los suicidios consumados. Estos lineamientos buscan orientar a los equipos de salud para brindar una asistencia adecuada en contextos de urgencia, garantizando un enfoque respetuoso y basado en el cumplimiento de los derechos humanos.

En esta guía, los equipos de salud podrán encontrar el marco ético, político y epistemológico sobre la temática de referencia y el marco legal que define la responsabilidad de los profesionales del campo de la salud.

Este escrito pretende acompañar a los equipos de salud en la implementación de estrategias de cuidados de los usuarios del sistema de salud.

2 - Marco Teórico

El suicidio es considerado una problemática de salud pública grave y creciente a nivel mundial, siendo capaz de generar no solo la pérdida posiblemente evitable de una vida, sino un alto impacto emocional en toda la comunidad.

"Suicidio "es una palabra que proviene del latín *suicidium*, el prefijo "*sui*" significa "a sí mismo", en tanto *cidium*" deriva del verbo "*caedere* "matar, así *suicidum* es matar-se, acto de matarse.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2010 define al suicidio como "el acto deliberado de quitarse la vida". Si bien esta definición aparece como consensuada por los Estados parte, resulta necesario poner en tensión alguno de sus términos para que el análisis resulte con mayor profundidad. La problemática debe ser enmarcada en una serie de dimensiones que complejizan su campo. La dimensión social, cultural, institucional, singular entre otras. Por lo tanto, su abordaje debe contemplar la multiplicidad de aristas que lo integran. Con relación a la palabra "deliberado" que menciona la OMS en su definición podemos afirmar que, en muchas oportunidades, no se trata simplemente de un acto voluntario, de libre decisión y sin historia aparente, sino que las situaciones que nos encontramos en los territorios suponen una complejidad tal, que no podemos simplemente dejarlas libradas a un acto deliberativo. Debemos necesariamente hacer una lectura historizante, teniendo en cuenta los procesos socioculturales que dan cuenta de la construcción de las subjetividades.

Por lo tanto, debemos enmarcar el tema en ese entramado multidimensional en el cual el suicidio como un fenómeno multideterminado por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales e históricos no debe ser reductible a una única mirada psicopatológica, sino que debe abordarse de una manera integral, pues impacta en los planos individual, familiar, comunitario y social. Así pues, cada dimensión debe recibir atención y abordajes específicos.

Además de la integralidad en las intervenciones, creemos que resulta fundamental comprender la cuestión de las autolesiones, los intentos de suicidios y el suicidio desde la generalidad de los procesos hasta las particularidades de estos, desde un **modelo comunitario**.

Este modelo, entiende que los procesos de salud y cuidados se producen en el ámbito territorial por lo que el despliegue y fortalecimiento de redes, no solo resulta vital sino trascendente para el abordaje de la temática. La construcción de este modelo solo será posible siempre y cuando tengamos una fuerte apuesta a la participación y planificación activa de la comunidad.

En nuestro país la promulgación de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27130 sancionada en el 2015 constituyó la consolidación de la problemática dentro de las políticas públicas, posicionando a nuestro país como pionero en contar con un marco legal sobre el tema. Esta Ley tiene como objetivo la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y el trabajo conocido como postvención.

La provincia de Santa Fe promulga la Ley Provincial 13951 que adhiere a la Ley Nacional de Prevención del Suicidio y por su parte, el Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Salud Mental implementa el **"Programa Provincial para el abordaje de la problemática del Suicidio"**, creado por resolución ministerial que busca generar planes de acción integrales y articulados promoviendo **la corresponsabilidad** para la concreción de estrategias socio-comunitarias de prevención inespecífica, así como también ante conductas autolesivas, intentos de suicidios y conductas que pongan en riesgo la salud integral de las personas. Se destaca que, en el abordaje integral, **el Estado debe ser el garante de la construcción de políticas públicas capaces de promover y promocionar políticas de cuidados comunitarios.**

Un intento de suicidio alude **"a toda acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por la persona y/o referente acompañante. El registro de que el individuo intentó suicidarse, al menos en algún grado, puede ser explícito o inferido de la conducta o las circunstancias en que sucedió la misma"**. (Korinfeld y Levy, 2024, pág. 90)

La **ideación suicida se refiere** a pensamientos e ideas sobre la posibilidad de la propia muerte, con diversos grados de intensidad y elaboración. El término refiere también al sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no despertar. Si bien estas ideaciones expresan distintos grados de riesgo, no existe necesariamente una continuidad entre ellos.

Las autolesiones con una intención suicida están asociadas a **una ideación suicida franca** y abarca un amplio espectro que puede ir desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para concretarlo hasta la posible consumación del acto. Si bien no deben asociarse de una manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la supuesta intencionalidad.

Es así como la detección de conductas autolesivas en una persona ya sea para provocarse la muerte o no, siempre es considerada una URGENCIA.

Urgencia no es sinónimo de prisa. Se puede conversar con alguien sobre algo sumamente urgente que si el diálogo es apresurado y no se ofrece una escucha atenta, resulta difícil establecer una relación de confianza en la cual la persona pueda expresar sus pensamientos y emociones. Aún en las situaciones más graves se trata de una conversación en la cual hay que **darse el tiempo** necesario para escuchar atentamente el malestar del otro.

Por lo tanto, es aconsejable conocer la intención detrás del acto realizado. Puede ocurrir que la persona manifieste que su intención era quitarse la vida, puede que aparezcan otras explicaciones sobre los motivos que llevaron al acto, o pueden manifestarse pensamientos ambivalentes que infieren que no había una decisión clara.

En este punto es importante señalar que existen varias representaciones sociales asociadas al suicidio, una de ellas sostiene que hablar sobre el tema incrementa el riesgo que se produzca. **Derribamos el primer mito, hablar sobre suicidio no incrementa el riesgo. Por el contrario, hablar sobre el tema permite que la persona pueda encontrarse con su profundo sufrimiento y disminuir la tensión psíquica que presenta.**

Otra representación imaginaria asociada al suicidio considera que el suicidio responde a una decisión individual y con un propósito definido. Estamos en condiciones de afirmar que este fenómeno no siempre responde a esa lógica, por lo que resulta fundamental abordarlo en toda su complejidad. Se reconoce, en las personas que se encuentran con estos padecimientos, un pensamiento ligado a encontrar, como una única solución a su padecimiento, el terminar con sus propias vidas, sentimiento que resulta ambivalente al reconocer que podrían existir otras formas de resolución a sus conflictos internos.

Se derriba otro mito, **no siempre quienes manifiestan deseos de morir, se autolesionan o han realizado intentos de suicidio desean o han deseado realmente morir.** El deseo de morir es ambivalente y transitorio.

Otro mito característico sobre la temática es considerar que quien tiene ideas de muerte e insiste con la idea de terminar con su vida, no lo va a realizar. Por el contrario, **otro mito que se derriba, la mayoría de los suicidas han advertido sobre sus intenciones. Por lo tanto, no debe minimizarse, ni desestimarse cualquier manifestación de ideas de muerte o intenciones suicidas.**

Por los motivos mencionados consideramos que el suicidio se puede prevenir.

3 - Estrategias de Abordaje

3. 1. Medidas iniciales de Cuidados

Se promueve la atención de servicios de salud "amigables" que favorezcan el establecimiento de una relación de confianza y seguridad, de manera tal que los usuarios de cualquier edad puedan recurrir en casos de necesidad. Es fundamental privilegiar la escucha y no intervenir de manera sancionatoria.

La detección de ideas suicidas, conductas autolesivas e intentos de suicidios puede ser realizada en servicios de emergencias o en otras instancias de atención, dependiendo de la vía de ingreso al sistema de salud.

Las vías de ingreso de una persona con ideación suicida, una autolesión o un intento de suicidio, pueden ser:

- En una consulta espontánea o de rutina de salud.
- Una interconsulta
- A través de la línea telefónica de emergencias
- Otros ámbitos comunitarios.

Y pueden ser manifestadas por:

- Una persona de cualquier edad.
- Un tercero.
- Referidas por un profesional o equipo de salud.

Toda derivación a un servicio de emergencia deberá efectuarse con un integrante del equipo de salud. No se deberá enviar a la persona y/o su acompañante vincular sólo con nota de derivación. Y una vez que la persona ingresa al servicio debe realizarse una entrevista y evaluación clínica general física y psíquica

3.2. Entrevista:

Se recomienda:

- Sostener un encuentro de **privacidad** y tomarse el **tiempo necesario** para poder alojar el malestar del otro generando una relación de confianza.
- La persona **no debe estar en ningún momento sola**, si se tratara de un niño, niña o adolescente deberá permanecer con un adulto responsable o personal de salud.
- Identificar **referentes significativos** para que resulten colaboradores y tranquilizantes para el sujeto durante la atención.
- No dejar al alcance de la persona elementos que pudieran resultar potencialmente letales (medicación, elementos punzantes, etc.) evitar cercanías con puertas y ventanas.
- Estar atentos si la persona tiene elementos en su poder. Si el paciente ingresa a un lugar de salud portando un elemento que puede implicar **riesgo para sí y para otros**, teniendo presentes los principios de accesibilidad, equidad y cuidados en la prestación de salud, el profesional deberá tomar los recaudos necesarios para apartar el elemento. En caso de que no se depusiera la actitud de dejar el elemento letal, atento a la gravedad que presenta la situación, se solicitará la intervención de **la fuerza pública**.

- Es recomendable que en la conversación se hable con un **lenguaje claro** y responder con **sensibilidad**, se respete aquello que el paciente manifieste y no se emitan juicios de valor, ni consejos, ni resultar autorreferenciales, ya que esto puede obturar y no permitir que la persona se manifieste con sinceridad.

Se recomienda prestar atención a los **signos y síntomas** que la persona presenta. Un signo es el reconocimiento de un hecho objetivo sensible a nuestros sentidos, por ejemplo, la persona está sonrojada; los síntomas son hechos a los cuales se accede por el relato de la persona, un ejemplo de síntoma es la angustia.

Con relación a la **angustia**, se trata de un síntoma con efectos en el cuerpo y la psiquis, en el cuerpo pueden aparecer distintas manifestaciones, sudoración, taquicardia, dolor en el pecho, etc. En la psiquis la sensación es de inquietud, desamparo, miedo inespecífico.

Una persona con angustia puede ver alterada sus funciones psíquicas, la atención, la memoria, su pensamiento, entre otras; por esta razón su discurso puede resultar desorganizado. Resulta importante dar el tiempo necesario para que pueda ordenarse psíquicamente, se debe acompañar de manera respetuosa aportando palabras para ello y que el diálogo no se transforme en un interrogatorio, se irá observando con el correr de los minutos, si el paciente se puede ir ordenando y estabilizando.

Si la angustia genera sensación de desamparo y miedo inmotivado se deberá **amparar**; esto es, quedarse al lado, no dejarla sola, sostener que vamos a continuar acompañando y sin abandonar. En algunas oportunidades, una vez identificada una crisis de angustia que es vivida con síntomas que pueden resultar inquietantes y atemorizantes, resulta importante ponerle palabras a ese padecimiento, manifestando que lo que se encuentra viviendo se llama "angustia".

Un estado de angustia se vivencia con mucho sufrimiento e implica lograr una estabilización psíquica que requiere de tiempo pero que, a su vez, debe entenderse como una **oportunidad** para que el paciente pueda encontrarse con su padecer, ocuparse de sí mismo y encontrar otros modos de resolución a su malestar con acompañamiento. Y también resulta una oportunidad para que el equipo de salud pueda intervenir y realizar el acompañamiento pertinente.

3.3. Evaluación Física y Psíquica

Incluirá:

- Signos Vitales
- Examen físico completo
- Probables signos de abuso y/o maltrato, si se trata de un niño, niña o adolescente el examen físico se deberá realizar delante de un adulto a cargo, sino fuera conveniente por cuestiones de edad, género o privacidad de la persona, se evaluará frente a un profesional de la salud" ("dela" aparece todo junto)
- Evaluar uso de sustancias tóxicas
- Embarazo
- Sueño, actitud alimentaria
- Retraimiento
- Aspecto físico.
- Alteraciones de las funciones psíquicas: conciencia, orientación, atención, memoria, inteligencia, lenguaje, pensamiento, sensopercepción, afectividad.

Se considerará el tratamiento oportuno habitual de los síntomas físicos y/o lesiones si las hubiera. Se impone realizar un diagnóstico diferencial entre intoxicación por uso de sustancias u otros cuadros por causas diversas orgánicas, metabólicas, entre otras. Tener en cuenta que estos cuadros pueden coexistir y requieren tratamiento causal o específico.

Para lograr la estabilización del usuario se prioriza la intervención verbal frente a los síntomas psíquicos que se presenten en la urgencia, en caso de ser necesario, se hará uso de intervención farmacológica y/o contención física

Se deberá prestar especial atención y tomar medidas de cuidados necesarios frente a las personas que presentan:

- Elevado monto de ansiedad (expresado por hiperactividad motriz y/o psíquicas)
- Llanto incontrolable
- Actitud o conducta lesiva que no merma
- Amenazas verbales y/o actitud amenazante
- Retraimiento, mutismo
- Actitud desconfiada, temerosa o francamente paranoide
- Estado alucinatorio
- Confusión mental.

3.4. Evaluación de Riesgo

La evaluación de **riesgo** está indicada en todas las personas que hayan realizado algún intento, expresado ideas o intenciones suicidas a través del tiempo o cuyas acciones lo sugieren, aunque lo nieguen.

Factores de riesgos inmediatos

- Intento de suicidio reciente (especialmente en los últimos días o semanas).
- Acción autolesiva grave.
- Potencia letal del intento. Se evalúa tanto la letalidad real del método como lo que la persona creía al respecto.
- Planificación suicida concreta, con acceso a medios para llevarlo a cabo.
- Acción que es llevada a cabo con alto grado de impulsividad.
- Expresión verbal o escrita de intenciones suicidas claras y persistentes.
- Desesperanza extrema, percepción de que no hay solución a sus problemas.
- Aislamiento social severo o falta de apoyos de familiares y amigos.
- Persistencia de ideas suicidas y autolesiones.

Condiciones clínicas y psicológicas

- Antecedentes de problemáticas de salud mental
- Consumo problemático de sustancias.
- Episodios psicóticos o alucinatorios con contenido suicida.
- Ansiedad o agitación extrema, que pueden precipitar una acción impulsiva.
- Historia de situaciones traumáticas.
- Autoconcepto deteriorado o denigratorio.
- Desesperanza.

Factores situacionales y sociales

- Eventos recientes que se vivencian como altamente amenazantes o de demanda incrementada, como la pérdida de un ser querido, separación, problemas legales o económicos.
- Historia de abuso o violencia incluyendo abuso infantil o violencia de parejas, acceso a medios letales, como armas de fuego, medicamentos en exceso o sustancias toxicas.
- Intentos previos múltiples ya que aumentan la probabilidad de un intento letal futuro.
- Intentos de suicidio o suicidios consumados de familiares o personas cercanas.

Señales conductuales de alarma

- Regalar pertenencias valiosas o despedirse de manera inusual.
- Retraimiento severo que no permite la evaluación.
- Reducción drástica de la higiene personal y el autocuidado.
- Búsqueda activa de información sobre métodos suicidas.
- Expresiones de alivio o calma repentina después de una crisis severa (puede indicar que han tomado la decisión de suicidarse)
- Ausencia de red social-familiar de contención.

Si un usuario presenta varios de estos factores especialmente un plan concreto, método accesible, desesperanza extrema, retraimiento y autoconcepto deteriorado, se considera de riesgo suicida alto y requiere de intervención inmediata, lo que puede incluir hospitalización y supervisión constante.

**BAJO NINGÚN CONCEPTO SE DEBE INDICAR DERIVACIÓN
A INSTITUCIÓN MONOVALENTE DE SALUD MENTAL.**

Si existieran dudas respecto de la evaluación realizada, se sugiere que la persona permanezca un lapso más en el lugar donde fue evaluada a los fines de monitorear la situación y lograr una evaluación más exhaustiva con profesionales de la salud mental que permita el armado de la estrategia adecuada de acuerdo con la red territorial de cuidados.

3.5. Alta Hospitalaria

Se podrá indicar el alta hospitalaria con indicación de seguimiento cuando se verifiquen todos o la mayoría de los siguientes ítems:

- La acción autolesiva es de bajo grado de agresión.
- Ideación de poca consistencia.
- El contexto familiar se evalúa como continente, con una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidados comprendiendo los signos de alarma a considerar.
- El usuario se muestra con la actitud de continuar el tratamiento.
- Puede garantizarse el seguimiento.

Es responsabilidad del equipo tratante durante la internación, ya sea la guardia o la sala garantizar:

- Un turno asignado para un equipo de referencia de salud-salud mental a corto plazo. Bajo ningún concepto deberá ser el paciente o familiar quien gestione el turno.
- Acompañamiento con referentes cercanos, si se trata de un niño, niña o adolescente deberá acompañar un referente afectivo adulto.
- Si el usuario estuvo internado en un efector de segundo o tercer nivel de atención y el seguimiento lo va a realizar el equipo de salud del primer nivel, antes de la externación se deberá articular con dicho efector para transmitir la situación y que este último pueda brindar atención oportuna, integral y de calidad. Es decir, establecer la referencia y contrareferencia.

3.6. Seguimiento

El seguimiento en tanto parte de una estrategia integral implica garantizar la continuidad de la atención y los cuidados de la persona y su red inmediata una vez concluida la instancia de atención en la urgencia, o bien luego de una evaluación que pueda arrojar algunos indicios que la persona se encuentra en situación de vulnerabilidad y/o riesgo.

Se trata de diseñar e implementar intervenciones que no vulneren la intimidad, que no sean invasivas, pero que hagan efectivo el acompañamiento del sujeto y de su entorno a corto y mediano plazo, a partir de una proximidad que genere confianza.

En esta línea y cuando se trabajan situaciones de niñas, niños o adolescentes con derechos vulnerados, el seguimiento integral por parte del equipo de salud debe considerarse con la apoyatura de los equipos locales del **Sistema de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes**.

4 - Postvención

Un suicidio consumado ineludiblemente deja consecuencias en el grupo afectivo más cercano de la persona fallecida, familia, amigos, conocidos, pero también deja secuelas en la comunidad toda. La situación no se disuelve de un “modo natural” y no deben ignorarse los modos individuales y hasta grupales de los efectos de la pérdida ya que pueden generar secuelas que pueden prevenirse.

En este sentido, cuando hablamos de postvención nos referimos al conjunto de estrategias y herramientas que se pueden generar para acompañar a todo el entorno de la persona fallecida, alojando la pérdida, generando prácticas de cuidados que se transforman, a su vez, en una práctica de prevención inespecífica para contener, alojar y atenuar el impacto del hecho consumado. Se trata de generar espacios de reflexión y participación, tanto singulares como grupales para promover y potenciar los lazos solidarios.

El trabajo de postvención consiste en el acercamiento por parte del equipo de salud al círculo más íntimo de la persona que se suicidó, se trata de un acercamiento respetuoso, ofreciendo un espacio de acompañamiento y entendiendo los tiempos propios de cada persona para alojar el padecimiento y elaborar la pérdida.

Es esperable que luego de la vivencia inmediata de una pérdida las personas comiencen un trabajo de duelo de duración variable, proceso en el cual la persona atraviesa por distintos sentimientos, tristeza, enojo, rabia, culpa, ansiedad, impotencia, añoranza, desesperanza, abatimiento, sensación de abandono, amargura, entre otras.

Si bien es un proceso, no puede dejar de considerarse que se produce una tramitación propia en cada sujeto, grupo y comunidad, no necesariamente aparece inmediatamente después del impacto que genera la noticia, puede demorar en presentarse o aparentar no existir.

Frente a esta situación, en la que la característica del suicidio en sí puede intensificar las culpas y las preguntas respecto de los motivos que llevaron a la persona a un acto con esas características, puede resultar aliviador alojar los sentimientos y las preguntas que aparecen, sin dar respuestas desde las propias creencias y experiencias personales, la escucha alojadora del malestar tiene un efecto de alivio en sí misma. Si se trata de un suicidio de un niño, niña o adolescente se debe tener presente el trabajo con los amigos o compañeros que seguramente resultan del mismo grupo etario, la Institución educativa donde concurría, su grupo escolar, de actividades recreativas, etc.

En las Instituciones educativas es importante que, además del trabajo con los grupos cercanos, se considere el trabajo con toda la Institución. Las Instituciones educativas como organizaciones suelen sostenerse en normas, ciertas reglas y patrones de comportamientos con un objetivo particular. Para Paulo Freire constituye el núcleo central y primordial de la educación; tanto en la comunidad como en la familia, por lo tanto, su papel como institución está enmarcado en dos direcciones, una formal y la otra preparar para lograr la formación integral del hombre para la sociedad en la cual se va a desenvolver.

Resulta un riesgo que la Institución no logre la praxis, reflexión y acción sobre la realidad del momento histórico, social, económico por la cual atraviesa, riesgo que podría transformarla en una Institución total. La posibilidad de que una Institución pueda preguntarse con qué subjetividades de niños, niñas y adolescentes se encuentra, permite la apertura de la Institución y un trabajo posible sobre las problemáticas actuales: las de consumo, la violencia en sus distintas manifestaciones, las situaciones de abuso, entre otras. Las Instituciones, en sus intersticios, es donde pueden generarse preguntas sobre los padecimientos actuales, encontrar estrategias colectivas y hablar sobre aquello que quizás no se hable... como la sexualidad, la muerte.

Se debe considerar el armado de estrategias y modos de acompañamientos a los diferentes actores institucionales, adecuar las actividades, pensar espacios posibles para poder nombrar, expresar, reflexionar, renunciar para poder encontrarse y poder elaborar la pérdida en forma colectiva, evaluar los tiempos necesarios para volver a las rutinas habituales, evitar prácticas tendientes a la revictimización secundaria y es preciso prestar atención a todas las acciones y dichos que impliquen la vulneración de los derechos de aquellas personas que ya están en situación de víctimas.

5 - Aspectos Normativos para la Atención de Niñas, Niños y Adolescentes

Las situaciones vinculadas a conductas suicidas y autolesivas en la infancia y la adolescencia requieren un abordaje específico debido a su alta prevalencia y a la complejidad que presentan en términos de desarrollo, vulnerabilidad y derechos. Según UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, las diferentes formas de padecimiento mental constituyen uno de los factores más significativos que afectan la salud integral en esta etapa de la vida, y el suicidio se ubica entre las principales causas de muerte en adolescentes a nivel mundial.

En este contexto, **los derechos de niñas, niños y adolescentes (en adelante NNA) exigen un tratamiento jurídico diferenciado, dado su especial estado de vulnerabilidad y el mandato de protección reforzada que establecen los instrumentos normativos internacionales, nacionales y provinciales**. En ese sentido, la Convención sobre los Derechos del Niño —con jerarquía constitucional—, la Ley Nacional de Protección Integral 26.061 con su correlativa provincial 12.967, así como la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, imponen al Estado la obligación de garantizar el derecho a la salud integral, asegurando una atención sin discriminación, el respeto del interés superior y la participación de NNA en las decisiones que los afectan. Este marco legal sustenta las orientaciones que se desarrollan a continuación, destinadas a ofrecer a los equipos de salud pautas claras para una intervención adecuada y respetuosa de los derechos.

Toda persona que haya realizado un intento de suicidio tiene derecho a recibir asistencia en el marco de las políticas de salud y la normativa vigente. Dicho derecho está expresamente reconocido en el artículo 8 de la Ley 27.130, que asegura la atención y establece la obligación de priorizar la asistencia de NNA sin menoscabo alguno o discriminación. A su vez, esta obligación se encuentra en concordancia y reafirma los estándares previstos tanto en la normativa sanitaria específica como en las leyes de protección integral que reconocen el derecho a la salud de NNA, las cuales prohíben toda forma de discriminación en el acceso a la atención (Conforme: artículo 2 inciso a) de la Ley 26.529, artículo 14 de la Ley 26.061 y artículo 13 de la Ley Provincial 12.967).

Asimismo, el artículo 9 de la Ley 27.130 dispone que los efectores de salud deben garantizar la atención a través de un equipo interdisciplinario, en los términos de la Ley 26.657, asegurando el acompañamiento clínico y social del paciente durante todo el proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción comunitaria. Esta exigencia se aplica también en el caso de NNA y debe cumplirse en todos los niveles de atención.

La concurrencia de un NNA a un establecimiento de salud, público o privado, sin el acompañamiento de un adulto no puede obstaculizar su atención ni la respuesta a su demanda en todo lo que concierne a su salud, conforme lo establece el artículo 13 del Decreto N° 0619/2010 reglamentario de la Ley 12.967.

El intento de suicidio no constituye delito, en tanto se trata de una acción privada amparada por el artículo 19 de la Constitución Nacional. En consecuencia, no corresponde dar intervención policial o judicial ni adoptar medidas de privación de la libertad por esta causa. El artículo 12 del Decreto Reglamentario N.º 603/2021 de la Ley 27.130 reafirma este criterio y dispone que la intervención obligatoria es de carácter sanitario, debiendo el servicio interviniente comunicar el hecho al órgano administrativo de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes que corresponda en la jurisdicción. Solo en los casos en que, a partir de esa comunicación o de la evaluación clínica, surjan indicios de un posible delito vinculado —como instigación, inducción, facilitación o abandono— corresponde formular la denuncia penal, manteniéndose la regla general de no criminalización de la conducta autolesiva. El mismo artículo establece además la obligación estatal de garantizar una estrategia de posvención integral, interdisciplinaria e intersectorial ante un suicidio consumado en NNA.

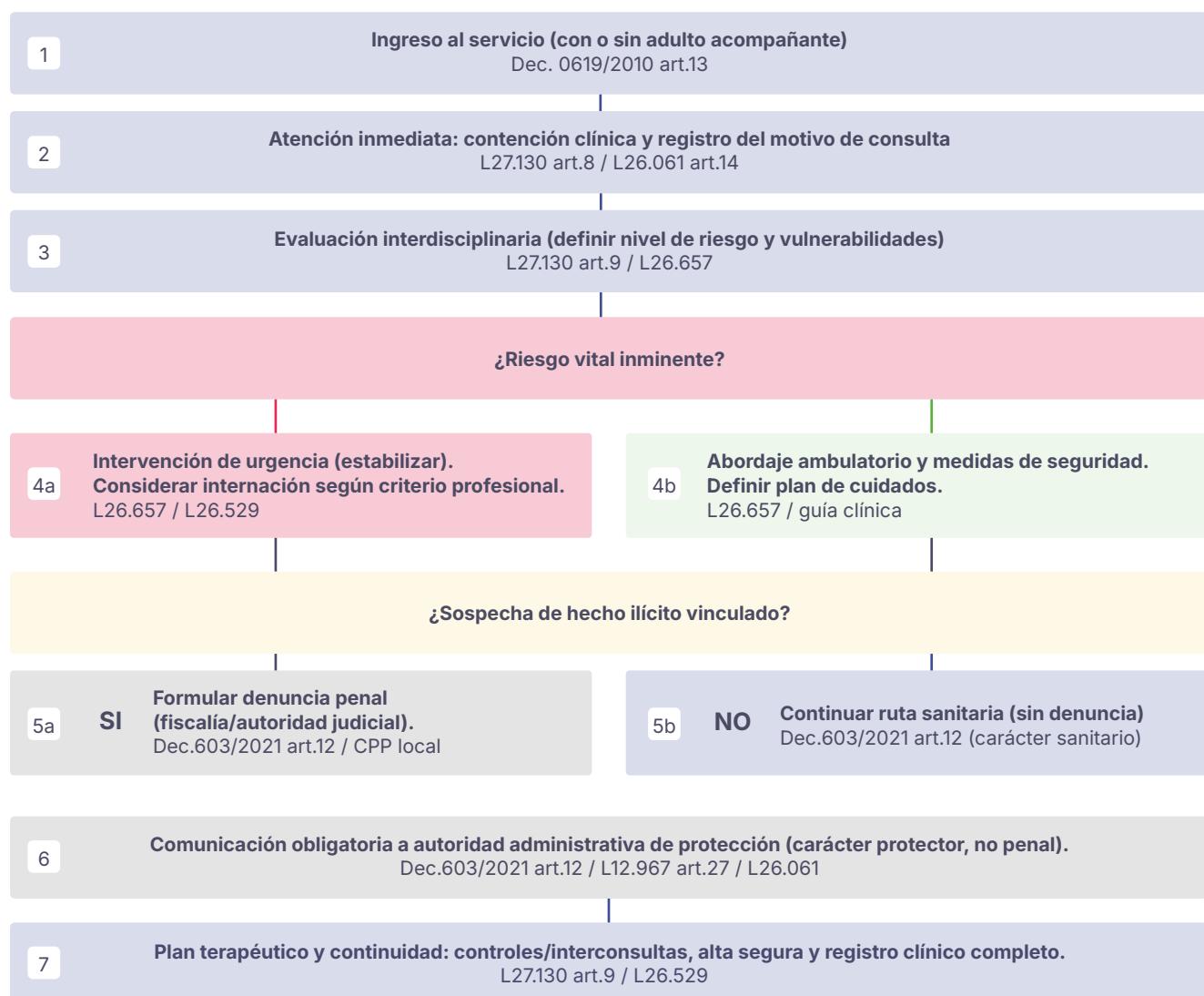
Cuando un NNA haya realizado un intento de suicidio y se encuentren comprometidos o en riesgo grave sus derechos, el artículo 27 de la Ley Provincial N.º 12.967 —en línea con el artículo 9 de la Ley Nacional N.º 26.061— establece la obligación de comunicar la situación a la autoridad administrativa o judicial de protección de derechos del ámbito local. Esta comunicación tiene carácter protector y no constituye denuncia penal, lo que resulta fundamental para garantizar el interés superior del niño y la confidencialidad de la atención en salud. A ello **se suma lo dispuesto por el artículo 12 del Decreto Reglamentario de la Ley 27.130, que determina que, ante todo intento de suicidio en NNA, la comunicación a la autoridad administrativa de protección es obligatoria, aun cuando no se haya verificado previamente una vulneración de derechos**.

Los equipos de salud tienen el deber de brindar información adecuada y comprensible sobre el estado de salud, el tratamiento propuesto, sus efectos y los posibles resultados. **Este derecho de información incluye a NNA, quienes deben tener la oportunidad de opinar y ser escuchados, pudiendo participar en la toma de decisiones según su nivel de autonomía y desarrollo, incluso sin la presencia de sus padres o responsables cuando la situación lo requiera, de acuerdo con la normativa vigente.** La información recabada debe ser resguardada bajo el principio de confidencialidad profesional y protección de datos personales, conforme a la normativa vigente en materia de salud y protección de datos.

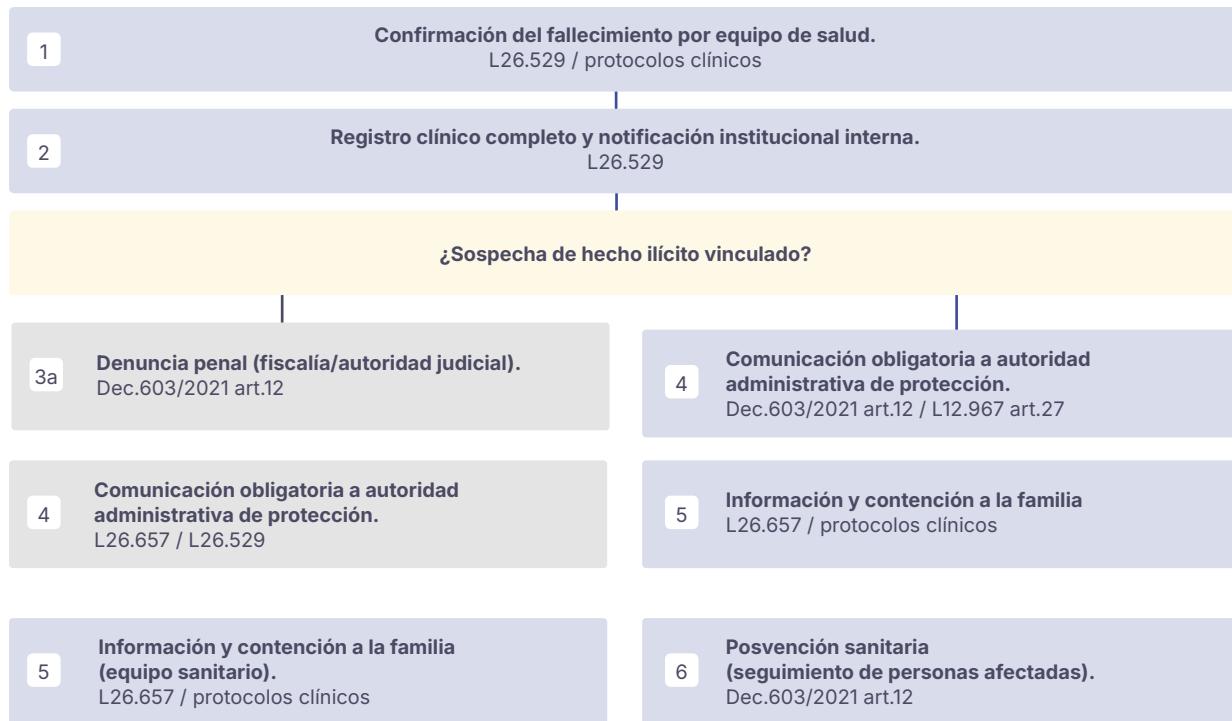
El acompañamiento familiar debe promoverse respetando la voluntad y la situación de NNA. Los equipos de salud evaluarán junto con ellos el tipo de apoyo más adecuado por parte de padres, responsables o referentes afectivos, verificando que no existan situaciones de violencia o vulneración de derechos. **En todos los casos se reconoce el derecho de las y los adolescentes a recibir asesoramiento en un espacio de privacidad, conforme a las normas vigentes, en particular el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación, que regula la autonomía progresiva y el alcance del consentimiento en materia de salud.**

En los casos de suicidio consumado, el artículo 12 del Decreto Reglamentario 603/2021 de la Ley 27.130 establece la obligación de garantizar acciones de posvención con carácter integral, interdisciplinario e intersectorial, teniendo en cuenta el impacto en la red de vínculos significativos del NNA (familia, pares, escuela, comunidad). Aunque la presente guía se dirige específicamente a los equipos de salud, la posvención forma parte del deber estatal de continuidad de cuidados y requiere articular con los niveles asistenciales, educativos, sociales y territoriales correspondientes, según los circuitos definidos en cada jurisdicción

Flujograma A - Intento de suicidio / autolesión en NNA



Flujograma B - Suicidio Consumado en NNA



6 - Producción de Información Epidemiológica

El registro sistemático y preciso de las atenciones vinculadas a conductas suicidas, intentos de suicidio, autolesiones e ideación suicida constituye un componente esencial de la salud pública. La producción de información epidemiológica confiable permite dimensionar la magnitud de estas situaciones, identificar tendencias, factores de riesgo y poblaciones especialmente vulnerables, y orientar con mayor efectividad las estrategias de prevención, cuidado y acompañamiento. Disponer de datos robustos y comparables no solo favorece la planificación y evaluación de las políticas públicas, sino que también mejora la calidad de las intervenciones, optimiza la asignación de recursos y fortalece la capacidad de respuesta de toda la red de salud, aportando evidencia clave para garantizar el derecho a la salud integral.

El registro constituye un derecho del paciente que se instrumenta en la Historia Clínica de acuerdo a los parámetros que establece la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529 (art. 13 y concordantes). En ese marco, resulta central considerar que la Resolución Ministerial N° 0380/2025 reconoce al SICAP como la única herramienta informática de registro para los efectores de salud de todos los niveles de atención que integran la red pública de la Provincia de Santa Fe.

Intento de Suicidio

"Para el correcto registro de los procesos de atención de este evento se requiere de una doble consignación de código, indicando primeramente **la naturaleza de la lesión (S00-T98)** y posteriormente, **la circunstancia que la describe y caracteriza (X60-X84)**"

Asimismo se van a considerar en este punto particularidades según servicios de atención:

Paso 1: Servicio de Guardia y Emergencia.

- Se identifica la naturaleza de la lesión, sea el tipo de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (**códigos S00-T98**).

Paso 1: Psicología – Psiquiatría – Trabajo Social -Medicina General – Enfermería y otros servicios .

- Se caracteriza el padecimiento subjetivo y/o diagnóstico situacional con los códigos pertinentes. 
- Si es pertinente y oportuno a la de atención se identifica la naturaleza de la lesión, sea el tipo de traumatismo, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (**códigos S00-T98**).

Paso 2: Servicio de Guardia y Emergencia – Psicología - Psiquiatría – Trabajo Social - Medicina General – Enfermería y otros servicios.

- Se caracterizar el Intento de Suicidio con **códigos X60 a X84**.

Paso 2 Intentos de Suicidios	Código
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos.	X60(*)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiépilepticas, sedantes, hipnóticas, anti parkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.	X61(*)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte.	X62(*)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo.	X63(*)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados.	X64(*)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol.	X65(*)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores.	X66(*)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores.	X67(*)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas.	X68(*)
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados.	X69(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.	X70(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.	X71(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.	X72(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.	X73(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas.	X74(*)

Paso 2 Intentos de Suicidios	Código
Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo.	X75(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas.	X76(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes.	X77(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.	X78(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo.	X79(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado.	X80(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento.	X81(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor.	X82(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados.	X83(*)
Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados.	X84(*)

(*) Requiere de un cuarto carácter:

- 0: en vivienda.
- 1: en una institución residencial.
- 2: en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas.
- 3: en áreas de deporte y atletismo.
- 4: en calles y carreteras.
- 5: en comercio y área de servicios.
- 6: en el área industrial y de la construcción.
- 7: en la granja.
- 8: en otro lugar especificado.
- 9: en lugar no especificado

Ideación suicida

Paso 1:

- Se identifica la situación de **"Ideación suicida" con código R458.**

Paso 2:

- Se caracteriza el padecimiento subjetivo y/o diagnóstico situacional con los códigos pertinentes. 

Lesión autoinfligida sin intención suicida

Paso 1:

- Se identifica la **"Lesión autoinfligida sin intención suicida" con código R459.**

Paso 2:

- Se caracteriza el padecimiento subjetivo y/o diagnóstico situacional con los códigos pertinentes. 
- Si es pertinente y oportuno a la atención se identifica la naturaleza de la lesión, sea el tipo de traumatismo, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (**códigos S00-T98**). 



Para caracterizar el padecimiento subjetivo y/o diagnóstico situacional considerar Instructivo de registro de atenciones ambulatoria en salud mental.

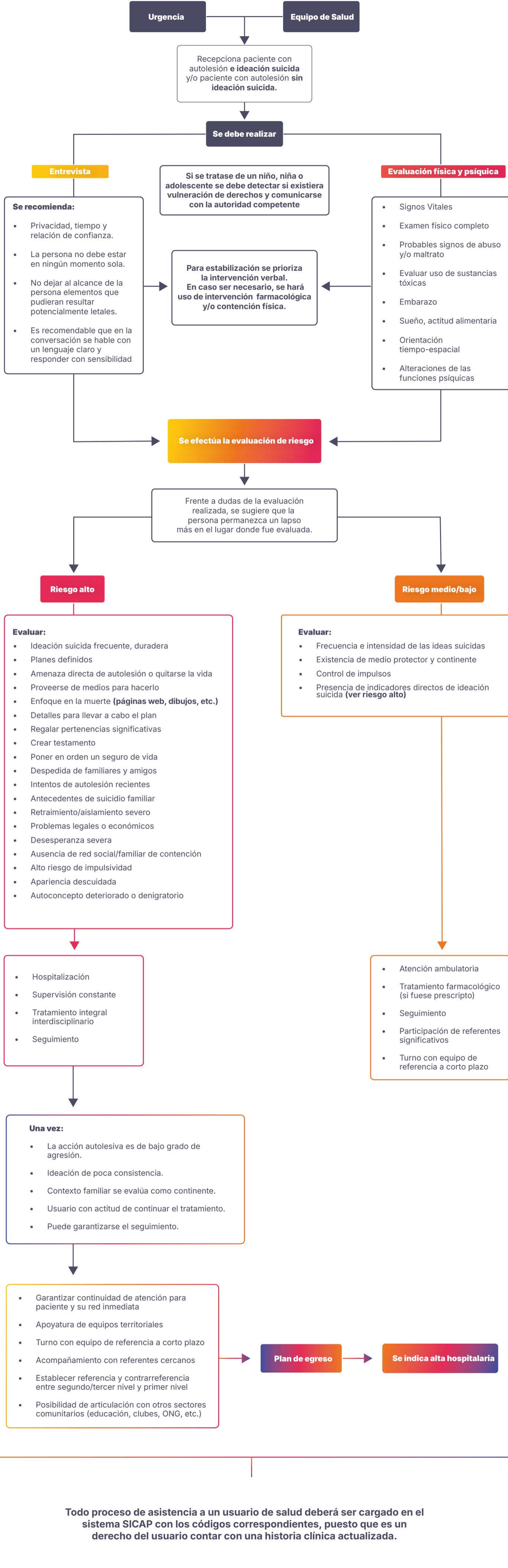
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/268830/1403924/file/Registro%20de%20Atenciones%20Ambulatorias%20en%20Salud%20Mental%20-%202022-06-22.pdf>

Mitos sobre el suicidio

- La persona que se suicida siempre padece una depresión
 - Puede ocurrir ante un estado depresivo o no.

 - La mejoría después de una crisis significa que el riesgo de suicidio se ha superado.
 - Las ideas suicidas pueden continuar y permanecer ocultas incluso en el periodo de mejoría.

 - Todos los suicidios pueden prevenirse.
 - La mayoría es prevenible.



Agradecemos a los y las profesionales de los distintos niveles de atención en salud por haber participado en la realización de este flujograma.

REFERENCIAS

- Argentina. (2009). Ley Nacional 26.529: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Argentina. (2015). Ley Nacional de Prevención del Suicidio N.º 27.130. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2012). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. <https://bancos.salud.gob.ar/lineamientos-para-la-atencion-del-intento-de-suicidio-en-adolescentes>
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2023). Consensos: Recomendaciones para la atención telefónica de situaciones de crisis de salud mental y/o riesgo de suicidio. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res4012-394163.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría, & UNICEF. (2021). Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: Lineamientos para equipos de salud (1.^a ed.).
- Casullo, M. M. (1998). Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica. Paidós.
- Efrón, R., & Korinfeld, D. (2015). Acerca de la problemática de suicidio de adolescentes y jóvenes: Construyendo un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación. Ministerio de Educación de la Nación. <https://tinyurl.com/educa2711>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). Estado mundial de la infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. Oficina de Visión y Política Global de UNICEF. <https://www.unicef.es/publicacion/estado-mundial-de-la-infancia/2021>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). Resumen regional América Latina y el Caribe. Estado mundial de la infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. <https://www.unicef.org/lac/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021-en-mi-mente>
- Freire, P. (1994). Cartas a quien pretende enseñar. Siglo XXI Editores. <https://isp60scc-sfeinfo.edu.ar>
- Goffman, E. (1961). Internados. Amorrortu.
- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Subcomisión Interministerial para la Prevención y Abordaje del Suicidio en las Adolescencias y Juventudes. (2024). Estrategias de acompañamiento para la posvención. [Enlace oficial, si disponible].
- Korinfeld, D. (2017). Situaciones de suicidio en la escuela: Acompañamiento y corresponsabilidad. Voces de la Educación. <https://tinyurl.com/voces2711>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Panorama general. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Provincia de Santa Fe. (2007). Ley Provincial N.º 10.772. Derecho a la protección de la salud mental y Decreto Reglamentario N.º 2155/2007. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe.
- Provincia de Santa Fe. (2009). Ley Provincial N.º 12.967: Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe.
- Provincia de Santa Fe. (2010). Decreto N.º 619/2010: Reglamentación de la Ley Provincial N.º 12.967. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe. <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/117451>
- Provincia de Santa Fe. (2019). Ley Provincial N.º 13.951. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe.
- Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. (2023). Plan Provincial de Salud Mental (Resolución N.º 0990/2023).
- Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. (2023). Programa Provincial de Abordaje de la Problemática del Suicidio (Resolución N.º 2591).
- Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. (2025). Resolución N.º 2063: Creación de las Mesas Intersectoriales Regionales para el Abordaje de la Problemática del Suicidio (MIRAPROs).
- Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. (2025). Resolución N.º 0380: Reconocimiento del SICAP como única herramienta informática de registro y establecimiento de la Historia Clínica Informatizada (HCI).
- Subcomisión de Prevención del Suicidio PBA. (2022). Guía para la conformación de mesas intersectoriales locales. <https://bit.ly/3XmrYaz>

